

Stellungnahme zum Antrag der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein „Entschließung des Bundesrates ‚Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes““

(Bearbeitungsstand vom 31.05.2023, 08:00 Uhr)

Einleitung:

Der ALM e.V. teilt die Auffassung der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, dass die Förderung von Transparenz im ambulanten Versorgungssektor einen Beitrag zum „Patient-Empowerment“ leisten kann. Deswegen unterstützen wir ausdrücklich eine entsprechende Regulatorik, die trägerunabhängig und -übergreifend ausgestaltet sein sollte. Auch hat die Verschärfung der MVZ-Gesetzgebung durch Einschränkung der Gründungsbefugnis seit 2012 nicht dazu beigetragen, Versorgung mit inhabergeführten Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften dort sicherzustellen, wo sonst keine ambulanten Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Es sind eher größere Versorgerstrukturen, die auch in der Fläche für Versicherte den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermöglichen. Insbesondere in Zeiten des demografischen Wandels sowie des Fachkräftemangels in den medizinischen Berufen sollte eine Gesetzgebung im Kern darauf abzielen, möglichst viel ärztliches und auch nichtärztliches Fachpersonal in der ambulanten Versorgung durch attraktive Rahmenbedingungen zu halten und aktiv dort einzubinden. Jedwede Regulatorik sollte insbesondere evidenzbasiert aufgrund von Daten erfolgen; eine solche Evidenz sowie die bestehende Datengrundlage kann vor allem mit entsprechenden Transparenzregulierungen erheblich verbessert werden.

Insbesondere der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der als Anlage der Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion beigefügt wurde (Bundestagsdrucksache 20/4778), bietet eine umfassende Übersicht zur bestehenden Studien- und Datenlage: U.a. geht er auf das im Auftrag des BMG im Jahr 2020 veröffentlichte Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen ein. Dieses Gutachten konstatierte einen sehr geringen Anteil von MVZ mit Investorenbeteiligung an der ambulanten Versorgung, was keine Anhaltspunkte für eine Monopolisierungstendenz erkennen lasse. Zugleich hätte eine Begrenzung solcher MVZ erhebliche negative Auswirkungen auf die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, u.a. aufgrund von Skaleneffekten und Effizienzgewinnen durch eine Professionalisierung der Infrastruktur und einheitliche Qualitätsstandards sowie einen fachlichen Austausch und Wissenstransfer über Regionen hinweg.¹

Aus Sicht der fachärztlichen Mitgliedslabore des ALM e.V. sind die im Entschließungsantrag vorgeschlagenen Maßnahmen nicht zielführend im Sinne einer guten Patientenversorgung. Ohnehin wäre es gut, bestehende gesetzliche Normen und daraus abgeleitete Richtlinien umzusetzen bzw. deren Einhaltung einzufordern. Dies würde eine weitere Regulierung in vielen Bereichen obsolet machen.

¹ Vgl. Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen vom November 2020:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und>Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

Zu den bestehenden Regulierungen aller niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte unabhängig ihrer Praxis-Organisationsform gehören bereits heute:

- Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungsaufträge (§ 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V). Die Ergebnisse sind nach § 95 Absatz 3 Satz 5 den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln
- Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V i.V.m. der nach Absatz 3 zwischen KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossenen Rahmenempfehlungen sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V
- Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106d SGB V mit Prüfung der Rechtmäßigkeit und der Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigung und die Krankenkassen (Absatz 1)
- Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben (§ 135b Absatz 2 Satz 1 SGB V) i.V.m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach dieser Norm
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 mit Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (§ 136 SGB V) und zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136a SGB V) i.V.m. den hier bereits geltenden Richtlinien

Nachfolgend finden Sie die Stellungnahme des ALM e.V. zu konkreten Regelungen des Entschließungsantrages.

Im Entschließungsantrag vorgeschlagene Maßnahmen

1. „Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxisschild, inkl. der Angabe der Rechtsform (MVZ-Schilderpflicht).
2. Einführung eines gesonderten MVZ-Registers, in dem auch die nachgelagerten Inhaberstrukturen offenzulegen sind, und Schaffung einer Verpflichtung zur Eintragung in das Register als Zulassungsvoraussetzung für MVZ. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden als registerführende Stellen bestimmt. Die nachgelagerten Inhaberstrukturen sind der Öffentlichkeit gegenüber durch geeignete Einsichtsrechte in das MVZ-Register offenzulegen. Hierfür werden das SGB V sowie die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte entsprechend geändert.“

Stellungnahme:

Maßnahmen zur Förderung der Transparenz sind im Sinne der Förderung des „Patient Empowerment“ zu begrüßen. Sie sollten daher auch trägerunabhängig und -übergreifend für alle an der ambulanten Versorgung Beteiligten gelten, also unabhängig von der Rechtsform, in der vertragsärztliche Leistungen erbracht werden (Einzelpraxis, BAG oder MVZ).

