



DIETMAR LANGE

GESUNDHEIT UNTER EINEM DACH

**MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN
ZWISCHEN PROFIT UND GEMEINWOHL**



DIETMAR LANGE

**GESUNDHEIT
UNTER EINEM DACH**

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN
ZWISCHEN PROFIT UND GEMEINWOHL

DIETMAR LANGE ist seit einigen Jahren im gesundheitspolitischen Bereich aktiv, vor allem im Rahmen der Streiks für mehr Personal an den Berliner Krankenhäusern. Zurzeit leitet er die Geschäftsstelle des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik.

INHALT

Vorwort	4
Einleitung	6
Wie funktioniert die ambulante Versorgung?	7
Von Ambulatorien und Polikliniken zu MVZ	10
MVZ und Ökonomisierung	12
Kommunale MVZ	17
Interdisziplinäre Modelle	21
Interview mit Christine Becker, SalutoConsult	23
Was bleibt zu tun?	28
Glossar	30
Quellenverzeichnis	32

VORWORT

STELL DIR VOR, DU BIST KRANK UND MUSST DEINE HAUSARZTPRAXIS AUFSUCHEN!

Wir alle verbinden den Gang zur Ärzt*in mit verschiedenen Erinnerungen: lange Wartezeiten und volle Warteräume, keine freien Termine und lange Anfahrtswege. Wir alle haben schon einmal erlebt, wie aufwendig es sein kann, eine Praxis mit Ärzt*innen zu finden, denen man vertraut, oder wie frustrierend es ist, wegen Personal mangels oder Praxisschließung vor verschlossener Tür zu stehen.

Die Anzahl der Hausarztpraxen nimmt kontinuierlich ab. Laut Studien geben jährlich etwa 2.000 Ärzt*innen ihre Praxen auf. Die Gründe dafür sind vielfältig. Passiert dies zum Beispiel, weil ein*e Ärzt*in in den Ruhestand geht, gestaltet sich die Suche nach Nachfolger*innen oft sehr kompliziert. Nur für knapp die Hälfte der Praxen findet sich ein*e Nachfolger*in. Die Politik tut sich schwer mit konkreten Vorschlägen, wie man diesem Problem entgegenwirken kann.

Die vorliegende Broschüre möchte einen Beitrag zur Lösung dieser Krise leisten: Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Möglichkeit

der gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung vor Ort.

Ausgehend vom Standpunkt, dass die Gesundheit von Menschen nicht Profitinteressen unterworfen werden darf, stellt Dietmar Lange das Konzept gemeinwohlorientierter MVZ vor. Dem Patient*innenwohl verpflichtete Versorgungszentren könnten eine Alternative aufzeigen und die Möglichkeit bieten, das Gesundheitssystem zu entlasten und zu verbessern. Gleichzeitig muss die Gefahr eingedämmt werden, es den Falschen zu überlassen, MVZ im großen Stil zu übernehmen und das Profitinteresse von Unternehmen über die Bedürfnisse der Patient*innen zu stellen.

Die Broschüre bringt uns die Organisation und Struktur der ambulanten Versorgung hierzulande näher und erklärt, wie die Medizinischen Versorgungszentren entstanden sind. Anschließend werden deren zunehmende Ökonomisierung und die damit verbundenen Risiken und Gefahren in den Blick genommen.

Das Interview mit Christine Becker gibt einen Eindruck von den Abläufen, die mit der Gründung eines MVZ – konkret im Dreiländereck Bayern, Hessen und Baden-Württemberg – verbunden sind.

Gesundheit darf keine Ware sein! Der Gang zur Ärzt*in darf kein Unwohlsein hervorrufen. Wir hoffen, diese Broschüre zeigt auf, dass eine an-

dere, bessere Organisation und Ausrichtung der Gesundheitsversorgung möglich ist. Viel Spaß beim Lesen!

Fanni Stolz, Referentin für Pflege,
Gesundheit und verbindende Klassenpolitik
der Rosa-Luxemburg-Stiftung
Berlin, Juni 2024

EINLEITUNG

Es gibt sie mittlerweile in jeder größeren Stadt und immer mehr auch auf dem Land. Sie tragen Namen wie «Centrum für Gesundheit», «Onko Zentrum» oder schlicht «Medizinisches Versorgungszentrum» (MVZ) und sind aus der ambulanten medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Seit ihrer Zulassung im Jahr 2004 reißen aber auch die Skandalberichte um sie nicht mehr ab. Sie gelten als Einfallstore für private Investoren, die in der ambulanten Versorgung ein lohnendes Geschäftsfeld für anlagesuchendes Kapital erblicken. Ihre Praktiken, die darauf ausgerichtet sind, möglichst hohe Gewinne zu erzielen, gehen aber oft zulasten der Patient*innen. Sie werden zu teuren privaten Zusatzleistungen gedrängt und an ihnen werden teils fragwürdige Eingriffe vorgenommen, die nicht immer medizinisch notwendig, aber profitabel sind. MVZ werden daher auch für das schwindende Vertrauen in die Ärzteschaft mitverantwortlich gemacht. Eigentlich ist die Grundidee fortschrittlich: Eine Bündelung von Ärzt*innen verschiedener Fach-

richtungen und weiterer Gesundheitsberufe unter einem Dach kann durchaus dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung für alle zu verbessern. MVZ können auch wichtige Eckpfeiler in einer bedarfsorientierten Planung und Gestaltung der Daseinsvorsorge sein. Dies wird möglich durch eine gemeinwohlorientierte Ausrichtung. Insbesondere MVZ, die von Kommunen betrieben werden, bieten hier große Chancen. Im Folgenden wird die Geschichte und Entwicklung der MVZ umrissen. Es wird auf ihre Rolle in der Ökonomisierung der ambulanten medizinischen Versorgung eingegangen. Aber es geht auch um die Möglichkeiten, die sie für eine am Wohl der Patient*innen und nicht am Gewinn orientierten Gesundheitsversorgung bieten. Zudem werden einige Modellprojekte vorgestellt und anhand eines Interviews Einblicke in den Gründungsprozess einer MVZ-Genossenschaft gegeben. Die Broschüre soll allgemeinverständliche Basisinformationen liefern und dazu ermutigen, sich auf das Experiment «kommunales MVZ» einzulassen.

WIE FUNKTIONIERT DIE AMBULANTE VERSORGUNG?

In Deutschland ist die medizinische Versorgung in zwei voneinander getrennte Bereiche aufgeteilt: ambulante und stationäre Versorgung. Zur ambulanten Versorgung gehören alle Behandlungen, die im eigenen Wohnumfeld ohne stationären Aufenthalt durchgeführt werden. Den größten Teil machen niedergelassene Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Zahnärzt*innen aus. Dazu zählen aber auch «Heilmittelerbringer» wie Apotheken, Physiotherapeut*innen und andere therapeutische Berufe. Zur stationären Versorgung gehören vor allem Krankenhäuser, aber auch Pflegeheime.

Diese Trennung ist historisch aufgrund ständischer Interessen entstanden und hat sich seitdem verfestigt. Früher entsprach sie auch einer sozialen Trennung. Bis ins 19. Jahrhundert hinein ließen sich reiche Bürger*innen zu Hause vom Arzt ihres Vertrauens behandeln (daher sprechen wir heute immer noch vom «Hausarzt»). In Krankenhäusern und Spitälern kuriereten sich hingegen Arme und minderbemittelte Menschen aus. Das ist heute nicht mehr so. Über 90 Prozent der Patient*innen sind heute

Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse, die die Kosten übernimmt. Dennoch ist die Rede von einer nur schwer zu überwindenden Sektorengrenze zwischen ambulante und stationärem Bereich, die durch unterschiedliche Strukturen geprägt sind und auch unterschiedlich finanziert werden. So dürfen etwa Krankenhäuser nur in Notfällen und wenigen eng begrenzten Ausnahmen ambulant behandeln. Das ist auch der Grund für eine deutsche Besonderheit, die «doppelte Facharztschiene»: Parallelstrukturen von Fachärzt*innen im stationären und ambulanten Bereich in derselben Region.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind die niedergelassenen Ärzt*innen organisiert; sie sind berechtigt, Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln. Eine weitere deutsche Besonderheit ist, dass die KV einen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung haben. Sie sollen dafür sorgen, dass es genügend Fach- und Allgemeinärzt*innen für eine flächendeckende Versorgung gibt. Das bedeutet auch, dass sie zusammen mit den Krankenkassen festlegen, wie viele Ärzt*in-

WIE FUNKTIONIERT DIE AMBULANTE VERSORGUNG?

nen der jeweiligen Fachrichtungen in von ihnen bestimmten Planungsbereichen benötigt werden, und die Zulassungen erteilen. Außerdem führen sie die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Man kann daher von einer starken, nahezu monopolartigen Stellung der niedergelassenen Ärzteschaft im ambulanten Bereich sprechen, die eifersüchtig über die Wahrung ihrer Interessen wacht.

