

MEMORANDUM ZUR VERSORGUNG MIT MVZ

Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?

PROF. DR. FRANK-ULRICH FRICKE | WERNER KÖHLER | DR. STEPHAN RAU

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Frank-Ulrich Fricke ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Technischen Hochschule Nürnberg und unparteiisches Mitglied der Schiedsstelle nach § 130b SGB V. Nach betriebswirtschaftlichem Studium und volkswirtschaftlicher Promotion war er in der pharmazeutischen Industrie und in der Beratung tätig. Professor Fricke ist Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Fachgesellschaften.

Werner Köhler

Herr Köhler war langjähriger Leitender Verwaltungsdirektor der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Franken und Oberbayern in München und Mitglied in verschiedenen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung, u. a. Vorsitzender des Zulassungsausschusses Oberbayern und Richter am Sozialgericht München.

Dr. Stephan Rau

Herr Rau ist Rechtsanwalt in München und spezialisiert auf Transaktionen im Gesundheitswesen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
I. Regulatorischer Hintergrund und Stand der politischen Debatte	7
II. Differenzierung ambulanter Versorgungsformen	10
1. Strukturelle Charakteristika von MVZ.....	10
2. Gewinnorientierung im Gesundheitswesen	12
III. Ambulante Versorgungslandschaft: Gesundheitsökonomischer Sachverhalt	13
1. Versorgungsanteile und Wachstumsraten	13
2. Honorarvolumina und Abrechnungsverhalten	14
3. Regionale Verteilung	15
4. Fazit gesundheitsökonomischer Sachverhalt	16
IV. Wie MVZ zur Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen können	17
1. Drohende ordnungs- und versorgungspolitische Fehlanreize	18
2. Die Versorgung durch einen transparenten Qualitätswettbewerb stärken	19
V. Regulierungsvorschläge aus verfassungs- und europarechtlicher Sicht	22
1. Verfassungsrechtliche Beurteilung	22
2. Europarechtliche Beurteilung	24
VI. Resümee	26

Vorwort

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurde im Jahre 2003 unter der damaligen rot-grünen Bundesregierung die Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert. Seitdem waren MVZ mehrfach Gegenstand gesetzlicher Regulierungsvorhaben. Während in der Vergangenheit MVZ als Organisationsform an sich kritisiert wurden, hat sich diese Kritik mittlerweile auf MVZ fokussiert, an denen mittelbar nicht-ärztliche, private Kapitalgeber oder auch Ärzte aus dem europäischen Ausland beteiligt sind. Die Debatte wird hierbei in Teilen mit schrillen Tönen in den Massenmedien sowie der Fachöffentlichkeit geführt: Die Tagesschau verknüpfte beispielsweise im Januar 2022 im Titel eines Beitrags die Beteiligung nicht-ärztlicher privater Kapitalgeber mit der irreführenden Aussage „Wenn Gesundheit zur Geldfrage wird“¹. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sah wiederum „in der derzeitigen Entwicklung eine [...] große Gefahr für die ambulante Versorgung der Patienten“². Auch Gesundheitsminister Karl Lauterbach äußerte sich in einem Interview Ende 2022 zu den MVZ und bezeichnete nicht-ärztliche private Kapitalgeber als „Heuschrecken“, welche MVZ aufkauften, „um sie anschließend mit maximalem Gewinn zu betreiben“³. Ferner forderten die Bundesländer im Rahmen der 95. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2022 wiederholt eine Befassung mit dem Thema „MVZ mit Investorenbeteiligung“⁴.

Viele Behauptungen der Kritiker werden nicht durch empirische Daten aus der ambulanten Versorgung gestützt. Dabei stellt sich angesichts des demografischen Wandels, des zunehmenden Wegbrechens medizinischer Infrastruktur in strukturschwachen Regionen sowie des Fachkräftemangels in medizinischen Berufen die Frage, inwieweit polemische und teilweise ideologisch aufgeladene Debatten um Beteiligungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung dabei helfen, ebendiese Probleme zu lösen. Die drängenden Fragen drehen sich vielmehr um die Sicherung der Patientenversorgung sowie die Einhaltung von Qualitätsstandards – Probleme, die auch in der Argumentation der Kritiker von MVZ mit Beteiligung nicht-ärztlicher Kapitalgeber gelöst werden müssen. Hier tragen MVZ bereits heute gemeinsam mit Einzelarztpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zur Lösung dieser wesentlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen bei.

Um ideologiefrei aus gesundheitsökonomischer, ordnungs- und versorgungspolitischer sowie juristischer Perspektive auf dieses sehr aktuelle gesundheitspolitische Thema einzugehen, wurden Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke, Herr Werner Köhler sowie Dr. Stephan Rau vom Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren (BBMV) sowie dem Verband Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM) um die Veröffentlichung dieses Debattenbeitrags gebeten.⁵

1. Nützel, N. Investorengetragene MVZ. Wenn Gesundheit zur Geldfrage wird. [Tagesschau.de, Website, Stand: 20.01.2022](https://www.tagesschau.de/website/stand/20.01.2022).

2. KVB. MVZ in Investorenhand – Einzelpraxis vor dem Aus? [KVB Impuls, 1/2021](https://www.kvb.de/impuls/1/2021).

3. Hellemann, A. und Rosenfelder, L. Rotwein, Schnaps und Kater-Tricks. Lauterbach im großen Weihnachts-Interview. [BILD.de, Interview vom 24.12.2022](https://www.bild.de/interview/vom-24.12.2022).

4. GMK. Beschlüsse der GMK 22.06.2022-23.06.2022. TOP: 15.2 Investorengetragene medizinische Versorgungszentren. [Gesundheitsministerkonferenz, Website, 2022](https://www.gesundheitsministerkonferenz.de/website/2022).

5. Herr Prof. Dr. Fricke ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Technischen Hochschule Nürnberg und war mehrere Jahre in der pharmazeutischen Industrie zu den Themen Marktzugang, Gesundheitsökonomie, Preisbildung und Gesundheitspolitik tätig. Herr Werner Köhler war langjährig Leitender Verwaltungsdirektor der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Franken und Oberbayern in München, Mitglied in verschiedenen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung (u. a. Vorsitzender des Zulassungsausschusses Oberbayern) sowie Richter am Sozialgericht München. Herr Prof. Dr. Fricke und Herr Köhler verantworten vor allem die gesundheitsökonomische und ordnungs- bzw. versorgungspolitische Perspektive, die in diesem Debattenbeitrag aufgezeigt wird. Herr Dr. Stephan Rau M.Sc. (Econ), L.S.E. und Maître en économie appliquée (Paris – Dauphine) ist Rechtsanwalt in München und spezialisiert auf regulatorische Fragen und Transaktionen im Gesundheitswesen. Er verantwortet die juristische Perspektive dieses Beitrags.



I. Regulatorischer Hintergrund und Stand der politischen Debatte

Seit dem 1. Januar 2004 gibt es in der ambulanten (zahn)medizinischen Versorgung in Deutschland neben der traditionellen Struktur selbstständiger vertragsärztlicher Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) die Option der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Damit wurde insbesondere die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten deutlich erweitert. MVZ sind „eigenständige Leistungserbringer, in denen mehrere ambulant tätige Ärztinnen bzw. Ärzte kooperativ unter einem Dach zusammenarbeiten.“⁶ MVZ zeichnen sich durch die Möglichkeit der Trennung von Inhaberschaft und ärztlicher Behandlungstätigkeit aus. Mit der Einführung von MVZ wurden im Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) folgende Ziele definiert: mehr qualitätsorientierter Wettbewerb, Flexibilisierung des Vertragsarztrechts, Modernisierung der Versorgungsstrukturen, Stärkung der integrierten Versorgung und interdisziplinären Zusammenarbeit. Nicht zuletzt sollte eine Möglichkeit insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden, „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit der Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen.“⁷ MVZ sollten und sollen auch heute dementsprechend dazu beitragen, die ambulante Versorgung auf struktureller Ebene zu verbessern.

Ende 2021 lag die Anzahl der MVZ bei über 4.000. Die neue Versorgungsform hat sich damit nach fast 20 Jahren in der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland fest etabliert. Dabei entspricht die Verteilung der MVZ zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen – entgegen bisweilen anderslautender Behauptungen – in etwa der Bevölkerungsverteilung.⁸ Bei 44 Prozent der MVZ liegt die unmittelbare Inhaberschaft in ärztlicher Hand und bei weiteren 42 Prozent sind Krankenhäuser an der Inha-

berschaft beteiligt. Von rund 25.800 in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzten arbeiten knapp 24.100 in einem Angestelltenverhältnis. Circa 14 Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sind in einem MVZ tätig.⁹

Die Regulierung zu MVZ (§ 95 SGB V) war seit der Einführung immer wieder Gegenstand gesetzlicher Überarbeitung. Insbesondere die Regelungen zur Gründung eines MVZ wurden wiederholt angepasst. Dabei standen primär politische Diskussionen und weniger Gutachten zur Qualität und Sicherheit der Versorgung im Fokus. Zunächst war es allen Leistungserbringern in der medizinischen Versorgung erlaubt, in einer beliebigen rechtlichen Organisationsform ein MVZ zu gründen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde der Gründerkreis 2011 spezifiziert: Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, nichtärztliche Dialyseleistungserbringer nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnützige Träger. Die zulässige Rechtsform wurde auf Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften und GmbHs begrenzt.¹⁰ 2015 wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossen, die Kommunen in den Kreis der Gründungsberechtigten aufzunehmen und auch öffentliche Rechtsformen als zulässig zu klassifizieren. In der Praxis wurde diese Möglichkeit von Kommunen bislang sehr selten genutzt. Die letzte Anpassung fand 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsstärkungsgesetz (TSVG) statt: Die Gründungsberechtigten wurden um sogenannte anerkannte Praxisnetze erweitert und die Gründungsberechtigung von nichtärztlichen Dialyseleistungserbringern auf fachnahe MVZ beschränkt. Darüber hinaus wurden Höchstgrenzen an Versorgungsanteilen für den jeweiligen Planungsbereich für zahnärztliche MVZ eingeführt, die von zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden.

6. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Medizinische Versorgungszentren. Bundesministerium für Gesundheit, Website, zuletzt geändert: 10. Juni 2021.

7. BT-Ds 15/1170.

8. Neubauer, G.; Minartz, C. und Niedermeier, C. Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. *Schlussbericht. 2020, S. 65*

9. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. *Kassenärztliche Bundesvereinigung, Website, 2022.*

10. Die Einschränkung der Rechtsform sowie der Gründungseigenschaften war bereits im Rahmen des GKV-VStG Anlass für Kritik. (Scholz/Buchner, NZS 2012, 401 und SVR Gesundheit. Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. BT-Ds 17/10323, Randnummer 373. und 374., S. 297 f.)

