



© Dilok – stock.adobe.com

# Krankenhaus-MVZ im Fokus des Gesetzgebers

## Marktbeschränkung vs. Marktöffnung. Gedankenspiele.

Von Susanne Müller

**W**enn ein Geldgeber, der nicht zum exklusiven Kreis der zulässigen MVZ-Gründer gehört, in den ambulanten Markt investieren möchte, führt diesen Weg beinahe unweigerlich über ein Krankenhaus. Denn Krankenhäuser sind zulässige Gründer und – anders als bei den MVZ – gilt, wer kann, der darf. Wer daher genügend Geld und Know-How hat, ein Krankenhaus zu kaufen und dauerhaft zu betreiben, ist in der Folge auch qualifiziert, MVZ zu gründen oder zu erwerben. Hürde und Grenze sind hierbei lediglich die ambulanten Bedarfsplanungsvorschriften. Nach aktueller Rechtslage genügt theoretisch eine Klinik, die in Deutschland Teil eines Landesbettenplanes ist, um regional und zahlenmäßig uneingeschränkt MVZ zu betreiben.

Genau dieser Zusammenhang ist vielen Vertretern des Ärzteverbandes und Gesundheitspolitikern ein Dorn im Auge. Vermutet wird eine Renditeorientierung des Investors, die über das Trägerkrankenhaus unmittelbar auf den ambulanten Versorgungsalltag durch-

schlägt und letztlich Patienten und/oder die Versorgungsqualität gefährdet. Derzeit gelten deutschlandweit über alle Fachrichtungen inkl. der Zahnmedizin knapp 60 Kliniken als „MVZ-Portale“. D.h. sie werden von Fondsgesellschaften betrieben, um darüber ambulante MVZ gründen zu können. Viele dieser Kliniken sind mit weniger als 50 Betten eher klein und/oder weisen nur eine Fachrichtung auf; rund die Hälfte dieser Häuser hat allerdings dreistellige Bettenzahlen. So oder so, in der Schwarz-Weiß-Perspektive, der Lauterbach ein prominentes Sprachrohr gegeben hat, wird ohnehin nicht weiter differenziert.

### Krankenhaus-MVZ stehen unter Generalverdacht

Die Folge ist erneut ein Überbietungswettbewerb an Regeln, mit denen sich der Zugang von Krankenhäusern in den ambulanten Markt verhindern oder mindestens erschweren lässt. Ganz vorn finden sich dabei die Forderungen, die Gründereigenschaft entweder regional oder fachlich zu beschränken. Prominent hat dies die Bundesärzte-

*In einem Interview mit der Bild-Zeitung hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im vergangenen Dezember in ungewohnter Deutlichkeit den „fatalen Trend, dass Investoren medizinische Versorgungszentren (...) aufkaufen, um sie anschließend mit maximalem Gewinn zu betreiben“, angegriffen und umgehende Gegenmaßnahmen gegen „den Einstieg dieser Heuschrecken in Arztpraxen“ angekündigt. Denn: „Die Praxen müssen denen gehören, die dort tatsächlich arbeiten.“ Allerdings lassen sich regulative Einschränkungen des MVZ-Betriebs kaum derart zielgenau gegen Private-Equity-Fonds als Geldgeber umsetzen, wie der Minister es sich wohl vorstellt. Und so besteht mit unstrittiger Relevanz seitdem die Frage, inwieweit sich der Markt für Krankenhaus-MVZ durch eine neuerliche Gesetzgebung verändern wird und was dies für die Kliniken und die von ihnen betriebenen MVZ bedeutet. Eine Antwort darauf lässt sich derzeit seriös nicht geben – die Diskussion ist noch im Fluss, der angekündigte Gesetzentwurf wird nicht vor Sommer erwartet. Zeit also für ein paar Gedankenspiele.*

