

# Gesetzesinitiative MVZ

Stand: August 2020

## Vorwort

Die medizinische Leistungserbringung erlebt derzeit einen deutlichen Wandel. Die vormals durch Einzelpraxen geprägte ambulante Versorgungslandschaft wird zunehmend heterogen. Kooperative Strukturen ermöglichen alternative Arbeitskonzepte – allen voran die Anstellung, oft begleitet mit einer Reduzierung der Arbeitszeit. Gleichzeitig befördert der medizinische Fortschritt die Ambulantisierung, sodass eine Vielzahl von stationären Einrichtungen abgebaut bzw. bedarfsorientiert in ambulante Einrichtungen umgewandelt werden können.

Um die medizinische Versorgung perspektivisch weiterhin sicherzustellen, müssen die ärztlichen Ressourcen optimal eingesetzt werden. Neben einer sektorenübergreifenden Betrachtung ist es hierfür unabdingbar, die kooperativen Betriebsformen in den Fokus zu rücken. Die derzeitigen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung – zum Beispiel der Einheitliche Bewertungsmaßstab oder die Bedarfsplanung – fußen primär auf in Einzelpraxen selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte. Gleichzeitig führen unzureichend definierte Versorgungsaufträge dazu, dass getriggert durch Vergütungsunterschiede der Anteil operierender bzw. technisch orientierter Ärztinnen und Ärzte zulasten der konservativen Grundversorgenden wächst. Eine Spezialisierung kann dabei u. a. aus Qualitätsgesichtspunkten durchaus vorteilhaft sein, birgt jedoch das Risiko einer Mangelversorgung trotz ausreichender Ärztinnen- und Ärztedichte. Um tatsächliche Versorgungsbedarfe ermitteln und die ärztlichen Ressourcen entsprechend optimal einsetzen zu können, bedarf es allen voran einer geeigneten Datengrundlage. Die hier vorliegende „Gesetzesinitiative MVZ“ will die Vorteile der medizinischen Versorgungszentren ausweiten, die öffentlich kontrovers diskutierten Nachteile reduzieren und die Bedingungen für alle Leistungserbringer angleichen, um den Weg für eine effiziente, sektorenübergreifende medizinische Versorgung zu bereiten.

Zu den Vorteilen gehört allen voran, dass MVZ jungen Ärztinnen und Ärzte die gewünschten Lebens- und Arbeitsmodelle bieten, weswegen diese für sie oftmals der erste Zugang zur ambulanten Versorgung sind und somit eine echte Alternative zur Anstellung im Krankenhaus darstellen. Neben einer ausgeglichenen Work-Life-Balance zählt hierzu auch das kooperative, teamorientierte Arbeiten. Im Vergleich zu einer Praxisinhaberschaft ist eine Fokussierung auf die ärztliche Tätigkeit möglich – das finanzielle Risiko sowie die administrativen Aufgaben können abgegeben werden. Wie andere kooperative Formen eignen sich auch MVZ darüber hinaus für eine fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit und zur Stärkung der berufsgruppenübergreifenden Kooperation. Gerade bei sehr großen oder technischen Einrichtungen mit hohem Investitionsbedarf bietet diese Betriebsform die Möglichkeit der Finanzierung durch Investoren. Synergieeffekte und Prozessoptimierungen können u. a. zu wirtschaftlicheren Strukturen und verbesserter Versorgungsqualität führen. Darüber hinaus haben sie das Potential, über Satellitenpraxen oder mobile Angebote, die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen, dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten.

