

Stellungnahme des BBMV e.V.

zu dem

Entschließungsantrag des Bundesrates „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“

Drucksache 211/23

1. Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ.....	2
2. Einführung eines gesonderten MVZ-Registers.....	2
3. Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern.....	3
4. Begrenzung des Versorgungsanteils für ärztliche MVZ.....	7
5. Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V.....	10
6. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“.....	10
7. Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für Eigeneinrichtungen der KV.....	11
8. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ.....	12
9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ.....	13

1. Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxisschild, inklusive der Angabe der Rechtsform (MVZ-Schilderpflicht).

2. Einführung eines gesonderten MVZ-Registers

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Einführung eines gesonderten MVZ-Registers, in dem auch die nachgelagerten Inhaberstrukturen offenzulegen sind, und Schaffung einer Verpflichtung zur Eintragung in das Register als Zulassungsvoraussetzung für MVZ. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden als registerführende Stellen bestimmt. Die nachgelagerten Inhaberstrukturen sind der Öffentlichkeit gegenüber durch geeignete Einsichtsrechte in das MVZ-Register offenzulegen. Hierfür werden das SGB V sowie die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte entsprechend geändert.

Stellungnahme:

Das Ziel, eine höhere Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten, aber auch eine verbesserte Strukturtransparenz zu erzielen, unterstützt der BBMV.¹ Eine solche Transparenz erscheint geeignet, die Diskussion über nichtärztliche Investitionen in die ambulante Versorgung in Zukunft zu versachlichen und eine Datengrundlage zu schaffen, aus der tatsächlicher Handlungsbedarf abgelesen werden kann.

Die in Punkt 1 vorgeschlagene Schilderpflicht muss sich an dem Erkenntnisinteresse der Patientinnen und Patienten orientieren. Aus Sicht des BBMV sind daher die entscheidenden Angaben, der Name des MVZ, der Name der ärztlichen Leitung und ggf. die Rechtsform. Diese Angaben müssen für alle MVZ ungeachtet der Rechtsform und Trägerschaft gelten.

Mit Blick auf die Einführung eines gesonderten MVZ-Registers, ist die konkrete Ausgestaltung entscheidend, mit der sich das verfolgte Ziel einer höheren Strukturtransparenz erreichen lässt. Ablehnend steht der BBMV einer „lex specialis“ ausschließlich für MVZ bzw. für MVZ in bestimmten Trägerschaften gegenüber. Eine solche Transparenz- und Kennzeichnungspflicht nur für MVZ oder bestimmte Träger- oder Inhaberschaften verstößt gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Grundgesetz² und trägt nicht zum allgemeinen Erkenntnisgewinn über die Strukturen in der ambulanten Versorgung bei.

¹ Stauch-Eckmann: „Wir haben mit Transparenz kein Problem“, Ärzte Zeitung, Nr. 40, 03.06.2022, [Link](#)

² Burgi: Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren, 2023, [Link](#)

Das Ziel einer höheren Transparenz über die Strukturen der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung kann besser über eine Erweiterung der Ärzte-Zulassungsverordnung um entsprechende Strukturdaten erreicht werden. Darüber hinaus liegen den Zulassungsausschüssen alle relevanten Daten für eine solche Strukturtransparenz vor. Hier sollte geprüft werden, ob Teile dieser Daten unter Beachtung des Datenschutzes und dem Grundsatz der Datensparsamkeit nutzbar gemacht werden können. So kann auch sichergestellt werden, dass die Strukturtransparenz nicht nur MVZ, sondern alle Leistungserbringer umfasst und Entwicklungen in der ambulanten Versorgung in ihrer Gesamtheit sichtbar werden.

3. Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für (zahn-)ärztliche MVZ. In räumlicher Hinsicht sollte eine Beschränkung auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen, normiert werden. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind jeweils Ausnahmen vorzusehen.

Stellungnahme:

Die Forderung einer räumlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis von MVZ für Krankenhäuser ist aus versorgungspolitischen sowie verfassungs- und europarechtlichen Erwägungen strikt abzulehnen, sofern die Gründungsbefugnis für MVZ nicht insgesamt geöffnet wird.

Bereits im Gesetzgebungsprozess zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) traten die Bundesländer mit dieser Forderung auf, die nach Prüfung durch die Bundesregierung im weiteren Verfahren verworfen wurde. Insofern erstaunt es, dass der Bundesrat trotz der Diskussion zum TSVG und den Erkenntnissen aus dem Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit³, aber auch durch das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Burgi zu den verfassungs- und europarechtlichen Grenzen einer weitergehenden MVZ-Regulierung⁴, erneut eine Variante dieser Forderung erhebt.

