



Foto: Minerva Studio – Fotolia

Theorie vs. Realität

Zur Bedeutung von MVZ für die ländliche Versorgung

Von Susanne Müller

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ohne Frage als immer noch recht junge Entwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturpolitik eine Erfolgsgeschichte. Ihre aktuelle Zahl dürfte bei über 3.500 Einrichtungen liegen. Die bis dato letzte offizielle Statistik gibt für den 31.12.2016 einen Stand von 2.490 humanmedizinischen und weiteren 288 zahnmedizinischen MVZ an. Angesichts der großen strukturellen Vielfalt, die sich hinter dem MVZ-Begriff verbirgt, lässt sich mit diesen Zahlen jedoch keinerlei Aussage über die Versorgungsrelevanz für einzelne Regionen treffen.

Dies gilt uneingeschränkt auch für die im Jahresrhythmus von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichte Statistik zur „Räumlichen Ansiedlung der MVZ“, wonach zuletzt knapp die Hälfte aller MVZ in Kernstädten und „nur“ 13,5 Prozent – mithin 335 Einrichtungen – in ländlichen

Gemeinden angesiedelt waren. Als offizielle Interpretation wurde mitgegeben: „MVZ gründen sich sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten. Allerdings lässt sich die Mehrzahl der MVZ in Kernstädten sowie Ober- und Mittelzentren nieder.“

So weit, so wenig handfester Ausgewert. Dies auch deshalb, weil die Begrifflichkeiten von „Kernstadt“ sowie „Mittel- und Oberzentrum“ auf eine Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurückgehen, bei der es um „generelle Fragen nach den Beziehungen von Städten zu ihrem Umland“ geht. Als Zentrum ist in diesem Bezugsrahmen schlichtweg jeder höher-rangige Ort – unabhängig von Größe oder Einwohnerzahl – definiert, in dem das Umland die Versorgung mit gehobenem Bedarf findet. Dazu zählen unter anderem Banken, Apotheken und Fachärzte. Mithin ist der Ausgewert, dass MVZ eher in Mittel- und Oberzentren

Mit der Zulassung von MVZ war von Beginn an vor allem seitens der Gesundheitspolitiker auch die Hoffnung verbunden, eine Antwort auf die sich schon 2004 abzeichnende Versorgungsproblematik der ländlichen Räume gefunden zu haben. Eine Erwartung, die mit der Realität aus prinzipiellen Gründen nur schwer zur Deckung gebracht werden konnte. Dennoch wurde sie bei jeder weiteren Reform von Politikern aller Couleur wiederholt und zuletzt mit der Erweiterung des Trägerkreises auf Kommunen durch das GKV-VSG auch der direkte Weg eröffnet. Gleichzeitig stehen MVZ unter dem Generalverdacht, die ambulante Versorgung zu zentralisieren und Zulassungen aus dem ländlichen Raum in städtische Bereiche zu verlagern – also das Gegenteil dessen umzusetzen, was der Politik so vorschwebt. Wie immer liegt die Wahrheit irgendwo zwischen den Polen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Ländliche Versorgung, Organisation

anzutreffen sind, im Wesentlichen eine Banalität ohne Erkenntniswert. Eher ist es erstaunlich und daher positiv hervorzuheben, dass immerhin jedes achte MVZ in ländlichen Gemeinden oder Kleinstädten angesiedelt ist. Hier kommt zum Tragen, dass diese MVZ häufig als Hausarztzentren, bzw. als Grundversorger konzipiert sind und daher entsprechend ein vergleichsweise kleines Einzugsgebiet für den wirtschaftlichen Betrieb ausreichend ist.

MVZ ist nicht gleich MVZ

In der gegenwärtigen Definition des Gesetzgebers ist das MVZ eine gesellschaftsrechtliche Variante der Praxisorganisation, bei der der Inhaber der Praxis und die Erbringer der ärztlichen Leistung auseinanderfallen (können). Die Zulassung ist dabei – anders als bei der tradierten Niederlassungspraxis – nicht mehr an die Arztpersönlichkeit gebunden, sondern wird der MVZ-Gesellschaft, die wiederum durch ihre Gesellschafter (= Gründer oder Träger) vertreten wird, erteilt. Eine inhaltliche Bestimmung findet seit der mit dem GKV-VSG im Juli 2015 erfolgten Streichung der zuvor obligaten Erfordernis zum Fachübergreif nicht statt. Einzige gesetzgeberische Vorgaben sind, dass erstens immer mindestens zwei Ärzte gemeinsam tätig sein müssen, und dass zweitens im Wesentlichen nur Vertragsärzte, Krankenhäuser, Dialyseträger und Kommunen ein MVZ betreiben dürfen. Ergebnis dieser Minimalvorga-

Definition von Mittelzentren laut BBSR

„Die etwas unter 1.000 Mittelzentren übernehmen die Versorgung mit Gütern und Diensten des gehobenen Bedarfs. Ihr Einzugsbereich (Mittelbereich) zählt mindestens etwa 30.000 bis 35.000 Einwohner. Die Mittelzentren werden in Raumordnungsplänen für das Landesgebiet festgelegt. Sie sollten mit dem öffentlichen Verkehr in maximal 45 Minuten erreichbar sein.“

ben ist eine riesige Vielfalt, die sich heute hinter dem Sammelbegriff „MVZ“ verbirgt.

Die Spannweite reicht von der fachgleichen Zweierpraxis über poliklinisch aufgestellte Standorte

„Die relevante Frage, um die Bedeutung der MVZ für den ländlichen Raum zu bestimmen, ist daher nicht, wo ein MVZ formal seine Zulassungsadresse hat, sondern was es für die Region gegenüber der klassischen Niederlassungspraxis an Mehrwert bietet.“

mit 30 und mehr Ärzten bis hin zu ausgedehnten Filialnetzwerken, die mit vielen kleinen Zweigpraxen als ein MVZ zählen – und umfasst darüber hinaus auch sämtliche Misch- und Unterformen. Somit gilt, dass das MVZ als Struktur tatsächlich das Potenzial hat, über den Charakter einer Gemeinschaftspraxis hinaus zu einem auch in der Fläche relevanten Versorgungsträger in ländlichen Regionen zu werden. Einen Automatismus gibt es dafür – entgegen allen Wunschen – allerdings nicht.

Beitrag der MVZ

Die relevante Frage, um die Bedeutung der MVZ für den ländlichen Raum zu bestimmen, ist daher nicht, wo ein MVZ formal seine Zulassungsadresse hat, sondern was es für die Region gegenüber der klassischen Niederlassungspraxis an Mehrwert bietet. Hier gibt es spannende Modelle, die in der Regel einen lokal oder regional stark verankerten Akteur zum Ausgangspunkt haben. Das können z. B. eine einzelne Arztpersönlichkeit oder ein Team ärztlicher Kollegen sein, die nach und nach weitere Zulassungen der Umgegend in die eigene Struktur einbinden und zentral verwalten.

Beispiele sind etwa das Polyklinik genannte MVZ Dr. Kielstein in Erfurt, deren zahlreiche Zweigstellen im weiteren Umland auch Orte mit Kleinteiligkeit versprechenden Namen wie Töttelstedt, Schkölen oder Rothenheim umfasst. Oder das Hausarztzentrum Dr. Landers

in Mayen, einer rheinland-pfälzischen Kleinstadt, mit weiteren Zweigstellen in Kottenheim und Ettringen. Das MVZ Timmermann und Partner mit Hauptsitz in Cuxhaven wiederum hat vier weitere Standorte in Hemmoor, Norden,

Reppenstedt und Hymendorf. Das sachsen-anhaltinische MVZ Börde, verortet in Hadmersleben, hat zusätzlich Filialen in Kroppenstedt, Wanzleben und Westeregeln. Diese Aufzählung ließe sich ohne Schwierigkeit fortsetzen und belegt vor allem, dass MVZ in vielen Fällen eben nicht mit Zentralisierung einhergeht. Vielmehr ist es eine der Besonderheiten der MVZ, dass sie – häufig ausgehend von einem starken Träger – als dezentral aufgestellte Filialnetzwerke funktionieren und Flächenversorgung auf hohem Niveau anbieten. Dies gilt ebenso für viele der Krankenhäuser, die sich direkt mit MVZ in der ambulanten Versorgung engagieren, um die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Filialnetze sind hier teilweise noch großflächiger angelegt und umfassen vielfach mehrere Haupt- und zahlreiche Nebenbetriebsstätten. Beispiele sind die Elblandkliniken im sächsischen Meißen und die Ortenaukliniken in Baden-Württemberg (jeweils 9 MVZ und Zweigstellen) sowie die Kliniken Bad Salzungen mit allein 23 ambulanten Standorten im 50 km-Radius um das Krankenhaus. Im Durchschnitt hat ein Klinik-MVZ zwischen zwei und vier Standorte. Dies gilt selbst für die privaten Träger, die anders als die kommunalen Häuser zwar nicht ganz so stark in der Region verankert sind, dennoch aber die medizinische und betriebswirtschaftliche Chance erkennen, die der Flächenpräsenz trotz allen organisatorischen Mehraufwandes inneohnt.

Mittelbar dient diese Strategie der Krankenhäuser natürlich auch der Sicherung der Bettenauslastung. Denn wo die ambulante Basisversorgung fehlt, wird es jeder Krankenhaussträger schon deshalb schwer haben, weil die Abwanderung der Bevölkerung mit erhöhter Dynamik von statten geht. Praktisch sind die Effekte dennoch vor allem positiv für die ambulanten Patienten der umliegenden Orte. Denn, wenn entsprechende Aktivitäten der niedergelassenen Ärzte fehlen, sind Krankenhäuser meist die letzten in den strukturschwachen Regionen, die zu verweisen drohende Zulassungen mit für sich genommen häufig als unattraktiv eingestufte Ertragslage übernehmen und vor allem auch dafür sorgen, dass sich angestellte Ärzte finden, die diese Stellen engagiert besetzen. Hier kommt ein Win-Win zum Tragen, von dem Patienten und Krankenhaussträger mit dem im Vergleich zum Einzelarzt anders gearteten Ertragsdenken und ihren erweiterten Möglichkeiten der Personalgewinnung gleichermaßen profitieren.

Bedeutung für den ländlichen Raum

Es gibt also sehr viele MVZ, deren Bedeutung für den ländlichen Raum mindestens in der lokalen Betrachtung kaum zu unterschätzen ist. Wesentlich ist dabei nicht nur der Beitrag, der in der Fläche geleistet wird. Vielmehr sind professionelle Kooperationsstrukturen allgemein attraktiver für den Ärztenachwuchs und häufig auch interessante Anbieter von Famulaturplätzen und Weiterbildungsstellen. In der Konsequenz gelingt es solchen Ärztenetzwerken, wie die genannten sieben MVZ sie beispielhaft verkörpern, auch leichter, junge Mediziner und MFA anzuziehen und damit auch für die Zukunft Fachkräfte in der Region zu halten.

Die komplexen Versorgungszentren mit ihrem oft vielfältigen Angebot an Teilzeitstellen und der Möglichkeit zur Kombination ambulanter und stationärer Tätigkeit sind somit ein wichtiger Anker, um zu verhindern, dass aus den peu à peu erfolgenden Praxisschließungen im ländlichen Raum – in Form

einer quasi sich als selbstbestätigenden Prophezeiung – mittelfristig die ganze Versorgungskette zusammenbricht. Diese Sekundärfunktion kann in ihrer Bedeutung gar nicht hoch genug bewertet werden und steht der klischeehaft eingeeengten Sicht auf Krankenhaus-MVZ als bloßem Staubsauger für die Bettenauslastung des angeschlossenen Krankenhauses diametral entgegen.

Aktuelle Situation

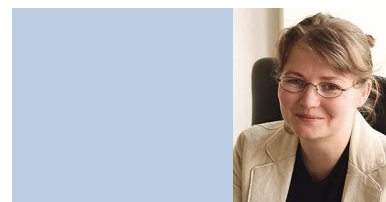
Dennoch wird die gegenwärtige gesellschaftspolitische Debatte beinahe ausschließlich unter dem Motto geführt, dass MVZ die Flächenversorgung bedrohen. Dies hat zum einen damit zu tun, dass, wenn MVZ gezählt werden, ihre Strukturvielfalt, die wie dargestellt auch eine starke räumliche Spannbreite abdeckt, oft unberücksichtigt bleibt. Zum anderen werden die wahre Größe von MVZ und damit auch der dadurch bedingte Grad der Zentralisierung häufig überschätzt. Im Hintergrund steht hier die Erfassung der MVZ-Größe über die Zahl der Ärzte, die leider nur näherungsweise Rückschlüsse auf die eigentlich relevante statistische Größe der Vollzeitäquivalente je MVZ erlaubt. Die Unschärfe nimmt dabei in dem Maß zu, wie Teilzeitarbeitsverhältnisse in der Ärzteschaft häufiger werden und gleichzeitig nicht erfasst wird, wie viele Mediziner nur dreiviertel, halbe oder Viertelstellen ausfüllen.

Bleibt noch die Frage, wie sich die mit dem GKV-VSG neu hinzugekommenen kommunalen MVZ in die Debatte um die Versorgung des ländlichen Raumes einfügen. Tatsächlich lässt sich auch zwei Jahre nach dem Gesetz die Menge der Gründungen, bei denen Kommunen direkt als Träger von MVZ auftreten, an zwei Händen abzählen. Und da wo gegründet wurde, handelt es sich um eher kleinteilige MVZ, die ganz überwiegend Familienmedizin im Sinne einer hausärztlichen Grundversorgung anbieten. Für die betreffenden Regionen ist dies ein wichtiger und richtiger Baustein. Für die Frage aber, welche Bedeutung MVZ für die Versorgungssituation im ländlichen Raum haben, sind sie eher eine Randerscheinung.

Im großen Maßstab ist wesentlich bedeutsamer, dass mit den MVZ erstmals eine Kooperationsform ermöglicht wurde, die über die verschiedenen Trägerschaften hinweg die Möglichkeit bietet, von einzelnen Ärzten vergleichsweise unabhängige und deshalb ebenso stabile wie standorttreue Strukturen zu betreiben. Das heißt nicht, dass in den MVZ, wie gern von Gegnern unterstellt, ständig die Belegschaft wechselt. Aber es gilt, dass – wenn ein Arzt seine Stelle im MVZ verlässt – der Träger eben nicht nur ein evidentes Interesse hat, zeitnah einen Nachfolger zu finden, sondern hierfür auch über andere Möglichkeiten verfügt als der selbständige Freiberufler, der seine gesamte Landarztpraxis veräußert.

In diesem Sinne ersetzen MVZ natürlich nicht den honorigen Hausarzt in jedem Dorf, der noch immer in der Wunschvorstellung vieler Kommunalpolitiker die Einwohner von der Wiege bis zur Bahre begleitet. Aber sie sind eine sehr gute zweite beste Lösung, die den Ressourcen, die heute dem System zur Verfügung stehen, entspricht und die in hoher Qualität dazu beiträgt, eine möglichst wohnortnahe Versorgung in allen Regionen auch künftig aufrechtzuerhalten. ■

Susanne Müller
Geschäftsführerin des Bundesverband
MVZ e.V.
Schumannstraße 18
10117 Berlin
s.mueller@bmvz.de



Susanne Müller