

## **Kann ein MVZ ein geschlossenes Krankenhaus ersetzen?**

### **Zur Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren und der Frage der Grundversorgung**

Von Dr. Rainer Neef, Bündnis Klinikrettung

Rund 30 Krankenhausschließungen verzeichnet das Bündnis Klinikrettung zwischen 2020 und 2022. Immer häufiger ist dabei zu beobachten, dass ganze Gebiete durch die Schließung beeinträchtigt werden, da sich die Entfernung zum nächsten grundversorgenden Krankenhaus gravierend erhöht. Für Pkw-BenutzerInnen und Rettungswagen steigt die Fahrzeit auf über 30 Minuten (die quasi-amtliche Maximalentfernung), für Menschen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, noch weitaus mehr. Immer häufiger wird daher ein ambulanter Versorgungs-Ersatz angekündigt, benannt als Gesundheitszentrum, Gesundheitscampus o.ä. Bei den dem Bündnis Klinikrettung bekannten Schließungen war der angekündigte Ersatz meist auch nach zwei Jahren nicht zustande gekommen. Nur in Einzelfällen entstanden Medizinische Versorgungszentren (MVZ), wie es sie seit 2004 gibt – aber sie bieten lediglich Einzelelemente einer Grundversorgung.

Die (ökonomische) Gefährdung von Krankenhäusern hat in den vergangenen Jahren drastisch zugenommen, ihre politische Gefährdung erst recht – die Pläne, 400 bis 700 Krankenhäuser zu schließen<sup>1</sup>, werden derzeit aktualisiert. Die Frage ist: Kann der betroffenen Bevölkerung in Form von MVZ eine Grundversorgung geboten werden, wie sie der Spitzenverband gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV) in Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gesundheitswesen formuliert hat, nämlich eine Einrichtung mit Innerer Medizin und Chirurgie sowie Anästhesie, mit durchgängig geöffneter („24/7“-) Notaufnahme, und mit Pkw erreichbar in spätestens 30 Minuten<sup>2</sup>? Kann also ein MVZ überhaupt ein geschlossenes Krankenhaus und dessen medizinische Grundversorgung ersetzen?

### **Die Entwicklung von MVZ**

Seit 2004 können alle Erbringer medizinischer Leistungen MVZ gründen oder erwerben. Damit ist neben Arzt- oder auch Gemeinschaftspraxen ein zweiter ambulanter Versorgungstypus mit stärker unternehmerischer Ausrichtung entstanden. MVZ müssen eine ärztliche Leitung und einen von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugeteilten Sitz haben. Sie bringen den dort tätigen ÄrztInnen (90% sind Angestellte) den Vorteil einer administrativen Entlastung, besser und flexibler gestaltete Arbeitszeiten und gute Kooperationsmöglichkeiten. Sie sind aber auch ein attraktives Feld für Kapitalanleger, denn das deutsche Gesundheitswesen gilt als stabiler, expandierender und durch Krankenversicherungen gut gesicherter Markt.

Die Zahl der MVZ wuchs sehr rasch auf 1.700 im Jahr 2010 an. 2012 wurde die Trägerschaft durch Änderung von § 95 Abs. 1 SGB V auf Erbringer „ärztlicher Leistungen“ eingeschränkt. Die Begründung dafür lautete, es bestehe die „Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden.“<sup>3</sup>. Interessierte Kapitalinvestoren bewältigten jedoch das neue Hindernis, indem sie ein möglichst kleines, eventuell notleidendes Krankenhaus günstig kauften und zum Träger („Plattform“) für den Einstieg ins MVZ-Geschäft machten. Bis 2015 mussten MVZ mindestens zwei

1 vgl. <https://www.gemeingut.org/krankenhausschliessungen/#1604497819129-10baadf1-d149>