Die Gutachterinnen und Gutachter im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kommen aus versorgungspolitischer Sicht zu dem Schluss, dass „gewichtige Gründe“ gegen eine räumliche

³ Ladurner et al., Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, November 2020, S. 118-119, [Link](#).

⁴ Burgi 2023., [Link](#)

Einschränkung sprechen und „zum anderen eröffnet die Möglichkeit einer fach- und ortsunabhängigen MVZ-Gründung auch Vorteile für die Versorgung der Versicherten, die nicht leichtfertig aufgehoben werden sollten“. ⁵

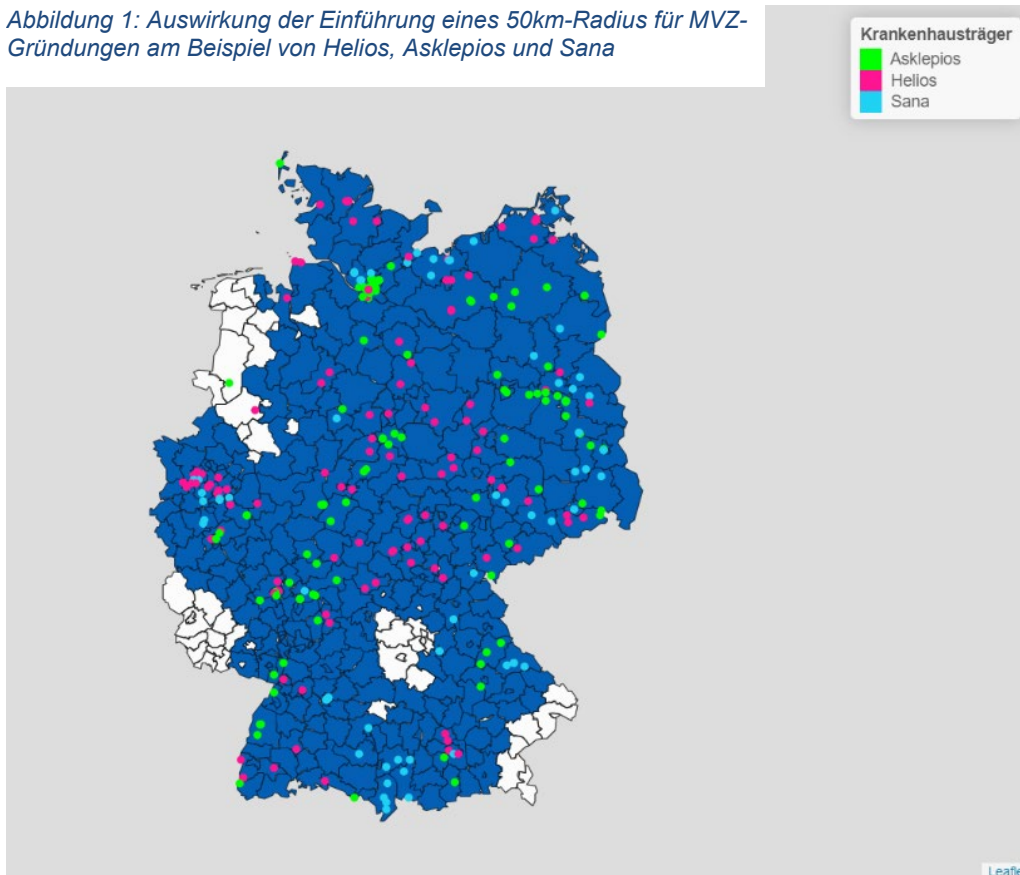
Als wesentlicher Vorteil wird die Möglichkeit zum Aufbau größerer Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich genannt. Solche überregionalen MVZ-Gruppen treiben die Professionalisierung der Infrastruktur, etwa im Bereich der Digitalisierung und einheitlicher Qualitätsstandards voran. Sie ermöglichen es den Betreibern, gesundheitsökonomisch erwünschte Skaleneffekte und Effizienzgewinne zu heben, die sich auch positiv auf die Patientenversorgung auswirken: längere Öffnungs- und Sprechstundenzeiten, Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, modernere Ausstattung und Medizintechnik sowie die Versorgung in ländlichen Regionen mittels Zweigpraxen, deren alleiniger Weiterbetrieb unökonomisch wäre. Hierbei spielen auch Weiterbildungsangebote, Wissenstransfer und Austausch innerhalb solcher größeren MVZ-Gruppen zwischen den Ärztinnen und Ärzten eine bedeutende Rolle. Mit Hilfe einer digitalen Infrastruktur kann Spezial- und Expertenwissen flächendeckend zur Verfügung gestellt werden, wovon gerade ländliche Regionen profitieren. Auch die Aus- und Weiterbildung sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von medizinischem Fachpersonal im ambulanten Bereich können in solchen Gruppen getragen werden.