Lange Zeit gab es fast ausschließlich freiberuflich tätige Ärzt*innen im ambulanten Bereich, die hier als privatwirtschaftlich agierende Unternehmer*innen tätig sind. Die häufigsten Betriebsformen sind:

Einzelpraxis: Der selbstständige Arzt/Die selbstständige Ärztin ist hier ganz nach seinen/ihren eigenen Vorstellungen tätig und entscheidet allein über medizinische Ausrichtung und Organisation.

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG): Form der Gemeinschaftspraxis, in der mehrere Ärzt*innen tätig sind, die ihre Leistungen gemeinsam bei den Krankenkassen abrechnen und sich die Erlöse teilen.

Praxisgemeinschaft: Form der Gemeinschaftspraxis, in der sich mehrere niedergelassene Ärzt*innen Räume, Einrichtungen und Personal teilen. Im Unterschied zur BAG versorgt jede*r seine/ihre Patient*innen separat und rechnet die Leistungen bei der Krankenkasse ab.

Die Organisation und Struktur der ambulanten Versorgung gerät zunehmend an ihre Grenzen. Seit Jahren wird über einen Mangel an Ärzt*innen vor allem in ländlichen Regionen geklagt, aber auch in ärmeren Stadtteilen und an sozialen Brennpunkten. Dieser wird sich in den nächsten Jahren noch verschärfen, wenn viele jetzt noch praktizierende niedergelassene Ärzt*innen in Rente gehen. Die Eröffnung einer Praxis ist in solchen Regionen weniger lukrativ als in angesagten Innenstadtbereichen, wo es auch mehr Privatversicherte und damit die Möglichkeit von Zusatzverdiensten gibt. Zudem wollen viele jüngere Ärzt*innen gar nicht mehr als selbstständige Unternehmer*innen tätig sein, da dies nicht nur erheblichen bürokratischen Aufwand mit sich bringt, sondern auch wenig Raum für Freizeit und Familie lässt. Aus diesen Gründen, aber vor allem in der Hoffnung, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken, schuf die rot-grüne Bundesregierung 2004 die Möglichkeit, *Medizinische Versorgungszentren* zu gründen. Im Unterschied zu den bisherigen Formen der Gemeinschaftspraxis können Ärzt*innen hier auch als Angestellte tätig sein. Einspareffekte erhoffte sich die Regierung vor allem dadurch, dass Verwaltungsaufgaben sowie die Anschaffung teurer medizinischer Geräte für mehrere Ärzt*innen gebündelt werden. Zudem könnten

sie stärker kooperieren, wodurch Wiederholungsuntersuchungen und Mehrfachdiagnosen entfallen sollten. Die Grundidee, die hinter

den MVZ steht, ist jedoch älter – sie entstammt Konzepten der Gesundheitsversorgung aus der Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung.

VON AMBULATORIEN UND POLIKLINIKEN ZU MVZ

Der Grundgedanke hinter den MVZ geht historisch auf sozialreformerische Überlegungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurück, in denen damals noch Bezeichnungen wie «Ambulatorien», «Polikliniken» oder «Gesundheitshäuser» verwendet wurden. Die Idee bestand darin, verschiedene ärztliche Leistungen mit präventiven Angeboten wie Beratungsstellen unter einem Dach zu vereinen. Damit sollte vor allem eine bessere Gesundheitsversorgung für Arbeiter*innen und Arme gewährleistet werden. Zudem spielte der Gedanke der Prävention darin eine wichtige Rolle. Es sollte stärker darum gehen, vermeidbaren Erkrankungen vorzubeugen und ihre Ursachen zu beseitigen, statt lediglich bereits ausgebrochene Krankheiten und Gesundheitsschäden zu kurieren.

Die ersten als «Ambulatorien» bezeichneten Einrichtungen entstanden während eines «Ärztestreiks» im Jahr 1923. Um höhere Honorare durchzusetzen, verweigerte die ständische Ärzteschaft damals Kassenpatient*innen die Behandlung. Die Krankenkassen begannen daher, Eigeneinrichtungen zu gründen – mit angestellten statt selbstständigen Ärzt*innen. Aus dieser

zunächst aus der Not geborenen Lösung entwickelte sich schnell eine beliebte Alternative der ambulanten Versorgung vor allem in industriellen Ballungsräumen. Bis 1929 gab es allein in Berlin 42 Ambulatorien mit insgesamt 217 angestellten Ärzt*innen und 500 Mitarbeiter*innen. Von der Mehrheit der niedergelassenen Ärzteschaft wurden sie als unerwünschte Konkurrenz erbittert bekämpft. Und tatsächlich hatte sie auch Erfolg damit. Gegen Ende der Weimarer Republik schränkten Gerichte die Handlungsspielräume der Ambulatorien immer weiter ein, bis die Nationalsozialisten die verbliebenen Einrichtungen 1934 gänzlich liquidierten.

In der DDR wurde dieses Konzept wieder aufgegriffen. Die ambulante Versorgung fand dort überwiegend in staatlichen Polikliniken mit mindestens sechs Fachabteilungen sowie in Ambulatorien mit mindestens drei Abteilungen statt. Daneben waren oft weitere Gesundheitseinrichtungen, sowohl präventive als auch diagnostische und therapeutische, unter einem Dach vereint: Labor und Röntgenabteilung, Apotheke, Physiotherapie, Beratungsstellen etwa für Mütter und Schwangere. Sie waren

zudem eng in die kommunale Gesundheitspolitik eingebunden und betreuten nahegelegene Kindergärten oder Betriebe. Auf dem Land gab es Landambulatorien mit Außenstellen und zeitweiser ärztlicher Besetzung sowie mobile «Gemeindeschwestern» für Hausbesuche, um dem Mangel an Ärzt*innen zu begegnen.

Nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 setzte jedoch ein rigoroser Abbau ein. Das Ideal des niedergelassenen selbstständigen Arztes hielt auch in der ambulanten Versorgung der neuen Bundesländer Einzug, gefördert vor allem durch die KV. Dennoch hielten sich einige Einrichtungen – nun unter der Bezeichnung «Gesundheitszentrum» – vor allem in Ostberlin und Brandenburg. Sie dienten auch als Vorbilder für die Reform unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Im ursprünglichen Konzept von 2003 war auch noch von «Gesundheitszentren» die Rede. Auf Intervention von CDU/CSU, die alle sozialistischen Anklänge vermeiden wollten, wurde stattdessen die Bezeichnung «Medizinische Versorgungszentren» gewählt.

Tatsächlich waren im Einigungsvertrag 1990 für die ostdeutschen Gesundheitszentren explizit nur kommunale, kirchliche und freigemeinnützige Träger zugelassen. Dagegen können MVZ auch von privatwirtschaftlichen Unternehmen geführt werden. Im 2004 in Kraft getretenen Gesetz wurden alle Unternehmen und Einrichtungen als Träger von MVZ zugelassen, die bereits Leistungen im Gesundheitswesen erbringen, was sowohl Ärzt*innen sein konnten, aber auch Krankenhäuser und Apotheken. Das Ziel bestand neben einer erweiterten Option zur Beschäftigung nun auch angestellter Ärzt*innen vor allem in mehr Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit. Davon versprach man sich kostendämpfende Effekte für das Gesundheitswesen. So kommt es, dass zum Beispiel die niedergelassenen Ärzt*innen, die die Polikliniken und Gesundheitszentren früher als unerwünschte sozialistische Experimente ablehnten, heute über die MVZ als Einfallstore für private Investoren und Schrittmacher der Ökonomisierung klagen.

MVZ UND ÖKONOMISIERUNG

Aber nicht nur die niedergelassenen Ärzt*innen klagen über private Investoren, die mithilfe der MVZ im Gesundheitswesen immer mehr an Einfluss gewinnen. Seit 2004 gibt es immer wieder Presseberichte über deren Machenschaften. 2022 warnte beispielsweise eine «Panorama»-Sendung: «Spekulanten greifen nach Arztpraxen» (Baars u. a. 2022). Besonders Private-Equity-Fonds sind in die Kritik geraten, aber auch private Gesundheitskonzerne wie Fresenius oder Helios. Diese seien nur an einer möglichst hohen Rendite interessiert und nicht am Wohl der Patient*innen, so der Vorwurf. MVZ werden daher auch als Hebel für eine Ökonomisierung des ambulanten Bereichs angesehen.

