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

Berlin, 09.01.2023

Inhalt

Inhalt 1
Vorbemerkung 2
1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ 5
2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ 7
3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen 9
4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen 10
5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen 11
6. Begrenzung von Marktanteilen 12
7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen 14
8. Transparenz über Inhaberschaft 16
9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ 20
10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ 21
11. Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters 22
12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ 25

Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer befasst sich seit mehreren Jahren intensiv mit der zunehmenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und insbesondere auch mit der Thematik der investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Zahlreiche Beschlüsse Deutscher Ärztetage der letzten Jahre zeigen die große Besorgnis der Ärzteschaft zu dieser Thematik auf.

Inzwischen zeigt sich eine deutlich dynamische Entwicklung bei der Gründung von MVZ. Insgesamt sind zum Stichtag 31.12.2021 rund 26.000 Ärztinnen und Ärzte in MVZ tätig. Über 93 Prozent hiervon arbeiten als Angestellte; nur 1.676 (oder rund sieben Prozent) Ärztinnen und Ärzte sind Vertragsärzte. Im Jahr 2016 lag die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in MVZ noch bei rund 16.000. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund zehn Prozent. Im selben Zeitraum wuchs die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um lediglich 1,9 Prozent pro Jahr (Quelle: BÄK, KBV).

Die Bundesärztekammer hat Ende 2019 unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, Herrn Dr. Reinhardt, eine Arbeitsgruppe „Kommerzialisierung Medizinischer Versorgungszentren/ Krankenhäuser“ eingerichtet, die die Problemfelder sowie Lösungsansätze intensiv diskutiert und sich mit renommierten Expertinnen und Experten ausgetauscht hat. In ihrer letzten Sitzung am 7. November 2022 wurden unter Anwesenheit des Bayerischen Staatsministers für Gesundheit und Pflege, Herrn Holetschek, und des Leiters der Abteilung "Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung" im BMG, Herrn Weller, konkrete Formulierungsvorschläge der Bundesärztekammer für gesetzliche Regelungen zu MVZ zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung vorgestellt. Diese Vorschläge sind im vorliegenden Dokument weiter ausgeführt und begründet.

Zur Einordung der Positionen der Bundesärztekammer ist es wichtig, sich mit der ursprünglichen Idee der medizinischen Versorgungszentren zu befassen. Das Konzept der MVZ wurde 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. In der Begründung des Gesetzes heißt es: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.“

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich insbesondere durch den demografischen Wandel mit einer Zunahme von Multimorbidität und durch den medizinisch-technischen Fortschritt mit zunehmender Spezialisierung der Fachgebiete ergeben, ist die hinter der Einführung stehende Idee einer interdisziplinären und sektorenverbindenden Versorgung an einem Ort sinnvoll und mehr denn je zeitgemäß. Mittlerweile hat jedoch eine

Entwicklung eingesetzt, die sich immer weiter von der eigentlich bezweckten Verbesserung der medizinischen Versorgung entfernt hat. Auch wurde mit dem Aufkommen von MVZ die Hoffnung verbunden, ärztliche Tätigkeit in ländlichen und unterversorgten Regionen attraktiver gestalten zu können. Allerdings entstanden MVZ zu 85 Prozent in Kernstädten, Ober- und Mittelzentren. Nur 15 Prozent der MVZ befinden sich in ländlichen Gemeinden (Quelle: KBV; MVZ Aktuell zum 31.12.2021).

Dies ist teilweise auch den gesetzlichen Änderungen geschuldet, die seit der Einführung der MVZ vorgenommen wurden, maßgeblich die Ermöglichung fachgleicher MVZ mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) 2015, die zu einer deutlichen Zunahme der Gründungen von – zumeist fachgleichen – MVZ geführt hat, die sich auf einzelne, lukrative Leistungen ihres Fachgebietes beschränken, anstatt sämtliche Kernleistungen ihres Fachgebietes zu erbringen.

Für Finanzinvestoren wie Private Equity Gesellschaften sind MVZ eine attraktive Geldanlage, da die Erlöse durch die Finanzierung aus der Sozialversicherung praktisch abgesichert sind. Private, fachfremde Träger können, trotz der mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) eingeführten Beschränkung der Gründungsvoraussetzungen, Krankenhäuser kaufen, die als gründungsberechtigt gelten. Dabei sind ihnen derzeit keine Beschränkungen auferlegt, sie können über ihr Krankenhaus bundesweit und in allen Fachgebieten MVZ betreiben. Eine der Kernforderungen der Bundesärztekammer ist der verpflichtende örtliche und fachliche Bezug des Gründungs-Krankenhauses zu seinem bzw. seinen MVZ. Nur so ist der Bezug zum Leistungsspektrum und zur ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und damit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten vor Ort erkennbar – die interdisziplinäre und sektorenverbindende Versorgung aus einer Hand und an einem Ort.

Investitionen in das Gesundheitssystem sind grundsätzlich positiv zu bewerten, insbesondere, da in einigen Fachgebieten die medizinische Technologie kaum noch durch einen einzelnen Vertragsarzt finanziert werden kann. Problematisch wird es, wenn das primäre Ziel nicht mehr die qualitativ hochwertige und zugewandte Patientenversorgung, sondern die Maximierung der Rendite ist. Es hat sich gezeigt, dass der mit der Kommerzialisierung von MVZ einhergehende (Rendite-)Druck so groß sein kann, dass ihm nicht allein mit der berufsrechtlichen Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten begegnet werden kann, die Behandlung allein am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Vielmehr bedarf es einer Anpassung der Rahmenbedingungen für die Zulassung und die ärztliche Tätigkeit in MVZ.