Leider kommen bisher nicht alle Vorteile zum Tragen. Es sind Entwicklungen erkennbar, die Nachbesserungsbedarf mit sich bringen. Der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (Drucksache 19/5386) vom Oktober 2018 ist zu entnehmen, dass MVZ nur in 14 % der Fälle in ländlichen Gemeinden gegründet werden. Dies korrespondiert teilweise mit den in MVZ angebotenen Fachrichtungen bzw. Leistungen, die häufig eine technische oder operative Ausrichtung haben. Für die Versorgung ist es durchaus gewünscht, dass Arztgruppen, die nur selten oder unregelmäßig aufgesucht werden und daher eine Vielzahl von unterschiedlichen Patienten versorgen, gut erreichbar und zentral verortet werden. Wünschenswert wären jedoch gerade auch grundversorgende MVZ – vor allem in ländlichen Räumen. Im Vergleich dazu sind die Renditeerwartungen in den technisch-operativen Bereichen jedoch deutlich höher, was u. a. an den zu realisierenden Skaleneffekten, der Bewertung dieser Leistungen aber

auch an vertikalen Unternehmensstrukturen bzw. wirtschaftlichen Verflechtungen von Produzenten, Zwischenhändlern<sup>1</sup> und Ärzten liegt.

Der selbigen Quelle ist zu entnehmen, dass die in den letzten Jahren gegründeten MVZ zum größten Teil fachgleich sind und damit die Vorteile der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht realisiert werden können. Wenn innerhalb einer Fachrichtung eine Konzentration auf die Erbringung besonders profitabler Leistungen erfolgt, geht dies zu Lasten der weniger profitablen, meistens konservativen Therapie. Das wird vor allem dann zu einem MVZ-Problem, wenn eine MVZ-Kette einen Planungsbereich dominiert. Also wenn vermehrt Zulassungen bzw. MVZ unter einer Trägerschaft zusammengefasst werden. Aufgrund der räumlichen Gebundenheit der Patienten kann ein Träger durch Konzentration eines großen Anteils von Zulassungen eines Planungsbereiches die Versorgung nach seinen Vorstellungen und wirtschaftlichen Interessen prägen. Dadurch werden das Versorgungsangebot und die Wahlfreiheit der Patienten beschränkt. Vor allem Private Equity Investoren verfolgen das Ziel, u. a. durch Zusammenführung von Zulassungen durch sogenannte Skaleneffekte die Profitabilität zu erhöhen und die MVZ-Kette anschließend gewinnbringend weiterzuverkaufen. Fusionskontrollen kommen hierbei aufgrund relativ hoher gesetzlicher Umsatzerlössschwellen (weltweit 500 Mio. Euro und im Inland mind. 25 Mio. Euro) regelhaft nicht zum Tragen.

Die letzte negative Entwicklung der nicht abschließenden Liste sind die intransparenten wirtschaftlichen Verflechtungen. Der Autor Rainer Bobbin hat den Gesundheitsmarkt analysiert (Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 4. Ausgabe, 18.01.2019). Im Ergebnis sollen zum Stand der Veröffentlichung 23 Krankenhäuser gekauft worden sein, um eine MVZ-Gründungsberechtigung zu erlangen. Die dahinterstehenden Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen sind oft nicht erkennbar. Damit kann der Patient mögliche Fehlanreize nicht absehen. Diese Markteintrittsbarriere bzw. die dadurch ausgelöste Umgehungsstrategie verhindert außerdem notwendige Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und setzt Fehlanreize zur Generierung stationärer Fälle.

Vor diesem Hintergrund werden folgende Gesetzesänderungen eingebracht:

1. Schaffung von Transparenz
2. Vermeidung marktbeherrschender Stellungen zur Erhalt der Vielfalt der Leistungserbringenden und freie Ärztinnen- und Arztwahl
3. Datengrundlage für die Bedarfsplanung und Zulassung
4. Garantierte Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit
5. Begrenzung der Ewigkeitsgarantie für angestellte Ärztinnen und Ärzte und MVZ
6. Barrierefreier, geregelter Zugang u. a. für Investoren

---

<sup>1</sup><https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/kontrastmittel-radiologen-netzwerk-verdacht-101.html>  
<https://www.northdata.de/Leßmann,+Winfried+Lothar,+Leichlingen/156p>

## Nr. 1 Schaffung von Transparenz

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert:

**a) Nach Absatz 2 Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:**

„<sup>7</sup>Dem Zulassungsausschuss sowie den am Verfahren beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sind die vollständigen Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen des Antragsstellers durch diesen offen zu legen.<sup>8</sup>Der Zulassungsausschuss kann Hinweise auf dem Praxisschild anordnen.“

