

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur gezielten Ausgestaltung von Medizinischen Versorgungszentren

Beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 22. März 2023

Handlungsbedarf

Bereits im Jahr 2004 wurde die Grundlage für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) geschaffen. In einem MVZ können beliebig viele Ärztinnen und Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachgebiete tätig werden. Nicht nur niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können MVZ gründen und betreiben, sondern z. B. auch Inhaber eines Krankenhauses. Hiermit verbunden ist die Möglichkeit, dass auch Investoren ein MVZ betreiben können.

Die Zielsetzung im Jahr 2004 war insbesondere eine Verbesserung der Versorgung durch enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringenden. Die Einführung von MVZ ermöglichte eine stärker auf kooperative Versorgungsformen ausgerichtete Leistungserbringung und folgte dem Grundsatz der Trägervielfalt, der in der stationären Versorgung längst etabliert war.

Die Stärkung kooperativer Versorgungsformen ist auch heute noch ein wichtiger Schritt für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, da sich die veränderten Anforderungen an eine moderne Arbeitswelt auch im Bereich der ärztlichen Leistungserbringung zeigen. MVZ können aufgrund der immanenten Managementstrukturen diese Anforderungen einfacher erfüllen und jungen Ärztinnen und Ärzten Teilzeitangebote sowie eine kooperative Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche ermöglichen, ohne dass diese selbst das Risiko einer Praxisgründung, die damit einhergehenden finanziellen Verpflichtungen und die langfristige Festlegung auf einen Ort der Tätigkeit eingehen müssen. Auch Patientinnen und Patienten können von der flexibleren Leistungserbringung und der strukturierten Praxisorganisation durch kürzere Wartezeiten auf Termine und bei der Leistungserbringung beispielsweise durch eine bessere Zusammenarbeit der Fachgruppen profitieren.

Den dargestellten Vorteilen der Leistungserbringung stehen einige Risiken gegenüber, die aufgrund des deutlichen Anstiegs der Anzahl an MVZ in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen haben. Diese Risiken betreffen unmittelbar die Versorgung der Patientinnen und Patienten und adressieren insbesondere den Aspekt, dass die Versorgung an ökonomischen Prämissen und nicht an den medizinischen Fragestellungen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass ein Handlungsrahmen vorgegeben wird, der insbesondere die Leistungserbringung durch MVZ gestaltet, jedoch auch für Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften Bedeutung hat. Hierbei ist es wichtig, deutlich zu machen, dass das Engagement von Kapitalgebern versorgungsverbessernde Strukturveränderungen unterstützen kann. Die folgenden Handlungsbedarfe müssen jedoch aufgegriffen werden, um die potenzielle Marktmacht von finanzstarken Unternehmen einzuschränken und eine bestmögliche Versorgung für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

1. Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung und der ärztlichen Tätigkeit

Eine Besonderheit von MVZ ist die Trennung der wirtschaftlichen und ärztlichen Leitung. Daraus ergibt sich, dass Vorgaben des kaufmännischen Geschäftsführers im Widerspruch zu ärztlichem Handlungsbedarf stehen können, weil wirtschaftliche oder organisatorische Gründe in den Vordergrund gerückt werden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen kann durch diese Einflussnahme wirtschaftlicher Motive die Qualität der ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten gemindert werden. Daher ist der Grundsatz der Unabhängigkeit der ärztlichen Behandlung insbesondere in MVZ zu gewährleisten.

Bei der ärztlichen Behandlung besteht eine Informationsasymmetrie, da Patientinnen und Patienten in aller Regel nicht nachvollziehen können, ob die empfohlenen ärztlichen Behandlungsempfehlungen sachlich begründet sind. Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientinnen und Patienten fachgerecht aufklären und die Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass lediglich die medizinische Behandlungsnotwendigkeit maßgeblich ist. Damit dies möglich ist, müssen Ärztinnen und Ärzte ihre berufliche Tätigkeit ohne die Einflussnahme Dritter ausüben können.

Aus Sicht der GKV ist es daher erforderlich, die Position der ärztlichen Leitung aber auch der einzelnen Ärztinnen und Ärzte in MVZ gegenüber der Geschäftsführung zu stärken, sodass ökonomische Interessen die medizinischen Entscheidungen nicht überlagern. Der ärztlichen Leiterin oder dem ärztlichen Leiter muss ein

Mindesttätigkeitsumfang vor Ort in Abhängigkeit von der Größe des jeweiligen MVZ vorgegeben werden. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die ärztliche Leiterin bzw. der ärztliche Leiter in MVZ über eine ausreichende Berufserfahrung von mindestens drei Jahren verfügt. Zudem ist die Vereinbarung von leistungs- und mengenbezogenen Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten in einem MVZ zu untersagen.