**Keywords:** MVZ, Strategie, Finanzierung

kammer vertreten, die in einem 26-seitigen Positionspapier argumentiert, dass nur, wenn die Klinik als MVZ-Träger im selben Bundesland liegt, „ein Nutzen für die Versorgung (...) vor Ort – ein ambulant-stationäres Behandlungskonzept ‚aus einer Hand‘ – erkennbar“ sei. Weiter heißt es: „Eine Verbesserung der Versorgung ist auch nur dann zu erwarten, wenn das Versorgungsangebot (...) [des MVZ] einen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweist. (...) So soll z.B. die Gründung eines [MVZ], das nur augenärztliche und orthopädische Leistungen anbietet, durch ein Psychiatrisches Fachkrankenhaus zukünftig ausgeschlossen werden.“

Ohne an dieser Stelle inhaltlich auf diese Debatte näher eingehen zu können, illustrieren die Begründungen zwei immer wieder anzutreffende Besonderheiten der MVZ-Debatte.

- 1) Es reicht trotz des allgemein bestehenden Ärztemangels nicht, dass ein Betreiber ein Angebot macht, über ein MVZ ambulante Versorgung zu organisieren. Nein, es wird der Maßstab angelegt, dass er es besonders gut (oder besser als niedergelassene Ärzte?) macht und den Mehrwert einer sektorenübergreifenden Versorgung anbietet.
- 2) Bei den Beschränkungsvorschriften wird zwar der Versorgungsnutzen vorgeschoben, grundsätzlich geht es aber immer darum, schlichtweg die Barrieren für die

**„Vielmehr lebt die aktuelle MVZ-Debatte von der Hoffnung, dass, wenn der Gesetzgeber nur genügend Beschränkungen einzieht, die Private-Equity-Investoren schon aufgeben werden.“**

ungeliebten „Investoren“ zu erhöhen, also die Markteintrittskosten nach oben zu treiben. Konkretes Ziel der Maßnahme ist, dass ein Investor statt einem mehrere Krankenhäuser erwerben und betreiben müsste, um flächig ambulant präsent sein zu können.

Es wird jedoch niemals die Frage gestellt, ob es versorgungspolitisch sinnvoll ist, dass weitere kleine und

mittelgroße, oft unrentable Kliniken, die deshalb von den bisherigen Trägern nur zu gern abgegeben werden, dauerhaft künstlich am Leben erhalten werden. Es stellt auch keiner die Frage, wie solche Pläne, die eine zwangsläufige Folge einer fachlichen oder regionalen MVZ-Regulierung sind, zur geplanten Krankenhausreform und der inzwischen Allgemeingut gewordenen Ansicht passen, dass nicht jedes Kleinkrankenhaus wirklich auf immer erhalten werden sollte. Vielmehr lebt die aktuelle MVZ-Debatte von der Hoffnung, dass, wenn der Gesetzgeber nur genügend Beschränkungen einzieht, die Private-Equity-Investoren schon aufgeben werden. Nur, daran muss immer wieder erinnert werden: Ähnliche Versuche sind 2011, 2015 und 2019 bereits mehr oder weniger erfolglos gescheitert. Im Kontext des globalen Finanzmarktes mit den Unmengen nach stabiler Anlage suchendem Kapital verblissen schlichtweg die Einstiegspreise, die den Investoren abverlangt werden. Und das wird auch in Zukunft so sein.

### Ein Perspektivwechsel ist dringend nötig

Bereits im August 2020 hat der AOK Bundesverband in einem Positionspapier zur MVZ-Thematik angemerkt, dass „die ... Umgehungsstrategien zeigen, dass der begrenzte Gründerkreis zwar eine Markteintrittsbarriere darstellt, diese jedoch (...) überwunden wird. Die dabei gewählten Zugangswege bringen

Nachteile mit sich. Neben der großen Intransparenz (...) verhindert der Kauf von Krankenhäusern außerdem notwendige Veränderungen (...) und setzt Fehlanreize zur Generierung stationärer Fälle. Außerdem verteuern sie den Markteintritt und machen ggf. MVZ in ländlichen Regionen unattraktiv.“ In der Schlussfolgerung, die unter die Überschrift „Barrierefreier, geregelter Zugang u.a. für Investoren“ ge-