Folgt man der Forderung des Bundesrates, werden Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhaus-Gruppen und Einzelkrankenhäusern darüber hinaus verstärkt. Obwohl die Länder die räumliche Einschränkung mit dem Ziel begründen, „Monopoltendenzen“ zu verhindern, befördert die vorgeschlagene Regelung Konzentrationsprozesse. Statt einen patientenorientierten Qualitätswettbewerb zwischen einer Vielzahl an unterschiedlichen Leistungserbringern zu fördern, wollen die Länder die Zahl der möglichen Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung innerhalb eines 50km-Radius einschränken. Gerade große Krankenhaus-Gruppen, die bereits heute an mehreren Standorten agieren, hätten bei der räumlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis weiterhin die Möglichkeit zur flächendeckenden MVZ-Gründung (siehe Abbildung 1). Damit führe „die Regelung tendenziell zu einer Konzentration von MVZ in wenigen Händen und erscheint ungeeignet, die Zahl unterschiedlicher MVZ-Träger zu erhöhen.“, wie bereits 2020 im BMG-Gutachten festgestellt wird.

Im Gegensatz zu der Diskussion über den Umgang mit regionalen Anbieterdominanz, die inhärent in der Zulassungsbeschränkung begründet sein kann, würde eine räumliche Einschränkung somit zu tatsächlichen Monopol- oder Oligopolstrukturen bei MVZ-Trägern führen.

⁵ Ladurner et al. 2020, S.118-119.

Abbildung 1: Auswirkung der Einführung eines 50km-Radius für MVZ-Gründungen am Beispiel von Helios, Asklepios und Sana



Das BMG-Gutachten verweist in diesem Zusammenhang auf den Vorteil einer reduzierten Gefahr unerwünschter „Selbstzuweisung“ bei räumlicher und fachlicher Distanz zwischen Trägerkrankenhaus und MVZ. Sie ziehen in Zweifel, dass „primär an medizinischen Vorgaben orientierte Führung bei örtlicher Nähe zwischen Träger und MVZ oder bei Trägern mit fachlicher Nähe zum MVZ gewährleistet wäre [...]. Es kann gerade nicht angenommen werden, dass ein Träger bei weiter vom Krankenhaus entfernten und/oder fachfremden MVZ stärkeren Einfluss auf die ärztliche Behandlung im MVZ nimmt als bei örtlichen oder fachlich näher liegenden MVZ“.⁶

Letztendlich stehen auch Verfassungs- und Europarecht einer solchen Einschränkung entgegen. Sie stellen aus verfassungsrechtlicher Sicht eine Verletzung der gemäß Art. 12 GG geschützten Berufsfreiheit dar.⁷ Zwar kann der Gesetzgeber einen Eingriff in die Berufsfreiheit vornehmen, allerdings hat das Bundesverfassungsgericht hohe Hürden dafür festgelegt. So ist eine entsprechende Beschränkung verfassungsrechtlich nur zulässig, wenn sie dem Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter dient und verhältnismäßig ist, also geeignet, erforderlich und angemessen

⁶ Ladurner et al. 2020, S. 120.

⁷ Burgi 2023., [Link](#)

im Verhältnis zum verfolgten Gemeinwohlbelang. Ein solches Rechtsgut kann zwar der Gesundheitsschutz der Bevölkerung sein, allerdings reicht zur Begründung einer Einschränkung für MVZ mit nichtärztlichen Kapitalgebern das „bloße ‚Herbeireden‘ von Gefahren insbesondere durch Interessenvertreter“⁸ nicht aus.

Laut Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit existiert keine Evidenz für eine Gefährdung der Versorgung durch MVZ und MVZ-Gruppen mit nichtärztlichen Kapitalgebern. Somit unterliegen Eingriffe in die Berufsfreiheit der MVZ-Träger einem wachsenden Legitimationsdruck. Ladurner et al. betonen, dass der Gesetzgeber sogar dazu verpflichtet sein kann, bei bereits in der Vergangenheit vorgenommenen Einschränkungen auf Grundlage von Prognosen nachzubessern, „um diese unter veränderten tatsächlichen Bedingungen oder angesichts veränderter Erkenntnislage mit der Verfassung in Einklang zu halten“. Eine Diskussion über die Liberalisierung der Gründungseigenschaften für MVZ und die Abschaffung des 2012 eingeführten „Krankenhauserfordernisses“ erscheint vor diesem Hintergrund angezeigt.