Ökonomisierung

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Ökonomisierung. Die allgemeinste ist, dass mit dem geringstmöglichen Aufwand das beste Ergebnis erzielt werden soll. Das würde im Gesundheitswesen einer durchaus wünschenswerten Zielsetzung im Sozialgesetzbuch entsprechen, wonach eine ausreichende und das Notwendige erfüllende medizinische Versorgung bei möglichst geringem wirtschaft-

lichem Aufwand angestrebt wird. Meist wird dies jedoch versucht, indem marktwirtschaftliche Elemente auf gesellschaftliche Bereiche übertragen werden, die eigentlich nicht wie ein Markt funktionieren, wie das Gesundheitswesen. Ökonomisierung bedeutet dann eine stärkere Ausrichtung an finanziellen Zielen (etwa Kosteneinsparung) mithilfe von Konkurrenz und finanziellen Anreizen (etwa die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen, aber auch Verluste zu machen). Der gesellschaftliche Auftrag an das Gesundheitswesen, die Versorgung der Patient*innen, wird dadurch zum Mittel des Gelderwerbs. Als Ökonomisierung kann daher auch die Monetarisierung von sozialen Beziehungen bezeichnet werden, etwa des Arzt-Patienten-Verhältnisses: Ein Arzt bietet die Behandlung eines Patienten gegen Geld an.

Letzteres ist im ambulanten Bereich schon lange der Fall. Die niedergelassenen Ärzt*innen agieren als privatwirtschaftliche Unternehmer*innen. Da sie ihre Leistungen bei den Krankenkassen überwiegend einzeln pro Patient*in abrechnen, gibt es einen unmittelbaren Anreiz, möglichst viele und möglichst lukrative Untersuchungen und Behandlungen durchzu-

führen. Es lohnt sich zum Beispiel eher, ein Medikament zu verschreiben oder eine Spritze zu verabreichen, als ein zwar zeitintensives aber finanziell weniger einträgliches Gespräch zu führen und über andere Maßnahmen aufzuklären. Es kommt daher sehr auf das Berufsethos des einzelnen Arztes bzw. der Ärztin an, wie sehr er/sie sich bei der Behandlung von der Möglichkeit, mehr Geld zu verdienen, leiten lässt.

Mit dem Eintritt privater Investoren in die ambulante Versorgung erhält dieses System aber durchaus eine neue Qualität. Es handelt sich dabei zumeist um Firmen oder Fonds, deren Aktionär*innen und Anleger*innen eine hohe Rendite erwarten. Das Ziel, möglichst viel Geld zu verdienen, ist daher nicht von einzelnen Personen abhängig, sondern bildet die Geschäftsgrundlage solcher Unternehmen. Der eigentliche Kunde ist nicht der Patient, sondern der Anleger, und das eigentliche Produkt nicht die medizinische Leistung, sondern die Rendite. Zwar ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die ärztliche Leitung eines MVZ gegenüber der Geschäftsleitung weisungsfrei ist, diese also den angestellten Ärzt*innen nicht vorschreiben darf, welche medizinischen Leistungen zu erbringen sind. Dennoch berichten viele Ärzt*innen, die bei investorengeführten MVZ angestellt sind, dass hier viel Druck ausgeübt wird, mehr und lukrativere Behandlungen durchzu-

führen. Manchmal werden die Ärzt*innen direkt dazu ermahnt (was eigentlich illegal ist), meist aber geschieht das indirekt, über sogenannte Benchmarking-Verfahren: Zweigstellen und Ärzt*innen werden miteinander verglichen, wer mehr Geld einbringt. Hinzu kommen Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen, die Ärzt*innen entsprechend motivieren sollen. Es gibt dabei zwei miteinander verschränkte Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung: Über- und Unterversorgung.

Übersversorgung

Es werden möglichst viele lukrative Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, auch wenn diese nicht immer medizinisch notwendig sind. Operationen werden gegenüber konservativen Therapien bevorzugt, was auch die Grenze zur Körperverletzung überschreiten kann. Außerdem werden Patient*innen häufig private Zusatzleistungen aufgeschwatzt, die meist keinen Effekt haben, aber zusätzliches Geld einbringen.

Unterversorgung und Selektion

Behandlungen bzw. Patient*innen, die weniger lukrativ sind, vor allem komplizierte Fälle und (oft ältere) Menschen mit mehreren Krankheitsbildern, werden eher abgewiesen. Das betrifft auch Patient*innen, die nicht be-

reit sind, private Zusatzleistungen zu bezahlen. Da gesetzlich vorgeschrieben ist, dass Kassenpraxen alle Patient*innen behandeln müssen, geschieht dies häufig über die Terminvergabe: Unerwünschte gesetzlich versicherte Patient*innen müssen besonders lange auf einen Termin warten und suchen sich dann eher eine andere Praxis. Die komplizierten und weniger lukrativen Fälle werden also auf die übrigen Arztpraxen abgewälzt.

Neben der Steigerung der Rendite können die ökonomischen Ziele, die private Investoren mit MVZ verfolgen, je nach Unternehmenstyp aber durchaus unterschiedlich sein. So gibt es private Klinikkonzerne, die MVZ betreiben, um möglichst viele Patient*innen in die Klinik einzuweisen und so deren Umsatz zu steigern. Die MVZ solcher Konzerne müssen also selbst nicht notwendigerweise Gewinn abwerfen. Bis 2015 war es auch Apotheken möglich, MVZ zu gründen. Deren Zweck bestand dann darin, möglichst viele der von der jeweiligen Apotheke vertriebenen Medikamente zu verschreiben. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren vor allem Private-Equity-Fonds in die Kritik geraten. Hierbei handelt es sich um Fonds, die Arztpraxen oder schon bestehende MVZ aufkaufen, um sie zu größeren Konzernen oder Praxisketten zusammenzuschließen und

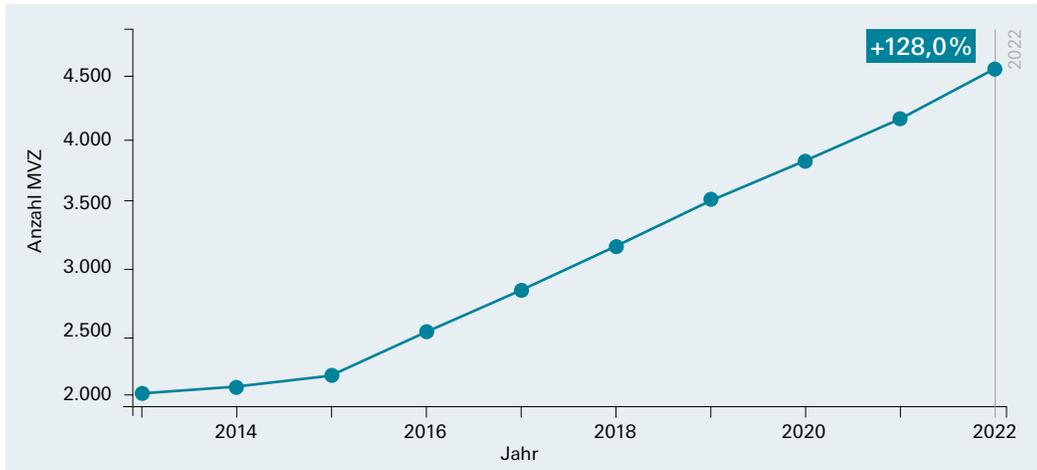
danach wieder gewinnbringend zu verkaufen. Die Folge sind häufige Eigentümerwechsel und ein besonders großer Druck, möglichst hohe Gewinne in möglichst kurzer Zeit zu erzielen.