Eine wichtige Maßnahme ist dabei die Stärkung des ärztlichen Leiters in MVZ. Dem ärztlichen Leiter kommt bei der Umsetzung der Berufsordnung eine entscheidende Rolle zu, er muss die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Eigentümerinteressen gewährleisten. Hierbei muss er durch entsprechende Rahmenbedingungen unterstützt werden, zum Beispiel durch einen besonderen Kündigungs- und Abberufungsschutz, aber auch durch die Regulierung von auf medizinisch nicht-begründbare Mengen- und Leistungsausweitung

abzielende Bonusverträgen und durch die Einführung von Disziplinarmaßnahmen bei fehlender Gewährleistung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit. Ebenso muss ausgeschlossen sein, dass sich Rationalisierungsmaßnahmen, die Kostenersparnisse und Skaleneffekte zum Ziel haben, negativ auf die Qualität der medizinischen Versorgung niederschlagen.

Auch das Recht auf freie Arztwahl ist von großer Relevanz. Durch die Bildung großer MVZ-Strukturen bzw. von MVZ-Ketten kann es für einzelne Fachgebiete in einzelnen Regionen zu einer Monopolbildung kommen, bei der den Patienten wohnortnah keine alternativen Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Transparenz der Trägerschaft. Derzeit ist es weder Patienten noch anderen Leistungserbringern kaum möglich, die Trägerschaft von MVZ in Erfahrung zu bringen.

Maßstab der Gesundheitsversorgung sind die Patientinnen und Patienten mit ihrem medizinischen Versorgungsbedarf. Das Gesundheitswesen ist Teil der Daseinsvorsorge und kann nicht den Regelungen von Kapitalmärkten unterliegen. Über das Krankenversicherungssystem generierte Gelder dürfen dem System nicht zur Ausschüttung von Renditen entzogen werden. Auch darf Finanzkraft nicht zur Etablierung von Monopolen in der Gesundheitsversorgung führen.

Im Folgenden werden die aus Sicht der Bundesärztekammer erforderlichen Gesetzesänderungen vorgestellt und erläutert. Die einzelnen Vorschläge sind als einzelne Änderungen formuliert. Werden sie übernommen, können weitere redaktionelle Änderungen notwendig werden (Umnummerierung von Absätzen, Richtigstellen von Bezügen etc).

Wir hoffen, dass wir die Arbeit der Bund-Länder-AG mit unseren Ausführungen unterstützen können. Für Fragen und einen weiteren Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ

1. § 95 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 2 wird nach der Wortgruppe „Medizinische Versorgungszentren sind“ das *Wort „fachübergreifende“* und nachfolgend ein Komma eingefügt.
   b) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:
   „Medizinische Versorgungszentren, die am 1. Januar 2023 bereits zugelassen sind, gelten bis zum 31.12.2032 unverändert als medizinische Versorgungszentren, auch wenn Sie nicht fachübergreifend sind.“

§ 95 Absatz 1b SGB V ist entsprechend anzupassen bzw. zu streichen.

Begründung:

Das Konzept der Medizinischen Versorgungszentren wurde 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. Damals wurde festgelegt, dass Medizinische Versorgungszentren fachübergreifend tätig sein müssen. In der Begründung des Gesetzes heißt es: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.“ Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) wurde 2015 das Wort „fachübergreifend“ aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gestrichen. Durch die Aufgabe des Merkmals „fachübergreifend“ wurde der ursprünglich positive Ansatz, eine interdisziplinäre Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten, aufgegeben. Zudem hatte die Neuregelung zur Folge, dass die Zahl der MVZ-Gründungen nach 2015 deutlich zunahm und zwar insbesondere durch die Gründung fachgleicher MVZ. Hinter vielen dieser fachgleichen medizinischen Versorgungszentren stehen Kapitalinvestoren ohne Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung, die sich auf einen Teilmarkt der medizinischen Versorgung, etwa der operativen Augenheilkunde oder der Radiologie fokussieren. Insbesondere MVZ-Ketten sowie sogenannte Groß-MVZ führen dabei zu Versorgungsmonopolen in den entsprechenden Fachgebieten und schränken damit das Recht der Versicherten auf freie Leistungserbringerwahl ein. Um Medizinische Versorgungszentren von Arztpraxen zu unterscheiden und sicherzustellen, dass sie einen darüberhinausgehenden Mehrwert für die Versorgung haben, wird das mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 aufgegebene Merkmal „fachübergreifend“ wieder eingeführt. Nicht-fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren können noch zehn Jahre unverändert fortbestehen. Diese Frist ist aus Gründen des Schutzes der im Vertrauen auf die bisherige Regelung getätigten Investitionen geboten.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind **fachübergreifende,** ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. … **Medizinische Versorgungszentren, die am 1. Januar 2023 bereits zugelassen sind, gelten bis zum 31.12.2032 unverändert als Medizinische Versorgungszentren, auch wenn sie nicht fachübergreifend sind.“**

2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

1. In § 95 Absatz 1a SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

   „Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen."

2. In § 95 Absatz 1a Satz 4 SGB V werden nach dem Semikolon die Wörter *„die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern bis zum [Einfügen des Tags der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] gegründet wurden, gilt unabhängig von den Anforderungen nach Satz 2 bis zum 31.12.2032 unverändert fort;"* eingefügt.