### Gesetzgebungspläne des BMG

Für 2023 stehen im Vorhabenplan des Gesundheitsministers für die ambulante Versorgung derzeit zwei große Gesetze. Valide Zeitpläne für die Umsetzung gibt es nicht. Klar ist nur die Reihenfolge, dass also mit „Versorgungsgesetz I“ die Projekte aus dem Koalitionsvertrag zuerst abgearbeitet werden sollen, darunter Gesundheitskioske, G-BA-Reform, kommunale MVZ, Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen. Davon getrennt ist für das „Versorgungsgesetz II“ angekündigt, dass u.a. „Regelungen zu Gründung, Zulassung, Betrieb und Transparenz von MVZ (...) insbesondere auch mit Blick auf investorenbetriebene MVZ weiterentwickelt“ werden. Was konkret damit gemeint sein könnte, ist derzeit Gegenstand intensiver Beratung. Mit einem Referentenentwurf wird hier momentan eher nicht vor dem Sommer gerechnet.

stellt wurde, wird argumentiert, dass mindestens in unterversorgten Bereichen jeder Investor, der unter Einhaltung aller sonstigen Vorschriften bereit dazu ist, auch MVZ betreiben können solle.

Ähnlich, aber vom AOK-Ansatz unabhängig, ist im Sommer 2022 der Verband der Ersatzkassen (vdek) aufgetreten. Die „Umgehungsstrategie, ein – meist kleines – Krankenhaus zu kaufen, das dann als Träger einer MVZ-Gruppe fungiert“ zeige, dass der bisherige Ansatz der Marktzutrittsbeschränkungen nicht funktioniert. Daher plädiert der vdek in einem vierseitigen Thesenpapier dafür, dass – bei paralleler Etablierung von Monopolen- und Rosinenpickerei-verhindernden Maßnahmen – „Kapitalgesellschaften (...) auch direkt die Möglichkeit erhalten, ein MVZ aufzubauen oder sich an ihm zu beteiligen.“ Anders als durch die AOK wird diese Forderung auch nicht auf den ländlichen Raum beschränkt, sondern allgemein erhoben. Denn, „gerade angesichts der zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung muss es ein Miteinander der unterschiedlichen Ak-

teure auf Anbieterseite geben.“ Geht es nach dem vdek, sollten jedoch Investoren, die ihren steuerlichen Sitz im außereuropäischen Ausland haben, ausgeschlossen werden.

### Markttöffnung vs. Marktbeschränkung

Beide Kassenvorschläge, denen breite innerverbandliche Diskussions- und Abwägungsprozesse vo-

mit MVZ, gerade auch die in nicht-ärztlicher Trägerschaft, eine Nachfrage nach ärztlichen Arbeitsplätzen bedienen, die einfach in großem Umfang da ist.

Wenn Karl Lauterbach fordert, dass die „Praxen denen gehören müssen, die darin tätig sind“, schwingt dabei auch die Forderung an die Ärzteschaft mit, Unternehmer sein zu

keine ambulante pädiatrische Grundversorgung. Regionale Beschränkungen auf die KV-Region träfen dagegen vor allem die Standorte an den Ländergrenzen – Gewinner eines solchen Modells wären die überregional aufgestellten Klinikträger, die ohnehin viele Standorte haben. Es liegt daher auf der Hand, dass solche Beschränkungsoptionen konkurrenzberichtigend für einige Akteure wirken und folglich durchaus auch von dieser Seite Unterstützung erfahren.