Europarechtlich fragwürdig ist der von dem Bundesrat eingebrachte Vorschlag hinsichtlich eines möglichen Verstoßes gegen die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49, 54 AEUV. Auch hier ist ein „Eingriff in die Niederlassungsfreiheit [...] nur dann zulässig, wenn zwingende Gründe des Allgemeininteresses diesen rechtfertigen und das Mittel hierfür geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist“.⁹ Das solche Gründe fehlen, wurde oben dargestellt.

Prof. Dr. Martin Burgi, Ordinarius für Öffentliches Recht und Europarecht an der LMU München kommt somit in seinem Rechtsgutachten zu den Grenzen und Hürden einer weiteren MVZ-Regulierung mit Blick auf die im Entschließungsantrag vorgeschlagene Regelung zu dem Schluss:

„Der Vorschlag „eines Verbots von MVZ ohne örtlichen (und fachlichen) Bezug zu einer Klinik stellt der Intention nach und in der Sache ein Verbot von klinikunabhängigen MVZ, und damit insbesondere von näpkMVZ [MVZ mit nichtärztlichen privaten Kapitalgebern] dar. Dieser Vorschlag könnte weder den Anforderungen an Eingriffe in die Grundrechte der Trägerunternehmen sowie der in diesem MVZ angestellten Ärzte und der dort an einer Behandlung interessierten Patientinnen und Patienten noch an Eingriffe in die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV gerecht werden.“

⁸ Ladurner et al. 2020, S. 90.

⁹ Fricke et al., Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?, Memorandum im Auftrag des ALM und BBMV, Februar 2023, S.25, [Link](#)

4. Begrenzung des Versorgungsanteils für ärztliche MVZ

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Begrenzung des Versorgungsanteils für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich bei Hausärzten auf maximal 25 Prozent, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind Ausnahmen vorzusehen. Das gleiche gilt, wenn der zuständige Zulassungsausschuss einen besonderen Versorgungsbedarf feststellt. Bezogen auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Versorgungsanteil für von einem Träger gegründete ärztliche MVZ bei der hausärztlichen Versorgung auf 5 Prozent und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf 10 Prozent zu begrenzen.

Stellungnahme

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit den Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V gezielt die Begrenzung der Zahl der Leistungserbringer in einer Region herbeiführt und „so unvermeidlich – unabhängig von der Zulassung bestimmter Krankenhaus-MVZ – zu lokalen Oligopol- oder sogar Monopolsituationen. [...] Die Tätigkeit von Alternativenbietern wird dann durch die bedarfsplanerisch bei Überversorgung geforderten Zulassungsbeschränkungen ausgeschlossen; das Monopol oder Oligopol von ärztlichen Anbietern ist – zur Verhinderung zusätzlicher angebotsinduzierter Nachfrage – gewünscht.“¹⁰

Auch das Bundesministerium für Gesundheit schließt sich diesen Überlegungen des BMG-Gutachtens an und gibt in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zu bedenken:

„Mit Blick auf die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung wird abschließend darauf hingewiesen, dass lokale oder regional verengte Angebotsstrukturen eine zwangsläufige Folge der gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen sein können. Sieht etwa die Bedarfsplanung in einem bestimmten Planungsbereich lediglich eine geringe Anzahl von Arztstellen für die Versorgung der Versicherten im Planungsbereich vor, so führt deren vollständige oder teilweise Besetzung zwangsläufig zu einer reduzierten Angebotsvielfalt.“¹¹

Damit ist die Frage nach regionalen Konzentrationen einzelner Leistungserbringer eine systemimmanente Frage der Bedarfsplanung und hängt nicht von der Praxisorganisationsform, der Träger- oder Inhaberschaft ab. Auch MVZ in vertragsärztlicher Inhaberschaft und größere BAG

¹⁰ Ladurner et al. 2020, S. 121.

¹¹ Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 5.

können – und bilden in manchen Regionen – solche regionalen Konzentrationen. Eine Entwicklung, die auch durch fehlende Alternativen bei der Nachfolgeregelung begünstigt wird. Es stellt sich die Frage, ob in der Abwägung, eine schlechtere Versorgungssituation in Kauf genommen werden sollte, nur um regionale Konzentrationen in einem Bedarfsplanungskreis zu verhindern.

