

Medizinische Versorgungszentren im ambulanten ärztlichen Markt

Von Dr. Sarah Gersch-Souvignet und Dr. Maren Trautmann, Ebner Stolz, Köln



Dr. Sarah Gersch-Souvignet

Dr. Sarah Gersch-Souvignet ist Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und als Partnerin bei Ebner Stolz im Bereich Health Care/Medizinrecht in Köln tätig.



Dr. Maren Trautmann

Dr. Maren Trautmann ist Rechtsanwältin und als Associate bei Ebner Stolz im Bereich Health Care/Medizinrecht in Köln tätig.

Ebner Stolz ist eine der größten unabhängigen mittelständischen Prüfungs- und Beratungsgesellschaften in Deutschland und gehört zu den Top Ten der Branche. Das Unternehmen verfügt über jahrzehntelange fundierte Erfahrung in Wirtschaftsprüfung, Steuerberatung, Rechtsberatung und Unternehmensberatung. Dieses breite Spektrum bieten 1.900 Mitarbeiter in dem für sie typischen multidisziplinären Ansatz in allen wesentlichen deutschen Großstädten und Wirtschaftszentren an. Als Marktführer im Mittelstand betreut das Unternehmen überwiegend mittelständische Industrie-, Handels- und Dienstleistungsunternehmen aller Branchen und Größenordnungen.

Kontakt

RAin Dr. Sarah Gersch-Souvignet
Ebner Stolz
Holzmarkt 1
50676 Köln
Tel. +49 221 20643-642
Sarah.Gersch-Souvignet@ebnerstolz.de
www.ebnerstolz.de

Weitere Informationen zur Kanzlei in der Anzeige auf Seite 17, 148

Konzipiert wurde das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) im Jahr 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in Anlehnung an die Polikliniken der DDR als fachübergreifende ärztliche Einrichtung zur Verbesserung der Patientenversorgung durch die Versorgung aus einer Hand. Ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers war hierbei auch der Erhalt der Attraktivität der ambulanten ärztlichen Tätigkeit mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben. Mit dem Wandel der ärztlichen Tätigkeit hin zu größeren Strukturen und dem Bedürfnis junger (Zahn-) Ärzt:innen nach Flexibilisierung und Reduzierung der Arbeitszeit ist die Organisationsform MVZ damit gerade heute als moderne Versorgungsform zu betrachten, die nicht zuletzt zur Bindung des ärztlichen Nachwuchses beiträgt. In der öffentlichen Berichterstattung entwickelt sich das MVZ aktuell jedoch bedauerlicherweise zum schwarzen Schaf in der Familie der Versorgungsformen. Der Gesetzgeber ist aufgerufen nachzujustieren.

Die Entwicklung des MVZ – Ein Rückblick

Die ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich versicherter Patient:innen, sogenannte vertragsärztliche Versorgung, ist in Deutschland an bestimmte Voraussetzungen und Formen geknüpft. Es bedarf hierzu einer Zulassung oder Ermächtigung. Neben Ärzt:innen oder Zahnärzt:innen können auch Medizinische Versorgungszentren gemäß §95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, beispielsweise in der Rechtsform einer GmbH, Inhaber einer Zulassung sein. Ein MVZ ist eine Einrichtung, in der Ärzt:innen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung angestellt oder selbständig unter ärztlicher Leitung tätig sind. Wer Gesellschafter einer MVZ-Trägersgesellschaft sein darf, ist abschließend geregelt. Aktuell kommen hierfür z.B. zugelassene (Zahn-) Ärzt:innen und Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder Kommunen in Betracht. Ein zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten zugelassenes Krankenhaus kann wiederum von Private Equity-Investoren erworben werden.

Im Jahr 2015 wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Gründung von fachgruppengleichen MVZ, sog. Mono-MVZ, zugelassen, die den Grundstein für die Bildung von Monostrukturen, beispielsweise in der Zahnheilkunde, der Radiologie oder der Augenheilkunde, legte. Hierdurch kam es zwischen 2015 und 2018 zu einem Anstieg der MVZ-Gründungen um 47% (Quelle: Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen, KBV). Dies veranlasste den Gesetzgeber im Jahr 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, die Möglichkeiten der MVZ-Gründung in den Bereichen Dialyse und Zahnheilkunde zu begrenzen.

