

Schöneberg, Katharina; Vitols, Katrin

Working Paper

Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung

Working Paper Forschungsförderung, No. 288

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Schöneberg, Katharina; Vitols, Katrin (2023) : Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Working Paper Forschungsförderung, No. 288, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273062>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 288, Mai 2023

Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren

**Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in
der ambulanten medizinischen Versorgung**

Katharina Schöneberg und Katrin Vitols

Auf einen Blick

Die ambulante medizinische Versorgung in Medizinische Versorgungszentren ist in den letzten Jahren zunehmend von einem Wandel der Träger- und Eigentumsstrukturen und einem wachsendem Kostendruck geprägt. Die Folge sind eine angespannte finanzielle Lage und eine verstärkte Gewinnorientierung, verbunden mit weitgehenden Auswirkungen auf Strukturen und wirtschaftliche Entwicklungen und auf die Beschäftigten. Die Studie untersucht Arbeitsbedingungen, Qualifizierung, Digitalisierung, Mitbestimmung, Interessenvertretung und Zukunftsaussichten von Medizinischen Versorgungszentren.

Autorinnen

Katharina Schöneberg, M. A. Internationale Wirtschaftsbeziehungen / Commerce International, ist Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack in Hamburg mit den Themenschwerpunkten sozialer Dialog und industrielle Beziehungen, Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, Personal- und Organisationsentwicklung und Mitarbeiterbeteiligung.

Katrin Vitols, Dr. sc. pol., ist Politologin und Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssysteme, industrielle Beziehungen, Corporate Social Responsibility / Nachhaltigkeit und Corporate Governance.

© 2023 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren“ von Katharina Schöneberg und Katrin Vitols ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	7
1. Einleitung	12
1.1 Zielsetzung und Aufbau der Studie	12
1.2 Methodische Hinweise	13
1.3 Das stationäre und ambulante Versorgungswesen in Deutschland.....	15
1.4 Die Rolle der MVZ in der ambulanten Gesundheitsversorgung.....	16
1.5 Gesundheitsökonomische Überlegungen bei der Einführung von MVZ.....	19
2. Politische und rechtliche Rahmenbedingungen	22
2.1. Merkmale der gesetzlichen Ausgestaltung von MVZ.....	22
2.2. Die gesetzliche Regulierung von MVZ und ihre Veränderungen im Kontext politischer Rahmenbedingungen.....	24
3. Strukturentwicklungen und wirtschaftliche Trends	30
3.1. Branchenstruktur	30
3.2. Wirtschaftliche Entwicklungen.....	54
4. Beschäftigung und Arbeitsbedingungen	66
4.1. Beschäftigtenstruktur und Entwicklung der Beschäftigung	66
4.2. Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigte.....	71
5. Digitalisierungstrends und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten.....	80
5.1. Treiber der Digitalisierung.....	81
5.2. Stand der Digitalisierung: Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten zu aktuellen Digitalisierungstrends	83
5.3. Hemmnisse für die Digitalisierung.....	88
5.4. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten	90

6. Interessenvertretung und Mitbestimmung.....	94
6.1. Betriebliche Interessenvertretung und Mitbestimmung.....	94
6.2. Verbandliche Interessenvertretung und Positionen	98
7. Ergebnisse und Ausblick	101
Literatur.....	109

Abbildungen

Abbildung 1: Anteile von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach Praxisarten und Fachrichtung 2021	18
Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl von MVZ (2004 bis 2020)	30
Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl von zahnärztlichen MVZ (2013 bis 2020)	31
Abbildung 4: Anteil verschiedener MVZ-Träger an Gesamtzahl der Träger (2010–2020)	32
Abbildung 5: Zahnärztliche MVZ nach Trägern (in Prozent, 2015 bis 2019)	33
Abbildung 6: Regionale Verteilung der MVZ (2020)	34
Abbildung 7: Relation Krankenhaus-MVZ zu MVZ in vertragsärztlicher/sonstiger Trägerschaft nach Bundesland im Jahr 2020	35
Abbildung 8: Regionale Verteilung der zahnärztlichen MVZ (Praxisstandorte, 2019)	37
Abbildung 9: Verteilung der Fachgruppen nach Anzahl der Ärzt*innen in MVZ und Anzahl der MVZ mit der jeweiligen Fachgruppe (2020)	39
Abbildung 10: Gesundheitsausgaben in Deutschland (in Millionen Euro, 2010 bis 2019)	55
Abbildung 11: Einschätzung der Geschäftsstrategien der MVZ	60
Abbildung 12: Anzahl der in MVZ tätigen angestellten Ärzt*innen und Vertragsärzt*innen (2004–2020)	66
Abbildung 13: Angestellte Zahnärzt*innen in zahnärztlichen MVZ (2013 bis 2020)	67
Abbildung 14: Ausprägung des Fachkräftemangels nach Diensten („In meinem MVZ fehlen insbesondere ausreichend qualifizierte Fachkräfte im ...“)	70
Abbildung 15: Bewertung der Arbeitsbedingungen	72
Abbildung 16: Bewertung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen	73
Abbildung 17: Bewertung der Arbeitszeiten	75
Abbildung 18: Einschätzung von Qualifizierung und Weiterbildung	77
Abbildung 19: Anwendung von Tarifverträgen	79

Abbildung 20: Digitalisierung im Hinblick auf die Organisation (in Prozent)	84
Abbildung 21: Digitalisierung in Hinblick auf die Kommunikation (in Prozent)	85
Abbildung 22: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz von Technologie an den Patient*innen	87
Abbildung 23: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz von Technologien bei den Beschäftigten	88
Abbildung 24: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte.....	91
Abbildung 25: Bewertung der Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertreter*innen durch die Arbeitgeberin im MVZ	96
Abbildung 26: Bewertung der Interessenvertretung	97

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über Merkmale von MVZ (Auszug).....	23
Tabelle 2: Übersicht über die Entwicklung von gesetzlichen Regelungen zu MVZ (Auszug)	28
Tabelle 3: Übersicht über die Verkäufe (Exits) von (zahnärztlichen) MVZ- und Praxiskonzernen durch Private-Equity-Gesellschaften.....	48

Zusammenfassung

Die Rangfolge „ambulant vor stationär“ ist ein wichtiger Grundsatz der deutschen Gesundheitspolitik. Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und demografischer Entwicklungen gewinnt die ambulante medizinische Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (fortan MVZ) zunehmend an Bedeutung. MVZ bringen eigständig Leistungen in der ambulanten medizinischen Versorgung, in denen mehrere ambulant tätige Ärzt*innen kooperieren und zusammenarbeiten. Inhaberschaft und ärztliche Tätigkeit sind dabei anders als bei Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften getrennt (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Die ambulante medizinische Versorgung steht vor zahlreichen Herausforderungen, einschließlich Veränderungen in den Träger- und Eigentumsstrukturen und einem wachsenden Kostendruck. Internationale Finanzinvestoren betreten den ambulanten Markt und übernehmen zuvor unabhängige Einrichtungen, was Auswirkungen auf die unternehmerische Organisation und den Betriebsablauf in Medizinischen Versorgungszentren hat.

Dies hat auch Konsequenzen für die hier Beschäftigten. Während in der öffentlichen Diskussion oft der Einfluss von MVZ und insbesondere von Finanzinvestoren auf die Sicherstellung der Versorgung, ihre Qualität und Nachhaltigkeit diskutiert wird, wird die Auswirkung auf Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in MVZ selten beachtet.

Hier setzt die vorliegende Studie an und untersucht neben den Strukturen und wirtschaftlichen Entwicklung auch Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, Qualifizierung, Digitalisierung, Mitbestimmung, Interessenvertretung und Zukunftsaussichten von MVZ. Methodisch baut die Studie auf Literaturanalysen, Expert*innen-Interviews und einer Befragung unter Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen in MVZ auf.

Durch die im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) neu geschaffene Organisations- und Funktionsform der MVZ sollte vor allem auf eine verbesserte Kooperation im Gesundheitswesen und eine umfassende und verbesserte Betreuung von Patient*innen hingewirkt werden. Tatsächlich zeigt auch die Befragung im Rahmen der Branchenstudie, dass Kooperationen insbesondere mit anderen niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern für MVZ von Bedeutung sind und die Kooperationsintensität insgesamt zunimmt.

Die Branchenstudie zeigt anhand der Entwicklung des gesetzlichen Rahmens für MVZ jedoch auch auf, dass eine Vielzahl von gesetzlichen Neuregelungen im Zeitverlauf für nötig befunden wurde, um MVZ an politische oder gesundheitsökonomische Zielvorstellungen anzupassen. Auslöser für (einschränkende) gesetzliche Regelungen war dabei oft die

Sorge, dass medizinische Entscheidungen in MVZ von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten.

Seit der Einführung von MVZ im Jahr 2004 nimmt die Anzahl von MVZ fortlaufend zu und betrug 3.846 zu Ende des Jahres 2020 (zum Vergleich: im Jahr 2004 nur 70). Auch die Zahl der beschäftigten Ärzt*innen verzeichnet in Vergleich zu anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung einen überproportionalen Zuwachs. Die Anzahl der Beschäftigten in MVZ ist im Zeitverlauf angestiegen oder zumindest gleichgeblieben. Ein Fachkräftemangel ist in allen Berufsgruppen spürbar.

MVZ werden überwiegend von zugelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern gegründet, aber auch von Praxisnetzen, gemeinnützigen Trägern und Kommunen. Die Motive für die Gründung von MVZ sind vielfältig. Eine Rolle spielen die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt*innen durch das MVZ, die Schaffung eines breiteren Leistungsangebots und einer besseren fachlichen Kooperation, die Nutzung von Synergieeffekten und Kostenvorteilen durch Mengeneffekte, Aspekte der Wettbewerbsfähigkeit sowie Erhalt und Ausbau der Marktposition.

Krankenhäuser und Vertragsärzt*innen sind wichtige Träger von MVZ. Dabei ist festzustellen, dass die Zuwachsrate von MVZ mit einem Krankenhaus als Träger im Zeitverlauf unter allen Trägern am höchsten ist. Für Krankenhäuser bieten MVZ einen Zugang zur ambulanten Versorgung.

Zudem sind die Verbesserung der Wettbewerbssituation und der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses selbst, Generierung automatischer oder zusätzlicher Einweisungen durch das eigene MVZ (also die Einweisung von Patient*innen, die im MVZ ambulant behandelt werden und einer stationären Behandlung bedürfen, in das Krankenhaus, in dessen Trägerschaft sich das MVZ befindet), die langfristige Sicherung des Krankenhausstandorts und Stärkung der Patientenbindung von Bedeutung.

Die Rolle von MVZ in der medizinischen Versorgung und der Einfluss von Finanzinvestoren wird in der medialen Öffentlichkeit und in politischen Diskussionen kritisch gesehen. Die Auswirkungen von MVZ auf die Patientenversorgung sind nicht eindeutig geklärt. Insbesondere die Strategien der Private-Equity-Gesellschaften sind auf einen profitablen Weiterverkauf der MVZ nach kurzer Haltedauer von vier bis fünf Jahren ausgelegt. Die Strategie ist verbunden mit umfassenden Maßnahmen zur Kostensenkung und Erhöhung der Einnahmen und eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen.

Wirtschaftliche Faktoren spielen eine ausschlaggebende Rolle hinsichtlich der Strategien und Geschäftsmodelle der MVZ. Die Steigerung der Effizienz und die Reduzierung von Kosten werden dabei von den interviewten Geschäftsführungen bzw. Leitungen der ambulanten Abteilungen von Krankenhäusern, in deren Besitz sich MVZ befinden, unabhängig

von der Trägerschaft, als Ziel angegeben. Der Kostendruck wirkt sich negativ auf die Arbeitsbedingungen und die Vergütung der Beschäftigten in MVZ aus, die überwiegend unter Tarif bezahlt werden. Nur wenige Befragte halten die Vergütung für angemessen.

Darüber hinaus belegt die Befragung im Rahmen der Branchenstudie hohe emotionale Arbeitsanforderungen bei der Arbeit in MVZ und einen zunehmenden Zeitdruck, der sich in gehetztem Arbeiten niederschlägt. Hinzu kommt die hohe körperliche Belastung bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Insgesamt ergibt sich eine erkennbare Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten und eine Zunahme der Arbeitsintensität. Hinzu kommt, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen und der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, zum Teil trotz Teilzeitarbeit, nicht erfüllt wird.

Anzumerken ist jedoch, dass in den Expert*innen-Interviews auch darauf hingewiesen wurde, dass angestellte Ärzt*innen mitunter von den Arbeitsbedingungen in MVZ profitieren. Für Ärzt*innen ergeben sich im Vergleich zu einer Freiberuflichkeit bei Anstellung in MVZ eine Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten, die Abgabe des unternehmerischen Risikos an das MVZ, eine flexiblere Arbeitseinteilung und geregelte Arbeitszeiten.

Die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderungen an die Qualifikation haben sich nach Ansicht der Befragten verändert und in den vergangenen Jahren häufig erweitert. So werden teilweise Beschäftigte aufgrund von Personalmangel in verschiedenen Fachbereichen eingesetzt, die unterschiedliche Kenntnisse voraussetzen, ohne dass alle MVZ mit Fort- und Weiterbildungen auf die Veränderungsprozesse reagiert haben.

Qualitäts- und Praxismanagement, Dokumentation und digitale Anwendungen spielen bei der Arbeit außerdem eine größere Rolle. Es ist vielfach eine verstärkte Abwanderung von Fachkräften aus MVZ zu beobachten. Die hohe Fluktuation ist einerseits Resultat der geringen Vergütung, andererseits wird sie auch durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierechancen in MVZ verstärkt.

Digitalisierung bzw. digitale Gesundheitsanwendungen, wie z. B. Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und telemedizinischen Lösungen, verändern die Arbeit der in MVZ Beschäftigten. Treiber für Digitalisierungsprozesse in MVZ sind neben erweiterten technischen Möglichkeiten vor allem gesetzliche Vorgaben. Digitalisierungsprozesse in den MVZ betreffen bisher in erster Linie den Bereich Organisation und Verwaltung. Zudem sind die Patientenakte, das Patienten- und Terminmanagement und medizinische Hilfsmittel mit direkten Patientenbezug häufig digitalisiert.

Es ist festzustellen, dass die Beschäftigten der Digitalisierung kaum positive Effekte wie Arbeitserleichterungen zuschreiben. Vielmehr zeigt

die Branchenstudie, dass die Beschäftigten eher negative Folgen der Digitalisierung feststellen, wie eine Zunahme der Arbeitskomplexität, die Entwertung von Erfahrungswissen und der Verlust der Arbeitsautonomie. Die Herausforderungen für die Beschäftigten hinsichtlich der Digitalisierung resultieren vor allem aus technischen Problemen der Anwendungen.

In den MVZ gibt es nur selten Arbeitnehmervertretungen, sodass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf diesem Weg meist nicht zu erreichen ist. Für die im Rahmen dieser Studie befragten Arbeitnehmervertretungen in MVZ spielen die Themen Arbeitszeiten und Dienstplanung, Entgelt, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gefährdungsbeurteilungen eine Rolle.

Hinzu kommen die Sicherung von Arbeitsplätzen, eine sich verändernde Qualifikationsstruktur, Veränderungen der Arbeitsabläufe im MVZ, die Knappheit qualifizierter Kräfte, die geringen finanziellen Mittel, um diese selbst auszubilden, und fehlende Rückstellungen, um Beschäftigte für zukünftige Aufgaben zu qualifizieren.

Die Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertreter*innen ist laut befragten Mitgliedern der Arbeitnehmervertretung im Rahmen der Umfrage lediglich „mittelmäßig“. Die Interessenvertretung bekommt zumindest teilweise nicht ausreichend oder pünktlich Informationen durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus werden Verhandlungen mit der Geschäftsführung in einigen MVZ dadurch erschwert, dass diese keine unabhängigen Entscheidungen treffen kann, weil die MVZ Teil von größeren Unternehmensstrukturen sind und Vorgaben auf Konzernebene gemacht werden.

Auf gewerkschaftlicher Ebene gelten die MVZ als eher schwach organisiert. Dies ist u. a. auf die Struktur der Unternehmen mit häufig kleinen Betrieben zurückzuführen. Auf Arbeitgeberseite ist die Interessenvertretung fragmentiert. MVZ sind nicht in einem einzigen Arbeitgeberverband organisiert, sondern in einer Zahl von Bundes- und Fachverbänden, die die Interessen der Ärzt*innen in ihrer Funktion als Arbeitgeber einerseits und der Betreiber von MVZ andererseits vertreten.

In Anbetracht einer angestrebten Ambulantisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland werden MVZ als Teil der ambulanten Versorgung von wachsender Bedeutung sein. Die Entwicklung der MVZ wird stark von den rechtlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Entscheidungen abhängen. Insgesamt wird jedoch von einem weiteren Wachstum der Anzahl der MVZ und auch der Beschäftigtenzahl ausgegangen.

Wirtschaftliche Interessen, Möglichkeiten zur Gewinnmaximierung und die damit verbundene Übernahme von MVZ bzw. ihrer Träger durch Finanzinvestoren werden weiterhin Einfluss auf die Entwicklung der MVZ haben.

Angesichts einer zunehmenden Arbeitsverdichtung, emotionalen und körperlichen Belastungen und Mehrarbeit muss die Verbesserung der Arbeitsbedingungen künftig von besonderer Bedeutung sein, um neues Personal zu gewinnen und der Abwanderung von Fachkräften aus MVZ entgegenzutreten. Insbesondere ist eine verbesserte Bezahlung Voraussetzung für Fachkräftegewinnung und -bindung. Ein gewerkschaftlicher Fokus wird deshalb auch in Zukunft sein, die Tarifbindung der MVZ zu verbessern.

Aufgabe der Interessenvertretung sollte es angesichts steigender Komplexität der Arbeit durch Digitalisierung (z. B. aufgrund von erweitertem Technikwissen, (noch) nicht funktionierender Systemen und der Fehleranfälligkeit der IT) und zunehmendem Qualifikationsbedarf (z. B. im Hinblick auf grundlegende PC- und IT-Kenntnisse, Kommunikation in digitalen Umgebungen, Textverarbeitung, aber auch eine sichere Nutzung der digitalen Technik, z. B. in Bezug auf die Einhaltung von Datenschutzregelungen) zukünftig sein, negative Folgen der Digitalisierung im Blick zu haben und Vereinbarungen abzuschließen, die die Beschäftigten in MVZ vor den negativen Folgen der Digitalisierung schützen oder Vorteile, die sich aus der Digitalisierung für die Beschäftigten ergeben können, weiterverfolgen oder ausbauen.

1. Einleitung

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Studie

Die Rangfolge „ambulant vor stationär“ ist ein wichtiger Grundsatz der deutschen Gesundheitspolitik, der im § 39 des SGB V festgelegt ist. Vor diesem Hintergrund und dem medizinischen Fortschritt, der eine umfassendere Behandlungen von Erkrankungen zulässt, gewinnt die ambulante medizinische Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (fortan MVZ) zunehmend an Bedeutung. Hinzu kommt ein insgesamt erhöhter Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung.

Allerdings steht die ambulante medizinische Versorgung vor vielfältigen Herausforderungen. Sie wurde in den letzten Jahren von einem Wandel der Träger- und Eigentumsstrukturen und einem wachsenden Kostendruck geprägt. Internationale Finanzinvestoren erschließen den ambulanten Markt und übernehmen vorher unabhängige Einrichtungen.

Der Kostendruck und die zunehmende Gewinnorientierung haben weitgehende Auswirkungen auf die unternehmerische Organisation und den Betriebsablauf in den MVZ mit entsprechenden Konsequenzen für die hier Beschäftigten. Während in der medialen Öffentlichkeit vielfach diskutiert wird, welchen Einfluss MVZ und insbesondere diejenigen in der Hand von Finanzinvestoren auf die Sicherstellung der Versorgung, ihre Qualität und Nachhaltigkeit haben, werden die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in MVZ kaum in den Blick genommen.

Hier setzt die vorliegende Branchenstudie an und untersucht neben den Strukturen und wirtschaftlichen Entwicklung auch die Arbeit und Beschäftigung in MVZ. Die Studie analysiert die Rahmenbedingungen und Entwicklungstrends unter Einbezug der verschiedenen wirtschaftlichen, gesetzlichen und technologischen Veränderungen. Im Mittelpunkt der Analyse steht die Frage, wie sich die Veränderungen auf die Beschäftigten in den MVZ auswirken. Hierfür werden Branchenstruktur, Markttrends und Geschäftsstrategien untersucht und die Auswirkungen auf die Entwicklung der Beschäftigten und ihren Arbeitsbedingungen erfasst.

Eine besondere Rolle spielen in der Untersuchung auch die Auswirkungen von Digitalisierungstrends auf die Branche, auf Arbeitsprozesse und auf die Arbeitsbedingungen. Ziel der Untersuchung ist es, die heutigen und zukünftigen Einflussfaktoren zu bestimmen, die die Arbeit in den MVZ prägen. Angesichts der immer deutlicher werdenden Personalengpässe in den verschiedenen Berufen in MVZ werden attraktive Arbeitsbedingungen zunehmend zum wichtigen Wettbewerbsfaktor.

Die Branchenstudie ist in mehrere Teile gegliedert. Nach methodischen Hinweisen und einer Erläuterung des Untersuchungsgegenstands MVZ und ihrer Rolle in der ambulanten Gesundheitsversorgung werden

in Kapitel 2 dieser Studie Merkmale der gesetzlichen Ausgestaltung von MVZ und die Entwicklung der gesetzlichen Regulierung von MVZ im Kontext politischer Rahmenbedingungen dargestellt.

Es folgt in Kapitel 3 eine Analyse der Branchenstruktur, Geschäftsstrategien und wirtschaftlichen Trends. Anschließend werden in Kapitel 4 die Entwicklung der Beschäftigung, die Beschäftigtenstruktur und die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen analysiert.

Kapitel 5 untersucht Digitalisierungsprozesse in MVZ und die Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen. Die betrieblichen Interessenvertretungen und die Ausgestaltung der Mitbestimmung in MVZ sowie verbandliche Interessenvertretungen und Positionen werden in Kapitel 6 betrachtet.

In Kapitel 7 wird ein zusammenfassendes Fazit über die Entwicklung von Arbeit und Beschäftigung in MVZ im Zusammenhang mit den verschiedenen Veränderungsprozessen gegeben. Das Kapitel geht außerdem auf zukünftige Trends in der Branche ein.

1.2 Methodische Hinweise

Die vorliegende Studie basiert auf einer Literaturlauswertung und Sekundärdatenanalyse sowie auf einer Erhebung von Primärdaten. Im Rahmen der Literaturlauswertung wurden Studien, (Fach-)Artikel und Veröffentlichungen von Verbänden berücksichtigt. Zudem wurden Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Gesundheitsausgaben und des Statistischen Bundesamtes ausgewertet.

Des Weiteren wurden die Ergebnisse des Zi-MVZ-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland berücksichtigt. Daten zur Branchenstruktur und dem in MVZ beschäftigten ärztlichen Personal wurden aus den Veröffentlichungen der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung entnommen.

Um detailliertere Einblicke in aktuelle Entwicklungen innerhalb der MVZ und die Lage der Beschäftigten zu gewinnen, wurden 11 leitfadengestützte Expert*innen-Interviews geführt. Der Fokus lag hierbei auf MVZ, die sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern befinden. Es wurden Mitglieder der Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretungen eines privaten, eines kommunalen und eines freigemeinnützigen Trägers bzw. ihrer MVZ interviewt. Hinzu kamen Interviews mit Vertreter*innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) und mit Branchen- und Private-Equity-Expert*innen.

Durch die Gespräche wurden neben allgemeinen Erkenntnissen zur Unternehmens- und Branchenentwicklung und aktuellen Trends, Einschätzungen über die Qualität der Arbeit, Arbeitsbedingungen und die zentralen Problemlagen der Beschäftigten gewonnen.

Im Rahmen der Branchenstudie wurde außerdem eine Online-Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten von MVZ in Kooperation mit ver.di durchgeführt. Die Befragung umfasst die Bereiche: Geschäftsstrategien, Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit, Tarif und Entlohnung, Qualifizierung und Weiterbildung, Digitalisierungsauswirkungen, Mitbestimmungsmöglichkeiten und Interessenvertretung sowie eine offene Abfrage sonstiger Themen, die die Beschäftigten in MVZ bewegen.

Um die Analyseergebnisse der Umfrage ferner zu validieren, wurden die Befragungsergebnisse in einem Fokusgruppeninterview unter Beteiligung von Arbeitnehmervertretungen der MVZ bzw. ihrer Träger und einem*r Vertreter*in von ver.di diskutiert.

Im Rahmen der Umfrage gingen 85 gültige Online-Fragebögen ein. Etwa drei Viertel der Befragten sind Mitarbeiter*innen in einem MVZ (n = 64) und ein Viertel ist Mitglied der Interessenvertretung (n = 21). Von den 21 Mitgliedern der Interessenvertretung sind 11 Mitglied in der Interessenvertretung in einem Krankenhaus, das Träger von einem oder mehreren MVZ ist, und neun sind Mitglied der Interessenvertretung in einem MVZ.

Die MVZ, in denen die Teilnehmenden der Befragung tätig sind, decken eine Vielzahl von Fachrichtungen ab. Die meisten Nennungen entfielen hier auf die Radiologie, Allgemeinmedizin und Labormedizin. Die MVZ, für die die Befragten tätig sind, befinden sich überwiegend in Besitz von einzelnen Krankenhäusern oder Klinikkonzernen. Die Träger der MVZ der Teilnehmer*innen der Umfrage sind überwiegend private Einrichtungen oder Unternehmen (n = 36). Hinzu kommen 15 Befragte, deren MVZ sich in öffentlicher Trägerschaft befinden, und sechs, die angeben, dass der Träger freigemeinnützig ist.

Neun Befragte konnten keine Angaben machen, wer Träger ihres MVZ ist. Eine Antwort entfiel auf „sonstiges“, wo im Unternehmen sowohl öffentliche als auch private Trägerstrukturen existieren. Hierbei ist zu beachten, dass die Zuordnung eines MVZ zu einem bestimmten Trägertyp aufgrund unübersichtlicher Eigentumsstrukturen den Befragten nicht selten Schwierigkeiten bereitet.

51 Prozent der Befragten geben an, dass in ihrem MVZ-Standort derzeit 50 oder mehr Beschäftigte arbeiten. Der Anteil der Befragten, deren Standort 20 oder weniger Beschäftigte hat, liegt bei 20 Prozent. Angesichts der Tatsache, dass die Befragung anonym durchgeführt wurde, lässt sich nicht ermitteln, aus wie vielen verschiedenen Unternehmen die Befragten stammen.

Anzumerken ist ferner, dass angesichts eines eher geringen Organisationsgrads der MVZ, der Anteil der Gewerkschaftsmitglieder an den Befragten höher ausfällt als allgemein in MVZ. Bei den Befragten handelt es sich überwiegend (88 Prozent) um Gewerkschaftsmitglieder in der Gewerkschaft ver.di (n = 75).

1.3 Das stationäre und ambulante Versorgungswesen in Deutschland

Die medizinische Versorgung in Deutschland gliedert sich in zwei Leistungsbereiche: die ambulante und stationäre Versorgung. Stationäre Leistungen werden hauptsächlich in Krankenhäusern erbracht. Im Jahr 2020 existierten in Deutschland 1.903 Krankenhäuser, in denen 951.936 Vollkräfte (mit direktem Beschäftigungsverhältnis) beschäftigt waren.

Dabei entfielen 780.569 Vollkräfte auf das nichtärztliche Personal und 171.367 auf ärztliches Personal (Gesundheitsberichterstattung des Bundes o. J. c). Die Zahl der stationären Behandlungsfälle in Krankenhäusern lag 2020 bei 16,8 Millionen (Statistisches Bundesamt 2022). Hinzu kommt eine Fallzahl in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von 1,57 Millionen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes o. J. b).

Die ambulante Versorgung umfasst alle Versorgungsleistungen, für die die zu behandelnde Person nicht über Nacht in einer Versorgungseinrichtung verweilen und die in der Regel nicht von Krankenhäusern erbracht werden. Die ambulante ärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung wird in Deutschland durch die niedergelassene Ärzteschaft (einschließlich Zahnmedizin) und psychotherapeutisches Fachpersonal sichergestellt.

Im Vergleich zur stationären Versorgung gab es im Jahr 2020 im Bereich der ambulanten Versorgung 104.539 Praxen und MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021b). Im Jahr 2020 waren insgesamt 171.359 Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung tätig, 2021 waren es 174.219 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Die Zahl der ambulanten ärztlichen Behandlungsfälle in Deutschland wurde für das Jahr 2019 von Statista mit 718 Millionen angegeben (statista 2021).

In der deutschen Gesundheitspolitik gilt der Vorrangsgrundsatz „ambulant vor stationär“. Durch dieses Prioritätsprinzip sollen – bei Sicherung der Versorgungsqualität – vor allem die Ausgaben im Gesundheitswesen begrenzt werden. Der Vorrangsgrundsatz bedeutet, dass zuerst die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden müssen, bevor ein Anspruch auf eine stationäre Behandlung entsteht. Nur wenn ein Behandlungsziel nicht durch eine ambulante Versorgung erreicht werden

kann, soll die zu behandelnde Person im Krankenhaus oder in einer Vor- sorge- oder Rehabilitationseinrichtung (oder im Pflegeheim) aufgenommen werden (vgl. § 30 Abs. 1, Sozialgesetzbuch, fünftes Buch, im Folgenden SGB V).

Inwieweit dieser Grundsatz tatsächlich im deutschen Gesundheitswesen umgesetzt wird, ist umstritten (siehe z.B.: Deutscher Bundestag 2018c; Gerlinger 2021; Nagel et al. 2017). Die Ergebnisse der Expert*innen-Interviews im Rahmen dieser Branchenstudie deuten darauf hin, dass eine deutliche Entwicklung zum ambulanten Sektor zu beobachten ist. Insbesondere werden zunehmend ehemals vollstationäre Behandlungen in der ambulanten Versorgung erbracht (siehe auch Ladurner/Walter/Jochimsen 2020, S. 19).

Es gibt verschiedene Organisationsformen der ambulanten medizinischen Versorgung. Die häufigste Organisationsform ist die Einzelpraxis, die von ärztlichem oder psychotherapeutischem Fachpersonal geleitet wird. In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) arbeiten mehrere Personen im ärztlichen Dienst. Räume, Einrichtungen, Geräte und Personal und Patientenverwaltung und -behandlung werden vom gesamten medizinischen Fachpersonal zusammengetragen.

Im Gegensatz hierzu sind MVZ ärztlich geleitete, aber rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtungen. Die Trägerschaft eines MVZ kann sowohl bei zugelassenen Ärzt*innen als auch bei einer Organisation liegen. In MVZ arbeitet ärztliches und psychotherapeutisches Fachpersonal, das in das Arztregister eingetragen ist, als Angestellte oder Vertragsärzt*innen. Neben ärztlichem Fachpersonal sind meist auch andere nicht-ärztliche Berufsgruppen in MVZ tätig.

1.4 Die Rolle der MVZ in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die Einrichtungen der ambulanten Versorgung setzten sich im Jahr 2020 in Deutschland aus 81.659 (fach-)ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Einzelpraxen, 19.034 Berufsausübungsgemeinschaften und 3.846 MVZ zusammen. Zwar ist der Anteil von MVZ an allen Einrichtungen gering, trotzdem sind MVZ innerhalb der ambulanten Gesundheitsversorgung von wachsender Bedeutung. Die Zahl der MVZ ist zwischen 2004 und 2020 von 70 auf 3.846 gestiegen. Allein zwischen 2015 (n = 2.156) und 2020 ist die Anzahl der MVZ um 78 Prozent gestiegen.

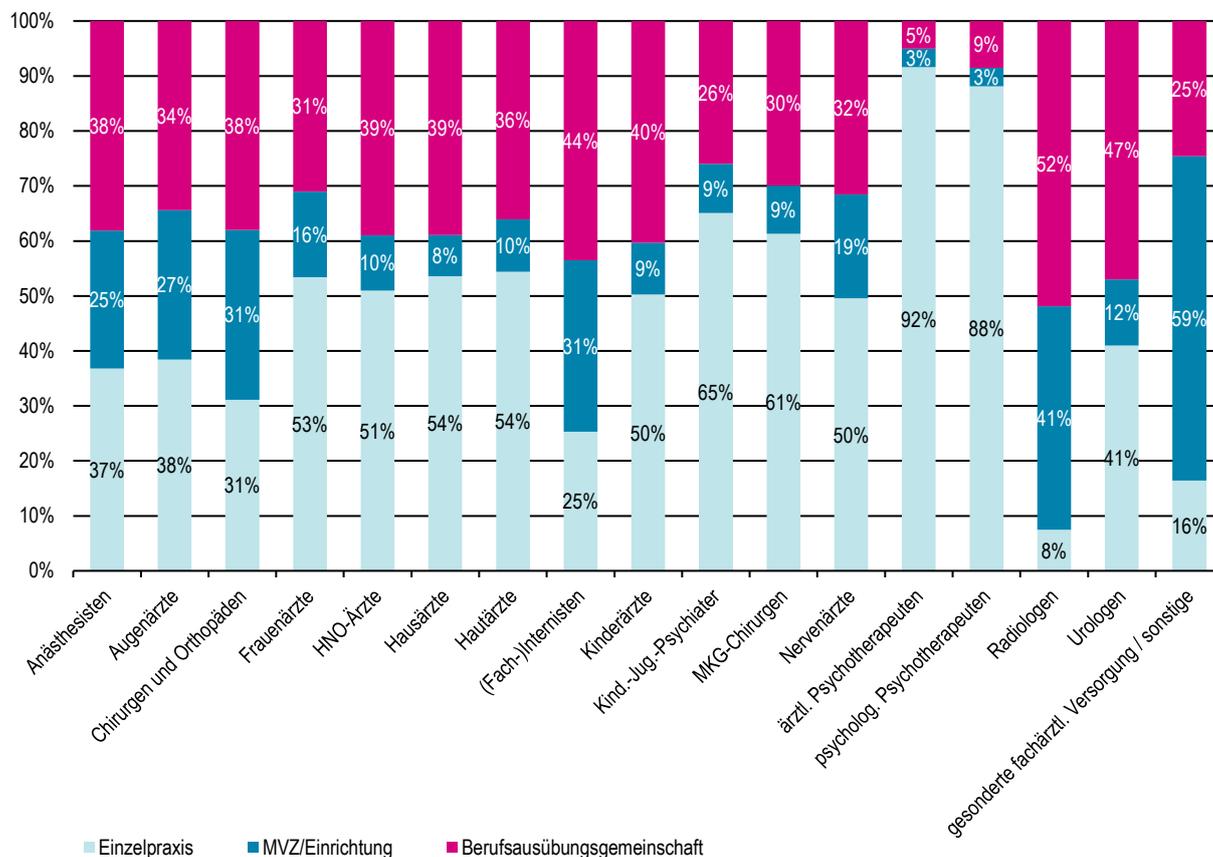
Dagegen ist die Anzahl der haus- und fachärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften rückläufig. Insgesamt ist sie zwischen 2015 (80.663) und 2020 (74.051) um etwas mehr als acht Prozent zurückgegangen. Von dem Rückgang sind hausärztliche Einzelpraxen etwas

stärker betroffen (Reduktion um zehn Prozent; 2015: 30.547, 2020: 27.430) als fachärztliche Einzelpraxen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes o. J. a).