Letztlich stellt das BMG fest, dass in der Gesundheitswirtschaft ein dynamischer Wettbewerbsprozess den Anreiz für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung begründet. Wettbewerbliche Fragen und Fragen der Vermeidung marktbeherrschender Angebotsstrukturen sollten daher nicht im SGB V sichergestellt werden. Mit der 11. GWB-Novelle hat der Gesetzgeber jüngst erst die Voraussetzungen geschaffen, um auch „Konzentrationstendenzen auf kleineren regionalen Märkten adressieren zu können“, etwa „Konzentrationen auf regionalen Gesundheitsmärkten.“¹²

Die Einführung der vorgeschlagenen Versorgungshöchstquoten in der haus- und fachärztlichen Versorgung führen zu einer schlechteren medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Darüber hinaus stellt der Vorschlag eine objektive Berufszugangsregelung da, die nicht mit dem Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlichen schweren Gefahren begründet werden kann und ist demnach verfassungswidrig.¹³ Der Vorschlag ist folglich aus versorgungspolitischen und verfassungsrechtlichen Erwägungen strikt abzulehnen.

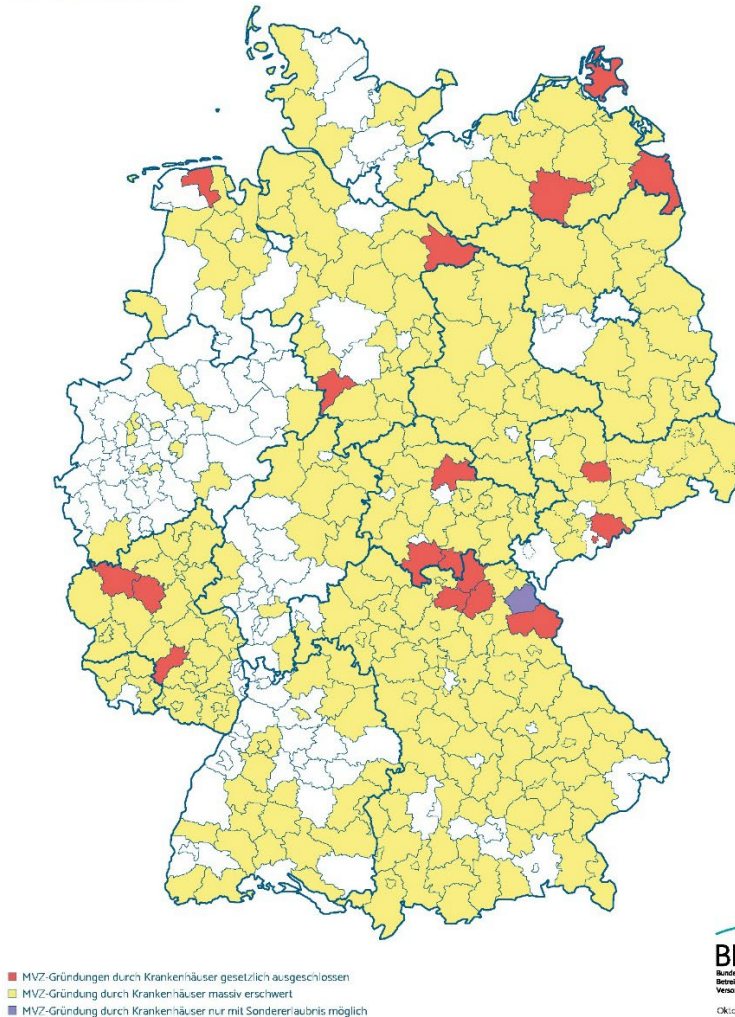
¹² Bundestag Drucksache 20/6824

¹³ Burgi 2023, S. 54ff., [Link](#)

Abbildung 2: Auswirkung der Einführung von Versorgungshöchstquoten am Beispiel des Fachgebiets Dermatologie.

Bedarfsplanung MVZ –Dermatologen

Regionale Einschränkungen bei der Gründung von MVZ
Der Bundesrat fordert eine Quotierung für die Gründung von MVZ. Die würde die ärztliche Versorgung in zahlreichen Fachrichtungen zum Teil sehr einschränken. Nach Berechnungen des BBMV würde die Gründung von MVZ in vielen Landkreisen unmöglich gemacht oder zumindest massiv erschwert werden.



Unter Verweis auf die „Schaffung eines Gleichlaufs“ zu der im zahnärztlichen Bereich nach § 95 Abs. 1b SGB V existierenden Quotierung, wird die Einführung solcher Versorgungsquoten auch für die ärztliche Versorgung begründet. Dabei wird die zulassungsbeschränkte Bedarfsplanung in der ambulanten-ärztlichen Versorgung nicht berücksichtigt.

