

## Stellungnahme des BBMV e.V.

zu den

Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativen hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung

|   |    |
|---|----|
| <b>Einleitung</b> .....   | 2  |
| <b>1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ</b> .....                            | 4  |
| <b>2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ</b> .....                    | 7  |
| <b>3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen</b> .....                                      | 13 |
| <b>4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen</b> .....         | 15 |
| <b>5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen</b> ..... | 17 |
| <b>6. Begrenzung Marktanteile</b> .....   | 19 |
| <b>7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen</b> .....                     | 21 |
| <b>8. Transparenz über Inhaberschaft</b> .....  | 22 |
| <b>9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ</b> .....  | 23 |
| <b>10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ</b> .....   | 24 |
| <b>11. Stärkung des ärztlichen Leiters</b> .....  | 25 |
| <b>12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ</b> .....                                    | 26 |

## Einleitung

Die Bundesärztekammer hat am 9. Januar 2023 einen 12-Punkteplan zum „Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativen hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung“ öffentlich vorgestellt.<sup>1</sup> Die Vorschläge der Bundesärztekammer gehen im Kern davon aus, dass durch MVZ und MVZ-Gruppen mit nichtärztlichen Kapitalgebern eine Versorgungsgefährdung ausgeht. Die Forderungen sind damit gegen eine bestimmte Leistungserbringerform ausgerichtet, anstatt die strukturellen Herausforderungen in der ambulanten Versorgung zu adressieren. Damit atmen die Vorschläge den Geist eines Protektionismus im Sinne der selbstständigen Vertragsärzteschaft<sup>2</sup>, tragen aber nicht zur Versorgungssicherheit oder den gewandelten Arbeitserwartungen vieler – vor allem jüngerer – Ärztinnen und Ärzte bei. Im Gegenteil, die Umsetzung der Vorschläge würde kurz- bis mittelfristige Schäden in der ambulanten Versorgung verursachen.

Grundsätzlich besteht aus Sicht des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) kein Handlungsbedarf, der sich auf einzelne Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bezieht. Somit wird die grundlegende Prämisse des Positionspapiers der Bundesärztekammer insgesamt abgelehnt.

In dieser Auffassung sieht sich der BBMV vor allem durch das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen zum „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“<sup>3</sup> im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom November 2020, der jüngst veröffentlichten Antwort der Bundesregierung inklusive Anlage auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von CDU/CSU<sup>4</sup>, sowie

---

<sup>1</sup> Bundesärztekammer, Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung, 09.01.2023, [Link](#)

<sup>2</sup> Ladurner et al., Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, November 2022, S. 90, [Link](#); Prütting, Hügel: Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung: Regulatorischer Reformbedarf für Marktzugang und Marktverhalten? MedR 40 (2022), S. 983, [Link](#); Thelen: Dienen Lauterbachs Pläne nur dem Konkurrenzschutz?, Tagesspiegel Background Gesundheit und E-Health, 23.02.2023, [Link](#)

<sup>3</sup> Ladurner et al., 2022

<sup>4</sup> Bundestag-Drucksache. 20/5166, [Link](#)

der Studie von Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke, Werner Köhler und Dr. Stephan Rau „Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“<sup>5</sup> im Auftrag der Akkreditieren Labore in der Medizin (ALM) und des BBMV bekräftigt.

Allen drei Dokumenten ist zu entnehmen, dass keine Evidenzen vorliegen, wonach MVZ mit privaten, nichtärztlichen Kapitalpartnern zu einer Verschlechterung oder Gefährdung der Versorgung führen. Im Gegenteil, die im BBMV organisierten MVZ-Gruppen tragen zu einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung bei. Sie sichern in bestimmten Regionen bereits heute die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten und sind somit ein wichtiger Pfeiler einer flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung.

Lediglich der Forderung 10 (Streichung der Konzeptbewerbung) kann vollständig zugestimmt werden. Bei den Vorschlägen zu einer Überprüfung der Versorgungsaufträge (4) und einer Stärkung der Transparenz (8) stellen sich noch Fragen zu Ausgestaltung, sie werden allerdings als grundsätzlich zielführend bewertet, da sie zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgung beitragen können. Die weiteren neun Forderungen werden abgelehnt.

Im Folgenden wird zu den 12 Regelungsvorschlägen der Bundesärztekammer einzeln Stellung genommen.

---

<sup>5</sup> Fricke et al., Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?, Memorandum im Auftrag des ALM und BBMV, Februar 2023, [Link](#)

## 1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ

Die Möglichkeit zur Gründung fachgleicher MVZ wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zum 23. Juli 2015 eingeführt. Die Änderung im § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V war Teil einer bewussten Förderung kooperativer Strukturen durch den Gesetzgeber, aus der Erkenntnis heraus, dass sich die gemeinsame Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten in solchen Strukturen wachsenden Zulauf erfreute. Zudem sollten kooperative Versorgungsformen verstärkt gefördert werden, da diese dazu beitragen die Versorgung zu verbessern und Effizienzreserven zu erschließen.<sup>6</sup> Dabei hatte der Gesetzgeber ausdrücklich auch die Möglichkeit zur Gründung arztgruppengleicher MVZ, insbesondere reine Hausarzt-MVZ, sowie spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ im Blick.<sup>7</sup>

Seitdem wurden die Erwartungen des Gesetzgebers einer Förderung kooperativer Strukturen erfüllt, wie die steigende Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in MVZ zeigen. Mit der Möglichkeit zur Gründung facharztgruppengleicher MVZ nahm die Dynamik bei den MVZ-Gründungen insbesondere bei Vertragsärztinnen und -ärzten, sowie Krankenhäusern zu. Dabei verliefen die Gründungen dieser beiden bedeutendsten MVZ-Träger nahezu parallel.<sup>8</sup> Mittlerweile sind 1966 und damit knapp die Hälfte (47 Prozent) der zum 31.12.2021 gezählten 4179 MVZ fachgleich.<sup>9</sup>

Fachgruppengleiche MVZ ermöglichen vor allem im hausärztlichen Bereich, aber auch in vielen Facharztgruppen effizientere Organisations- und Versorgungsstrukturen. Dabei können nun Spezialistinnen und Spezialisten innerhalb einer Fachgruppe ein breiteres Versorgungsspektrum aus einer Hand anbieten. Die Vorteile entfalteten sich zuerst bei facharztgruppengleichen MVZ. Vor dem GKV-VSG mussten unter anderem Augenärzte, Dermatologen oder Radiologen Kooperationen mit anderen Fachgruppen zur Gründung eines MVZ eingehen, die selten einen breiten und intuitiven Versorgungsmehrwert für die Patientinnen und Patienten mit sich brachten. Rein hausärztliche MVZ waren vor 2015 unmöglich. Die von den Fachärzten seit 2015 genutzte Möglichkeit der fachgleichen MVZ-Gründung wird im hausärztlichen Bereich aktuell nachgeholt. Diese Entwicklung auszubremsen ist vor allem vor dem Hintergrund der Demografie der Hausärzteschaft kontraproduktiv.