Es gab nach 2004 mehrere Gesetzesänderungen, die darauf abzielten, den Einfluss privater Investoren zurückzudrängen. Es ging zumeist darum, den Kreis der Träger, die MVZ gründen dürfen, einzuschränken. So wurde der Trägerkreis 2012 auf zugelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser und die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen eingegrenzt, womit sichergestellt werden sollte, dass keine fachfremden Investoren in die ambulante Versorgung einsteigen. Allerdings können solche Investoren über den Erwerb von Krankenhäusern in den Besitz eines gründungsberechtigten Trägers gelangen. Oft werden daher Krankenhäuser gekauft, um MVZ gründen zu können. Da lediglich die Träger eines MVZ erfasst werden, gibt es bis heute keine Daten darüber, wie viele private Investoren tatsächlich im ambulanten Bereich tätig sind, da sie nicht den unmittelbaren Eigentümer bilden. Dieses Problem besteht auch für die freie Arztwahl. Patient*innen haben bis heute keine Möglichkeit – außer über eine aufwendige Recherche im Handelsregister – herauszufinden, ob die Praxis, zu der sie gehen, einem privaten Investor gehört, da

dies nirgendwo öffentlich einsehbar ist. Auch die MVZ-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) hilft hier nicht weiter, da sie nur nach Trägern unterscheidet. Im Jahr 2022 gab es 4.547 MVZ in Deutschland (siehe Abb. 1), davon befanden sich 2.146 (rund 47 Prozent) im Besitz zugelassener Ärzt*innen und 2.116 (rund 46 Prozent) im Besitz von Krankenhäusern. Zu Letzteren gehören aber auch öffentliche oder kommunale Kranken-

häuser, während an Unternehmen im Besitz von zugelassenen Ärzt*innen private Investoren beteiligt sein können, insbesondere wenn diese Kapital zum Expandieren brauchen. Daher ist der tatsächliche Einfluss privater Investoren schwer einzuschätzen. In der gesamten ambulanten Versorgung dürfte er aber noch nicht allzu hoch sein, da MVZ bisher immer noch weniger als 10 Prozent aller Arztpraxen ausmachen. Aber ihre Zahl wächst ste-

Abbildung 1: Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland 2013–2022



Quelle: KVB (o. J.)

tig und bei den beschäftigten Ärzt*innen fällt ihr Gewicht mit 16 Prozent aller zugelassenen Ärzt*innen schon etwas höher aus. Hinzu kommt, dass 2015 fachgleiche MVZ zugelassen wurden, also MVZ, in denen nur Ärzt*innen einer bestimmten Fachrichtung arbeiten. Seitdem stürzen sich private Investoren be-

sonders auf lukrative Fachbereiche. So gibt es in der Augenheilkunde und der Zahnmedizin laut Berichten einzelne investorengeführte MVZ-Konzerne, die regionale Märkte beherrschen und in einigen Städten bzw. Stadtteilen einen Großteil der übrigen Praxen entweder aufgekauft oder vom Markt verdrängt haben.

KOMMUNALE MVZ

Die Berichte und Skandale rund um von privaten Investoren betriebene MVZ haben diese in den letzten Jahren in Verruf gebracht. Dabei war die historische Grundidee einer medizinischen Versorgung aus einer Hand mit angestellten statt selbstständigen Ärzt*innen eigentlich auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für alle ausgerichtet. MVZ können hierfür viele Vorteile bieten, die im Folgenden noch einmal zusammengefasst werden.

Vorteile

MVZ bieten Ärzt*innen die Möglichkeit, als Angestellte tätig zu sein. Sie entlasten daher von Bürokratie, die eine selbstständige Tätigkeit mit sich bringt, und nehmen das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxisgründung. Da es sich bei MVZ oft um größere Praxen mit mehreren Ärzt*innen handelt, ermöglichen sie geregelte Arbeitszeiten und flexiblere Arbeitszeitmodelle (z. B. Teilzeit). Das ist ein Vorteil, wenn es um die Gewinnung von Ärzt*innen in Gegenden mit einer niedrigen Arztdichte geht, etwa in ländlichen Regionen oder an sozialen Brennpunkten. Vorteile für die Patient*innen sind längere Öffnungszeiten

und bei fachübergreifenden MVZ kürzere Wege, wenn Ärzt*innen mehrerer Fachrichtungen aufgesucht werden müssen oder weitere Untersuchungen notwendig sind, etwa in einer angeschlossenen Röntgenabteilung. Zudem können sich Ärzt*innen in einem MVZ fachübergreifend besser austauschen. Mehrfachdiagnosen fallen dadurch weg. Auch der Verwaltungsaufwand in einem MVZ mit mehreren Ärzt*innen ist geringer, als wenn jede*r für sich die Abrechnung in einer Einzelpraxis machen müsste. Das Gleiche gilt für Anschaffungs- und Instandhaltungskosten für medizinische Geräte. Zudem bieten MVZ bessere Fortbildungs- und Karriereöglichkeiten für Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte. Wird ein MVZ von einem Krankenhaus betrieben, können zudem unnötige Krankenhausaufenthalte minimiert werden, da eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich möglich wird.

Damit diese Vorteile in der Gesundheitsversorgung zum Tragen kommen, ist es jedoch unerlässlich, dass MVZ nicht zur Gewinnerzielung betrieben werden. Das Wohl der Patient*innen muss im Vordergrund stehen und nicht die

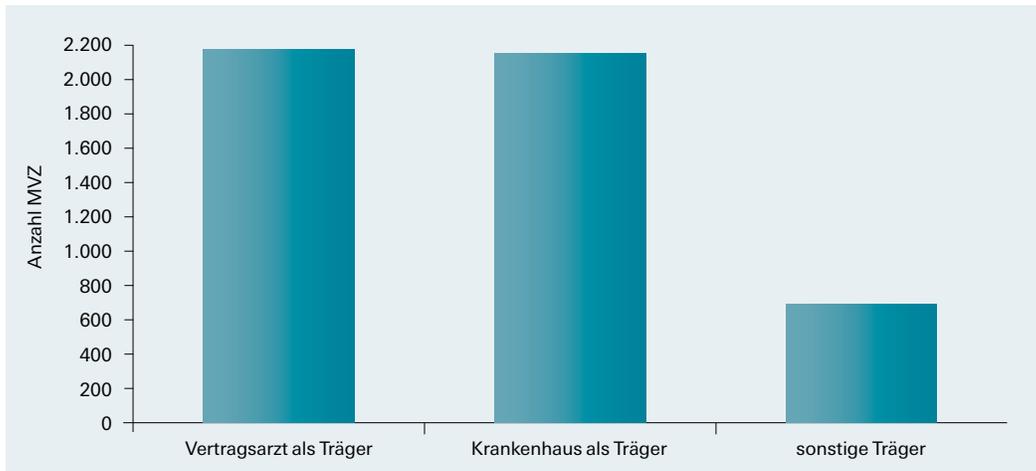
Möglichkeit, mit der Behandlung ihrer Krankheiten Geld zu verdienen.

Nicht alle MVZ befinden sich im Besitz privater Investoren. So gibt es wie bereits erwähnt MVZ, die von öffentlichen und kommunalen Kliniken betrieben werden. Diese stehen aber oft selbst unter großem ökonomischen Druck, sodass auch hier eine stärkere Erlösorientierung nicht ausgeschlossen ist. 2015 wurde der Trägerkreis zudem auch auf Wohlfahrts-

verbände, die in der medizinischen Versorgung tätig sind, und auf Kommunen ausgedehnt. In der Statistik der KVB fallen sie unter «sonstige Träger» (siehe Abb. 2). Ihr Anteil ist mit knapp 15 Prozent noch eher gering.

Viele Kommunen scheuen den Schritt, ein MVZ zu gründen, da sie keinerlei Erfahrung mit dem Betrieb von Arztpraxen haben. Aufgrund des Mangels an Ärzt*innen vor allem in ländlichen Gegenden sind in den vergangenen Jahren je-

Abbildung 2: Anzahl Medizinischer Versorgungszentren nach Trägern (2022)



Quelle: KBV (o. J.)

doch immer mehr Kommunen diesen Schritt trotzdem gegangen. Den Grundstock bildeten dabei oftmals Praxen von Ärzt*innen, die kurz vor der Rente standen und deren Wegfall eine empfindliche Lücke in der Versorgung gerissen hätte. Zudem kann durch die Übernahme einer bereits existierenden Praxis ein Grundstock an Patient*innen gesichert werden und im Idealfall auch eine zeitweise Weiterarbeit des ehemals selbstständigen Arztes, der so seine Erfahrung in den Aufbau eines kommunalen MVZ einfließen lassen kann. Geht dieser dann in Rente, kann seine Stelle ohne aufwendige Übernahmeverfahren vor den Zulassungsausschüssen der KV direkt wieder besetzt werden. Mit einem Anstellungsverhältnis und weiteren Anreizen lassen sich zudem jüngere Ärzt*innen leichter anwerben. Dabei muss eine Rechtsform gewählt werden, die sowohl mit dem Kommunalrecht als auch mit dem Sozialrecht vereinbar ist. Folgende Rechtsformen sind für kommunale MVZ möglich:

Eigen- und Regiebetrieb

Kommunale Eigen- und Regiebetriebe sind Unternehmen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Sie sind rechtlich unselbstständig. Eine gleichberechtigte Beteiligung anderer Leistungserbringer, etwa von Ärzt*innen, ist nicht möglich. Die Kommune haftet vollständig bei Zahlungs-

ausfällen und trägt somit das gesamte wirtschaftliche Risiko.

Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR)

Auch bei AöR haftet die Kommune bei Zahlungsausfällen und eine Beteiligung anderer Leistungserbringer ist nicht möglich. Im Unterschied zum Eigen- oder Regiebetrieb hat die AöR aber eine eigene Rechtspersönlichkeit und ist damit unabhängiger. Sie kann eigene Verträge abschließen, Grundstücke erwerben und vor Gericht ziehen oder verklagt werden. Auch Insolvenzverfahren sind möglich.

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Die GmbH ist eine Rechtsform aus dem privaten Unternehmensrecht, die weitere Teilhaber ermöglicht. Bei einer GmbH verlangen die KV aber unbegrenzte selbstschuldnerische Bürgschaften von allen Gesellschafter*innen. Das kollidiert mit der Haftungsbeschränkung für Kommunen. Kommunal- und Sozialrecht lassen sich hier also nicht so leicht vereinbaren. Daher wurde 2015 gesetzlich die Möglichkeit geschaffen, dass Kommunen anstelle von Bürgschaften auch Sicherheiten (Hypotheken, Unternehmensrisikoversicherungen) einbringen können. Eine weitere Reform im Jahr 2024, die sich zum Zeitpunkt der Abfassung

dieser Broschüre noch im Gesetzgebungsverfahren befand, soll es zudem ermöglichen, die Höhe solcher Sicherheitsleistungen zu begrenzen.

Wichtig bei allen Rechtsformen, aber besonders bei den privatrechtlichen, ist eine genaue Definition des Unternehmenszwecks, da sonst leicht eine ökonomische Ausrichtung in den Vordergrund rücken kann. Möglich ist auch die Rechtsform als gemeinnützige GmbH (gGmbH), bei der ein gemeinnütziger Zweck vorgeschrieben ist und keine Gewinne ausgeschüttet werden dürfen.

Genossenschaft

Hier sind die Kommunen Genossenschafter neben weiteren, etwa Ärzt*innen. Sie müssen jedoch eine Gründungsberechtigung für ein MVZ besitzen, weshalb Pflegekräfte, Therapeut*innen und medizinische Hilfsangestellte davon ausgeschlossen sind, jedoch als Angestellte in der Genossenschaft tätig sein dürfen. Im Unterschied zur GmbH haftet die Kommune nur mit ihrer eingebrachten Einlage. Genossenschaften sind auch unabhängiger. Die Kommune hat das gleiche Stimmrecht wie alle anderen Mitglieder. Es richtet sich nicht nach der Höhe der Anteile (wie bei der GmbH).

INTERDISZIPLINÄRE MODELLE

Da die medizinischen Versorgungsstrukturen in vielen Regionen unter anderem aufgrund der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft vor immer größeren Herausforderungen stehen, starteten in den vergangenen Jahren vermehrt Modellprojekte, die auf eine interdisziplinäre Versorgung unter einem Dach zielen. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, bei denen medizinische, therapeutische und weitere Dienstleistungen der Daseinsvorsorge zusammenarbeiten: Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, aber auch Pflegedienste, Sozialberatungsstellen bis hin zu Kindergärten. Ein Beispiel sind die vom Land Niedersachsen geförderten Regionalen Versorgungszentren (RVZ). Sie bestehen in ihrem Kern jeweils aus einem kommunalen MVZ mit weiteren, angegliederten Diensten. Ziele sind eine bedarfsgerecht ausgestaltete Infrastrukturalternative der Daseinsvorsorge und eine bessere Abstimmung und Koordination zwischen den verschiedenen Diensten, etwa zwischen Altenpflege und Hausärzt*innen. Durch die Bündelung an einem Ort sollen sie zudem von weniger mobilen Patient*innen besser erreicht werden können. In der Regel sind die RVZ im Dorfkern angesiedelt und dienen damit auch

dessen Wiederbelebung. Das ist eine durchaus zu begrüßende Entwicklung, die an den ursprünglichen Grundgedanken der Ambulatorien und Polikliniken anknüpft.

Daneben gibt es selbstverwaltete Modelle, meist von Gesundheitsaktivist*innen «von unten» initiiert, bei denen Ärzt*innen mit Pflegekräften, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und weiteren Berufsgruppen gleichberechtigt zusammenarbeiten. Auch die Patient*innen werden hier stärker eingebunden, wobei – etwa durch Beratungsangebote oder Treffpunkte – Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird. In den Blick genommen werden in solchen Projekten auch sogenannte soziale Determinanten von Gesundheit, beispielsweise die Auswirkungen von Lärm und Umweltbelastungen auf das Wohn- oder Arbeitsumfeld.

Obwohl auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt, haben solche Modellprojekte gemeinsam, dass sie einen umfassenderen Blick auf die Lebenssituation der Patient*innen werfen und auch die sozialräumliche Lebensumwelt berücksichtigen. Verhältnisprävention rückt darin stärker in den Fokus, wie schon in den historischen Konzepten zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie behandeln Gesundheitsver-

sorgung nicht als käufliche Dienstleistung für individuelle Kund*innen, sondern als gesamtgesellschaftlichen Gestaltungsauftrag. Zum Teil werden dabei die Sektorengrenzen zwischen «ambulant» und «stationär», die dafür eher hinderlich sind, aufgeweicht, etwa wenn Hausärzt*innen stärker mit Krankenhäusern und Pflegeheimen kooperieren.

Aber auch hier wittern private Investoren Chancen. Im Zuge der von Gesundheitsminister Karl Lauterbach seit 2022 vorangetriebenen Krankenhausreform ist die Umwandlung kleiner Krankenhäuser vor allem auf dem Land in «sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen» geplant. Neben Bettenabteilungen der Grund- und Notversorgung sollen ambulante medizinische und therapeutische Dienste unter einem Dach versammelt werden. Die Überwindung der Sektorengrenze dient hier aber vor allem dazu, Geld zu sparen und Geschäftsmöglichkeiten zu eröffnen. Statt im teureren stationären Bereich sollen mehr Menschen ambulant behandelt werden; kleine Krankenhäuser sollen leichter geschlos-

sen werden können. Privaten Investoren wird dabei ein weiteres Betätigungsfeld eröffnet. Investorenbetriebene MVZ können sich an solchen umgewandelten öffentlichen Krankenhäusern beteiligen, ohne sie formal kaufen zu müssen. Dadurch erlangen sie Zugriff auf öffentliche Infrastrukturen. Die neoliberale Vision solcher Konzepte sind regionale Gesundheitsmärkte unter Beteiligung oder komplett in der Hand privater Anbieter, die eine ausgedünnte Gesundheitsversorgung gewinn- und nicht bedarfsgerecht gestalten.

Um die Gesundheitsversorgung stattdessen am Wohl der Patient*innen auszurichten, ist daher eine wirkliche Bedarfsplanung wichtig, die ermittelt, welche Versorgungseinrichtungen regional vorhanden sind und welche gebraucht werden. Unerlässlich sind weiterhin kommunale oder gemeinwohlorientierte MVZ und Gemeinschaftspraxen als Eckpfeiler, um den gesellschaftlichen Zweck auch solcher interdisziplinärer Einrichtungen nicht in sein Gegenteil zu verkehren: zum Geldmachen auf Kosten der Gesellschaft und des Wohls der Patient*innen.

INTERVIEW MIT CHRISTINE BECKER, SALUTOCONSULT

Christine Becker ist freiberufliche Beraterin. Sie berät Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Prozesse und Modelle für die gesundheitliche Versorgung, inklusive Digitalisierung und Pflege. Sie war auch an der Konzeption und Gründung der Campus GO eG beteiligt, einer Gesundheits-Genossenschaft im Bayerischen Odenwald, im Dreiländereck zwischen Bayern, Hessen und Baden-Württemberg, die als erstes zentrales Vorhaben ein hausärztliches MVZ betreibt (siehe Abb. 3).

Wie kam es zur Gründung der Genossenschaft?

Das Besondere ist hier, dass insgesamt neun benachbarte Kommunen an der Gründung der Genossenschaft beteiligt waren, sogar länderübergreifend. Zum Gründerkreis gehören die Kommunen Amorbach, Eichenbühl, Kirchzell, Laudenschbach, Miltenberg, Rüdenu, Schneeberg und Weilbach in Bayern sowie das hessische Michelstadt mit seinem Ortsteil Vielbrunn, der direkt an der Grenze zu Bayern liegt. Außerdem ist ein Hausarzt Gründungsmitglied der Genossenschaft Campus GO eG.