Die vom Bundesrat geforderte Quotierung würde nach Berechnungen des BBMV, die sich am Basisszenario nach § 95 Abs. 1b SGB V orientieren, in zahlreichen Fachrichtungen der ärztlichen Versorgung sowohl zu einem **de jure Verbot**, als auch **de facto Verbot von MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser** in vielen Landkreisen führen. Von

einem de jure Verbot wären alle Landkreise betroffen, bei denen die Versorgungshöchstquote für Krankenträger unter einem vollen ärztlichen Sitz liegen. Um die Zulassung für ein MVZ zu erhalten, muss jedoch mindestens ein voller Arztsitz und zwei Ärztinnen/Ärzte vorhanden sein. Meist sind MVZ aber deutlich größer, im bundesdurchschnitt sind 6,4 Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ beschäftigt, wie Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigen. Bei dieser Größe sind rund 2-3 Sitze notwendig. Liegt die Versorgungshöchstquote unter dieser Zahl,

wären Krankenhäuser von einem de facto Verbot betroffen, da sich der Betrieb des MVZ nur schwer organisieren lässt.

Entscheidend dabei ist der Zuschnitt der Bedarfsplanungsregionen für die einzelnen Fachgruppen. Allein in der Dermatologie wären 191 von 271 untersuchten Landkreisen von einer eingeschränkten MVZ-Gründung für Krankenhäuser betroffen (siehe Abbildung 2). In der Augenheilkunde wäre immerhin noch knapp jeder vierte Landkreis von Einschränkungen betroffen. Damit verstößt eine Begrenzung der Versorgungsanteile für Krankenhaus-MVZ auch gegen die staatliche Verpflichtung, eine angemessene und bundesweit einheitliche Versorgung sicherzustellen.¹⁴

5. Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbs für MVZ im Wege des Zulassungsverzichts gemäß § 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V.

6. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 SGB V.

Stellungnahme:

Wie der Verfassungsrechtler Prof. Dr. Martin Burgi darstellt, verstößt der Vorschlag einer Streichung des § 103 Abs. 4a S.1 SGB V sowohl gegen Verfassungs- als auch Europarecht. Die Regelung über den Arztstellenerwerb im Wege des Zulassungsverzichts ist Teil eines bislang austarierten Gesamtsystems. Eine analoge Regelung existiert nach § 103 Abs. 4b SGGV für den Verzicht zu Gunsten der Anstellung bei einem Vertragsarzt. Würde man jene Regelung herausbrechen, entstünde eine neue Asymmetrie zwischen der Zulassung als Vertragsarzt und der Zulassung als MVZ. Anders als im Entschließungsantrag des Bundesrats behauptet, fügt sich der neue Regelungsvorschlag nicht etwa in den in § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V bereits geltenden Nachrang von insbesondere MVZ in nichtärztlichem Mehrheitsbesitz im Nachbesetzungsverfahren ein.

Vielmehr stellt der Nachrang von MVZ in nichtärztlicher Inhaberschaft eine bestehende Schlechterstellung der MVZ dar, die durch die Regelung über den Zulassungsverzicht nach § 103 Abs. 4a S. 3 SGB V gleichsam ausgeglichen wird. Begründet wird dies mit einer Stärkung der

¹⁴ Burgi 2023, S. 42., [Link](#)

freiberuflichen (im Sinne von selbstständigen) ärztlichen Tätigkeit, durch die Verbesserung der Chancen für Interessenten an Vertragsarztsitzen in eigener Praxis (also nicht über ein MVZ).¹⁵

Die einseitige Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V greift auch in Grundrechte der abgabewilligen Ärztinnen und Ärzte ein, sowohl mit Blick auf das Eigentumsrecht als auch auf die freie Wahl des Arbeitsplatzes. Denn auch unter Ärztinnen und Ärzten, die häufig trotz jahrelanger Suche keinen Nachfolger für die Praxisübernahme finden, ist der Verzicht zu Gunsten der Anstellung in einem MVZ ein wichtiges Instrument, um die Übergabe der Praxis zu gestalten und so auch die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten nach Übertritt in den Ruhestand sicherzustellen.

Während der Vorschlag eines Verbots der Konzeptbewerbung weder verfassungs- noch europarechtlich beanstanden ist, würde sich das Verbot des Arztstellenerwerbs im Wege des Zulassungsverzichts als ein übermäßiger, jedenfalls nicht angemessener Eingriff in die Berufswahlfreiheit, die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV, das Eigentumsgrundrecht und das Recht der freien Wahl des Arbeitsplatzes darstellen.¹⁶

7. Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für Eigeneinrichtungen der KV

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Schaffung der gesetzlichen Grundlagen dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen, die Eigeneinrichtungen gemäß § 105 SGB V betreiben, das Recht erhalten, in diesem Zusammenhang Zulassungen zu erhalten, unter der Maßgabe, dass die Vertragsarztsitze nachfolgend an die dort tätigen angestellten Ärzte zur selbstständigen Niederlassung übertragen werden.