---

<sup>6</sup> Bundestag-Drucksache 18/4095. Begründung A. Allgemeiner Teil, II.2.1.

<sup>7</sup> Bundestag-Drucksache 18/4095, Begründung B. Besonderer Teil, zu Nummer 41 (§ 95).

<sup>8</sup> KBV, Statistische Informationen, Medizinische Versorgungszentren, Stand 31.12.2021, [Link](#)

<sup>9</sup> Ärzte Zeitung Online: Schon fast die Hälfte aller MVZ sind fachgleich, 17.11.2022, [Link](#)

Die Gesetzänderung des GKV-VSG hat sich bewährt. Wie Ladurner et al. in ihrem Rechtsgutachten für das Bundesgesundheitsministerium aufzeigen, hat sich das MVZ mit der Möglichkeit fachgleicher MVZ in Richtung einer Organisationsform verändert, die auch für selbstständige Vertragsärztinnen und –ärzte aufgrund der organisatorischen-institutionellen Stabilität und verminderten Haftungsrisiken bei entsprechender Wahl der gesellschaftsrechtlichen Organisationsform äußerst attraktiv ist.<sup>10</sup> Dabei war dem Gesetzgeber durchaus bewusst – und dies auch beabsichtigt – dass es verstärkt zu facharztgruppengleichen MVZ-Gründungen kommen würde. Motivation des Gesetzgebers war – wie oben dargestellt – die Förderung des MVZ als kooperative Struktur mit einer besonderen Attraktivität für jüngere Ärztinnen und Ärzte.

Ebenfalls wurde die Gründung von MVZ in ländlicheren Gebieten durch die Fachgruppengleichheit erleichtert. Denn bei dem Zwang zur fachübergreifenden Kooperation lenkt man MVZ in eher städtische Gebiete, da dort die Möglichkeiten, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen für eine MVZ-Gründung zu finden höher sind.

Die Bundesärztekammer fordert einen Rückschritt hinter die Rechtslage des GKV-VSG. Sie führt dazu an, dass hinter vielen fachgleichen MVZ Kapitalinvestoren stünden, die sich auf Teilmärkte spezialisieren würden. MVZ-Gruppen und sogenannte „Groß-MVZ“ führten zu Versorgungsmonopolen und schränkten die freie Arztwahl ein. Leider versäumt es die Bundesärztekammer diese Behauptung mit Daten zu untermauern, sodass es somit bei der unbelegten Behauptung bleibt.

Richtig ist, dass die erste Gründungswelle nach Einführung fachgleicher MVZ von Vertragsärztinnen und –ärzten ausging. Vom zweiten Halbjahr 2015 bis Ende 2016 stieg die Zahl fachgleicher MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft um 1235 Prozent von 7 auf 217 Einrichtungen. Der Vergleichswert bei fachgleichen MVZ in Krankenhausträgerschaft von 2015 auf 2016 lag lediglich bei 149 Prozent.<sup>11</sup> Öffentliche Daten dazu stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) leider nicht in ihren statistischen Materialien zur Verfügung. Naheliegend ist die Annahme, dass die Entwicklung der

---

<sup>10</sup> Ladurner et al. 2020, S. 39.

<sup>11</sup> Verena Simon, Das Krankenhaus MVZ im statistischen Fokus, BMVZ e.V., 2018, S. 32., [Link](#)

fachgleichen MVZ-Gründungen sich in den letzten acht Jahren angeglichen haben dürfte, wobei eine einseitige Dominanz mehr als fraglich ist.

Die Behauptung bestehender Versorgungsmonopole und der dadurch eingeschränkten freien Arztwahl bleiben ebenfalls unbelegt – sie stehen sogar im Widerspruch zu Informationen aus dem Bundesgesundheitsministerium. Zum einen liegen keine Evidenzen für die Behauptung bestehender Monopole vor, zum anderen weist das Gutachten im Auftrag des BMG darauf hin, dass die gegenwärtige Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkung „gerade auf eine zahlenmäßige Verringerung der Marktteilnehmer“ ziele und so „unvermeidlich zu lokalen Oligopol- oder sogar Monopol-Situationen“ führt.<sup>12</sup> In Bedarfsplanungskreisen, die nur eine geringe Anzahl an Sollarztzahlen für eine Fachgruppe vorsehen, „führt deren vollständige oder teilweise Besetzung zwangsläufig zu einer reduzierten Angebotsvielfalt. In diesen Fällen kann sich die Konzentration von Arztstellen bei einer Praxisinhaberin oder einem Praxisinhaber als systembedingte Folge der bedarfsplanerischen Versorgungssteuerung darstellen.“ schlussfolgert auch das BMG unter Bezugnahme auf das hauseigene Gutachten in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.<sup>13</sup>

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>12</sup> Ladurner et al. 2020, S. 121.

<sup>13</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, Antwort Fragen 4 bis 7.

## 2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

Die Forderung einer räumlich-fachlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis von MVZ durch Krankenhäuser dürfte der am breitesten diskutierte und untersuchte Vorschlag zur MVZ-Regulierung sein. Neben der Bundesärztekammer erneuerte zuletzt auch die 95. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) diese Forderung<sup>14</sup>, wohlwissend, dass der Bundesrat mit einer gleichlautenden Forderung im Gesetzgebungsprozess zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Prüfung durch die Bundesregierung<sup>15</sup> im weiteren Verfahren gescheitert ist.<sup>16</sup>

Insofern erstaunt es, dass sowohl die GMK, als auch die Bundesärztekammer die Diskussionen zum TSVG aus den Jahren 2018/2019 bereits vergessen zu haben scheinen. Besonders unverständlich wird die erneute Forderung aber dann, wenn man die Erkenntnisse aus dem Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit dazu zieht.