Begründung:

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat der Gesetzgeber bereits 2011 die Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren neu gefasst. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Das mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für medizinische Versorgungszentren auf die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer verfolgte Ziel, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer zu gewährleisten, ist nicht vollständig erreicht worden, weil Kapitalgeber z. B. durch den Kauf eines Pflegedienstes oder eines Hilfsmittelerbringers die Voraussetzungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren im gesamten Bundesgebiet erfüllen können. Dadurch stehen in Bereichen wie z. B. der Augenheilkunde teilweise immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige Ärzte in eigener Praxis zur Verfügung. Diese Entwicklung birgt Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen. Um dem entgegenzuwirken können künftig medizinische Versorgungszentren nach Satz 1 nur noch von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben."

Bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurden die Gründungsmöglichkeiten von Medizinischen Versorgungszentren durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen beschränkt. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sind demnach nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht dabei auch für die mit Dialyseleistungen

zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass Kapitalinverstoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Krankenhäuser erwerben, um bundesweit und damit vielfach in weiter Entfernung vom erworbenen Krankenhaus Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Es ist daher geboten, die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankhäuser auf ihren Einzugsbereich zu beschränken. Nur so ist ein Bezug zur Tätigkeit des Krankenhauses und damit ein Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort – ein ambulant-stationäres Behandlungskonzept „aus einer Hand" – erkennbar. Der Einzugsbereich bestimmt sich nach dem Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes.

Eine Verbesserung der Versorgung ist auch nur dann zu erwarten, wenn das Versorgungsangebot des Medizinischen Versorgungszentrums einen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweist. Durch dieses Erfordernis soll zudem sichergestellt werden, dass Kapitalinvestoren ohne fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Krankenhäuser vor Ort aufkaufen, um Medizinische Versorgungszentren zu gründen, ohne dass dies im Zusammenhang mit dem Versorgungsangebot des Krankenhauses steht. So soll z.B. die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums, das nur augenärztliche und orthopädische Leistungen anbietet, durch ein Psychiatrisches Fachkrankenhaus zukünftig ausgeschlossen werden.

Bisher vom Krankenhaus außerhalb des Einzugsbereichs oder ohne fachlichen Bezug zum Krankenhaus gegründete Medizinische Versorgungszentren dürfen noch zehn Jahre weiterbetrieben werden. Diese Frist ist aus Gründen des Schutzes der im Vertrauen auf die bisherige Regelung getätigten Investitionen geboten.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. **Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.** … Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; **die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern bis zum [Einfügen des Tags der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] gegründet wurden, gilt unabhängig von den Anforderungen nach Satz 2 bis zum 31.12.2032 unverändert fort;** … „

3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen

In § 95 Abs. 1a Satz 4 SGB V werden nach dem Wort „Versorgungszentrums“ und dem Wort „Versorgungsangebot“ jeweils die Wörter „*bis zum 31.12.2033*“ eingefügt.

Begründung:

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass auch bestehende Medizinische Versorgungszentren nach einer Übergangsfrist nur weiterbetrieben werden dürfen, wenn deren Träger die aktuell geltenden Voraussetzungen erfüllen. Als Übergangsfrist werden einheitlich 10 Jahre ab der Neuregelung vorgesehen. Dadurch wird dem Vertrauen in den Bestand getätigter Investitionen ausreichend Rechnung getragen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(1a) … Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums **bis zum 31.12.2033** unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot **bis zum 31.12.2033** unverändert fort.“

4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen

§ 95 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Satz 4 werden nach dem Wort „Versorgungsaufträge“ ein Komma und die Wörter *„auch hinsichtlich aller Kernleistungen der erteilten Versorgungaufträge,“* eingefügt.

2. In Satz 5 werden nach dem Wort „übermitteln“ die Wörter *„und in zusammengefasster Form im Internet zu veröffentlichen“* ergänzt.

Begründung:

Die Erfüllung des Versorgungsauftrags erfordert nicht nur eine ausreichende Anzahl an erbrachten Leistungen, sondern auch, dass die erforderlichen Kernleistungen erbracht werden (vgl. Bundessozialgericht (BSG) Urt. v. 14.3.2001 – B 6 KA 36/00 R sowie B 6 KA 54/00 R). Im Normtext wird daher klargestellt, dass der Versorgungsauftrag auch hinsichtlich der Erbringung der Kernleistungen der Versorgungsaufträge zu überprüfen ist, d. h. ob die Versorgung in der erforderlichen Breite angeboten und durchgeführt wird. Damit soll verhindert werden, dass sich Leistungserbringer auf einzelne, besonders lukrative, oftmals prozedurale Leistungen des Fachgebiets (wie z. B. Kataraktoperationen) beschränken und die Versorgung im Übrigen vernachlässigen. Durch die Verpflichtung, die Ergebnisse in zusammenfassender Form im Internet zu veröffentlichen, wird die notwendige Transparenz geschaffen und gleichzeitig vermieden, dass Daten einzelner Leistungserbringer öffentlich gemacht werden.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(3) … Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge**, auch hinsichtlich aller Kernleistungen der erteilten Versorgungaufträge,** sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln **und in zusammengefasster Form im Internet zu veröffentlichen**.“

5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen

In § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V werden nach dem Wort „vorliegen“ die Wörter *„oder nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten können“* eingefügt.