Es heißt oft, dass Kommunen eine solche Zusammenarbeit ablehnen, da sie sich mit den Nachbarkommunen in einer Konkurrenz um Hausärzt*innen sehen. Gerade kleinere Orte auf dem Land sind aber für von außen in die Region kommende Ärzt*innen unattraktiv, da sie in der Regel eine weniger gute Infrastruktur haben, etwa was den öffentlichen Nahverkehr betrifft oder weiterführende Schulen. Wichtig sind auch das kulturelle Angebot, das soziale Klima und die Zusammensetzung der Bevölkerung. Ein Zusammenwirken der Kommunen ist daher bei Immobilienprojekten oder einem Gesundheitszentrum sinnvoll. Die Nutzer*innen kommen ja in der Regel aus einem Einzugsbereich von zehn bis zwölf Kilometern, die Erreichbarkeit und die Multifunktionalität des Standorts tragen also zum Erfolg bei.

Die Mitgliedskommunen der Campus GO eG hatten bereits langjährige Erfahrungen in der interkommunalen Zusammenarbeit. Bis auf die hessische Stadt Michelstadt mit ihrem Ortsteil Vielbrunn gehören alle beteiligten Kommunen der Odenwald-Allianz an. Dabei handelt es sich um einen interkommunalen Zusammen-

schluss, der schon seit circa zehn Jahren vom Amt für Ländliche Entwicklung Unterfranken auf der Grundlage eines gemeinsam entwickelten «Ländlichen Entwicklungskonzepts» (ILEK) gefördert wird. Gesundheitsversorgung stand dabei von Anfang an ganz oben auf der Liste. Den konkreten Anlass für die Gründung der Genossenschaft Campus GO eG bildete der zu erwartende Mangel an Ärzt*innen in der Region. Die bestehenden Praxen haben Schwierigkeiten, Nachfolger*innen zu finden.

Aktuell betreibt die Genossenschaft ein hausärztliches MVZ in Schneeberg. Im benachbarten Weillbach wird in circa zwei Jahren eine junge Nachwuchsärztin in die Genossenschaft wechseln. In Eichenbühl wurde bereits eine Filialpraxis realisiert, eine ähnliche Lösung ist für das hessische Vielbrunn geplant.

In einem neuen Gebäudekomplex in Amorbach soll zudem ein Gesundheitszentrum entstehen, das unterschiedlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen, die im Sinne der gemeinsamen Patientenklientel besser zusammenarbeiten wollen, günstigere Rahmenbedingungen bietet. Das von der Genossenschaft betriebene hausärztliche MVZ wird vom jetzigen Standort Schneeberg nach Amorbach wechseln. Daneben soll es weitere Angebote im Gesundheitszentrum geben: Psychotherapie, Apotheke, spezialisierte Pflegeangebote (z. B. ein pfle-

gerisch geführtes ambulantes Wundzentrum) und ein Sanitätshaus.

Auch die bereits erwähnten Präventionsprojekte sollen in die Genossenschaft integriert werden. Das Ziel ist eine intensive und systematische Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Dazu zählt eine engere Kooperation mit Krankenhäusern und weiteren ärztlichen und therapeutischen Praxen in der Region. Das Ganze folgt einem Public-Health-Ansatz.

Was mir dabei gefällt: dass die Kommunen sich zunehmend ihrer Verantwortung für Gesundheit und Pflege als wichtigen Faktoren der Daseinsvorsorge und Lebensqualität bewusst werden. Im Vordergrund steht bei ihnen nicht die Verbesserung der Einnahmen oder gar das Abschöpfen von Überschüssen. Die Kommunen nehmen die gesamte Bevölkerung in den Blick, nicht nur Patient*innen oder Krankheitsbilder.

Oft werden kommunale MVZ als GmbH geführt. Warum haben Sie die Genossenschaft als Rechtsform gewählt?

Bei einem kommunalen Zweckverband wäre es nicht möglich gewesen, Ärzt*innen gleichberechtigt einzubeziehen, und eine GmbH wäre organisatorisch aufwendiger gewesen. Wenn jemand dazukommt oder geht, muss das jedes Mal notariell beglaubigt werden. Die Mitgliedschaft in einer Genossenschaft ist dagegen we-

sentlich unkomplizierter möglich. Auch andere Praxen oder Krankenhäuser können Mitglied der Genossenschaft werden. Voraussetzung ist jeweils die Gemeinwohlorientierung, wie sie in der Satzung der Campus GO eG festgeschrieben wurde. Zudem müssen Mitglieder aufgrund der gesetzlichen Regelungen die Gründereigenschaft für ein MVZ besitzen.

Die Gründung der Campus GO eG wurde von der DIOMEDES GmbH organisiert, die ihre Erfahrungen mit der Gründung mehrerer MVZ-Genossenschaften in Baden-Württemberg einbrachte. So ist auch überregional ein Erfahrungsaustausch möglich.

Wie ist es Ihnen gelungen, Ärzt*innen für die Genossenschaft zu gewinnen?

Ein Hausarzt, der nur noch wenige Jahre arbeiten möchte, hat seine Praxis in die Genossenschaft eingebracht. Er war bereit weiterzuarbeiten, aber nicht mehr allein und in Vollzeit, daher war das für ihn eine willkommene Alternative. Er hat außerdem eine Weiterbildungsbefugnis, wodurch wir einen zweiten Arzt in Ausbildung hinzugewonnen haben. Ein weiterer Arzt in Amorbach, der ebenfalls kurz vor der Rente steht, will seine Praxis ebenfalls einbringen. Seine Tochter hat ihr Medizinstudium abgeschlossen und befindet sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie

will gerne die Patient*innen ihres Vaters übernehmen, aber nicht gleich zu Beginn ihrer Berufsausübung in Vollzeit arbeiten und die volle Verantwortung tragen. Wenn sie sich später dafür entscheidet, kann sie das dann immer noch machen. Gerade für jüngere Ärzt*innen sind das MVZ und die Genossenschaft eine attraktive Option für den Berufseinstieg. Die Älteren, die in Rente gehen, können zudem Steuern sparen, wenn sie nach der Übergabe noch eine Weile in der Praxis weiterarbeiten.

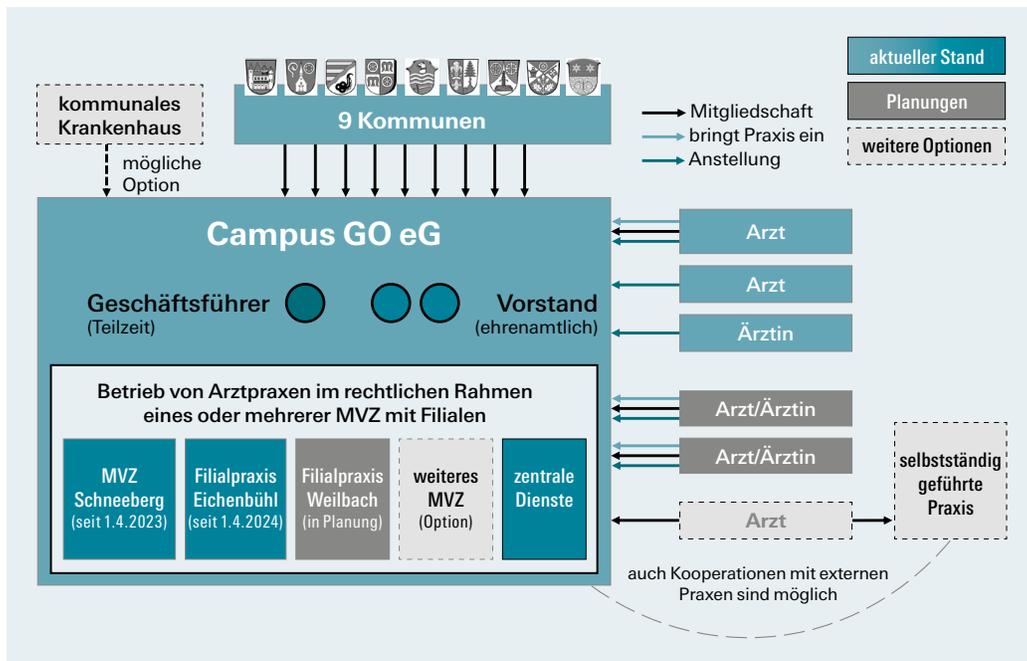
Gab es eine Form der Bedarfsplanung?