Die Gutachterinnen und Gutachter widmen dem Vorschlag einer räumlichen und fachlichen Einschränkung dabei sogar ein ganzes Kapitel. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass „der Vorschlag des Bundesrates nicht weiterverfolgt werden [sollte]. Zum einen sprechen gewichtige Gründe gegen die konkret vorgeschlagenen Regelungen, zum anderen eröffnet die Möglichkeit einer fach- und ortsunabhängigen MVZ-Gründung auch Vorteile für die Versorgung der Versicherten, die nicht leichtfertig aufgehoben werden sollten“.<sup>17</sup>

Als wesentliche Punkte nennen die Gutachterinnen und Gutachter die Möglichkeit zum Aufbau größerer Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich. 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,

---

<sup>14</sup> 95. GMK, Beschluss TOP 15.2, Magdeburg, 22.-23. Juni 2022, [Link](#)

<sup>15</sup> Bundestag-Drucksache, 19/6436, [Link](#)

<sup>16</sup> Bundesrat-Drucksache, 504/18, Nummer 16, [Link](#)

<sup>17</sup> Ladurner et al. 2020, S.118-119.

modernere Ausstattung und Medizintechnik und die Versorgung in ländlichen Regionen mittels Zweigpraxen, deren alleiniger Weiterbetrieb unökonomisch wäre.<sup>18</sup>

Ein weiterer Vorteil, so das BMG-Gutachten liegt im Wissens- und Erfahrungsaustausch innerhalb solcher größeren MVZ-Gruppen. Davon profitieren auch ländlichere Regionen, da mit Hilfe der digitalen Infrastruktur Spezial- und Expertenwissen flächendeckend zur Verfügung steht.<sup>19</sup> Auch die Aus- und Weiterbildung sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von medizinischem Fachpersonal im ambulanten Bereich können in solchen Gruppen getragen werden. Hinzu kommen interne Weiterbildungsangebote, Wissenstransfer und Austausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten einer MVZ-Gruppe.<sup>20</sup>

Die Bundesärztekammer argumentiert hingegen – ähnlich wie die Bundesländer beim TSVG – dass nur ein räumlicher und fachlicher Bezug von MVZ und Trägerkrankenhaus einen Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten hätte. Dieses Argument kann in mehrfacher Hinsicht nicht überzeugen.

Folgt man dieser Argumentation, dann entsteht der Nutzen für die Patientenversorgung nur zwischen Krankenhaus und krankenhauseigenen MVZ und nicht bei trägerübergreifenden Kooperationen. Die Bundesärztekammer blendet damit die bundesweit unzähligen funktionierenden Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern einfach aus. Ein solches Denken, wie es in der Argumentation der Bundesärztekammer deutlich wird, zementiert Sektorengrenzen, da sie eine Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern als „nutzlos“ ansieht, sofern sie nicht demselben Träger angehören. Die fehlende Logik dieses Arguments dürfte einleuchten.

Das BMG-Gutachten verweist auch auf den Vorteil einer reduzierten Gefahr unerwünschter „Selbstzuweisung“ bei räumlich und fachlicher Distanz zwischen Trägerkrankenhaus und MVZ hin.<sup>21</sup> Die Gutachterinnen und Gutachter ziehen außerdem in Zweifel, dass eine „primär an medizinischen

---

<sup>18</sup> Ladurner et al. 2020, S. 122.

<sup>19</sup> Ladurner et al. 2020, S. 122.

<sup>20</sup> Ladurner et al. 2020, S. 19.

<sup>21</sup> Ladurner et al 2020: S. 122.

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“.<sup>22</sup>

Nicht überzeugend ist auch die Idee einer fachlichen Einschränkung der Gründungseigenschaften. Damit zwingt man die ambulante Versorgung von MVZ in Krankenhausträgerschaft in das Korsett der stationär vorgehaltenen Fachabteilungen. Dabei sind Fachrichtungen wie die Augenheilkunde und Dermatologie kaum in stationären Fachabteilungen vertreten. Allgemeinmedizinische MVZ würden sogar gänzlich entfallen. Unklar bleibt auch, wie sich eine solche fachliche Einschränkung zu der angestrebten Krankenhausstrukturreform verhalten soll.

Ein weiterer Aspekt, der in der Diskussion bislang zu kurz kommt, sind die unterschiedlichen Funktionslogiken von „Klinik-MVZ“ in räumlicher Nähe zum Trägerkrankenhaus und MVZ-Gruppen, als primär ambulanten Leistungserbringern, die aufgrund der regulatorischen Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ein Trägerkrankenhaus benötigen. Zum 1. Januar 2012 wurde der berechnete Gründerkreis § 95 Abs. 1a SGB V für MVZ auf Vertragsärztinnen und -ärzte, zugelassene Krankenhäuser, nichtärztliche Dialyseleistungserbringer nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnützige Träger mit Zulassung oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung begrenzt. Das führte dazu, dass insbesondere MVZ-Gruppen, die meist aus ärztlichen Gründungen hervorgegangen waren und keine vertragsärztliche Nachfolgeregelung fanden, ein Krankenhaus als Träger benötigten, sofern sie die Kontinuität der Gruppe und damit der örtlichen Versorgung sicherstellen wollten.

Diese Regulation war zudem primär diskriminierend gegen private, nichtärztliche Kapitalgeber. Sie führte im Nachgang aber dazu, dass insbesondere lokale Partnerschaften in Form von MVZ zwischen Ärztinnen und Ärzten, Heil- und Hilfsmittelerbringern, Apotheken und Anbietern häuslicher Pflege nicht mehr möglich waren, sofern diese nicht die finanziellen Mittel für den Erwerb eines Krankenhauses hatten. Damit wurde auch die Trägervielfalt und regionale Kooperationen zur wohnortnahen Versorgung eingeschränkt.