Der Öffentlichkeit liegt aktuell kein zentrales Register vor, das MVZ nach jeweiliger Trägerschaft klassifiziert. Es ist aber festzuhalten, dass die Zulassungsausschüsse bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) über einen Zugang zu allen relevanten MVZ-Daten inklusive der Gesellschafter verfügen, da die Bereitstellung dieser Informationen Pflicht im Zulassungsverfahren ist. Demnach wäre es zielführend die KVen sowie KZVen zu einer Zusammenführung und Auswertung der ihnen zur Verfügung stehenden Daten zu verpflichten.

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

Stellungnahme:

Insbesondere am Beispiel der medizinischen Versorgung mit Labordiagnostik zeigt sich, dass Forderungen nach räumlichen und fachlichen Begrenzungen aus Sicht der Versorgung kontraproduktiv sind: Größere MVZ-Labore und -Strukturen ermöglichen eine stärker spezialisierte Diagnostik, insbesondere in MVZ, in denen mehrere Fachärzte aus verschiedenen Gebieten der Labordiagnostik zusammenarbeiten (z.B. Labormedizin, Mikrobiologie, Pathologie). Dies ermöglicht den Aufbau eines fachbezogenen Kompetenznetzwerks über eigene Fachgebietsgrenzen hinweg. Das sich rapide entwickelnde medizinische Wissen wird somit allen im MVZ angestellten Ärzten zur Verfügung gestellt. Dadurch profitiert insbesondere auch die labormedizinische Versorgung in strukturschwachen Gebieten. MVZ in der Labordiagnostik bieten über die Schaffung von organisatorischen Synergien und die dadurch entstehende Effizienz eine nahezu perfekte Erreich- und Verfügbarkeit labordiagnostischer Leistungen in der Versorgung. Das wird mithilfe einer breiten regionalen und überregionalen Logistik für den Probentransport ins Facharzt-Labor-MVZ erreicht, und zwar häufig rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche. Somit können an praktisch jedem Ort in Deutschland taggleich alle für die Grund- und Regelversorgung notwendigen labordiagnostischen Untersuchungen angeboten werden. Auch die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Räumen wird dadurch abgesichert. Sogar die Verfahren der Spezialdiagnostik sind bundesweit in kurzer Zeit verfügbar und garantieren somit einen zielgerichteten medizinischen Prozess in der Versorgung. Darüber hinaus erhöhen die Qualitätsstandards, die in allen Labor-MVZ-Strukturen bis hin zur Akkreditierung etabliert sind, die Patientensicherheit erheblich. Quartalsweise reichen zudem bereits heute die medizinischen Labore bei der regionalen KV die Zertifikatsnachweise der Teilnahme an externen Ringversuchen gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer (RilibÄK) zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ein.

So arbeiten schon heute eine Vielzahl vertragsärztlicher Facharztlabore mindestens regional und versorgen dabei regelhaft über mehrere KV-Bezirke weg die Patientinnen und Patienten der zuweisenden Praxen mit fachärztlicher Labordiagnostik auf einem nachweislich sehr hohen Qualitätsniveau. Die Patientenversorgung geschieht in erster Linie durch die Untersuchung der von Patientinnen und Patienten in Praxen entnommenen diagnostischen Proben im Facharztlabor und nur selten durch eine Vor-Ort-Probenentnahme im Labor. Die Überweisungsgebundenheit der Tätigkeit ist ein besonderes Merkmal, da somit im Vier-Augen-Prinzip eine sinnvolle Labordiagnostik gewährleistet wird, die Unter- bzw. Überversorgung möglichst verhindert. Gleichzeitig übernehmen die ambulanten Facharztlabore für einen großen Teil der Krankenhäuser die labordiagnostische Versorgung, entweder vollständig unter Einbeziehung des Betriebs der Krankenhauslaborbetriebsstätte oder im Versand der Spezialanalytik, der für die im Krankenhaus nicht verfügbaren Laboruntersuchungen. Damit versorgen die Facharztlabore schon seit vielen Jahren sektorenübergreifend und überregional.