In Zusammenarbeit mit dem Team von Prof. Dr. Jürgen Zerth (damals WLH Fürth, jetzt KU Eichstätt) habe ich bereits für die Pilotprojekte zur Präventionsförderung eine Bedarfserhebung durchgeführt, weil das eine Anforderung der AOK war. Dafür haben wir Befragungen in den Kommunen und mehrere Interviews mit Expert*innen und Ärzt*innen durchgeführt. Dabei habe ich festgestellt, dass es generell wenig Wissen über die Angebote in der Region gibt. Auch hier soll die Genossenschaft Abhilfe schaffen – durch eine engere Vernetzung und Kooperation von beispielsweise Ärzt*innen und Vereinen für Gesundheitssport. Das neue Gebäude des Gesundheitszentrums wird direkt an einen Schulcampus angrenzen. Daher könnten dort auch Schulgesundheitsfachkräf-

te eingesetzt werden. Meine Vision geht sogar so weit, dass ich gerne von einem Familiengesundheitszentrum, also einem Primärvorsorgungszentrum für alle Generationen, spre-

chen würde: mit fachlicher Zusammenarbeit von Allgemein- und Kindermedizin inklusive Hebammen sowie Frauenheilkunde, mit Psychotherapeut*innen und Beratungsangeboten

Abbildung 3: Struktur der Campus GO eG mit Kooperationsoptionen



Quelle: DIOMEDES GmbH 2024

für soziale Themen. Demnächst hat die Region Bayerischer Odenwald die Möglichkeit, als eine von bundesweit drei Modellregionen das System daviplan zu nutzen, das Daten zur Bevölkerungsentwicklung, Infrastruktur und Gesundheitsversorgung zusammenführt und in einem Geoinformationssystem sichtbar macht. Damit werden auch Möglichkeiten der engeren Zusammenarbeit mit den angrenzenden Landkreisen in Hessen und Baden-Württemberg in den Blick genommen.

Was sind wichtige Erfolgsfaktoren von Vorhaben wie der Campus GO eG?

Nach meiner Erfahrung haben solche Vorhaben besonders dann Erfolg, wenn sie von übergeordneten Strukturen unterstützt werden, wie hier von der Bayerischen Landesregierung. Es kommt aber auch sehr darauf an, wie gut einzelne Kommunalpolitiker*innen

vernetzt sind. Der Bürgermeister von Amorbach, Peter Schmitt (CSU), der auch der Genossenschaft vorsteht, ist ein sehr umtriebiger Mensch und erfolgreicher Netzwerker. Etwas nachteilig ist die periphere Lage der Region, die sonst wenig Aufmerksamkeit der Landesregierung genießt. Deshalb musste Schmitt immer wieder nach München und Nürnberg pendeln, um dort für die Projekte der Odenwald-Allianz und der Campus GO eG zu werben. Letztlich hat sich das aber ausgezahlt. Weitere wichtige Erfolgsfaktoren sind gut informierte und einsatzbereite Wahlkreisabgeordnete der demokratischen Parteien, die sich auf Landes- und Bundesebene immer wieder für ihre Region einsetzen. Und natürlich benötigt man für solche Vorhaben auch einen vertrauensvollen Austausch mit der Kassenärztlichen Vereinigung und mit den in der Region bedeutenden Krankenkassen.

WAS BLEIBT ZU TUN?

Wie gezeigt wurde, bieten kommunale MVZ Chancen für eine gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung, die auf Kooperation statt auf Konkurrenz setzt und sich am Wohl der Patient*innen und nicht am Gewinn orientiert. Sie können wichtige Eckpfeiler einer regionalen Planung und Gestaltung der Daseinsvorsorge sein, in deren Rahmen sich verschiedene Berufsgruppen und Einrichtungen sektorenübergreifend und interdisziplinär vernetzen. Wichtig ist dabei ein umfassender Gesundheitsbegriff, der die gesamte Bevölkerung und nicht nur den oder die einzelne Patient*in in den Blick nimmt und auch auf Verhältnisprävention setzt. Bisher führen kommunale MVZ aber noch ein Nischendasein. Es gibt zahlreiche strukturelle und rechtliche Hindernisse, die es zu beseitigen gilt, um die Möglichkeiten voll ausschöpfen zu können.

Transparenz

Es braucht dringend gesetzliche Regelungen für die Offenlegung von Eigentumsverhältnissen auch bei Trägergesellschaften von MVZ. Das ist allein schon dafür notwendig, eine Datengrundlage zu schaffen, um den tatsächlichen Einfluss privater Investoren und die Aus-

wirkungen ihrer Tätigkeit auf die ambulante Versorgung ermitteln zu können. Eine verpflichtende Nennung der direkten und indirekten Eigentümer von MVZ etwa auf Arztportalen wäre auch im Sinne der freien Arztwahl zu begrüßen.

Finanzierung

Die Vergütung im ambulanten Bereich schafft Anreize, einerseits möglichst viele und möglichst lukrative Behandlungen durchzuführen, die nicht immer zum Besten der Patient*innen sind, andererseits Patient*innen abzuwimmeln. Sie koppelt das Einkommen von Ärzt*innen immer noch viel zu eng an medizinische Leistungen. Für eine Gesundheitsversorgung, die sich am Wohl der Patient*innen orientiert, wäre eine zweckgebundene und kostendeckende Finanzierung zu bevorzugen. Dabei würden die notwendigen Kosten einschließlich eines auskömmlichen Einkommens für die Ärzt*innen und Praxisbeschäftigten gedeckt, aber weder Gewinne noch Verluste zugelassen. Damit würde sich ein Einstieg privater Investoren nicht mehr lohnen. Das wäre eine effektivere Vorgehensweise als Einschränkungen des Trägerkreises, die immer auch die Handlungs-

möglichkeiten für gemeinwohlorientierte oder kommunale Akteure begrenzen.

Überwindung der Sektorengrenzen

Für die Planung und Gestaltung einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung sind die Sektorengrenzen ein Hindernis. Sie schaffen Parallelstrukturen und lassen Krankenhäuser und Arztpraxen um Patient*innen konkurrieren. Statt den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung den KV zu überlassen,

sollte unter Beteiligung aller Betroffenen (auch der Bevölkerung) sektorenübergreifend festgelegt und zur Verfügung gestellt werden, was für eine gute Versorgung notwendig ist. MVZ können dabei eine Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich bilden, zum Beispiel durch eine enge Verzahnung mit Krankenhäusern. Überflüssige stationäre Aufenthalte könnten so minimiert und Patient*innen, bei denen es notwendig ist, in das nächste geeignete Krankenhaus überwiesen werden.

GLOSSAR

Ambulatorium:

ähnlich den Polikliniken und Institutsambulanzen bis ins 19., teilweise ins 20. Jahrhundert hinein meist Einrichtungen von Krankenhäusern, in denen sich Patient*innen umsonst ambulant behandeln lassen konnten. In der Weimarer Republik und in der DDR wurden darunter eigenständige ambulante Behandlungseinrichtungen verstanden, in denen Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen oft als Angestellte tätig waren.

Benchmarking:

Instrument der Wettbewerbsanalyse, bei dem kontinuierlich mithilfe von Kennzahlen verglichen wird; Ziel ist dabei oft, die Verfahren und Methoden zu ermitteln, mit denen am meisten Gewinn erzielt wird, außerdem wird so beständig Druck erzeugt, sich gegenseitig zu übertreffen.

Daseinsvorsorge:

staatliche Aufgabe, Güter und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen, die für das menschliche Dasein notwendig sind; dazu zählen neben elementaren Gütern wie Energie und Wasser auch Bildung, soziale Dienste und Gesundheitsversorgung.

Dialyse:

Verfahren zur Blutreinigung bei Nierenversagen

Kassenärztliche Vereinigung (KV):

Körperschaft des öffentlichen Rechts, die öffentliche Aufgaben ausübt; dazu gehören die Planung und Zulassung von Praxen für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen; Mitglieder sind alle Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die für die Behandlung von Kassenpatient*innen zugelassen sind. Es gibt KV auf Bundes- und Landesebene.

konservative Therapie:

medizinische Behandlung ohne chirurgische Eingriffe

Krankenhausreform:

Reformvorhaben von Gesundheitsminister Karl Lauterbach (2024), das die Vergütung von stationären Leistungen, aber auch die Struktur der Krankenhausversorgung betrifft. Erklärtes Ziel ist eine stärkere Zentralisierung der Krankenhauslandschaft. Insbesondere kleine Krankenhäuser sollen nicht mehr alle Behandlungen durchführen, sondern nur noch eine Grundversorgung bereit-

stellen. Zugleich sollen sie für ambulante Dienste wie Arztpraxen und MVZ geöffnet werden.