---

<sup>22</sup> Ladurner et al. 2020: S. 119

Folgt man der Forderung der Bundesärztekammer, werden Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhaus-Gruppen und Einzelkrankenhäusern darüber hinaus verstärkt. Große Krankenhaus-Gruppen, die bereits heute an mehreren Standorten agieren und zahlreiche Fachrichtungen betreiben, hätten bei der räumlich-fachlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis weiterhin die Möglichkeit zur flächendeckenden MVZ-Gründung. Damit führe „die Regelung tendenziell zu einer Konzentration von MVZ in wenigen Händen und erscheint ungeeignet, die Zahl unterschiedlicher MVZ-Träger zu erhöhen.“<sup>23</sup> Durch die Einschränkung der Gründungsbefugnis der Trägergesellschaft für primär ambulant tätige MVZ-Gruppen und die damit einhergehenden Begünstigung von Krankenhaus-Gruppen, ist zu erwarten, dass dieser Effekt künftig stärker zu Tage tritt. Im Gegensatz zu der Diskussion über regionale Anbieterdominanz, die inhärent in der Zulassungsbeschränkung begründet sein kann<sup>24</sup>, würde eine räumlich-fachliche Einschränkung somit zu tatsächlichen Monopol- oder Oligopolstrukturen bei MVZ-Trägern führen.

Aufgrund der Fülle der Argumente verwerfen die BMG-Gutachterinnen und Gutachter die Einschränkung der räumlichen und fachlichen Gründungsbefugnis als ungeeignete Regulation. Im weiteren Verlauf des Gutachtens bestätigen sie, dass die gesetzliche Konzeption von MVZ als „ärztlich geleitete Einrichtungen“ in Verbindung mit der Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung in medizinischen Fragen, sowie den berufsrechtlichen Vorgaben ein ausreichender Schutz vor Eingriffen Dritter in die ärztliche Autonomie darstellt.

Die Bundesärztekammer verkennt mit der Forderung einer räumlich-fachlichen Einschränkung auch die aktuellen Versorgungsrealitäten, insbesondere in ländlichen Räumen. Die Suche nach Nachfolgerinnen und Nachfolger für Praxen verläuft vor dem Hintergrund eines gewandelten Berufsbildes „Ärztin/Arzt“ für viele Abgabewillige zunehmend erfolglos. Das tradierte Modell der selbstständigen Niederlassung hat in den letzten Jahren massiv an Attraktivität bei der jungen Generation eingebüßt.<sup>25</sup>

Die Möglichkeit, den Beruf als Ärztin oder Arzt in Anstellung in einem MVZ auszuüben, wird von immer mehr Ärztinnen und Ärzten als Alternative zur selbstständigen Niederlassung wahrgenommen. Neben

---

<sup>23</sup> Ladurner et al. 2020: S. 122.

<sup>24</sup> Ladurner et al. 2020, S. 121.

<sup>25</sup> Berufsmonitor Medizinstudierende, KBV und BVMD, 2022, [Link](#)

einem nachvollziehbaren Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie, dem Wunsch nach kooperativen Arbeiten und einer Fokussierung auf die Patientinnen und Patienten, möchten immer weniger Ärztinnen und Ärzte die hohen finanziellen, vor allem aber bürokratischen Belastungen, sowie Haftungsrisiken der Selbstständigkeit tragen.<sup>26</sup> MVZ können Praxen ohne anderweitige Nachfolge übernehmen und mit angestellten Ärztinnen und Ärzten weiterbetreiben und leisten damit einen wesentlichen Beitrag für die Versorgung vor Ort.

Es ist allerdings unrealistisch, dass alle freiwerdenden Praxen durch regionalansässige Krankenhäuser – umso mehr noch, bei Umsetzung der angestrebten stärkeren Finanzierung über Vorhaltepauschalen statt DRG – übernommen werden. Vor allem nicht, wenn zusätzlich eine fachliche Einschränkung gilt. Die Umsetzung einer solchen Regulierung reißt somit Lücken in die Versorgung durch Einschränkung der möglichen Zahl an übernahmefähigen Alternativen – insbesondere in ländlichen Regionen, wo andere Akteure in der Gesundheitsversorgung ebenfalls auf dem Rückzug sind. Denn auch Vertragsärztinnen und -ärzte werden die Lücken in der ambulanten Versorgung aufgrund der oben skizzierten Entwicklung nicht schließen können. Zu diesen Erkenntnissen kommen auch Fricke et al.: „Mit Blick auf die drängenden strukturellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung ist ein qualitätsorientierter Wettbewerb mit einer größtmöglichen Vielzahl an Versorgungsformen, Trägern und Kapitalgebern notwendig. Das schließt MVZ sowie nichtärztliche, private Kapitalgeber auch aus dem Grund ausdrücklich mit ein, dass Renditeorientierung ein Merkmal aller Kapitalgeber im Gesundheitswesen ist.“<sup>27</sup> Auch die Möglichkeit für Ausnahmeregelungen durch die Zulassungsausschüsse wird diese Lücken nicht schließen. Dazu sind die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse in den verschiedenen Regionen zu disparat, die Erfolgsaussichten zu unsicher und damit der Aufwand für entsprechende Bewerbungen zu hoch.

Letztendlich stehen auch verfassungs- und europarechtliche Bedenken einer solchen Einschränkung entgegen. So kommt aus verfassungsrechtlicher Sicht eine Verletzung der gemäß Art. 12 GG geschützten Berufsfreiheit in Betracht.<sup>28</sup> Zwar kann der Gesetzgeber einen Eingriff in die Berufsfreiheit vornehmen,

---

<sup>26</sup> Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) - MVZ mit Kapitalbeteiligung im Meinungsbild der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, 2022, [Link](#)

<sup>27</sup> Fricke et al. 2023, S. 27.

<sup>28</sup> Fricke et. al. 2023, S. 22.

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 im Verhältnis zum verfolgten Gemeinwohlbelang.<sup>29</sup>

Ein solches Rechtsgut kann zwar der Gesundheitsschutz der Bevölkerung sein. Allerdings reicht zur Begründung einer Einschränkung für MVZ mit nichtärztlichen Kapitalgebern nicht das „bloße ‚Herbeireden‘ von Gefahren insbesondere durch Interessenvertreter“<sup>30</sup> aus.<sup>31</sup>

Da es bis heute keine Evidenz für eine Gefährdung der Versorgung durch MVZ und MVZ-Gruppen mit nichtärztlichen Kapitalgebern existiert<sup>32</sup>, unterliegen Eingriffe in die Berufsfreiheit der MVZ-Träger einem wachsendem 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.“<sup>33</sup>

Europarechtlich fragwürdig ist der von der Bundesärztekammer eingebrachte Vorschlag hinsichtlich eines möglichen Verstoßes gegen die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49, 54 AEUV.<sup>34</sup> 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“.<sup>35</sup> Das solche Gründe fehlen, wurde oben dargestellt.