Das im Auftrag des BMG im Jahr 2020 veröffentlichte Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen geht in einem Kapitel gesondert auf die Vorschläge räumlicher und fachlicher Beschränkungen für MVZ, die von Krankenhäusern gegründet werden, ein. Dabei kommt das Gutachten zum Schluss, dass ein solcher Vorschlag nicht weiterverfolgt werden sollte, da u.a. die Möglichkeit einer fach- und ortsunabhängigen MVZ-Gründung auch Vorteile für die Versorgung der Versicherten eröffnet.² Verschiedene Gutachten und Veröffentlichungen, u.a. das von Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke, Werner Köhler und Dr. Stephan Rau 2023 publizierte „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“ weisen auf die weitere Gefahr der Förderung von Konzentrationsprozessen zu Gunsten überregional operierender Krankenhauskonzerne und der Gefährdung des Strukturwandels im stationären Bereich durch räumliche Beschränkungen hin:

„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.“³

² Vgl. Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen vom November 2020:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und>Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

³ Vgl. Fricke, Köhler, Rau: „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“ vom Februar 2023, S. 18:

<https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf>

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

Stellungnahme:

Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sowie im Sinne des Patientenschutzes sind Konzentrationen 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.⁴ Trotz des Anstiegs der Anzahl von MVZ werden die vertragsärztlichen Leistungen nach wie vor überwiegend (78 Prozent)⁵ in Einzelpraxen erbracht. Die räumliche Verteilung von MVZ zwischen Stadt und Land entspricht in etwa der Bevölkerungsverteilung. Unabhängig vom mangelnden Handlungsbedarf zur Einschränkung von Versorgungsanteilen, sind solche Regelungen insbesondere für die auf Überweisung hin tätigen diagnostischen Fächer nicht übertragbar. Ohnehin müssen Beschränkungen von Marktanteilen und Konzentrationsprozessen im Kartellrecht und nicht im SGB V reguliert werden, zudem sollten diese trägerübergreifend und für alle Versorgungsformen – unabhängig davon, ob es sich um ein MVZ, eine BAG oder eine Einzelpraxis handelt – gleichermaßen gelten.

5. „Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbs für MVZ im Wege des Zulassungsverzichts gem. § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V.
6. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) gem. § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V.“

Stellungnahme:

Diese vorgeschlagenen Maßnahmen zielen auf eine Stärkung bzw. Bevorzugung von vertragsärztlichen Einzelpraxen im Zulassungsverfahren ab. Im Zulassungsrecht werden allerdings bereits heute bei der Nachbesetzungsentscheidung Praxen und MVZ in der Mehrheitshand von Ärzten bevorzugt (§ 103 Absatz 4c SGB V), so dass MVZ in nichtärztlicher Trägerschaft keine Möglichkeit haben, Sitze „einfach

⁴ Vgl. Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen vom November 2020:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und>Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

⁵ Vgl. Fricke, Köhler, Rau: „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“ vom Februar 2023, S. 16:

<https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf>

wegzukaufen“. Der Vollständigkeit halber sollte auch erwähnt werden, dass der Verkäufer selbst entscheiden kann, warum wem die eigene Praxis durch Verkauf übergeben wird. Wer hier nur die Angebotskultur kritisiert, lässt damit wichtige Aspekte auf der (ärztlichen) Verkäuferseite außeracht. Gleichzeitig ist heute die Einzelpraxis weiterhin die dominante ambulante Versorgungsform.⁶

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

Stellungnahme:

Das Betreiben von Eigeneinrichtungen durch die KVen ist vom Ordnungsrahmen her abzulehnen: So ist die KV gleichzeitig Betreiber sowie Aufsichtsinstanz der Einrichtung, was auch unter Compliance-Gesichtspunkten als risikobehaftet zu betrachten ist. Zugleich würde der Betrieb der Einrichtung aus den Honorarmitteln der gesamten Vertragsärzteschaft finanziert werden – Finanzmittel, die der Vertragsärzteschaft für die Versorgung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden. Diese Mittel würden somit in der Versorgung fehlen, um Betriebskosten für Eigeneinrichtungen der KVen zu finanzieren.

8. „Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie Stärkung der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung gegen sachfremde Einflussnahme durch Einführung entsprechender Kontrollmechanismen:
 - a.) Besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz zugunsten der ärztlichen Leitung.
 - b.) Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben hierfür Empfehlungen zu erarbeiten.
 - c.) Vorgabe des Tätigkeitsumfangs für die ärztliche Leitung in Höhe eines vollen Versorgungsauftrags bei mindestens fünf vollzeitäquivalenten Stellen im jeweiligen MVZ.“

Stellungnahme:

Bereits heute ist die Position der ärztlichen Leitung eines MVZ klar gesetzlich geregelt und gegenüber sachfremder Einflussnahme geschützt: Durch § 95 Absatz 1 SGB V sowie § 30 der (Muster-) Berufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärzte und die Zugehörigkeit zur KV ist die ärztliche

⁶ Vgl. ebd.