Im Nachgang zur Verabschiedung des TSVG hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), damals unter der Leitung von Jens Spahn, bereits ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, um eine Bestandaufnahme der rechtlichen und versorgungsökonomischen Lage zu erhalten.¹¹ Auf Basis des im November 2020 veröffentlichten Gutachtens sollte eingeschätzt werden, inwieweit die zuvor eingeführten regulatorischen Anpassungen den intendierten Zweck erfüllen bzw. ob weiterer Regulierungsbedarf besteht. Die Verfasser des Gutachtens sehen im Ergebnis aufgrund der vorhandenen Evidenz derzeit keinen regulatorischen Handlungsbedarf.¹² Insbesondere sehen sie keinerlei Anzeichen für negative Auswirkungen auf die Sicherstellung und Qualität der Patientenversorgung durch MVZ mit nicht-ärztlicher Beteiligung.

Im Kontext dieser vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen Untersuchung wurden weitere wissenschaftliche Gutachten für unterschiedliche Auftraggeber erstellt, um einen evidenzbasierten Blick auf die ökonomische, rechtliche und ordnungspolitische Versorgungslage von MVZ zu ermöglichen. Das BMG hat im September 2022 der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden einen Bericht mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Gutachten zukommen lassen. Darin heißt es wörtlich: „Überwiegend werden nachweisbar negative Zusammenhänge zwischen Inhaberschaft und Versorgungsqualität in investorenbetriebenen MVZ [...] verneint.“¹³

Aktuell, fast 20 Jahre nach Einführung der MVZ und drei Jahre nach der letzten regulatorischen Anpassung, sind MVZ wieder Gegenstand der (berufs-)

politischen Debatte. Auf der 95. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2022 wurde entschieden, die Bundesregierung zu weiteren regulatorischen Einschränkungen aufzufordern. Zudem kündigten die Gesundheitsminister der Länder an, eine eigene Initiative im Bundesrat zu starten.¹⁴ Auch die Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlichte Anfang Januar 2023 ein Positionspapier, in dem sie eine Begrenzung der Übernahme von MVZ durch sogenannte „fachfremde Finanzinvestoren“ fordert.¹⁵ Mittlerweile hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) reagiert und die Thematik MVZ im Rahmen eines Versorgungsgesetzes in die Arbeitsplanung für 2023 aufgenommen.

Die einschränkenden Maßnahmen der bisherigen Gesetzgebung sowie die geplanten oder auch gewünschten Aktivitäten des Gesetzgebers werden generell wie folgt begründet: Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen soll gewährleistet werden. Die Verdrängung von Vertragsärztinnen und -ärzten durch MVZ soll abgewendet¹⁶ und eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz verhindert werden.¹⁷ Außerdem wird die Gefahr gesehen, dass Investitionen in das Gesundheitssystem nicht mehr positiv zu bewerten sind, wenn das primäre Ziel die gewinnbringende Vermögensanlage durch Fachfremde ist.¹⁸

Es stellt sich die Frage, inwieweit auf der Grundlage der Gesamtheit der in den Gutachten zusammengetragenen Evidenz Handlungsbedarf für eine weitere Überarbeitung der regulatorischen Rahmenbedingungen besteht. Darüber hinaus ist zu erörtern, ob die derzeit im Raum stehenden Vorschläge, jüngst von der Bundesärztekammer in einem 12-Punktepa-

11. Ladurner, A.; Walter, U. und Jochimsen, B. Rechtsgutachten. Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). [Bundesministerium für Gesundheit, Website, 2020.](#)

12. Ladurner et al. 2020, S. 4.

13. [BT-Ds 20/5166, Anlage, S. 10.](#) Der Bericht wurde der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU im Bundestag als Anlage beigelegt.

14. Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Beschlüsse der GMK 22.06.2022-23.06.2022. TOP: 15.2 Investorengetragene medizinische Versorgungszentren. [Gesundheitsministerkonferenz, Website, 2022.](#)

15. Bundesärztekammer (BÄK). 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. [Bundesärztekammer, Positionspapier vom 09.01.2023, S. 1.](#)

16. [BT-Ds 17/6906.](#)

17. [BT-Ds 19/6337.](#)

18. BÄK 2023, S. 3.

pier zusammengefasst¹⁹, sachgerecht sind und dazu beitragen, die drängenden Herausforderungen in der ambulanten Versorgung anzugehen. Für eine derartige Analyse ist es notwendig, zunächst zwischen den verschiedenen ambulanten Versorgungsformen (Einzelpraxis, BAG, MVZ) zu differenzieren und anschließend die Unterschiede der Beteiligungsstrukturen bei MVZ zu beleuchten.

Auf dieser Grundlage wird die Zusammensetzung der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland analysiert. Dabei sollen Auffälligkeiten

von MVZ bzw. bestimmter Inhaber- oder Beteiligungsstrukturen im Fokus stehen, um einordnen zu können, ob regulatorischer Handlungsbedarf besteht. Ausgehend von dieser Einschätzung wird betrachtet, inwieweit die derzeit diskutierten Regulierungsvorschläge geeignet sind, zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation beizutragen. Abschließend wird die Frage erörtert, ob die Vorschläge aus verfassungs- bzw. europarechtlicher Sicht umsetzbar sind.

19. BÄK 2023.

II. Differenzierung ambulanter Versorgungsformen

Vertragsärztliche Einzelpraxen und BAG unterscheiden sich von MVZ dadurch, dass bei ersteren Inhaber ausschließlich ein oder mehrere in der Praxis oder BAG behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind. In der Einzelpraxis behandelt der Praxisinhaber und gibt auch das Kapital, z. B. für die Betriebs- und Geschäftsausstattung. Bei BAG sind behandelnde Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig Gesellschafter, wodurch sich das Investitionsrisiko verteilt. Bei einem MVZ können behandelnde Ärztinnen und Ärzte, aber auch Krankenhäuser oder nicht-ärztliche Dialysekliniken und an diesen mittelbar nicht-ärztliche Kapitalgeber oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen als Gesellschafter beteiligt sein. Das bedeutet, dass eine gemäß § 95 SGB V gründungsberechtigte Entität – sei es ein Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin, ein zugelassenes Krankenhaus oder eine Kommune – zur gleichen Zeit mehrere MVZ betreiben kann. Diese sind bei der MVZ-Gründung auch an die Bedarfsplanung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sowie an die offizielle Vergabe von Vertragsarztsitzen durch den jeweiligen Zulassungsausschuss gebunden. Eine Vergabe erfolgt nur bei freien Vertragsarztsitzen. Folglich kann ein MVZ nicht an beliebigen Orten und/oder mit beliebigen Facharzttrichtungen gegründet werden, sondern hat sich am Versorgungsbedarf zu orientieren.

Darüber hinaus wird bei der Vergabe von Vertragsarztsitzen zwischen MVZ und anderen ambulanten Versorgungsformen unterschieden. Über die (Nach-)Besetzung der Vertragsarztsitze berät und entscheidet der paritätisch besetzte Zulassungsausschuss für den jeweiligen Planungsbereich. Bei mehreren Bewerbungen für einen freien Vertragsarztsitz bestimmt der Zulassungsausschuss, ob dieser Sitz an einen Arzt, eine Ärztin oder ein MVZ vergeben wird. Laut § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V soll „[...] bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei

Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern [...]“ nachrangig berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte, die eine Einzelpraxis gründen, sich an einer BAG beteiligen oder selbst Träger eines MVZ sind, bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen bevorzugt werden.

Ferner sind die im MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte an die Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) gebunden. Darin ist festgelegt, dass Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet sind, „ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.“ (§ 30 MBO-Ä). Um darüber hinaus eine unlautere Einflussnahme der kaufmännischen Leitung eines MVZ auf die Behandlungsentscheidungen zu verhindern, existiert in jedem MVZ eine ärztliche Leitung: „Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.“ (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Rahmenbedingungen erscheint es bereits theoretisch schwierig, Interessen von Kapitalgebern bei ärztlichen Entscheidungen in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und MVZ einfließen zu lassen. Theoretisch wäre das eher einfacher in Einzelpraxen oder in BAG, in denen ärztlich Tätige gleichzeitig Kapitalgeber sind, denn dort finden solche Abwägungsprozesse häufig intrapersonal statt.

1. Strukturelle Charakteristika von MVZ

Während die Einheit von „behandelndem Arzt“ und „Inhaberschaft“ bei Einzelpraxen und BAG berufspolitisch als vorteilhaft angesehen wird, lassen sich ebenso positive Effekte ausmachen, die auf die Trennung von „ärztlicher Behandlung“ und „Inhaberschaft“ zurückzuführen sind. Zum einen geht der Kauf oder die Neugründung einer Einzelpraxis für einen Arzt mit einem wirtschaftlichen Risiko einher,

das u. a. auf beachtlichen initialen Kosten basiert und aufgrund fehlender Planungssicherheit in der ambulanten Honorarverteilung nicht sicher vorauszusehen ist. Wenn man ärztlich tätig sein und gleichzeitig das wirtschaftliche Risiko einer Praxisneugründung vermeiden möchte, können Ärztinnen und Ärzte ein Angestelltenverhältnis in einer Einzelpraxis, einer BAG oder in einem MVZ eingehen und damit ohne unternehmerisches Risiko arbeiten. Aufgrund der im Vergleich zu Einzelpraxis und BAG im Durchschnitt strukturell größeren Einheit von MVZ²⁰ – durchschnittlich arbeiten in jedem der Zentren 6,2 Ärztinnen bzw. Ärzte²¹ – können hier geregelte Arbeitszeiten und ein festes Gehalt bei gleichzeitiger Flexibilität am besten realisiert werden. Ferner besteht der Vorteil, von den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen einer Einzelpraxis, wie KV-Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auch Personalführung und Management befreit zu sein, und sich voll auf die medizinische Behandlung konzentrieren zu können.

Darüber hinaus haben Ärztinnen und Ärzte durch die Arbeit im MVZ die Möglichkeit, ein Berufsleben inklusive Work-Life-Balance²² zu führen. Flexiblere Arbeitszeiten und die Möglichkeiten der Arbeitsteilung dürften insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte – über 60 Prozent der Studienabgänger und -abgängerinnen im Fach Medizin sind Frauen²³ – die Attraktivität des Arztberufs steigern. Ärztinnen und Ärzte legen zunehmend Wert auf ein ausgegli-

cheneres Verhältnis von Arbeits- und Familien- bzw. Privatzeit. Auch die Versicherten profitieren von der zeitlichen Flexibilität durch patienten- und arbeitnehmerfreundliche Öffnungszeiten.

Die Option, dass sich mehrere MVZ unter dem Dach eines Trägers befinden, sogenannte MVZ-Gruppen, ermöglicht es zudem, Netzwerke zu bilden, die dazu beitragen, effizientere Verwaltungsstrukturen über sinnvolle Synergien zu etablieren sowie einen fachlichen Austausch zu fördern.²⁴ Die Halbwertszeit medizinischen Wissens wird immer kürzer. Diagnostik und Therapie vieler Erkrankungen werden immer komplexer und patientenindividueller. Der fachliche Austausch und die ärztliche Fortbildung haben in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Gerade der bessere fachliche Austausch ermöglicht es den Trägern von MVZ, die Qualität der medizinischen Versorgung auch bei selteneren und komplexeren Erkrankungen durch Wissenstransfer sowie die stark vereinfachte Möglichkeit der fachärztlichen Konsultation innerhalb der eigenen Versorgungsstruktur zu verbessern und auf hohem Niveau zu halten.²⁵

Die Vermeidung wirtschaftlicher Risiken durch die Anstellung als Arzt in einem MVZ, flexiblere, attraktivere Arbeitsbedingungen sowie die Möglichkeiten des fachlichen Austauschs in größeren Strukturen lassen vermuten, dass die ambulante Versorgung unter neuen Versorgungsformen wie MVZ zumindest nicht leidet.