### **Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>29</sup> Fricke et. al. 2023, S. 23.

<sup>30</sup> Ladurner et al. 2020, S. 90.

<sup>31</sup> Prütting, Hügel 2022; Fricke et al. 2023, S. 23; BVerfGE 107, 186, 197.

<sup>32</sup> Ladurner et al. 2020, BT-Drs. 20/5166; Prütting, Hügel 2022; Fricke et al. 2023

<sup>33</sup> Ladurner et al. 2020, S. 90.

<sup>34</sup> Fricke et al. 2023, S. 25.

<sup>35</sup> Fricke et al. 2023, S. 25.

### 3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen

Die Forderung nach einem Auslaufen des Bestandsschutzes nach 10 Jahren wird von der Bundesärztekammer nicht weiter begründet. Dabei handelt es bei dem Vorschlag um gravierende Eingriffe in die Grundrechte der Berufsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz und der Eigentumsfreiheit nach Artikel 14 Abs.1 Grundgesetz, die offensichtlich verfassungswidrig sein dürften.

Das Grundgesetz sieht nach Art. 12 GG einen umfassenden Schutz vor Eingriffen und Beschränkungen der Berufsfreiheit vor. Eingriffe in die Berufsfreiheit dürfen nur zum Schutze eines überragenden Rechtsguts erfolgen. Außerdem müssen die Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit dieses Eingriffs umfassend belegt werden.

Dazu führt das Bundesverfassungsgericht aus: „Die Freiheit der Berufswahl darf nur eingeschränkt werden, soweit der Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter es zwingend erfordert. Ist ein solcher Eingriff unumgänglich, so muss der Gesetzgeber stets diejenige Form des Eingriffs wählen, die das Grundrecht am wenigsten beschränkt“.<sup>36</sup> An den Nachweis der Notwendigkeit objektiver Zulassungsvoraussetzungen sind besonders strenge Anforderungen zu stellen; im Allgemeinen wird nur die Abwehr nachweisbarer und höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut diese Maßnahme rechtfertigen können“.<sup>37</sup> „Regelungen nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG müssen stets auf der ‚Stufe‘ vorgenommen werden, die den geringsten Eingriff in die Freiheit der Berufswahl mit sich bringt; die nächste ‚Stufe‘ darf der Gesetzgeber erst dann betreten, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, dass die befürchteten Gefahren mit (verfassungsmäßigen) Mitteln der vorausgehenden ‚Stufe‘ nicht wirksam bekämpft werden können“.<sup>38</sup>

Eingriffe in die Eigentumsfreiheit müssen ebenfalls notwendig und verhältnismäßig sein. Außerdem dürfen sie nicht entschädigungslos erfolgen, wie beispielsweise die Auseinandersetzung betreffend der Beschränkung der Laufzeiten von Atomkraftwerken gezeigt hat.

Artikel 14 Abs. 3 S. 1 Grundgesetz bestimmt die wichtigste Zulässigkeitsvoraussetzung der Enteignung: Diese ist nur zum Wohle der Allgemeinheit zulässig. Jeder Enteignungseingriff der öffentlichen Gewalt muss mit dieser verfassungsrechtlichen Zulässigkeitsvoraussetzung vereinbar sein. Aus der in Artikel 14 Abs. 3 S. 1 Grundgesetz statuierten Gemeinwohlbindung folgt eine Reihe von Restriktionen: Die

---

<sup>36</sup> BVerfG, Urteil vom 11.06.1958 - 1 BvR 596/56, Rn. 6 b.

<sup>37</sup> BVerfG, Urteil vom 11.06.1958 - 1 BvR 596/56, Rn. 6 c.

<sup>38</sup> BVerfG, Urteil vom 11.06.1958 - 1 BvR 596/56, Rn. 6 d.

Enteignung und das damit verbundene (Sonder-)Opfer des Einzelnen sind nur dann gerechtfertigt, wenn der Entzug bzw. Teilentzug seines Eigentums zur Erfüllung einer bestimmten öffentlichen Aufgabe erforderlich ist. Auch kann nicht jedes legitime Gemeinwohlziel Enteignungen jeglicher Schwere rechtfertigen.

Sofern das Gemeinwohl der öffentlichen Gesundheitsversorgung überhaupt gefährdet sein sollte und höchstwahrscheinliche schwere Gefahren drohten – wozu keine Evidenz vorliegt –, so dürften keine mildereren, gleich wirksamen Mittel vorliegen, um dieses Gemeinschaftsgut zu schützen. Diese liegen allerdings vor und werden zum Teil von der Bundesärztekammer selbst im Positionspapier vorgeschlagen.

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

#### 4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen

Zurecht weist die Bundesärztekammer drauf hin, dass zur Erfüllung des Versorgungsauftrags eines vertragsärztlichen Teilnehmers die Erbringung der Kernleistungen des Fachgebiets gehören. Die Bundesärztekammer unterstellt in weiterer Ausführung, dass dies bei MVZ fraglich sei und daher Mittels gesetzlicher Klarstellung in § 95 Abs. 3 SGB V eine Prüfmöglichkeit einzuführen ist.

Bereits heute können bei dem Verdacht einer Fehlindikation, der Ineffektivität einer Leistung oder Handlung, der Nichteinhaltung anerkannter Qualitätskriterien und hinsichtlich der Unangemessenheit zwischen verursachten Kosten und Behandlungsziel, ärztliche Leistungsvolumina, Überweisungen und alle weiteren ärztlich erbrachten Leistungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106, 106a Abs. 1 SGBV überprüft und festgestellt werden. Die Prüfung kann demnach durch die Kostenträger und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) veranlasst werden. Nach § 106 Absatz 2 S. 2 SGB V kann die Prüfstelle fehlende oder fehlerhafte Daten selbst ermitteln und im Falle eines Verstoßes diesen feststellen und weitere Maßnahmen, beispielsweise die Festsetzung von Nachforderungen, treffen. Daneben steht noch das Instrument der Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen nach § 106d SGB V zur Verfügung. Hierbei werden die Sachlichkeit und Richtigkeit der Abrechnungen geprüft, insbesondere ob die pro Tag abgerechneten Leistungen in einem ordnungsgemäßen Verhältnis zum Zeitaufwand des Arztes stehen.

Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen gelten entsprechend dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Grundgesetz für alle vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Allerdings lassen sich damit die von der Bundesärztekammer verfolgten Ziele einer allgemeinen Prüfung des Gesamtversorgungsauftrags nicht abdecken, insofern wäre eine Änderung des Sozialgesetzbuch V unumgänglich, sollte dieses Ziel verfolgt werden. Wie bereits bei der Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung gesetzlich vorgesehen, müsste der genaue Prüfungsumfang ggf. in Rahmenempfehlungen genauer definiert werden (§ 106 Absatz 2 SGB V). Außerdem müsste festgelegt werden, welche Leistungen in einer Fachrichtung der Gesamtversorgungsauftrag enthält und auf welche leistungserbringende Einheit in kooperativen Strukturen mit mehreren Standorten sich eine solche Regelung bezieht.

Dabei ist nach Artikel 3 Grundgesetz (Gleichheitsgrundsatz) und nach Artikel 19 Grundgesetz (Einzelfallverbot) klar geregelt, dass mögliche Änderungen in Richtung einer allgemeinen Prüfung des Gesamtversorgungsauftrags alle vertragsärztliche Leistungserbringer erfassen müssen. Eine Verankerung in § 95 SGB V Absatz 3, wie von der Bundesärztekammer vorgeschlagen, würde diesen Maßgaben wohl entsprechen.

**Die Forderung der Bundesärztekammer stellt einen im Detail diskussionswürdigen Ansatzpunkt dar, der aus Sicht des BBMV geeignet ist zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen.**

## 5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen

Im Sozial-<sup>39</sup> und Berufsrecht<sup>40</sup> gibt es bereits viele Regelungen, die vor ärztlichen Fehlentscheidungen schützen sollen, beziehungsweise die disziplinarischen Maßnahmen im Falle von Fehlentscheidungen zulassen. Eine Verschärfung bedarf es nicht, wenn überhaupt sollten die bestehenden Regelungen konsequent angewendet werden.

MVZ wurden gesetzlich 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.<sup>41</sup>

Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit „liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“.<sup>42</sup> Gleichwohl, so das BMG weiter, sei es zielführend, die Stellung der ärztlichen Leitung für die Zukunft weitergehend abzusichern.

Die Stellung der ärztlichen Leitung wird – ebenso wie die gesetzlich und berufsrechtliche Sicherstellung der allgemeinen ärztlichen Weisungsfreiheit – von Expertinnen und Experten in weit überwiegender Zahl als ausreichend gesichert bewertet.<sup>43</sup>

Die Vorschriften aus der MBO-Ä erstrecken sich auf den Berufsstand der Ärztinnen und Ärzte und deren persönliche Leistungserbringung. § 23 MBO-Ä stellt klar, dass die berufsrechtlichen Vorschriften auch für Ärztinnen und Ärzte in Anstellung gelten. Somit werden versuchte Einflussnahme in einem Anstellungsverhältnis durch einen anstellenden Arzt bzw. Ärztin davon erfasst, jedoch nicht der Versuch von Personen, die nichtärztliche Aufgaben in einem MVZ oder Krankenhaus wahrnehmen, sofern keine strafrechtlichen Tatbestände erfüllt werden (z.B. nach § 299b StGB). Ziel der Bundesärztekammer scheint es zu sein, eine Regelung zu finden, mit der ein ungebührlicher Einflussversuch auf ärztliche

---

<sup>39</sup> Siehe etwa § 81a SGB V.

<sup>40</sup> Siehe §§ 2, 23, 30ff MBO-Ä.

<sup>41</sup> 2012 wurde dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde die bis dahin über das Berufsrecht geltende medizinische Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung explizit auch in § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V normiert.

<sup>42</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166.

<sup>43</sup> Ladurner et al. 2020; Fricke et al. 2023.

Entscheidungen durch nicht-ärztliche Personen im MVZ unter der Schwelle des Strafrechts, verhindert werden kann.

Dennoch vermag die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene Regelung eines in § 95 Abs. 6 SGB V normierten Zulassungsentzugs hinsichtlich des verfolgten Ziels der Sicherung ärztlicher Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen gegenüber der kaufmännischen Leitung bzw. nichtärztlichen Trägern oder Inhabern eines MVZ nicht zu überzeugen. Mit der vorgeschlagenen Regelung bliebe pauschal nur der Entzug der Zulassung als Mittel einer Ahndung zur Verfügung, was unter Umständen gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verstoßen könnte.

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

## 6. Begrenzung Marktanteile

In der Diskussion um MVZ-Gruppen wird immer wieder die Sorge einer Einschränkung der freien Arztwahl, des Wettbewerbs und von Monopol- und Oligopolstrukturen geäußert. Die Bundesärztekammer schlägt aus diesem Grund vor, die Regelungen zu den zahnärztlichen Versorgungshöchstquoten nach § 95 Abs. 1b SGB V aus dem TSVG auf den vertragsärztlichen Bereich auszuweiten.

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 eine regionale herbeiführt und „so unvermeidlich – unabhängig von der Zulassung bestimmter Krankenhaus-MVZ – zu lokalen Oligopol- oder sogar Monopolsituationen. [...] Die Tätigkeit von Alternativenanbietern wird dann durch die bedarfsplanerisch bei Überversorgung geforderten Zulassungsbeschränkungen ausgeschlossen; das Monopol oder Oligopol von ärztlichen Anbietern ist – zur Verhinderung zusätzlicher angebotsinduzierter Nachfrage – gewünscht.“<sup>44</sup>

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.“<sup>45</sup>

Damit ist die Frage nach regionalen Konzentrationen einzelner Leistungserbringer eine systemimmanente Frage der Bedarfsplanung und hängt nicht von der Praxisorganisationsform, Träger- oder Inhaberschaft ab. Auch MVZ in vertragsärztlicher Inhaberschaft und größere BAG können – und bilden in manchen Regionen – solche regionalen Konzentrationen. Eine Entwicklung, die auch durch

---

<sup>44</sup> Ladurner et al. 2020, S. 121.