Begründung:

Für die Patientensicherheit ist es unentbehrlich, dass in medizinischen Versorgungszentren tätige Ärztinnen und Ärzte ihre ärztliche Entscheidung im Einklang mit den berufsrechtlichen Regelungen treffen können. Insbesondere dürfen sie hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (§ 2 Abs. 4 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)), müssen ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patienten ausrichten (§ 2 Absatz 2 Satz 2 MBO-Ä) und die ärztlichen Sorgfaltspflichten beachten, indem sie gewissenhaft handeln (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MBO-Ä). Das Interesse Dritter ist demgegenüber nachrangig (§ 2 Absatz 2 Satz 3 MBO-Ä).

Es ist Aufgabe des medizinischen Versorgungszentrums und seines ärztlichen Leiters, die Einhaltung dieser Vorgaben sicherzustellen. Ist nicht gewährleistet, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten erfüllen können, weil beispielsweise von ihnen verlangt wird, dass sie ihre Entscheidung an kommerziellen Interessen ausrichten, ist die Zulassung zu entziehen. Dabei hat der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht zu prüfen, ob der Träger in anderen medizinischen Versorgungszentren in vergleichbarer Weise auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unzulässigen Einfluss nimmt. In diesem Fall sind auch weitere Zulassungen von medizinischen Versorgungszentren zu widerrufen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(6) … Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen **oder nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten können**.“

6. Begrenzung von Marktanteilen

§ 95 Absatz 1b SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden jeweils die Wörter „zahnärztliches“, „zahnärztlichen“, „vertragszahnärztlichen“, „der Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ und „zahnärztliche“ gestrichen, das Wort „Vertragszahnarztsitze“ durch *„Vertragsarztsitze“* ersetzt und nach dem Wort „Prozent“ die Wörter *„der jeweiligen Arztgruppe*“ eingefügt.
2. In Satz 2 wird das Wort „zahnärztliche“ gestrichen.
3. In Satz 3 werden jeweils die Wörter „zahnärztliches“ und „zahnärztlichen“ gestrichen das Wort „vertragszahnärztlichen“ jeweils durch das Wort *„vertragsärztlich“* ersetzt und zwischen die Wörter „Prozent“ und „nicht“ jeweils die Wörter *„der jeweiligen Arztgruppe“* eingefügt.
4. In Satz 4 wird das Wort „vertragszahnärztlichen“ durch das Wort *„vertragsärztlichen“* ersetzt.
5. In Satz 5 wird das Wort „Kassenzahnärztlichen“ durch das „*Kassenärztlichen*“ und das Wort „vertragszahnärztlichen“ durch das Wort *„vertragsärztlichen“* ersetzt.
6. In Satz 6 wird das Wort „Kassenzahnärztlichen“ durch das Wort „*Kassenärztlichen“* ersetzt.
7. In Satz 7 wird das Wort „zahnärztlicher“ gestrichen.
8. Nach Satz 7 wird folgender Satz 8 angefügt:
   „Der Landesausschuss kann für einzelne Arztgruppen einen von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 abweichenden Versorgungsanteil festlegen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist.“

Begründung:

Um die freie Arztwahl zu gewährleisten, werden die Marktanteile ärztlicher medizinischer Versorgungszentren ebenso wie diejenigen zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren nach dem Umfang begrenzt. Speziell in der Augenheilkunde und Radiologie haben Patienten in einzelnen Regionen schon heute kaum Alternativen zur Behandlung in großen investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren bzw. Ketten medizinischer Versorgungszentren. Um Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung zu tragen, erhält der Landesauschuss die Möglichkeit, für einzelne Arztgruppen einen abweichenden maximalen Versorgungsanteil für medizinische Versorgungszentren festzulegen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

(1b) Ein ~~zahnärztliches~~ medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der

vertrags~~zahn~~**ärztlichen** Versorgung in dem Planungsbereich der **Kassen**~~zahn~~**ärztlichen** Vereinigung, in dem die Gründung des ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für ~~zahnärztliche~~ medizinische Versorgungszentren mindestens fünf **Vertragszahnarztsitze** oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein ~~zahnärztliches~~ medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der **vertrags**~~zahn~~**ärztlichen** Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der **vertrags**~~zahn~~**ärztlichen** Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der **vertrags**~~zahn~~**ärztlichen** Versorgung. Hierzu haben die **Kassen**~~zahn~~**ärztlichen** Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der **vertrags**~~zahn~~**ärztlichen** Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der **Kassen**~~zahn~~**ärztlichen** Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender ~~zahnärztlicher~~ medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses. ***Der Landesausschuss kann für einzelne Arztgruppen einen von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 abweichenden Versorgungsanteil festlegen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist.***

7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

1. In § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:
   „Dies gilt für medizinische Versorgungszentren entsprechend."

2. In § 95 Absatz 1a SGB V werden in Satz 1 nach dem Wort „werden" das Wort *„(Gründungsberechtigte)*" und nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

   „Gründungsberechtigte dürfen keine Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge sowie Betriebsführungsverträge mit Dritten abschließen."

Begründung:

Vertragsärzte üben ihre Tätigkeit persönlich in freier Praxis aus. Nach ständiger Rechtsprechung des Vertragsarztsenats des BSG erfordert das Merkmal „in freier Praxis", dass die vertragsärztliche Tätigkeit in beruflicher und persönlicher Selbstständigkeit gesichert sein muss oder anders ausgedrückt, dass erhebliche Einflussnahmen Dritter ausgeschlossen sein müssen (vgl. zuletzt BSG Urt. v. 26.1.2022 – B 6 KA 2/21 R, BeckRS 2022, 1738 Rn. 58). Vertragsärzten ist es deshalb untersagt, den Einfluss Dritter auf Grundlage von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen zuzulassen.