20. Für MVZ gilt im Gegensatz zur Einzelpraxis und BAG keine Obergrenze bei der Anzahl angestellter Ärztinnen und Ärzten. Daher kann das MVZ als Praxisorganisationsform dem Wunsch nach Anstellung in der ambulanten Medizin in der Breite am besten nachkommen.

21. KBV 2022.

22. Arbeitgeber mit einer größeren Zahl an angestellten Ärztinnen und Ärzten können flexiblere Arbeitszeitmodelle anbieten sowie übergeordnete Corporate Governance-Strukturen und verbindliche Compliance-Regelungen etablieren.

23. Saritas, Beyza. Die Medizin wird weiblich. [Thieme via medici, Stand: 07.12.2021.](#)

24. Ladurner et al. 2020, S. 18.

25. Die Vorteile des fachlichen Austauschs sowohl innerhalb einer MVZ als auch speziell im überregionalen Kontext werden am Beispiel medizinischer Labore besonders deutlich, weil diese aufgrund deren Interdisziplinarität und Komplexität in besonderem Maß von einem engen Austausch abhängig sind. Sowohl regionale als auch überregionale Laborguppen mit Fachärztinnen und -ärzten aus verschiedenen Gebieten der Labordiagnostik und verschiedenen fachärztlichen Disziplinen schaffen Netzwerkvorteile, indem sie eine stärker spezialisierte Diagnostik ermöglichen.

2. Gewinnorientierung im Gesundheitswesen

Wie eingangs beschrieben, wurde der Kreis der gründungsberechtigten Entitäten in mehreren Gesetzgebungsprozessen abschließend definiert: „Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern [...], oder von Kommunen gegründet werden.“ (§ 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V). Die Gründung und der Betrieb von MVZ durch diese Entitäten wird in dem Zusammenhang auch als Trägerschaft bezeichnet. Der Begriff der Inhaberschaft betrifft die Träger, die von unterschiedlichen wirtschaftlichen Akteuren gehalten werden kann. Bspw. können bei Krankenhäusern sowohl öffentliche Träger, aber auch private Kapitalgeber Inhaber sein.

Private Kapitalgeber, die sich über die Inhaberschaft von zugelassenen Krankenhäusern an MVZ beteiligen, stehen seit geraumer Zeit politisch im Verdacht, Profite auf Kosten der Behandlungsqualität zu realisieren und damit die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gefährden. Allerdings ist Gewinnorientierung kein Merkmal, das in der Gesundheitsversorgung ausschließlich auf nicht-ärztliche private Kapitalgeber oder Private-Equity-Unternehmen zutrifft. Sowohl MVZ, unabhängig vom Kapitalgeber, als auch Einzelpraxen und BAG erzielen Umsätze im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und müssen damit die Kosten der Leistungserbringung mindestens de-

cken. Praxisinhaber und Gesellschafter in BAG müssen durch den Praxisbetrieb Überschüsse erzielen, um davon ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, sofern sie keine weiteren Einkommensquellen haben.

Auch die Kapitalgeber des MVZ, unabhängig davon, ob sie ärztlich tätig sind oder nicht, sind an einer Rendite auf das eingesetzte Kapital interessiert.²⁶ Dass eine auf die Erzielung möglichst hoher Erträge ausgerichtete Versorgung nachteilige Folgen für die Behandlungsqualität haben kann, gilt jedoch für alle Versorgungsformen gleichermaßen. Dies ist dann der Fall, wenn „die ökonomischen Motive hinter den ärztlichen Angeboten nicht indizierter Maßnahmen verdeckt bleiben und die Ärzte dazu verleitet werden, genuin ökonomische als medizinische Motive auszugeben.“²⁷

Die Weisungsfreiheit und Unabhängigkeit bei medizinischen Entscheidungen der im MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte ist gesetzlich reguliert. Die ärztliche Empfehlung einer nach Kenntnis des behandelnden Arztes oder Ärztin medizinisch nicht indizierten Behandlung gegenüber einem Patienten oder einer Patientin kann eine Straftat darstellen.²⁸ Die ärztliche Unabhängigkeit wird zudem durch eine ärztliche Leitung geschützt, deren Weisungsfreiheit gesetzlich vorgeschrieben ist. Damit ist die Behandlungsqualität im Allgemeinen nicht von der jeweiligen Versorgungsform, Träger- bzw. Inhaberschaft, sondern vorwiegend von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der medizinischen Ausstattung abhängig.

26. Ob die Renditeerwartung ärztlich tätiger Kapitalgeber anders ausfällt als die Renditeerwartung nicht-ärztlich tätiger Kapitalgeber müsste in einer eigenständigen empirischen Untersuchung geprüft werden.

27. BÄK, Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 20.02.2015, S. 3.

28. Konkret würde es sich bei den Straftaten um vorsätzliche Körperverletzung und Betrug handeln. Im Falle fehlender Kenntnis kann eine fahrlässige Körperverletzung vorliegen.

III. Ambulante Versorgungslandschaft: Gesundheitsökonomischer Sachverhalt

Das vorangegangene Kapitel hat gezeigt, dass MVZ durch ihre organisatorischen und strukturellen Besonderheiten eine sinnvolle Ergänzung zu Einzelpraxen und BAG in der ambulanten Versorgung sind. Um MVZ und ihre Entwicklung in den vergangenen knapp 20 Jahren sowie ihre Rolle für die ambulante Versorgung besser einordnen zu können, hilft der Blick auf die empirischen Daten. Dies bildet die Grundlage zur Beantwortung der Frage, ob zwingender regulatorischer Handlungsbedarf besteht, um das Gefüge von MVZ, BAG und Einzelpraxen in der ambulanten Versorgung zu verbessern. Zu diesem Zweck können die unterschiedlichen Gutachten herangezogen werden, welche die Rolle von MVZ in der Versorgungslandschaft analysieren.

Zunächst ist es wichtig, zwischen allgemeinen Herausforderungen zu unterscheiden, welche die Versorgungslandschaft als Ganzes betreffen, und negativen Auffälligkeiten, die sich speziell aus den Eigenheiten bestimmter Entitäten ergeben und somit von bestimmten Träger- oder Beteiligungsstrukturen abhängen. Allgemeine Herausforderungen sind bspw. potenzielle Unterversorgung in ländlichen Regionen²⁹, Fehlversorgung, Fachkräftemangel³⁰ und eine zunehmende Zahl von Behandlungsfällen aufgrund des demografischen Wandels³¹.

Die Frage, die in diesem Kapitel beantwortet werden soll, lautet deshalb: Gibt es, im Vergleich zu anderen Versorgungsformen, (negative) Auffälligkeiten bei MVZ, getragen von nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern, die regulatorisches Handeln auf MVZ-Ebene erfordern? Zu diesem Zweck werden bestimmte versorgungsökonomische Indikatoren näher betrachtet – auf der einen Seite im Vergleich zwischen Einzelpraxen, BAG sowie MVZ und auf der

anderen Seite im Vergleich zwischen MVZ, getragen von ärztlichen, privaten Kapitalgebern, und MVZ, getragen von nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern.

1. Versorgungsanteile und Wachstumsraten

Zunächst werden die Versorgungsanteile und Wachstumsraten betrachtet. In den zugrunde liegenden Gutachten werden die Versorgungsanteile und Wachstumsraten entweder mithilfe der Anzahl an Versorgungseinheiten oder der Zahl an Arztstellen und Behandlungsfällen sowie der Höhe der Honorarvolumina ermittelt. Grundsätzlich wird bei der Betrachtung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung differenziert.

Zu Beginn werden die Versorgungsanteile von MVZ im Vergleich zu anderen ambulanten Versorgungsformen dargestellt. Der Anteil von MVZ an versorgenden Einrichtungen liegt bei 3 Prozent. Der Anteil der Einzelpraxen liegt hingegen bei 78 Prozent und der Anteil von BAG bei 19 Prozent.³² Etwas höher liegt der Anteil von MVZ an der ambulanten Versorgung, wenn man die in MVZ tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte betrachtet. Hier liegt der Anteil bei 14,71 Prozent.³³ MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern haben jedoch lediglich einen geschätzten Anteil von 1,4–2 Prozent an den gesamten Arztstellen in der ambulanten Versorgung.³⁴ In der zahnärztlichen ambulanten Versorgung liegt der Anteil der Zahnarztstellen in MVZ bei etwa 5 Prozent, der Anteil bei MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern bei 0,9 Prozent.³⁵

Die Betrachtung der Wachstumsraten zeigt, dass die Anzahl der MVZ von 2004 bis 2015 moderat zugenommen hat. Seit 2016 ist ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen: Von 2016 bis 2021 ist die Zahl der

29. Berg, N. v. d.; Fleßa, S. und Hoffmann, W. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Bundeszentrale für politische Bildung, Website, Stand: 18.11.2021.

30. Ostwald, D. A. et al. Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG, Website, 2010.

31. KBV. Deutschlandweite Projektion 2030. Arztahlenentwicklung in Deutschland. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Pressekonferenz am 05.10.2016.

32. Ladurner et al. 2020, S. 122.

33. KBV. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Stand: 31.12.2021. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Website, 2022.

34. Neubauer et al. 2020, S. 85.

35. Haaß et al. Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2020, S. 26.

MVZ von 2.490 auf 4.179 um 68 Prozent gestiegen.³⁶ Diese Entwicklung ist u. a. auf die mit dem GKV-VSG 2015 eingeführte Streichung der Vorgabe, dass MVZ fachübergreifend sein müssen, zurückzuführen. Dabei fällt auf, dass der Anstieg im Wesentlichen mit dem Engagement von zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten sowie von Krankenhäusern zusammenhängt. Bis 2015 hatten sich die Wachstumsraten unterschiedlicher Trägerschaften von MVZ seit 2004 weitestgehend parallel entwickelt.^{37,38}

Für Bayern wurde in einer Studie speziell auch das Wachstum von MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern untersucht. Von 2018 auf 2019 hat sich deren Anzahl Schätzungen zufolge um 39 MVZ von 54 auf 93 Zentren erhöht. Im selben Zeitraum erhöhte sich die Anzahl der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten von 466 auf 507 Zentren und damit um 41 Praxisstandorte.³⁹

Mit Blick auf die Versorgungsanteile und Wachstumsraten lässt sich sowohl in der ärztlichen als auch in der zahnärztlichen ambulanten Versorgung eine Zunahme von MVZ erkennen, die sich auf alle Kapitalgeber verteilt. Der Großteil der ambulanten Versorgung wird jedoch nach wie vor von vertragsärztlichen Einzelpraxen sichergestellt. Insgesamt kann man aus den Zahlen zu den Versorgungsanteilen und Wachstumsraten von MVZ aber wohl ableiten, dass MVZ eine eher untergeordnete Rolle in der ambulanten Versorgung spielen, die eine überproportionale Aufmerksamkeit erfährt.