<sup>45</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 5.

fehlende Alternativen bei der Nachfolgeregelung begünstigt wird. Es stellt sich die Frage, ob in der Abwägung, solche regionalen Konzentrationen innerhalb eines Bedarfsplanungskreises nicht das kleinere Übel im Vergleich zu einer Versorgungsgefährdung sind.

Zudem gibt es erste Stimmen, laut denen die mit dem TSVG eingeführten Versorgungshöchstquoten für zahnärztliche MVZ in Krankenhausträgerschaft zu Fehlanreizen hinsichtlich der Versorgung in ländlichen Strukturen führen können. Bevor eine solche Regelung auf den ärztlichen Bereich ausgeweitet wird, muss evaluiert werden, welche Auswirkungen sich für die weitere haus- und fachärztliche Versorgung ergeben. Insbesondere, da die Möglichkeit regionaler Konzentrationen aufgrund der systemimmanenten Veranlagung in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung eine Regelung für alle Leistungserbringer erforderlich machen würde. Gegebenenfalls ist auch das jetzige System der Bedarfsplanung und der Zulassungsbeschränkungen zu überprüfen.

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.<sup>46</sup>

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>46</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 5.

## 7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

Ein Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen, wie von der Bundesärztekammer vorgeschlagen, bricht mit grundsätzlichen Elementen des Gesellschaftsrechts. Die Bundesärztekammer argumentiert, dass insbesondere durch die Beherrschungsverträge die ärztliche Unabhängigkeit zu Lasten des Patienten eingeschränkt werden könnte. Dabei wird nicht erwähnt, dass disziplinar-, berufs- und strafrechtliche Maßnahmen auch im Falle fehlerhafter Entscheidungen, die aufgrund eines Beherrschungsvertrages getroffen wurden, selbstverständlich gelten.

Darüber hinaus enthalten die meisten Beherrschungsverträge konkrete Weisungsfreiheits-Klauseln hinsichtlich medizinisch-fachlicher Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte, eben um die ärztliche Unabhängigkeit zu wahren.<sup>47</sup> Evidenz, die dennoch eine (mittelbare) Einflussnahme auf die ärztliche Leitung und/oder Ärztinnen und Ärzte durch die Trägergesellschaften nachweisen, fehlt.<sup>48</sup>

Auch das BMG stellt in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion fest, dass ihm keine Erkenntnisse vorliegen, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter die gesetzlich ausdrücklich zugewiesene Schutzfunktion zur Abschirmung der ärztlichen Behandlungstätigkeit vor sachfremder Einflussnahme in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen würden.<sup>49</sup>

Die Bewertung von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind bereits heute äußerst unterschiedlich. Einige KV lehnen diese strikt ab, wobei wohl bereits einzelne Fälle existieren, bei denen Zulassungsentziehungsverfahren gegen MVZ aufgrund solcher Verträge eingeleitet wurden, ohne dass eine entsprechende gesetzliche Grundlage dafür existiert.

Mit Blick auf die Gewinnabführungsverträge würde ein Verbot ebenfalls zu tiefgreifenden steuerrechtlichen Verwerfungen führen. Die Regelung ist somit rechtlich fragwürdig und mit Blick auf die Gewährleistung ärztlicher Weisungsfreiheit nicht zielführend.

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>47</sup> Sabelleck, in: Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit Medizinischen Versorgungszentren, GesR 2022, 477, 488, 483.

<sup>48</sup> Sabelleck, in: Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit Medizinischen Versorgungszentren, GesR 2022, 477, 488, 483.

<sup>49</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 7.

## 8. Transparenz über Inhaberschaft

Das Ziel, eine höhere Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten, aber auch eine verbesserte Strukturtransparenz zu erzielen, unterstützt der BBMV.<sup>50</sup> 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 weiterer Handlungsbedarf abgelesen werden kann.

Entscheidend hierbei ist die konkrete Ausgestaltung, mit der sich dieses Ziel erreichen lässt. Ablehnend steht der BBMV einer „lex specialis“ für MVZ in bestimmten Trägerschaften gegenüber, sowie überbordenden Dokumentationspflichten, wie diese in einem Antrag der Bundestagsfraktion DIE.LINKE in der 19. Legislaturperiode vorgeschlagen wurden.<sup>51</sup>

Eventuell möglich wäre eine Anpassung der Ärzte-Zulassungsverordnung, wie von der Bundesärztekammer vorgeschlagen. Den Zulassungsausschüssen liegen darüber hinaus alle relevanten Daten für eine solche Strukturtransparenz vor. Hier sollte geprüft werden, ob Teile dieser Daten nutzbar gemacht werden können und darauf geachtet werden, dass Transparenzvorgaben alle Leistungserbringer umfasst. Eine Transparenz- und Kennzeichnungspflicht nur für MVZ oder bestimmte Träger- oder Inhaberschaften dürften gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Grundgesetz verstoßen.

**Die Forderung der Bundesärztekammer stellt einen im Detail diskussionswürdigen Ansatzpunkt dar, der aus Sicht des BBMV geeignet ist zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen.**

---

<sup>50</sup> Stauch-Eckmann: „Wir haben mit Transparenz kein Problem“, Ärzte Zeitung, Nr. 40, 03.06.2022, [Link](#)

<sup>51</sup> Siehe dazu Bundestag-Drucksache 19/14372, sowie Ausschussdrucksachen [19\(14\)143\(6\)](#) und [19\(14\)143\(7\)](#).

## 9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

Die Bundesärztekammer führt aus, dass sich die Disziplinargewalt der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bislang nicht auf MVZ bzw. deren Träger erstreckt, da diese bislang nicht Mitglieder der KV sind. Verfehlungen unterhalb gravierender Verstöße können demnach nicht geahndet werden.