Stellungnahme:

Aus ordnungspolitischer Sicht ist die Forderung des Betriebens von Eigeneinrichtungen durch die KVen abzulehnen. KVen würden gleichzeitig die Rolle aktiver Leistungserbringer und der Aufsichts- und Kontrollinstanz in der ambulant-ärztlichen Versorgung einnehmen, was zu Interessenskonflikten führen kann. Durch die Finanzierung solcher Einrichtungen aus Honorarmitteln, kommt es unweigerlich zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Leistungserbringern, insbesondere, wenn solche Einrichtungen an selbstständige Niedergelassene übertragen werden.

¹⁵ Burgi 2023, S. 59ff., [Link](#)

¹⁶ Burgi 2023, S. 59ff., [Link](#)

8. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie Stärkung der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung gegen sachfremde Einflussnahme durch Einführung entsprechender Kontrollmechanismen:

- a) Besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz zugunsten der ärztlichen Leitung.
- b) Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben hierfür Empfehlungen zu erarbeiten.
- c) Vorgabe des Tätigkeitsumfangs für die ärztliche Leitung in Höhe eines vollen Versorgungsauftrags bei mindestens fünf vollzeitäquivalenten Stellen im jeweiligen MVZ.

Stellungnahme:

MVZ wurden als „ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in das Vertragsarztrecht eingeführt und mit dem Erfordernis einer ärztlichen Leitung, die die Abschirmung der ärztlichen Tätigkeit im MVZ gegen sachfremde Einflüsse gewährleisten muss, versehen.

Das BMG-Gutachten zum „Stand der Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelung zu medizinischen Versorgungszentren“ hält den derzeitigen Regulierungsrahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit im MVZ vor sachfremden Einflüssen in MVZ für ausreichend. Die Einführung neuer Maßnahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit in MVZ vor sachfremden Einflüssen der Trägerebene ist nicht erforderlich.“¹⁷

Ladurner et al. empfehlen für den Fall, dass der Gesetzgeber „gleichwohl Handlungsbedarf sehen [sollte], [...] eine weitere Stärkung des Funktionsamts des ärztlichen Leiters des MVZ“.¹⁸ Allerdings besteht ein solcher objektivere Handlungsbedarf nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit gerade nicht. Dem Bundesministerium für Gesundheit „liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“.¹⁹

Bereits heute werden alle Verträge mit Ärztinnen und Ärzten den Zulassungsausschüssen vorgelegt und diese auf die Einhaltung der gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorgaben zur ärztlichen Weisungsfreiheit und Unabhängigkeit geprüft.

Die Stellung der ärztlichen Leitung wird – ebenso wie die gesetzliche und berufsrechtliche Sicherstellung der allgemeinen ärztlichen Weisungsfreiheit – von Expertinnen und Experten in weit

¹⁷ Ladurner et al. 2020, S 3., Hervorhebung im Original

¹⁸ Ladurner et al. 2020, S. 4.

¹⁹ Bundestag Drucksache 20/5166.

überwiegender Zahl als ausreichend gesichert bewertet.²⁰ Mit Blick auf fehlende Evidenz eines unzureichenden Schutzes vor sachfremden Einflüssen oder einer unzureichenden Ausübungsmöglichkeit der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung, besteht aus Sicht des BBMV kein Handlungsbedarf. Auch warnen Fricke et al. mit Blick in die Praxis und dem gewandelten Berufsbild vieler Ärztinnen und Ärzte davor, die Position der ärztlichen Leitung in einem MVZ zu überfrachten.²¹ Für die Erfüllung der gesetzlich vorgesehenen Kontroll- und Aufsichtsfunktionen der ärztlichen Leitung im MVZ ist der bereits geltende Tätigkeitsumfang von mind. 20 Wochenstunden ausreichend. Diese Regelung ermöglicht es darüber hinaus, eine leitende Funktion im MVZ mit familiären Verpflichtungen zu vereinbaren. Dies bekommen wir – insbesondere von Ärztinnen – immer wieder aus den Mitgliedsunternehmen gespiegelt.

9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

Vorgeschlagene Maßnahme des Bundesrates:

Regelung im SGB V, dass Disziplinarmaßnahmen künftig auch gegen MVZ verhängt werden können und nicht nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang ist zudem klarzustellen, dass auch MVZ die Zulassung zu entziehen ist, wenn das MVZ durch entsprechende Maßnahmen nicht sicherstellt, dass MVZ-Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen

Stellungnahme:

Der Vorschlag einer partiellen Ausweitung der Geltung von Disziplinarmaßnahmen stellt nur eine Behelfskonstruktion dar. Juristisch überzeugender wäre eine Vollmitgliedschaft für MVZ nach § 77 Abs. 3 SGB V. Darauf verweist auch Prof. Dr. Burgi im bereits genannten Rechtsgutachten.²²