Im Jahr 2021 arbeiteten unter den 174.219 Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung, 94.080 (oder 54 Prozent) Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen in einer Einzelpraxis, 54.492 (oder 31 Prozent) in Berufsausübungsgemeinschaften und 25.647 (oder 15 Prozent) in MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Die Anzahl der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Zwischen 2015 (157.720) und 2021 betrug der Zuwachs zehn Prozent.

MVZ verzeichnen einen überproportionalen Zuwachs von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, ihr Anteil an allen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen konnte zwischen 2015 (9 Prozent) und 2020 (14 Prozent) zu Ungunsten der Anteile von Berufsausübungsgemeinschaften und Einzelpraxen ausgeweitet werden. Einen Aufschluss über die Anteile von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach Praxisarten und Fachrichtung gibt Abbildung 1.

Abbildung 1: Anteile von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach Praxisarten und Fachrichtung 2021



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022

Abbildung 1 zeigt, dass der Anteil von Ärzt*innen in MVZ unter Chirurg*innen und Orthopäd*innen (31 Prozent), (Fach-)Internist*innen (31 Prozent), Radiolog*innen (41 Prozent) und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung/sonstige (59 Prozent) besonders hoch ist. Dagegen arbeiten ärztliche Psychotherapeut*innen und psychologische Psychotherapeut*innen fast ausschließlich in Einzelpraxen. Ein Zeitvergleich mit 2015 zeigt, dass insbesondere der Anteil der Augenärzt*innen in MVZ stark gestiegen ist (2021: 27 Prozent, 2015: 10 Prozent) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).

In der Gruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung/Sonstige zeichnen sich die Fachbereiche Labormedizin/Biochemie/Mikrobiologie,

Humangenetik, Transfusionsmedizin, Strahlentherapie und Neurochirurgie durch einen hohen Anteil an in MVZ tätigen Ärzt*innen aus (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020, S. 26).

Eine regionale Betrachtung der MVZ zeigt, dass der Anteil der Ärzt*innen, die in MVZ arbeiten, in den ostdeutschen Bundesländern besonders hoch ist (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 388).

1.5 Gesundheitsökonomische Überlegungen bei der Einführung von MVZ

Die Einrichtung von MVZ wurden durch das im Jahr 2003 verabschiedete und zum Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ermöglicht. Durch die neu geschaffene Organisations- und Funktionsform der MVZ sollte eine Reihe von Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland angegangen werden (siehe Begründung zum Gesetz in Deutscher Bundestag 2003).

MVZ sollten vor allem zu einer verbesserten Kooperation und strukturierten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beitragen und der Abschottung innerhalb der ambulanten Versorgung, aber auch zwischen den ambulanten und stationären Leistungsbereichen, entgegenwirken. Die Einführung von MVZ zielte auf eine bessere Integration in der ambulanten Versorgung durch eine stärker interdisziplinär ausgerichtete Versorgung ab.

MVZ sollten nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Abs. 1 SGB V i. d. F. vom 14. November 2003) sein, in denen Ärzt*innen mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen die medizinische Versorgung übernehmen.¹ Sie sollten „den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten“ (Deutscher Bundestag 2003, S. 74). Ein MVZ galt als fachübergreifend, wenn dort mindestens zwei Ärzt*innen mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind.²

1 Das Konzept der MVZ ist an die Organisationsform der Polikliniken der DDR angelehnt, die nach der deutschen Vereinigung schrittweise abgeschafft wurden (Bauer 2014; Gerlinger 2017).

2 Vgl. § 101 Abs. 5 SGB V; Ausnahmen: Allgemeinmediziner (Hausärzte) zusammen mit Internisten ohne Schwerpunkt, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und psychologische Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V).

Die Einführung von MVZ zielte aber nicht nur auf eine Verbesserung der Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete ab, sondern bezog auch explizit die Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeut*innen ein. Durch MVZ sollte eine umfassende Betreuung von Patient*innen durch ein großes Leistungsspektrum erreicht werden. Erhofft wurde sich außerdem, dass die interdisziplinäre Koordination der Versorgungsprozesse durch einen schnelleren Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen gefördert wird und z. B. unnötige Doppeluntersuchungen oder Fehler bei Verschreibungen vermieden werden (Bauer 2014; Rudolph et al. 2013).

Ein Beitrag zur Überwindung der sektoralen Grenzen zwischen den ambulanten und stationären Leistungsbereichen durch MVZ wurde in den erweiterten Berechtigungen zur Gründung von MVZ gesehen: Träger eines MVZ durften alle zugelassenen Leistungserbringer nach dem SGB V sein. Damit war es z. B. auch Krankenhäusern möglich, ein MVZ zu gründen und ambulante Behandlungen durchzuführen.

Im Hinblick auf die Patientenversorgung wurden sich außerdem Verbesserungen durch längere Sprechstunden und geringeren Wartezeiten in MVZ versprochen. Ebenfalls wurde eine Behandlungskontinuität erwartet, da MVZ nicht geschlossen werden müssten, wenn ein*e Ärzt*in z. B. im Urlaub ist (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020).

Des Weiteren wurden mit den MVZ die Erwartung geknüpft, dass die Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten sich verbessern würden, die vorwiegend zwischen ländlichen und urbanen Regionen in Deutschland existiert (siehe auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). In der Gesetzesbegründung wurde angemerkt, dass MVZ „insbesondere jungen Ärzten eine [...] Möglichkeit [eröffnet, die Verf.], an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen“ (Deutscher Bundestag 2003, S. 108).

Diese Entkopplung der ärztlichen Tätigkeit von wirtschaftlichen Risiken einer Praxisgründung sollte zur Verbesserung der Versorgungskapazitäten auch im ländlichen Raum beitragen (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020).³

Darüber hinaus war an der Gründung von MVZ generell die Erwartung geknüpft, dass die neue Organisationsform zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit führt und die steigenden Behandlungsausgaben und zunehmenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen eingrenzen könnte.

3 Im Jahr 2015 wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) die Funktionsform der MVZ insofern geändert, dass seitdem nicht nur fachübergreifende, sondern auch arztgruppengleichen MVZ möglich sind. Diese neugeschaffene Möglichkeit sollte ebenfalls die Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen bekämpfen (Gerlinger 2021).

Die Kostenersparnis sollte vor allem durch die wirtschaftlichen Vorteile durch Skaleneffekte aufgrund der Größe der Einrichtungen und durch eine effizientere betriebswirtschaftliche Nutzung (z. B. von Räumen, medizinischen Geräten oder Personal) generiert werden (Gerlinger 2021; Laddurner/Walter/Jochimsen 2020).

2. Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

2.1. Merkmale der gesetzlichen Ausgestaltung von MVZ

Gesetzliche Vorgaben aus dem SGB V (§ 95 und § 103) prägen die Ausgestaltung von MVZ in besonderer Weise. Die Vorgaben definieren die Rechtsform von MVZ, schreiben den Kreis der Berechtigten zur Gründung von MVZ vor und beinhalten Ausführungen zur Zulassung und zur ärztlichen Leistung in MVZ.

Die Berechtigung zur **Gründung von MVZ** ist im § 95 (Abs. 1a) im SGB V, der die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausführt, geregelt. Grundsätzlich können MVZ von allen Leistungserbringern gegründet werden, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen. Hierzu gehören neben zugelassenen Ärzt*innen, auch zugelassene Krankenhäuser, anerkannte Praxisnetze (nach § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V), gemeinnützige Träger (die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen) und Kommunen.

Außerdem können MVZ von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen (nach § 126 Absatz 3) gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sind jedoch nur zur Gründung von MVZ berechtigt, wenn ein Fachbezug besteht. Damit ein Fachbezug besteht, muss ein MVZ mindestens eine*n Fachärzt*in für Nephrologie beschäftigen. Außerdem darf sich das MVZ nicht nur auf „dialysenahe“ Leistungen oder Dialysepatienten*innen beschränken. Ausnahmen bestehen für nichtärztlicher Dialysezentren, die vor dem 10. Mai 2019 bereits zugelassen wurden (§ 95a Abs. 1a SGB V).

MVZ können in verschiedenen **Rechtsformen** gegründet werden (§ 95 Abs. 1a S. 3 SGB V). Möglich ist die Gründung als Personengesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GbR) oder Partnerschaftsgesellschaft (PartG oder PartG mbB), eingetragene Genossenschaft (eG) oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). MVZ können auch als öffentlich-rechtliche Betriebe, die ganz oder teilweise im Eigentum der öffentlichen Hand liegen, gegründet werden: z. B. als Körperschaft, Stiftung, Regie- oder Eigenbetrieb (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2021a).

MVZ bedürfen einer **Zulassung**. Die Zulassung wird von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt. Um eine Zulassung zu erhalten, müssen die im MVZ tätigen Ärzt*innen im Arztregister eingetragen sein (§ 95 Abs. 2 SGB V). Generell werden MVZ nur

unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung genehmigt, d. h. ein MVZ wird dann zugelassen, wenn Bedarf für weitere Anbietende an der vertragsärztlichen Versorgung und freie Kassenarztsitze bestehen und keine Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung (vgl. § 103 SGB V) existieren.

Wollen Leistungserbringer, die nicht zum Kreis der Vertragsärzt*innen gehören, ein MVZ gründen, brauchen sie für die Zulassung mindestens zwei Vertragsarztsitze. Eine bestehende Zulassung kann auf das MVZ übertragen werden, wenn ein*e Vertragsarzt*in zugunsten des MVZ auf seine*ihre Zulassung verzichtet und z. B. zukünftig in diesem als Angestellte*r tätig wird. Möglich ist auch, bereits existierende Zulassungen z. B. durch Zusammenlegung von Einzelpraxen oder Umwandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft in das MVZ einzubringen.

Vertragsärzt*innen können auch unter Beibehaltung ihrer eigenen Zulassung im MVZ tätig werden und beim Ausscheiden aus dem MVZ die eigene Zulassung weiter nutzen. Die Arztstelle kann das MVZ nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen. Eine Voraussetzung hierfür ist, dass der*die ausscheidende Vertragsärzt*in über längere Zeit im MVZ gearbeitet hat. Die vom Bundessozialgericht entwickelte Maßgabe liegt hier bei mindestens drei Jahren Tätigkeit im MVZ (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020).

Nach § 95 Abs. 1 SGB V muss es sich bei MVZ um „**ärztlich geleitete Einrichtungen**“ handeln, in denen Ärzt*innen als Angestellte oder Vertragsärzt*innen tätig sein können. Die ärztliche Leitung ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Aufgabe der ärztlichen Leitung ist vor allem die Sicherstellung und Wahrnehmung der vertragsärztlichen Pflichten. Hierunter fallen auch die ordnungsgemäße Abrechnung, Sicherstellung der ärztlichen Dokumentation und die Qualitätssicherung.

Tabelle 1: Übersicht über Merkmale von MVZ (Auszug)

Berechtigung zur Gründung	<ul style="list-style-type: none"> • zugelassene Ärzt*innen • zugelassene Krankenhäuser, allerdings Besonderheiten bei Gründung zahnärztlicher MVZ • Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen (nach § 126 Abs. 3 SGB V) • anerkannte Praxisnetze (nach § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V) • gemeinnützige Träger (die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen) • Kommunen
---------------------------	---

Rechtsform	<ul style="list-style-type: none"> • Personengesellschaft • eingetragene Genossenschaft • Gesellschaft mit beschränkter Haftung • öffentlich-rechtliche Rechtsform
Zulassung	<ul style="list-style-type: none"> • unterliegt gesetzlichen Regelungen zu Zulassungsbeschränkungen • mindestens zwei Vertragsarztsitze • Nachbesetzung von Arztstellen auch bei Zulassungsbeschränkungen möglich
ärztliche Leitung	<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Leitung notwendig • durch angestellte Ärzt*innen oder Vertragsärzt*innen • Leitung in medizinischen Fragen weisungsfrei

Quelle: eigene Darstellung

2.2. Die gesetzliche Regulierung von MVZ und ihre Veränderungen im Kontext politischer Rahmenbedingungen

Der gesetzliche Rahmen für MVZ ist in der Vergangenheit mehrfach verändert worden. Ansatzpunkte für Veränderungen lagen in der Berechtigung zur Gründung von MVZ, der Rechtsform, der Zulassung, den Anforderungen an die ärztliche Leitung oder Aspekten der fachlichen Ausrichtung. Häufig wurden in Reaktion auf gesundheitsökonomische oder politische Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung durch MVZ gesetzliche Regelungen weiterentwickelt.

Auslöser für gesetzliche Weiterentwicklung war oft die Sorge, dass bei MVZ in der Hand von Finanzinvestoren medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten. Insbesondere das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 und das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz –TSVG) von 2019 setzten hier an und führten u. a. zu einer Verschärfung der Regulierungen hinsichtlich des Kreises der Gründungsberechtigten, der möglichen Rechtsformen von MVZ und der Ausgestaltung der ärztlichen Leitung von MVZ.

Hinsichtlich der **Gründung von MVZ** ermöglichte erstmals das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ab

2004 die Gründung von MVZ und sah eine Vielzahl von möglichen Trägern vor. So waren zunächst alle Leistungserbringer, die zur medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen waren, zur Gründung von MVZ berechtigt. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflegeWentwG) aus dem Jahr 2008 fügte außerdem stationäre (nichtärztlich geleitete) Pflegeeinrichtungen dem Kreis der Gründungsberechtigten hinzu.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurde im Jahr 2012 der Kreis der Gründungsberechtigten erstmals stark eingeschränkt. Fortan war die Gründung von MVZ nur noch Vertragsärzt*innen, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützigen Trägern (die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der Versorgung teilnehmen) möglich. Sonstigen Leistungserbringern, wie z. B. Heil- und Hilfsmittelerbringer, Apotheken oder Pflegediensten wurde die Gründung von MVZ verwehrt. Bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zugelassene MVZ konnten allerdings unabhängig von der Trägerschaft weiter fortbestehen.

Hintergrund der gesetzlichen Neuregelung laut Gesetzesbegründung war, dass MVZ „immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen“ (Bundesrat 2011, S. 103). In den MVZ, die von solchen Investoren gegründet werden, bestünde deshalb die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Durch die Einschränkung des Kreises der Gründungsberechtigten sollte die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurden im Jahr 2015 öffentlich-rechtliche Leistungsträger, wie Kommunen, zur Gründung von MVZ berechtigt. Durch diese Möglichkeit sollte die Option geschaffen werden, die medizinische Versorgung in ausgewählten Regionen gezielt zu gestalten und zu verbessern.

Das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz–TSVG) aus dem Jahr 2019 hatte – ähnlich wie das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) – das Ziel, den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die MVZ zu begrenzen (Deutscher Bundestag 2018b).

Das Gesetz regelte, dass nur noch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen mit einem spezifischen Fachbezug MVZ gründen durften. Wie

auch beim Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung galt für bereits gegründete MVZ ein Bestandsschutz. Außerdem wurde die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser eingeschränkt und Versorgungshöchstquoten eingeführt (siehe auch Kapitel 2.1 Merkmale der gesetzlichen Ausgestaltung von MVZ).

Dadurch sollte vermieden werden, dass Krankenhäuser eine marktbeherrschende Stellung in der zahnärztlichen Versorgung erlangten. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) fügte allerdings eine Gründungsberechtigung für anerkannte Praxisnetze (nach § 87b Abs. 2 SGB V) ein.

Seit der Zulassung von MVZ durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), wurden die **zulässigen Rechtsformen** von MVZ mehrfach geändert. Bei der Einführung war zunächst jede private und öffentliche Organisationsform zulässig. Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahr 2012 die Rechtsform der MVZ eingegrenzt.

So wurden die Rechtsformen auf Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR), eingetragene Genossenschaften (e.G.) und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) eingeschränkt und z. B. offene Handelsgesellschaften (OHG), Kommanditgesellschaft (KG), Aktiengesellschaften (AG) und Kommanditgesellschaft auf Aktien (KGaA) als Rechtsformen nicht mehr erlaubt.

Ähnlich wie bei der Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten sollte diese Eingrenzung der Rechtsformen MVZ in Besitz von Investoren vermeiden und dem Schutz der ärztlichen Behandlungstätigkeit in MVZ vor sachfremden Einflüssen dienen. Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine öffentlich-rechtliche Rechtsform für MVZ zulässig.

Wie auch die restliche ambulante vertragsärztliche Versorgung unterliegen MVZ den gesetzlichen Zulassungsbeschränkungen und der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 10 SGB V). Wird eine **Zulassung** durch eine*n Vertragsärzt*in eingebracht, so verbleibt sie auch dann noch beim MVZ, wenn der*die Ärzt*in aus dem MVZ ausscheidet.

Bei Einführung der MVZ im Jahr 2004 gab es dabei eine Sonderregelung: Ärzt*innen, die mindestens fünf Jahre (und mindestens 20 Wochenstunden) in einem MVZ tätig waren, konnten – auch wenn für einen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet wurden – eine eigene Zulassung bei Ausscheiden aus dem MVZ erhalten.

Gleichzeitig besteht die Zulassung im MVZ weiter fort und kann neu mit Ärzt*innen besetzt werden. Durch diese Regelung war also eine Dupli-

zierung von Zulassungen (Verdoppelung des Vertragsarztsitzes) trotz Zulassungsbeschränkungen möglich. Aufgrund einer möglichen Überversorgung wurde diese Regelung jedoch bereits im Jahr 2007 durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts aufgehoben.

Das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts führte außerdem die Möglichkeit einer Teilzulassung von Vertragsärzt*innen ein. Damit wurde möglich, dass Arzt*innen – anders als bei einer Vollzulassung – nur einen hälftigen Versorgungsauftrag ausüben. In der Bedarfsplanung wird eine solche Zulassung entsprechend auch nur zur Hälfte angerechnet. Die Teilzulassung sollte u. a. zu einer besseren Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben führen. Durch die Möglichkeit von Teilzulassungen wurde es aber auch möglich, dass ein*e Ärzt*in zur Hälfte in einem MVZ und zur anderen Hälfte z. B. in einer anderen Praxis oder in einem Krankenhaus arbeitet.

Bereits das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung definierte MVZ als „ärztlich geleitete“ Einrichtungen, da allerdings der Begriff der „**ärztliche Leitung**“ nicht definiert wurde, war zunächst auch eine externe ärztliche Leitung möglich. Durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts von 2007 wurden außerdem kooperative ärztliche Leitungen möglich, sodass mehrere Ärzt*innen sich die Leitung eines MVZ teilen konnten.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2012 wurden externe Personen von der ärztlichen Leitung ausgenommen. Seither muss die ärztliche Leitung des MVZ als angestellte*r Arzt*in oder als Vertragsärzt*in im MVZ tätig sein. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass hierdurch die Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet werden sollte.

Demnach hat nur „ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des [MVZ, die Verf.] eingebunden ist, tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden“ (zitiert aus Bundesrat 2011, S. 102–103).

Bei der Einführung von MVZ durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung spielte die sogenannte „Versorgung aus einer Hand“ eine entscheidende Rolle und MVZ sollten die fächer- und berufsübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen erleichtern und verbessern. Dies hatte Auswirkungen auf die erlaubte **fachliche Ausrichtung** von MVZ. MVZ mussten „fachübergreifende“ Einrichtungen mit mindestens zwei verschiedenen Fachbereichen sein.

Nicht erlaubt waren zunächst jedoch MVZ mit Ärzt*innen und Zahnärzt*innen. Durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts wurde 2007 allerdings die gemeinsame Beschäftigung von Ärzt*innen und Zahnärzt*innen in einem MVZ gestattet. Außerdem wurde das Merkmal der

Fachübergreiflichkeit konkretisiert: Ein MVZ war demnach fachübergreifend, wenn in ihm Ärzt*innen mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig waren.

Im Jahr 2015 entfiel mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung das Erfordernis der Fachübergreiflichkeit. Somit können auch heute noch arztgruppengleiche MVZ, wie z. B. reine zahnärztliche MVZ, gegründet werden.

Tabelle 2: Übersicht über die Entwicklung von gesetzlichen Regelungen zu MVZ (Auszug)

Gesetz (Inkrafttreten)	Thema
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, 1.1.2004)	<p>Gründungsberechtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Leistungserbringer, die nach dem SGB V zur medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind <p>Rechtsform</p> <ul style="list-style-type: none"> • (fast) jede private und öffentliche Organisationsform <p>Zulassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • zusätzliche Zulassung nach fünfjähriger Anstellung <p>ärztliche Leitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztlich geleitete Einrichtungen, auch externe Leitung möglich <p>fachliche Ausrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • fachübergreifend, mindestens zwei Fachbereiche • Verbot der gemeinsamen Beschäftigung von Ärzt*innen und Zahnärzt*innen in einem MVZ
Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztänderungsgesetz – VÄndG, 1.1.2007)	<p>Zulassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Teilzulassungen • zusätzliche Zulassung nach fünfjähriger Anstellung entfällt <p>ärztliche Leitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • kooperative ärztliche Leitung möglich <p>fachlichen Ausrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • konkretere Definition von Fachübergreiflichkeit

	<ul style="list-style-type: none"> • die gemeinsame Beschäftigung von Ärzt*innen und Zahnärzt*innen in einem MVZ ist gestattet
Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PflegeWentwG, 1.7.2008)	<p>Gründungsberechtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung des Gründerkreises auf stationäre Pflegeeinrichtungen
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG, 1.1.2012)	<p>Gründungsberechtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung des Gründerkreises auf ausgewählte Leistungserbringer (zugelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser, nichtärztliche Dialyseleistungserbringer und gemeinnützige Träger) <p>Rechtsform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung auf Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR), eingetragene Genossenschaften (e.G.) und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) <p>ärztliche Leitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • die ärztliche Leitung muss in dem MVZ selbst tätig sein; Externe werden von der ärztlichen Leitung ausgeschlossen
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG, 25.7.2015)	<p>Gründungsberechtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • öffentlich-rechtliche Leistungsträger bekommen Gründungsberechtigung <p>Rechtsform</p> <ul style="list-style-type: none"> • öffentlich-rechtliche Rechtsform möglich <p>fachliche Ausrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wegfall des Erfordernisses der Fachübergreiflichkeit
Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG, 11.5.2019)	<p>Gründungsberechtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxisnetze haben Gründungsberechtigung • nichtärztliche Dialyseleistungserbringer sind nur zur Gründung „fachbezogener MVZ“ berechtigt • Versorgungshöchstquoten für Krankenhäusern hinsichtlich zahnärztlicher MVZ

Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Ladurner/Walter/Jochimsen 2020

3. Strukturentwicklungen und wirtschaftliche Trends

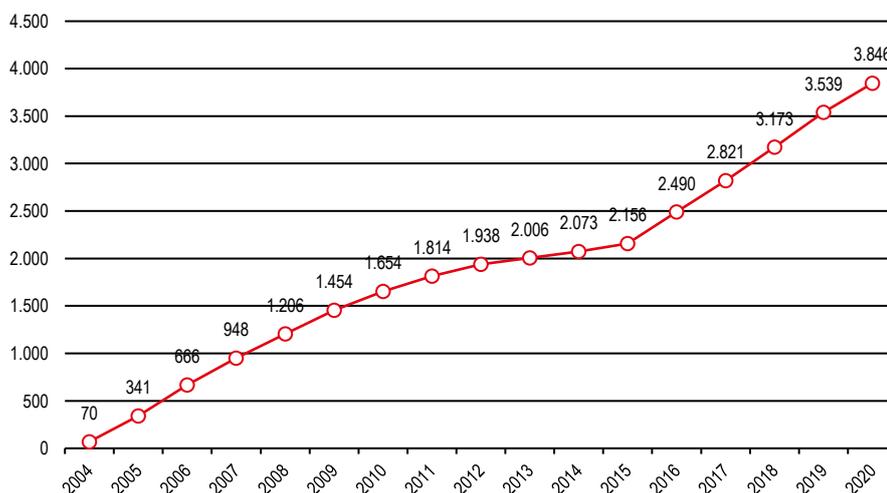
3.1. Branchenstruktur

Entwicklung von MVZ

Seit der Einführung von MVZ im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) nimmt die **Anzahl von MVZ** stetig zu. Während im Jahr 2004 erst 70 MVZ existierten, betrug ihre Anzahl vier Jahre – im Jahr 2008 – später bereits 1.206 Einrichtungen. Bis 2015 (n = 2.156) setzte sich das Wachstum kontinuierlich fort.

Mit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), wodurch u. a. das Erfordernis der Fachübergreiflichkeit weggefallen ist, ist die Anzahl der MVZ sprunghaft angestiegen (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2018 existierten in Deutschland 3.173 MVZ. Ein Jahr später betrug die Anzahl der MVZ bereits 3.539, Ende des Jahres 2020 waren es 3.846.

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl von MVZ (2004 bis 2020)

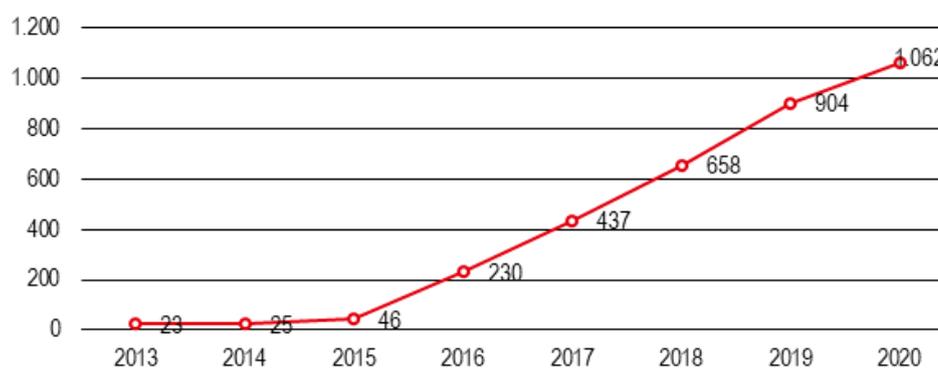


Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021a

Die Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) führt nur die Hauptbetriebsstätten von MVZ auf, aber nicht deren Zweigstellen (sogenannte Nebenbetriebsstätten). Die letzte Umfrage der kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2014 unter 441 MVZ, die bei einer kassenärztlichen Vereinigung zugelassen waren, kommt zu dem Ergebnis, dass zwischen 54 und 58 Prozent der MVZ (je nach Standort) über wenigstens eine Zweigstelle verfügten, sieben bis 13 Prozent hatten vier Zweigstellen oder mehr (eigene Berechnung auf Grundlagen von Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016, S. 22).

Seit 2015 ist die Gründung rein zahnärztlicher MVZ möglich. Zuvor gab es nur vereinzelt MVZ mit Beteiligung von Zahnärzt*innen. Die Zahl der zahnärztlichen MVZ wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erfasst. Den Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zufolge hat sie sich seit 2015 mehr als verzwanzigfach und ist von 46 im Jahr 2015 auf 1.062 im Jahr 2020 gestiegen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2016 und 2021) (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl von zahnärztlichen MVZ (2013 bis 2020)



Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von Daten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (2014, 2015, 2016, 2017, 2018b, 2019, 2020, 2021)

Krankenhäuser und Vertragsärzt*innen sind die wichtigsten **Träger von MVZ** (vgl. Abbildung 4). Im Jahr 2020 war bei 42 Prozent (n = 1.725) der MVZ ein Krankenhaus an der Trägerschaft beteiligt. Die Beteiligung von Vertragsärzt*innen an der Trägerschaft betrug im gleichen Jahr 42 Prozent (n = 1.707). Auf „weitere Träger“ entfielen 16 Prozent (n = 650). Der Anteil der MVZ in Krankenhausträgerschaft ist zwischen 2010 und 2020

um fünf Prozentpunkte gestiegen, während der Anteil der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzt*innen um einen Prozentpunkt zurückging.

Abbildung 4: Anteil verschiedener MVZ-Träger an Gesamtzahl der Träger (2010–2020)



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021c

Im Zeitverlauf ist festzustellen, dass die Wachstumsrate der Anzahl von MVZ mit einem Krankenhaus als Träger am höchsten ist: Ihre Anzahl ist seit 2010 um 167 Prozent angestiegen (ohne Grafik). Die Anzahl von MVZ von Vertragsärzt*innen ist zwischen 2010 und 2020 um 123 Prozent gestiegen und die MVZ aus dem Bereich der „sonstigen Träger“ um 86 Prozent. Allerdings berücksichtigt die Statistik der KBV nur die Träger*innen der Zulassung, ermittelt aber nicht die wirklichen Eigentumsverhältnisse. So werden beispielsweise auch Krankenhäuser, deren Eigentümer Ärzt*innen sind, in der Rubrik „Krankenhäuser“ erfasst.

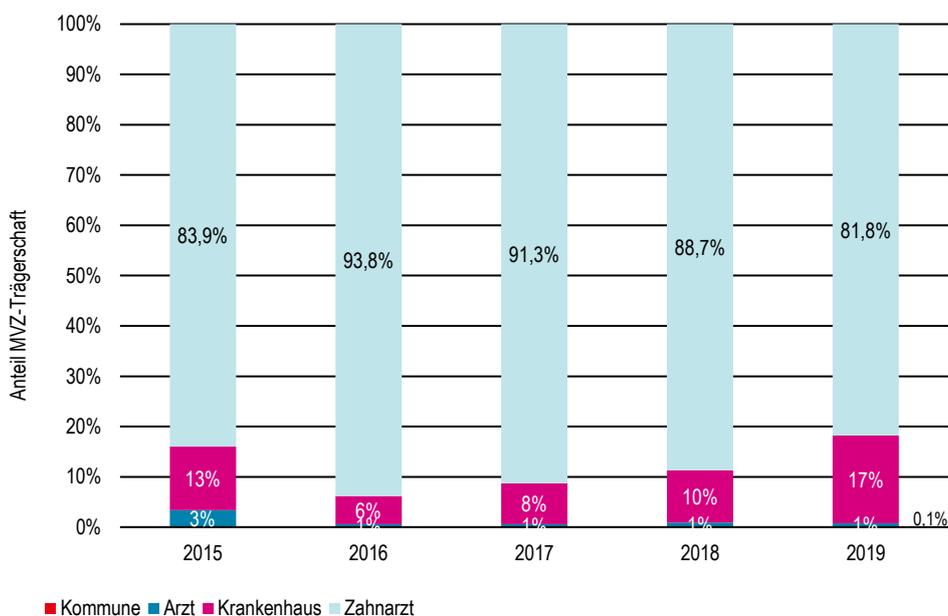
Die Gruppe der „sonstigen Träger“ setzt sich zum großen Teil aus Hilfsmittel- und Heilmittel-Leistungserbringern zusammen, die zwar nach aktueller Rechtslage keine MVZ mehr gründen dürfen, aber Bestandsschutz haben. 157 MVZ wurden im Jahr 2019 von nichtärztlichen Dialyseanbietern betrieben. Ihre Zahl ist innerhalb von zwei Jahren – von 2017 bis 2019 – um 197 Prozent angestiegen (Deutscher Bundestag 2020a, S. 5). Die Anzahl von MVZ in kommunaler Trägerschaft ist gering (Gerlinger 2021).

Eine Umfrage hat ergeben, dass trotz unzureichender fachärztlicher Versorgung in manchen Kommunen, die Bereitschaft von kommunalen Trägern zur Gründung von MVZ gering ist. Stattdessen bestehen die Unterstützungsmaßnahmen für die fachärztliche Versorgung durch die Kommunen in finanziellen Zuschüssen, Beratungsleistungen und dem Aufbau von Kooperationen und Netzwerken (Kuhn et al. 2018).

Schätzungen zufolge gibt es derzeit 15 bis 20 MVZ in kommunaler Trägerschaft (vgl. Techniker Krankenkasse 2018; dostal 2020). An den statistischen Daten lassen sich die Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) von 2012 und des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz –TSVG) von 2019, dass den Kreis der Gründungsberechtigten (unter den „sonstigen Trägern“) veränderte, kaum feststellen.

Zahnärztliche MVZ befanden sich 2019 überwiegend in zahnärztlicher Trägerschaft (82 Prozent). Krankenhäuser waren in 17 Prozent der Fälle Träger von zahnärztlichen MVZ. Ihr Anteil hat deutlich zugenommen. Kommunale und ärztliche Träger spielen so gut wie keine Rolle (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Zahnärztliche MVZ nach Trägern (in Prozent, 2015 bis 2019)

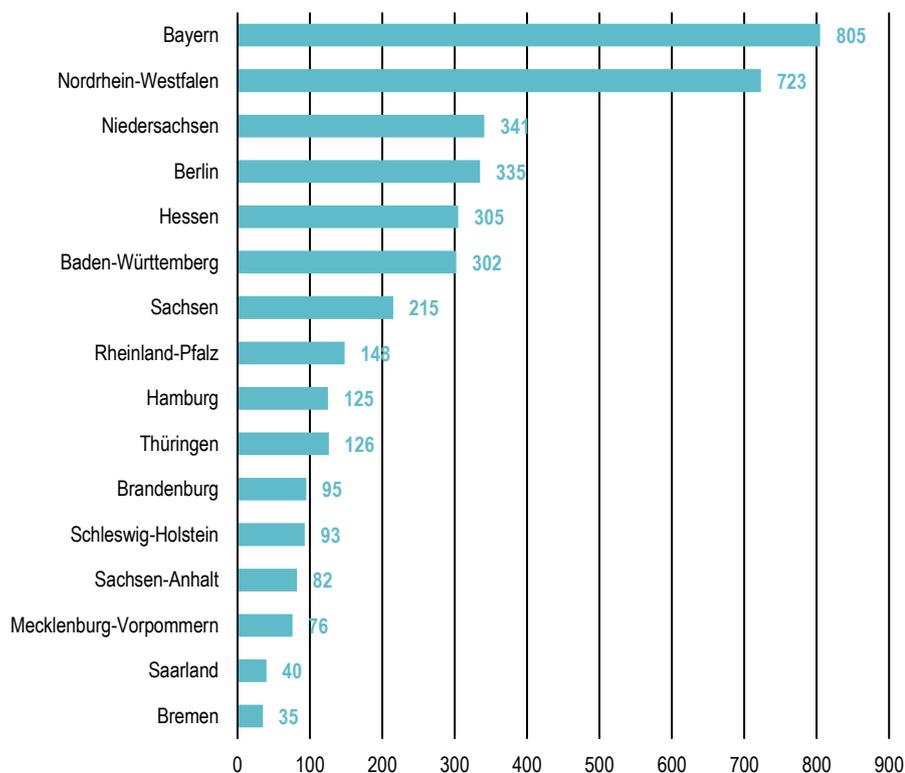


Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Ladurner/Walter/Jochimsen 2020

Hinsichtlich der Wahl der **Rechtsform** werden MVZ fast ausschließlich als Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) oder Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) gegründet. Zum Stichtag 30.12.2020 verzeichnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung 2.576 MVZ, die als GmbH, und 672 MVZ, die als GbR geführt wurden. Insbesondere die Gründungen als GmbH verzeichneten hohe Wachstumsraten, während die Anzahl der GbRs nur leicht zunimmt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021a). Hinsichtlich der zahnärztlichen MVZ wird ebenfalls ein großer Anteil von GmbHs angenommen, genaue Daten liegen hierzu allerdings nicht vor.

In absoluten Zahlen gab es 2020 die meisten MVZ in Bayern (n = 805), gefolgt von Nordrhein-Westfalen (n = 723) und Niedersachsen (n = 341). Wenige MVZ gab es in Bremen (n = 35), Saarland (n = 40) und Mecklenburg-Vorpommern (n = 76) (vgl. Abbildung 6). In allen Bundesländern nimmt die Anzahl von MVZ zu (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d, S. 6).