Daher schlägt die Bundesärztekammer vor, in § 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V um einen Verweis auf § 81 Abs. 5 SGB V zu erweitern. Dadurch soll klargestellt werden, dass die satzungsrechtlichen Vorschriften der KV auch Voraussetzung und Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen MVZ bzw. deren Träger als Nicht-Mitglieder umfassen sollen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

Der Vorschlag einer partiellen Ausweitung der Geltung von Disziplinarmaßnahmen der stellt nur eine Behelfskonstruktion dar. Juristisch überzeugender wäre eine Vollmitgliedschaft für MVZ nach § 77 Abs. 3 SGB V.

Pflichtmitglieder der KV sind bislang nur die zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte, sowie die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärztinnen und Ärzte, die mindestens zehn Wochenstunden beschäftigt sind, sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte.<sup>52</sup> MVZ bzw. deren Träger<sup>53</sup> werden in dem definierten Kreis nicht genannt und fallen damit aus der Pflichtmitgliedschaft, obwohl sie ausdrücklich an der vertragsärztlichen Versorgung als Leistungserbringer teilnehmen.<sup>54</sup>

Dieser Ausschluss von MVZ aus den KV und die damit einhergehende Repräsentationslücke in der Selbstverwaltung der vertragsärztlichen Leistungserbringer ist auch aus verfassungsrechtlicher Sicht vor dem Demokratieprinzip nach Artikel 20 Abs. 1 und 2 Grundgesetz zu hinterfragen.<sup>55</sup> 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

---

<sup>52</sup> § 77 Abs. 3 SGB V.

<sup>53</sup> sofern es sich bei dem Träger nicht um eine zugelassene Vertragsärztin oder -arzt nach § 95 Abs. 1a Satz 1 Var. 1 SGB V handelt.

<sup>54</sup> § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V

<sup>55</sup> Becker, Kingreen, Scholz, 7. Aufl. 2020, SGB V § 77 Rn. 6, 7

auszugehen, dass die in einem MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig die Interessen des Arbeitgebers innerhalb der KV vertreten.<sup>56</sup>

Die Inkongruenz der Kreise der Mitglieder der KV einerseits und der zulassungsfähigen Leistungserbringer andererseits im Falle von MVZ führt zu logischen und systematischen Brüchen. Etwa im Zusammenhang mit Disziplinarmaßnahmen, wie von der Bundesärztekammer beschrieben, oder auch bei der Erfüllung vertragsärztlicher Grundpflichten wie der Fortbildungs- oder Notdienstpflicht.<sup>57</sup> Diese Brüche hat die Rechtsprechung bislang durch die Annahme aufgelöst, dass nicht die Mitgliedschaft in der KV, sondern den 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 und einer mittelbaren Bindung über ihre ärztliche Leitung begründet.<sup>58</sup>

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

## 10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ

**Die Forderung der Bundesärztekammer nach Streichung der Konzeptbewerbung nach § 103 Abs, 4 Satz 5 SGB V ist zuzustimmen.<sup>59</sup>**

---

<sup>56</sup> Hügel, Prütting: Repräsentation von Medizinischen Versorgungszentren in der Selbstverwaltung, in: Stauch-Eckmann, Knüppel, Neubauer: Medizinische Versorgungszentren. Versorgungs- und Unternehmensform mit Zukunft, MWVG, Berlin, 2023 im Erscheinen.

<sup>57</sup> Hügel, Prütting 2023.

<sup>58</sup> Hügel, Prütting 2023; BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 39/12 R.

<sup>59</sup> Ladurner et al. 2020, S. 53.

## 11. Stärkung des ärztlichen Leiters

MVZ wurden gesetzlich 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.<sup>60</sup>

Ladurner et al. empfehlen für den Fall, dass der Gesetzgeber „gleichwohl Handlungsbedarf sehen [sollte], [...] eine weitere Stärkung des Funktionsamts des ärztlichen Leiters des MVZ“.<sup>61</sup>

Allerdings besteht ein solcher objektivere Handlungsbedarf nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit gerade nicht. Dem BMG „liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“.<sup>62</sup>

Die Stellung der ärztlichen Leitung wird – ebenso wie die gesetzliche und berufsrechtliche Sicherstellung der allgemeinen ärztlichen Weisungsfreiheit – von Expertinnen und Experten in weit überwiegender Zahl als ausreichend gesichert bewertet.<sup>63</sup>

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.<sup>64</sup>

### **Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>60</sup> Ladurner et al. 2020, S 3., Hervorhebung im Original

<sup>61</sup> Ladurner et al. 2020, S. 4.

<sup>62</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166.

<sup>63</sup> Fricke et al. 2023; Bundestag-Drs. 20/5166, Anhang 5b.

<sup>64</sup> Fricke et al. 2023, S. 20.

## 12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

Die Bundesärztekammer fordert die Einführung eines neuen § 135b Abs. 5 SGB V, nach dem – analog zum § 135c SGB V – Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Vernehmen, Empfehlungen zu Regelungen hinsichtlich von Zielvereinbarungen in Verträgen von ärztlichen Leiterinnen und Leitern in MVZ entwickeln. Analog zu der existierenden Regelung im stationären Bereich besteht eine Offenlegungspflicht der Verträge gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und eine Berichtspflicht, ob sich MVZ an die Empfehlungen von Bundesärztekammer und KBV halten.

Die Empfehlungen sollen sicherstellen, „dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“<sup>65</sup> Über die bestehende Regelung für den stationären Bereich nach § 135c SGB V hinausgehend, fordert die Bundesärztekammer für MVZ jedoch die Möglichkeit von Disziplinarmaßnahmen, sofern die Empfehlungen nicht umgesetzt werden.

Dieser Vorschlag vermag nicht zu überzeugen. Zum einen werden heute bereits 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. Sollte dennoch eine analoge Regelung verfolgt werden, müsste diese zwischen der Bundesärztekammer und den Interessensvertretungsorganen Medizinischer Versorgungszentren – analog zur Deutschen Krankenhausgesellschaft – im Einvernehmen erarbeitet werden. MVZ sind keine Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sind daher auch nicht zur Erarbeitung solcher Empfehlungen legitimiert.

Jedoch ist auch hier entscheidend, dass keinerlei Evidenzen vorliegen, die einen derartigen Regulierungsschritt rechtfertigen. In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass die Stellung der ärztlichen Leitung und die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen ausreichend gesichert sind.

**Die Forderung der Bundesärztekammer ist daher abzulehnen.**

---

<sup>65</sup> § 135c Abs. 1 Satz 2 – 3 SGB V.