Dieser Grundsatz muss auch für Medizinische Versorgungszentren gelten, unabhängig von ihrer Trägerschaft entsprechend. Den Trägern muss es wie Vertragsärzten untersagt sein, Dritten unzulässigen Einfluss auf das Medizinische Versorgungszentrum und damit auch nur mittelbar auf medizinische Entscheidungen zu gewähren. In der Zulassungsverordnung für Ärzte wird daher in Verstärkung von § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV klargestellt, dass der Grundsatz persönlicher Leistungserbringung in freier Praxis entsprechend für medizinische Versorgungszentren gilt. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird das Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen sowie Betriebsführungsverträgen mit Dritten ausdrücklich verankert. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass der Gesetzgeber wesentliche Entscheidungen selbst treffen muss. Dadurch wird auch verhindert, dass die Beschränkung des zulässigen Gründerkreises auf bestimmte Träger und die damit gesetzgeberisch verfolgten Ziele dadurch umgangen werden, dass zwar formal ein Gründungsberechtigter ein MVZ gründet, aber aufgrund entsprechender Vertragsgestaltung andere das MVZ tatsächlich betreiben. Außerdem werden durch die Regelung im Hinblick auf Artikel 3 Absatz 1 GG bedenkliche Wettbewerbsvorteile für medizinische Versorgungszentren beseitigt.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 32 Ärzte-ZV

…

„(1) Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. **Dies gilt für medizinische Versorgungszentren entsprechend."**

§ 95 SGB V

…

„(1) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von … gegründet werden **(Gründungsberechtigte). Gründungsberechtigte dürfen keine Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge sowie Betriebsführungsverträge mit Dritten abschließen.**

8. Transparenz über Inhaberschaft

Die Bundesärztekammer unterstützt die einschlägigen Vorschläge aus dem Gutachten „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen, November 2020, hält jedoch Modifikationen für erforderlich. Die entsprechenden Regelungen werden im Folgenden aufgeführt.

1. In § 98 Absatz 2 SGB V wird hinter Nr. 13a eine neue Nummer 13b eingefügt:
   *„13b. die Gewährleistung **umfassender** Informationen über zugelassene medizinische Versorgungszentren, deren Träger **sowie deren wirtschaftlich Berechtigte** und ärztlichen Leiter am Vertragsarztsitz und weiteren Orten vertragsärztlicher Tätigkeit,“*

2. In § 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Geldwäschegesetz (GwG) wird ein neuer Buchstabe i) angefügt:
   „i) den das Arztregister nach § 95 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch führenden Stellen.“[1]

   Begründung:

   Der Vorschlag der Gutachter ist unzureichend. Investorengeführte medizinische Versorgungszentren werden häufig in der Rechtsform der GmbH geführt. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Umsetzung der Digitalisierungsrichtlinie (DiRUG) am 01.08.2022 können alle Registerinhalte aus dem Handelsregister von jedermann kostenfrei eingesehen werden. Das schafft u.a. Transparenz über die Gesellschafter der Trägergesellschaft. Allenfalls mit großem Aufwand kann aber seitens der Versicherten in Erfahrung gebracht werden, in wessen Eigentum die Gesellschafter der Trägergesellschaft stehen, insbesondere wenn diese ihrerseits keinen deutschen Firmensitz haben, und wer letztlich wirtschaftlich Berechtigter ist. Ein Transparenzregister muss daher Auskunft auch über den „wirtschaftlich Berechtigten“ geben. Dabei ist auf Daten des Transparenzregisters nach dem Geldwäschegesetz zurückzugreifen.

   Hinweis: Dieser Vorschlag konnte noch nicht das Urteil des EuGH vom 22.11.2022 – Az. C-37/20, C-601/20 – berücksichtigen. Daher wird zzt. von ausformulierten Vorschlägen abgesehen, welche Angaben in das Arztregister einzutragen sind. Orientierung kann § 23 des Geldwäschegesetzes geben.[2]

3. In § 24 Ärzte-ZV wird nach Absatz 7 folgender neuer Absatz 8 angefügt
   „(8) [1]Medizinische Versorgungszentren haben an ihrem Vertragsarztsitz und an allen weiteren Orten im Sinne von Absatz 3 auf einem Praxisschild Angaben zu machen zu Namen

[1] Diesem Vorschlag wurde mit einer Änderung des Geldwäschegesetztes mit dem Zweiten Gesetz zur effektiveren Durchsetzung von Sanktionen (Sanktionsdurchsetzungsgesetz II, BGBl. 2022 Teil I S. 2606, dort 2620) bereits Rechnung getragen, indem die enumerative Auflistung berechtigter Stellen in § 23 Abs. 1 Nr. 1 GwG durch ein (allgemeines) Einsichtnahmerecht für (alle) Behörden und Gerichte ersetzt wurde, „soweit die Einsichtnahme zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist“. Damit ist die hier vorgeschlagene gesonderte Aufnahme der Stellen, die das Arztregister führen, nicht mehr erforderlich.
[2] Der Hinweis kann aufgrund der o.g. Änderung des GwG entfallen.

und Rechtsform ihres Trägers und, soweit es sich beim Träger um eine juristische Person handelt, zu deren Sitz und gesetzlichem Vertreter; ist der Träger eine Personengesellschaft, sind sämtliche ihrer Gesellschafter in geeigneter Weise namentlich zu nennen. Das Praxisschild nach Satz 1 hat außerdem den oder die ärztlichen Leiter des medizinischen Versorgungszentrums und eine Internetadresse aufzuführen. [2]Unter der Internetadresse sind im Impressum die wirtschaftlich Berechtigten im Sinne von § 3 Geldwäschegesetz anzugeben."