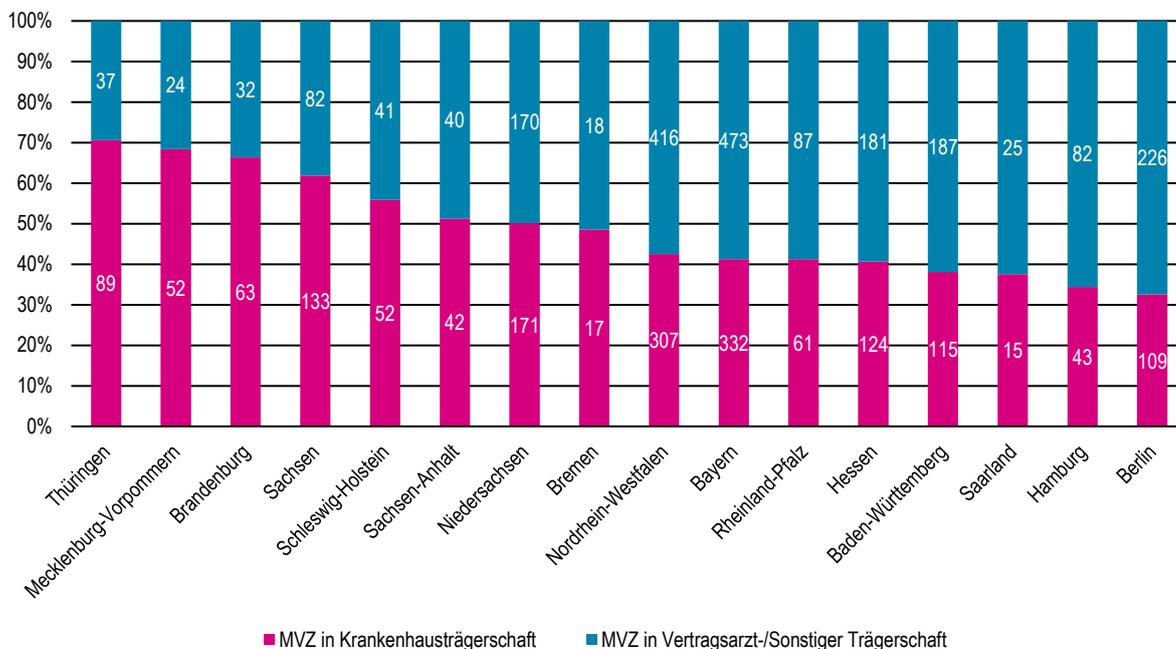
Abbildung 6: Regionale Verteilung der MVZ (2020)



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d, S. 6

Hinsichtlich der Trägerschaft ist der prozentuale Anteil von MVZ in Trägerschaft der Krankenhäuser in den ostdeutschen Bundesländern im Allgemeinen höher als in den westdeutschen Bundesländern. Entsprechend dominieren in den alten Bundesländern häufig von Vertragsärzt*innen gegründete MVZ. Der Anteil der Krankenhausträgerschaft in Thüringen betrug 71 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern 68 Prozent, in Brandenburg 66 Prozent und in Sachsen 62 Prozent. In Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg und im Saarland lag der Anteil der Krankenhausträgerschaft dagegen unter 40 Prozent (vgl. Abbildung 7) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d, S. 7).

Abbildung 7: Relation Krankenhaus-MVZ zu MVZ in vertragsärztlicher/sonstiger Trägerschaft nach Bundesland im Jahr 2020



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021d, S. 7

In Hinblick auf die räumliche Ansiedlung waren im Jahr 2020 die Mehrzahl der MVZ (nach Hauptbetriebsstätten) in Kernstädten (47 Prozent, n = 1.795) ansässig, gefolgt von Ober- und Mittelzentren (38 Prozent, n = 1.487). Ein kleiner Anteil befindet sich in ländlichen Gemeinden (15 Prozent, n = 564) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d).

MVZ in Krankenhausträgerschaft sind am häufigsten in Ober- und Mittelzentren zu finden (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020, S. 28). Rudolph et al. (2013) merken an, dass MVZ in Ballungszentren häufig hoch spezialisierte Facheinrichtungen sind, während sie im ländlichen Raum eher allgemeinere Leistungen erbringen.

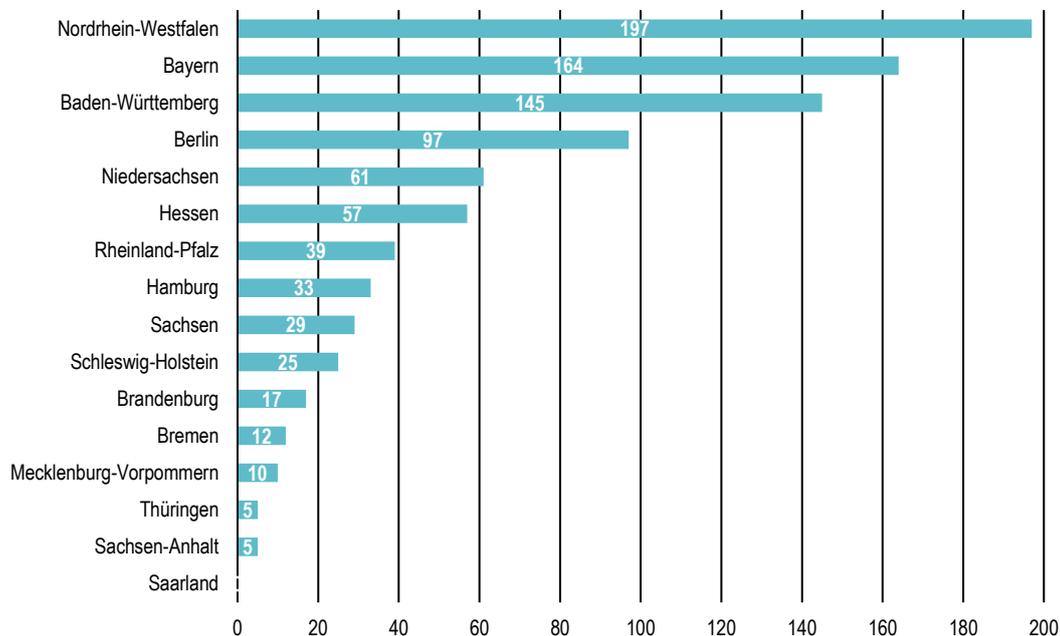
Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt zu bedenken, dass durch die geringe Anzahl von MVZ in ländlichen Gebieten die Intention einer gut erreichbaren medizinischen Versorgung bisher nicht eingetreten ist. Im Jahr 2016 erfolgten beispielsweise nur 12 Prozent der Neuzulassungen in ländlichen Regionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 394–395).

Dagegen kommen Ladurner/Walter/Jochimsen (2020, S. 28–29) nicht zu diesem eindeutigen Ergebnis: Sie weisen darauf hin, dass nur rund zehn Prozent der Bevölkerung in sogenannten Landgemeinden wohnen und sich anhand der Datenlage nicht feststellen lässt, ob die räumliche Verteilung von MVZ signifikant von der räumlichen Verteilung der Bevölkerung abweicht. Außerdem erfasst die Statistik der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – wie bereits angemerkt – nur die Hauptbetriebsstätten von MVZ, aber nicht deren Zweigstellen.

Die letzte KBV-Umfrage der kassenärztlichen Bundesvereinigung unter MVZ in Deutschland aus dem Jahr 2016 zeigt auf, dass von den Umfrageteilnehmer*innen aus MVZ in ländlichen Raum, knapp 37 Prozent angegeben haben, mindestens über zwei Zweigstellen zu verfügen. Damit ist der Anteil der MVZ mit Zweigstellen in ländlichen Gebieten etwas höher als in Mittel- und Oberzentren oder in Kernstädten (jeweils 32 Prozent) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016, S. 22, siehe auch Ladurner/Walter/Jochimsen 2020, S. 28).

Betrachtet man die Praxisstandorte der zahnärztlichen MVZ, zeigt sich, dass diese überwiegend in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg angesiedelt sind. In den östlichen Bundesländern sind nur wenige zahnärztlichen MVZ zu finden (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Regionale Verteilung der zahnärztlichen MVZ
(Praxisstandorte, 2019)



Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von Haaß et al. 2020, S. 39

Sowohl Haaß et al. (2020) als auch Ladurner/Walter/Jochimsen (2020) stellen fest, dass die Gründung von zahnärztlichen MVZ überwiegend im städtischen Raum erfolgt. Während Haaß et al. (2020, S. 59) hervorheben, dass sich investorenbetriebene zahnärztlichen MVZ „überwiegend in großstädtischen Regionen mit einer überdurchschnittlich jungen, seltener von Pflegebedürftigkeit betroffenen und einkommensstärkeren Bevölkerung“ mit bereits hoher Versorgungsdichte befinden, können Ladurner/Walter/Jochimsen (2020) keinen Zusammenhang zwischen Trägerschaft und räumlicher Ansiedlung herstellen.

Entwicklungen in der **Unternehmensgröße der MVZ** werden anhand der durchschnittlichen Anzahl von Ärzt*innen je MVZ in der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angegeben. Die durchschnittliche Arbeitsgröße betrug zum Stichtag 31.12.2020 pro MVZ 6,1 (in Anzahl von Ärzt*innen).

Seit 2004 (3,6) ist damit die durchschnittliche Arbeitsgröße pro MVZ angestiegen. In den letzten Jahren ist jedoch eine sehr leichte Tendenz zu geringeren Arbeitsgrößen feststellbar, z. B. betrug im Jahr 2017 die durchschnittliche Arbeitsgröße noch 6,4. MVZ im Krankenhausträger-

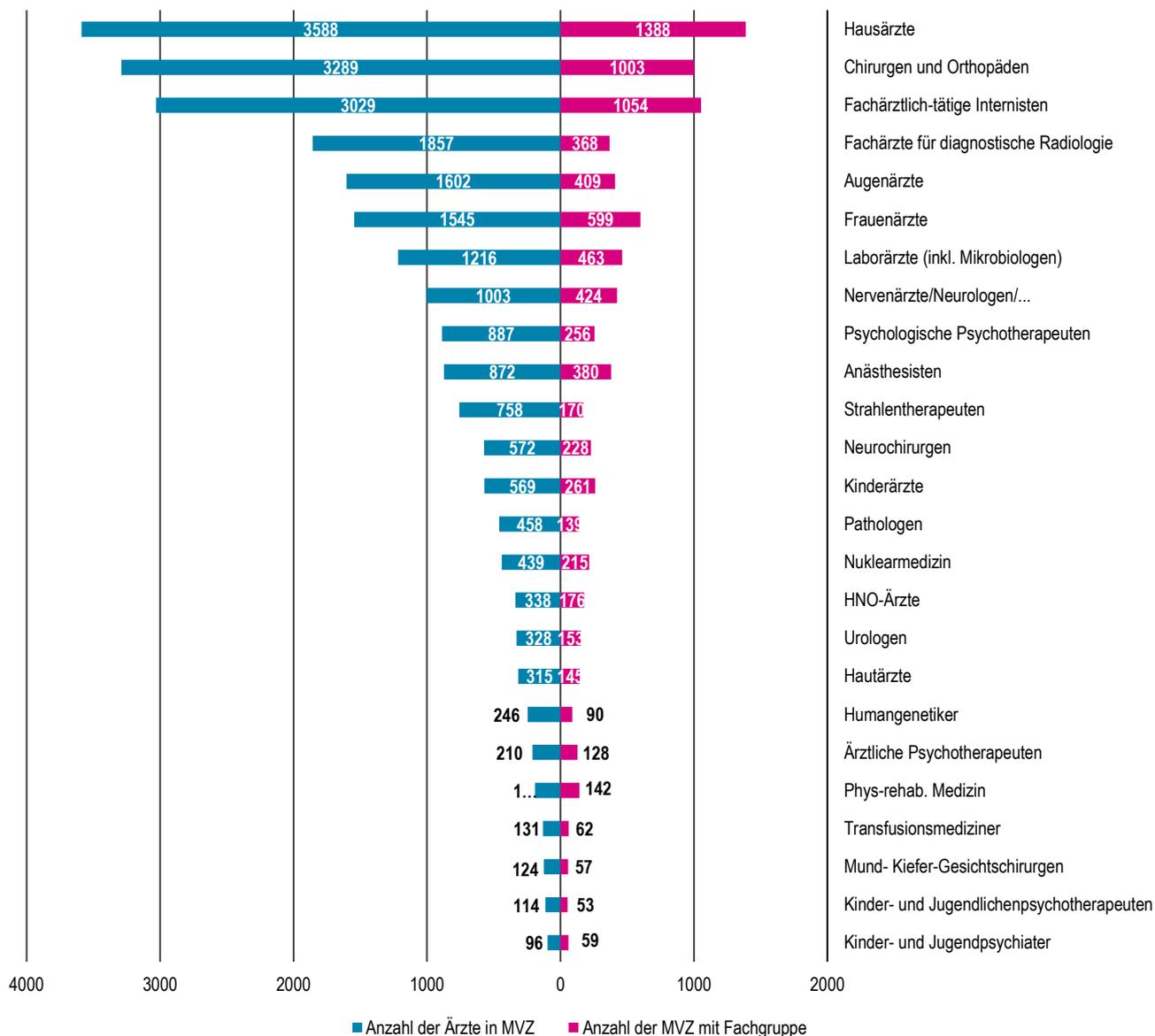
schaft sind etwas größer als der Durchschnittswert. Hier lag die durchschnittliche Arbeitsgröße bei 7,2 Ärzt*innen zum Stichtag 2020 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021a).

Bei den zahnärztlichen MVZ liegt die durchschnittliche Größe in den Jahren 2016 bis 2019 zwischen 3,7 und 4,7 Zahnarztstellen je Praxisstandort. Ein rückläufiger Trend ist zu beobachten. Investorenbetriebene zahnärztliche MVZ sind im Durchschnitt kleiner (3,1 bis 3,7 Zahnarztstellen je Praxisstandort) aber immer noch größer als Berufsausübungsgemeinschaften (Haaß et al. 2020, S. 29).

Ein Vergleich der Anteile der jeweiligen **Fachgruppe** nach Anzahl der Ärzt*innen zeigt, dass Hausärzt*innen (n = 3.588), Chirurg*innen und Orthopäd*innen (n = 3.289) und fachärztlich tätige Internist*innen (n = 3.029) die am häufigsten vertretenen Fachgruppen in den MVZ sind. Psychotherapeut*innen sind dagegen selten vertreten. Diese Verteilung entspricht nur teilweise der Anzahl der MVZ in der jeweiligen Fachgruppe.

So ist z. B. die Anzahl der Ärzt*innen im Vergleich zur Anzahl der MVZ in den Fachgruppen Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie und Humangenetik hoch. Abbildung 9 visualisiert die Verteilung der Fachgruppen nach Anzahl der Ärzt*innen in MVZ und Anzahl der MVZ mit der jeweiligen Fachgruppe (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d).

Abbildung 9: Verteilung der Fachgruppen nach Anzahl der Ärzt*innen in MVZ und Anzahl der MVZ mit der jeweiligen Fachgruppe (2020)



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d, S. 8

Zwar müssen MVZ nicht mehr zwangsweise fachübergreifend tätig sein, trotzdem ist die große Mehrzahl der MVZ fachübergreifend tätig. Im Jahr 2017 traf dies auf 2.272 von 2.821 MVZ zu. Darunter befanden sich 1.311 MVZ mit einer fachübergreifenden hausärztlichen Versorgung. Unter den zahnärztlichen MVZ boten am Stichtag 30. Juni 2018 von 699 MVZ 72 eine fachübergreifende Versorgung an (Deutscher Bundestag 2018a).

Konzentrationsprozesse und die Rolle von (Private-Equity-)Investoren in MVZ

Seit 2015 die Möglichkeit zur Gründung fachgruppengleicher MVZ geschaffen wurde, hat deren Gründung ebenso wie ihre Verbindung zu Ketten u. a. durch Übernahmen zugenommen (Scheuplein/Evans/Merkel 2019). Eine **Konzentration ambulanter medizinischer Angebote** wird oft mit MVZ unter dem Einfluss von Finanzinvestoren in Verbindung gebracht.

Zwar tragen Private-Equity-Gesellschaften wesentlich zu laufenden Konzentrationsprozessen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland bei (Bobsin 2022), Konzentrationsprozesse von MVZ (und auch Arztpraxen) finden aber insgesamt schon seit mehr als 15 Jahren unabhängig von Private-Equity-Unternehmen statt.

Zunächst fanden Konzentrationsprozesse von MVZ innerhalb der jeweiligen Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigung statt. Später fanden Zusammenschlüsse von MVZ, die im gleichen Bundesland ansässig waren, statt. Schließlich weitete sich diese Entwicklung deutschlandweit aus.

Private Krankenhäuser, (börsennotierte) Gesundheits-, Dialyse und Laborkonzerne haben durch Übernahmen zu Konzentrationsprozessen beigetragen (Bobsin 2021 und 2022). Ebenso trieben Zahnärzt*innen den Konzentrationsprozess voran. Aber auch Ärzt*innen oder Apotheker*innen haben MVZ-Konzerne etabliert und ausgeweitet und zu Konzentrationsprozessen beigetragen.

In der Labormedizin sind hier z. B. der Laborverbund LADR oder die Limbach-Laborgruppe, die sich in ärztlicher Trägerschaft befinden, zu nennen. Auch in der Radiologie und Strahlentherapie finden sich mit der Med 360° AG (die zudem ihr Angebot in der Orthopädie ausweitet) und Radprax-Holding Beispiele für die Etablierung von MVZ-Konzernen durch ärztliche Träger. Weitere Beispiele lassen sich in der Onkologie bzw. Zytostatika-Versorgung finden (Bobsin 2021).

Eine Expansion deutscher Unternehmen ins Ausland ist ebenso wie die genannten Konzentrationsprozesse schon seit Längerem zu beobachten. Die Übernahme deutscher Einrichtungen durch international aufgestellte Gesundheitskonzerne, unabhängig davon in wessen Besitz sie sich befinden, hat dagegen erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Eine neue Entwicklung der letzten ein bis zwei Jahre ist die Übernahme von Einrichtungen durch Venture Capital finanzierte Digital-Health-Startups wie Avi Medical, Patient 21 GmbH (Bobsin 2022) oder Doktor.SE (Doktor.SE 2021).

Investoren können grundsätzlich zwei Kategorien zugeordnet werden: **Finanzinvestoren** einerseits und **strategischen Investoren** andererseits. Finanzinvestoren können institutionelle Anleger wie Staatsfonds,

Pensionsfonds, Banken und Versicherungen, wohlhabende Einzelpersonen oder Familien sein, die entweder an der Börse in Aktien oder Anleihen oder aber in Private-Equity-Fondsgesellschaften, die außerhalb der Börsen Unternehmen kaufen, investieren. Investitionen Einzelner oder von Familien gehen auch in Beteiligungsgesellschaften in Familienbesitz („Family Equity“), die ebenfalls Unternehmen aufkaufen.

Krankenhäuser werden zumeist als strategisch Investoren gesehen, können aber ihrerseits ebenfalls im Besitz von Finanzinvestoren sein. Strategische Investoren unterscheiden sich von den Finanzinvestoren in erster Linie durch das Ziel der Investition. Während Finanzinvestoren Unternehmen kaufen, um sie weiterzuverkaufen, ist Ziel der strategischen Investoren, das Unternehmen zu behalten, um das eigene Unternehmen zu vergrößern und zu expandieren.

Private-Equity-Gesellschaften sind eine besondere Form der Finanzinvestoren, die in Fonds gesammeltes außerbörsliches Eigenkapital überwiegend institutioneller Anleger – wie Pensions- oder Staatsfonds, Versicherungen oder Banken – nutzen, um Unternehmen aufzukaufen (Bobsin 2019).

Dabei gehen die Private-Equity-Gesellschaften so vor, dass entweder (Mehrheits-)Anteile an einem Unternehmen übernommen („Share-Deal“) oder aber lediglich Wirtschaftsgüter, wie z. B. Betten, EDV-Ausstattung oder Patientenkartei, gekauft („Asset-Deal“) werden (Bobsin 2019).

Strategien der Private-Equity-Gesellschaften sind auf einen profitablen Weiterverkauf an einen strategischen Investor, eine andere Private-Equity-Gesellschaft oder durch einen Börsengang nach relativ kurzer Haltdauer von vier bis fünf Jahren ausgelegt (Bobsin 2021; Scheuplein 2021). Damit verbunden sind Maßnahmen zur Kostensenkung und Erhöhung der Einnahmen und eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, die nicht selten mit einer Behinderung der betrieblichen Mitbestimmung einhergehen (Bobsin 2019).

Die Möglichkeit zur Gründung von MVZ hat es nichtärztlichen Akteuren und juristischen Personen erlaubt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Investoren können sich als Gesellschafter an der Trägergesellschaft des MVZ beteiligen. Zwar ist es heute nur noch zugelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern, anerkannten Praxisnetzen, gemeinnützigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Trägern, Kommunen und unter bestimmten Voraussetzungen Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen erlaubt, MVZ zu gründen (siehe Kapitel 2.1.). Investoren kaufen allerdings – teilweise über verschachtelte Tochtergesellschaften – Krankenhäuser auf, um MVZ besitzen zu können.

Insbesondere kleinere Krankenhäuser werden von Investoren als Trägergesellschaft für MVZ erworben. Nach Bobsin (2019) gingen von den bis 2018 zu diesem Zweck erworbenen Krankenhäusern 16 an Private-

oder Family-Equity-Gesellschaften und neun an strategische Investoren. Im Jahr 2019 verzeichnet Bobsin (2020) bereits mindestens 32 Krankenhäuser als Trägergesellschaft für ein oder mehrere MVZ, davon 25 in Private- oder Family-Equity-Besitz. Bis Anfang 2022 haben sich die Zahlen mehr als verdoppelt – auf 67 Krankenhäuser, davon 52 in Private-Equity-Besitz.

Hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen und Regelungsbedarfe beinhaltet das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 auch eine mögliche rechtlich-organisatorische Trennung von ärztlicher Tätigkeit und wirtschaftlicher Inhaberschaft des Leistungserbringers. So konnten sich erstmals nichtärztliche Investoren an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beteiligen.

Angesichts einer Zunahme von MVZ-Gründungen durch Investoren insbesondere in der Laboratoriumsmedizin und der operierenden Augenheilkunde und der potenziellen Gefahr, dass medizinische Entscheidungen übermäßig von Kapitalinteressen beeinflusst werden, wurde ab dem Jahr 2012 durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) der Gründerkreis und die Rechtsformmöglichkeiten für die Trägergesellschaft eingeschränkt.

Auch die Verschärfungen im Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz–TSVG) hatten zum Ziel, insbesondere Beteiligungsgesellschaften den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erschweren (vgl. Kapitel 2.2). Die erhöhten Markteintrittsbarrieren verwehrten allerdings eher kleinen und mittelgroßen Leistungserbringern (z. B. Apotheken) den Zutritt, während kapitalstarke fachfremde Investoren weiterhin über den Erwerb von Krankenhäusern Zugang zum Markt hatten (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020).

Angesichts mangelnder Transparenz und Offenlegungspflichten stellten Abgeordnete der Bundestagsfraktion der Partei DIE LINKE im Jahr 2021 einen Antrag im Bundestag, Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenzulegen. Nach Ansicht der Antragsteller*innen sind die Regulierungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes unzureichend, die sich ausschließlich auf die Gründungsmöglichkeit rein zahnärztlicher MVZ und Gründungen durch nichtärztliche Dialysezentren beziehen und andere Versorgungsbereiche außer Acht lassen.

Die Bundesregierung wurde deshalb im Antrag aufgefordert, einen Gesetzentwurf für die Schaffung eines Registers der an der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ und einer halbjährlichen Meldepflicht für die Betreiber vorzulegen (Deutscher Bundestag 2019). Der Antrag wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen Die

Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen abgelehnt (Deutscher Bundestag 2021).

Die Bundesärztekammer hatte die Schaffung eines MVZ-Registers angesichts eines „wachsenden Klärungs- und Strukturierungsbedarf im Hinblick auf die deutlich zunehmenden Aktivitäten von Investoren im Gesundheitswesen“ befürwortet. Sie sah darüber hinaus weitere Regelungsbedarfe, um den Übergang von Arztsitzen an Private-Equity-Gesellschaften zu begrenzen, die medizinische Versorgung außerhalb von Ballungsräumen zu sichern, Oligopol- und Monopolbildung zu verhindern und jungen Ärzt*innen die Übernahme einzelner Arztsitze zu ermöglichen (Bundesärztekammer 2020). Die Forderungen der Bundesärztekammer umfassen:

- Einschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhaus-Trägern auf die jeweilige Planungsregion, in der der Träger seinen Sitz hat
- Beschränkung des Versorgungsanteils im Bereich der fachärztlichen Versorgung auf maximal 25 Prozent im jeweiligen Fachgebiet
- Festlegung einer maximalen Anzahl von angestellten Ärzt*innen im MVZ
- Vorgabe eines breiten bzw. grundversorgenden Behandlungsspektrums
- Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen⁴ zum Ausschluss einer Beteiligung Dritter an MVZ
- Möglichkeit zur Ablehnung von Anträgen auf Zulassung und auf Anstellung eines*r Arzt*in auf Grundlage des Versorgungsanteils analog zur Regelung für zahnärztliche MVZ (Bundesärztekammer 2020)

Auch ein Gutachten, das im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt wurde, kommt zu dem Schluss, dass ein zahnärztliches MVZ-Register nötig ist. Zudem wird in Erwägung gezogen, dass die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser von einem räumlich-fachlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ abhängig gemacht werden könnte. Außerdem wird eine weitere Begrenzung der Versorgungsanteile und die Anknüpfung von Höchstversorgungsgrenzen an den Krankenhausträger diskutiert (Sodan 2020). Dies findet auch im zweiten für die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erstellten Gutachten Erwähnung (Haaß et al. 2020).

4 Beherrschungsverträge sind Unternehmensverträge, durch die eine Aktiengesellschaft die Leitung ihrer Gesellschaft einem anderen Unternehmen unterstellt (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beherrschungsvertrag-27631>, Abruf 29.4.2023).

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns fordert darüber hinaus rechtliche Maßnahmen zum Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, wodurch nur noch MVZ zugelassen werden sollten, bei denen die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft in den Händen von Vertragsärzt*innen liegt. Darüber hinaus befürwortet sie ebenfalls ein MVZ-Register. Eine Prüfung der Eignung von MVZ zur Sicherstellung einer ordentlichen vertragsärztlichen Versorgung durch die Zulassungsausschüsse wird ebenfalls begrüßt.

Hinzu kommt der Ruf nach einer Regelung, dass die von Krankenhäusern gegründeten MVZ in einem Planungsbereich nur über einen bestimmten Prozentsatz der für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Arztsitze verfügen dürfen, erweitert um Vorgaben zur räumlichen Nähe zwischen Krankenhaus und MVZ. Auch eine Obergrenze für die Zahl der in einem MVZ tätigen angestellten Ärzte und eine Stärkung der Freiberuflichkeit hält die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns für sinnvoll (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2021b).

Auch Ladurner/Walter/Jochimsen (2020) sprechen sich in ihrem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit zur Erfassung der aktuellen Situation von MVZ und zur Bewertung und Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen für mehr Transparenz aus. Hierfür schlagen die Gutachter*innen vor, dass MVZ dazu verpflichtet werden sollten, an jeder Betriebsstätte die ärztliche Leitung und den Träger anzugeben.

Zudem sollen MVZ mit Informationen zu Trägerschaft und ärztlicher Leitung im Arztregister, im Bundesarztregister nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und im bundesweiten Verzeichnis der Leistungserbringer erfasst werden. Auch die Gesundheitsministerkonferenz forderte im November 2021 die Schaffung von mehr Transparenz (Gesundheitsministerkonferenz 2021).

Betrachtet man die **Motivation zur Übernahme von MVZ durch Investoren**, stehen auf Käuferseite bei strategischen Investoren die Erzielung von Synergieeffekten, die Erschließung ambulanter Potenziale oder Sicherung des eigenen Produktgeschäfts (z. B. im Bereich der Dialyse) im Vordergrund.

Finanzinvestoren legen dagegen Wert auf attraktive Geldanlagemöglichkeit mit risikoadäquater Verzinsung des investierten Kapitals, die Möglichkeit von Zukäufen und der Realisierung eines Exit-Szenarios. Zudem bietet sich eher die Möglichkeit der Anknüpfung an bestehende Leistungsangebote z. B. von Krankenhäusern (Harneit/Schramm 2019). Verkäufer können bei der Übernahme von MVZ durch Investoren häufig einen höheren Verkaufspreis erzielen als bei ärztlicher Nachfolge.

Finanzinvestoren und ihre Sonderform der Private-Equity-Gesellschaften favorisieren bei ihren Investitionen MVZ bestimmter Fachrichtungen, die als besonders lukrativ eingestuft werden. Hierzu gehört zum einen die

Zahnmedizin. Sie ist aufgrund des regelmäßigen Patientenbesuchs, des Geschäfts mit Überschneidung des medizinisch Notwendigen und ästhetisch Gewünschten und zuzahlungspflichtigen Angeboten besonders gewinnträchtig. Zum anderen zählen auch die Fachrichtungen Augenheilkunde, Radiologie und inzwischen auch Allgemeinmedizin, Kardiologie und Orthopädie dazu.

Private-Equity-Gesellschaften verfolgen eine „Buy-and-Build-Strategie“, d. h. eine Wachstumsstrategie, bei der durch Zukäufe und Maßnahmen zur Gewinnerhöhung (Kostensenkung und/oder Einnahmeerhöhung) der Wert des Unternehmens für einen künftigen Verkauf erhöht werden soll. Organisches Wachstum durch die Gründung neuer Einrichtungen ist dagegen eher selten.

Ziel ist zudem im Unterschied zu Aktien-, Investment- und Hedgefonds die Beherrschung des aufgekauften Unternehmens und somit die Einflussnahme auf unternehmerische Entscheidungen (Bůžek/Scheuplein 2022). Zum Teil wird der Kauf mit einem großen Anteil an Fremdkapital etwa über Kredite, die das gekaufte Unternehmen aufnimmt, finanziert. Auch der Weiterverkauf und die Rückvermietung der Immobilien spielen eine Rolle. Hinzu kommt die vermehrte Anwendung von Kennzahlen im Rahmen eines regelmäßigen Reportings und von Benchmarking-Prozessen (Bobsin 2021).

In Bezug auf die **zahlenmäßige Bedeutung von Private Equity für MVZ** zeigt sich, dass innerhalb des Gesundheitswesens MVZ und Arztpraxen einen Schwerpunkt der Private-Equity-Aktivitäten bilden. Erste Übernahmen von Arztpraxen fanden in den Jahren 2007 und 2009 im Bereich der Labormedizin statt. Im Jahr 2007 wurde amedes, das von Ärzt*innen unter dem Namen wagnerstibbe gegründet worden war, an die Private-Equity-Gesellschaft General Atlantic verkauft. 2009 stieg die Private-Equity-Gesellschaft BC Partners mit 70 Prozent bei Synlab, das als Wimmer + Frey gegründet worden war, ein. In der Augenheilkunde wurden 2011 Ober + Scharrer an die Private-Equity-Gesellschaften Palamon Capital Partners, Artemis und G Square verkauft (Bobsin 2021).

Heute gehören laut eigenen Angaben auf den Unternehmenswebseiten MVZ an mehr als 30 Standorten zu Synlab (www.synlab.de/lablocator, letzter Abruf 7.5.2023). Auch amedes unterhält mehr als 30 MVZ (www.amedes-group.com/unternehmen/standorte/, letzter Abruf 7.5.2023). Werden auch Nebenbetriebsstätten, Zweigpraxen und Krankenhauslabore hinzugezählt, sind es bei Synlab mehr 70 und bei amedes mehr als 60 Standorte.

Insgesamt sind allerdings nur wenige Informationen zu den Trägern von MVZ verfügbar, wodurch auch die Beurteilung des Private-Equity-Anteils erschwert wird. Die Statistiken der KBV unterscheiden z. B. Träger

nur nach „Vertragsärzteschaft“, „Krankenhaus“ und „Sonstige“. In der Literatur lassen sich Angaben finden, die jedoch – je nach Untersuchungsdesign – zum Teil voneinander abweichen:

Für den Zeitraum 2013 bis zum ersten Halbjahr 2018 identifizieren Scheuplein, Evans und Merkel (2019) 31 Übernahmen von MVZ durch Private-Equity-Unternehmen. Zwar war dies ein Viertel aller Übernahmen im Gesundheitssektor, der Anteil an den Beschäftigten betrug aber nur zwei Prozent. Die Fachrichtungen Labormedizin, inklusive Endokrinologie, Genetik, Pathologie, Reproduktionsmedizin („Kinderwunschzentren“) und Zytologie wurden jedoch in der Untersuchung nicht berücksichtigt.

Zwischen 2015 und 2018, so die Autor*innen wurden 34 zahnmedizinische Einrichtungen (mit ggf. mehreren Standorten) übernommen; Ende 2018 muss von 60 zahnmedizinischen Standorten in der Hand von Private Equity ausgegangen werden. Damit liege der Anteil von zahnärztlichen MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften an der Gesamtzahl der zahnärztlichen MVZ bei maximal zehn Prozent (Scheuplein/Evans/Merkel 2019).

Bobsin (2019, 2020, 2021 und 2022) betrachtet in seinen Untersuchungen MVZ und Praxen, deren Träger (Krankenhaus oder Dialyseeinrichtung) bekanntermaßen in Private-Equity-Besitz sind. Ergänzend werden Beispiele von Konzernen erwähnt, die nach demselben buy-and build-Prinzip vorgehen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Verkaufaktionen von MVZ, zahnärztlichen MVZ und (Zahn-)Arztpraxen und von Trägergesellschaften (zumeist mit mehreren einzelnen verkauften MVZ/Praxen) an Private-Equity-Gesellschaften pro Jahr in den vergangenen Jahren zugenommen hat.

Laut Bobsin (2021) verzehnfachte sich die Anzahl zwischen 2015 und 2020 und stieg von zwölf im Jahr 2015 auf 122 im Jahr 2020. Wie bereits erwähnt, ist es erst seit 2015 möglich, reine zahnärztliche MVZ zu gründen. Die Zahl der Private-Equity-Käufe im zahnärztlichen Bereich nahm seit 2017 deutlich zu und stieg von drei im Jahr 2015 auf 60 im Jahr 2020 (Bobsin 2021). Insgesamt geht Bobsin (2022) davon aus, dass von der Einführung der MVZ im Jahr 2004 bis zum Jahr 2021 insgesamt 557 Private-Equity-Käufe stattgefunden haben.

Auch Angaben zur Anzahl der in Private- und Family-Equity-Besitz befindlichen MVZ oder MVZ-Praxisstandorte können aufgrund mangelnder veröffentlichter Daten zu Eigentumsstrukturen lediglich geschätzt werden. Für eine aussagekräftigere Angabe hinsichtlich des Anteils an Arztsitzen stehen keine Daten zur Verfügung. Im Jahr 2018 betrug die geschätzte Anzahl der in Private- und Family-Equity-Besitz befindlichen MVZ-/Praxisstandorte 470, davon etwa 80 Zahnarzt-MVZ-/Praxisstandorte (Bobsin 2019).

Im Jahr 2019 betrug die geschätzte Zahl dagegen bereits 738, davon 167 zahnärztliche MVZ-Standorte (Bobsin 2020) und im Jahr 2020 wurden 955 Standorte inklusive 205 zahnärztliche MVZ-Standorte geschätzt (Bobsin 2021).

Exkurs: MVZ in Private-Equity-Besitz in Bayern

Auf Grundlage einer Erhebung aller 606 MVZ, die im ersten Quartal 2020 im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern aktiv tätig und zugelassen waren, wurde der Stand der Übernahmen von MVZ durch Private-Equity-Gesellschaften in Bayern ermittelt. Der Anteil der MVZ in Private-Equity-Besitz belief Anfang des Jahres 2020 auf zehn Prozent. Da die 60 MVZ in Private-Equity-Hand aber mehrere Standorte unterhielten, belief sich der Anteil in Bezug die Praxisstandorte insgesamt auf 15 Prozent. Dies gilt ebenfalls in Bezug auf den Anteil an allen Beschäftigten. Seit 2016 ist eine starke Dynamik von Übernahmen zu bemerken. Fachliche Schwerpunkte der MVZ in Private-Equity-Hand waren Augenheilkunde, Radiologie, Labormedizin und Onkologie/Gastroenterologie. Sitz der Finanzinvestoren war zu etwa einem Drittel in Deutschland. Fast 90 Prozent der MVZ-Standorte in Bayern waren in der Hand von europäischen Finanzinvestoren (Scheuplein 2021; Scheuplein/Bůžek 2021).

Basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung geben Haaß et al. (2020) an, dass der Anteil der investorengeführten MVZ an allen zahnärztlichen MVZ seit dem dritten Quartal 2018 stetig gestiegen ist und Anfang 2020 einen Wert von 21 Prozent erreichte. In Bezug auf die Gesamtzahl der Zahnarztstellen stieg der Anteil von 0,1 Prozent im Jahr 2015 auf 0,9 Prozent im Jahr 2019. Regional zeichnen sich zum Teil deutlich höhere Anteile ab (Haaß et al. 2020, S. 26).

Expert*innen gaben im Interview im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie an, dass der Private-Equity-Anteil bei den zahnärztlichen MVZ Anfang 2022 bereits bei 28 Prozent lag. Allerdings wird sowohl bei MVZ als auch bei zahnärztlichen MVZ der Anteil der MVZ in Private-Equity-Besitz im Hinblick auf die Arztstellen weiterhin als gering eingeschätzt.

In den letzten Jahren haben einige Weiterverkäufe durch Private-Equity-Gesellschaften, überwiegend an eine weitere Private-Equity-Gesellschaft („secondary buyout“), stattgefunden. Die Übernahmen erfolgen zum Teil auch mit Fusionsabsichten. So kündigte die Private-Equity-Gesellschaft EGT bei der Übernahme der Blick Holding und der Meine Radiologie Holding 2021 an, diese fusionieren zu wollen. Zudem kam es zu Weiterverkäufen an strategische Investoren (Übernahme der Polikum

Holding durch die Sana-Kliniken und der deutschen Optegra-Einrichtungen durch die dem Augenarzt Dr. med. Thomas Pahlitzsch gehörende Lasermed) und einem Börsengang der Synlab Laborgruppe.

Tabelle 3: Übersicht über die Verkäufe (Exits) von (zahnärztlichen) MVZ- und Praxiskonzernen durch Private-Equity-Gesellschaften

(Zahnärztliche) MVZ-/ (Zahnarzt-)Praxiskonzern	1. Übernahme durch Private-Equity-Gesellschaft	Weiterverkauf
Amedes (Labore und Reproduktionsmedizin)	2007: General Atlantic	2015: Antin 2021: Investorengruppe (Omers Infrastructure, Goldman Sachs, AXA)
Artemis (Augenheilkunde)	2011: G Square Healthcare	2015: Montagu
Atlanta Health Group (Onkologie)	2014: Capiton AG	2016: IK Partners
Blick Holding (Radiologie + Strahlentherapie)	2019: Deutsche Beteiligungs AG (DBAG) (Radiologie Herne und Ranova)	2021: EQT
KonfiDents (Zahnmedizin)	2018: Altor Equity	2021: Jacobs Holding (Colosseum Dental)
Meine Radiologie Holding	2017: Tempus Capital (Deutsche Radiologie Holding, DRH)	2018: Triton Partners 2021: EQT
Ober-Scharrer-Gruppe, OSG (Augenheilkunde)	2011: Palamon Capital Partners	2018: Nordic Capital 2021: Ontario Teachers' Pension Plan Board und PAI Partners (Veonet)

Optegra (Augenheilkunde)	2011: Fidelity International	2018: Lasermed / Dr. Thomas Pahlitzsch (deutsche Optegra-Einrichtungen)
Polikum-Holding (alle Fachrichtungen)	2009: Palamon Capital Partners	2014: Sana-Kliniken 2019: Aduva Capital
RadioOnkologieNetzwerk (Radiologie + Strahlentherapie)	2019: Summit Partners	2021: Pan European Infrastructure Fonds (PEIF III) der Deutsche-Bank-Tochter DWS Group (Medipass)
RH Diagnostik & Therapie GmbH (Radiologie + Strahlentherapie)	2015: Delta Equity (Radiologie Holding GmbH)	2019: Five Arrows
Synlab (Labore)	2009: BC Partners	2015: Cinven 2021: Börsengang
Sanoptis (Augenheilkunde)	2019: Telemos Capital	2022: Groupe Bruxelles Lambert
VivaNeo (IVF/Reproduktionsmedizin)	2011: Waterland Private Equity	2019: Impilo AB (The Fertility Partnership, TFP)
ZG Zentrum Gesundheit/ZG Augenlinik Holding (Augenheilkunde)	2017: Waterland Private Equity	2019: Nord Holding
Curaeos (Zahnmedizin)	2016: Bencis Capital (in DE, 2011 bereits in NL)	2017: EQT 2021: Jacobs Holding (Colosseum Dental)
Dentabene (Zahnmedizin)	2018: Maigaard & Molbech und Novum Capital	2019: Odewald KMU II (Anteile von Novum Capital)

Dein Dental (vormals: European Dental Group EDG) (Zahnmedizin)	2015: Auctus Capital Partners (Zahnstation)	2018: Nordic Capital
Zahneins (Zahnmedizin)	2017: Summit Partners	2019: PAI Partners

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Bobsin 2021 und 2022

Die Bundesärztekammer (2020) geht davon aus, dass die Anzahl der MVZ in Private-Equity-Besitz angesichts eines insgesamt immer noch niedrigen Zinsniveaus und unsicherer Investitionsalternativen weiter ansteigen wird. Außerdem ist der Trend auszumachen, dass weitere Fachrichtungen (wie Hausarztpraxen, Orthopädie und Kardiologie) ins Blickfeld der Private-Equity-Gesellschaften geraten, um Konzernstrukturen mit einer Vielzahl von medizinischen Fachrichtungen zu schaffen (Bobsin 2022).

Die Meinungen hinsichtlich der **Auswirkungen von MVZ-Übernahmen durch Finanzinvestoren** divergieren stark. Auf der einen Seite wird angeführt, dass die Investitionen keinen Nachteil verursachen und die finanziellen Mittel benötigt werden. Peter Velling (2019), Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes MVZ, hebt beispielsweise hervor, dass es nicht darum gehen sollte, Finanzinvestoren aus der medizinischen Versorgung herauszuhalten, sondern darum, unabhängig von der Trägerschaft die Qualität zu kontrollieren und zu sichern.

Auf der anderen Seite werden – insbesondere in der öffentlichen Debatte – eher negative Auswirkungen angenommen. Dabei wird jedoch nicht immer klar zwischen der Tätigkeit von MVZ im Allgemeinen und den Auswirkungen von MVZ in Private-Equity-Besitz unterschieden. Kritisch äußert sich u. a. die Bundestagsfraktion der Partei Die Linke, die befürchtet, dass angesichts einer geringen Haltedauer kein Interesse der Private-Equity-Gesellschaften an einem längerfristigen Betrieb existiere. Die ambulante Versorgung sei akut gefährdet (Deutscher Bundestag 2019).

Besorgniserregend sei auch die „Gefahr einer Monopolisierung im nephrologisch-ambulanten Sektor mit möglichen Nachteilen für Dialysepatienten“ (Deutscher Bundestag 2020b, S. 1). Wettbewerbsverzerrungen könnten entstehen, wenn ein kommerzieller Dialyseanbieter gleichzeitig der Anbieter der Sachmittel ist. In ihrer Antwort wies die Bundesregierung allerdings darauf hin, dass keine Versorgungsunterschiede bekannt seien und auch kommerzielle Dialyseanbieter den Regelungen zur Qualitätssicherung unterliegen (Deutscher Bundestag 2020a).

Auch der Deutsche Ärztetag ist der Ansicht, dass die Übernahme ambulanter Versorgungsstrukturen durch Fremdinvestoren die ärztliche Unabhängigkeit und die Patientensicherheit gefährde (Apotheke adhoc 2019). Darüber hinaus äußerte die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung wiederholt ihre Bedenken in Bezug auf den Einfluss von Finanzinvestoren in zahnärztliche MVZ.

So hat sie beispielsweise im Rahmen der Anhörung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im August 2018 „auf die dringende Notwendigkeit hingewiesen, die rasant fortschreitende Übernahme zahnärztlicher Versorgung durch Großinvestoren und Private-Equity-Fonds zu stoppen“ (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018a, o. S.), da diese eine Gefahr für die flächendeckende, wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung darstellten.

In ihrem Jahresbericht hebt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hervor, dass mit einem Anteil von „Investoren-MVZ“ an den zahnärztlichen MVZ die „zunehmende Vergewerblichung und Kommerzialisierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ drohe (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2020, S. 5).

Ähnliche Ansichten vertreten auch der Freie Verband deutscher Zahnärzte (o. J.) und die Bundeszahnärztekammer, deren Präsident hervorhob, dass versorgungsfremde Kapitalinvestoren die Weisungsunabhängigkeit, die ethische Verpflichtung und den Gemeinwohlaufrag in Gefahr brächten (Ärzteblatt 2018).

Darüber hinaus befassen sich verschiedene in den letzten zwei Jahren erschienene Gutachten und Studien mit den Auswirkungen von Private-Equity-Unternehmen in MVZ auf Versorgungsstrukturen und der Qualität der angebotenen Leistungen:

- Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums untersuchten Ladurner/Walter/Jochimsen (2020) im Rahmen eines Gutachtens die rechtlichen Rahmenbedingungen für MVZ und die künftige Rolle der MVZ in der medizinischen Versorgung. Aufgrund fehlender empirischer Daten kommt das Gutachten zu dem Schluss, dass weder positive noch negative Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität in MVZ und ihrer Trägerschaft nachgewiesen werden können und somit keine Schlussfolgerung hinsichtlich der vermuteten Gefahr ausgehend von MVZ in Hand von Investoren für die Qualität erfolgen könne. Auch ein detaillierter Vergleich zwischen dem Leistungsgeschehen und Abrechnungsverhalten von MVZ verschiedener Trägertypen sei mangels differenzierter Abrechnungsdaten auf Bundesebene nicht möglich.
- Mit Unterstützung des Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren, dessen Mitglieder Unternehmensgruppen mit Beteiligungskapital sind, erstellte das Institut für Gesundheitsökonomik in München eine Studie zur Darstellung und Bewertung der ambulanten

ärztlichen Versorgung in Deutschland durch MVZ mit Kapitalbeteiligung.

Die Verfasser*innen der Studie merken ebenfalls an, dass keine Daten zur MVZ mit Kapitalbeteiligung vorlägen, die den gesamten Markt abbilden, gehen aber davon aus, dass der Anteil der Ärzt*innen, die in MVZ mit Kapitalbeteiligung tätig sind, an den insgesamt in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzt*innen maximal zwei Prozent betrage und somit die Gefahr einer Monopolisierung und Wettbewerbsgefährdung eher gering ausfalle.

Auf Grundlage einer Befragung von 51 Ärzt*innen und 18 nichtärztlichen Fachangestellten aus MVZ mit Kapitalbeteiligung kommt die Studie zum Ergebnis, dass die Befragten überwiegend der Ansicht seien, dass die Therapiefreiheit in MVZ mit Kapitalbeteiligung besser gesichert sei als bei Ärzt*innen in der Einzelpraxis. Letztere hatten die Befragten eher als ökonomisch bestimmt eingeschätzt. Auch die Behandlungszeit pro Patient*in und die Möglichkeit zur Verwirklichung von Qualitätsansprüchen werden für Ärzt*innen in der Einzelpraxis geringer eingestuft. Der Einfluss von Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten wird überwiegend positiv eingeschätzt. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass keine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung ausgemacht werden könne, sondern die Einrichtungen eher zur Versorgung beitragen (Neubauer/Minartz/Niedermeier 2020).

- Motiviert durch die politische Diskussion im Zusammenhang mit dem Betrieb von MVZ und dem Einfluss von Private-Equity-Beteiligungen geht eine vom Interessenverband der akkreditierten medizinischen Labore in Deutschland (ALM) beauftragte und von der WIG2 GmbH in Zusammenarbeit mit der figus GmbH durchgeführte Studie der Forschungsfrage nach, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der labormedizinischen Versorgungsqualität und der Trägerschaft von Laboren in der Medizin besteht. Die Autor*innen heben hervor, dass anhand der aktuellen Datenlage kein kausaler Zusammenhang abzuleiten sei, nehmen aber an, dass „vernetzte Laboratorien, wie investorengeführte Unternehmen, eine bessere Versorgungsqualität anbieten können“ (Höpfner et al. 2021, S. 91).
- Ein im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erstelltes Rechtsgutachten kommt zu dem Schluss, dass von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ eine Bedrohung für Patientenwohl und Versorgungsqualität ausgeht. Zudem leisteten sie nur einen geringen Beitrag zu einer flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung, da allein die Rendite Grundlage für die Standortwahl sei. Diese Einschätzung erfolgte auf Grundlage des Abrechnungsverhaltens von investorenbetriebenen zahnärztliche MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen

und Berufsausübungsgemeinschaften, Erfahrungen aus dem Ausland und bisherigen Entwicklungen (Sodan 2020).

- Ein weiteres von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebenes Gutachten nimmt Entwicklungen und Auswirkungen investorenbetriebener MVZ („i-MVZ“) in der vertragszahnärztlichen Versorgung in den Blick. Die Verfasser*innen kommen zu dem Schluss, dass sowohl investorenbetriebene MVZ als auch MVZ allgemein in der vertragszahnärztlichen Versorgung sich bevorzugt in Großstädten mit bereits hohem Versorgungsgrad ansiedelten. Zudem generierten zahnärztliche investorenbetriebene MVZ und MVZ allgemein durch Mengenausweitung oder Umsatzausweitung bei den Neuversorgungen höhere Umsätze als Einzelpraxen. Dem liege eine größere Orientierung an der Renditeoptimierung zugrunde.

Einen Beitrag zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung leisteten die investorenbetriebenen MVZ demzufolge nicht. Anhand der Datengrundlage lasse sich allerdings nicht bestimmen, ob Qualität und Wirtschaftlichkeit unter diesen Entwicklungen leiden (Haaß et al. 2020).

- Ein Gutachten der Wifor Institute GmbH im Auftrag der überregionalen zahnärztlichen Versorgungszentren Acura MVZ GmbH, AllDent Holding GmbH, DentaDox MVZ GmbH, EDG Deutschland Holding GmbH, KonfiDents GmbH, zahneins GmbH kommt zu dem Schluss, dass zahnärztliche MVZ „eine gute Ergänzung zu den bisherigen Versorgungsformen darstellen. Dabei eröffnen insbesondere zahnärztliche MVZ mit Investorenbeteiligung Chancen für die Versorgung der Zukunft, die andere Versorgungsformen nicht leisten können.“ (Runschke et al. 2020, S. 47). Zahnärztliche MVZ böten den Patient*innen Vorteile, da durch sie die Versorgung auch im ländlichen Raum gewährleistet und das Angebot durch Weiterentwicklung von Therapie und Diagnostik verbessert seien.

Das Gutachten basiert auf einer Befragung von 24 Praxen von zahnärztlichen MVZ, an denen Investoren beteiligt sind. Die Verfasser*innen des Gutachtens sehen weder den Verdacht bestätigt, dass zahnärztliche MVZ in Investorenhand anders abrechnen, noch dass sie in die Behandlungsfreiheit eingreifen. Allerdings handelt es sich auch hier um eine relativ kleine Stichprobe und die Verfasser*innen heben hervor, dass eine Ausweitung der Stichprobe sowohl auf weitere zahnärztliche MVZ mit Investorenbeteiligung als auch zahnärztliche MVZ im Allgemeinen sinnvoll wäre (Runschke et al. 2020).

- Ende 2021 wurde eine vom IGES Institut, einem Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur und Gesundheit, für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern durchgeführte Studie veröffentlicht, die die Unterschiede in Versorgung und Leistung zwischen MVZ und anderen Praxisformen untersucht.

Die Studie kommt anhand einer Analyse der Praxisstrukturen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern in den Jahren 2018 und 2019 zu dem Ergebnis, dass der Anteil von MVZ in Finanzinvestorenhand zunehmend an Bedeutung gewinne. Auf Grundlage von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde ermittelt, dass bei gleichen Bedingungen MVZ um sechs Prozent höhere Honorarumsätze abrechneten als Einzelpraxen. Bei MVZ im Eigentum von stärker an wirtschaftlichen Zielen orientierten Finanzinvestoren betrug der Unterschied zehn Prozent. Zudem sei die Erbringung von Leistungen durch mitversorgende Ärzt*innen anderer ärztlicher Fachrichtungen umfangreicher, wenn der*die primär versorgende Ärzt*in in einem MVZ tätig ist (Tisch/Nolting 2022).

Sowohl der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung als auch der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren haben eine Stellungnahme zu der Studie veröffentlicht und bemängeln, dass die Verfasser*innen keine Definition und Erläuterung der Auswahl der betrachteten MVZ in Private-Equity-Besitz vornehmen und dass die Nichtberücksichtigung bestimmter Fachgebiete, wie Labormedizin und Radiologie die Ergebnisse, verfälschten. Die Stichprobe sei aufgrund ihrer zu geringen Größe und geringen Repräsentativität nicht geeignet allgemeine Schlüsse zu ziehen (BMVZ 2022; BBMV 2022).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Aussagen unterschiedlicher Studien und Gutachten hinsichtlich der Auswirkungen von Übernahmen von MVZ durch Finanzinvestoren je nach Auftraggeber*in erheblich unterscheiden. Zudem sorgt eine unzureichende Datenlage für mangelnde Transparenz und lässt Einschätzungen nur eingeschränkt zu.

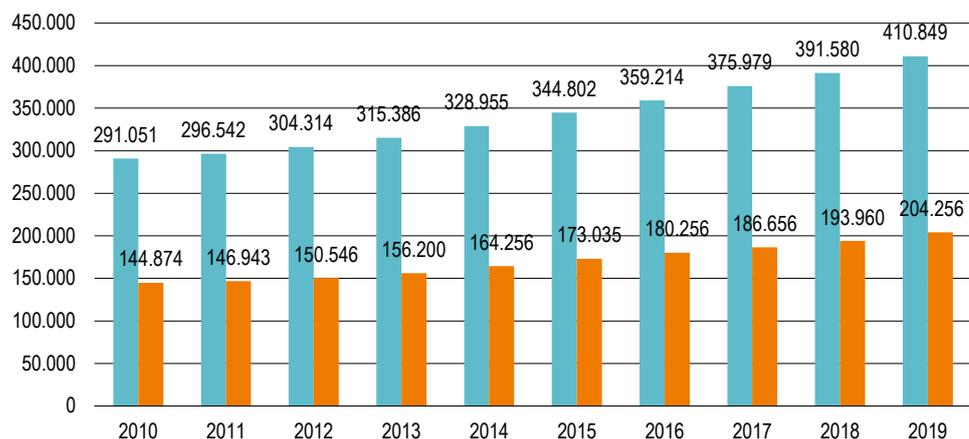
3.2. Wirtschaftliche Entwicklungen

Gesundheitsausgaben und wirtschaftliche Lage von MVZ

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind zwischen 2010 und 2019 um 41 Prozent auf 411 Milliarden Euro angestiegen. Die Ausgaben für ambulante Einrichtungen, unter die auch MVZ fallen, stiegen im selben Zeitraum in etwa gleichem Maße (+41 Prozent) auf 204 Milliarden Euro (siehe Abbildung 10). Größter Ausgabenträger ist die gesetzliche Krankenversicherung mit 62 Prozent, gefolgt von privaten Haushalten mit 18 Prozent und der privaten Krankenversicherung mit 9 Prozent. Den größten Anstieg (+128 Prozent) hat die soziale Pflegeversicherung zu

verzeichnen. Ihr Anteil fällt aber mit 4,4 Prozent gering aus (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022).

Abbildung 10: Gesundheitsausgaben in Deutschland (in Millionen Euro, 2010 bis 2019)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022

Angaben zur wirtschaftlichen Lage von MVZ werden jährlich im Rahmen des Zi-MVZ-Panels vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland erhoben. Anfang 2019 hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021) 212 MVZ zur Gewinn- und Verlustsituation im Jahr 2017 und zur Einschätzung ihrer aktuellen und zukünftigen wirtschaftlichen Lage befragt. Insgesamt ergibt sich, dass 60 Prozent der teilnehmenden MVZ das Jahr 2017 mit einem Gewinn abgeschlossen haben.⁵

Dabei existieren Unterschiede zwischen den Trägern: Während in vertragsärztebetriebenen MVZ zu 84 Prozent im Jahr 2017 ein Gewinn erwirtschaftet wurde, liegt der Anteil bei krankenhauses- oder kommunengeführten und anderen MVZ bei 47 Prozent bzw. 50 Prozent. Diese Unterschiede korrespondieren mit der abweichenden Gewinndefinition bei GmbH und GbR. 69 Prozent der Teilnehmenden aus vertragsarztgeführten MVZ bewerten den Jahresüberschuss als gut, während nur 40 Prozent der Teilnehmenden aus MVZ in Krankenhausträgerschaft und 36 Prozent der Teilnehmenden aus MVZ mit anderen Trägern dies tun.

⁵ Allerdings können diese Zahlen nur einer Annäherung darstellen, denn die Ausweisung der Gewinne und die Gewinnermittlung unterscheidet sich nach Art des Jahresabschlusses (steuerliche Überschussrechnung, Bilanz) erheblich.

Allerdings schätzen etwa drei Viertel aller Teilnehmenden (76 Prozent) ihre Gesamtsituation als eher gut oder gut ein. Alle Träger erwarten für die Zukunft ein positives Klima hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Situation und ihrer Entwicklung.

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie befragten Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen in MVZ (n = 45; 53 Prozent) geben an, dass sich ihrer Meinung nach der Gewinn ihres MVZ in den letzten fünf Jahren erhöht hat. Jeweils 14 Prozent der Befragten geben an, dass der Gewinn sich verringert bzw. nicht verändert hat. 19 Prozent der Befragten konnten keine Angabe machen.

Strategien von MVZ und ihren Trägern

Im Rahmen des letzten KBV-Survey unter 339 MVZ-Geschäftsführenden bzw. ärztlichen Leitungen für das Jahr 2014 wurde eine Betrachtung der zentralen **Gründe, die zur Gründung eines oder Teilnahme an einem MVZ geführt haben**, durchgeführt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016). 77 Prozent der Befragten gaben im Survey an, dass „bessere Perspektiven für die Zukunft“ zur Gründung eines MVZ motiviert haben (Zustimmung zur Aussage, „trifft zu“ oder „trifft sehr stark zu“).

Die Umfrage zeigt außerdem, dass die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt*innen (75 Prozent) und Nutzung von Synergieeffekten (73 Prozent) als Beweggründe ausschlaggebend waren. Ferner spielten auch Aspekte der Wettbewerbsfähigkeit eine Rolle. 69 Prozent der Antwortenden wollten durch die Gründung oder Teilnahme an einem MVZ ihre Marktposition erhalten oder/und eine erweiterte Position am ambulanten Markt einnehmen. Immerhin noch 66 Prozent wollten ein breiteres Leistungsangebot schaffen und 64 Prozent eine bessere fachliche Kooperation erreichen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016).

Seltener genannte Gründe einer Gründung oder Teilnahme liegen in der Entlastung von Verwaltungsaufgaben, in einem verringerten Investitionsrisiko und in flexibleren Arbeitszeiten. Dagegen geht Dietrich (o. J.) davon aus, dass Risikominimierung eine wichtige Rolle spielt. Ladurner/Walter/Jochimsen (2020) führen den Investitionsbedarf als ausschlaggebendes Kriterium für die Gründung oder Teilnahme an MVZ an: So weisen sie in einer Analyse der Fachbereiche und Organisationsformen darauf hin, dass Arztgruppen mit eher geringem Investitionsbedarf die Leistungserbringertypen Berufsausübungsgemeinschaften oder Einzelpraxen bevorzugen, und solche mit hohem Investitionsbedarf wie etwa in der Labormedizin, der Radiologie oder der Strahlentherapie eher das

MVZ. Hintergrund ist, dass bei hohen Investitionskosten, sich eine optimale Ausnutzung von Geräten durch die gemeinsame Nutzung mehrere Ärzt*innen eher erreichen lässt.

Jäger (2008) weist in einer Dissertation zur betriebswirtschaftlichen Analyse von MVZ unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostenökonomie darauf hin, dass Kostendegressionspotenzialen (sogenannte Economies of Scale) und Synergieeffekten (sogenannte Economies of Scope), die aus der Zusammenlegung mehrerer Leistungserbringer entstehen können, als Hauptmotive für die Beteiligung an MVZ eine ausschlaggebende Rolle spielen.

Economies of Scale umschreibt im allgemeinen die Kostenvorteile, die durch Mengeneffekte (sogenannte Skaleneffekte) realisiert werden können. Im Fall eines MVZ kann dies durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und (Groß-)Geräten, weiteren medizinischen und nichtmedizinischen Hilfsmitteln, Bürobedarf, Hard- und Software und durch ein gemeinsames Personalmanagement erreicht werden. Auch die gemeinsame Nutzung von Dienstleistungen, wie das Abrechnungsmanagement oder das Marketing, kann Vorteile bieten.

Economies of Scope meint im Allgemeinen Verbundvorteile, die realisiert werden, wenn bei der Zusammenführung mehrerer Teile die Summe größer ist als die der einzelnen Teile. Verbundvorteile entstehen in fachübergreifenden MVZ, wo komplexe Krankheitsbilder umfassend behandelt werden können, und z. B. Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die wirtschaftliche Strategie zwischen den Trägern kann verschieden sein, trotzdem spielen Economies of Scale und Economies of Scope häufig eine ausschlaggebende Rolle.

Anzumerken ist hier, dass viele der aufgeführten Vorteile auch auf Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zutreffen, und sich generell aus einer Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen ergeben. Vorteile gegenüber Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) haben MVZ aber im Hinblick auf eine größere Vielfalt der möglichen Rechtsformen und Träger und der Möglichkeit zur Einstellung von unselbstständigem ärztlichen Personal in nicht begrenzter Anzahl (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Als weitere Vorteile werden die intensive Kooperation mit anderen im MVZ tätigen Ärzt*innen genannt und der unkomplizierte fachliche Austausch (Rudolph et al. 2013). Bei fachübergreifenden MVZ ist auch die gegenseitige Überweisung von Patient*innen möglich. Außerdem zeichnen sich MVZ durch eine organisatorische Stabilität aus. Ein personeller Austritt eines*r Vertragsärzt*in führt nicht automatisch zum Ende des MVZ und bietet deshalb Planungssicherheit. Auch Nachfolgeregelungen wer-

den erleichtert (Dietrich o. J.). Zudem sollen MVZ eine stärkere Arbeitsteilung, die Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten, eine flexiblere Arbeitseinteilung und geregelte Arbeitszeiten ermöglichen (Gerlinger 2021).

Für Krankenhäuser bieten MVZ einen Zugang zur ambulanten Versorgung und ermöglichen das Angebot einer integrierten Versorgung (Gerlinger 2021; Jäger 2008). Neben der Teilnahme an der ambulanten Versorgung mit Erzielung zusätzlicher Einnahmen können MVZ auch zur Verbesserung der Wettbewerbssituation und der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses selbst beitragen, u. a. durch die Schaffung von Wettbewerbsvorteilen, den Ausbau der angebotenen Leistungen (Dietrich o. J.) und, damit verbunden, beispielsweise das Angebot von Fachrichtungen, die bislang im Umkreis des Krankenhauses noch nicht angeboten werden.

Die Auslagerung bestimmter Funktionsbereiche wie z. B. Labor oder Radiologie in ein MVZ kann darüber hinaus Kosten für das Krankenhaus minimieren. Häufig wird auch die Generierung automatischer oder zusätzlicher Einweisungen durch das eigene MVZ als Motiv von Krankenhäusern MVZ zu gründen, angeführt (Bauer 2014). Mehr als die Hälfte der Befragten der Online-Umfrage im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie geben an, dass das Ein- und Überweisungsverhalten zwischen MVZ und Krankenhaus (61 Prozent) bzw. die Generierung von Einweisung durch ein eigenes MVZ für Kliniken (60 Prozent) „sehr relevant“ oder „relevant“ für die Geschäftsstrategie ist.

Das Ein- und Überweisungsverhalten zwischen MVZ und Krankenhaus wird zum Teil kritisch gesehen, wenn krankenhausetragene MVZ genutzt werden, um Patient*innen in das angeschlossene Krankenhaus einzuweisen – und zwar insbesondere dann, wenn dies nicht unbedingt nötig ist oder das Krankenhaus nicht das am besten geeignete ist (Gerlinger 2021).

Motivation von Klinikkonzernen zur Gründung von MVZ:

Einige Fallbeispiele

Im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie wurden eine Reihe von Experteninterviews in MVZ in der Trägerschaft einer Klinik geführt und zu den Gründungsmotiven befragt. Im Folgenden sind die Ausführungen der Interviewpartner*innen zusammengefasst:

Bei verschiedenen MVZ in freigemeinnütziger Trägerschaft stand die regionale Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Gründung von MVZ im Vordergrund, die durch den demografischen Wandel und fehlende Nachfolger gefährdet war. Inhaber*innen von Praxen traten an das Krankenhaus mit Verkaufsangeboten heran, woraufhin das Krankenhaus die Arztsitze aufkaufte und weiterführte.

Auch bei einer weiteren Gruppe von MVZ in privater Trägerschaft lag die Motivation für den Aufkauf von Sitzen zunächst darin, dass niedergelassene Ärzt*innen ihre Praxen aus Altersgründen aufgeben. Hier war insbesondere der damit verbundene mögliche Wegfall von Zuweisungen als Motiv für Aufkäufe ausschlaggebend, aber auch ein Zugang zur ambulanten Versorgung. In dem entsprechenden Experteninterview wurde allerdings auch angemerkt, dass nur etwa drei Prozent der Patient*innen, die in den ambulanten Einrichtungen behandelt werden, tatsächlich eingewiesen werden.

Selten wurden Sitze oder Niederlassungen selbst begründet (z. B. in der Pathologie), zumal dies nur in nicht zulassungsbeschränkten Bereichen ohne die Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigung möglich ist.

Die Motivation der Gründung von MVZ bei einem kommunalen Klinikkonzern liegt zum einen darin, den ambulanten Bedarf zu decken. Spezialisierte Bereiche der stationären Versorgung im Krankenhaus sollten durch ambulante Angebote ergänzt werden. Zum anderen sollten die MVZ auch als Portal für die Akquise dienen. Die MVZ des kommunalen Klinikkonzerns befinden sich an den Krankenhausstandorten der Gruppe und sind eng mit diesen verbunden. Es werden alle klassischen Fachrichtungen (außer HNO) abgedeckt. Ein Schwerpunkt liegt bei der Onkologie, da diese für Patient*innen, die oft abwechselnd stationär und ambulant behandelt werden, einen Qualitätsvorteil bietet, wenn alles aus einer Hand angeboten wird.

Angemerkt wurde in dem entsprechenden Experteninterview, dass die MVZ eines kommunalen Krankenhauses einen anderen Zweck und ein anderes Portfolio als die privaten getragenen MVZ aufweisen. So werden z. B. ausgewählte Fachrichtungen in bestimmten Regionen angeboten, um eine breite medizinische Versorgung zu gewährleisten.

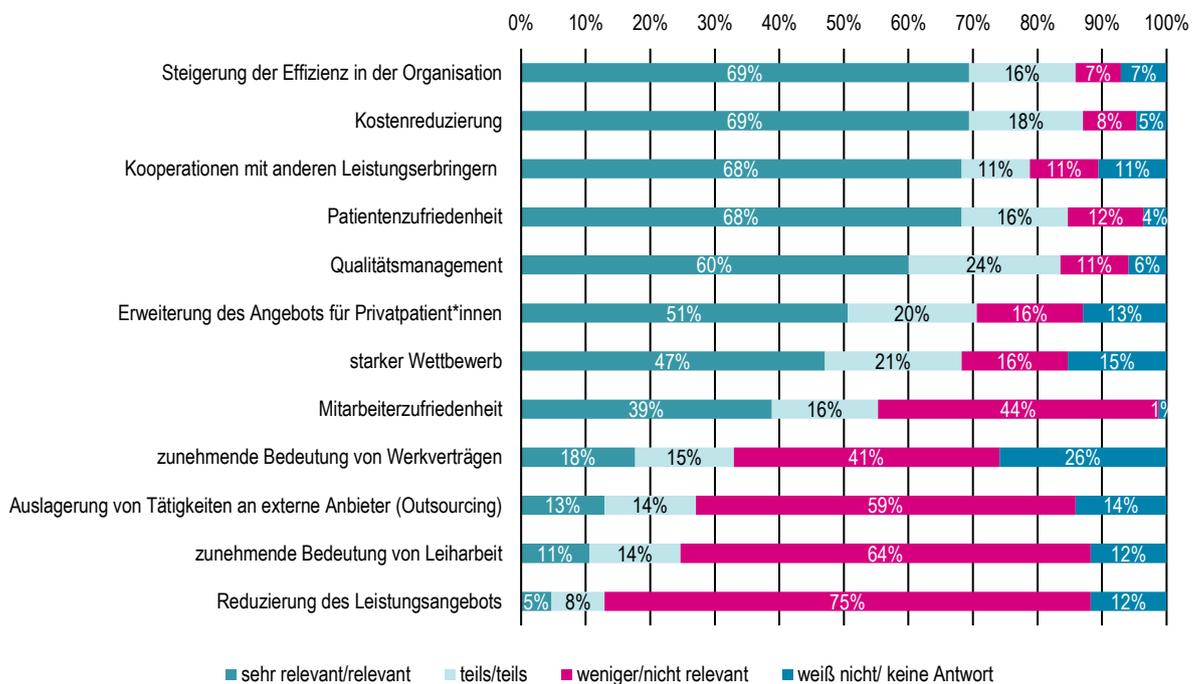
Quelle: Expert*innen-Interviews

Die langfristige Sicherung des Krankenhausstandorts wurde auch als ein wichtiges Motiv für die MVZ-Gründung im Rahmen des KBV-Surveys genannt (KBV 2016, S. 26). In der Umfrage im Rahmen des Surveys antworteten 52 Prozent der Befragten, dass den „Klinikstandort langfristig zu sichern“ als Gründungsmotivation „sehr stark zutrifft“ oder „zutrifft“. Das Motiv der „Einweiserbindung“ wurde in der Umfrage von 35 Prozent der Antwortenden genannt. Allerdings wurde bei den Umfrageergebnissen nicht zwischen Antwortenden aus Kliniken, Vertragsärzt*innen und anderen Trägern unterschieden.

Durch eine Zusammenarbeit zwischen Kliniken und MVZ ist es auch möglich Kostenersparnisse durch die Verlagerung von vor- und nachstationären Leistungen an das MVZ zu erzielen. Die Verweildauer kann z. B. in der stationären Versorgung durch frühzeitige Entlassung und ambulante Nachsorge im hauseigenen MVZ verkürzt werden und es können verlängerte und sektorenübergreifende Behandlungsketten gebildet werden. Hinzu kommt, dass die Patientenbindung gestärkt wird. Ärzt*innen können im Krankenhaus und im MVZ gleichzeitig tätig sein und so auch eine persönliche Verbindung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor herstellen (Velling 2019).

Auf die Frage, für wie wichtig sie unterschiedliche **Faktoren für die Geschäftsstrategie** aus Perspektive ihrer Geschäftsführung halten, geben jeweils 69 Prozent der Befragten im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie an, dass die Steigerung der Effizienz in der Organisation und die Kostenreduzierung „relevant“ oder „sehr relevant“ ist. Auch die Kooperation mit anderen Leistungserbringern und die Patientenzufriedenheit spielen mit jeweils 68 Prozent eine große Rolle (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Einschätzung der Geschäftsstrategien der MVZ



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Hinzu kommen das Ein- und Überweisungsverhalten zwischen MVZ und Krankenhaus, die Generierung von Einweisung durch die eigenen MVZ für Kliniken, Qualitätsmanagement, politische/gesetzliche Regulierungen und die Erweiterung des Angebots für Privatpatient*innen, die jeweils von mehr als der Hälfte der Befragten als „relevant“ oder „sehr relevant“ eingestuft werden.

Etwas weniger als die Hälfte (47 Prozent) der Befragten gibt an, dass sie einen starken Wettbewerb für „sehr relevant“ oder „relevant“ halten. Geringere Bedeutung haben Mitarbeiterzufriedenheit (39 Prozent), Werkverträge (18 Prozent), die Auslagerung von Tätigkeiten an externe Anbieter (18 Prozent), Leiharbeit (elf Prozent) und die Reduzierung des Leistungsangebots (fünf Prozent) (vgl. Abbildung 11).

Im Hinblick auf die Mitarbeiterzufriedenheit zeigte die Erhebung des Zi-MVZ-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland für das Berichtsjahr 2017 auf, dass in fast allen teilnehmenden MVZ-Mitarbeitergespräche zur Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit genutzt wurden. Eine indirekte Einschätzung über Kennzahlen erfolgte bei 72 Prozent und Mitarbeiterbefragungen bei 42 Prozent (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021).

Die **Steigerung der Effizienz** und die **Reduzierung von Kosten** spielen unabhängig vom Träger in den MVZ eine Rolle. Wirtschaftlicher Druck entsteht u. a. durch Kosteneinsparungen der Krankenversicherungen. Selbst bei einem kommunalen Krankenhaus als Träger und einer zumindest teilweisen öffentlichen Finanzierung können MVZ unter einer schwierigen Finanzierungssituation leiden oder dienen zur Beschaffung zusätzlicher Mittel. Gewinnerzielung spielt auch hier zunehmend eine Rolle.

Das Projekt Cinderella von Helios

Helios gehört zum deutschen Medizintechnik- und Gesundheitskonzern Fresenius, ein börsennotiertes DAX Unternehmen. Helios verfügte im Frühjahr 2021 über 123 MVZ an 230 Standorten (600 Arzt-sitze). Helios ist damit der größte Krankenhausträger von MVZ in Deutschland und die größte private Kliniken-Gruppe Europas. Die MVZ erwirtschafteten ein Umsatzvolumen von rund 200 Millionen Euro im Jahr 2020.

Im Februar 2021 hat Helios das Projekt „Cinderella – Neuausrichtung Geschäftsbereich Ambulante Medizin 2.0“ gestartet. Mit der Konsolidierung und Neuausrichtung im Rahmen des Projektes Cinderella soll der Geschäftsbereich der MVZ bis zum Jahr 2025 verstärkt wirtschaftlicher ausgerichtet werden und zukünftig über 350 Million Euro Umsatz generieren und 12 Prozent Gewinn erwirtschaften.

Kernbestandteil der Strategie im Rahmen von Cinderella ist, den Fokus auf die ertragreichen Fachbereiche zu legen. Darunter fallen vor allem die Bereiche Radiologie, Strahlentherapie und Urologie. Weniger lukrative Bereiche sollen als Bereinigung des Portfolios abgestoßen werden. Hiervon sind die Bereiche Augenheilkunde, Dermatologie, Nerven, Neurochirurgie, Pädiatrie, Pneumologie und Psychiatrie und andere betroffen. Weitere Bestandteile der Strategie sind: Kettenbildung in ertragreichen Fachgebieten, Klinikintegration, Ambulantisierung (ambulante OPs und Akquisen von AOP-Zentren), Telemedizin und Digitalisierung und die Einführung eines einheitlichen Qualitätsmanagements. Außerdem sollen die Verantwortungsstrukturen der Geschäftsbereiche anders gestaltet werden.

Quelle: Das Erste 2021

Ein Kernmotiv hinsichtlich der Ermöglichung der Gründung von MVZ im GKV-Modernisierungsgesetz – GMG war es, zu einer verbesserten **Kooperation** und strukturierten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beizutragen. Im Rahmen von MVZ ist nicht nur möglich eine Kooperation mit ärztlichen Gesundheitsberufen einzugehen, sondern auch mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Die Kooperationshäufigkeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen wurde durch die MVZ-Surveys erfasst (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016).

Die letzte Analyse für das Jahr 2014 zeigt, dass fast in allen MVZ eine Kooperation mit anderen niedergelassenen Ärzt*innen „sehr häufig“ oder „häufig“ bestand (93 Prozent). Ebenfalls fand eine Kooperation mit Krankenhäusern oft statt (84 Prozent). Des Weiteren wird mit Apotheken (55 Prozent), Physiotherapeut*innen (44 Prozent) und Pflegeheim oder andere MVZ (jeweils 38 Prozent) kooperiert.

Ein Vergleich der Umfragen zwischen 2008 und 2014 zeigt, dass die Kooperationsintensität insgesamt zunimmt. Dies betrifft vor allem niedergelassene Ärzt*innen, Pflegeheime, Sanitätshäuser und Apotheken. Abgenommen hat die Kooperationsintensität mit sozialen Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, orthopädischen Schuhmachern und Ergotherapeut*innen. Insgesamt kooperieren MVZ in ländlichen Regionen am häufigsten. Naheliegend ist, dass aufgrund der strukturellen Gegebenheiten in ländlichen Regionen Kooperationen eine höhere Notwendigkeit besitzen als in urbaneren Regionen.

Die größten Differenzen in der Kooperationsintensität zwischen MVZ in ländlichen und städtischen Regionen liegen bei Pflegeheimen, Sanitätshäusern und Physiotherapeuten*innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016, S. 23–24). Das Zi-MVZ-Panel zeigt zudem, dass die Vernetzung von MVZ sich insbesondere in der Nutzung von Infrastruktur

zeigt. Am häufigsten wurden hier die Nutzung von Laborgemeinschaften und ambulanten Operationszentren angegeben (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021). 2015 wurde nach Angaben von Interviewpartner*innen erstmals ein MVZ in Kooperation eines kommunalen und eines universitären Krankenhauses gegründet.

Unabhängig vom Träger und Fachrichtung gelten für MVZ verschiedene **Qualitätssicherungsmechanismen**. Mit der Zulassung eines MVZ gelten die Regelungen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und somit die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) und die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z).

Nach § 135a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V sind MVZ sowohl zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen als auch zu einrichtungsinternem Qualitätsmanagement verpflichtet. Eine Qualitätskontrolle erfolgt über die jeweilige Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung. Zahnärztliche MVZ müssen zudem für verschiedenen Behandlungen einen Heil- und Kostenplan bei der Krankenkasse einreichen. Ein Gutachter kann die Versorgungsnotwendigkeit beurteilen und stellt fest, ob die Leistung dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entspricht (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020).

Mit dem Ziel im ambulanten und stationären Sektor eine gleich hohe Qualität zu sichern, ist seit 1. Januar 2019 die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), die für Leistungserbringer*innen der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung gilt, bindend. Sie legt fest, welche Informationen für die datengestützte Qualitätssicherung fall- und einrichtungsbezogen erhoben werden müssen.

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) gilt sowohl für sektorenübergreifende als auch für sektorspezifische Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021 f.). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bemängelt bereits die Komplexität und Bürokratie des Verfahrens und der damit verbundene Aufwand und fordert eine Neuausrichtung der Qualitätssicherung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021e).

Das in MVZ am häufigsten genutzte Qualitätsmanagementsystem ist das System nach der Norm DIN ISO 9001, gefolgt von QEP-Qualität und Entwicklung und Praxen, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021). Generell wird angenommen, dass ein effizientes Qualitätsmanagement im Interesse der MVZ liegt, da es zur

Kostenreduzierung beitragen und einen Wettbewerbsvorteil schaffen kann (Jäger 2008).

Die Erfassung der **Patientenzufriedenheit** ist ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements. Hauptsächlich werden hier von MVZ-Arztbewertungsportale beobachtet. Hinzu kommen schriftliche Patientenbefragungen und „Kummerkästen“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021).

Im Rahmen der Branchenstudie haben Interviewpartner*innen mehrheitlich angegeben, dass sich der **Umfang der Leistungen**, die von MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern angeboten werden, erweitert hat. Zum Beispiel werden immer mehr Operationen ambulant durchgeführt, die früher noch im Krankenhaus stattfanden. Außerdem steigt der Umfang der Leistungen durch den höheren Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung.

Hinzu kommt der medizinische Fortschritt, der eine umfassendere Behandlungen von Erkrankungen zulässt. Im Bereich der medizinischen Labore haben in den letzten Jahren z. B. viele Innovationen hinsichtlich Prävention und Früherkennung, Diagnosestellung, Therapiebewertung und Prognose Anwendung in der medizinischen Versorgung gefunden. Die steigende Nachfrage wird nach Aussagen in den Expert*innen-Interviews allerdings durch eine Reduzierung der Vergütung (Quotierung) konterkariert.

Grundsätzlich bietet ein erweitertes Angebot für Privatpatient*innen die Möglichkeit, höhere Umsätze zu erzielen. Ob dies möglich ist, hängt von der Lage und Umfeld des jeweiligen MVZ ab. Vor diesem Hintergrund ist der Betrieb von kommunalen MVZ häufig schwieriger, da Privatversicherte dort seltener sind und dann eher für gering vergütete Behandlungen die MVZ aufsuchen.

In den Expert*innen-Interviews wurde angenommen, dass es vor allem in urbanen Regionen zum **Wettbewerb** zwischen MVZ und niedergelassenen Ärzt*innen kommt, die dieselbe Patienten Klientel bedienen. MVZ beantragen Neuzulassungen oder kaufen Arztsitze bei einer Nachbesetzung auf, die damit nicht mehr von zugelassenen freiberuflichen Ärzt*innen besetzt werden können. Insbesondere Facharztsitze bieten hohe Margen und sind für die Klinikkonzerne und Finanzinvestoren lukrativ (Höhl/Badenberg 2018).

Teilweise werden Befürchtungen geäußert, dass „oligopolartige MVZ-Strukturen bestimmte Anbieter“ (Ladurner/Walter/Jochimsen 2020, S. 29) hinsichtlich einzelner Arztgruppen oder Spezialisierungen (z. B. Labor, Röntgen, Nephrologie, Augenheilkunde) entstehen. Diese würden zum einen die Wahlfreiheit der Patient*innen einschränken, die Freiberuflichkeit niederlassungswilliger junger Ärzt*innen (und Gebieten mit Bedarfsplanung) gefährden und niedergelassene Facharztpraxen verdrängen.

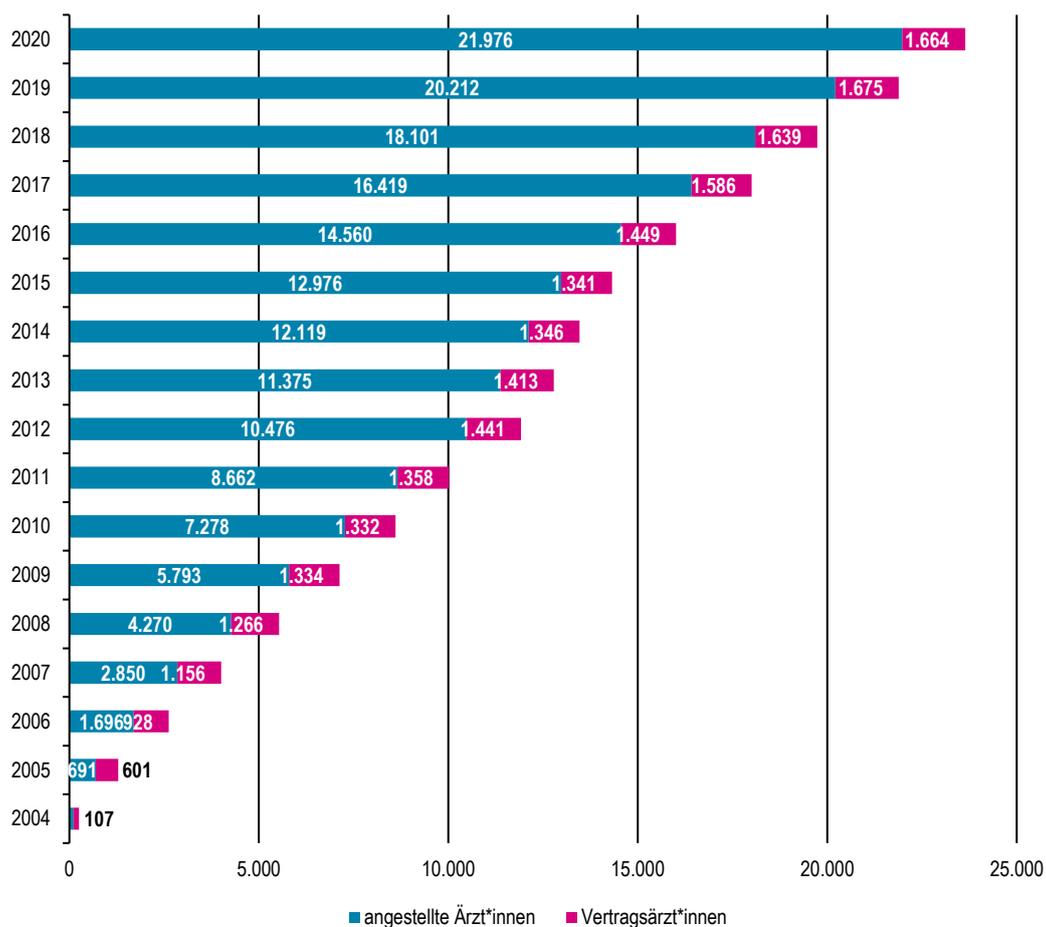
Nach Ladurner, Walter und Jochimsen (2020) kann diese Befürchtungen zumindest bei einer bundesweiten Durchschnittsbetrachtung von Zahl und Struktur der Gesundheitseinrichtungen empirisch nicht bestätigt werden. Ein Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) von Coenen, Haucap und Loebert (2017) kommt dagegen zu dem Schluss, dass in Hinblick auf die Berufsgruppen der Nervenärzt*innen und Psychotherapeut*innen die Angebote der MVZ in Trägerschaft der Krankenhäuser zunehmend niedergelassene Ärzt*innen substituieren (Coenen/Haucamp/Loebert 2017).

4. Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

4.1. Beschäftigtenstruktur und Entwicklung der Beschäftigung

Zum Stichtag 31. Dezember 2020 waren insgesamt 23.640 Ärzt*innen in MVZ beschäftigt. Ebenso wie die Anzahl der MVZ nimmt auch die Anzahl der dort tätigen angestellten und (Vertrags-)Ärzt*innen seit Jahren zu (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Anzahl der in MVZ tätigen angestellten Ärzt*innen und Vertragsärzt*innen (2004–2020)



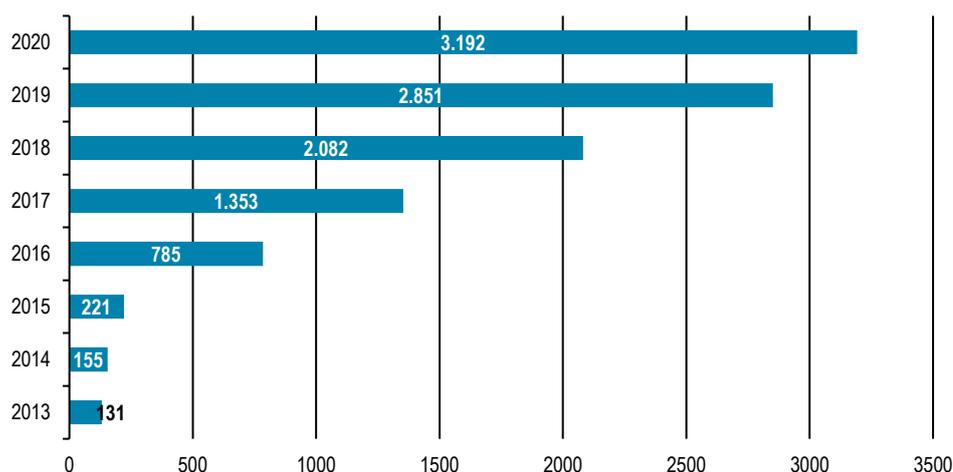
Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021a, S. 5

In MVZ arbeiten hauptsächlich (zu 93 Prozent) angestellte Ärzt*innen. 21.976 Ärzt*innen arbeiteten zum Stichtag 31.12.2020 im Angestelltenverhältnis. Die Zahl der in den MVZ tätigen Vertragsärzt*innen betrug zum gleichen Zeitpunkt dagegen nur 1.664. Während die Anzahl der angestellten Ärzt*innen in den MVZ im Zeitverlauf stetig angestiegen ist, ist die Anzahl der Vertragsärzt*innen seit Zulassung der MVZ im Jahr 2004 kaum angewachsen.

Im Jahr 2004 waren in 73 Prozent der MVZ nur Vertragsärzt*innen oder Vertragsärzt*innen in Kombination mit angestellten Ärzt*innen tätig, im Jahr 2020 ist der Anteil dieser MVZ auf 19 Prozent geschrumpft. Entsprechend ist der Anteil von MVZ, in denen nur angestellte Ärzt*innen tätig waren, von 27 Prozent (2004) auf 81 Prozent (2020) gestiegen. In MVZ in Krankenhausträgerschaft sind fast ausschließlich angestellte Ärzt*innen tätig (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021a). Außerdem sind MVZ mit Vertragsärzte/innen in ostdeutschen Bundesländern besonders selten.

3.192 angestellte Zahnärzt*innen und damit etwas mehr als fünf Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirkenden Zahnärzt*innen waren Ende 2020 in einem MVZ tätig (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021). Ihre Zahl stieg nach Ermöglichung reiner zahnärztlicher MVZ zwischen 2015 und 2016 sprunghaft an und erreichte 2020 das vierundzwanzigfache des Wertes von 2015 (n = 221) (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Angestellte Zahnärzt*innen in zahnärztlichen MVZ (2013 bis 2020)



Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2014, 2015, 2016, 2017, 2018b, 2019, 2020, 2021)

Neben dem ärztlichen Fachpersonal sind Beschäftigte in den Bereichen medizinisch-technischer Dienst (z. B. medizinische-technische (Labor- oder Radiologie-)Assistenz), Funktionsdienst (z. B. Krankenpflegepersonal, Beschäftigungs-, Arbeits-, Ergotherapeuten), Wirtschafts- und Versorgungsdienst (z. B. Technik, Gartenarbeiten, Handwerk, Hausmeister*in) und Verwaltungsdienst in MVZ tätig.

Medizinische Fachangestellte sind meist die größte Berufsgruppe in MVZ. Sie gelten als Schnittstelle zwischen den genannten Diensten. Häufig werden sie zum medizinisch-technischen Dienst gezählt, bei einigen MVZ werden sie als davon unabhängig betrachtet. Eng verknüpft sind sie auch mit dem Verwaltungsdienst, da sie neben medizinischen Tätigkeiten wie z. B. Assistenz bei Untersuchung und Behandlung, Hygienemaßnahmen und Patientenberatung eine Vielzahl von Aufgaben im Büromanagement übernehmen.

Zunehmend an Bedeutung gewinnen angesichts der Digitalisierung IT-Fachkräfte. Die Anteile der Beschäftigtengruppen an der Gesamtbeschäftigtenzahl kann je nach Fachrichtung und Standort sehr unterschiedlich ausfallen. So reicht der Anteil des ärztlichen Fachpersonals in den MVZ der im Rahmen der Branchenstudie Befragten von einem bis 90 Prozent.

Angaben zur Gesamtbeschäftigtenzahl in MVZ sind nicht verfügbar. Jedoch gibt das Zi-MVZ-Panel einen Median-Wert für die Kopfzahl der am 31.12.2017 in den befragten MVZ-Beschäftigten an. Im Median waren acht Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen und 14 Mitarbeiter*innen des nichtärztlichen medizinischen Bereichs dort tätig.

Betrachtet man nur angestellte und nicht freiberufliche waren im Median sieben Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in den teilnehmenden MVZ tätig. Der Median der Angestellten liegt bei MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft mit fünf Personen unter dem anderer Träger. MVZ mit einem Krankenhaus als Träger haben im Median acht angestellte Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021).

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermittelt die durchschnittliche Größe von MVZ. Hierbei wird das arithmetische Mittel angegeben. Allerdings werden, anders als im Zi-MVZ-Panel keine Weiterbildungsassistent*innen eingeschlossen. Ende 2017 wurde die durchschnittliche Größe mit 6,4 Ärzt*innen angegeben (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021), 2020 waren es 6,1 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021d).

Die Zahl der Beschäftigten hat über alle Bereiche hinweg in den MVZ der im Rahmen dieser Studie Befragten zugenommen oder ist gleichgeblieben. Die Zunahme der Gesamtbeschäftigtenzahl in MVZ ist vielfach auf den Zukauf von Arztpraxen zurückzuführen, deren Beschäftigte übernommen werden. Die Anzahl der Beschäftigten stieg insbesondere im

ärztlichen Dienst. Hier geben 57 Prozent der Befragten an, dass ein Anstieg in den letzten fünf Jahren zu verzeichnen war.

Im medizinisch-technischen Dienst sind es 48 Prozent, für den Verwaltungsdienst 29 Prozent, für den Funktionsdienst 19 Prozent und den Wirtschafts- und Versorgungsdienst 10 Prozent (n = 21). Gleichzeitig geben 14 Prozent der Befragten an, dass die Zahl der Beschäftigten im ärztlichen Dienst gefallen ist.

Bei MVZ, deren Träger ein Krankenhaus ist, ist das ärztliche Fachpersonal nicht selten sowohl im MVZ als auch im Krankenhaus tätig. Wirtschafts- und Versorgungsdienst und Verwaltung werden oft gemeinsam genutzt. Hinsichtlich der Beschäftigungsstruktur gab es kaum Veränderungen. Die Branche ist eine klassisch weibliche Domäne, der Männeranteil nimmt allerdings langsam zu.

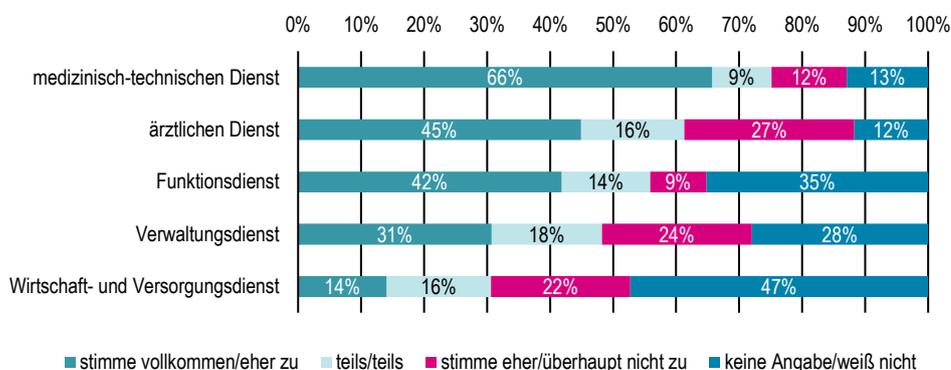
Das Durchschnittsalter der Beschäftigten im MVZ steigt bei 36 Prozent, bei zusätzlichen 29 Prozent der Befragten zumindest teilweise. Das Zi-MVZ-Panel kommt im Vergleich der Altersstruktur der in einem MVZ angestellten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit der Altersstruktur von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen insgesamt für das Jahr 2018 zu dem Schluss, dass der Anteil der unter 50-Jährigen in MVZ mit 47 Prozent höher ist als insgesamt (30 Prozent) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021).

Etwas mehr als drei Viertel der im Rahmen dieser Studie Befragten geben an, dass es für das MVZ schwierig ist, ausreichend Fachkräfte zu rekrutieren.

Lediglich fünf Prozent stimmen dieser Aussage nicht zu. Auf die Frage, in welchem Fachbereich in ihrem MVZ insbesondere Fachkräfte fehlen, stimmen 66 Prozent der Befragten „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass dies im medizinisch-technischen Dienst der Fall ist.

Etwas weniger als die Hälfte der Befragten nehmen dies für den ärztlichen Dienst an, 42 Prozent für den Funktionsdienst, 31 Prozent für den Verwaltungsdienst und lediglich 14 Prozent für den Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Allerdings ist der Anteil der Befragten, die keine Einschätzung abgegeben haben im letzten Fall mit 47 Prozent besonders hoch (vgl. Abbildung 14). Können die Stellen von ärztlichem Personal nicht nachbesetzt werden, kann dies dazu führen, dass ganze Fachbereiche geschlossen werden.

Abbildung 14: Ausprägung des Fachkräftemangels nach Diensten
(„In meinem MVZ fehlen insbesondere ausreichend qualifizierte Fachkräfte im ...“)



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils $n = 85$)

Der Fachkräftemangel unter Ärzt*innen in MVZ ist weniger gravierend als in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung, was u. a. auf die Attraktivität des Angestelltenstatus durch Abgabe des unternehmerischen Risikos an das MVZ, die Entlastung von Verwaltungsaufgaben oder geregelte Arbeitszeiten zurückzuführen ist (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021).

Befragte und Interviewpartner*innen geben an, dass sich insbesondere die Anwerbung von Medizinischen Fachangestellten schwierig gestaltet. Hinsichtlich der Verwaltung fehlen teilweise Fachkräfte im (Praxis-)Management, der Personalabteilung, der Anmeldung und im Sekretariat.

Eine verstärkte Abwanderung von Fachkräften beobachten 62 Prozent der Befragten in ihrem MVZ. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021) kam für 2017 zu dem Ergebnis, dass die Fluktuation von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei MVZ deutlich höher war als bei vertragsärztlichen Praxen.

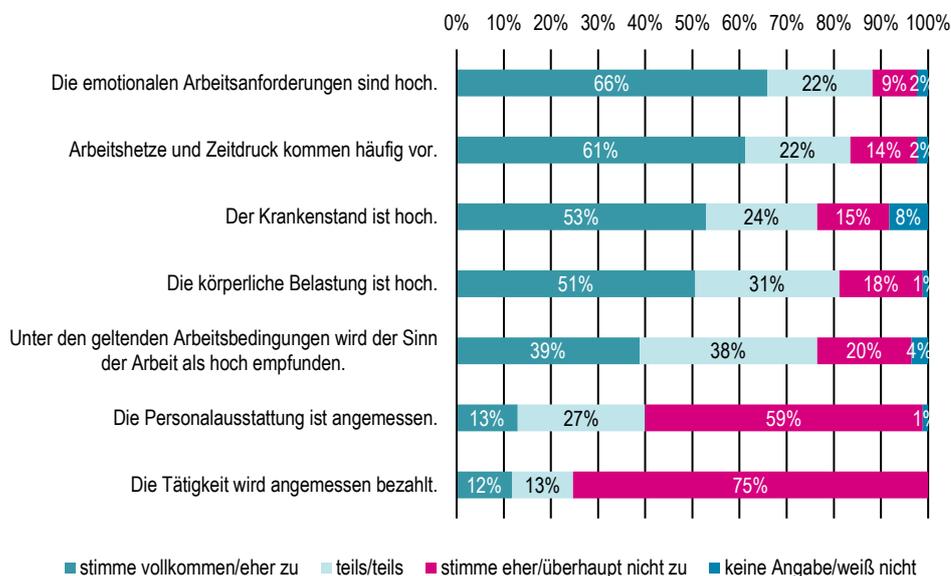
4.2. Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigte

Im Folgenden werden die Bewertungen der Umfrage im Rahmen der Branchenstudie im Hinblick auf Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit, Qualifikation, Aus- und Weiterbildung sowie Tarifabdeckung und Entlohnung dargestellt.

Kein*e Befragte*r schätzt die **Arbeitsbedingungen in MVZ** als „sehr gut“ ein. Etwa ein Viertel bewertete sie als „gut,“ 60 Prozent als „mittel“ und jeweils acht Prozent als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Bemängelt werden u. a. die geringe und nicht immer faire Entlohnung, fehlende Wertschätzung und Interessenvertretung. Betrachtet man die Antworten nach den verschiedenen Berufsgruppen, fällt auf, dass bei den Befragten im Verwaltungsdienst anteilig am wenigsten negative Nennungen erfolgen.

Mehr als 60 Prozent der Befragten stimmen den Aussagen zu, dass die emotionalen Arbeitsanforderungen hoch sind und Arbeitshetze und Zeitdruck häufig vorkommen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten sieht in ihrem MVZ einen hohen Krankenstand und hohe körperlicher Belastung für die Beschäftigten. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten stimmt der Aussage zu, dass unter den geltenden Arbeitsbedingungen der Sinn der Arbeit als hoch empfunden wird. Nur 12 bzw. 13 Prozent der Befragten halten die Personalausstattung bzw. die Bezahlung der Tätigkeit für angemessen (vgl. Abbildung 15).

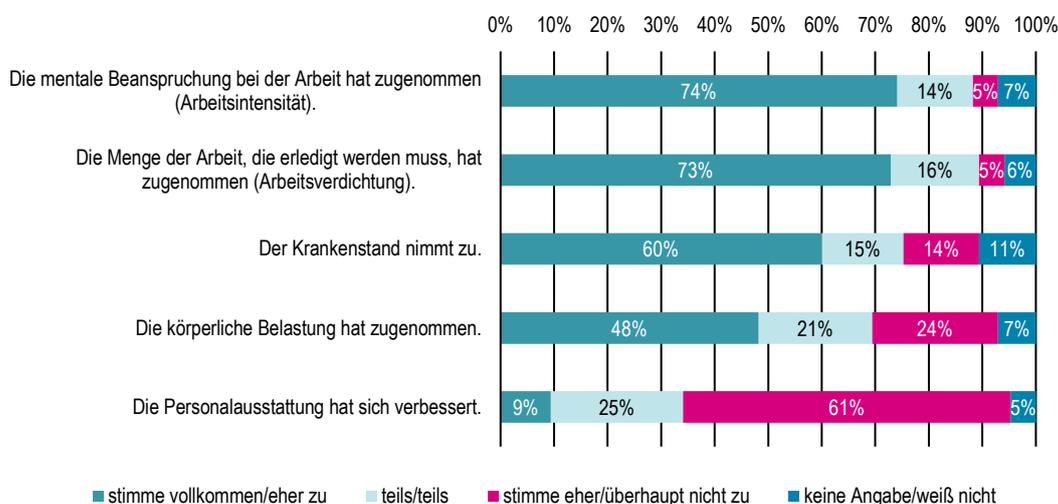
Abbildung 15: Bewertung der Arbeitsbedingungen



Anmerkungen: Antworten der Beschäftigten beziehen sich auf die eigene Tätigkeit bzw. den eigenen Arbeitsplatz; Arbeitnehmervertretungen wurden aufgefordert, das gesamte MVZ in den Blick zu nehmen. Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Fast drei Viertel der Befragten sind der Meinung, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit in den vergangenen fünf Jahren zugenommen hat. Das gleiche gilt für die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss. Einen zunehmenden Krankenstand beobachten 60 Prozent der Befragten. Etwa die Hälfte der Befragten konstatiert eine zunehmende körperliche Belastung. Die Personalausstattung hat sich nur bei wenigen Befragten verbessert (neun Prozent stimmen „eher“ oder „vollkommen“ zu) (vgl. Abbildung 16). Die körperliche Belastung nahm durch die Notwendigkeit, eine Maske zu tragen, insbesondere in den Sommermonaten zu.

Abbildung 16: Bewertung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen



Anmerkungen: Antworten der Beschäftigten beziehen sich auf die eigene Tätigkeit bzw. den eigenen Arbeitsplatz; Arbeitnehmervertretungen wurden aufgefordert, das gesamte MVZ in den Blick zu nehmen.

Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Die Interviewpartner*innen hoben mit Blick auf die Arbeitsbedingungen hervor, dass durch den generellen Mehrbedarf an medizinischer Versorgung mehr Patientenkontakte und Untersuchungen entstehen. Mehr Informationen werden generiert und müssen von den Beschäftigten in der gleichen Zeit verarbeitet werden. Die Anforderungen an die Beschäftigten steigen, eine Leistungsverdichtung findet statt. Belastungen entstehen auch, wenn Beschäftigte aufgrund des Personalmangels in unterschiedlichen Fachbereichen eingesetzt werden. Überforderung ist die Folge, da z. B. besondere Qualifikationen in den einzelnen Fachbereichen vonnöten sind, z. B. um spezielle diagnostische Geräte zu bedienen.

Zusätzlich ist der Trend erkennbar, dass vermehrt Patient*innen mit leichteren Erkrankungen in MVZ erscheinen, die eigentlich keiner ärztlichen Behandlung bedürfen, aber personelle Ressourcen in Anspruch nehmen. Aus den Expert*innen-Interviews im Rahmen dieser Studie hat sich ergeben, dass ein erhöhter Aufwand u. a. auch auf Neuerungen durch Digitalisierung zurückzuführen ist (siehe Kapitel 5).

Hinzu kommt in vielen MVZ ein steigender Verwaltungsaufwand aufgrund von gesetzlichen Anforderungen und eine kontinuierliche Erweiterung des Leistungsspektrums. Arbeitsbedingungen und Anforderungen

an die Beschäftigten verändern sich zudem fortlaufend wegen der Notwendigkeit vermehrt eigene Mittel für Investitionen aufbringen zu müssen. Effizienz gewinnt immer mehr an Bedeutung, die Beschäftigten müssen schneller, länger und intensiver arbeiten.

Zu den allgemeinen Belastungen kamen in der Pandemie zusätzliche hinzu. Emotionale Belastungen haben laut Interviewpartner*innen insbesondere dadurch zugenommen, dass ohnehin schon anspruchsvoller gewordene Patient*innen teilweise aggressiv wurden, da ihnen z.B. die Wartezeiten zu lang waren oder sie die Maske nicht tragen wollten. Zusätzlicher Zeitaufwand und Stress entstand durch die Coronatests und Impfangebote und durch die Aufgabe des Desinfizierens. Die zusätzlichen Aufgaben wurden nicht mit einer entsprechenden Aufstockung der Personalausstattung kompensiert.

In den Laboren hat die Pandemie zu einem stark erhöhten Probenaufkommen und einer entsprechend zunehmenden Arbeitsbelastung geführt. Die Fallzahlen in MVZ anderer Fachrichtungen sind häufig nicht gestiegen bzw. während der Pandemie sogar gesunken, da Patient*innen in dieser Zeit vermieden haben, sich im MVZ medizinisch behandeln zu lassen oder die Zahl der Patienten*innen aus hygienischen Gründen reduziert werden musste. Eine Folge der Pandemie ist so allerdings auch, dass die Behandlung der Patient*innen komplizierter geworden ist, da die Patient*innen sich in fortgeschrittenen Krankheitsstadien befinden.