MVZ müssen wie alle Leistungserbringenden das gesamte Versorgungsspektrum anbieten und ihren Versorgungsauftrag vollumfänglich erfüllen. Aufgrund wirtschaftlicher Anreize kann es jedoch zu einer Einschränkung in der Leistungserbringung kommen, die weder durch Qualität noch sonstige fachliche Gründe gerechtfertigt werden kann. Hier muss aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen interveniert werden. Die KVen müssen die Einhaltung der Versorgungsaufträge aller Praxen prüfen und dabei auffällige Leistungshäufungen oder andere untypische Versorgungsmuster identifizieren und sanktionieren. Darüber hinaus sind die KVen zu verpflichten, die Übereinstimmung der abgerechneten Leistungen mit dem benötigten zeitlichen Aufwand für die Leistungserbringung zu überprüfen und ob die Leistungen dem zeitlichen Umfang der Zulassungen oder der genehmigten Anstellungen entsprechen.

2. Transparenz über die Trägerstrukturen und Trägervielfalt

Die Einführung einer privaten Trägerschaft in der ambulanten Versorgung im Jahr 2004 ist ein wichtiger Schritt zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung. Das bis heute noch überwiegend bestehende Modell einer Einzelpraxis entspricht nicht mehr den Vorstellungen vieler Ärztinnen und Ärzte, da sie sich für ihre Berufstätigkeit eine kooperativere Zusammenarbeit und eine höhere Flexibilität wünschen und stärker auf eine gute Work-Life-Balance achten. Diesen Anforderungen werden inzwischen verschiedene Modelle der ärztlichen Berufsausübung wie Berufsausübungsgemeinschaften und vor allen Dingen MVZ gerecht. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erfolgt dabei nicht nur durch verschiedene Praxisformen, sondern auch durch unterschiedliche Akteure und Praxisträger. Deren Handeln wird durch verschiedene Zielsetzungen und Perspektiven auf die Versorgung bestimmt und ermöglicht die Schaffung von Best-Practice-Beispielen im Sinne von innovativen Versorgungskonzepten. Daher muss die Trägervielfalt erhalten bleiben.

Die Träger- und Beteiligungsstrukturen sind transparent zu machen. Derzeit ist weder für die Patientinnen und Patienten noch für die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausreichend klar, wer die jeweils wirtschaftlich Berechtigten eines MVZ

sind. Aus diesem Grund sollte der Zulassungsausschuss ermächtigt und auf Antrag der Selbstverwaltungspartner verpflichtet sein, sich die vollständigen Eigentums- und Besitzverhältnisse offenlegen zu lassen; die Eigentums- und Besitzverhältnisse sind zudem zur Orientierung der Patientinnen und Patienten auf dem Praxisschild anzugeben. Darüber hinaus sollte eine Prüfung der Gründungsvoraussetzungen eines MVZ regelhaft alle fünf Jahre vorgenommen werden und die Datengrundlagen gemäß § 293 SGB V (Leistungserbringerverzeichnis) sollten erweitert werden. Dabei ist für MVZ insbesondere die Angabe des Namens des Trägers sowie der wirtschaftlich Berechtigten, der bundeseinheitlichen Trägernummer und der Trägerart erforderlich.

Patientinnen oder Patienten müssen ihrer Ärztin oder ihrem Arzt vertrauen können. Grundlage für eine gute ärztliche Behandlung ist, dass die Patientinnen und Patienten sicher sein können, dass die Ärztin oder der Arzt in ihrem Sinne entscheidet. Sollten hierbei Unsicherheiten entstehen, ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten eine unabhängige zweite Meinung einholen können. Aus diesem Grund ist die Transparenz für Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung. Bei der Überführung von Zulassungen aus Einzelpraxen in MVZ ist es nicht ungewöhnlich, die neuen Betreiber nicht zu benennen und u.a. den Namen des ehemaligen Praxisinhabers fortzuführen. Dies kann die Orientierung für Patientinnen und Patienten erschweren. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen können diese Schaffung von Transparenz ebenfalls nur bei Kenntnis über die Versorgungsstrukturen unterstützen. Dies betont noch einmal den Bedarf, die Träger- und Beteiligungsstrukturen offenzulegen und Hinweise auf dem Praxisschild anbringen zu lassen.

3. Freie Arztwahl und Vermeidung einer marktbeherrschenden Stellung

Die freie Arztwahl ist ein zentraler Grundsatz der ambulanten Versorgung, der Patientinnen und Patienten eine vertrauensbasierte und sachliche Entscheidung für eine ärztliche Behandlung ermöglicht. Dieser zentrale Grundsatz der ambulanten ärztlichen Behandlung wird allerdings gefährdet, wenn die Zusammenschlüsse von Leistungserbringenden in MVZ für einzelne Arztgruppen und Regionen eine marktbeherrschende Stellung einnehmen.

Einer der Vorteile von größeren MVZ und von Verbünde mit MVZ ist eine Professionalisierung der Managementstrukturen. Dies hat nicht ausschließlich Nachteile, denn straffere Prozesse können auch kürzere Wartezeiten und eine höhere Professionalisierung mit einer besseren Qualität beinhalten. Kritisch ist jedoch, wenn einheitliche Vorgaben, Behandlungsroutinen oder Vorgehensweisen für den ärztlichen Bereich Anwendung

finden, die ausschließlich wirtschaftlich ausgerichtet sind und dazu führen, dass keine Unterschiede mehr bei der Behandlung durch die unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzte feststellbar sind.

Die Bedarfsplanung in Deutschland wirkt auf eine flächendeckende Versorgung hin, sie regelt jedoch derzeit nicht die Trägerschaft von ambulanten Einrichtungen. Dies hat zur Folge, dass sich monopolartige Strukturen entwickeln können, die mit konkreten Risiken u.a. im Falle eines Konkurses behaftet sind. Damit zukünftig Einschränkungen in der ärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten vermieden werden, sind Zulassungen und Nachbesetzungen bei Gefährdung der Vielfalt der Trägerstruktur der Leistungserbringenden abzulehnen.

Eine Ablehnung der Zulassung oder Nachbesetzung sollte stattfinden,

- wenn ein oder mehrere MVZ von einem Träger mehr als 40 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb eines Planungsbereiches innehaben,
- drei oder weniger Träger von MVZ zusammen mehr als 50 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb des Planungsbereiches besetzen oder
- fünf oder weniger Träger von MVZ zusammen mehr als zwei Drittel der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland sollten für Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte Sonderregelungen möglich sein.

Diese Regelungen sehen explizit vor, dass durch die Vielfalt der Trägerschaft einerseits die Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten erhalten bleiben und andererseits die Vorteile verschiedener Trägerschaften in der Versorgung Eingang finden. Insbesondere im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung wird dies zukünftig an Bedeutung gewinnen.

4. Zeitlich begrenzte Zulassung

Beim Aufbau von MVZ werden Zulassungen in der Regel von Einzelpraxen in die angestrebten Strukturen überführt und das Eigentum an der Zulassung geht vom Betreiber der Einzelpraxis auf das MVZ als Trägergesellschaft über. Damit entfällt die Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit beim Ausscheiden der derzeitigen Praxisinhaberin bzw. des -inhabers, bevor die Zulassung an eine neue ärztliche Kandidatin oder einen neuen ärztlichen Kandidaten vergeben wird. Derzeit ist die Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit beim Ausscheiden von Vertragsärztinnen und -ärzten die einzige

Möglichkeit, bestehende Zulassungen zurückzunehmen und die Versorgungsangebote zu gestalten. Eine einmalig erworbene Zulassung kann hingegen unbegrenzt mit angestellten Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, ohne dass im zeitlichen Verlauf eine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit erfolgt. Dadurch wird zwar der kontinuierliche Betrieb bei personeller Fluktuation sichergestellt, gleichzeitig besteht jedoch keine Möglichkeit, auf veränderte Anforderungen an die Versorgung zu reagieren und nicht länger benötigte Zulassungen abzubauen.

Für die Gestaltung der ambulanten Versorgung ist es erforderlich, dass diese bestehende „Ewigkeitsgarantie“ für angestellte Ärztinnen und Ärzte abgeschafft wird und die Nachbesetzung einer Stelle nur auf Antrag und nach Prüfung von Versorgungsgründen möglich ist. Für die Prüfung ist ein Mindestzeitraum von fünf Jahren vorzusehen, der Planungssicherheit erlaubt und folglich nicht bei jeder personellen Änderung eine vollständige Überprüfung erforderlich macht. Damit wird einerseits den wirtschaftlichen Erfordernissen Rechnung getragen und andererseits findet die jeweilige Versorgungssituation in angemessenen Zeiträumen Eingang in die Ausgestaltung der Versorgung. Das Vorliegen der Gründungsvoraussetzung hat parallel zur Überprüfung des Versorgungserfordernisses zu erfolgen.

Eine besondere Konstellation ergibt sich beim Ausscheiden eines Gründungsgesellschafters, denn durch die Überführung der Zulassung in das MVZ hat keine Überprüfung des Versorgungserfordernisses stattgefunden. Daher ergibt sich für diesen Fall unabhängig von dem definierten Mindestzeitraum ein besonderes Prüferfordernis zum Zeitpunkt des Ausscheidens.

5. Verminderung ökonomischer Anreize und Stärkung der Versorgungsqualität

Die Bewertung ambulanter Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab basiert auf der Annahme, dass ein umfassender heterogener Leistungsmix von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erbracht und insgesamt das komplette Leistungsspektrum zur Verfügung steht. Dennoch kann eine Spezialisierung in vielen Bereichen ein Qualitätsvorteil sein und ist deshalb nicht grundsätzlich abzulehnen, beispielsweise in der bildgebenden Diagnostik oder bei Ambulanten Operationen.

Sofern jedoch eine Konzentration des Leistungsangebotes auf wenige Leistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt, entstehen deutliche Skaleneffekte, die zu einer Überfinanzierung führen können.

Bei einer hohen Leistungsspezialisierung müssen solche Effekte zukünftig bei der Leistungsvergütung adäquat berücksichtigt werden und damit Anreize geschaffen werden, den vollständigen Leistungskatalog der jeweiligen Arztgruppe zu erbringen. Ziel ist dabei, innerhalb einer Arztgruppe und in einem Planungsbereich jederzeit sicherzustellen, dass das gesamte Leistungsspektrum der GKV angeboten wird und die Kassenärztliche Vereinigung ihren vollständigen Sicherstellungsauftrag erfüllt.

Dem Zulassungsausschuss ist zudem die Kompetenz einzuräumen, bei der Besetzung von Vertragsarztsitzen konkrete Vorgaben zu Leistungsschwerpunkten oder zu dem zu erbringenden Leistungsspektrum zu treffen. Diese verschiedenen Maßnahmen wirken dabei nicht nur auf die Verminderung ökonomischer Anreize, sondern es wird gleichzeitig die Versorgungsqualität gestärkt, da Anreize für Über- und Fehlversorgungen abgebaut werden.

6. Inhaltliche Ausrichtung der MVZ am Versorgungsbedarf

Der Gesetzgeber sieht im Nachbesetzungsverfahren bereits vor, dass ein besonderes Versorgungsangebot als Auswahlkriterium für eine Nachbesetzung herangezogen werden kann. Im Sinne einer auf die regionalen Versorgungserfordernisse ausgerichteten Versorgung ist eine Stärkung von Leistungserbringenden vorzusehen, die ein umfassendes Angebot für die Patientinnen und Patienten vor Ort vorhalten. MVZ können hier eine tragende Rolle übernehmen, indem Gründungen bevorzugt werden, welche die regionalen Erfordernisse aufgreifen. Für Regionen mit einem starken Zuzug junger Familien ist beispielsweise eine Kombination aus Ärztinnen und Ärzten der haus- und kinderärztlichen Versorgung sowie Gynäkologie denkbar. In Regionen mit einer vergleichsweise älteren, multimorbiden Bevölkerung könnte eine Kombination von Fachbereichen der geriatrischen Versorgung geeignet sein, um den Versorgungsbedarf der Bevölkerung optimal abzudecken. MVZ mit passgenauen Versorgungskonzepten sind daher im Nachbesetzungsverfahren zu bevorzugen.

Kommunen haben für den Aufbau derartiger Versorgungsangebote gute Voraussetzungen, da sie eine enge Verbindung zum regionalspezifischen Versorgungskontext aufweisen und damit passgenaue Versorgungskonzepte entwickeln können. Die Verbindung der primär- sowie der fachärztlichen Versorgung unter Einbindung von nichtärztlichen Berufsgruppen und niederschweligen Beratungsangeboten durch die Kommunen kann einen deutlichen Mehrwert für strukturschwache Regionen generieren, da die Kommunen sowohl den Standort als auch die Rahmenbedingungen nach spezifischen Erfordernissen ausgestalten können. Daher sollen Kommunen mehr MVZ gründen und passgenaue regionale Versorgungsangebote schaffen.