Pflichtmitglieder der KV sind bislang nur die zugelassenen Vertragsärztinnen und –ärzte, sowie die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärztinnen und Ärzte, die mindestens zehn Wochenstunden beschäftigt sind, sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und –ärzte.²³ MVZ bzw. deren Träger²⁴ werden in dem definierten Kreis nicht genannt und fallen damit aus der Pflichtmitgliedschaft, obwohl sie ausdrücklich an der vertragsärztlichen Versorgung als Leistungserbringer teilnehmen.²⁵

Dieser Ausschluss von MVZ aus den KV und die damit einhergehende Repräsentationslücke in der Selbstverwaltung der vertragsärztlichen Leistungserbringer ist auch aus verfassungsrechtlicher

²⁰ Fricke et al. 2023; Bundestag-Drucksache 20/5166, Anhang 5b.

²¹ Fricke et al. 2023, S. 20.

²² Burgi 2023, S. 67ff., [Link](#)

²³ § 77 Abs. 3 SGB V.

²⁴ sofern es sich bei dem Träger nicht um eine zugelassene Vertragsärztin oder –arzt nach § 95 Abs. 1a Satz 1 Var. 1 SGB V handelt.

²⁵ § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Sicht vor dem Demokratieprinzip nach Artikel 20 Abs. 1 und 2 Grundgesetz zu hinterfragen.²⁶ Denn MVZ als vertragsärztliche Leistungserbringer sind dadurch weder nach innen, in die Selbstverwaltung der KV, noch nach außen, in die Gemeinsame Selbstverwaltung formal repräsentiert. Es ist ebenfalls nicht davon auszugehen, dass die in einem MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig die Interessen des Arbeitgebers innerhalb der KV vertreten.²⁷

Die Inkongruenz der Kreise der Mitglieder der KV einerseits und der zulassungsfähigen Leistungserbringer andererseits führt zu logischen und systematischen Brüchen. Etwa im Zusammenhang mit Disziplinarmaßnahmen, oder auch bei der Erfüllung vertragsärztlicher Grundpflichten wie der Fortbildungs- oder Notdienstpflicht.²⁸ Diese Brüche hat die Rechtsprechung bislang durch die Annahme aufgelöst, dass nicht die Mitgliedschaft in der KV, sondern der Zulassungsstatus der Leistungserbringer als maßgeblich für die Begründung vertragsärztlicher Pflichten ist und zugleich die Satzungsgewalt der KV über MVZ und ihre Träger mit praktischen Bedürfnissen sowie einer mittelbaren Bindung über ihre ärztliche Leitung begründet.²⁹ Allerdings verweist Prof. Dr. Burgi darauf, dass sich die Unterwerfung von MVZ, als Nicht-Mitglieder der KV, unter die Disziplinargewalt grundlegend davon unterscheidet. Im Gegensatz zu Fragen der Teilnahme an Notdiensten o. ä. stellt sie „eine Regelung mit von der Zulassung unabhängiger, gravierender Belastungswirkung gegenüber den MVZ als Außenseitern dar. [...] Nach der Rechtsprechung des BSG und dem Schrifttum zum Verwaltungsrecht sind intensive Eingriffe in die Rechte von Außenseitern nur nach hinreichend bestimmter parlamentsgesetzlicher Ermächtigung und Vorprägung möglich“.³⁰

Prof. Dr. Burgi kommt daher zu dem Schluss, dass „der Vorschlag einer Unterstellung des MVZ-Trägers unter die Disziplinargewalt der Kassenärztlichen Vereinigung [...] daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfassungswidrig [ist]. Über seine Verwirklichung könnte erst nachgedacht werden [...], wenn der SGB V-Gesetzgeber den seit längerem verfassungsrechtlich prekären Zustand, dass die MVZ-Träger nicht auch Mitglieder der KV sind, beseitigen würde. Erst dann würde die bislang bestehende Privilegierung der niedergelassenen Ärzte in der funktionalen Selbstverwaltung beseitigt“.³¹

²⁶ Becker, Kingreen, Scholz, 7. Aufl. 2020, SGB V § 77 Rn. 6, 7.

²⁷ Hügel, Prütting: Repräsentation von Medizinischen Versorgungszentren in der Selbstverwaltung, in: Stauch-Eckmann, Knüppel, Neubauer: Medizinische Versorgungszentren. Versorgungs- und Unternehmensform mit Zukunft, MWVG, Berlin, 2023.

²⁸ Hügel, Prütting 2023.

²⁹ Hügel, Prütting 2023; BSG; Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 39/12 R.

³⁰ Burgi 2023, S. 68., [Link](#)

³¹ Ebd.