**a) Nach Absatz 6 Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:**

„<sup>4</sup>Der Zulassungsausschuss ist berechtigt, die Voraussetzungen der Gründereigenschaften sowie die Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen jederzeit nachzuprüfen und die am Verfahren beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über seine Erkenntnisse zu informieren bzw. Stellungnahmen hierzu einzuholen. <sup>5</sup>Auf begründeten Antrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen oder der Ersatzkassen hat der Zulassungsausschuss eine entsprechende Prüfung vorzunehmen. <sup>6</sup>Der zugelassene Arzt, der ermächtigte Arzt, die ermächtigte Einrichtung oder das zugelassene medizinische Versorgungszentrum hat ihm die hierfür erforderlichen Unterlagen auf Anforderung innerhalb einer vom Zulassungsausschuss gesetzten angemessenen Frist zu übermitteln. <sup>7</sup>Diese dürfen an die am Verfahren Beteiligten übermittelt werden. <sup>8</sup>Der Zulassungsausschuss hat bei medizinischen Versorgungszentren die Voraussetzung der Gründereigenschaften regelmäßig zu überprüfen; erstmalig spätestens nach Ablauf von 5 Jahren ab Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums. <sup>9</sup>Der Zeitraum zwischen zwei Prüfungen darf 5 Jahre nicht überschreiten. <sup>10</sup>Kommt die Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Gründungsvoraussetzungen seit mehr als 6 Monaten nicht mehr vorliegen, so ist die Zulassung zu entziehen. <sup>11</sup>Das gleiche gilt, wenn die angeforderten Unterlagen auch nach zweiter Aufforderung nicht innerhalb von 6 Monaten übermittelt werden.

### B Stellungnahme

**a) Offenlegung der vollständigen Eigentümerstrukturen**

Der Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten wird abschließend in § 95 Absatz 1a SGB V benannt: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, anerkannte Praxisnetze, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende gemeinnützige Träger oder Kommunen. Um trotz fehlender MVZ-Gründungsberechtigung an der ambulanten Versorgung teilnehmen zu können, werden von Investoren Umgehungsstrategien angewandt. Der Autor Rainer Bobsin beschreibt diese u. a. in „Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland“ (4. Auflage, 18. Januar 2019). Beispielsweise werden Krankenhäuser oder nichtärztliche Dialyseleistungserbringer gekauft, die dann als Gründer eingesetzt werden. Deutlich versteckter laufen sogenannte Asset Deals ab. Hierbei werden Wirtschaftsgüter (z. B. Praxis, Geräte) einer Arztpraxis gekauft und an den vorherigen Eigentümer vermietet. Über Gewinnabführverträge wird sichergestellt, dass entsprechende Anteile der Gewinne beim Investor ankommen. Das Ergebnis sind in-

transparente wirtschaftliche Verflechtungen mit oft nicht bekannten Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen. Wie der Antwort der Bundesregierung (Drucksache 19/5386) auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Keller, weiter Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 19/4926) zu entnehmen ist, liegen der Bundesregierung ebenso keine Informationen über die Eigentumsverhältnisse von Medizinischen Versorgungszentren vor. Damit können beispielsweise die Zulassungsausschüsse, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und vor allem die Patienten mögliche Fehlanreize nicht erkennen. Auch eine Begrenzung von Marktmacht ist nicht möglich.

Um Transparenz bezüglich der Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen sowie bestehender Interessenkonflikte bzw. potenzieller Fehlanreize herzustellen, sind dem Zulassungsausschuss sowie den übrigen am Verfahren Beteiligten zukünftig die vollständigen Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen sowie vertragliche Verpflichtungen offenzulegen. Darunter sind auch weitere MVZ zu subsummieren. Damit auch den Patienten gegenüber die notwendige Transparenz gewahrt wird, kann der Zulassungsausschuss entscheiden, ob und in welcher Tiefe neben dem Namen des MVZ oder der Praxis ein Hinweis auf die Eigentümerstruktur auf dem Praxisschild angebracht werden muss.