4. In § 95 Abs. 2 SGB V wird nach Satz 3 folgender neuer Satz 4 eingefügt:
   „Medizinische Versorgungszentren werden mit dem Zeitpunkt ihrer Zulassung von Amts wegen in das Arztregister eingetragen; die Eintragung hat Angaben zum Träger, ***den wirtschaftlich Berechtigten*** *und zum ärztlichen Leiter des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums zu enthalten."*

   In § 98 Abs. 2 Nr. 5 SGB V werden hinter „die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung" die Wörter *„einschließlich der bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren in die Arztregister aufzunehmenden Daten über deren Träger,* ***wirtschaftlich Berechtigte*** *und ärztlichen Leiter"* eingefügt.

5. In § 1 Abs. 2 Ärzte-ZV wird in Buchstabe b der Punkt durch ein Komma ersetzt und danach folgender neuer Buchstabe eingefügt:
   „c) zugelassene medizinische Versorgungszentren."

6. In § 2 Abs. 1 Ärzte-ZV wird hinter Satz 1 folgender neuer Satz 2 angefügt:
   „Bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren muss das Arztregister Eintragungen enthalten zu deren Träger, ***wirtschaftlich Berechtigten*** *und ärztlichem Leiter."*

7. In der „Anlage zur Ärzte-ZV" wird nach Nr. 24 folgender Satz angefügt:
   „Bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sind an Stelle der vorgenannten Angaben folgende Angaben in das Arztregister aufzunehmen:

   1. Laufende Nummer

   2. Name des medizinischen Versorgungszentrums

   3. Vertragsarztsitz des medizinischen Versorgungszentrums (Anschrift)

   4. Zugelassen am

   5. Zulassung beendet am

   6. Zulassung entzogen am

   7. Zahl der genehmigten Arztstellen/Versorgungsaufträge im medizinischen Versorgungszentrum

   8. Arztgruppen, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind

9. Name des Trägers

10. Typ des Trägers im Sinne von § 95 Absatz 1a SGB V (z. B. zugelassener Vertragsarzt, zugelassenes Krankenhaus)

11. Rechtsform des Trägers ~~(z. B. natürliche Person, GbR, GmbH, AG, eG, Gebietskörperschaft)~~

12. Soweit der Träger des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums eine juristische Person ist:

*a) Sitz, Anschrift **und Internetadresse** des Trägers*

b) Gesetzlicher Vertreter des Trägers

c) wirtschaftlich Berechtigte

13. Name des ärztlichen Leiters oder der ärztlichen Leiter

14. Im Arztregister gestrichen am"

8. In § 285 Abs. 1 SGB V wird folgender neuer Satz 2 angefügt:
*„Zur Erfüllung der Aufgabe nach Nummer 1 dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch persönliche und sachliche Verhältnisse von natürlichen Personen erheben und speichern, die Träger **oder wirtschaftlich Berechtigte** eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums sind oder die Gesellschafter oder gesetzlicher Vertreter einer Gesellschaft sind, die Trägerin eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums ist."*

9. In § 293 Abs. 4 SGB V werden nach Satz 2 folgende Sätze neu eingefügt:
„Handelt es sich bei der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung nach Satz 1 um ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, sind folgende Angaben in das Verzeichnis aufzunehmen:

1. Name und Nummer des medizinischen Versorgungszentrums,

*2. Straße, Hausnummer, Ort, Postleitzahl **und Internetadresse** des medizinischen Versorgungszentrums,*

3. Name des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums und dessen Trägernummer,

4. Typ des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums im Sinne von § 95 Absatz 1a (z. B. zugelassenes Krankenhaus) und

5. Rechtsform des Trägers.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Richtlinien nach § 75 Absatz 7 Nummer 1 vorzusehen, dass für jedes zugelassene medizinische Versorgungszentrum sowie für jeden Träger eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums eine Nummer als eindeutiges Kennzeichen vergeben wird."

10. Dem § 293 Abs. 4 Satz 4 SGB V a.F. wird folgender neuer Halbsatz angefügt:

„; dies gilt entsprechend für die Nummer solcher Träger von zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die natürliche Personen sind."

9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

In § 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V werden nach dem Wort „verbindlich“ ein Semikolon und der Satz *„§ 81 Absatz 5 gilt entsprechend*“ eingefügt.

Begründung:

Disziplinarmaßnahmen können bisher nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verhängt werden. Medizinische Versorgungszentren bzw. ihre Träger können nicht belangt werden, auch wenn die Verfehlung ihnen zuzurechnen ist. Es bleibt allenfalls die Möglichkeit, bei gravierenden Verstößen die Zulassung zu entziehen. Es ist jedoch geboten, auch einfache Verstöße mit Mitteln des Disziplinarrechts zu ahnden. Der Gesetzgeber kann Disziplinarmaßnahmen und Geldbußen auch gegen Gesellschaften vorsehen, wie beispielsweise das anwaltliche Berufsrecht (vgl. § 113 Absatz 3 BRAO) und das Ordnungswidrigkeitenrecht (§ 30 Absatz 1 OWiG) zeigen. Durch den Verweis auf § 81 Absatz 5 SGB V wird klargestellt, das Satzungsrecht auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen medizinische Versorgungszentren bzw. ihre Träger vorsehen muss.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(3) … Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich**; § 81 Absatz 5 gilt entsprechend**.“

10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ

In § 103 Absatz 4 Satz 5 SGB V wird in Nummer 8 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nummer 9 gestrichen.