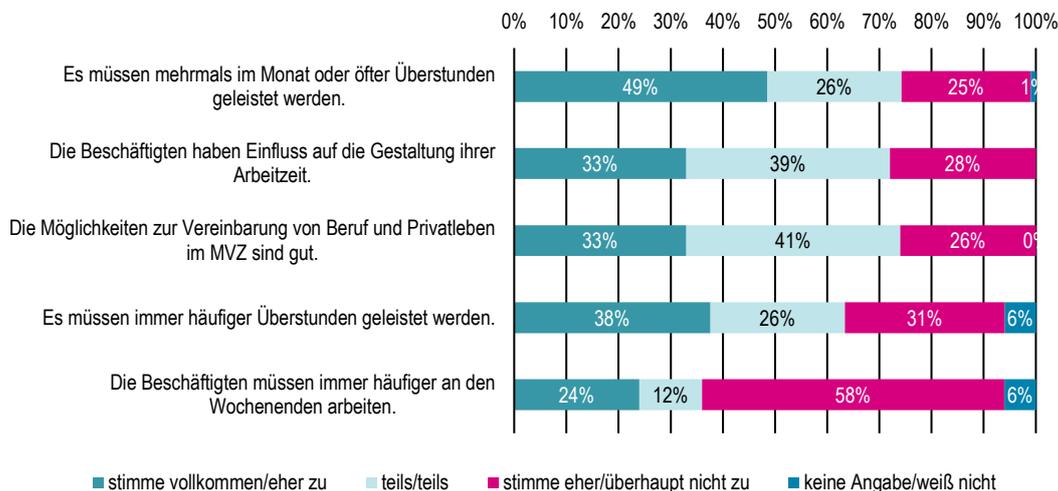
Hinsichtlich der **Arbeitszeit in MVZ** spielt Teilzeit eine große Rolle. Bei 46 Prozent der Befragten hat sich der Anteil der Teilzeitkräfte in den vergangenen fünf Jahren erhöht, bei weiteren 20 Prozent zumindest teilweise. Dem Ärztemonitor für das Jahr 2018 zufolge arbeiteten nur 50 Prozent der in MVZ tätigen Ärzt*innen in Vollzeit, im Gegensatz zu 90 Prozent der in Einzelpraxen tätigen (Heinrich 2018).

Überstunden sind in MVZ weitverbreitet. In Bezug auf die Bewertung der Arbeitszeit geben etwa drei Viertel der Befragten an, dass zumindest in Teilbereichen mehrmals im Monat oder noch öfter Überstunden geleistet werden müssen. Bei 36 Prozent der Befragten entspricht die tatsächliche Wochenarbeitszeit der vertraglich vereinbarten. Bei 42 Prozent liegt sie eine bis fünf Stunden darüber. Zehn Prozent der Befragten leisten sechs bis zehn Stunden pro Woche über die vertraglich vereinbarte Zeit hinaus. In fünf Fällen werden mehr als zehn Überstunden geleistet. Durchschnittlich übersteigt die tatsächliche Wochenarbeitszeit der Befragten die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit um 3,3 Stunden.

Bei 64 Prozent hat die Häufigkeit von Überstunden in den vergangenen fünf Jahren zugenommen. Im Gegensatz dazu steigt die Häufigkeit der Wochenendarbeit in den MVZ der Befragten überwiegend nicht an. 58 Prozent stimmen der Aussage, dass die Beschäftigten immer häufiger

an den Wochenenden arbeiten „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Bewertung der Arbeitszeiten



Anmerkungen: Antworten der Beschäftigten beziehen sich auf die eigene Tätigkeit bzw. den eigenen Arbeitsplatz; Arbeitnehmervertretungen wurden aufgefordert, das gesamte MVZ in den Blick zu nehmen. Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Ein Drittel der Befragten gibt jeweils an, dass die Beschäftigten Einfluss auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit haben und die Möglichkeiten zur Vereinbarung von Beruf und Privatleben im MVZ gut sind. Zwar kommen hier jeweils noch ca. 40 Prozent hinzu, die der Aussage teilweise zustimmen, dennoch erscheint diese Zahl angesichts der Tatsache, dass gerade die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als Motivation für eine Anstellung im MVZ genannt wird, eher gering. Interviewpartner*innen gaben an, dass das ärztliche Fachpersonal schätze, dass sie sich im MVZ ihre Arbeitszeit weitgehend selbst einteilen können.

Das Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 zeigt, dass Medizinstudierenden die Vereinbarkeit von Beruf und Familie besonders wichtig ist und sie ein Angestelltenverhältnis in größeren Strukturen mit flexiblen Arbeitszeitmodellen bevorzugen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019). Eine Anstellung ist für viele Ärzt*innen im ambulanten Sektor deshalb interessant.

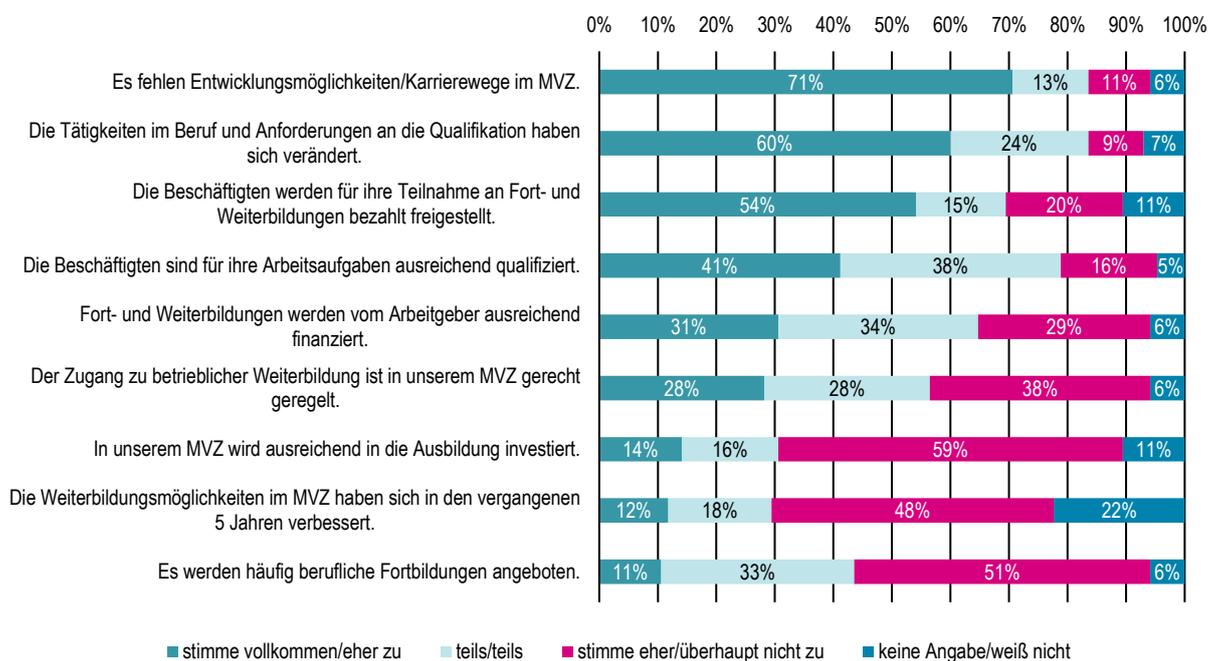
Teilzeitarbeit spielt eine wichtige Rolle (Velling 2019), ebenso die Tatsache, dass am Wochenende nicht gearbeitet werden muss und keine Nachtschichten anfallen. So nennen die im Zi-MVZ-Panel befragten MVZ als Vorzüge zur Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter*innen mehrheitlich gezielte Arbeitszeiten (96 Prozent), regelmäßig freie Wochenenden (93 Prozent) und flexible Arbeitszeitmodelle (80 Prozent).

Nur 18 Prozent bieten allerdings Betreuungsangebote für Kinder und zu pflegende Angehörige im Notfall an (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021). Die Vereinbarung von Privat- und Berufsleben wird von Interviewpartner*innen im Rahmen dieser Studie aber als gut möglich eingeschätzt.

Bei der Einschätzung von **Qualifikation, Aus- und Weiterbildung** wurden die Weiterbildungsmöglichkeiten von 30 Prozent der Befragten „gut“ oder „sehr gut“ eingeschätzt. Die meisten Befragten geben bei ihrer Bewertung „mittelmäßig“ an (42 Prozent). Mehr als ein Viertel der Befragten empfindet sie als „schlecht“ (18 Prozent) und sogar „sehr schlecht“ (9 Prozent). Finden Weiterbildungen statt, dann wird bei mehr als der Hälfte der Befragten die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen bezahlt bzw. Beschäftigte hierfür freigestellt. Der Anteil der Befragten, die der Meinung sind, dass sich die Weiterbildungsmöglichkeiten in den vergangenen Jahren verbessert haben, liegt bei nur 12 Prozent.

70 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass Entwicklungsmöglichkeiten oder Karrierewege im MVZ fehlen (vgl. Abbildung 18). Eine Mehrheit stimmt der Aussage zu, dass sich die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderungen an die Qualifikation verändert haben (60 Prozent). 38 Prozent der Befragten geben an, dass der Zugang zu Weiterbildung in ihrem MVZ nicht gerecht geregelt ist.

Abbildung 18: Einschätzung von Qualifizierung und Weiterbildung



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Im Zi-MVZ-Panel geben die Befragten zu 93 Prozent an, dass Fortbildungsmöglichkeiten zu den Vorzügen zählen, die sie ärztlichen Mitarbeiter*innen anbieten (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2021). Neubauer, Minartz und Niedermeier (2020) sind der Ansicht, dass ein Vorteil von MVZ, die im Verbund arbeiten, ist, dass sie Ärzt*innen bessere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bieten können. Von den Interviewten, die aus MVZ stammen, deren Eigentümer Krankenhäuser sind, wurden Ausbildung und Fort- und Weiterbildung insgesamt als gut bewertet.

Oft können die Angebote des Krankenhauses auch von den Beschäftigten der MVZ genutzt werden. Weiterbildungen gibt es z. B. in der Diabetesberatung oder Praxismanagement. Voraussetzung für die Zustimmung des Arbeitgebers zu einer Weiterbildung ist häufig, dass die Qualifikation im MVZ auch konkret benötigt wird.

Durch Corona wurden vermehrt Fortbildungen online durchgeführt, dies hat sich aber nicht bei allen Themen bewährt, insbesondere dann nicht, wenn innerhalb der Fortbildungen eigentlich praktisch gearbeitet werden muss. Nach Corona werden aber voraussichtlich nicht alle Schulungen wieder in Präsenz stattfinden.

Zwar ist die Zahl der Schüler*innen in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen an Berufsschulen und Berufsfachschulen – beispielsweise in den Berufen Medizinische Fachangestellte (+11 Prozent), Zahnmedizinische Fachangestellte(+5 Prozent), Medizinische-technische Laboratoriumsassistenten (+4 Prozent) und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (+5 Prozent) – zwischen 2013/14 und 2020/21 angestiegen (Statistisches Bundesamt o. J.), es bestehen aber weiterhin Schwierigkeiten für MVZ, Auszubildende zu gewinnen.

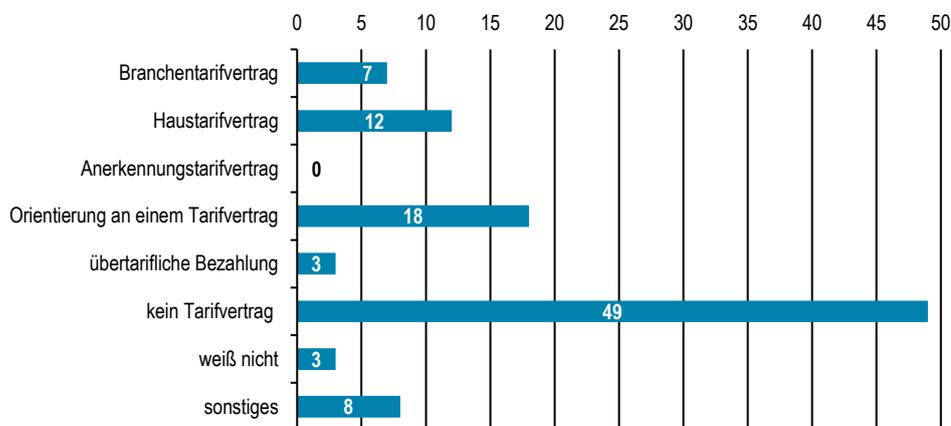
MVZ stehen bei der Rekrutierung von Auszubildenden in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und konkurrieren auch untereinander. Allerdings sind nur 14 Prozent der im Rahmen dieser Studie Befragten der Ansicht, dass in ihrem MVZ ausreichend in die Ausbildung investiert wird. Weitere 16 Prozent stimmen der Aussage teilweise zu. 59 Prozent sind also der Ansicht, dass die Investitionen nicht ausreichen. Auszubildende werden nach Beendigung der Ausbildung teilweise aus Kostengründen nicht übernommen. In anderen MVZ entwickelt sich die Ausbildungsquote im Zeitverlauf, u. a. durch den Einfluss von Betriebsräten hinsichtlich der Übernahme von Auszubildenden und Abschaffung ihrer Probezeit, positiv.

In MVZ gelten überwiegend keine **Tarifverträge**. Selbst wenn das Krankenhaus, in dessen Besitz sich ein MVZ befindet, einem Tarifvertrag unterliegt, gilt dieser zumeist nicht in den MVZ. Die geringere **Entlohnung** führt zu Unmut und teilweise zum Abwandern von Beschäftigten zum Krankenhaus oder in andere Bereiche. Angaben von Interviewpartner*innen zufolge konnte ein erster Erfolg zur Anwendung des Tarifvertrags des öffentlichen Dienstes in den MVZ eines großen kommunalen Krankenhauskonzerns erzielt werden. Überwiegend werden die Beschäftigten in MVZ jedoch unter Tarif bezahlt.

Ärztliches Fachpersonal in MVZ wird selten nach dem Tarifvertrag des Marburger Bundes bezahlt. Teilweise fallen Medizinische Fachangestellte, die in MVZ tätig sind, unter den Bundesmanteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte. Es liegen aber keine Daten vor, wo und wie oft die Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte bzw. Zahnmedizinische Fachangestellte, die zwischen dem Verband medizinischer Fachberufe und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelfer*innen/Medizinischen Fachangestellten bzw. für Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnarzthelfer*innen auf Länderebene abgeschlossen werden, überhaupt angewendet werden.

In den MVZ der Befragten kommen überwiegend keine Tarifverträge zur Anwendung (58 Prozent). In 21 Prozent der MVZ, in denen die Befragten tätig sind, findet eine Orientierung an einem Tarifvertrag statt (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Anwendung von Tarifverträgen



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils $n = 85$)

Die Gehälter unterscheiden sich nicht grundsätzlich in Abhängigkeit von der Trägerschaft des MVZ. Oftmals kommt es auf das individuelle Verhandlungsgeschick der Bewerber*innen und Beschäftigten an, wie sich ihr Einstiegsgehalt und später die Gehaltsentwicklung gestaltet. Teilweise gelten auch ohne Bezug zum Tarifvertrag festgelegte Entgelttabellen oder Betriebsvereinbarungen. Gehalt, Gehaltserhöhungen und tarifliche Regelungen werden deshalb von den Befragten der in Rahmen dieser Studie durchgeführten Umfrage als wichtiges Thema hervorgehoben.

Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels scheinen sich einige Arbeitgeber bewegen zu wollen, sodass künftig Gehaltserhöhungen und Tarifabschlüsse wahrscheinlicher werden. Der Druck nimmt zu, weil inzwischen auch niedergelassene Ärzte medizinische Angestellte nah am Tarifvertrag zahlen. Den Geschäftsführern zweier großer Krankenhauskonzerne zufolge, steigen die Gehälter tendenziell nach der Übernahme eines MVZ durch einen Krankenhauskonzern.

5. Digitalisierungstrends und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten

Das deutsche Gesundheitswesen ist dabei, sich durch Digitalisierung stark zu verändern. Diese Veränderungen betreffen auch die MVZ und die Arbeit der in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer*innen. Kernbestandteil der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs).

Unter digitalen Gesundheitsanwendungen werden Informations- und Kommunikationstechnologien zusammengefasst, die mit dem Ziel der Prävention, der Diagnostik, der Behandlung, der Überwachung und des Managements von Gesundheitsproblemen und zur Überwachung und Steuerung gesundheitsbezogener Lebensgewohnheiten eingesetzt werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021, S. 146). Hierunter fallen neben Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und telemedizinischen Lösungen z. B. auch mobile und Web-Anwendungen (wie Apps) und am Körper getragene elektronische Geräte (sogenannte Wearables).

Die Telematikinfrastruktur stellt als Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur die Grundlage vieler Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen dar. Auch die Digitalisierungsprozesse in MVZ sind in besonderer Weise von der Telematikinfrastruktur beeinflusst. Ziel der Telematikinfrastruktur ist ein sicherer und kompatibler Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Anwendungen, die der Telematikinfrastruktur zugeordnet werden können, sind die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Notfalldatenmanagement (NFDm), die digitale Kommunikation über den Kommunikationsdienst „KIM“ (z. B. elektronischer Arztbrief) und das elektronische Rezept (eRezept).

Die elektronische Patientenakte bündelt alle gesundheitlichen Informationen von zu behandelnden Personen und soll das Einstellen von, die Einsichtnahme in und die Übermittlung von Daten fach-, einrichtungs- und sektorenübergreifend zur Verfügung stellen. Als Inhalte der elektronischen Patientenakte sind ein Notfalldatensatz mit notfallrelevanten Diagnosen, Versorgungsdaten für eine sektoren- und fachübergreifende Patientenversorgung (Anamnese, Befunde, Diagnosen, Behandlungsdaten), Kommunikation und Information (mit oder von dem*der Patient*in) und weitere Angaben (Patientenverfügung, Vorsorgeleistungen) vorgesehen.

Weiterer Bestandteil der Digitalisierung ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie gilt ab dem Jahr 2015 als Krankversicherungsnachweis und soll verschiedene Anwendungen unterstützen (seit 2019), wie z. B. das Notfalldatenmanagement oder den E-Medikationsplan, die direkt

auf der Karte gespeichert werden können. Die Gesundheitskarte verfügt über eine Schnittstelle zur elektronischen Patientenakte.

5.1. Treiber der Digitalisierung

Treiber für Digitalisierungsprozesse in MVZ sind neben erweiterten technischen Möglichkeiten vor allem gesetzliche Vorgaben. Auf die Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen wirken verschiedene gesetzliche Regelungen ein und stellen Anforderungen hinsichtlich der Ausgestaltung von Digitalisierung (SVR 2021, S. 31–35). Bereits im Jahr 2003 wurden z. B. durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte beschlossen. Außerdem wurden verschiedene Akteure im Gesundheitswesen mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur beauftragt.

Um den Aufbau der Telematikinfrastruktur zu beschleunigen, wurde im Jahr 2015 unter anderem das E-Health-Gesetz verabschiedet. Es sieht Fristen für den Anschluss der Leistungsträger an die Telematikinfrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vor. Nachdem die im E-Health-Gesetz festgeschriebenen Fristen nicht eingehalten wurden, gab es im Jahr 2019 weitere gesetzgeberische Schritte, um den Anschluss an die Telematikinfrastruktur und die Einführung von digitalen Anwendungen zu fördern: So wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Krankenkassen verpflichtet, Versicherten ab Januar 2021 eine elektronische Patientenakte anzubieten.

Ferner wurden durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) Krankenversicherungsträger aufgefordert, Regeln für die Verwendung des E-Rezepts zu schaffen. Außerdem setzte das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verpflichtende Fristen für Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (bis Januar 2021) und sah die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz durch die Krankenkassen und weitere Regelungen zum E-Rezept, zur Abrechenbarkeit von telemedizinischen Leistungen und zu Videosprechstunden vor.

Im Jahr 2020 wurden mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) umfassende Regelungen hinsichtlich des Datenschutzes der Anwendungen der Telematikinfrastruktur beschlossen. Im Juni 2021 trat zudem das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, DVPMG) in Kraft. Das Gesetz richtet eine E-Health-Kontaktstelle zur Förderung der Telema-

tikinfrasturktur ein und erweitert außerdem die Funktionen der elektronischen Patientenakte (schrittweise Überführung des Notfalldatensatzes in die Akte, Integration des elektronischen Medikationsplans).

Ein grundsätzlicher Treiber für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist das Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Auf dieses Ziel wurde sich auch häufig bei der Einführung der verschiedenen gesetzlichen Neuregelungen bezogen. Patient*innen sollen im Zuge von Digitalisierung nicht nur von der Telematikinfrastruktur und medizinischen Technologien profitieren, sondern durch digitale Angebote auch örtliche Versorgungsproblematiken überwinden. Im Rahmen von Fernbehandlungsmodellen sollen medizinische Spezialist*innen z. B. bei Beratungen und Behandlungen virtuell hinzugezogen werden, wenn die Patient*innen sie nicht selbst aufsuchen können (Spectaris / Roland Berger / Messe Düsseldorf 2018).

Eine besondere Form dieser hybriden Versorgung schlägt der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (2022) vor: In sogenannten Telemedizinischen Versorgungszentren (TMVZ) sollen ausschließlich telemedizinisch durchführbare Leistungen durch Ärzt*innen für Patient*innen angeboten werden. Ähnlich wie in MVZ sollen in den Telemedizinischen Versorgungszentren mehrere Ärzt*innen als Angestellte oder Vertragsärzt*innen tätig sein.

Der Spitzenverband weist darauf hin, dass die telemedizinischen Versorgungszentren vor allem die Ärzteschaft vor Ort entlasten, da Patient*innen nur bei Bedarf zu einer ambulanten bzw. stationären Behandlung weitergeleitet werden würden. Da Behandlungen ortsunabhängig durchgeführt werden, könnte das Telemedizinische Versorgungszentren für Patient*innen aus ganz Deutschland zur Verfügung stehen. Damit werden nach Aussage des Spitzenverbandes auch die Versorgungsunterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen abgemildert.

Ein weiterer Treiber für die Digitalisierung im Gesundheitswesen sind Kosteneinsparungen, die sich – zumindest aus langfristiger Sicht – durch Effizienzsteigerungen und organisatorischen Optimierungen im Rahmen von Digitalisierungsprozessen ergeben können (Eggers 2019; Spectaris / Roland Berger / Messe Düsseldorf 2018). Kosten sollen z. B. durch eine Automatisierung repetitiver Tätigkeiten, eine schnellere digitale Kommunikation und eine höhere Patientenauslastung reduziert werden.

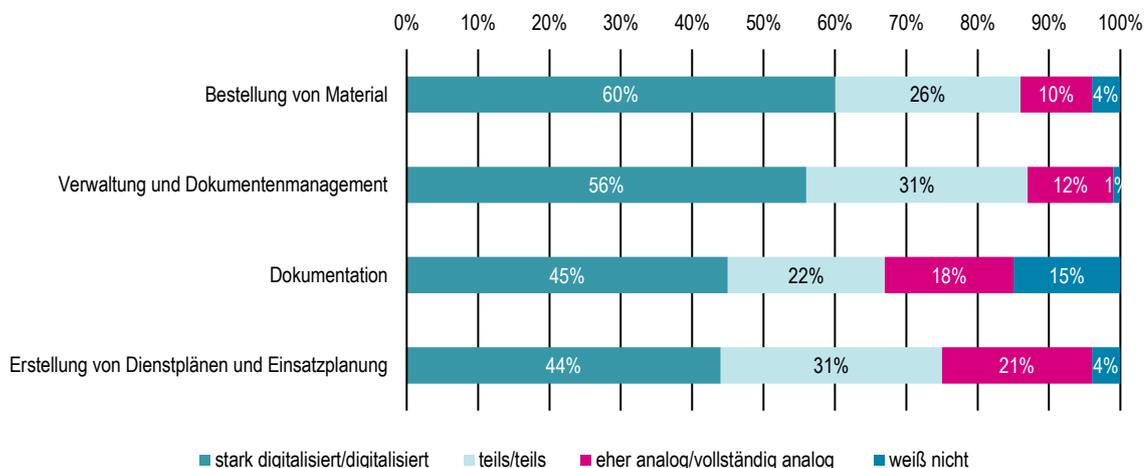
5.2. Stand der Digitalisierung: Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten zu aktuellen Digitalisierungstrends

Im Rahmen der Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten wurden aktuelle Digitalisierungstrends in den MVZ erfasst und die Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung abgefragt. Es zeigt sich, dass der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie in den MVZ Einzug hält und die Befragten auf umfangreiche Folgewirkungen für Beschäftigte verweisen. Feststellbar sind außerdem Unterschiede in den Digitalisierungsbestrebungen verschiedener MVZ, die in Teilen auf die Größe oder die fachliche Spezialisierung zurückgeführt werden können. So sind z. B. MVZ, die an einen Klinikkonzern angebunden sind, häufig in weitreichende Digitalisierungsprozesse eingebunden.

Für die Analyse wurden Digitalisierungstrends thematisch in vier Kategorien eingeteilt. Diese sind Digitalisierung in Hinblick auf a) die digitale Organisation, b) die digitale Kommunikation, c) den Einsatz digitaler Technologie am*an der Patient*in und d) den Einsatz digitaler Technologie bei den Beschäftigten. Da es bei der Digitalisierung fast überall um einen aktuellen und noch nicht abgeschlossenen Prozess handelt, erscheint bei den Ergebnissen nicht nur die Zustimmung zu den Antwortkategorien „digitalisiert/stark digitalisiert“ von Bedeutung, sondern auch die Antwortkategorie „teils/teils“, die auf Einführungen von Prozessen hinweisen kann.

Die Umfrageergebnisse in Hinblick auf die Digitalisierung der Organisation sind in Abbildung 20 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass Formen der digitalen Organisation in den MVZ der Befragten schon häufig Praxis sind.

Abbildung 20: Digitalisierung im Hinblick auf die Organisation (in Prozent)

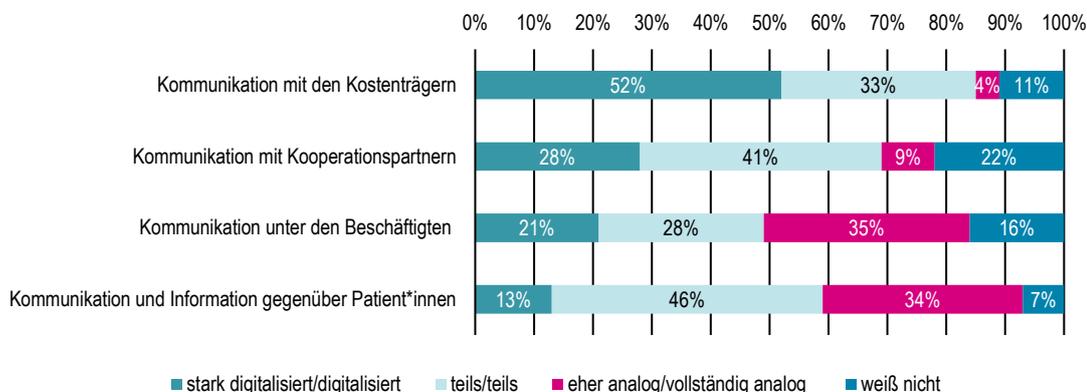


Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils $n = 85$)

So geben 60 Prozent der Antwortenden an, dass die Bestellung von Material „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ ist. 56 Prozent der Befragten antworten, dass die Verwaltung und das Dokumentationsmanagement „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ sind. Die Dokumentation (z. B. digitales Diktat und Spracherkennung) ist in 45 Prozent der MVZ der Antwortenden und die Erstellung von Dienstplänen und Einsatzplanung in 44 Prozent „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“. Werden bei diesen Variablen die Antwortkategorien „teils/teils“ hinzugerechnet, dann ergibt sich (zumindest eine teilweise) Digitalisierung hinsichtlich dieser Variablen der Organisation zwischen 67 und 87 Prozent.

In Hinblick auf Formen der Kommunikation in den MVZ (siehe Abbildung 21) spielt Digitalisierung vor allem bei der Kommunikation mit den Kostenträgern eine Rolle (52 Prozent). Hier sind es vor allem Vorgaben aufseiten der Kostenträger, die die MVZ dazu veranlassen, entsprechende Prozesse zu digitalisieren.

Abbildung 21: Digitalisierung in Hinblick auf die Kommunikation (in Prozent)



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils $n = 85$)

Eine digitalisierte oder stark digitalisierte Kommunikation mit Kooperationspartnern findet bisher nur in 28 Prozent der MVZ der Befragten statt. Allerdings sind die summierten Angaben bei der Berücksichtigung einer wenigstens teilweisen digitalisierten Kommunikation (zusätzlich 41 Prozent) deutlich höher. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Umfrage unter 2.800 vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen im Rahmen des Praxisbarometers Digitalisierung 2021, wo 25 Prozent der Antwortenden angeben, dass die Kommunikation mit anderen Praxen oder ambulanten Einrichtungen wenigstens häufig oder mehr digitalisiert ist (Albrecht/Otten/Sander 2022).

Die Kommunikation unter den Beschäftigten ist zu 21 Prozent „digitalisiert“ oder „stark digitalisiert“. In Hinblick auf die digitale Kommunikation unter den Beschäftigten ist vor allem die Nutzung von E-Mails selbstverständlich. Andere Formen der digitalen Kommunikation (Online-Foren, Blogs, Social-Media-Gruppen) sind als „offizielle“ Kommunikationswege weniger verbreitet. Die Praxis zeigt aber, dass auch ohne offizielle Kommunikationsplattform die Beschäftigten selbst allgemein zugängliche Messenger-Dienste für die berufsrelevante Kommunikation nutzen.

Digitale Formen der Kommunikation und Information gegenüber den Patient*innen sind weniger verbreitet. Nur 13 Prozent der Antwortenden geben an, dass die Kommunikation und Information gegenüber Patient*innen stark digitalisiert/digitalisiert ist. Zusätzlich geben allerdings 46 Prozent an, dass die Kommunikation zumindest teilweise digitalisiert abläuft. Diese Ergebnisse entsprechen ebenfalls denen aus der erwähn-

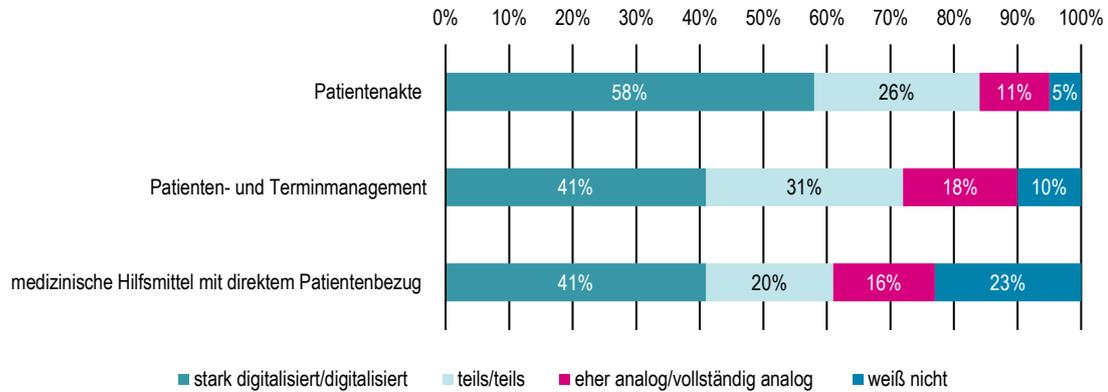
ten Umfrage unter 2.800 Praxen im Rahmen des Praxisbarometers Digitalisierung 2021. Hier geben rund 50 Prozent der Antwortenden an, dass die Kommunikation mit den Patient*innen außerhalb der Praxis mindestens hälftig oder mehr digitalisiert abläuft (Albrecht/Otten/Sander 2022).

Häufig ist die digitale Kommunikation und Information gegenüber den Patient*innen auf ein Informationsangebot zu Leistungen und Ausstattung auf den Webseiten der MVZ und der Möglichkeit der Kommunikation per E-Mail beschränkt. In den Expert*innen-Interviews im Rahmen der Branchenstudie haben die Gesprächspartner*innen darauf hingewiesen, dass Patient*innen alters- oder gesundheitsbedingt nicht immer in der Lage sind, digitale Angebote zu nutzen. Häufig verfügen die Patient*innen auch nicht über die notwendige Kompetenz im Umgang mit digitalen Technologien.

Ein Bereich, der insbesondere durch die Covid-19-Pandemie in MVZ stark ausgebaut wurde, ist die Telemedizin in Form von Videosprechstunden. Ergebnisse der Expert*innen-Interviews weisen allerdings darauf hin, dass die Bedeutung der Videosprechstunden mit Abklingen der Pandemie und der Lockerung der Einschränkungen zurückgegangen ist.

Beim Einsatz digitaler Technologien an Patient*innen zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass die Digitalisierung bereits in vielen MVZ der befragten Einzug gehalten hat (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz von Technologie an den Patient*innen



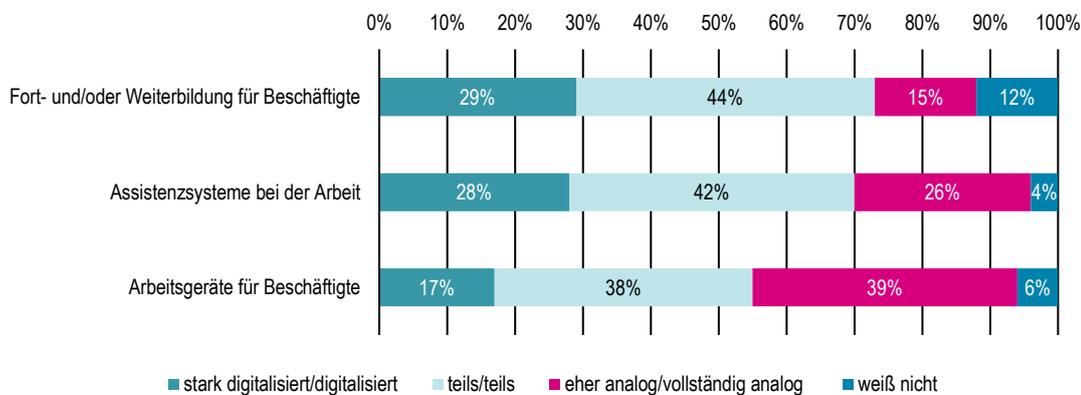
Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

58 Prozent der Befragten geben an, dass in ihren MVZ die Patientenakte zur Verwaltung und Erfassung von Patientendaten „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ wurde. Unter Berücksichtigung der Antwortkategorie „teils/teils“ (26 Prozent) geben insgesamt 84 Prozent der Befragten an, dass die Patientenakte zumindest teilweise digitalisiert ist.

Auch das Patienten- und Terminmanagement ist mit einem Zustimmungswert von 41 Prozent und weiteren 31 Prozent in der Kategorie „teils/teils“ in vielen MVZ ein Gegenstand von Digitalisierung. Medizinische Hilfsmittel mit direktem Patientenbezug spielen durch den hohen Technikeinsatz in der medizinischen Behandlung im Allgemeinen schon seit vielen Jahren eine bedeutende Rolle. So ist es nicht überraschend, dass 41 Prozent der Befragten diesen Bereich als „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ einschätzen. Digitale Systeme kommen z. B. bei der Erfassung des Gesundheitsstatus (Messung von Vital-, Bewegungs- und Kognitionsdaten) zum Einsatz.

Der Einsatz von digitalen Technologien bei den Beschäftigten ist in Abbildung 23 dargestellt. Im Vergleich zu den anderen untersuchten Bereichen ist die Digitalisierung hinsichtlich der Beschäftigten weniger verbreitet.