2. Honorarvolumina und Abrechnungsverhalten

Wie in Kapitel II. beschrieben, ist es sowohl für MVZ als auch für Einzelpraxen und BAG legitim, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch Effizienzgewinne und Prozessoptimierung eine Steigerung

der Rentabilität anzustreben. Alle ambulanten Versorgungsformen sind an dieselben Abrechnungsmodalitäten gebunden. Die Vergütung der Leistungen eines MVZ richtet sich nach den gleichen Maßgaben wie die Vergütung einer Einzelpraxis oder BAG.⁴⁰

Unterschiede in den Abrechnungen von MVZ und Einzelpraxen können unterschiedliche Gründe haben: Zu diesen Gründen zählen die Altersverteilung, die Schwere und Komplexität der Behandlungsfälle oder das Leistungsspektrum der jeweiligen Praxis. Natürlich lässt sich nicht ausschließen, dass die Quartalsabrechnung in manchen Praxen professioneller erstellt wird als in anderen. Aber ob eine bestimmte Versorgungsform, MVZ, Einzelpraxis oder BAG, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dazu verleitet, die Abrechnung stärker an ökonomischen Interessen auszurichten, lässt sich derzeit nicht belegen. Allerdings ist zu vermuten, dass Arbeitsteilung auch in der ambulanten Versorgung zu Spezialisierungsvorteilen und damit zu einer Zunahme an komplexen Fällen führen kann. Das gilt nicht nur für die Durchführung komplexer Behandlungen, sondern auch für die Quartalsabrechnung.

Ob es zwischen den einzelnen ambulanten Versorgungsformen einen Unterschied im Abrechnungsverhalten gibt, hat das IGES-Institut in zwei Gutachten untersucht. Es wurden höhere durchschnittliche Honorarvolumina je Patient von MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen in drei medizinischen Fachrichtungen festgestellt: in der Inneren Medizin, der Augenheilkunde (Ophthalmologie), und der Gynäkologie. Das höchste Honorarvolumen je Patient wurde bei MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft beobachtet. Dieses liegt 12,6 Prozent über dem der Einzelpraxen. Auf der anderen Seite zeigen die Untersuchungen jedoch auch, dass bei MVZ in Trägerschaft privater

36. KBV. Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. [Kassenärztliche Bundesvereinigung, Website, 2022.](#)

37. Ladurner et al. 2020, S. 26.

38. 86 Prozent der MVZ befinden sich in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten bzw. von Krankenhäusern. (KBV 2022)

39. Tisch et al. 2021, S. 126. Leider sind diese Zahlen nicht nachprüfbar, da die Autoren vom IGES Institut keine Angaben zur Zusammensetzung der identifizierten Gruppe der MVZ mit Kapitalpartnern (in der Studie als PEG-MVZ bezeichnet) machen.

40. Konkret wird die Honorarverteilung in den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gewählten Mitgliedern der Vertreterversammlung unter Beachtung von Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossen.

Krankenhäuser im Vergleich zu Einzelpraxen im Durchschnitt 8,4 Prozent weniger Honorarvolumen je Patient abgerechnet wird.⁴¹

Anhand der vorhandenen Daten zum Abrechnungsverhalten im zahnärztlichen Bereich lässt sich erkennen, dass MVZ im Bereich konservierend-chirurgischer Leistungen im Vergleich zu Einzelpraxen größere Leistungsmengen je Behandlungsfall und Quartal den KZB in Rechnung stellen. Auf der anderen Seite werden vermehrt auch etwas niedriger bewertete Leistungen abgerechnet. Insgesamt gibt es „etwas höhere“ Umsätze bei allen MVZ-Typen – unabhängig vom jeweiligen Kapitalgeber – im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG.⁴² Diese Auffälligkeiten können viele Gründe haben. Mit der aktuellen Datenlage lässt sich darüber allenfalls spekulieren.

Grundsätzlich lassen sich keine Auffälligkeiten anhand der Honorarvolumina der verschiedenen Versorgungsformen erkennen. Daher finden sich auf der Grundlage der Daten keine Hinweise, ob eine bestimmte Art der Kapitalbereitstellung für die ambulante Versorgung die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichem Maß dazu verleitet, ökonomische Interessen in der ärztlichen Behandlung zu berücksichtigen.

3. Regionale Verteilung

Neben der Betrachtung der Versorgungs- und Abrechnungssituation im MVZ sind für die Bewertung von MVZ auch Veränderungen der regionalen Abdeckung von Versorgungsbedürfnissen relevant. Mit Blick auf die Herausforderungen der Sicherstellung der Versorgung speziell im ländlichen, strukturschwachen Raum und der Frage nach dem Einfluss auf die Versorgungsqualität ist die Stadt-Land-Verteilung besonders wichtig.⁴³

Bei der ärztlichen Versorgung ist keine auffällige Konzentration von MVZ auf bestimmte Regionstypen erkennbar.⁴⁴ In Bayern sind bspw. die Behandlungsfälle von Einzelpraxen, BAG und MVZ jeweils hälftig in städtischen und ländlichen Kreistypen verteilt.⁴⁵ Mit Blick auf die Versorgungsform weisen MVZ den höchsten Fallanteil in ländlichen Kreistypen auf: 52 Prozent. Im Vergleich dazu liegt bei den Einzelpraxen der Fallanteil im ländlichen Raum bei 50,3 Prozent und bei den BAG bei 50,9 Prozent.⁴⁶

Bei der zahnärztlichen Versorgung geht der Anteil der Standorte von MVZ im städtischen Raum über den Anteil der dort lebenden Bevölkerung hinaus. Der Bevölkerungsanteil in städtischen Regionen, der bei knapp 68 Prozent liegt, wird von 81 Prozent der zahnärztlichen MVZ versorgt.⁴⁷ Darüber hinaus befinden sich 54 Prozent der Zahnarztstellen von MVZ in kreisfreien Großstädten bei einem Bevölkerungsanteil von 29 Prozent. Es ist allerdings nicht möglich, MVZ mit ärztlichen von nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern nach regionalen Schwerpunkten zu unterscheiden.⁴⁸

Bei den zahnärztlichen BAG entspricht hingegen der Versorgungsanteil dem Bevölkerungsanteil in städtischen Gebieten. Hinsichtlich lokaler Konzentrationstendenzen liegen ausschließlich Daten im Bereich der zahnärztlichen ambulanten Versorgung vor. Von den bundesweit 472 zahnärztlichen Planungsbereichen sind MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern in 88 Bereichen tätig. In 68 dieser 88 Planungsbereiche ist der Versorgungsanteil gemessen am Anteil der Zahnarztstellen sehr gering (< 5 Prozent). Nur in sechs Bereichen, bei denen es sich zudem um tendenziell eher kleinere Planungsbereiche handelt, ist der Versorgungsanteil der MVZ größer als 10 Prozent.⁴⁹ Die Tendenz einer regionalen oder lokalen Konzentration von zahnärzt-

41. Tisch und Nolting 2021, S. 74 f.

42. Haaß et al. 2020, S. 86 f.

43. Grundsätzlich ist die Datengrundlage zur Untersuchung der räumlichen Verteilung in den zugrunde liegenden Gutachten nicht einheitlich. Während die MVZ-Statistiken der KBV, auf deren Daten die Analyse von Ladurner et al. 2020 beruht, lediglich die Hauptbetriebsstätten berücksichtigt, beinhalten die Untersuchungen von Haaß et al. 2020 und von Tisch und Nolting 2021 alle Leistungsstandorte (Haupt- und Nebenbetriebsstätten).

44. Neubauer et al. 2020, S. 63.

45. Tisch und Nolting 2021, S. 63.

46. Tisch und Nolting 2021, S. 63.

47. Haaß et al. 2020, S. 41.

48. Ladurner et al. 2020, S. 35.

49. Haaß et al. 2020, S. 45 f.

lichen MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern ist demnach nicht zu beobachten.⁵⁰

Die räumliche Verteilung lässt im zahnärztlichen Bereich erkennen, dass MVZ überproportional oft in Großstädten vertreten sind. Dieser Befund steht nicht im Zusammenhang mit einer bestimmten Inhaberstruktur, sondern trifft auf alle MVZ gleichermaßen zu. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass es im zahnärztlichen Bereich, anders als bei Vertragsärztinnen und -ärzten, ein liberaleres Zulassungswesen gibt. So gibt es in der zahnärztlichen Versorgung keinerlei Beschränkungen im Hinblick auf den Versorgungsgrad im Planungsbereich. Gesetzliche Zulassungsbeschränkungen in Folge einer festgestellten Überversorgung (>110 Prozent des ermittelten Bedarfs) bestehen für den zahnärztlichen Bereich nicht.

In der ärztlichen ambulanten Versorgung entspricht die Verteilung von MVZ in etwa den Wohnstrukturen der Gesamtbevölkerung. Eine Konzentration von MVZ auf bestimmte Regionen ist aus den vorhandenen Daten nicht ersichtlich. Mithin lassen sich auch keine Aussagen zur Verschlechterung der ambulanten Versorgung durch nicht-ärztliche, private Kapitalgeber für MVZ ableiten.

4. Fazit gesundheitsökonomischer Sachverhalt

Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sind Machtkonzentrationen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite problematisch und grundsätzlich Gegenstand des Wettbewerbs- bzw. des Kartellrechts. Empirisch lassen sich aber wohl keine Anhaltspunkte in der ambulanten ärztlichen Versorgung finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots sprechen.⁵¹ Trotz eines anhaltenden Anstiegs der

Anzahl von MVZ werden die vertragsärztlichen Leistungen nach wie vor überwiegend (78 Prozent) in Einzelpraxen erbracht. Die räumliche Verteilung von MVZ zwischen Stadt und Land entspricht in etwa der Bevölkerungsverteilung.

In der zahnärztlichen Versorgung erzielen MVZ unabhängig von ihrer Trägerschaft im Durchschnitt etwas höhere Umsätze pro Behandlungsfall als andere Versorgungsformen. Zudem sind zahnärztliche MVZ überproportional häufig in urbanen Räumen vertreten. Diese Beobachtung kann mit den weniger strengen Zulassungsregeln in der zahnärztlichen Versorgung erklärt werden. Eine Dominanz von Anbietergruppen im vertragsärztlichen Geschehen lässt sich nicht erkennen.

Darüber hinaus lassen sich in den vorhandenen Daten und Analysen keine Anhaltspunkte dafür finden, dass MVZ im Allgemeinen oder in spezieller Beteiligung von nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern für die ambulante Versorgung derzeit überregional, regional oder lokal eine erhebliche Rolle spielen. Es gibt auch keine Anhaltspunkte, dass unterschiedliche Kapitalgeberstrukturen die ambulante Versorgung verschlechtern oder verteuern. Es gibt keine Anzeichen, dass Kapitalinteressen ärztliche Entscheidungen beeinflussen oder eine im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG steigende Anzahl von MVZ der Versorgung schadet. Es lässt sich nicht beobachten, dass der Wunsch von Kapitalgebern nach gewinnbringender Vermögensanlage oder die Herkunft der Kapitalgeber für das Versorgungsergebnis relevant sind. Zusammenfassend sind keine Auffälligkeiten auf Systemebene erkennbar, welche die Notwendigkeit eines regulatorischen Handlungsbedarfs erkennen lassen.

50. Haucap, J. (Keine!) Monopole in der Zahnmedizin. Ökonomische Anmerkungen zur aktuellen Diskussion über iZMVZ in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung. BNZK, Website, Stand: 01.12.2022.

51. Ladurner et al. 2020, S. 99 f.

IV. Wie MVZ zur Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen können

Die Einführung von MVZ in die ambulante Versorgung hatte zum Ziel, mehr qualitätsorientierten Wettbewerb zu schaffen, Versorgungsstrukturen zu modernisieren, die integrierte Versorgung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken sowie insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung attraktiver zu machen.⁵² Auch aktuell gibt es eine Vielzahl von Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, die von einer moderneren, flexibleren und integrierten Ausrichtung der ambulanten Versorgung profitieren. Exemplarisch zu nennen sind der ärztliche Nachwuchsmangel bei gleichzeitig alternder Bevölkerung⁵³, die flächendeckende Versorgung in strukturschwachen Gebieten⁵⁴ und mangelnde Geschwindigkeit in der Digitalisierung.

Kritiker äußern Bedenken, dass MVZ, die durch nicht-ärztliche Träger betrieben werden, nicht dazu beitragen, diese Herausforderungen anzugehen. Im Gegenteil wird befürchtet, dass insbesondere MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern die Sicherstellung einer flächendeckenden und umfassenden gesundheitlichen Versorgung gefährden könnten. Gemäß einer Kleinen Anfrage der Unions-Fraktion im Bundestag an die Bundesregierung vom 2. Dezember 2022 besteht nach Überzeugung der Verfassenden die Möglichkeit,

„dass insbesondere MVZ in nichtärztlicher Trägerschaft im ländlichen Raum in Konkurrenz zu bewährten Strukturen der Grundversorgung treten können, sodass die lokale bzw. regionale Bevölkerung mehrheitlich über die Versorgung durch ein solches iMVZ abgedeckt ist. Dies wäre nach Auffassung der Fragesteller im Sinne einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung

auch im ländlichen Raum kontraproduktiv [...]“⁵⁵

Wie in den vorangegangenen Ausführungen dargelegt, lassen sich anhand der vorhandenen Daten und Analysen keine Anhaltspunkte dafür finden, dass MVZ im Allgemeinen oder solche mit spezieller Beteiligung oder in spezieller Trägerschaft die ambulante Versorgung dominieren, auch nicht bei regionaler oder lokaler Betrachtung. Abgesehen davon tendiert die Entwicklung im ländlichen Raum dazu, dass sich eine flächendeckende Versorgung zunehmend schwieriger gestaltet. Ärztinnen und Ärzte haben Schwierigkeiten, einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin für ihre Praxis zu finden.⁵⁶ Eine Verdrängungstendenz von Einzelpraxen durch MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern im ländlichen Raum lässt sich nicht beobachten. Die Bundesregierung weist zudem in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CDU-Fraktion darauf hin, „dass lokal oder regional verengte Angebotsstrukturen eine zwangsläufige Folge der gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen sein können.“⁵⁷ Sind gemäß Bedarfsplanung nur wenige Arztstellen für einen bestimmten Planungsbereich vorgesehen, führe dies zwangsläufig zu einer gewissen Angebotskonzentration.

Ungeachtet der vorstehenden Erkenntnisse soll die Regulierung von MVZ laut Ankündigung des Bundesgesundheitsministers nun zeitnah ein weiteres Mal überarbeitet werden. Es stellen sich folgende Fragen: Welche Änderungen sind vorgesehen? Welche Folgen haben die Vorschläge für die ambulante Versorgung? Wie können MVZ dazu beitragen, die flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen?

52. BT-Ds 15/1170.

53. KBV, Deutschlandweite Projektion 2030. Arztlentwicklung in Deutschland. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Pressekonferenz am 05.10.2016.

54. Berg, N. v. d.; Fleßa, S. und Hoffmann, W. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Bundeszentrale für politische Bildung, Website, Stand: 18.11.2021.

55. BT-Ds 20/4778.

56. Berg, N. v. d.; Fleßa, S. und Hoffmann, W. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Bundeszentrale für politische Bildung, Website, Stand: 18.11.2021.

57. BT-Ds 20/5166.

1. Drohende ordnungs- und versorgungspolitische Fehlanreize

Ein Gutachten von Helge Sodan schlägt mit Bezug auf zahnärztliche MVZ mit Krankenhausträgerschaft vor, diese nur dann zur Versorgung zuzulassen, wenn zwischen dem gründenden Krankenhaus und den zahnärztlichen MVZ ein räumlicher und fachlicher Bezug besteht.^{58,59} Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihren Beschlüssen vom 22./23. Juni 2022 das BMG aufgefordert, zu prüfen, ob im § 95 Abs. 1b SGB V „[e]in räumlicher Bezug durch die Begrenzung auf den jeweiligen KV-Bezirk, in dem das Krankenhaus seinen Standort hat und einen unmittelbar benachbarten KV-Bezirk [...]“⁶⁰, eingeführt werden soll. Laut GMK soll diese Gründungsbeschränkung von MVZ u. a. zum Ziel haben, „[...] die Sicherstellung einer flächendeckenden und umfassenden Versorgung [...] gewährleisten zu können.“⁶¹ Die Bundesärztekammer fordert eine solche Regelung auch für den ärztlichen Bereich.⁶²

Oben wurde ausgeführt, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch MVZ unabhängig von den Kapitalgebern nicht gefährdet ist. Allerdings könnten die Forderungen der GMK nach einer Beschränkung der Gründungsmöglichkeiten von MVZ durch nicht-ärztliche, private Kapitalgeber dazu führen, dass weniger MVZ gegründet werden. Das könnte zur Folge haben, dass es insbesondere auch in ländlichen Gebieten weniger attraktive Angebote für Ärztinnen und Ärzte gäbe, jenseits von Einzelpraxen und BAG im ambulanten Bereich tätig zu sein. Darüber hinaus könnte das Investitionsvolumen im ambulanten Bereich sinken, wenn eine große Zahl von möglichen Kapitalgebern sich nicht mehr an MVZ beteiligen kann. Die Beschränkung würde nicht zu einer Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum führen, sondern zu einer weiteren Verschär-

fung der bereits mancherorts prekären Lage. Die Folgen des Fehlens bzw. Ausbleibens von Investitionen sowie die daraus resultierenden Effekte für die Versorgung lassen sich aktuell vor allem im Krankenhaussektor gut beobachten.

Speziell eine räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis zwischen MVZ und Trägerkrankenhaus würde zudem das Risiko der sogenannten ‚Selbstzuweisung‘ erhöhen, bei der eine gezielte Überführung von Patientinnen und Patienten des MVZ in die stationäre Versorgung des Trägerkrankenhauses stattfindet.⁶³ Generell ist eine sektorenübergreifende Vernetzung aus Versorgungsgesichtspunkten sinnvoll. Allerdings kann die Einheit der Trägersituation von Krankenhaus und MVZ bei räumlicher Nähe zu ökonomischen Fehlanreizen durch die Zuweisungsfunktion führen. Eine räumliche Beschränkung hätte zur Folge, dass bereits etablierte Strukturen insbesondere großer und überregional operierender Krankenhauskonzerne, gestärkt und deren Strategie einer Verbindung der ambulanten und stationären ‚Wertschöpfungskette Versorgung‘ ohne den bisher regulierend wirkenden Wettbewerb mit größeren MVZ-Strukturen gestützt würden.

Diese Tendenz würde dadurch verstärkt werden, dass Krankenhauskonzerne auch bei einer räumlichen und fachlichen Beschränkung durch ihre Vielzahl an Kliniken mehrere MVZ gründen könnten. Wettbewerber mit einem ambulanten Tätigkeitsschwerpunkt werden hingegen systematisch geschwächt. Darüber hinaus gefährdet eine Begrenzung der Gründungsbefugnis von MVZ für Krankenhäuser auf den unmittelbaren Planungsbereich den Strukturwandel im stationären Bereich. Je nach Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung besteht die Möglichkeit, dass Krankenhausträger unwirtschaftliche und nicht-versorgungsrelevante Krankenhausstrukturen wei-

58. Sodan 2020, S. 141 ff.

59. Der Vorschlag, nur die Trägerschaft durch Krankenhäuser zu begrenzen, hat vor allem MVZ mit Investorenbeteiligung zum Ziel. Investoren können laut Gesetz nicht direkt als Träger fungieren, sondern können nur über eine Beteiligung an einem Krankenhaus ein MVZ gründen (§ 95 Abs. 1a SGB V). Das hat zur Folge, dass sich nur besonders finanzstarke Investoren an der Versorgung beteiligen können.

60. GMK 2022.

61. GMK 2022.

62. BÄK 2023.

63. Ladurner et al. 2020, S. 122.

ter unterhalten, nur um ein MVZ gründen und betreiben zu können. Dies widerspricht auch der aktuellen Krankenhauspolitik, eine Zentrenbildung zu fördern und damit die Versorgungsqualität zu verbessern.

Im Allgemeinen ist bedenklich, dass die Regelungen zur räumlichen und fachlichen Begrenzung ausschließlich für Krankenhäuser als MVZ-Träger gelten sollen. Aus Gründen des allgemeinen Gleichheitssatzes müssten derartige Beschränkungen auch für andere Trägerstrukturen gelten. Es ist zudem nicht nachvollziehbar, warum es für nicht-ärztliche Kapitalgeber Marktzugangsbeschränkungen in der ambulanten Versorgung geben soll, wohingegen in der Krankenhausversorgung alle Trägergruppen, egal ob privat, öffentlich oder gemeinnützig, einen gleichberechtigten Zugang haben. Diese Ungleichbehandlungen sind aus versorgungs- sowie aus ordnungspolitischer Perspektive nicht begründbar.⁶⁴

Neben der Einführung eines fachlichen Bezugs zwischen MVZ und Trägerkrankenhaus gibt es auch Forderungen, die Möglichkeit der Gründung fachgruppengleicher MVZ wieder abzuschaffen, weil dadurch der große Vorteil fachgruppenübergreifender, interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem MVZ verloren ginge. Allerdings wird dabei missachtet, dass es auch innerhalb einer Facharztgruppe unterschiedliche Spezialisierungen gibt, die einen intensiven Austausch notwendig machen. Bspw. arbeiten in einem MVZ für Innere Medizin Fachärztinnen und -ärzte aus den Bereichen Gastroenterologie, Infektiologie und Kardiologie zusammen, die jeweils von der Expertise und Einschätzung aus den jeweils anderen Fachbereichen profitieren. Ebenso ist es nicht nachvollziehbar, einer gesamten Berufsgruppe, wie den Hausärztinnen und Hausärzten (bzw. der Allgemeinmedizin), die Option des MVZ als Versorgungsform vorzuenthalten.

Der Kreis der potenziellen Gründer von MVZ im Allgemeinen und von zahnärztlichen MVZ im Beson-

deren ist bereits rechtlich eingeschränkt. Es ist schwer zu erkennen, wie weitere Beschränkungen die ambulante Versorgungssituation verbessern sollen. Die Beschränkungen lassen eher negative Konsequenzen erwarten, die eine flächendeckende und umfassende medizinische Versorgung gefährden können. Um die strukturellen Herausforderungen wie die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum sowie eine stärkere interdisziplinäre und integrierte Versorgung zu bewältigen, sind alle Versorgungsformen unabhängig von den Merkmalen der Kapitalgeber notwendig. Das schließt die Beteiligung nicht-ärztlicher, privater Kapitalgeber ausdrücklich mit ein. Weitere Beschränkungen für die Errichtung von MVZ sind dagegen kontraproduktiv.

2. Die Versorgung durch einen transparenten Qualitätswettbewerb stärken

Wie in den obigen Ausführungen gezeigt, gibt es keine Gründe, die gegen private Investitionen für eine bestmögliche Versorgung sprechen. Gewinnorientierung ist kein spezifisches Merkmal nicht-ärztlicher, privater Kapitalgeber. Zudem ist die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung gesetzlich gewährleistet. Auch empirisch lassen sich keine Auffälligkeiten erkennen. In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Union zur Funktion der ärztlichen Leitung heißt es wörtlich: „Dem BMG liegen keine Erkenntnisse vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen.“⁶⁵ Anstelle von Forderungen zur Begrenzung der Beteiligung nicht-ärztlicher, privater Kapitalgeber an MVZ sollte darüber nachgedacht werden, wie dieses finanzielle Potenzial unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität und des Erhalts eines transparenten Qualitätswettbewerbs mit einer größtmöglichen Vielfalt an Akteuren genutzt werden kann, um eine zukunftsfähige ambulante Versorgung in der Fläche sicherzustellen.

64. Ladurner et al. 2020, S. 97.

65. BT-Ds 20/5166.

Grundsätzlich ist ein Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten auch mit Blick auf Investitionen ins Gesundheitssystem wichtig: „In der Gesundheitswirtschaft begründet ein dynamischer Wettbewerbsprozess den Anreiz für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung.“⁶⁶ Eine Unterscheidung zwischen ‚guten und schlechten‘ Kapitalgebern ist wohl kaum möglich und empirisch nicht begründbar.

Damit Träger von MVZ sinnvoll dazu beitragen können, die Versorgung zu verbessern, müssen sowohl eine gewisse Flexibilität als auch Planungssicherheit gegeben sein. Nur so können mithilfe von MVZ Versorgungslücken künftig vermieden oder geschlossen werden. Daher wäre es sinnvoll, für private Kapitalgeber den ‚Umweg, über den Kauf eines Krankenhauses abzuschaffen. Das hätte auch den Vorteil, dass sich auch weniger finanzstarke und regionale Kapitalgeber an MVZ beteiligen könnten. Entsprechend wäre der zulässige Gründerkreis, der mit der Einführung von MVZ 2004 definiert wurde und der alle Leistungsbringer in der medizinischen Versorgung umfasst, ergänzt um gemeinnützige Träger, Kommunen und anerkannte Praxisnetze ein erfolgsversprechender Weg, die ambulante Versorgung zu verbessern. Wird der Kreis der Gründungsberechtigten wieder ausgeweitet, ist es zwingend notwendig, eine bestmögliche Behandlungsqualität durch adäquate Vorgaben sicherzustellen sowie einen transparenten und dynamischen Wettbewerb im Sinne der Patientinnen und Patienten zu stärken. Die Steuerung der Qualität der Versorgungstätigkeit in MVZ durch eine Beschränkung der Gründungsbezeichnung bzw. der Inhaberstruktur scheint hingegen weder sachgemäß noch sinnvoll.

Laut Antwort auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von CDU/CSU liegen der Bundesregierung „keine ausreichenden Erkenntnisse“ dazu

vor, welche Effekte es bei MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalpartnern auf die Versorgungsqualität der Leistungserbringung gibt.⁶⁷ Dennoch sollten Maßnahmen ergriffen werden, die eine qualitativ hochwertige ärztliche Behandlung in allen MVZ, unabhängig von Träger- und Inhaberschaft, sicherstellen. Zur Erreichung dieses Ziels erscheinen sowohl eine weitere Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZ als auch eine erhöhte Transparenz der jeweiligen MVZ-Strukturen sinnvoll. Allerdings müssen entsprechende Maßnahmen für alle MVZ-Formen gleichermaßen gelten.

Ladurner et al. schlagen vor, zur Sicherung der Behandlungsqualität an MVZ die Rolle der ärztlichen Leitung zu stärken.⁶⁸ Es lägen zwar keine Erkenntnisse zur Einflussnahme von Kapitalgebern auf die ärztliche Behandlung in MVZ vor, trotzdem könne dies eine sinnvolle Option sein. Gleichzeitig sollte die Funktion nicht „überladen“ werden. Schon heute ist es mitunter schwierig, jüngere Ärztinnen und Ärzte für die Übernahme der zusätzlichen Verantwortung zu gewinnen. Eine klare Definition der Aufgaben und Funktionen erscheint im Zusammenhang mit der Stärkung der ärztlichen Leitung angezeigt.

Um die Transparenz der Träger- und Inhaberhältnisse bei MVZ zu verbessern, empfehlen Ladurner et al. in ihrem Gutachten im Wesentlichen zwei konkrete Maßnahmen: die Einführung eines Transparenzregisters für MVZ⁶⁹ und eine „MVZ-Schilderpflicht“ am Ort der Betriebsstätte.⁷⁰ Im Transparenzregister sollten insbesondere die Träger aber auch die Beteiligungsstrukturen erfasst werden. Ein derartiges Register würde zum einen eine trägerdifferenzierte Untersuchung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von MVZ ermöglichen und zum anderen eine Datengrundlage für die Bedarfsplanung und Zulassung schaffen. Dafür muss das Register bundesweit einheitlich und sektorenübergreifend sein.

66. BT-Ds 20/5166. Die Bundesregierung stellt darüber hinaus fest, dass „[d]ie Vermeidung marktbeherrschender Angebotsstrukturen [...] primär durch das Kartellrecht sichergestellt [wird]“ (BT-Ds 20/5166), und nicht etwa durch etwaige Beschränkung der Gründungseigenschaften im SGB V.

67. BT-Ds 20/5166.

68. Ladurner et al. 2020, S. 109 ff.

69. Ladurner et al. 2020, S. 145 ff.

70. Ladurner et al. 2020, S. 143.

Der bürokratische Aufwand muss sich in Grenzen halten. Die Kennzeichnungspflicht an MVZ-Standorten in der Form eines Informationsschildes, vergleichbar mit einem Praxisschild, soll es Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich umfassend über die ambulante Versorgungsform zu informieren. Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die Wahl, bei welchem Leistungserbringer sie sich ambulant versorgen lassen, auf der Grundlage aller relevanter Informationen treffen zu können. Die Kennzeichnungspflicht für MVZ kann ein sinnvolles Instrument für mehr Transparenz darstellen, solange es nicht den Eindruck eines ‚Warnschildes‘ erweckt. Daher darf diese Pflicht nicht nur für bestimmte Träger gelten, sondern muss für alle MVZ gleich sein.

Um die aktuellen strukturellen Herausforderungen, wie die Versorgung im ländlichen Raum und

den medizinischen Fachkräftemangel in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu bewältigen, ist ein qualitätsorientierter Wettbewerb mit einer größtmöglichen Vielfalt an unterschiedlichen Versorgungsformen, Trägerstrukturen und Kapitalgebern notwendig. MVZ können einen wertvollen Beitrag dazu leisten. Deshalb wäre eine Einschränkung der Gründungsmöglichkeiten für bestimmte Träger – auch mit Blick auf die Investitionsmöglichkeiten privater Kapitalgeber – kontraproduktiv bei der Lösung dieser Herausforderungen. Zur Sicherstellung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs sollte jedoch die Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung gestärkt und die Transparenz durch die Einführung eines Transparenzregisters und einer Kennzeichnungspflicht erhöht werden. Auf diese Weise können MVZ eine wertvolle Ergänzung in der ambulanten Versorgung sein.

V. Regulierungsvorschläge aus verfassungs- und europarechtlicher Sicht

Eine mögliche Gesetzesänderung bzgl. MVZ, die das BMG in seiner Planung vorsieht, hätte voraussichtlich das Ziel, nicht-ärztliche Kapitalgeber aus der ambulanten Versorgung auszuschließen. Das lässt sich aus den Äußerungen des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach in seinem Interview mit der Bild am Sonntag vom 24. Dezember 2022 ableiten. Darin moniert er, es gäbe „den fatalen Trend, dass Investoren medizinische Versorgungszentren mit unterschiedlichen Facharztgruppen aufkaufen, um sie anschließend mit maximalem Gewinn zu betreiben.“⁷¹ Dieser Praxis wolle er einen Riegel vorschieben. Dabei konkretisiert der Gesundheitsminister nicht, in welcher Form § 95 Abs. 1a SGB V eingeschränkt werden sollte, um das gewünschte Ziel des Ausschlusses nicht-ärztlicher Kapitalgeber zu erreichen.

Die Forderung Karl Lauterbachs, die Praxen müssten denen gehören, die in diesen arbeiten, widerspricht dem Grundcharakter des MVZ, bei dem die Inhaberschaft ganz bewusst von der ärztlichen Behandlungstätigkeit getrennt ist. Folge davon wäre, dass beispielsweise auch Krankenhäuser aus dem Kreis der Gründungsberechtigten ausgeschlossen werden müssten. Sofern Herr Lauterbach tatsächlich die Beteiligung nicht-ärztlicher Kapitalgeber an Arztpraxen unterbinden möchte, müsste er die Gesetzeslage so gestalten, dass es diesen nicht mehr möglich wäre, über einen nach § 95 Abs. 1a SGB V berechtigten Gründer (zum Beispiel ein zugelassenes Krankenhaus) MVZ zu betreiben. Die Bundesärztekammer hat in diesem Zusammenhang vorgeschlagen, dass ein Krankenhaus nur in seinem Einzugsbereich berechtigt sein sollte, MVZ zu gründen und dass ein fachlicher Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses bestehen müsse⁷², womit zahnärztliche oder augenärztliche MVZ von Krankenhäusern mangels entsprechender stationärer Versor-

gungsangebote überhaupt nicht mehr gegründet werden könnten. Für alle anderen Fachrichtungen soll durch eine solche Regelung die Bildung sogenannter MVZ-Ketten unmöglich oder zumindest deutlich erschwert werden.

Eine derartige Anpassung des § 95 SGB V ist grundsätzlich möglich, allerdings wäre das Gesetz – je nach konkreter Ausgestaltung – mit hoher Wahrscheinlichkeit verfassungs- und europarechtswidrig.

1. Verfassungsrechtliche Beurteilung

Aus verfassungsrechtlicher Sicht kommt bei Einschränkung des Gründerkreises oder der Ausgestaltung der Möglichkeit, MVZ zu gründen, insbesondere eine Verletzung der gemäß Art. 12 GG geschützten Berufsfreiheit in Betracht. Der Schutzbereich von Art. 12 GG bezieht sich nicht nur auf natürliche Personen, sondern über Art. 19 Abs. 3 GG auch auf inländische juristische Personen, wenn die Tätigkeit „ihrem Wesen und ihrer Art nach in gleicher Weise von einer juristischen wie von einer natürlichen Person – werden kann“⁷³. Art. 12 GG gewährt einen einheitlichen, sachlichen Schutzbereich und schützt sowohl die Berufswahlfreiheit als auch die Berufsausübungsfreiheit. Die Anforderungen an eine Rechtfertigung eines Eingriffs in Art. 12 GG hängen von der Qualität des Eingriffs in die Berufsfreiheit ab; das Bundesverfassungsgericht hat diesbezüglich gestufte Anforderungen an eine etwaige Rechtfertigung entwickelt. Wird die Möglichkeit der Berufswahl von in der Person liegenden Kriterien abhängig gemacht (subjektive Berufszugangsregelung), so ist eine entsprechende Beschränkung verfassungsrechtlich nur zulässig, wenn sie dem Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter dient und verhältnismäßig ist, also zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter geeignet, erforderlich und angemessen im Verhältnis zum verfolgten Gemeinwohlbelang.⁷⁴

71. Hellemann und Rosenfelder 2022.

72. Positionen der BÄK zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren vom 9. Januar 2023.

73. BVerfGE 30, 292, 312; BVerfGE 50, 290, 363.

74. Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG-Kommentar, 17. Aufl. 2022, Art. 12 GG, Rn. 40ff.

Ein weniger intensiver Eingriff in die Berufsausübung ist zulässig, wenn der Eingriff aufgrund vernünftiger Allgemeinwohlerwägungen zweckmäßig erscheint und geeignet, erforderlich und in einer Gesamtabwägung verhältnismäßig ist.⁷⁵ Eine Änderung von § 95 SGB V könnte – je nach Ausgestaltung – einen Eingriff in die subjektive Berufswahl (z. B. im Falle der Beschränkung des Gründerkreises) oder die Berufsausübung (z. B. wenn eine örtliche Nähe zum MVZ-gründenden Krankenhaus vorausgesetzt wird) darstellen. Möchte der Gesetzgeber zur Verhütung von Gefahren tätig werden, so ist ihm, u. a. bei sozialpolitischen Fragen⁷⁶, grundsätzlich ein Einschätzungs-/Prognosespielraum zuzubilligen⁷⁷. Dabei reicht es nicht aus, dass zur Rechtfertigung „Gefährdungspotentiale herangezogen werden, die eine intensivere Beschränkung der Berufsfreiheit plausibel machen sollen, obwohl dafür tatsächliche Erkenntnisse fehlen. [...] Auch zur Begründung von Eignung und Erforderlichkeit ist ein nachvollziehbarer Wirkungszusammenhang notwendig“⁷⁸.

Als zu schützendes Rechtsgut kommt u. a. der Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Betracht. Der Staatsrechtler und ehemalige Bundesverteidigungsminister Professor Rupert Scholz hat, gemeinsam mit Rechtsanwalt Dr. Buchner, schon 2012 überzeugend dargelegt, dass die Beschränkung des MVZ-Gründerkreises auf Krankenhäuser, Vertragsärzte und nicht-ärztliche Dialysesdienstleister, die 2012 durch das sogenannte GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) eingeführt wurde, verfassungswidrig war, weil sie die Berufsfreiheit der zuvor Gründungsberechtigten einschränkte und keine Rechtfertigung für einen solchen Eingriff erkennbar war.⁷⁹

In diesem Zusammenhang haben Scholz und Buchner darauf hingewiesen, dass die „Annahme einer Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit durch die Gründungsberechtigung bestimmter Leistungser-

bringer aufgrund deren ‚Kapitalinteressen‘ offensichtlich unhaltbar ist. Denn ein spezifischer Zusammenhang zwischen Gefährdungen der ärztlichen Unabhängigkeit und der Berechtigung bestimmter Leistungserbringer zur Gründung von MVZ besteht ersichtlich nicht“⁸⁰. Wie in vorstehenden Abschnitten dieser Ausführung dargestellt, ist auch kein Zusammenhang zwischen dem Gründer des MVZ bzw. den dahinterstehenden Akteuren und dem Schutz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung erkennbar. Im Rahmen dessen ist zu bedenken, dass auch von weiteren Akteuren des Gesundheitswesens, die zur Gründung von MVZ berechtigt sind, sogenannte Kapitalinteressen verfolgt werden. Die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgebliche Tätigkeit der ärztlichen Behandler im MVZ ist von der Gründungsebene unabhängig und durch die Vorschriften zum ärztlichen Leiter in § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V zusätzlich geschützt.

Auch Jochimsen (seinerzeit Mitglied des Sachverständigenrats des BMG) kommt im Gutachten von Ladurner et al. zum Ergebnis, dass keine empirischen Daten vorliegen, die belastbar Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität und bestimmten MVZ-Trägern erkennen lassen.⁸¹ Dies zeigt, dass keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung grundrechtlich geschützter Gemeinschaftsgüter erkennbar sind. Etwaige Gefährdungspotenziale sind für die Rechtfertigung einer intensiven Beschränkung der Berufsfreiheit nicht ausreichend.⁸² Eine umfangreiche Restriktion der Gründungsberechtigung ist ferner nicht erforderlich und in der Folge nicht zulässig, wenn zur Nachjustierung einzelner verbesserungswürdiger Punkte weniger eingreifende Maßnahmen ausreichend sind. Überzeugender könnte es daher z. B. sein, im ambulanten Versorgungsbereich die sog. Umsatzschwellen der kartellrechtlichen Fusionskontrolle niedriger anzusetzen.

75. BVerfGE 30, 336, 351; BVerfGE 61, 291, 312; BVerfGE 71, 183, 196f.; BVerfGE 77, 308, 332; BVerfGE 85, 248, 259; BVerfGE 93, 362, 369; BVerfGE 68, 272, 282.

76. BVerfGE 77, 308, 332.

77. BVerfGE 77, 84, 106.

78. BVerfGE 107, 186, 197.

79. Scholz/Buchner, NZS 2012, 401.

80. Scholz/Buchner, NZS 2012, 401, 404.

81. Ladurner et al. 2020.

82. BVerfGE 107, 186, 197.

Auch die zuvor diskutierte Stärkung der ärztlichen Leitung wäre eine mögliche Option.⁸³

Im Hinblick auf den Vorschlag, von Krankenhäusern gehaltenen MVZ nur in deren Einzugsbereich zuzulassen, ist noch ein weiterer Aspekt relevant: Auf den ersten Blick mag ein Erfordernis der örtlichen Nähe von Krankenhaus und MVZ plausibel erscheinen. Allerdings kann diese Nähe auch dazu führen, dass die im jeweiligen MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten einen stationären Aufenthalt empfehlen, um die Anzahl stationärer Behandlungen zu steigern. Dies gilt gleichermaßen für gemeinnützige und nicht gemeinnützige Krankenhäuser. Wenn ein lokales Krankenhaus ein MVZ in seiner Nähe gründet, ist die Erwartung eines neuen sogenannten „Referral“-Geschäfts des MVZ für sein Trägerkrankenhaus wesentlicher Bestandteil des Businessplans für die MVZ-Gründung. Das heißt, Patientinnen und Patienten, die zuvor andere Krankenhäuser bevorzugten, sollen durch das neue MVZ und die in ihm tätigen Ärztinnen und Ärzte in das Trägerkrankenhaus gelotst werden. Dabei besteht zusätzlich auch noch die Gefahr, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden könnten, stationär erbracht werden, wenn sie – zumindest nach bisheriger Gesetzeslage – stationär besser vergütet werden. Auf diesen Missstand hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach in letzter Zeit zu Recht mehrfach hingewiesen.

Auch der ehemalige Vorsitzende Richter des Senats für Vertrags(zahn)arztrecht beim Bundessozialgericht (BSG) schreibt: *„Ob von dem verstärkten Einsatz investorengestützter MVZ Gefahren für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen, ist hoch umstritten. Das ist keine akademische Frage, weil jeder gesetzliche Eingriff, der die Einstiegschancen von Investoren verschlechtert, als Berufsausübungsregelung im Sinne des Art.*

12 Abs. 1 GG zu werten ist und nach den insoweit von der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG entwickelten Maßstäben verfassungsrechtlich zu prüfen wäre. Ohne hier diese Rechtsprechung nachzeichnen zu können, lässt sich vereinfacht feststellen, dass der Gesetzgeber belegen können müsste, dass es Gefährdungen für die Versorgung gibt oder solche jedenfalls mit recht hoher Plausibilität angenommen werden können. Diesen Beleg hat das (ergänze: vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene) Gutachten von Ladurner et al. gerade nicht erbracht.“⁸⁴

Aufgrund der nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung unterschiedlicher Gründer von MVZ liegt ebenfalls eine Verletzung des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes aus Art. 3 Abs. 1 GG nahe.

Ebenfalls verfassungsrechtlich problematisch ist die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene zeitliche Beschränkung des Bestandschutzes für MVZ, die etwaigen neuen regulatorischen Anforderungen nicht mehr entspricht. Auch hierfür bestehen hohe verfassungsrechtliche Hürden. Es sind keinerlei zwingende Gründe erkennbar, die eine solche zeitliche Beschränkung rechtfertigen (siehe hierzu auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur sogenannten Rückvermeisterung).

2. Europarechtliche Beurteilung

Im Falle einer Beschränkung des Gründerkreises von MVZ zum Ausschluss von nicht-ärztlichen Kapitalgebern ist zu beachten, dass allen in anderen europäischen Ländern tätigen Laboren⁸⁵, Krankenhäusern⁸⁶, Ärztinnen und Ärzten oder Betreibern von Arztpraxen⁸⁷ durch eine solche Regelung die Übernahme oder Gründung von MVZ und Erbringung von Laborleistungen oder anderen ambulanten ärztlichen Leistungen mittels eines Plankrankenhauses de facto verschlossen oder zumindest deutlich erschwert wäre. Aus europarechtlicher Sicht kommt

83. Ladurner et al. 2020, S. 109 ff.

84. Wenner, SGB 2021, 593, 596.

85. Beispiele sind Sonic, Amedes und Synlab.

86. Die deutsche Helios-Gruppe betreibt ambulante Einrichtungen der Quironsalud-Gruppe in Spanien. Umgekehrt wäre das nicht mehr möglich, wenn der Gesetzesvorschlag umgesetzt würde.