Begründung:

Die Regelung soll es MVZ ermöglichen, sich mit einem personenunabhängigen Versorgungskonzept für eine Praxisweiterführung zu bewerben, da es schwierig sein kann, einen geeigneten Bewerber zu interessieren, bevor klar ist, ob es eine entsprechende Stelle im MVZ geben wird. Das Verfahren wird als Konzeptbewerbung bezeichnet. Um die Gleichbehandlung zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren sicherzustellen, wird die Möglichkeit der Konzeptbewerbung gestrichen. § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 SGB V zielt faktisch allein auf Medizinische Versorgungszentren ab, auch wenn die Vorschrift nach ihrem Wortlaut für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften entsprechend gilt. Dem MVZ wird es damit ermöglicht, im Nachgang einer erfolgreichen Konzeptbewerbung einen Arzt, bzw. eine Ärztin einzustellen, die sich anhand der übrigen Kriterien weniger für die Übernahme des Arztsitzes eignet, als eventuelle Mitbewerber. Die Vorschrift ist zudem ohne weitergehende konkretisierende Regelungen zur näheren Ausgestaltung nach Ansicht des BSG nicht umsetzbar (Urteil vom 15.5.2019 – B 6 KA 15/18 R Rn. 44 ff.). Auch Ladurner et al. kommen zu dem Ergebnis, dass „der regulatorische Aufwand und die Belastung der Zulassungsgremien“ „außer Verhältnis zu den Vorteilen dieser besonderen Form der Bewerbung um eine Praxisnachfolge stehen“ dürften.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 103 SGB V

…

„(4) … Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

…

8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.

~~9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot.“~~

11. Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters

Die Bundesärztekammer unterstützt die einschlägigen Vorschläge aus dem Gutachten „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen, November 2020, zur Stärkung der Unabhängigkeit des ärztlichen Leiters mit der Modifikation, dass die dort angeführte Abberufung der ärztlichen Leitung nur aus wichtigem Grund erfolgen darf. Zudem wird klargestellt, dass die ärztliche Leitung, etwa im Krankheitsfall oder wenn vorübergehend Erziehungs- oder Pflegeaufgaben wahrgenommen werden sollen, nicht abberufen werden muss, sondern vorübergehend von ihren Aufgaben freigestellt werden kann. Es ist dann nur für diese Übergangszeit eine neue Leitung zu bestellen.

Die gegenüber dem Gutachtenvorschlag erfolgte, teilweise auch sprachliche Modifizierung ist nachfolgend gekennzeichnet.

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben. Der bisherige Satz 5 wird Satz 2.

2. Absatz 1b wie folgt gefasst:

„(1b) Dem ärztlichen Leiter obliegt die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe im medizinischen Versorgungszentrum und die Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung; der Träger des medizinischen Versorgungszentrums bestellt den ärztlichen Leiter und kann ihn ***~~jederzeit~~ nur aus wichtigem Grund*** *abberufen* ***oder vorübergehend von seinen Aufgaben entbinden****; die schriftlich vorzunehmende Bestellung,* ***vorübergehende Freistellung*** *oder Abberufung des ärztlichen Leiters hat der Träger dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen.* ***Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 ist festzulegen****, dass die Sammelerklärung eines medizinischen Versorgungszentrums durch seinen ärztlichen Leiter zu unterzeichnen ist; sonstige Regelungen über die Vertretung des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums bleiben davon unberührt. Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei; er gewährleistet die Freiheit der anderen im medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte von nichtärztlicher Einflussnahme in medizinischen Fragen, insbesondere auch die Freiheit von Einflussnahme durch nichtärztliche Gesellschafter des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein; der zeitliche Umfang seiner Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum muss bei einem Vertragsarzt mindestens einem halben Versorgungsauftrag entsprechen, bei einem angestellten Arzt einer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit von mindestens 20 Wochenstunden. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich*.“

3. Der bisherige Absatz 1b wird Absatz 1c.

Begründung:

Die ärztliche Leitung eines medizinischen Versorgungszentrums trägt die medizinische Gesamtverantwortung, wodurch sichergestellt wird, dass sich die Behandlung primär an medizinischen Kriterien orientiert. Angesichts der Bedeutung der Stellung der ärztlichen Leitung wird dies näher beschrieben und durch rechtliche Vorgaben gestärkt. Um zu verhindern, dass die ärztliche Leitung aus Anlass dem Träger nicht genehmer medizinischer Entscheidungen abberufen wird, wird geregelt, dass die Abberufung nur aus wichtigem Grund erfolgen darf.