Leitung eines MVZ bereits heute gegenüber reinen ökonomischen Interessen der Betreibergesellschaften besonders gestärkt. Eine weitere Stärkung der Position der ärztlichen Leitung kann beinhalten, dass die Leitung ausreichende Kontroll- und Aufsichtsbefugnis bekommt, zeitlich auskömmlich im MVZ beschäftigt ist und ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachweisen muss. Hierbei ist aus Sicht der fachärztlichen Labore die bereits heute geltende Regelung, dass ärztliche Leitungen mindestens 20 Wochenarbeitsstunden an der Versorgung gesetzlich versicherter Personen teilnehmen müssen, ausreichend, um der ärztlich leitenden Funktion gerecht zu werden. Forderungen nach einem erweiterten Kündigungsschutz sind aus arbeitsrechtlicher Sicht problematisch und führen zu Fehlanreizen in Beschäftigungsverhältnissen. Eine entsprechende Regulierung kann weiterhin nicht über das SGB V erfolgen, sondern im Arbeitsrecht.

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

Stellungnahme:

Bereits heute ist die ärztliche Leitung eines MVZ zur jeweiligen KV zugehörig, mögliches Fehlverhalten kann damit auch bereits seitens der KV geahndet werden. Die Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungsaufträge (§ 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V) kann bereits heute überprüft werden. Die Ergebnisse sind nach § 95 Absatz 3 Satz 5 den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln. Prof. Dr. Martin Burgi (Ludwig-Maximilians-Universität München) weist in seinem Rechtsgutachten darauf hin, dies führe „zu der Problematik, ob durch Satzungen von Trägern der funktionalen Selbstverwaltung (hier: die Kassenärztlichen Vereinigungen) auf der Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung Eingriffe in die Berufsfreiheit verfügt werden dürfen. Denn damit verbindet sich die Gefahr, dass ein spezifisches Gruppeninteresse (hier: dass, der in den KV signifikant dominierenden niedergelassenen Vertragsärzte) gegenüber den Interessen einzelner Berufsträger oder gar der Allgemeinheit die Überhand zu gewinnen droht.“⁷

Die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen seitens der KV gegenüber einem MVZ als Institution würde voraussetzen, dass das MVZ eine Zugehörigkeit zur KV mit allen Rechten und Pflichten erhält. Dies bestätigt auch Prof. Burgi in seinem Gutachten: „Ihre Unterstellung unter die Disziplinargewalt der Kassenärztlichen Vereinigung würde im wahrsten Sinne des Wortes „Außenseiter“ treffen, und zwar mit (wie bereits das Wort „Disziplinarmaßnahmen“ indiziert) gravierenden, teilweise stigmatisierenden Rechtsfolgen. (...) Sie stellt eine Regelung mit von der Zulassung unabhängiger, gravierender Belastungswirkung gegenüber den MVZ als Außenseitern dar.“⁸

⁷ Vgl. Burgi: „Rechtsgutachten verfassungs- und europarechtliche Grenzen weiterer MVZ-Regulierungen“ vom Mai 2023, S. 67 ff: <https://www.bbm.de/positionen/rechtsgutachten-mvz-regulierung/>

⁸ Vgl. ebd.

Weitere Hinweise

Nachfolgend möchten wir auf den allgemeinen Rechtsrahmen zur Weiterentwicklung der MVZ-Regulatorik eingehen:

Bestmögliche Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung erfordern Investitionen in die Weiterentwicklung der Methoden und Verfahren sowie in die Modernisierung der Ausstattung und insbesondere in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Gesundheitswesen. Im Rahmen von Bedarfsplanung und Prüfung der Zulassungen von Vertragsärzten sowie der Genehmigung der Einrichtung von Arztpraxen und MVZ unabhängig von ihrer Rechts-/Praxisform durch den Zulassungsausschuss der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ist ohnehin bereits die Einreichung sehr weitreichender Unterlagen, Verträge und Zeugnisse zur Überprüfung, Transparenz und nachvollziehbaren Dokumentation durch den Vertragsarzt bzw. die beantragende medizinische Einrichtung notwendig.

Die seit 2012 eingeführten Beschränkungen für die Gründung von MVZ haben dazu geführt, dass Hürden künstlich erhöht wurden, um die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Die Folgen waren eine Bevorzugung größerer Kapitalgeberstrukturen und damit eine Verzerrung des Wettbewerbs, insbesondere auch zugunsten größerer privater Krankenhausbetreiber. Diese Hürden müssen abgebaut werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass alle seit Einführung des MVZ in die vertragsärztliche Versorgung beschlossenen einschränkenden Regelungen keinen wesentlichen Einfluss auf die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung hatten, sondern vielmehr ein niedrigschwelliges Engagement in der ambulanten Versorgung erschweren, weshalb der Rechtsrahmen zur Gründungsberechtigung von MVZ von 2004 wiederhergestellt werden sollte.