Onkologie:

Fachrichtung der Inneren Medizin, die sich mit Krebserkrankungen beschäftigt

Poliklinik:

siehe **Ambulatorium**

Prävention:

Verbeugung vermeidbarer Krankheiten und Gesundheitsschäden; kann individuell als eine gesündere Lebensführung verstanden werden (Verhaltensprävention) bzw. umfassender auch als Maßnahmen, Gesundheitsrisiken im Arbeits- und Wohnumfeld zu senken, etwa Lärm- und Staubbelastungen oder Belastungen durch giftige Stoffe (Verhältnisprävention).

Primärversorgungszentrum:

Modellprojekt, bei dem Ärzt*innen mit weiteren Gesundheits- und sozialen Berufen unter einem Dach zusammenarbeiten; auch Erstanlaufstelle für Patient*innen, die hier über Beratungsstellen an verschiedene Versorgungs- und Präventionsangebote vermittelt werden.

Private-Equity-Fonds:

Investmentfonds, der an mehreren Unternehmen

beteiligt ist. Die Anleger*innen solcher Fonds interessiert allein die Rendite, die dabei erzielt wird. Meist kaufen Private-Equity-Fonds Unternehmen auf, um sie kurze Zeit später wieder gewinnbringend zu verkaufen. Dies wird erreicht, indem sie Unternehmen auf hohe Rendite trimmen, sie zerschlagen oder fusionieren.

Public Health:

auch öffentliche Gesundheitspflege, befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung und hat einen umfassenderen Gesundheitsbegriff, bei dem es stärker um Prävention und die sozialen Determinanten der Gesundheit (soziale, politische und ökonomische Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken) geht.

Verhältnisprävention:

siehe **Prävention**

QUELLENVERZEICHNIS

Baars, Christian/Blum, Petra/Roesner, Brid/Ruprecht, Anne (2022):

Spekulanten greifen nach Arztpraxen, Das Erste: Panorama, 7.4.2022, unter: <https://daserste.ndr.de/panorama/archiv/2022/Spekulanten-greifen-nach-Arztpraxen,arztpraxen112.html>.

Bieckmann, Rabea/Heinze, Rolf G./Schönauer, Anna-Lena (2022):

Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen. Endbericht für das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, Bochum.

Bobsin, Rainer (2022):

Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren. Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations-

Internationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse, im Juni 2022 überarbeiteter Beitrag aus: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin 4, Dezember 2021.

Bobsin, Rainer (2023):

Konzerne kaufen Arztpraxen. Ein Arbeits- und Diskussionspapier, Hannover.

Bobsin, Rainer (2024):

Warum verzichtet Gesundheitspolitik erneut darauf, Transparenz über die Eigentumsverhältnisse bei Arztpraxen herzustellen? Diskussionspapier zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.4.2024, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG).

Campus GO eG (2023):

Eine Genossenschaft zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung, Presseinformation

anlässlich des Besuchs von Staatsminister Holetschek am 24.3.2023 und der Inbetriebnahme des ersten MVZ der Genossenschaft Campus GO eG Anfang April 2023 in Amorbach.

Deppe, Hans-Ulrich (1987):

Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt a. M.

Dittrich, Hauke-Christian (2024):

Wie ein kommunales MVZ mit Senior-Ärzten die Versorgung sichert, in: Ärztezeitung, 14.1.2024, unter: <https://bit.ly/45EpiKJ>.

Gesundheits-AG der Interventionistischen Linken (IL) Berlin (2020):

Polikliniken 2.0? Ein Interview mit den Gesundheitskollektiven aus Berlin, Hamburg und Köln, in: *arranca!* 54, S. 27–31.

Helmers, Kai-Uwe (2021):

Ökonomie und Medizin.

Zur Entwicklung des Gesundheitssystems unter besonderer Berücksichtigung der gegenwärtigen politischen Ökonomie, Frankfurt a. M.

Hodek, Jan-Marc (2021):

Das deutsche Gesundheitssystem für Dummies, Weinheim.

Internationale Forschungsstelle DDR (2022):

«Sozialismus ist die beste Prophylaxe!». Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.):

Gesundheitsdaten Medizinische Versorgung, unter:

<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>.

Krumbiegel, Heike (2007):

Polikliniken in der SBZ/DDR. Konzeption und Umsetzung öffentlicher, poliklinischer

Einrichtungen unter der besonderen Berücksichtigung Brandenburgs, Frankfurt a. M.

KVB Forum 3/2021:

Mitgliedermagazin der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sonderausgabe MVZ.

Ladurner, Andreas/Walter, Ute/Jochimsen, Beate (2020):

Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Rechtsgutachten erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit, Aalen u. a.

Müller, Susanne/Köppl, Bernd (o. J.):

Von der Poliklinik zum Medizinischen Versorgungszentrum, Schriftenreihe BMVZ e. V., Berlin.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (o. J.):

Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen

Gesundheitswesen, Stuttgart.

Schmid, Andreas/Hacker, Jan/Rinsche, Florian/Distler, Franziska (2018):

Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser, hrsg. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berlin.

Solidarisches Gesundheitswesen/VdÄÄ/VdPP (Hrsg.) (2022):

Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bestandsaufnahme und Veränderungsbedarf. Ein Gesprächsangebot, Frankfurt a. M.

Thiele, Petra/Brauer, Wolfgang (2023):

Geschäftsmodell Gesundheit: Warum Investoren Arztpraxen kaufen, SWR, 7.8.2023, unter: www.swrfernsehen.de/marktcheck/geschäft-gesundheit-mvz-investor-in-der-arzt-praxis-100.html.

ZUM THEMA



Christoph Trautvetter
**Mit kostendeckenden
Fallpauschalen zum
Milliardär**
Der Fall Asklepios und das
deutsche Gesundheitswesen
Dezember 2023

Download unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/51423](http://www.rosalux.de/publikation/id/51423)



Charlotte M. Kugler,
Dawid Pieper
**Maßnahmen zur
Bekämpfung des Ärzt*innen-
mangels in Brandenburg**
Erfolgreiche Ansätze
aus anderen Regionen
April 2024

Download unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/51864](http://www.rosalux.de/publikation/id/51864)



Dietmar Lange
**Reform der Krankenhaus-
finanzierung**
Die Vorschläge der Regierun-
gskommission und der Einfluss
neoliberaler Gesundheits-
ökonom*innen
August 2023

Download unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/50826](http://www.rosalux.de/publikation/id/50826)



Herausgeberinnenkollektiv
Schwarzbuch Krankenhaus
Das Schweigen brechen
Mai 2023

Download und Bestellung unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/50301](http://www.rosalux.de/publikation/id/50301)



Jan Bruno Gerkens,
Jens Havemann, Friedrich Paun,
Patrick von Brandt
**Unsere Motivation:
Menschen vor Profit**
Die Tarifaueinandersetzung
in den Asklepios-Kliniken
in Seesen
luxemburg beiträge Nr. 12
Juli 2022

Download und Bestellung unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/46795](http://www.rosalux.de/publikation/id/46795)



Barbara Fried, Alex Wischnewski
(Hrsg.)
**Care-Arbeit
vergesellschaften**
Kommunalpolitische
Werkzeugkiste für eine
«Sorgende Stadt»
Mai 2024

Download und Bestellung unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/52058](http://www.rosalux.de/publikation/id/52058)



Ohne uns geht gar nix!

Der lange Arbeitskampf
der Berliner Krankenhaus-
bewegung

[www.rosalux.de/mediathek/
media/element/1729](http://www.rosalux.de/mediathek/media/element/1729)



Dossier **Gesundheit und Pflege – prekär und umkämpft**

[www.rosalux.de/gesundheits-
und-pflege](http://www.rosalux.de/gesundheits-und-pflege)



Dossier **Arbeitskämpfe um Gerechtigkeit**

[www.rosalux.de/dossiers/
arbeitskaempfe-um-gerech-
tigkeit](http://www.rosalux.de/dossiers/arbeitskaempfe-um-gerechtigkeit)



Jane McAlevey, Abby Lawlor
**Machtaufbau in
Tarifverhandlungen**
Fallbeispiele aus den USA
und Deutschland
Mai 2023

Download und Bestellung unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/50330](http://www.rosalux.de/publikation/id/50330)



Jane McAlevey
Macht. Gemeinsame Sache.
Gewerkschaften, Organizing
und der Kampf um die
Demokratie
August 2021

Download und Bestellung unter:
[www.rosalux.de/publikation/
id/44215](http://www.rosalux.de/publikation/id/44215)

Impressum

Herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISBN Print: 978-3-948250-88-1 · ISBN Online: 978-3-948250-89-8

Redaktionsschluss: Juni 2024

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.



**ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG**