

## 1

# TRENDS UND ENTWICKLUNGEN

Bernhard Gibis, Susanne Armbruster, Matthias Hofmann, Susanne Lubs

## 1 STABILER TREND

MVZ – mit dem GMG 2004 unter der Maßgabe eingeführt, eine fachübergreifende ambulante Versorgung aus einer Hand zu fördern, sind mittlerweile ein etablierter Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

Insgesamt hat die vertragsärztliche Versorgung nicht nur durch die MVZ in diesem Zeitraum wesentliche Impulse erhalten, sondern auch durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Dieses ermöglicht flexible Versorgungsformen als Antwort auf die zukünftigen Anforderungen durch den demografischen Wandel und den bereits bestehenden Ärztemangel. Angestellte Ärzte, Zweigpraxen und Teilzulassungen sind heute sowohl in medizinischen Versorgungszentren als auch in anderen Berufsausübungsgemeinschaften und Einzelpraxen selbstverständlich.

### GKV-VStG reduzierte Kreis der Gründer

Gleichzeitig war zu beobachten, dass MVZ zunehmend als Renditeobjekte in den Fokus von Investoren gerieten und damit vorrangig Kapitalinteressen verfolgten. Dieser Entwicklung ist der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz entgegengetreten, indem er den Kreis der Gründungsberechtigten auf Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäuser, in deren Verantwortung der Großteil der ambulanten und stationären Versorgung liegt, sowie Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V oder gemeinnützige Träger reduzierte. Auch stellte das Versorgungsstrukturgesetz sicher, dass die ärztliche Leitung tatsächlich innerhalb des MVZ verbleibt. Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei, sodass die Therapiefreiheit gewährleistet ist.

### GKV-VSG ermöglicht fachgleiche MVZ

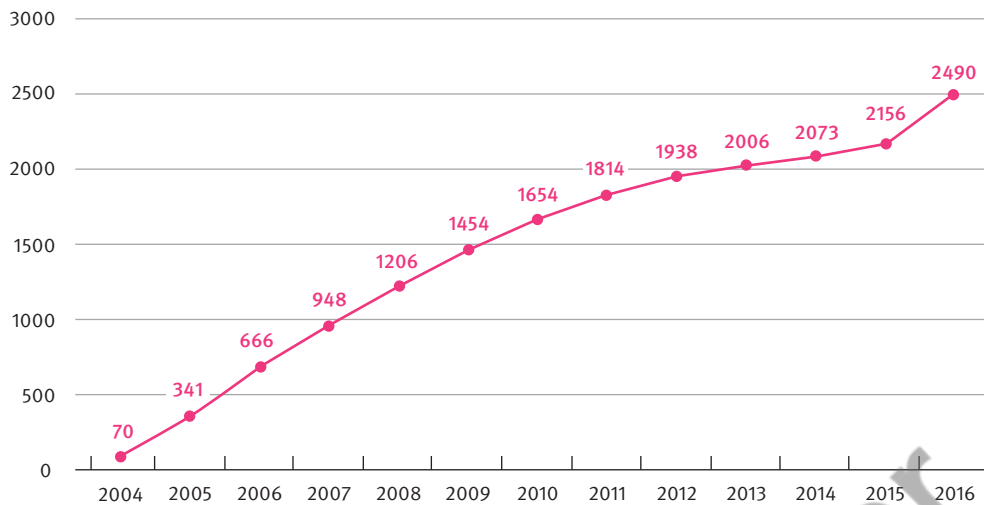
Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber 2015 eine der bisher elementaren Eigenschaften von MVZ gekippt. Eine fachübergreifende Tätigkeit ist nun nicht mehr notwendig, sodass sich mehr und mehr fachgleiche MVZ, wie z.B. reine Hausarzt-MVZ, etablieren können. Die Grenzen zwischen MVZ und Gemeinschaftspraxis werden so immer weiter verwischt. Hinfällig ist somit auch die ursprüngliche Intention der MVZ-Einführung, eine fachübergreifende ambulante Versorgung aus einer Hand zu fördern. Diese Regelung führt zudem dazu, dass nun auch rein zahnärztliche MVZ gegründet werden können. Zusätzlich wurde mit dem GKV-VSG auch Kommunen die Möglichkeit gegeben, als Gründer von MVZ aufzutreten. Davon wurde bislang jedoch kaum Gebrauch gemacht.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begleitet seit 2004 kontinuierlich die Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren durch die MVZ-Statistik sowie durch die MVZ-Surveys aus den Jahren 2005, 2008, 2011 und 2014. Im Folgenden wird sowohl ein Blick auf MVZ in Zahlen und Fakten als auch ihre Praxisorganisation sowie die Situation im ländlichen Raum geworfen.

## 2 MVZ-GRÜNDUNGEN

Seit dem Startschuss im Sommer 2004 steigt die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ beständig, ausgehend von 17 erfassten MVZ im 3. Quartal 2004 bis zu 2490 im Jahr 2016.

Aus epidemiologischer Sicht betrachtet ist ein stetiger, annähernd linearer Anstieg auf geringem Niveau zu verzeichnen.

**ABB. 1: ENTWICKLUNG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN IN DEN JAHREN 2004 BIS 2016 (MVZ-STATISTIK DER KBV 2016)**

### 3 MVZ-CHARAKTERISTIKA

#### 3.1 GRÖSSE

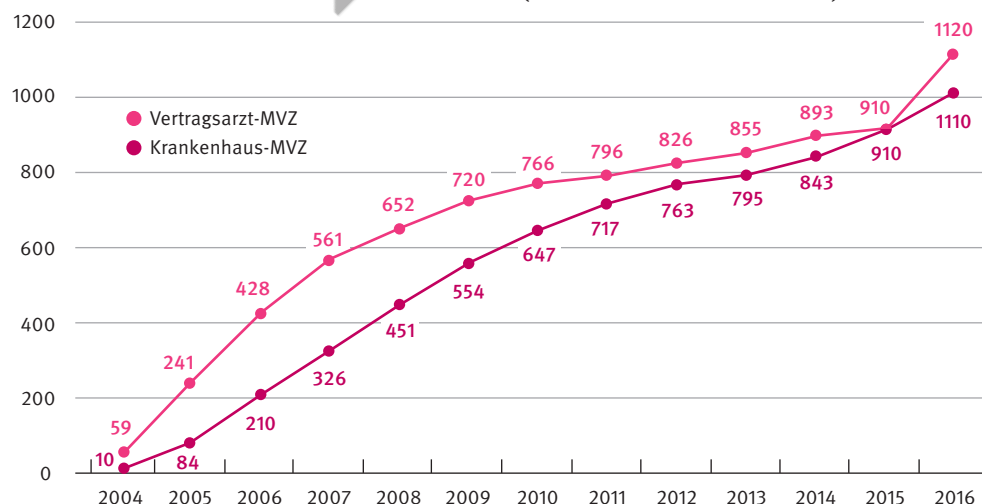
Die Arbeitsgröße der MVZ ist ebenfalls fast durchgängig von Wachstum gekennzeichnet. Arbeiteten zu Beginn durchschnittlich 3 Ärzte in einem MVZ, so sind dies zwischenzeitlich durchschnittlich 6,4 Ärzte. Der Median liegt bei 5 Ärzten je MVZ, die Spannweite zeigt eine erhebliche Heterogenität: Das größte Einzel-MVZ im Jahr 2016 hatte 130 gemeldete ärztliche Mitarbeiter.

#### 3.2 TRÄGERSCHAFT UND RECHTSFORM

Von Beginn im Jahre 2004 überwiegt die Gründung von MVZ durch freiberuflich tätige Ärzte. Von 2490 MVZ wurden 1010 unter Beteiligung von Krankenhäusern gegründet, wobei der Anteil krankenhausgetragener MVZ zumindest bis zum Jahr 2016 zunahm.

Der Trend zu größeren Einheiten geht mit der Wahl entsprechender Rechtsformen einher: Nachdem zunächst die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) häufigste Rechtsform war, ist dies zwischenzeitlich die GmbH (1559 GmbH, 794 GbR), die ihrer Rechtsnatur nach offensichtlich als besser geeignet angesehen wird, ärztlichen Kooperationen eine Plattform zu bieten.

**Vertragsärzte und Krankenhäuser sind aktivste Gründer**

**ABB. 2: ENTWICKLUNG VON MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN IN TRÄGERSCHAFT VON VERTRAGSÄRZTEN BZW. KRANKENHÄUSERN (MVZ-STATISTIK DER KBV 2016)**

Krankenhaus-MVZ werden nahezu ausschließlich als GmbH gegründet (588 GmbH, 22 GbR), wobei hier auch die gGmbH eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Wird die Zahl derzeit registrierter Kliniken zugrunde gelegt (2015: 1965 Kliniken) [Statistisches Bundesamt 2017], scheint ca. jedes zweite Krankenhaus ein MVZ gegründet zu haben. Da Kliniken ggf. mehrere MVZ gründen können, dürfte die tatsächliche Anzahl von Kliniken mit MVZ eher geringer sein.

### 3.3 FACHGRUPPENAUSRICHTUNG

**Hausärzte und Internisten sind die stärksten Fachgruppen**

Hausärzte repräsentieren die häufigste Fachgruppe (2338 im Jahr 2016), gefolgt von Internisten (1986), Chirurgen (1179), Frauenärzten (1081) und Orthopäden (1043). Hier unterscheiden sich durch Vertragsärzte gegründete und Krankenhaus-MVZ. Für MVZ, die durch Krankenhäuser gegründet wurden, ergibt sich folgende Reihenfolge: Internisten (833), Hausärzte (814), Chirurgen (806), Orthopäden (617) und Frauenärzte (576). Für die Fachgruppe der Neurochirurgen kann festgestellt werden, dass diese mehrheitlich in Krankenhaus-MVZ arbeitet.

Die durchschnittliche Arbeitsgröße von Krankenhaus-MVZ liegt mit 7,6 Ärzten über der aller MVZ (6,4 Ärzte).

**ABB. 3: FACHGRUPPENVERTEILUNG IN DEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN (MVZ-STATISTIK DER KBV 2016)**