2 <https://www.gkv-kliniksimulator.de/>

3 Zitiert nach Pavlovic, Andreas, 2021: Finanzinvestoren aus den MVZ heraushalten. In: KVB-Forum 03/ 2021, S. 32

Fachgebiete beinhalten, seitdem können sie sich auch auf ein Spezialgebiet beschränken. Dies gab einen erneuten Wachstumsschub auf 3.826 Ende 2020. MVZ vereinigen heute weniger Fächer als zehn Jahre zuvor, und diese sind stärker auf ertragreiche Behandlungen bezogen.<sup>4</sup>

### **MVZ-Träger und MVZ-Praxis**

Zu den größten Trägern von MVZ zählen die *privaten Krankenhauskonzerne*. Die neun größten halten durchweg eine große Zahl von MVZ, zusammen mindestens sechs Prozent aller MVZ. Ihre Fächerstruktur ist abgestimmt auf die der jeweiligen Trägerklinik, und sie sind ganz überwiegend auf deren Gelände angesiedelt. Erkennbar handelt es sich um ein Zuarbeitsverhältnis: Stationäre PatientInnen werden für die Klinik akquiriert bzw. vorbehandelt und nach deren Verlassen nachbehandelt – vorzugsweise in kapitalintensiven und ertragreichen Fächergruppen wie z.B. Orthopädie-Endoprothetik oder Neurochirurgie<sup>5</sup>. Zwischen Klinik und MVZ werden dabei Kosten und Abrechnung optimiert.

In den deutschen „Gesundheitsmarkt“ sind große, hauptsächlich transnationale *Private-Equity-Unternehmen* eingestiegen. Als reine Profitmaschinen akquirieren sie ohne Ansehen von Inhalten und Branche, aber mit strategischem Blick, ganze Unternehmen. Sie richten sie so zu, dass sie nach 6-10 Jahren mit hohem Profit weiterverkauft werden können. Vehement sind Private-Equity-Unternehmen nach 2016 in das Geschäft mit MVZ eingestiegen. Nach Erwerb einer (kleinen) Klinik als zugelassenem Träger kauften sie teils einzelne MVZ, die sie zu einer Kette zusammenschlossen; vor allem ab 2018 wurden ganze Ketten erworben<sup>6</sup>. Fast alle dieser MVZ haben nur eine, maximal zwei Spezial-Fachgruppen der besonders kapital- bzw. ertragsstarken Art. Sie werden über Personalkostensenkung und Praxis-Vorgaben (z.B. Diagnose- und Behandlungshäufigkeit) auf raschen Gewinnkurs gebracht<sup>7</sup>. Ca. 15 Prozent aller MVZ sind heute im Besitz von Private Equity, der Einfluss von Kapitalinteressen auf die Gesundheitsversorgung ist erkennbar gewachsen. So titelte die FAZ im Juni 2022 in Bezug auf investorengetragene MVZ: „Finanzinvestoren gefährden das Patientenwohl“. (<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/aerzte-warnen-finanzinvestoren-gefaehrden-das-patientenwohl-18113108.html>)

MVZ im Besitz *sonstiger privater* Träger (vor allem Dialyse und Labormedizin) sind auf deren medizinischen Aktivitätsbereich zugeschnitten und kommen für die Frage nach Grundversorgung ohnehin nicht in Betracht.

Die großen *freigemeinnützigen* Krankenhausgesellschaften verfügen über deutlich weniger eigene MVZ (zwei bis drei Prozent). Sie verfolgen überwiegend ein Zuarbeitsverhältnis zum Träger-Krankenhaus, vergleichbar den Privaten. Bei einem kleineren Teil sind die MVZ auf eine spezifische karitativ-soziale Haltung zu Gesundheit ausgerichtet, einzelne sollen wohl lokale stationäre oder ambulante Versorgungsdefizite ausgleichen.

MVZ von *Kommunen bzw. Landkreisen* gibt es als solche nur vereinzelt, die meisten sind den Krankenhausverbänden größerer Städte und Landkreise zugeordnet. Soweit über Internet

4 Bobsin, Rainer, 2019: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Hannover: Offizin 4. erw. u. aktualis. Aufl., S. 34 ff.; KVB-Forum 03/ 2021 – Sonderausgabe MVZ, S. 10 ff.