Abbildung 23: Digitalisierung in Hinblick auf den Einsatz von Technologien bei den Beschäftigten



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Digitale Formen der Fort- und/oder Weiterbildung für Beschäftigte, z. B. in Form von E-Learning, spielen bei 29 Prozent der Befragten eine Rolle. Besonders häufig wird E-Learning angeboten, wenn es sich um regelmäßig stattfindende Pflichtfortbildungen handelt (z. B. zum Arbeitsschutz oder Datenschutz). In Bezug auf Assistenzsysteme bei der Arbeit geben 28 Prozent der Befragten an, dass entsprechende Systeme in digitalisierter oder stark digitalisierter Form vorhanden sind. Die Assistenzsysteme unterstützen z. B. die Dokumentationspflicht oder die Medikamentenverordnung.

Auffällig ist im Hinblick auf den Einsatz digitaler Technologien bei Fort- und/oder Weiterbildung und bei Assistenzsysteme, dass viele Befragte die entsprechenden Bereiche als teilweise digitalisiert wahrnehmen. Werden entsprechende Kategorien zusammengezählt, dann ergibt sich eine teilweise bis starke Digitalisierung von zwischen 70 und 73 Prozent. Arbeitsgeräte für Beschäftigte sind in nur 17 Prozent der Einrichtungen „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ (z. B. Smartphones und Tablettts). In Expert*innen-Interviews wurde angemerkt, dass diese Geräte oft nur Beschäftigten aus dem ärztlichen Bereich zur Verfügung gestellt werden.

5.3. Hemmnisse für die Digitalisierung

Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Umfrage zum Stand der Digitalisierung, dass Digitalisierungsprozesse in fast allen Bereichen der

MVZ Einzug gehalten haben, diese aber noch nicht in allen Bereichen so weit ausgebaut wurden, dass sie von den Befragten als „digitalisiert“ bzw. „stark digitalisiert“ eingeschätzt wurden.

In Anlehnung an entsprechende gesetzliche Forderungen hinsichtlich einer Telematikinfrastruktur betreffen die Digitalisierungsprozesse in den MVZ bisher in erster Linie den Bereich Organisation und Verwaltung. Hiermit verbunden ist die Digitalisierung der Dokumentation und der Kommunikation mit den Kostenträgern, aber auch der Erstellung von Dienst- und Einsatzplänen und des Einkaufs.

Auch in Hinblick auf die Patient*innen haben digitale Technologien Einzug gehalten. Die Patientenakte, das Patienten- und Terminmanagement und medizinische Hilfsmittel mit direkten Patientenbezug sind nach Angaben der Befragten häufig digitalisiert. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Verpflichtungen zur digitalen Patientenakte fällt allerdings auf, dass 26 Prozent der Befragten angeben, dass die Patientenakten (nur) teilweise digital sind, und weitere 11 Prozent antworten, dass die Akten eher analog oder vollständig analog geführt werden.

Die unterschiedliche Umsetzung von Digitalisierungsprozessen kann vor allem auf die Hemmnisse bei der Digitalisierung zurückgeführt werden. Dabei wurden in den Expert*innen-Interviews in erster Linie technische Herausforderungen als Hemmfaktoren genannt. So wurde von den Interviewpartner*innen berichtet, dass die Telematikinfrastruktur sehr störungsanfällig ist. Häufig funktionieren die technischen Geräte für digitale administrative Anwendungen und die Interoperabilität zwischen verschiedenen technischen Systemen nicht einwandfrei. Außerdem ist in einer Reihe von MVZ die verfügbare Internetgeschwindigkeit zu niedrig, um die Telematikinfrastruktur vollständig ausnutzen zu können.

Technische Herausforderungen werden auch in Studien zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen als ausschlaggebender Faktor für den Stand der Digitalisierung genannt: So zeigt die Umfrage im Rahmen des Praxisbarometers Digitalisierung 2021 auf, dass 65 Prozent der befragten Praxen den Umstellungsaufwand, 64 Prozent die Fehleranfälligkeit der IT, 55 Prozent die fehlende Nutzerfreundlichkeit und 51 Prozent eine Sicherheitslücke in der EDV als starkes Hemmnis der Digitalisierung sehen (Albrecht/Otten/Sander 2022).

Von 26 Prozent der Befragten wird eine unzureichende Internetgeschwindigkeit als starkes Hemmnis angegeben. Des Weiteren wird auch ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis als starkes Digitalisierungshemmnis erkannt (65 Prozent). Interessant ist ferner, dass in der Befragung auch angegeben wurde, dass die Fehlerhäufigkeit im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur im Jahresvergleich zugenommen hat: So hat sich zwischen 2020 und 2021 der Praxisanteil mit täglichem Auf-

treten von Fehlern auf 18 Prozent verdoppelt. 32 Prozent der Praxen berichten für das Jahr 2021, dass mindestens wöchentlich Fehler im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur auftreten (2020: 28 Prozent).

Die Autor*innen des Praxisbarometers führen diese Fehler vor allem auf die nicht ausreichend getesteten digitalen Anwendungen zurück, da die Anwendungen häufig unter Zeitdruck durch die forcierte gesetzliche Einführung der Telematikinfrastruktur entwickelt worden sind. Die technischen Herausforderungen haben nach Angaben des Praxisbarometers auch Einfluss auf den Digitalisierungsfortschritt.

So schätzten die Praxen Digitalisierungsprozesse im Jahr 2021 seltener positiv ein und schrieben ihnen weniger Nutzen zu als noch in den Vorjahren. Das trifft insbesondere auch auf die Erwartungen an die elektronische Patientenakte zu. Wenige Befragte versprechen sich von der elektronischen Patientenakte z. B. eine Verbesserung der Diagnose-/Indikatoren- oder Behandlungsqualität (Albrecht/Otten/Sander 2022).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021, S. 19–22) stellt in seinem Gutachten zur Digitalisierung fest, dass die Umsetzung der Telematikinfrastruktur durch einen Mangel an notwendigen technischen Komponenten herausgezögert wird. Vor allem fehlt es durch Lieferengpässe an E-Health-Konnektoren, die alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzen und den systemübergreifenden Austausch von Informationen sicherstellen sollen.

Der Sachverständigenrat verweist außerdem auf die geringe Anzahl von Unternehmen, die die Grundausstattung zur Teilnahme an der Telematikinfrastruktur für die Leistungsanbieter zur Verfügung stellen und schreibt diesen Anbietern eine gewisse Marktmacht zu. Ferner weist er auf eine geringe Internetgeschwindigkeit und Datenübertragungsrate als Hemmnis hin. Außerdem gibt er zu bedenken, dass auch auf Seite der Patient*innen die technische Ausstattung, wie ein Computer oder ein Smartphone, vorhanden sein muss, um entsprechende digitale Lösungen in Anspruch nehmen zu können.

5.4. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten

In der Umfrage unter Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten wurde auch abgefragt, wie sich die Digitalisierungstendenzen auf die Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen auswirken (vgl. Abbildung 24). Insgesamt zeigt die Befragung auf, dass vielfältige negative Veränderungen durch Digitalisierung auf die Beschäftigten wirken, ohne dass bisher Vorteile hinsichtlich der Arbeitsbedingungen durch Digitalisierungsprozesse genutzt werden konnten.

Abbildung 24: Auswirkungen der Digitalisierung auf Beschäftigte



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils n = 85)

Insgesamt ist der Grad der Digitalisierung in verschiedenen Bereichen der MVZ hoch. Andauernde Digitalisierungsbemühungen spiegeln sich in den Zustimmungswerten (stimme voll zu/stimme zu) hinsichtlich einer teilweisen Digitalisierung wider. Daher überrascht es nicht, dass 81 Prozent der befragten Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten davon ausgehen, dass der Anteil von digitalen Arbeitsinhalten zunehmen wird.

71 Prozent der Befragten glauben, dass die Arbeit im Zuge der Digitalisierung komplexer wird. Gleichzeitig meint nur ein kleiner Teil der Befragten, dass es durch Digitalisierung Arbeitserleichterungen geben wird (16 Prozent Zustimmung) oder belastende Tätigkeiten durch Technik ersetzt werden (8 Prozent Zustimmung).

61 Prozent sehen einen steigenden Qualifikationsbedarf für die Beschäftigten, der mit dem zunehmenden Einsatz von digitalen Technologien einhergeht. Unter digitalen Kompetenzen wird häufig das Zusammenspiel zwischen fachspezifischem Wissen und Technikwissen verstanden, dass zur Anwendung von digitalen Technologien bei der Arbeit notwendig ist. Hierunter fallen z. B. grundlegende PC- und IT-Kenntnisse in Hinblick auf Abruf, Speicherung und Analyse digitaler Informationen, Kommunikation in digitalen Umgebungen, Textverarbeitung und andere Inhaltserstellung, aber auch eine sichere Nutzung der digitalen Technik, z. B. in Bezug auf die Einhaltung von Datenschutzregelungen.

Gleichzeitig geben nur 21 Prozent der Befragten an, dass Mitarbeiter*innen durch Qualifizierung an die Veränderung der Digitalisierung herangeführt werden. Die Interviewergebnisse zeigen auf, dass unter Arbeitnehmervertretungen ein breiter Konsens existiert, dass in der Schulung des Personals eine Grundvoraussetzung liegt, um die digitalen Kompetenzen der Mitarbeiter*innen zu stärken. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021, S. 284–285) betont, dass die digitale Gesundheitskompetenz (eHealth literacy) unter Beschäftigten des Gesundheitswesens notwendig ist, um ein digital transformiertes partizipatives Gesundheitssystem zu schaffen und die Versorgung langfristig zu verbessern.

Befürchtet wird von etwas mehr als der Hälfte der Befragten eine Entwertung von Erfahrungswissen: So gehen 56 Prozent der Befragten davon aus, dass Erfahrungswissen durch Digitalisierung verloren gehen wird. Erfahrungswissen kann z. B. durch die Nutzung von digitalen Assistenzprogrammen verloren gehen, da die Programme mitunter vorgangsabhängige Leitfäden und Checklisten vorgeben.

Insgesamt gehen nur 25 Prozent der Befragten davon aus, dass durch Digitalisierung Fehler bei der Arbeit vermieden werden und die Qualität der Arbeitsleistung ansteigen wird. Hieran anknüpfend gehen auch nur 25 Prozent davon aus, dass Digitalisierung zu einer Dequalifizierung von Tätigkeiten geführt hat. Gleichzeitig werden nach Meinung der Befragten die Möglichkeit von Verhaltenskontrollen zunehmen (55 Prozent) und die Autonomie bei der Arbeit eingeengt (45 Prozent). Die Autonomie bei der Arbeit kann u. a. durch die Standardisierung von Arbeitsprozessen eingeschränkt werden. 47 Prozent der Befragten geben an, dass es zu einer Standardisierung von Arbeitsprozessen durch Digitalisierung kommt.

31 Prozent aller Befragten gehen davon aus, dass der persönliche Kontakt zu den Patient*innen durch die Digitalisierung geringer wird. Ein Wegfall von Stellen durch Digitalisierung wird teilweise erwartet: Während 30 Prozent der Befragten die Ansicht vertreten, dass durch Digitalisierung Stellen reduziert werden, erwarten 16 Prozent, dass im Zuge der Digitalisierung neue Stellen geschaffen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschäftigten der Digitalisierung kaum positive Effekte zuschreiben. Arbeitserleichterungen und die Vermeidung von Fehlern bei der Arbeit werden selten als positive Wirkung der Digitalisierungsprozesse erwähnt. Vielmehr zeigt die Umfrage, dass die Beschäftigten eher negative Folgen der Digitalisierung befürchten, wie eine Zunahme der Arbeitskomplexität, die Entwertung von Erfahrungswissen und der Verlust der Arbeitsautonomie. Auch ein Ausweg aus dem Mangel an Fachkräften wird der Digitalisierung nur teilweise zugesprochen: 30 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass Stellen durch Technik substituiert werden können.

Die Expert*innen-Interviews haben ergeben, dass die Herausforderungen für die Beschäftigten hinsichtlich der Digitalisierung vor allem aus den technischen Problemen der Anwendungen resultieren. Die vielen Funktionsfehler der Geräte und Anwendungen führen zu einem erheblichen Mehraufwand für die Beschäftigten und zu Komplexitätssteigerung bei der Arbeit.

Von den Beschäftigten wird darüber hinaus im Zuge der Fehlerbehandlung eine schnelle Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit erwartet, die die Arbeitsbelastung zusätzlich erhöht. Insgesamt zeichnen die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der Branchenstudie ein eher ernüchterndes Bild von den Auswirkungen von Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen in MVZ. Statt zu entlasten, scheint die Belastungen in vielen Bereichen angestiegen. Trotzdem wird der Ansatz, Digitalisierung im Rahmen von Mitbestimmung auszugestalten und zu steuern, bisher selten verfolgt.

Auf Basis der Expert*innen-Interviews und der Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten konnten keine Vereinbarungen oder Absprachen identifiziert werden, die die Beschäftigten in MVZ vor den negativen Folgen der Digitalisierung schützen oder Vorteile, die sich aus der Digitalisierung für die Beschäftigten ergeben können, weiterverfolgen oder ausbauen.

6. Interessenvertretung und Mitbestimmung

6.1. Betriebliche Interessenvertretung und Mitbestimmung

Die Interessenvertretung in MVZ steht vor allem vor Problemen, die sich aus der Ressourcenknappheit in den Einrichtungen ergeben und den Handlungsspielraum für die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen eingrenzen. Hinzu kommen laut den interviewten Arbeitnehmervertreter*innen eine insgesamt geringe Zahl an Interessenvertretungen im Sektor und die fehlende Vernetzung zwischen den bestehenden Interessenvertretungen in den einzelnen MVZ.

In den MVZ der Expert*innen, die im Rahmen dieser Studie interviewt wurden, existieren unterschiedliche Interessenvertretungsstrukturen. In einem Klinikkonzern in privater Trägerschaft existiert im Konzernbetriebsrat ein MVZ-Ausschuss, in dem drei Betriebsräte aus drei MVZ, ein Klinikarzt und ein Beschäftigter der Rettungsstelle zusammenkommen.

Der Ausschuss wird als erster Schritt zur Vernetzung gesehen und hat sich darüber hinaus zur Aufgabe gemacht, die Betriebsratsgründung in weiteren MVZ zu unterstützen. In den MVZ eines anderen Klinikkonzerns in kommunaler Trägerschaft gibt es keine eigenen Betriebsräte. Gemäß §3 BetrVG wurde 2004 angesichts der ersten Welle von Tochtergesellschafts- und MVZ-Gründungen ein Tarifvertrag mit ver.di geschlossen und die Gründung eines unternehmenseinheitlichen Betriebsrates bestimmt, der auch für die Tochtergesellschaften zuständig ist. In dem unternehmenseinheitlichen Betriebsrat sitzen auch Arbeitnehmervertreter*innen aus den MVZ.

Im Expert*innen-Interview wurde allerdings angemerkt, dass es langfristig notwendig sein wird, dort wo es die entsprechenden Voraussetzungen gibt, eigene Betriebsräte zu gründen.

Insgesamt geben 68 Prozent der im Rahmen der Branchenstudie Befragten (n = 85, inklusive der befragten Arbeitnehmervertretungen) an, dass im MVZ ein Betriebsrat, Personalrat oder eine Mitarbeitervertretung vorhanden ist, bei 30 Prozent existiert keine Interessenvertretung (zwei Prozent kreuzten „weiß nicht“ an). Von den 37 Beschäftigten, die in einem MVZ mit Arbeitnehmervertretungen arbeiten, geben etwas mehr als die Hälfte (51 Prozent) an, dass sie sich nicht ausreichend über die Arbeit der Interessenvertretung informiert fühlen.

18 von 21 befragten Mitgliedern der Interessenvertretung geben an, dass es im MVZ mindestens eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung gibt. Häufig genannte Aspekte, die in den Vereinbarungen geregelt werden,

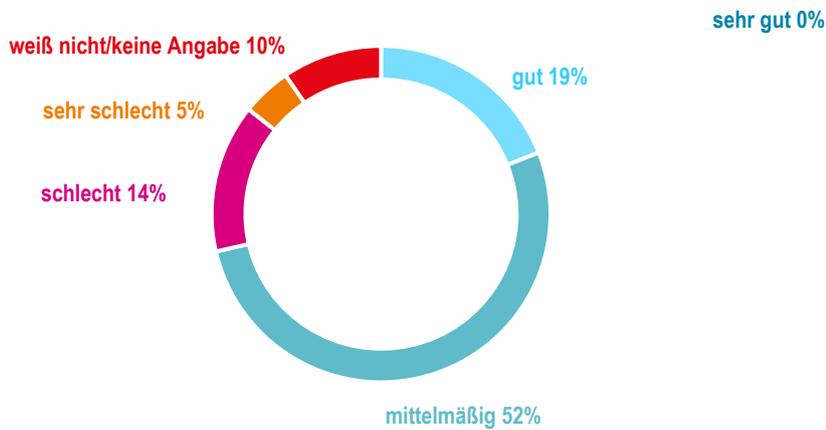
sind Arbeitszeiten und die damit zusammenhängenden Themen Überstunden bzw. Mehrarbeit und (Sonder-)Urlaub. Als weitere Themen von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen werden Entgelt, Jubiläumszahlungen, alternierende Telearbeit/mobiles Arbeiten, Stellenausschreibungen und Auswahlkriterien, Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterwerbung, Auszubildende, Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Sucht, Vereinbarung von Familie und Beruf, Konfliktlösungen, Betreuung von erkrankten Kindern der Beschäftigten und Berufsbekleidung genannt.

Teilweise gibt es in Krankenhauskonzernen Konzernbetriebsvereinbarungen zu übergeordneten Themen wie z. B. IT, Dienstplanung oder CIRS (Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden in Einrichtungen des Gesundheitswesens). Diese gelten zumeist ebenso für die MVZ als Tochtergesellschaften.

Vom besonderen Interesse für die Interessenvertretung sind nach den Umfrageergebnissen die Beachtung der Mitbestimmungsrechte insgesamt, Arbeitszeiten und Dienstplanung, Entgelt, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gefährdungsbeurteilungen. Weitere Aufgabenfelder, die zum Untersuchungszeitpunkt eine Rolle gespielt haben, sind eine sich verändernde Qualifikationsstruktur, die zunehmende Konzentration auf ambulante Behandlungen und die damit verbundenen Veränderungen der Arbeitsabläufe in MVZ, der Fachkräftemangel und die geringen Mittel, um Fachkräfte selbst auszubilden, und die fehlenden Rückstellungen, um Beschäftigte für zukünftige Aufgaben zu qualifizieren.

Die Mitglieder der Arbeitnehmervvertretungen geben überwiegend (52 Prozent) an, dass die Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervvertreter*innen „mittelmäßig“ ist. Nur 19 Prozent halten sie für „gut“, niemand gibt „sehr gut“ an (vgl. Abbildung 25).

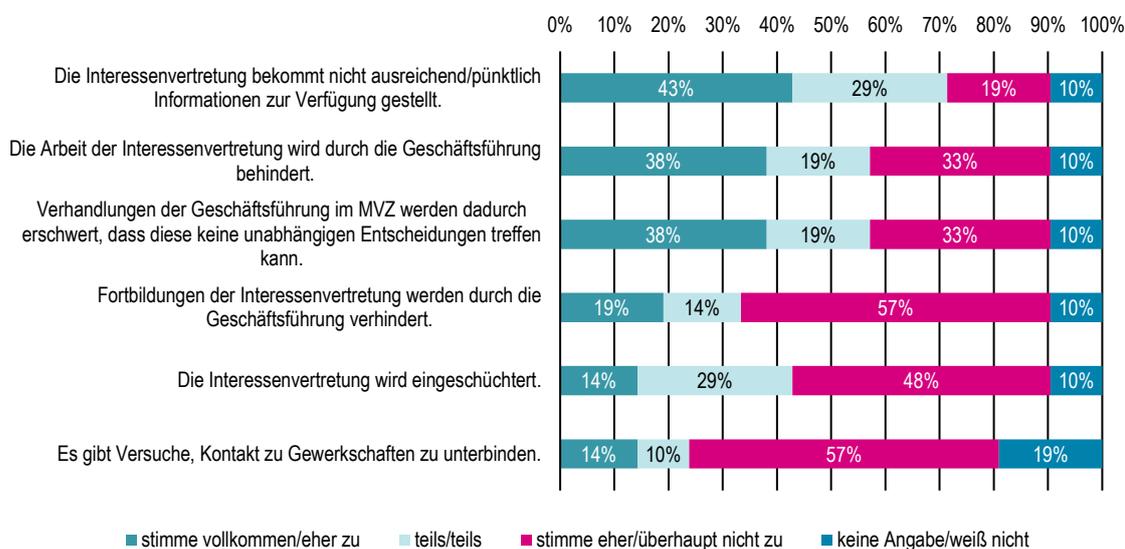
Abbildung 25: Bewertung der Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertreter*innen durch die Arbeitgeberin im MVZ



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ ($n = 21$, befragte Arbeitnehmervertreter*innen)

Fast drei Viertel der Befragten geben an, dass die Interessenvertretung zumindest teilweise nicht ausreichend oder pünktlich Informationen durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt bekommt. Mehr als die Hälfte ist der Ansicht, dass mindestens teilweise die Arbeit der Interessenvertretung durch die Geschäftsführung behindert wird. Ein Drittel der Befragten gibt an, dass Fortbildungen der Interessenvertretung durch die Geschäftsführung verhindert werden. 43 Prozent der befragten Interessenvertreter*innen fühlen sich eingeschüchtert. Allerdings gibt es bei der Mehrheit der Befragten (57 Prozent) keine Versuche der Geschäftsführung, den Kontakt zu Gewerkschaften zu unterbinden (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Bewertung der Interessenvertretung



Quelle: eigene Umfrage unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in MVZ (jeweils $n = 21$, befragte Arbeitnehmervertreter*innen)

Ferner werden Verhandlungen mit der Geschäftsführung im MVZ dadurch erschwert, dass diese in größeren Unternehmen keine unabhängigen Entscheidungen treffen kann. Selbst wenn die Kommunikation mit der örtlichen Geschäftsführung positiv eingeschätzt wird, kann häufig wenig Einfluss auf höhere Ebenen des Unternehmens und insbesondere die Konzernebene genommen werden. Entscheidungen zu Anfragen der Arbeitnehmervertretung können in diesen Fällen selten im MVZ getroffen werden. Häufige Wechsel in der Geschäftsführung erschweren die Mitbestimmung zusätzlich.

Bobsin (2021b) geht davon aus, dass betriebliche Mitbestimmung häufig verhindert oder behindert wird, wenn Konzerne gebildet oder vergrößert werden und gleichzeitig Kostensenkungsmaßnahmen und/oder Maßnahmen zur Einnahmenerhöhung durchgeführt werden. Die Verantwortlichen scheinen hier der Ansicht zu sein, dass Maßnahmen ohne Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Vertreter*innen einfacher durchzusetzen sind.

Diese Befürchtung äußern auch Befragte im Rahmen der Branchenstudie und geben an, dass für sie als Arbeitnehmervertretung die größten Herausforderungen für die betriebliche und überbetriebliche Mitbestimmung daraus resultieren, dass die Arbeit der Arbeitnehmervertretungen zunehmend durch erweiterte Konzernstrukturen erschwert wird.

Wichtige Herausforderungen für die Arbeit der Arbeitnehmervvertretungen sind eine leistungsgerechte Entlohnung, Sicherung der Arbeitsplätze, Personalgewinnung und Arbeitsentlastung. Zudem sind die Gründung weiterer Betriebsräte oder Arbeitnehmervvertretungen und das Fortbestehen, die Arbeitsfähigkeit und Kontinuität der bereits existierenden Vertretungsstrukturen von großer Bedeutung. Dies hängt neben der Akzeptanz durch die Geschäftsführung auch davon ab, inwieweit Beschäftigte für die Arbeit der Arbeitnehmervvertretung interessiert werden können und Nachwuchs für den Betriebs- bzw. Personalrat oder die Mitarbeitervertretung gewonnen werden kann.

6.2. Verbandliche Interessenvertretung und Positionen

Auf gewerkschaftlicher Ebene gelten die MVZ als eher schwach organisiert. Dies ist u. a. auf die Struktur der Unternehmen mit häufig kleinen Betrieben zurückzuführen. Die Quote von engagierten Gewerkschaftsmitgliedern ist gering. Hinderlich wirkt sich nach Aussage von Interviewpartner*innen auch aus, dass die Mitgliedsbeiträge für die Gewerkschaften manchen Beschäftigten angesichts des geringen Einkommens zu hoch erscheinen.

Das ärztliche Personal gilt im Allgemeinen als schwer für die kollektive Interessenvertretung zu interessieren und zeigt nach Aussagen der Interviewpartner*innen z. B. nur wenig Interesse an einer einheitlichen Entgeltabelle.

Die vom Verband medizinischer Fachberufe abgeschlossenen Tarifverträge für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte mögen zwar, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, teilweise in MVZ zur Anwendung kommen, der Verband nimmt aber keinen direkten Bezug auf die Angestellten in MVZ und ihre Arbeitsbedingungen.

Angesichts einer zunehmenden Zahl von im ambulanten Sektor tätigen angestellten Ärzt*innen positionierte sich der Marburger Bund im Jahr 2017 als Interessenvertretung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzt*innen, indem er sich der berufspolitischen Wahrung ihrer Belange und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen verschrieb (Marburger Bund 2017). Dies geschah auch angesichts der Tatsache, dass in den Kassenärztlichen Vereinigungen traditionell niedergelassene, also selbstständige Ärzt*innen im Vordergrund stehen.

Vor dem Hintergrund fehlender Tarifverträge und daraus resultierender individueller Vertragsverhandlungen angestellter Ärzt*innen im ambulanten Sektor spielt bei der Mitgliederbetreuung insbesondere die rechtliche Beratung eine Rolle. Der Marburger Bund stellt z. B. Musterverträge und

Checklisten für Vertragsverhandlungen für Ärzt*innen in MVZ zur Verfügung (Marburger Bund 2018).

ver.di strebt dagegen eine übergreifende Vertretung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen an und hat sich zum Ziel gesetzt, die Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten in MVZ zu verbessern. Allerdings finden auch die von ver.di mit Trägern von MVZ geschlossenen Tarifverträge (einschließlich privater, öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser) noch selten Anwendung in MVZ. ver.di verfolgt daher insbesondere die Zielsetzung, die Arbeit in MVZ sichtbar zu machen und den Handlungsbedarf aufzuzeigen, um die Arbeitssituation zu verbessern. Darüber hinaus setzt sich ver.di für eine Regulierung des Engagements von Private-Equity-Unternehmen durch den Gesetzgeber ein.

Besondere Berücksichtigung finden Belange von MVZ z. B. auch beim Interessenverband der akkreditierten medizinischen Labore in Deutschland, kurz ALM. Er wurde 2013 gegründet und vertritt 200 medizinische Labore mit 900 Fachärzt*innen aus den diagnostischen Fächern und ca. 28.000 Mitarbeitenden in MVZ und anderen Praxisformen in der ambulanten und auch der labormedizinischen Versorgung. Hinzu kommen 18 Fördermitglieder.

Der Verband sieht MVZ bei den fachärztlichen Laboren als einen „Garant für Qualität und Sicherheit der Versorgung“ (ALM 2021) und weist darauf hin, dass Bedenken hinsichtlich einer Ökonomisierung der Medizin und damit verbundenen Qualitätseinbußen unbegründet seien (ALM 2018). Der erste Vorstandsvorsitzende von ALM, Michael Müller, hob in einem im Rahmen dieser Studie geführten Interview hervor, dass es sich bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch MVZ, nicht um einen „Markt“ handelt. Bei der strukturellen Organisation der medizinischen Versorgung der Bevölkerung geht es vielmehr darum, auf der Grundlage des Sozialrechtes die für die Erfüllung notwendige Infrastruktur zu gestalten, zu erhalten und weiterzuentwickeln. MVZ tragen nach seiner Auffassung dazu wesentlich bei.

Auf Arbeitgeberseite ist die Interessenvertretung fragmentiert. MVZ sind nicht in einem einzigen Arbeitgeberverband organisiert. Dies ist nicht zuletzt auf die Tatsache zurückzuführen, dass MVZ nicht im eigentlichen Sinn eine eigene, klar abzugrenzende Branche darstellen. Verschiedene Verbände vertreten Teilgruppen von MVZ. Häufig orientiert sich ihre Gliederung an bestimmte Trägergruppen oder Fachbereiche.

Der im September 2018 gegründete Bundesverband für nachhaltige Zahnheilkunde (BNZK) vertritt die Interessen von zahnärztlichen MVZ. Er sieht die Zahnmedizin und ihre Strukturen angesichts wachsender Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen, des Wunsches nach flexiblen Arbeitszeiten im Sinne der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie des demografischen Wandels vor einem Umbruch und sieht eine

Lösung in der Gründung von zahnmedizinischen MVZ und Praxisverbänden. So soll auch die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum sichergestellt werden können. Der Verband spricht sich für einen Qualitätswettbewerb zwischen allen Organisationsformen der Zahnmedizin aus (BNZK o. J.).

Zudem vertritt der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ) als gemeinnütziger Verein die Interessen von MVZ. Auf der Homepage des Verbandes werden 56 Fördermitglieder und 232 ordentliche Mitglieder gelistet (BMVZ o. J. a). Ziel des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren ist die Förderung von ambulanten kooperativen Versorgungsstrukturen und der ihnen entgegengebrachten Akzeptanz unter Berücksichtigung der Perspektiven der Träger, Ärzt*innen und Patient*innen. Der Verband versteht sich als Netzwerk und Plattform, das dem Informationsaustausch, praxisnahen Erfahrungstransfer und der Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen dient (BMVZ o. J. b).

In der Debatte um Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung spricht sich der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren für Regelungen zur Verhinderung von Marktkonzentrationen, für eine Verbesserung der Transparenz durch Nutzung des im Rahmen des 2017 verabschiedeten Geldwäschegesetzes geschaffenen Transparenzregisters für Unternehmen und für eine Evaluierung der Versorgungsqualität aus (BMVZ 2020).

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) vertritt die Interessen der Unternehmensgruppen mit Beteiligungskapital (alanta health group, Artemis Augenklinik, blick-Gruppe, CORIUS Gruppe, Dr. med. Kielstein Ambulante Medizinische Versorgung, KINIOS, Medcover, Meine Radiologie Holding, NEXTCLINICS, Ober Scharrer Gruppe, Ortheum Gruppe, RAD-x, RH Diagnostik und Therapie, Sanoptis, Smile Eyes), die bundesweit knapp 450 MVZ und Zweigpraxen in über 236 Städten und Gemeinden betreiben (BBMV o. J. a). Der Verband setzt sich „für eine breite Trägervielfalt und die bestmögliche Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im ambulanten Gesundheitssektor ein“ (BBMV o. J. b).

Dagegen vertreten die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen samt ihren regionalen Vereinigungen die Interessen von freiberuflichen, in Praxen und MVZ ambulant tätigen (Zahn-)Ärzt*innen und stehen MVZ in Investorenhand eher kritisch gegenüber (vgl. Haaß et al. 2020; Sodan 2020; Tisch/Nolting 2022) (vgl. Kapitel 3.1).

7. Ergebnisse und Ausblick

Die vorliegende Branchenstudie hat die Strukturen und wirtschaftliche Entwicklung der MVZ, ihre gesetzliche Rahmenbedingungen, die Auswirkungen auf Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsbedingungen und die Einflussnahme der Mitbestimmung untersucht. Weiterer Untersuchungsgegenstand war die Umsetzung von Digitalisierungsprozessen und die Auswirkungen auf die Beschäftigten in der Branche.

Die Branchenstudie zeigt deutlich den Anpassungs- und Veränderungsdruck auf, unter welchen MVZ und die in ihnen tätigen Beschäftigten stehen. Dieser resultiert insbesondere aus einem zunehmenden Kostendruck und Effizienzsteigerungen. Im Folgenden werden Ergebnisse für die Arbeit und Beschäftigung in MVZ zusammengefasst, die sich in einzelnen Untersuchungsbereichen der Branchenstudie ergeben.

Die Anzahl und das Beschäftigungsvolumen von MVZ nehmen zu

Die Rangfolge „ambulant vor stationär“ ist ein wichtiger Grundsatz der deutschen Gesundheitspolitik. Durch dieses Prioritätsprinzip sollen – bei Sicherung der Versorgungsqualität – vor allem die Ausgaben im Gesundheitswesen begrenzt werden. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an ambulanten Gesundheitsleistungen gewinnt die medizinische Versorgung in MVZ zunehmend an Bedeutung. Seit der Einführung von MVZ im Jahr 2004 nimmt die Anzahl von MVZ fortlaufend zu. Ende des Jahres 2020 waren es 3.846 (2004: 70).

Auch die Zahl der beschäftigten Ärzt*innen verzeichnet in Vergleich zu anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung einen überproportionalen Zuwachs. Zum Stichtag 31. Dezember 2020 waren insgesamt 23.640 Ärzt*innen in MVZ beschäftigt (2004: 251). Der Anteil von Ärzt*innen in MVZ ist unter Chirurg*innen und Orthopäd*innen, (Fach-) Internist*innen und Radiolog*innen besonders hoch. Neben dem ärztlichen Fachpersonal sind Beschäftigte in den Bereichen medizinisch-technischer Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und Verwaltungsdienst in MVZ tätig.

Obwohl keine statistischen Angaben zur Anzahl der restlichen Beschäftigungsgruppen in MVZ existieren, weisen die Ergebnisse der Analyse im Rahmen der Branchenstudie darauf hin, dass in MVZ die Anzahl der Beschäftigten im Zeitverlauf angestiegen oder zumindest gleichgeblieben ist. Zudem geben viele der im Rahmen dieser Studie Befragten an, dass es für das MVZ schwierig ist, ausreichend Fachkräfte zu finden. Der Fachkräftemangel trifft insbesondere den medizinisch-technischen Dienst. Die Anwerbung von Medizinischen Fachangestellten ist schwierig, der Fachkräftemangel wirkt sich aber auch auf die Rekrutierung von Ärzt*innen aus.

MVZ sind Gegenstand häufiger gesetzlicher Veränderungen

Durch die im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) neu geschaffene Organisations- und Funktionsform der MVZ sollte eine Reihe von Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland angegangen werden. Vor allem sollte durch die Gründung von MVZ auf eine verbesserte Kooperation im Gesundheitswesen – zwischen unterschiedlichen ärztlichen Fachgebieten, aber auch hinsichtlich nichtärztlicher Berufsgruppen – und eine umfassende und verbesserte Betreuung von Patient*innen durch ein großes und aufeinander abgestimmtes Leistungsspektrum hingewirkt werden.

Tatsächlich zeigt auch die Befragung im Rahmen der Branchenstudie, dass Kooperationen für MVZ von Bedeutung sind und die Kooperationsintensität insgesamt zunimmt. Dies betrifft vor allem niedergelassene Ärzt*innen, Pflegeheime, Sanitätshäuser und Apotheken. Die Branchenstudie zeigt anhand der Entwicklung des gesetzlichen Rahmens für MVZ jedoch auch auf, dass eine Vielzahl von gesetzlichen Neuregelungen im Zeitverlauf für nötig befunden wurde, um MVZ an politische oder gesundheitsökonomische Zielvorstellungen anzupassen. Ansatzpunkte für Veränderungen lagen in der Berechtigung zur Gründung von MVZ, die Rechtsform, der Zulassung, den Anforderungen an die ärztliche Leitung oder Aspekten der fachlichen Ausrichtung.