Dass die Sammelerklärung durch die ärztliche Leitung zu unterzeichnen ist, klärt eine offene Rechtsfrage. Beim BSG ist unter dem Aktenzeichen B 6 KA 15/22 R die Rechtsfrage anhängig, ob ein Honorarverteilungsmaßstab regeln kann, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem medizinischen Versorgungszentrum von dessen ärztlichem Leiter zu unterschreiben sind. Die Zuweisung zum Ärztlichen Leiter trägt der Funktion der Sammelerklärung Rechnung. Mit ihnen wird eine Garantie abgegeben, dass die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich persönlich gegenüber dem jeweils angegebenen Versicherten erbracht wurden und dass alle Angaben sachlich richtig sind (vgl. § 45 Abs. 1 BMV-Ä). Der Wortlaut der Sammelerklärung soll weiterhin (vgl. § 35 Abs. 2 S. 3 BMV-Ä) in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt werden.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

…

„(1b) Dem ärztlichen Leiter obliegt die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe im medizinischen Versorgungszentrum und die Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung; der Träger des medizinischen Versorgungszentrums bestellt den ärztlichen Leiter und kann ihn ~~jederzeit~~ nur aus wichtigem Grund abberufen oder vorübergehend von seinen Aufgaben entbinden; die schriftlich vorzunehmende Bestellung, vorübergehende Freistellung oder Abberufung des ärztlichen Leiters hat der Träger dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 ist festzulegen, dass die Sammelerklärung eines medizinischen Versorgungszentrums durch seinen ärztlichen Leiter zu unterzeichnen ist; sonstige Regelungen über die Vertretung des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums bleiben davon unberührt. Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei; er gewährleistet die Freiheit der anderen im medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte von nichtärztlicher Einflussnahme in medizinischen Fragen, insbesondere auch die Freiheit von Einflussnahme durch nichtärztliche Gesellschafter des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein; der zeitliche Umfang seiner Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum muss bei einem Vertragsarzt mindestens einem halben Versorgungsauftrag entsprechen, bei einem angestellten Arzt einer vertraglich

vereinbarten Arbeitszeit von mindestens 20 Wochenstunden. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich."

12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

In § 135b SGB V wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu Zielvereinbarungen in Verträgen von medizinischen Versorgungszentren mit deren ärztlichen Leitern abzugeben. § 135c Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die medizinischen Versorgungszentren sind verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in ihren Veröffentlichungen nach Absatz 1 Satz 2 anzugeben, inwiefern medizinische Versorgungszentren sich bei Verträgen mit ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Satz 1 halten. Hält sich ein medizinisches Versorgungszentrum nicht an die Empfehlungen, hat die Kassenärztliche Vereinigung unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind, und den Zulassungsausschuss darüber zu informieren."

Begründung:

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz hat der Gesetzgeber Regelungen zu Empfehlungen zu Zielvereinbarung mit leitenden Ärzten im Krankenhaus eingeführt und dies auf folgende Überlegungen gestützt:

„Regelungen in Verträgen der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten können wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung in den Einrichtungen nehmen. Besonders Zielvereinbarungen, die sich auf Art und Menge einzelner Leistungen beziehen – sogenannte Bonusregelungen –, können die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung über diese Leistungen gefährden" (Bundestagsdrucksache 17/12221, Seite 24).

Mit dem zunehmenden Betrieb von medizinischen Versorgungszentren durch Kapitalinvestoren ohne Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung ist die Gefahr für die Qualität der Versorgung in medizinischen Versorgungszentren durch Zielvereinbarungen mit deren ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten gestiegen. Dies macht eine entsprechende Regelung für diesen Bereich erforderlich.

Auch wenn die vom Gesetzgeber eingeführte Regelung in § 135c SGB V insbesondere hinsichtlich der reinen Veröffentlichungspflicht und fehlender weitergehender Sanktionsmöglichkeiten defizitär erscheint und verbessert werden sollte, orientiert sich die hier vorgeschlagene Regelung im Interesse gleichlautender Regelungen im Kern an dem für Zielvereinbarungen im Krankenhaus geltenden Recht. Ein Regelungsvorschlag zur Verbesserung des § 135c SGB V hängt von der Ausgestaltung der neuen Vergütungssystematik stationären Leistungen ab, zu dem vorerst nur politisch noch nicht konsentierte Eckpunkte vorliegen. Bei einer anzustrebenden Verbesserung von § 135c SGB V sollte dann auch die hier vorgeschlagene Regelung überarbeitet werden.

Da die Empfehlungen hier den vertragsärztlichen Bereich betreffen, sind die Empfehlungen im Gleichklang mit § 135c Absatz 1 Satz 2 SGB V von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abzugeben. Die medizinischen Versorgungszentren werden verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Empfänger der vorzulegenden Zielvereinbarungen sollen als Disziplinarbehörde die Möglichkeit erhalten, Disziplinarmaßnahmen gegenüber Trägern medizinischer Versorgungszentren zu ergreifen und so Anlass zur Anpassung der Zielvereinbarungen zu geben (vgl. Vorschlag zur Ergänzung des § 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V, Disziplinarmaßnahmen gegen medizinische Versorgungszentren). Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen zu prüfen, ob auch vor dem Hintergrund von Zielvereinbarungen gewährleistet ist, dass die in medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten. Ist dies nicht der Fall, ist die Zulassung zu entziehen (vgl. Vorschlag zu § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V, Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung freier ärztlicher Entscheidungen).

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 135b SGB V

…

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu Verträgen Zielvereinbarungen in Verträgen von medizinischen Versorgungszentren mit deren ärztlichen Leitern abzugeben. § 135c Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die medizinischen Versorgungszentren sind verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in ihren Veröffentlichungen nach Absatz 1 Satz 2 anzugeben, welche medizinischen Versorgungszentren sich bei Verträgen mit ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Satz 1 halten. Hält sich ein medizinisches Versorgungszentrum nicht an die Empfehlungen, hat die Kassenärztliche Vereinigung unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind, und den Zulassungsausschuss darüber zu informieren.“