Seit 2018 besteht zunehmend ein öffentlicher Diskurs über die Beteiligung von Finanzinvestoren an der Gründung von MVZ. Hierbei wird kritisiert und angenommen, dass von einem Krankenhaus-MVZ, bei dem die Krankenhausträgersgesellschaft von einem Finanzinvestor betrieben wird, sog. investorenbetriebene MVZ, eine Gefahr für die Versorgungsqualität ausgehe. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Februar 2020 Gesundheitsexperten mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dies haben auch andere Institutionen wie zum Beispiel die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zum Anlass genommen, den Stand und mögliche Weiterentwicklungen von gesetzlichen Regelungen zu MVZ zu untersuchen.

Stand aktueller Gutachten und Studien

Fünf von acht den Autorinnen bekannte Gutachten/Studien kommen zu dem Ergebnis, dass von investorenbetriebenen MVZ keine Gefahren für die Versorgungsqualität ausgehen, so auch das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen, die Einschränkungen der MVZ-Gründungsbefugnisse ablehnen. Das Gutachten des Instituts für Gesundheitsökonomik (ifG) stellte u.a. fest, dass sich eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung und Patientenzufriedenheit in investorenbetriebenen MVZ belegen lasse. Das Gutachten des For-

schungs- und Beratungsinstituts für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen (iGES) verwies u.a. auf eine gleichermaßen gezielte Renditeoptimierung in MVZ ohne Investorenbeteiligung. Daneben gibt es eine Studie aus dem Bereich der akkreditierten Labore von der WIG2 GmbH/figus GmbH und eine aus dem Bereich zahnärztlicher MVZ mit Investorenbeteiligung von der WifOR Institute GmbH.

Drei der Gutachten/Studien hingegen sehen eine Gefährdungslage. Im zahnärztlichen Bereich kommt Prof. Sodan in dem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebenen Gutachten u.a. zu dem Ergebnis, dass in zahnärztlichen Investoren-MVZ eine renditeorientierte Behandlung der Versicherten erfolge. Die von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern am 07.04.22 veröffentlichte Studie des iGES-Instituts kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass in MVZ höhere Behandlungskosten abgerechnet würden als in Einzelpraxen. Die Studie hat jedoch erhebliche Kritik erfahren: Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) moniert insbesondere, dass die Zuordnungskriterien zu den investorenbetriebenen MVZ nicht offengelegt werden. Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ) beanstandet, dass die Analyse methodische Fragen aufwerfe. In einem zweiten, von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern bei Prof. Sodan in Auftrag gegebenen Gutachten nimmt dieser an, dass von der MVZ-Gründungsbefugnis der Krankenhäuser insgesamt eine Gefahr ausgehe.

Festzuhalten bleibt: Aus allen oben genannten Gutachten/Studien gingen Empfehlungen hervor, welche mehr Transparenz fordern, weshalb unter anderem die Einführung eines MVZ-Registers sowie eine Kennzeichnung der investorenbetriebenen MVZ durch eine Schilderpflicht vorgeschlagen wurde.

Eine Sonder-Gesundheitsministerkonferenz beschloss am 30.09.21 die Notwendigkeit dahingehender Regelungen und forderte darüber hinaus regionale Beschränkungen der Zulassungen.

Bestehende Prüfmechanismen zur Sicherung einer unabhängigen (zahn-)ärztlichen Versorgung

Über den Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses kann ein Finanzinvestor an den Einnahmen aus dem Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums partizipieren.

Dies jedoch nur im Rahmen der bestehenden regulatorischen Grenzen.

Die Zulassungsausschüsse prüfen im Rahmen der MVZ-Gründung in der Regel etwaige Gewinnabführungsverträge. Beherrschungsverträge werden als generell unzulässig bewertet und stehen einer MVZ-Zulassung entgegen. Daneben prüfen die Zulassungsausschüsse vor Erteilung einer erforderlichen Anstellungsgenehmigung zu Gunsten einer MVZ-Trägergesellschaft die abgeschlossenen Anstellungsverträge.

Zur Vermeidung einer renditeorientierten Behandlung und einer Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen löst eine auffällig häufige Abrechnung bestimmter Leistungen im Vergleich zum Fachgruppennormalschnitt eine sogenannte Wirtschaftlichkeitsprüfung (§106 SGB V) mit möglichen Honorarrückforderungen in der Praxis aus, weil dies als Indiz für eine Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen bewertet wird.

Die regelmäßige Überschreitung der im GKV-System genehmigten Arbeitszeiten, die im Rahmen der Abrechnung aufgrund der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinterlegten Zeiten für einzelne Leistungen überprüft wird, führt zu einer sogenannten Plausibilitätsprüfung (§106d SGB V) und möglichen Honorarrückforderungen, weil hierbei die Annahme besteht, dass obligate Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition nicht erbracht worden sind.

Schwarze Schafe erkennen – Mehr Transparenz und Stärkung der Ärzteschaft

Mit Blick auf die Ergebnisse der Gutachten zur Behandlungstätigkeit in MVZ sollten eine MVZ-Schilderpflicht sowie ein MVZ-Register zur Stärkung der freien Arztwahl der Patient:innen seitens des Gesetzgebers nun zügig umgesetzt werden.

Mehr Transparenz bedarf es jedoch auch bei der Analyse der Gefährdungslage. Wie hoch der Versorgungsanteil durch Krankenhaus-MVZ in den einzelnen Arztgruppen ist, bei denen das Krankenhaus sich im Eigentum eines Finanzinvestors befindet, ist aktuell völlig unklar. Der Anteil der Ärzte, die in MVZ tätig sind, betrug im Jahr 2021 etwa 15% (Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV). Davon ausgehend, dass es sich nicht bei all diesen MVZ um investorenbetriebene MVZ handelt (nur 1.725 von insgesamt 3.846 MVZ waren im Jahr 2020 Krankenhaus-MVZ; Quelle: Statistische

Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV), dürfte der Versorgungsanteil investorenbetriebener MVZ aktuell insgesamt vermutlich unter 10% liegen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sollte mit Hilfe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierzu Zahlen veröffentlichen und die Gefährdungslage quantifizieren, bevor Zulassungsbeschränkungen diskutiert werden.

Zur weiteren Absicherung der (zahn-)ärztlichen Unabhängigkeit könnte eine Pflicht zur Vorlage von Zielvereinbarungen bei den (Zahn-)Ärzttekammern geregelt werden. Es könnten Empfehlungen zur Gestaltung erarbeitet werden, wie dies bereits für Chefärzt:innen in Krankenhäusern erfolgte, vgl. §135c SGB V.

Schließlich sollte zur Stärkung der Ärzteschaft eine Klarstellung des Gesetzgebers bezüglich der Übernahme von Geschäftsanteilen von Gründerärzten und nicht-ärztlichen Gründern an einer MVZ-Trägergesellschaft durch angestellte Ärzt:innen gemäß §95 Abs. 6 Satz 5 SGB V erfolgen. Aktuell ist die Übernahme von Geschäftsanteilen an einer MVZ-Trägergesellschaft durch neu angestellte Ärzt:innen nur erschwert möglich. Die diesbezügliche amtliche Begründung der Regelung steht im Widerspruch zu der gewünschten Förderung und Stärkung des ärztlichen Nachwuchses und der gewünschten Trägervielfalt. ■

KERNAUSSAGEN

- Es fehlt im Rahmen der MVZ-Versorgung an Transparenz in Bezug auf (i) Informationen für Patienten, welches MVZ, einer/welcher Gruppe angehört und (ii) Zahlen zur Versorgungs- und Gefährdungslage in und durch MVZ.
- Zur Vermeidung der Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen erfolgt im GKV-System eine regelmäßige Abrechnungskontrolle im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- Das Ziel des Gesetzgebers, mit der Versorgungsform MVZ die Attraktivität der ambulanten ärztlichen Tätigkeit mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben zu erhalten, kann in größeren Strukturen einfacher gelingen. Diese tragen nicht zuletzt zur Bindung des ärztlichen Nachwuchses bei.