Auslöser für (einschränkende) gesetzliche Regelungen war dabei oft die Sorge, dass medizinische Entscheidungen in MVZ von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten. So sollten z. B. durch die Einschränkung des Kreises der Gründungsberechtigten die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden und marktbeherrschende Stellungen vermieden werden.

Auch die Eingrenzung der Rechtsformen sollte MVZ in Besitz von Investoren vermeiden und dem Schutz der ärztlichen Behandlungstätigkeit in MVZ vor sachfremden Einflüssen dienen. Therapie- und Weisungsfreiheit sollten zudem durch die Vorgabe, dass die ärztliche Leitung des MVZ als angestellte*r Arzt*in oder als Vertragsarzt*in im MVZ tätig sein muss, gewährleistet werden.

Krankenhäuser gewinnen als Träger von MVZ an Bedeutung

Die Motive für die Gründung von MVZ sind vielfältig. Eine Rolle spielen die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt*innen, Schaffung eines breiteren Leistungsangebotes und einer besseren fachlichen Kooperation, die Nutzung von Synergieeffekten und Kostenvorteilen durch Mengeneffekte, und der Erhalt und Ausbau der Marktposition. Krankenhäuser und Vertragsärzt*innen sind wichtige Träger von MVZ.

Dabei ist festzustellen, dass die Zuwachsrate von MVZ mit einem Krankenhaus als Träger im Zeitverlauf am höchsten ist. Sie ist seit 2010

um 167 Prozent angestiegen. Für Krankenhäuser bieten MVZ einen Zugang zur ambulanten Versorgung. Zudem sind die Verbesserung der Wettbewerbssituation und der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses selbst, die Generierung automatischer oder zusätzlicher Einweisungen durch das eigene MVZ, die langfristige Sicherung des Krankenhausstandorts und die Stärkung der Patientenbindung von Bedeutung.

Die Rolle von MVZ in der medizinischen Versorgung und der Einfluss von Finanzinvestoren wird kritisch gesehen

Die Auswirkungen von MVZ auf die Patientenversorgung sind nicht eindeutig geklärt. Teilweise werden Befürchtungen geäußert, dass oligopolartige MVZ-Strukturen hinsichtlich einzelner Arztgruppen oder Spezialisierungen (z. B. Labor, Röntgen, Nephrologie, Augenheilkunde) entstehen und diese die Wahlfreiheit der Patient*innen einschränken. Ohne Frage finden Konzentrationsprozesse in der ambulanten medizinischen Versorgung seit Längerem statt.

Zudem kaufen Finanzinvestoren – teilweise über verschachtelte Tochtergesellschaften – Krankenhäuser auf und beteiligen sich so an MVZ oder gründen diese neu. Die Aussagen der Studien und Gutachten hinsichtlich der Auswirkungen der Beteiligung von Finanzinvestoren an MVZ unterscheiden sich, häufig im Zusammenhang mit dem*der jeweiligen Auftraggeber*in der Untersuchung, erheblich voneinander.

Deutlich wird jedoch, dass insbesondere die Strategien der Private-Equity-Gesellschaften auf einen profitablen Weiterverkauf der MVZ nach relativ kurzer Haltedauer von vier bis fünf Jahren ausgelegt ist. Ein Interesse an dem langfristigen Betrieb der MVZ existiert demnach nicht. Die Strategie ist verbunden mit umfassenden Maßnahmen zur Kostensenkung und Erhöhung der Einnahmen und einer Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen.

Kostenreduzierung und Effizienzsteigerungen spielen eine wachsende Rolle

Zwar sollte bei der medizinischen Versorgung in MVZ der Versorgungsbeitrag im Vordergrund stehen, dennoch zeigt die Branchenstudie, dass wirtschaftliche Faktoren eine ausschlaggebende Rolle hinsichtlich der Strategien und den Geschäftsmodellen der MVZ spielen. Die Steigerung der Effizienz und die Reduzierung von Kosten wird dabei von den Geschäftsführungen aller im Rahmen der Studie untersuchten MVZ, unabhängig von der Trägerschaft, verfolgt.

Die Gewinnerzielung gewinnt im Zeitverlauf an Bedeutung und der wirtschaftliche Druck macht sich zunehmend bei den Beschäftigten bemerkbar. Die wirtschaftliche Entwicklung von MVZ wird insgesamt als positiv eingeschätzt, und die Gewinne sind in den vergangenen Jahren tendenziell angestiegen.

Kostendruck wirkt sich negativ auf Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in MVZ aus: Wachsende Belastung und Arbeitsverdichtung

Der Posten der Personalkosten spielt in den personalintensiven MVZ eine große Rolle. Der starke Kostendruck wirkt sich deshalb direkt auf die Vergütung der Beschäftigten aus. In den MVZ der Befragten im Rahmen der Branchenstudie kommen überwiegend keine Tarifverträge zur Anwendung und die Beschäftigten werden unter Tarif bezahlt. Oftmals kommt es auf das individuelle Verhandlungsgeschick der Bewerber*innen und Beschäftigten an, wie sich ihr Einstiegsgehalt und später die Gehaltsentwicklung gestaltet. Nur wenige Befragte halten die Vergütung für angemessen.

Darüber hinaus belegt die Befragung hohe emotionale Arbeitsanforderungen bei der Arbeit in MVZ und einen zunehmenden Zeitdruck, der sich in gehetztem Arbeiten niederschlägt. Hinzu kommt die hohe körperliche Belastung bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Der Krankenstand unter den Beschäftigten wird von den Befragten als hoch eingeschätzt. Zudem hat die mentale und körperliche Beanspruchung bei der Arbeit in den vergangenen fünf Jahren zugenommen.

Das gleiche gilt für die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss. Die Mehrbelastung ist neben Effizienzsteigerungen und Gewinnbestrebungen einem Mehrbedarf an medizinischer Versorgung, einer Zunahme der Zahl der Patientenkontakt und Untersuchungen, einen steigenden Verwaltungsaufwand und der kontinuierlichen Erweiterung des Leistungsspektrums geschuldet, dem kein Personalaufwuchs gegenübersteht.

Insgesamt ergibt sich eine erkennbare Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten und eine Zunahme der Arbeitsintensität. Hinzu kommt, dass häufig Überstunden geleistet werden müssen und der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, zum Teil trotz Teilzeitarbeit, nicht erfüllt wird.

Anzumerken ist jedoch, dass in den Expert*innen-Interviews auch darauf hingewiesen wurde, dass angestellte Ärzt*innen mitunter von den Arbeitsbedingungen in MVZ profitieren. In MVZ arbeiten hauptsächlich (zu 93 Prozent) angestellte Ärzt*innen. Der Anteil von MVZ, in denen nur angestellte Ärzt*innen tätig waren ist von 27 Prozent im Jahr 2004 auf 81 Prozent im Jahr 2020 angestiegen. Für Ärzt*innen ergeben sich im Vergleich zu einer Freiberuflichkeit bei Anstellung in MVZ eine Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten, die Abgabe des unternehmerischen Risikos an das MVZ, eine flexiblere Arbeitseinteilung und geregeltere Arbeitszeiten.

Fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege für die Beschäftigten in MVZ

Grundsätzlich wird angenommen, dass MVZ – insbesondere diejenigen, die im Verbund arbeiten – Ärzt*innen bessere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bieten können. In den für MVZ relevanten Berufen im medizinisch-technischen Bereich haben die Auszubildendenzahlen in den letzten Jahren tendenziell zugenommen. Die Branchenstudie zeigt jedoch auf, dass in MVZ dennoch oft nicht genug in Aus-, Fort- und Weiterbildung investiert wird.

Die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderungen an die Qualifikation haben sich nach Ansicht der Befragten im Rahmen der Branchenstudie verändert und häufig erweitert, ohne dass alle MVZ mit Fort- und Weiterbildungen auf die Veränderungsprozesse reagiert haben. Viele Befragte bewerten die Weiterbildungsmöglichkeiten MVZ mit „mittelmäßig“. Mehr als ein Viertel der Befragten empfinden sie als „schlecht“ und sogar „sehr schlecht“. 70 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass Entwicklungsmöglichkeiten oder Karrierewege im MVZ fehlen.

Darüber hinaus ist der Zugang zu Schulungen nach Angaben der in der Branchestudie Befragten nicht gerecht gestaltet. Es ist vielfach eine verstärkte Abwanderung von Fachkräften in MVZ zu beobachten. Die hohe Fluktuation ist einerseits Resultat der geringen Vergütung, andererseits wird sie auch durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierechancen in MVZ verstärkt.

Beschäftigte schreiben der Digitalisierung kaum positive Effekte zu Digitalisierung bzw. digitale Gesundheitsanwendungen, wie z. B. Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und telemedizinischen Lösungen, verändern die Arbeit der in MVZ-Beschäftigten. Treiber für Digitalisierungsprozesse in MVZ sind neben erweiterten technischen Möglichkeiten vor allem gesetzliche Vorgaben und das damit verbundene Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung.

Digitalisierungsprozesse in den MVZ betreffen bisher in erster Linie den Bereich Organisation und Verwaltung. Hiermit verbunden ist die Digitalisierung der Dokumentation und der Kommunikation mit den Kostenträgern, aber auch der Erstellung von Dienst- und Einsatzplänen und des Einkaufs.

Auch in Hinblick auf die Patient*innen haben digitale Technologien Einzug gehalten. Patientenakte, Patienten- und Terminmanagement und medizinische Hilfsmittel mit direktem Patientenbezug sind nach Angaben der Befragten häufig digitalisiert.

Es ist festzustellen, dass die Beschäftigten der Digitalisierung kaum positive Effekte zuschreiben. Arbeiterleichterungen und die Vermeidung von Fehlern bei der Arbeit werden selten als positive Wirkung der Digitalisierungsprozesse genannt. Vielmehr zeigt die Umfrage im Rahmen der

Branchenstudie, dass die Beschäftigten eher negative Folgen der Digitalisierung befürchten, wie eine Zunahme der Arbeitskomplexität, die Entwertung von Erfahrungswissen und der Verlust der Arbeitsautonomie.

Auch ein Ausweg aus dem Mangel an Fachkräften wird der Digitalisierung nur teilweise zugesprochen. Die Expert*innen-Interviews haben ergeben, dass die Herausforderungen für die Beschäftigten hinsichtlich der Digitalisierung vor allem aus den technischen Problemen der Anwendungen resultieren. Die vielen Funktionsfehler der Geräte und Anwendungen führen zu einem erheblichen Mehraufwand für die Beschäftigten und zu Komplexitätssteigerung bei der Arbeit.

Von den Beschäftigten wird darüber hinaus im Zuge der Fehlerbehandlung eine schnelle Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit erwartet, die die Arbeitsbelastung zusätzlich erhöht. Insgesamt zeichnen die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der Branchenstudie ein eher ernüchterndes Bild von den Auswirkungen von Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen in MVZ.

Die Mitbestimmung als wichtiger Hebel der Interessenvertretung noch nicht überall etabliert

Für Arbeitnehmervvertretungen in MVZ spielen die Themen Arbeitszeiten und Dienstplanung, Entgelt, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gefährdungsbeurteilungen eine Rolle. Hinzu kommen die Sicherung von Arbeitsplätzen, eine sich verändernde Qualifikationsstruktur, die zunehmende Konzentration auf ambulante Behandlungen und die damit verbundenen Veränderungen der Arbeitsabläufe im MVZ, die Knappheit qualifizierter Kräfte, die geringen finanziellen Mittel, um diese selbst auszubilden, und fehlende Rückstellungen, um Beschäftigte für zukünftige Aufgaben zu qualifizieren.

Die Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervvertreter*innen ist laut befragten Mitgliedern der Arbeitnehmervvertretung im Rahmen der Umfrage lediglich „mittelmäßig“. Fast drei Viertel der Befragten geben an, dass die Interessenvertretung zumindest teilweise nicht ausreichend oder pünktlich Informationen durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt bekommt.

Mehr als die Hälfte ist der Ansicht, dass mindestens teilweise die Arbeit der Interessenvertretung behindert wird. Zum Teil fühlen sich die Interessenvertreter*innen durch die Geschäftsführung eingeschüchtert und Fortbildungen der Interessenvertretung werden verhindert.

Darüber hinaus werden Verhandlungen mit der Geschäftsführung im MVZ dadurch erschwert, dass auf Ebene eines MVZ, die in größeren Unternehmen eingegliedert sind, keine unabhängigen Entscheidungen getroffen werden können.

Auf gewerkschaftlicher Ebene gelten die MVZ als eher schwach organisiert. Dies ist u. a. auf die Struktur der Unternehmen mit häufig kleinen

Betrieben zurückzuführen. Auch die Quote von engagierten Gewerkschaftsmitgliedern ist gering. Auf Arbeitgeberseite ist die Interessenvertretung fragmentiert. MVZ sind nicht in einem einzigen Arbeitgeberverband organisiert, sondern in einer Zahl von Bundes- und Fachverbänden, die die Interessen der Ärzt*innen in ihrer Funktion als Arbeitgeber oder andere Betreiber von MVZ vertreten.

Ein Ausblick: Arbeit und Beschäftigung in MVZ gestalten

In Anbetracht einer angestrebten Ambulantisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland werden MVZ als Teil der ambulanten Versorgung von wachsender Bedeutung sein. Die Entwicklung der MVZ wird stark von den rechtlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Entscheidungen abhängen.

Insgesamt wird von einem weiteren Wachstum der Anzahl der MVZ und auch der Beschäftigtenzahlen ausgegangen. Die Wirtschaftlichkeit der einzelnen MVZ wird weiterhin von zunehmender Bedeutung sein. In diesem Zusammenhang sind allerdings auch weitere Konzentrationsprozesse zu erwarten, die mit der Schließung einzelner Standorte und den Abbau von Beschäftigten vor Ort einhergehen können.

Wirtschaftliche Interessen, Möglichkeiten zur Gewinnmaximierung und die damit verbundene Übernahme von MVZ bzw. ihrer Träger durch Finanzinvestoren werden weiterhin Einfluss auf die Entwicklung der MVZ haben. Aufgrund fehlender belastbarer Daten lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, was dies für die Nachhaltigkeit der ambulanten gesundheitlichen Versorgungsstrukturen bedeutet, allerdings wird von politischen Akteur*innen ein Handlungsbedarf hinsichtlich klarer Vorgaben zu den Möglichkeiten privater Investoren und Unternehmen erkannt.

Dies ist von besonderer Bedeutung, weil davon auszugehen ist, dass die Anzahl der MVZ in Private-Equity-Besitz – auch angesichts eines insgesamt niedrigen Zinsniveaus und unsicherer Investitionsalternativen – weiter ansteigen wird.

Angesichts einer zunehmenden Arbeitsverdichtung, emotionalen und körperlichen Belastungen und Mehrarbeit muss die Verbesserung der Arbeitsbedingungen künftig von besonderer Bedeutung sein. Des Weiteren kann in den fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierechancen in MVZ ein Ansatzpunkt für Verbesserungen liegen. Die MVZ sehen sich in starker Konkurrenz zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und zueinander.

Ein zunehmender Fachkräftemangel ist in fast allen untersuchten Berufsgruppen feststellbar. Um neues Personal zu gewinnen und der Abwanderung von Fachkräften aus MVZ entgegenzutreten, müssen die genannten Arbeitsbedingungen verbessert werden. Insbesondere gilt eine verbesserte Bezahlung als Voraussetzung für Fachkräftegewinnung

und -bindung. Ein gewerkschaftlicher Fokus wird deshalb auch in Zukunft sein, die Tarifbindung der MVZ zu verbessern.

Künftig wird von Beschäftigten und Interessenvertretungen erwartet, dass die Arbeit durch Digitalisierung komplexer wird, aber kaum für Arbeitserleichterungen sorgt. Mit dem zunehmenden Einsatz von digitalen Technologien geht ein steigender Qualifikationsbedarf einher, der aber selten durch zusätzliche Qualifizierung aufgefangen wird. Trotzdem wird der Ansatz, Digitalisierung im Rahmen von Mitbestimmung auszugestalten und zu steuern, bisher selten verfolgt.

Aufgabe der Interessenvertretung sollte es deshalb zukünftig sein, die negativen Folgen der Digitalisierung im Blick zu haben und Vereinbarungen abzuschließen, die die Beschäftigten in MVZ vor den negativen Folgen der Digitalisierung schützen oder Vorteile, die sich aus der Digitalisierung für die Beschäftigten ergeben können, weiterverfolgen oder ausbauen.

Insgesamt existiert in den MVZ nur eine geringe Anzahl von Interessenvertretungen, die zudem nur schlecht untereinander vernetzt sind. Gewinnorientierung und Kostendruck schränken den Handlungsspielraum für die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen ein. Unzureichende und nicht pünktliche Information oder gar direkte Behinderungen durch die Geschäftsführung erschweren die Arbeit der Interessenvertretungen. So geben die im Rahmen der Branchenstudie Befragten auch an, dass die Beachtung der Mitbestimmungsrechte ein Thema ist, dem große Bedeutung beigemessen werden sollte.

Literatur

- Albrecht, Martin; Otten, Marcus; Sander, Monika (2022): PraxisBarometer Digitalisierung 2021: Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Kurzbericht der Ergebnisse für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, www.kbv.de/media/sp/IGES_PraxisBaroDigit2021_Kurzbericht.pdf.
- ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin (2018): MVZ-Versorgung: In der Labormedizin längst gut funktionierende Praxis! ALM e. V. mahnt zur Rückkehr zu einer sachlichen Diskussion zum Thema MVZ, www.alm-ev.de/mvz-versorgung-in-der-labormedizin-laengst-gut-funktionierende-praxis-2/.
- ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin (2021): Die vielfältigen MVZ-Strukturen der fachärztlichen Labore sind ein Garant für Qualität und Sicherheit der Versorgung – nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie: WIG2 und figus GmbH stellen Gutachten in Zusammenarbeit mit dem ALM e. V. vor, www.alm-ev.de/studie-mvz-strukturen-der-labore-garant-fuer-qualitaet-und-sicherheit-der-versorgung/.
- Apotheke adhoc (2019): MVZ: Ärzte wollen Fremdbesitzverbot, www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/mvz-aerzte-wollen-fremdbesitzverbot/.
- Ärzteblatt (2018): Zahnärzte warnen vor MVZ-Übernahmen durch Kapitalinvestoren, www.aerzteblatt.de/nachrichten/99030/Zahnaerzte-warnen-vor-MVZ-Uebernahmen-durch-Kapitalinvestoren.
- Bauer, Karina (2014): Medizinische Versorgungszentren – Eine Analyse der ambulant-ärztlichen Versorgungslage. Bachelorarbeit, Westsächsische Hochschule Zwickau, Fachbereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Studiengang Gesundheitsmanagement, <https://docplayer.org/215742320-Bachelorarbeit-fachbereich-gesundheits-und-pflegewissenschaften-medizinische-versorgungszentren-eine-analyse-der.html>.
- BBMV – Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (2022): Stellungnahme des BBMV e. V. zur IGES-Studie der KV Bayerns zu sog. „PEG-MVZ“, www.bbmV.de/app/download/8042719681/2022-04-25_Stellungnahme+BBMV+IGES-Studie+KVB.pdf?t=1651044872.
- BBMV – Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (o. J. a): Mitglieder des BBMV, www.bbmV.de/mitglieder/.

- BBMV – Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (o. J. b): Über den BBMV, www.bbm.de/ueber-uns/.
- BMVZ – Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (2020): Zur Debatte um Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung, www.bmvz.de/2020/07/20/debatte-kapitalinteressen-gesundheitsversorgung/.
- BMVZ – Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (2022): Stellungnahme des Bundesverband MVZ e. V. zur Pressemitteilung der KVB Bayern vom 7.4.2022 sowie zur dem zugrundeliegenden IGES-Analyse „mit besonderem Augenmerk auf MVZ in Eigentum von Investoren“, bzw. zu der Öffentlichkeitsarbeit des IGES unter der Überschrift „Investoren-MVZ in Bayern: höhere Honorarumsätze als Einzelpraxen“, www.bmvz.de/wp-content/uploads/2022/04/Stellungnahme_19Apr2022_BMVZ_zu_Investoren_MVZ_KVB-Gutachten.pdf.
- BMVZ – Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (o. J. a): Mitgliederverzeichnis, www.bmvz.de/ueber-uns/wer-sind-wir/mitgliederverzeichnis/.
- BMVZ – Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (o. J. b): Was tun wir?, www.bmvz.de/ueber-uns/was-tun-wir/.
- BNZK – Bundesverband für nachhaltige Zahnheilkunde (o. J.): Über uns. Hintergründe und Werte des BNZK, www.bnzk.de/ueber-uns/.
- Bobsin, Rainer (2019): Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. 20 Jahre Private Equity. Eine Bestandsaufnahme, 4., erweiterte und aktualisierte Auflage, Hannover: Offizin-Verlag.
- Bobsin, Rainer (2020): Update 2020: Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Ergänzungsband, Hannover: Offizin-Verlag.
- Bobsin, Rainer (2021): Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland: Grundlagen, Entwicklungen und Kontroversen, Hannover: Offizin-Verlag.
- Bobsin, Rainer (2022): Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren: Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations-, Internationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse, www.offizin-verlag.de/images/dbimages/upload/files/Bobsin%20PE%20Arztpraxen-MVZ%20APR.2022%283%29.pdf.

- Bundesärztekammer (2020): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Antrag der Fraktion Die Linke. „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“ (BT-Drs. 19/14372). Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, www.bundestag.de/resource/blob/684308/c274cff848bbfb10b2f689a0f473971a/19_14_0143-3- BAeK_Kapitalinteressen-data.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Medizinische Versorgungszentren, [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html#:~:text=Medizinische%20Versorgungszentren%20\(%20MVZ%20\)%20sind%20eigenst%C3%A4ndige,kooperativ%20unter%20einem%20Dach%20zusammenarbeiten.](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html#:~:text=Medizinische%20Versorgungszentren%20(%20MVZ%20)%20sind%20eigenst%C3%A4ndige,kooperativ%20unter%20einem%20Dach%20zusammenarbeiten.)
- Bundesrat (2011): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Drucksache 456/11, <https://dserver.bundestag.de/brd/2011/0456-11.pdf>.
- Bůžek, Richard; Scheuplein, Christoph (2022): The global wealth chain of Private-Equity-run physician practices. In: Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie 113, S. 331–347, <https://doi.org/10.1111/tesg.12519>.
- Coenen, Michael; Haucap, Justus; Loebert, Ina (2017): Bestandsaufnahme zur wettbewerblichen Situation in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Ein Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP), DICE Consult GmbH, www.zns-news-neurologen-psychiater-nervenaerzte.de/wp-content/uploads/2021/09/studie-wettbewerbliche-situation-neurologische-psychiatrische-versorgung.pdf.
- Das Erste (2021): Fresenius-Pläne: Medizinische Versorgungszentren sollen mehr Gewinn abwerfen (Video).
- Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache 15/1525, <https://dserver.bundestag.de/btd/15/015/1501525.pdf>.

- Deutscher Bundestag (2018a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler [u. a.] der Fraktion DIE LINKE: Drucksache 19/4926 – Kapitalinteressen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren. Drucksache 19/5386, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/053/1905386.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2018b): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Drucksache 19/6337, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/063/1906337.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2018c): Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Drucksache 19/3180, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/031/1903180.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2019): Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler [u. a.] der Fraktion DIE LINKE: Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen. Drucksache 19/14372, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/143/1914372.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2020a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Kommerzielle Dialyseanbieter in Deutschland. Drucksache 19/21909, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/226/1922690.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2020b): Kleine Anfragen der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE: Kommerzielle Dialyseanbieter in Deutschland. Drucksache 19/21909, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/219/1921909.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2021): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen. Drucksache 19/14372. Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode, Drucksache 19/29373, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/293/1929373.pdf>.

- Dietrich, Dr. med. Barbara(o. J.): Chancen und Risiken eines MVZ. Möglichkeit der KTQ-Zertifizierung, [www.ktq.de/fileadmin/media/Forum/8.Forum/WS17 Chancen und Risiken eines MVZ1.pdf](http://www.ktq.de/fileadmin/media/Forum/8.Forum/WS17_Chancen_und_Risiken_eines_MVZ1.pdf).
- Doktor.SE (2021): Årsredovisning 2021, https://doktor.se/wp-content/uploads/2022/03/DoktorseNordicAB_AR_webb.pdf.
- dostal (2020): Kommunale MVZ: Mögliche Rechtsformen im Überblick, www.dostal-partner.de/kommunale-mvz-moegliche-rechtsformen-im-ueberblick/.
- Eggers, Thies (2019): Digitalisierung als Managementaufgabe für MVZ und BAG: Wege zur individuellen Strategie zwischen theoretisch Machbarem und realistisch Möglichem. 13. BMVZ-Praktikerkongress, 27. September 2019
- Gerlinger, Thomas (2017): Medizinische Versorgungszentren: Entwicklung und Perspektiven. In: Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2017, S. 222–235, www.barmer.de/resource/blob/1023594/247483ed7fad2ff34855f8d772eaae0c/barmer-gw-aktuell-2017-11-medizinische-versorgungszentren-entwicklung-und-perspektiven-data.pdf.
- Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. Working Paper Nr. 205, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007958.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=4558201&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=322&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o. J. a): Ärztliche bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Praxis, www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=56867383&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=861&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o. J. b): Fachabteilungen, Betten (Anzahl und je 100.000 Einwohner), Fälle, Pflgetage (jeweils Anzahl), Nutzungsgrad und Verweildauer in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Art der Fachabteilung, www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=49026141&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=945&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o. J. c): Vollkräfte in Krankenhäusern (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Ärzte und nichtärztliches Personal, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Art der Zulassung / Träger), www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=49026141&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=533&p_ansnr=86702490&p_version=7&p_dim=D.945&p_dw=12231&p_direction=rollup.
- Gesundheitsministerkonferenz (2021): Beschlüsse der Sonder-GMK 04.11.2021–05.11.2021. TOP: 6 Medizinische Versorgungszentren: Schaffung von Transparenz und Installation einer Bund-Länder Arbeitsgruppe, www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021.
- Haaß, Friederike A.; Ochmann; Richard; Gerb, Julia; Albrecht, Martin; Nolting, Hans-Dieter (2020): Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung: Entwicklung und Auswirkungen, www.kzbv.de/gutachten-z-mvz-iges-2020-10-web.download.60f6a51d58a8778fab5ff3e9a52a452c.pdf.
- Harneit, Paul; Schramm, Frank (2019): Die Gründung von MVZ durch Investoren nach dem TSVG: Rechtliche Voraussetzungen, Praktische Umsetzung. 19. Herbsttagung vom 13. bis 14. September 2019, Berlin, <https://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2019/09/004-dr-harneit-schramm-01.pdf>.
- Heinrich, Dirk (2018): Statement von Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes. Pressekonferenz Ärztemonitor 2018, 18. Oktober 2018, Berlin, www.kbv.de/media/sp/Statement_Heinrich_Aerztemonitor2018.pdf.
- Höhl, Rebekka; Badenberg, Christiane (2018): Praxisabgabe via MVZ: Der heiße Wettbewerb um die Arztsitze. In: Ärztezeitung, 5.1.2018, www.aerztezeitung.de/Politik/Der-heisse-Wettbewerb-um-die-Arzsitze-298304.html.
- Höpfner, Thomas; Militzer-Horstmann, Carsta; Schäffer, Tobias; Schmiedel, Lisa; Schrey, Christopher; Kurscheid, Clarissa; Mollenhauer, Judith (2021): Studie zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen der Trägerschaft und der Qualität labormedizinischer Leistungserbringung in Deutschland. Eine Studie der WIG2 GmbH – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung in Zusammenarbeit mit der figus GmbH – Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung, www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2021/06/210608-Studie-ALM-WIG2-figus.pdf.

- Jäger, Carsten (2008): Das MVZ als Organisationsform in der ambulanten Medizin – eine betriebswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostenökonomie. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors rerum politicarum (Dr. rer. pol.), München: Universität der Bundeswehr, <https://d-nb.info/1059370727/34>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): 4. MVZ-Survey der KBV. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland, www.kbv.de/media/sp/4_MVZ_Survey.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018, www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2020, www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a): Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021, www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021b): Gesundheitsdaten. Immer weniger Einzelpraxen, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021c): Gesundheitsdaten. Kooperationsform MVZ weiter attraktiv, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021d): Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021, www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021e): Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Qualitätssicherung zukunftsfähig machen, www.kbv.de/media/sp/2021-07-26_KBV-Positionspapier_sQS_Neuausrichtung.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021f): Qualitätssicherung (sektorenübergreifend). Verfahren zur sQS. Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), www.kbv.de/html/sqs-verfahren.php.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Gesundheitsdaten. Mehr Ärztinnen und Ärzte in kooperativen Strukturen, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2021a): Allgemeine Informationen zum Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Stand 10.5.2021, www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Kuenftige/Zulassung/KVB-Merkblatt-MVZ.pdf.

- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2021b): Positionspapier zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Stand: 5.5.2021, www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Aktionen/KVB-Positionspapier-zu-investorenbetriebenen-MVZ.pdf.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): Jahrbuch 2014. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, <https://docplayer.org/20416222-Jahrbuch-2014-statistische-basisdaten-zur-vertragszahnaerztlichen-versorgung-kzbv-einschliesslich-goz-analyse.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2015): Jahrbuch 2015. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, <https://docplayer.org/22395056-Jahrbuch-2015-jahrbuch-2015.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2016): Jahrbuch 2016. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, <https://docplayer.org/43187585-Jahrbuch-2016-jahrbuch-2016.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2017): Jahrbuch 2017. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, <https://docplayer.org/74959046-Jahrbuch-2017-jahrbuch-201-kassenzahnaerztliche-bundesvereinigung.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2018a): Die KZBV zur Anhörung zum TSVG. Pressemitteilung vom 22.08.2018, www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-22-8-%202018.1251.de.html.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2018b): Jahrbuch 2018. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, <https://docplayer.org/108853503-Jahrbuch-2018-jahrbuch-201-kassenzahnaerztliche-bundesvereinigung.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2019): Jahrbuch 2019. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2020): Jahrbuch 2020. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2020-2.media.d31ec54df2c2e2592d7d45681edcfc0f.pdf.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021): Jahrbuch 2021. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, www.kzbv.de/kzbv2021-jahrbuch-ohne-goz.media.f1b1223cf58b71cee7fc89ec746f8bf9.pdf.
- Kuhn, Bertolt; Steinhäuser, Jost; Eberhard, Sveja; Hufenbach, Rolf; Amelung, Volker Eric (2018): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. In: Das Gesundheitswesen 80 (8/9), S. 711–718

- Ladurner, Andreas; Walter, Ute; Jochimsen, Beate (2020):
Rechtsgutachten. Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen
Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Gutachten
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit,
Aalen/München/Berlin,
[www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/
5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung
der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf).
- Marburger Bund (2017): Positionierung des Marburger Bundes zur
Situation angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich,
[www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-08/mb-pp-
angestellte-aerzte-im-ambulanten-bereich.pdf](http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-08/mb-pp-angestellte-aerzte-im-ambulanten-bereich.pdf).
- Marburger Bund (2018): Arbeitsplatz MVZ. Ein Leitfaden für Ärztinnen
und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren, [www.marburger-
bund.de/sites/default/files/2018-10/mvz-leseprobe-1-12.pdf](http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/2018-10/mvz-leseprobe-1-12.pdf).
- Nagel, Eckhard; Neukirch, Benno; Schmid, Andreas; Schulte, Gerhard
(2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in
der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.
Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche
Versorgung in Deutschland, [www.zi.de/fileadmin/Migration/
Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_final.pdf](http://www.zi.de/fileadmin/Migration/Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_final.pdf).
- Neubauer, Günter; Minartz, Christof; Niedermeier, Christina (2020):
Darstellung und Bewertung der ambulanzärztlichen Versorgung in
Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit
Kapitalbeteiligung, [www.bbmV.de/app/download/7852627281/lfG-
BBMV_Gutachten.pdf?t=1607948376](http://www.bbmV.de/app/download/7852627281/lfG-BBMV_Gutachten.pdf?t=1607948376).
- Rudolph, Peter; Isensee, D.; Gerlach, E.; Groß, H. (2013):
Medizinisches Versorgungszentrum – geeignetes Instrument der
ambulanten patientenadäquaten Versorgung und leistungsgerechten
Vergütung. In: Zentralblatt für Chirurgie 138(1), S. 45–52,
[www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-
1283921.pdf](http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1283921.pdf).
- Runschke, Benedikt; Laukhuf, Andrea; Hryhorova, Hanna; Beule,
Patrick; Hofmann, Sandra (2020): Rolle der medizinischen
Versorgungszentren (MVZ) in der zahnärztlichen Versorgung.
Auswertung einer Primärdatenerhebung in ZMVZ mit
Investorenbeteiligung. Gutachten, Darmstadt: WifOR Institute.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung –
Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte
Leistungsbereiche. Gutachten 2014, [www.svr-gesundheit.de/
fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021, www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf.
- Scheuplein, Christoph; Evans, Michaela; Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. Discussion Paper 19/01, Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik, www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf.
- Scheuplein, Christoph (2021): Übernahme von MVZ durch Private-Equity-Investoren in Bayern. In: KVB Forum 3/2021, S. 28–30, www.iat.eu/aktuell/veroeff/2021/scheuplein01.pdf.
- Scheuplein, Christoph; Bůžek, Richard (2021): Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 75 (2), 36–44
- Sodan, Helge (2020): Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung: Zur Einführung eines MVZ-Registers sowie zur Eignung insbesondere von investorenbetriebenen zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren. Rechtsgutachten erstattet im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, www.kzbv.de/rechtsgutachten-z-mvz-sodan-2020-10-web.download.bcefddf08252ea6d857139bdebeef015.pdf.
- Spectaris; Roland Berger; Messe Düsseldorf (2018): Gesundheit 4.0: Warum Deutschland Leitmarkt der digitalen Gesundheitswirtschaft und Medizintechnik werden muss und was jetzt zu tun ist, www.spectaris.de/fileadmin/Infothek/Medizintechnik/Gesundheit_4.0_Digitalisierung_der_Gesundheitswirtschaft.pdf.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung (2022): Potenziale der Telemedizin für eine bessere Versorgung nutzen. Positionspapier des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung e. V., <https://digitalversorgt.de/wp-content/uploads/2022/02/Positionspapier-Potenziale-der-Telemedizin.pdf>.
- Statista (2021): Anzahl der ambulant-ärztlichen Behandlungsfälle in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2019, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/75869/umfrage/gesundheits-anzahl-der-behandlungsfaelle-in-deutschland-seit-2004/>.

- Statistisches Bundesamt (2022): Krankenhäuser: Einrichtung, Betten und Patientenbewegung, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html.
- Statistisches Bundesamt (o. J.): Bildung und Kultur: Berufliche Schulen. Fachserie 11, Reihe 2, www.statistischebibliothek.de/.
- Techniker Krankenkasse (2018): Kommunale Medizinische Versorgungszentren werden selten Realität, www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/kommunale-mvz-medizinisches-versorgungszentrum-2055086?tkcm=ab.
- Tisch, Thorsten; Nolting, Hans-Dieter (2022): Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren. Kurzfassung des Gutachtens für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objis27965/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022-Kurzfassung_ger.pdf.
- Velling, Peter (2019): Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte – Versorgungsrelevant oder nur Geschäftsmodell? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 73 (4/5), S. 65–70, www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2019-4-5-65.pdf?download_full_pdf=1.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021): Zi-MVZ-Panel: Jahresbericht 2020: Wirtschaftliche Situation, Rahmenbedingungen und Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2017, www.zi-mvz-panel.de/resources/pdf/Jahresbericht_MVZ-Panel_2020.pdf.

Alle Websites wurden zuletzt am 30.3.2023 besucht.