### Fazit

Letztlich muss an die Gesundheitspolitik appelliert werden, den Fokus der Debatte von dem destruktiven Konzept zu lösen, wie man eine konkrete Gruppe von MVZ-Trägern aus der Versorgung raushalten kann. Und hinzudenken auf die Frage, ob wir es uns angesichts der Entwicklungen in der ambulanten Versorgung überhaupt leisten können, auf Leistungsträger zu verzichten, die bereit sind, für anstellungswillige Ärztinnen und Ärzten geeignete Arbeitsplätze zu schaffen. Dabei geht es nicht darum, etwaige Probleme, die sich aus der Versorgung durch medizinferne Investoren ergeben können, kleinzureden. Aber klar ist auch, die Trennlinie zwischen guter und schlechter Versorgung, zwischen geeigneten und ungeeigneten Trägern folgt nicht pauschal der Geldspur. Was wir daher brauchen, ist einen Qualitätswettbewerb und die übergeordnete Debatte darüber, welche Kontrollmechanismen strukturübergreifend nötig sind, um die ambulante Versorgung weiterhin flächendeckend hochwertig aufrecht zu erhalten. Die derzeit stattfindende Verbotsdebatte folgt dementsprechend jedoch der einfachen Rechnung: Keine Investoren = keine Probleme. Aber, wann war die Welt jemals so einfach? ■

**„Aber ist die Frage so verkehrt, wem gedient sei, wenn die eingezogenen Barrieren vor allem dazu beitragen, verkrustete und als ineffizient erkannte Strukturen des stationären Sektors dauerhaft zu erhalten?“**

rausgegangen sein dürften, stellen den Verfechtern der verschärften Marktzugangsbeschränkung das Gegenmodell der radikalen Marktöffnung gegenüber. Das Echo blieb jedoch recht leise. Aber ist die Frage so verkehrt, wem gedient sei, wenn die eingezogenen Barrieren vor allem dazu beitragen, verkrustete und als ineffizient erkannte Strukturen des stationären Sektors dauerhaft zu erhalten? Und ein zweites Argument soll hier ergänzt werden: Allenthalben ist die Rede vom Arztmangel, von Patienten, die Termine erst nach Monaten erhalten, von strukturschwachen Regionen, um die nie-

müssen. Nur: Hier greift, als wäre er dafür gemacht, ein Spruch des noch in der DDR gegründeten Virchowbundes aus Wendezeiten, wonach ein Arzt, der in die Niederlassung gezwungen werde, genauso unfrei sei, wie einer, der keine andere Wahl habe, als angestellt tätig zu sein. Wir brauchen also, und hier ist beiden Kassenverbänden uneingeschränkt zuzustimmen, eine Anbieterpluralität. Und die lässt sich nur erreichen, wenn der Gesetzgeber nicht einseitig über Verbote und Beschränkungen nachdenkt, die letztlich nur darauf hinauslaufen, die ambulante Arbeitsplatzvielfalt einzuengen, indem ver-

**„Wir brauchen also, und hier ist beiden Kassenverbänden uneingeschränkt zuzustimmen, eine Anbieterpluralität.“**

derlassungswillige Ärzte schon seit Langem einen Bogen machen. Und auch davon, dass Ärzte zunehmend die Verantwortung scheuen und zwar gern arbeiten, aber eben nicht in selbstständiger Niederlassung, sondern angestellt. Hierfür braucht es Unternehmer, die in der Lage sind, den betrieblichen und organisatorischen Rahmen zu schaffen. Das können natürlich Ärztinnen und Ärzte sein, die bereit sind, Kollegen anzustellen. Nur beweist die Entwicklung hier seit vielen Jahren, dass eben solche Ärzte in viel zu geringer Zahl zu finden sind. Dass so-

sucht wird, über künstlich hohe Markteintrittshürden nicht-ärztliche Träger aus dem Markt zu drängen.

Zumal: Der Kollateralschaden für alle Kliniken als MVZ-Träger wäre hoch. Da es eine Lex Investoren aus juristischen Gründen nicht geben kann, würden fachliche oder regionale Beschränkungen, wie sie derzeit heiß diskutiert werden, jeden Klinikträger treffen. D.h. ein Krankenhaus, das keine Chirurgie hat, dürfte dann auch keine chirurgische Ambulanz im MVZ anbieten oder, bei fehlender Kinderabteilung, auch

---

**Susanne Müller**  
Geschäftsführerin  
Bundesverband  
Medizinische Versorgungszentren –  
Gesundheitszentren –  
Integrierte Versorgung e.V.  
Schumannstr. 18  
10117 Berlin