5 KVB-Forum a.a.O., S. 13

6 Bobsin, a.a.O. und derselbe, 2021: erw. u. aktualis. Aufl., 2021, 5. Aufl., Anhang (pdf)

7 Scheuplein, Christoph, 2021: Übernahme von MVZ durch Private-Equity-Investoren in Bayern. In: KVB-Forum 03/ 2021, S. 28-30

ermittelbar, halten sie vielleicht drei bis vier Prozent aller MVZ. Auch diese stehen zu den Krankenhäusern überwiegend in einem Zuarbeitsverhältnis. Ein kleinerer Teil aber dient auch als fachlich-ambulante Ergänzung am Ort, manchmal auch außerhalb, etliche wurden eingerichtet zur Behebung ambulanter Defizite in einigen ländlichen Gebieten, oder als Ersatz nach Klinikschließungen. Große öffentliche Träger sind teils Psychiatrien mit wenigen und eher ergänzenden MVZ, einige andere (z.B. Vivantes, Berlin) suchen durch MVZ eine kohärente ambulante Versorgung anzubieten.<sup>8</sup>

Neben diesen auf Krankenhäuser ausgerichteten MVZ werden ebenso viele von (GKV-) *Vertragsärzt:innen* getragen. Auch diese wollen und müssen in unserem ambulanten System Gewinne erwirtschaften, um sich zu halten. Sie sind im Schnitt kleiner, weniger kapitalstark und bieten weniger, aber offenbar breiter gestreute Fachgebiete<sup>9</sup>.

### **„Gesundheitszentren“ als Grundversorger?**

Wir gehen aus von der quasi-amtlichen Definition stationärer Grundversorgung (s.o.). Dieser wäre hinzuzufügen: *Allen* Bewohner:innen des deutschen Territoriums, auch in seinen dünnbesiedelten Teilen, steht eine gesundheitliche Grundversorgung zu. Diese Leistungen und Standortqualität müsste ein Gesundheitszentrum aufweisen, wenn es ein Akutkrankenhaus spätestens zum Zeitpunkt seiner Schließung ersetzen sollte. Das impliziert Vorhaltekosten für 24/7-Notaufnahmen, für stationäre Betten, und für eine hinreichende Infrastruktur in Chirurgie und Innerer Medizin. Unter dem Abrechnungssystem der Fallpauschalen, unter dem seit 2005 alle Akutkrankenhäuser und speziell ihr Personal leiden, bedeutet das immer: dauerhafte Verluste, die von ertragreichen Fachgebieten sicher nicht ausgeglichen werden können. Eine 24-stündige-Notaufnahme erfordert einen erheblichen Pool an ärztlichem und Pflegepersonal mit Einsatz- und Bereitschaftspflichten; die kassenärztlichen Notdienste (bei Klinikschließungen immer wieder als Ersatz genannt) sind hierfür zu beschränkt. Rechtlich und finanziell ist ein solches Zwischending zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bislang ohnehin nicht machbar, da die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen, Abrechnungssysteme und zugeordneten Institutionen bisher nicht auf einen Nenner gebracht werden konnten.

Erstmals gesetzlich festgelegt wurden „Regionale Gesundheitszentren“ (RGZ) im Niedersächsischen Krankenhausgesetz von 28.6.2022 (§ 2, Abs. 2 und 3 und § 3 Nr. 12) mit (unbestimmter) „ambulanter fachärztlicher Versorgung“, „bettenführender Pflegeeinheit“ und 24/7-„Erreichbarkeit“ – aber eben keine durchgängige ärztliche Präsenz. Die begleitende Enquêtekommission schlug einen Start in MVZ-Form vor, als obligatorisch wurden nur kooperierende Gesundheitsdienste, Betten-Vorhaltung, und Arztpraxen in Allgemeiner und Innerer Medizin vorgesehen – aber keine Chirurgie mit Anästhesie, keine 24/7-Notaufnahme (nur eine Rettungswache), und keine Erreichbarkeitsgrenze. Die gesetzlichen und institutionellen Regelungen für ein RGZ seien aber so unterschiedlich, dass es nicht als eigenständige Versorgungsstufe der geplanten Krankenhaus-Neuordnung (Grund- und Regel-, erweiterte und Maximalversorgung, daneben Fachkrankenhäuser) gefasst werden könnten. Die Kommission, und im Anschluss PolitikerInnen behaupteten, MVZ könnten Versorgungslücken nach Krankenhausschließungen schließen, aber sie genügen nicht einmal der eigenen Definition einer Grund- und Regelversorgung.<sup>10</sup> Ein Beispiel für reales Scheitern ist der „Gesundheitscampus

8 Eigene Recherche, z.T. nach Bobsin, a.a.O.; KVB-Forum 2021, a.a.O. S. 22f. u. 32ff.

9 Zi-MVZ-Panel, Jahresbericht 2020. Berlin Jan. 2021

10 Enquêtekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“: Bericht.

Säckingen“, der nach Schließung des Krankenhauses Anfang 2018 „die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in der strukturschwachen Region durch Etablierung eines neuen sektorenübergreifenden Versorgungsangebots sicher“ stellen sollte. Übrig geblieben ist ein Ärztehaus. Mietverträge mit örtlichen Praxen und Gesundheitsdiensten und einem Altenpflegeheim wurden geschlossen, ambulante OP s sind möglich, eine Notaufnahme nicht. Die Integration (gemeinsames „Case Management“) mit der letzten am Ort verbliebenen Rehaklinik scheiterte; wegen enorm gestiegener Baukosten steht ganze Projekt nun vor dem Scheitern.<sup>11</sup>

## **Fazit**

Mit der Entwicklung von MVZ sind Konstellationen entstanden, die wenig mit Bedarf und Grundversorgung zu tun haben und viel mit Ertragsmaximierung, besonders durch Spezialisierung auf einzelne ertragsstarke Fächer bzw. deren Kombination. Seitens privater Betreiber ist keine Entwicklung von grundversorgenden MVZ zu erwarten. Für die großen privaten Träger dienen MVZ nur der Ertragsmaximierung in Kooperation mit eigenen Kliniken. Für freigemeinnützige Träger und die große Mehrheit öffentlicher Träger spielen MVZ eine ähnliche Rolle der gezielten Ertragsstärkung. Einige öffentliche (Krankenhaus-)MVZ-Träger brachten immer nur einen unvollständigen und offensichtlich zuschussbedürftigen Versorgungersatz für geschlossene Krankenhäuser zustande. Vertragsärztliche MVZ haben für die Verpflichtungen einer Grundversorgung ein zu kleines fachliches und finanzielles Potenzial und kein hinreichendes Eigeninteresse. Auch die niedersächsische Enquêtekommision brachte kein realisierbares hinreichendes Konzept zustande. Unter Bedingungen einer gewinnorientierten Krankenversorgung und angesichts der überkomplexe Regelungssysteme und -Institutionen im Krankenhausbereich ist nirgends die Chance für ein funktionierendes System grundversorgender ambulant-stationärer Gesundheitszentren zu erkennen.

Nds. Landtag, Drs. 18/8650 (22.2.2021). Hannover, S. 93 ff. und S. 149 ff.

11 <https://www.forum-gesundheitsstandort-bw.de/projekte/sm/gesundheitscampus-bad-saeckingen-konzept-eines-sektoreneuebergreifenden-versorgungsansatzes-zur-gesundheitsversorgung-struktursch> ; <https://www.badische-zeitung.de/beim-einstigen-leuchtturm-gehen-wohl-die-lichter-aus?utm>