87. Ein Beispiel ist die von einem irischen Arzt gegründete Gruppe Centric Health, die insbesondere in ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz Hausarztpraxen betreibt.

hier insbesondere ein Verstoß gegen die durch Art. 49, 54 AEUV geschützte Niederlassungsfreiheit in Betracht. Scholz und Buchner haben mit Blick auf die durch das GKV-VStG eingeführte Begrenzung der Gründungsberechtigten ausgeführt, dass in dieser ein Verstoß gegen die Niederlassungsfreiheit zu erkennen ist.⁸⁸ Ein Eingriff in die Niederlassungsfreiheit ist nicht nur im Falle von Diskriminierungen anzunehmen, sondern auch bei Einführung von Beschränkungen, wenn dadurch die Niederlassung in einem anderen Mitgliedsstaat erschwert oder unmöglich wird.⁸⁹ Ein Eingriff in die Niederlassungsfreiheit ist nur dann zulässig, wenn zwingende Gründe

des Allgemeininteresses diesen rechtfertigen und das Mittel hierfür geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist.⁹⁰ Dies wäre durch die Einführung entsprechender gesetzlicher Regelungen der Fall. Hieran sind hohe Anforderungen zu stellen. Zu europarechtlich geschützten Allgemeininteressen zählen unter anderem der Gesundheitsschutz und die Kontinuität der Krankenversorgung.⁹¹ Dass diese aber derartig intensive Eingriffe in die Grundfreiheiten nicht rechtfertigen und etwaige Maßnahmen zum Schutz nicht erforderlich wären, wird durch obenstehende Ausführungen zu Art. 12 Abs. 1 GG deutlich.

88. Scholz/Buchner, NZS 2012, 401, 408ff.

89. Müller-Graff, in: Streinz, EUV/AEUV, 3. Auflage 2018, Art. 49 AEUV, Rn. 63.

90. Müller-Graff, in: Streinz, EUV/AEUV, 3. Auflage 2018, Art. 49 AEUV, Rn. 93.

91. Müller-Graff, in: Streinz, EUV/AEUV, 3. Auflage 2018, Art. 49 AEUV, Rn. 86 m.w.N.

VI. Resümee

Seit ihrer Einführung 2004 waren MVZ als alternative Organisationsform zu Einzelpraxen und BAG wiederholt Gegenstand regulatorischer Anpassungen. Diese betrafen insbesondere den möglichen Gründerkreis und die zulässige Rechtsform von MVZ. Auch aktuell wird von Seiten der Landespolitik⁹², der Ärztervertretung⁹³ und einiger Medien⁹⁴ eine weitere Einschränkung der Gründungsmöglichkeiten von MVZ gefordert. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach kündigte an, zeitnah einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorzulegen.⁹⁵ Kritik an den MVZ richtet sich vor allem gegen nicht-ärztliche, private Kapitalgeber, die sich an MVZ beteiligen. Es wird befürchtet, dass sich das Interesse dieser Beteiligungsform an ökonomischen Renditen negativ auf die flächendeckende Versorgung und Behandlungsqualität auswirkt.

Vor diesem Hintergrund setzte sich dieser Beitrag mit den Fragen auseinander, inwieweit eine derartige Befürchtung theoretisch begründbar ist, welche empirischen Anhaltspunkte sich in der Versorgung erkennen lassen und ob Handlungsbedarf besteht, regulatorisch einzugreifen. Darüber hinaus wurde erörtert, wie sich die diskutierten Vorschläge auf die ambulante Versorgung auswirken, wie diese aus verfassungs- und europarechtlicher Perspektive einzuordnen sind und welche Maßnahmen tatsächlich sinnvoll und durchführbar sind, um die ambulante Versorgung unter Beteiligung der MVZ bestmöglich weiterzuentwickeln.

Grundsätzlich unterliegen MVZ denselben rechtlichen Rahmenbedingungen wie Einzelpraxen und BAG im Hinblick auf die Vergabe von Vertragsarztsitzen, die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen sowie den Vergütungsmodalitäten medizinischer Leistungen. Darüber hinaus gibt es in jedem MVZ eine gesetzlich vorgeschriebene ärztliche Leistung, die weisungsfrei handelt und für die medizinische Versorgung im MVZ verantwortlich ist. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen erscheint es bereits

theoretisch schwierig, die Interessen von Kapitalgebern bei ärztlichen Entscheidungen in MVZ einfließen zu lassen.

Die Organisationform MVZ zeichnet sich im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG dadurch aus, dass MVZ mittelbar auch von nicht-ärztlichen Trägern gegründet und betrieben werden können. Das ermöglicht eine Arbeitsteilung zwischen administrativen und ärztlichen Aufgaben. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte in einem sicheren Angestelltenverhältnis mit flexibleren Arbeitszeiten tätig sein, ohne die Risiken einer Praxisgründung in Kauf nehmen zu müssen. Diese Flexibilität ermöglicht dem MVZ auch, patientenfreundlichere Öffnungszeiten anzubieten. Nicht zuletzt werden durch die Arbeitsteilung sowie durch MVZ-Gruppen mit mehreren Niederlassungen Effizienzen gehoben und ein interdisziplinärer fachlicher Austausch gefördert.

Nachdem sich aufgrund der regulatorischen Rahmenbedingungen und der Vorteile der Organisationsstruktur auf theoretischer Ebene zunächst keine Nachteile für die Versorgung durch MVZ erkennen lassen konnten, wurden die vorhandenen Daten und empirischen Befunde betrachtet. Auf dieser Grundlage sollte beurteilt werden, ob MVZ durch eine gewisse Anbieterkonzentration, Einflussnahme auf medizinische Entscheidungen oder die Konzentration auf bestimmte Regionen die ambulante Versorgung negativ beeinflussen. Mit Blick auf die Wachstumsraten von MVZ ist festzustellen, dass die Anzahl an MVZ insbesondere seit Wegfall der Regelung zu fachübergreifenden MVZ im Jahr 2015 überproportional gestiegen ist. Dieses Wachstum verteilt sich gleichmäßig auf ärztliche und nicht-ärztliche Kapitalgeber.⁹⁶ Der Großteil der ambulanten Versorgung wird mit 78 Prozent nach wie vor von Einzelpraxen erbracht.⁹⁷ Daher ist eine Verdrängung von Einzelpraxen und BAG durch MVZ oder gar eine MVZ-Dominanz in der ambulanten Versorgung nicht zu beobachten.

92. GMK 2022.

93. BÄK 2023.

94. Nützel 2022.

95. Hellemann und Rosenfelder 2022.

96. KBV 2022.

97. Ladurner et al. 2020, S. 122.

Eine Betrachtung der Honorarvolumina⁹⁸ und Abrechnungsmuster⁹⁹ lässt keine Auffälligkeiten erkennen, die darauf hinweisen, dass die Interessen von Kapitalgebern, ärztlich oder nicht-ärztlich, die medizinischen Entscheidungen in MVZ in höherem Maß beeinflussen als etwa bei Einzelpraxen oder BAG. Darüber hinaus sind MVZ sowohl in ländlichen als auch in städtischen Regionen vertreten. Eine unsachgemäße Konzentration von MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern in bestimmten Planungsbereichen ist nicht auszumachen.¹⁰⁰ Zusammengefasst sind in den vorhandenen empirischen Daten keine Anhaltspunkte erkennbar, die für eine Verschlechterung der ambulanten Versorgungssituation sprechen und dadurch ein zwingendes Handeln von Seiten des Gesetzgebers erforderlich machen.

Trotzdem soll laut BMG zeitnah ein Gesetzentwurf zu MVZ vorgelegt werden. Weitere Einschränkungen von MVZ, insbesondere in Trägerschaft privater Krankenhäuser, scheinen aufgrund der Äußerungen von Gesundheitsminister Lauterbach durchaus denkbar. Eine räumliche und fachliche Beschränkung der Gründungsmöglichkeit von MVZ für Krankenhäuser und damit für nicht-ärztliche, private Kapitalgeber zählt zu den am häufigsten diskutierten Maßnahmen.^{101,102} Dieser Beitrag hat jedoch gezeigt, dass mit einer derartigen Begrenzung eine Vielzahl an unbeabsichtigten Effekten einherginge, die sich negativ auf die ambulante Versorgung auswirken würden. Besonders hervorzuheben sind die sich daraus ergebenden fehlenden Investitionen in die ambulanten Versorgungsstrukturen, der Rückgang attraktiver Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte vor dem Hintergrund eines sich verschärfenden Fachkräftemangels sowie eine Schwächung der ambulanten zugunsten der stationären Versorgungsstrukturen.

Darüber hinaus sind die Maßnahmen zur räumlichen und fachlichen Begrenzung von MVZ sowohl aus verfassungs- als auch aus europarechtlicher Perspektive zumindest fragwürdig. Die Einschränkung stellt einen Eingriff in die gemäß Art. 12 GG geschützte Berufsfreiheit dar, welcher aufgrund der aktuellen Datenlage als weder begründbar noch als verhältnismäßig einzuordnen ist. Aus europarechtlicher Sicht stellen die Beschränkungen zudem einen unzulässigen Eingriff in die nach Art. 49, 54 AEUV geschützte Niederlassungsfreiheit dar, der durch Gründe des Allgemeininteresses nicht zu rechtfertigen ist. Es ist schwer zu erkennen, wie weitere Beschränkungen die ambulante Versorgungssituation verbessern sollen. Sie lassen eher negative Konsequenzen erwarten.

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 nicht-ärztliche, private Kapitalgeber auch aus dem Grund ausdrücklich mit ein, dass Renditeorientierung ein Merkmal aller Kapitalgeber im Gesundheitswesen ist. Mithilfe adäquater rechtlicher Rahmenbedingungen ließen sich negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität minimieren und notwendige Investitionen fördern. Vor diesem Hintergrund können die Erhöhung der Transparenz für alle MVZ-Träger durch ein entsprechendes Register und eine MVZ-Schilderpflicht sowie die Stärkung der Position der ärztlichen Leitung sinnvolle Maßnahmen sein, um einen Qualitätswettbewerb im Sinne der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern.

98. Tisch und Nolting. 2021, S. 74 f.

99. Haaß et al. 2020, S. 86 f.

100. Tisch und Nolting. 2021, S. 63.

101. Sodan 2020, S. 141 ff.

102. GMK 2022



ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V.
HELIX HUB, Invalidenstraße 113, 10115 Berlin
Daniel Schaffer (Geschäftsführer)
Lobbyregister: R001160
Telefon: 030 403 688 4100
E-Mail: kontakt@alm-ev.de
www.alm-ev.de



**BBMV – Bundesverband der Betreiber
medizinischer Versorgungszentren e. V.**
Marienstraße 15, 10117 Berlin
Gernot C. Nahrung (Geschäftsführer)
Lobbyregister: R000242
Telefon: 030 275 938 05
E-Mail: info@bbmv.de
www.bbm.de

Februar 2023