Die Abgeordneten Dr. Achim Kessler u. a. und die Fraktion DIE LINKE reichten einen ähnlich lautenden Antrag ein (Drucksache 19/14372), der die Bundesregierung auffordert, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der ein möglichst weitgehend öffentlich zugängliches Register der an der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ einführt. Der Antrag sieht vor, dass das Register im BMG oder bei einer seitens des BMG benannten Bundesbehörde geführt wird. Ein Abgleich des Registers soll mit Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Anstelle einer Meldepflicht der MVZ-Betreiber gegenüber dem BMG soll – wie hier vorgeschlagen – die Erfassung im Rahmen der Zulassung erfolgen. Diese Daten können anschließend dem BMG aggregiert zur Verfügung gestellt werden.

Die gesetzliche Informations- und Weitergabebefugnis an die Mitglieder des Zulassungsausschusses ist aus Datenschutzgründen notwendig.

#### **b) Einführung eines Prüfrechts für Zulassungsausschüsse**

Nach § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V ist einem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht vorliegen. Da die hierfür notwendigen Informationen, wie beispielsweise eine Änderung der Gesellschafterstruktur, nicht vorliegen, kann der Zulassungsausschuss die Einhaltung dieser Regelung nicht prüfen. Daher bedarf es einer regelhaften Prüfpflicht, die auch eine Lieferung aller relevanten Informationen durch das MVZ beinhaltet. Die Prüfung kann mit begründetem Antrag und in regelmäßiger Turnus erfolgen. Die regelhaften Überprüfungen sollen spätestens in einem Abstand von 5 Jahren erfolgen. Damit nicht mit Inkrafttreten der Regelung bzw. nach 5 Jahren alle schon bestehenden MVZ gleichzeitig zu überprüfen sind, soll die erstmalige Prüfung spätestens in einem Abstand von 5 Jahren ab Zulassung des MVZ erfolgen. Eine Sanktionierung wird als notwendig erachtet. Die gesetzliche Informations- und Weitergabebefugnis an die Mitglieder des Zulassungsausschusses ist aus Datenschutzgründen notwendig.

## Nr. 2 Vermeidung marktbeherrschender Stellungen zum Erhalt der Vielfalt der Leistungserbringenden und freie Ärztinnen- und Arztwahl

### A Beabsichtigte Neuregelung

In § 95 SGB V wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„<sup>1</sup>Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder Einbringung einer Zulassung in ein medizinisches Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn das medizinische Versorgungszentrum oder eine Gesamtheit von medizinischen Versorgungszentren dadurch die Vielfalt der Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet. <sup>2</sup>Eine Gefährdung wird angenommen, wenn

1. ein oder mehrere medizinische Versorgungszentren unter gleicher Trägerschaft mehr als 40 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben,
2. drei oder weniger Träger von medizinischen Versorgungszentren zusammen mehr als 50 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben oder,
3. fünf oder weniger Träger von medizinischen Versorgungszentren zusammen mehr als zwei Drittel der Arztsitze der jeweiligen Arztgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben.

<sup>3</sup>Satz 2 gilt auch dann, wenn die Kriterien nicht von einem MVZ allein überschritten werden, sondern auch wenn mehrere MVZ deren Träger mehrheitlich im Eigentum ein und derselben natürlichen oder juristischen Person steht, überschritten werden. <sup>4</sup>Ausnahmen der Regelung sind für Gebiete, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, zulässig. <sup>5</sup>Satz 4 gilt ebenso für Arztgruppen in einem Planungsbereich mit nicht mehr als 10 möglichen Arztsitzen im Planungsbereich. <sup>6</sup>Für die Anzahl der Arztsitze einer Arztgruppe ist auf einen Versorgungsgrad von 110 Prozent abzustellen. <sup>7</sup>Medizinische Versorgungszentren, die am (einsetzen: Datum des Tages der Verkündung) bereits zugelassen waren, gelten in der entsprechenden Größe fort.“

### B Stellungnahme

Patienten im Allgemeinen und Vulnerable bzw. Mobilitätseingeschränkte im Besonderen sind räumlich stark begrenzt. Durch die große Häufung von Zulassungen und Anstellungen in einem MVZ bzw. unter einer Trägerschaft kann daher schnell die freie Arztwahl begrenzt und die gebotene Vielfalt der Leistungserbringer im Sinne von § 2 Absatz 3 SGB V gefährdet werden. Im äußersten Fall kann nur noch ein MVZ aufgesucht werden. Die Entscheidungsfreiheit gerade dieser Patientinnen und Patienten im Sinne einer freien Arztwahl wird dadurch erheblich eingeschränkt. Eine Auswahl nach bestimmten Kriterien wie bspw. Qualität der Leistungserbringung ist kaum mehr möglich. Einzelne Träger können die Versorgung nach ihren Vorstellungen und wirtschaftlichen Interessen prägen. Zudem wird das Recht auf unabhängige Zweitmeinung (§ 27b SGB V) erheblich eingeschränkt.

Fusionskontrollen gemäß dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) kommen aufgrund relativ hoher gesetzlicher Umsatzerlösschwellen (weltweit 500 Mio. Euro und im Inland mind. 25 Mio. Euro) regelhaft nicht zum Tragen. Deshalb wird eine zusätzliche begrenzende Regelung analog § 95 Absatz 1 b SGB V (ZahnMVZ) aufgenommen.

Bezugsgröße für die Beurteilung einer marktbeherrschenden Stellung im Sinne dieser Regelung ist der jeweilige Planungsbereich. Die Anzahl der erlaubten Zulassungen und Anstellungen unter einer Trägerschaft (verbundene Unternehmen) orientieren sich an den Grenzen, die das GWB vorgibt. Die Bezugsgröße (Gesamtzahl der Arztsitze einer Arztgruppe) stellt die Anzahl der Arztsitze dar, die sich bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ergeben.

In unversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen kann im begründeten Einzelfall von dieser Regelung abgewichen werden. Liegt die Anzahl der Arztsitze einer Arztgruppe, bezogen auf einen Versorgungsgrad von 110 Prozent, in einem Planungsbereich unter 10, kann ebenso von dieser Regelung abgewichen werden. Diese Öffnung ist notwendig, um auch in sehr kleinen Planungsbereichen die Betriebsform MVZ zu ermöglichen. Vor allem in Planungsbereichen mit vereinzelten Arztsitzen könnte mit einer einzigen Zulassung oder Anstellung die vorgegebene Grenze bereits überschritten werden. Bereits bestehende MVZ können in der entsprechenden Größe weiterbestehen.

Damit diese Regelung umgesetzt werden kann, müssen die MVZ bzw. die Träger, rechtlichen Eigentümer oder wirtschaftliche Berechtigte bekannt und systematisch erfasst sein.

## Nr. 3 Datengrundlage für die Bedarfsplanung und Zulassung

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 293 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) Hinter dem Wort „erhält“ wird das Wort „unverschlüsselt“ eingefügt.
  - bb) In Nr. 1 wird das Wort „Lebenslange“ den Wörtern „Arzt- oder Zahnarztnummer“ vorangestellt und das Wort „unverschlüsselt“ einschließlich der Klammern gestrichen.
  - cc) Nach der Nummer 8 werden die Nummern 9 bis 14 wie folgt gefasst und die Nummern 15 bis 21 ergänzt:
    - ”
    - 9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
    - 10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
    - 11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
    - 12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
    - 13. Beginn der Gültigkeit der lebenslangen Arzt- oder Zahnarztnummer,
    - 14. Ende der Gültigkeit der lebenslangen Arzt- oder Zahnarztnummer,
    - 15. Nummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung (Betriebsstätten- oder Nebenbetriebsstättennummer bzw. Abrechnungsnummer),
    - 16. Beginn der Gültigkeit der Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer bzw. Abrechnungsnummer,
    - 17. Ende der Gültigkeit der Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer bzw. Abrechnungsnummer,
    - 18. Beginn der Tätigkeit des Arztes oder Zahnarztes am jeweiligen Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
    - 19. Ende der Tätigkeit des Arztes oder Zahnarztes am jeweiligen Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
    - 20. Teilnahmehumfang je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
    - 21. Name der Praxis, des Medizinischen Versorgungszentrums oder der Einrichtung,
    - 22. bei Medizinischen Versorgungszentren den Namen und die lebenslange Arzt- oder Zahnarztnummer des ärztlichen oder zahnärztlichen Leiters.
    - 23. bei Medizinischen Versorgungszentren den Namen des Trägers, die bundeseinheitliche Trägernummer, die Trägerart (freigemeinnützig, öffentlich, privat), Rechtsform sowie Angabe der wirtschaftlich Berechtigten.

<sup>3</sup>Soweit die vertragsärztliche Tätigkeit an mehreren Orten ausgeübt wird, sind die Angaben nach Satz 2 Nr. 9 bis 12 und Nr. 15 für jeden dieser Orte zu anzugeben.“

- b) In Absatz 4 Satz 6 wird „31. März 2004“ durch „[Einsetzen: Datum Ende Quartal ein Jahr nach Beschlussfassung]“ ersetzt.
- c) Absatz 4 Satz 7 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„<sup>7</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung. <sup>8</sup>Das Verzeichnis dient insbesondere der Planung und Steuerung der Versorgung sowie der Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit. <sup>9</sup>Hierfür kann

das Verzeichnis zweckgebunden mit Abrechnungsdaten sowie dem Verzeichnis nach Absatz 6 verknüpft werden.<sup>10</sup> Wirtschaftlich Berechtigte nach Nr. 23 umfassen alle Berechtigten gemäß § 3 Geldwäschegegesetz.<sup>11</sup> Die Angaben sollen Verflechtungen transparent machen.<sup>12</sup> Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen.<sup>13</sup> Näheres zu Form und Inhalt des Verzeichnisses sowie über die einheitliche Systematik der verwendeten Kennzeichen und Nummern, die eine Kompatibilität sicherstellen, vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jeweils einvernehmlich mit dem Spaltenverband Bund.“

## B Stellungnahme

a) Für die Planung der ärztlichen Ressourcen und zur Vermeidung marktbeherrschender Stellungen bedarf es einer geeigneten Datengrundlage. Alle Leistungserbringenden sowie deren Tätigkeitsumfang (zeitlich, inhaltlich), deren Tätigkeitsorte inkl. die dahinterstehenden Träger und deren Verknüpfungen mit- und untereinander müssen bundeseinheitlich und sektorübergreifend erfasst werden. Die bisherigen Daten nach § 293 SGB V sind hierfür nur bedingt geeignet. Zum einen bilden die Angaben die zunehmend kooperativen und flexiblen Berufsausübungsformen nicht adäquat ab. Für jeden Arzt und jede Ärztin sind alle Tätigkeitsorte inklusive den entsprechenden Beginn- und Endzeiten zu erfassen. Bei Medizinischen Versorgungszentren sind zusätzlich der Name und die lebenslange Arzt- oder Zahnarztnummer des ärztlichen oder zahnärztlichen Leiters, der Name des Trägers, die bundeseinheitliche Trägernummer, die Trägerart (freigemeinnützig, öffentlich, privat), die Rechtsform sowie die wirtschaftlich Berechtigten erfasst. Dies soll Transparenz über die (wirtschaftlichen) Verflechtungen herstellen und die Trägervielfalt sowie die freie Arztwahl sicherstellen. Um Verknüpfungen zwischen Trägern abbilden zu können, können weitere Ebenen ergänzt bzw. rechtlich eigenständige Organisationen bzw. Gesellschaften zusammengefasst werden. Die Systematik wird bundeseinheitlich vorgegeben. Neben der Trägerschaft sind die rechtlichen Eigentümer, wirtschaftliche Berechtigte gemäß § 3 Geldwäschegegesetz sowie weitere Beteiligungen zu erfassen.

b) Mit der Änderung wird eine angemessene Umsetzungsfrist eingeführt. Bis zur Verfügungstellung des aktualisierten Verzeichnisses, ist das Verzeichnis in der bisher gültigen Form auszuliefern.

c) Der Verwendungszweck des Verzeichnisses ist derzeit stark eingeschränkt. Zukünftig sollen die Daten neben der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit auch für die Planung und Steuerung der Versorgung verwendet werden können. Hierfür kann das Verzeichnis mit Abrechnungs- oder Krankenhausdaten verknüpft werden. Dies ist unter anderem notwendig, um Unterschiede im erbrachten Leistungsspektrum sichtbar zu machen: Beispielsweise werden Zulassungen derzeit lediglich entsprechend der Arztgruppen vergeben. Die inhaltliche und umfängliche Ausgestaltung obliegt weitestgehend dem Arzt oder der Ärztin. Um eine freigewordene Zulassung ideal nachzubesetzen (vgl. § 103 Abs. 3a Satz 5 Nr. 7 SGB V), sollte das bereits angebotene Leistungsspektrum mit dem Bedarf abgeglichen werden können.

Auch Auswertungen nach Betriebsform sollten ermöglicht werden. Dadurch können z. B. die Vorbehalte, die gegenüber investorenbetriebenen Einrichtungen bestehen, untersucht werden. Hierfür ist neben der Erfassung der Trägernummer auch das Kennzeichen Trägerart und die Rechtsform notwendig. Darüber hinaus sind die wirtschaftlich Berechtigten zu erfassen. Diese Informationen sind auch an das Bundeskartellamt zu übermitteln. Für Krankenhäuser

und deren Ambulanzen werden gemäß § 293 Abs. 6 SGB V Angaben zur Trägerschaft erfasst. Näheres zu Form und Inhalt des Verzeichnisses vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jeweils einvernehmlich mit dem Spitzenverband Bund.

## Nr. 4 Garantierte Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) wird wie folgt geändert:

a) An § 20 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„<sup>3</sup>Satz 2 gilt nicht, wenn der der Tätigkeit im Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrundeliegende Vertrag den in § 32b Abs. 2 und 3 für die Anstellung eines Arztes in der Vertragsarztpraxis geltenden Grundsätzen widerspricht. Der der Tätigkeit nach Satz 2 zugrundeliegende Vertrag einschließlich aller Nebenvereinbarungen ist dem Zulassungsausschuss bei Antragsstellung sowie auf dessen Verlangen vorzulegen.“

b) Nach § 32b Absatz 2 Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt:

„<sup>5</sup>Die Genehmigung ist zu versagen soweit und solange Vertragsärzte sowie ihre Angestellten Zielvereinbarungen geschlossen haben, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. <sup>6</sup>Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen muss auch im Anstellungsverhältnis zu jedem Zeitpunkt gewahrt bleiben. <sup>7</sup>Die Verträge sowie die Erklärung der zuständigen Ärztekammer gemäß § 24 (Muster-)Berufsordnung sind bei Antragstellung zusammen mit einer Eigenerklärung vorzulegen.“

c) Nach § 32b Absatz 3 Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„<sup>2</sup>Vertragsärzte sowie ihre Angestellten verstößen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten, wenn Zielvereinbarungen geschlossen werden, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. <sup>3</sup>Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen muss auch im Anstellungsverhältnis zu jedem Zeitpunkt gewahrt bleiben. <sup>4</sup>Die Verträge sowie die Erklärung der zuständigen Ärztekammer gemäß § 24 (Muster-)Berufsordnung sind auf Verlangen der Zulassungsinstanzen vorzulegen. <sup>5</sup>Die Nichtvorlage aktueller oder zukünftiger Zielvereinbarungen stellt eine gröbliche Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten dar.“

### B Stellungnahme

a) Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen ist – insbesondere mit Blick auf den Patientenschutz – in allen Versorgungsebenen und -formen sicherzustellen. Vor allem aufgrund des in der Öffentlichkeit wahrnehmbaren Misstrauens gegenüber medizinischen Einrichtungen in Investorenhand ist es wichtig, die Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit zu garantieren. Sie darf insoweit auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis nicht durch die Vergütung beeinträchtigt werden. Dies gilt insbesondere für variable Vergütungsanteile. Dieser Grundsatz ist schon in den Berufsordnungen der Bundes-/Landesärztekammer(n) normiert. Mit Blick auf die vertragsärztlichen Pflichten finden sich entsprechende Regelungen bisher nur in § 128 Abs. 5a SGB V. Auch bei weiteren Tätigkeiten (Nebentätigkeiten) im Sinne des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV ist dieser Grundsatz umzusetzen, weswegen ein entsprechender Verweis ergänzt wird. Einer Zulassung als Vertragsarzt steht damit weiterhin jede ärztliche Tätigkeit entgegen, die ihrem Wesen nach nicht mit der Tätigkeit als Vertragsarzt am Vertragsarztsitz vereinbar ist (Satz 1). Eine grundsätzlich erlaubte Tätigkeit (bspw. als angestellter Arzt in einem Krankenhaus) nach Satz 2 steht einer Zulassung dann entgegen, wenn dieser Tätigkeit

Vereinbarungen zugrunde liegen, die auch die Genehmigung einer Anstellung nach § 32b SGB V ausschließen. So stünde beispielsweise eine Zielvereinbarung, die dem Arzt einen Bonus für eine bestimmte Mindestzahl an bestimmten Operationen gewährt, einer Zulassung entgegen. Die der Tätigkeit nach Satz 2 zugrundeliegenden Verträge sind bei Antragstellung sowie später auf Verlangen dem Zulassungsausschuss vorzulegen. Der Zulassungsausschuss hat damit die Möglichkeit regelmäßig zu überprüfen, ob die Verträge noch den Vorgaben rechtfertigen oder aber einer Tätigkeit als Vertragsarzt widersprechen.

- b) Nach § 32b Absatz 2 Ärzte-ZV bedarf eine Anstellung der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Durch die Ergänzung der Sätze 5 - 7 wird klargestellt, dass die Genehmigung zu versagen ist, wenn die Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit nicht gewährleistet ist. Für die Überprüfung sind die Arbeitsverträge sowie die Erklärung der zuständigen Ärztekammer gemäß § 24 (Muster-)Berufsordnung sowie eine Eigenerklärung vorzulegen.
- c) Durch die Einführung der Sätze 2 bis 5 in § 32b Absatz 3 Ärzte-ZV wird ausdrücklich klar gestellt, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen. Dies gilt sowohl für den Vertragsarzt/das MVZ (als Arbeitgeber) wie auch für den angestellten Arzt. Ein Anstellungsverhältnis, dessen Vergütung auch auf nicht zulässige Zielvereinbarungen ausgelegt ist, ist nicht genehmigungsfähig. Verstöße sind disziplinarisch durch Kassenärztliche Vereinigungen und/oder gemäß § 95 Absatz 6 SGB V zu ahnden.

## Nr. 5 Begrenzung der Ewigkeitsgarantie für angestellte Ärztinnen und Ärzte und MVZ

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 6 Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

„<sup>6</sup>Unbeschadet des Weiterbestehens der Gründungsvoraussetzungen ist bei Ausscheiden eines der Gründungsgesellschafter zu prüfen, ob die Versorgungsnotwendigkeit weiterhin besteht. <sup>7</sup>§ 103 Abs. 3a Sätze 7 und 9 - 14 gilt entsprechend.“

§ 103 wird wie folgt geändert:

- b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird aufgehoben.

bb) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„<sup>5</sup>Medizinischen Versorgungszentren ist auf Antrag die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Anstellung ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

- c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird aufgehoben.

bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„<sup>5</sup>Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Absatz 9 Satz 1 angestellten Arztes ist auf Antrag möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Anstellung ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

### B Stellungnahme

#### a) Begrenzung der Ewigkeitsgarantie für MVZ

Der Gesetzgeber legte im Rahmen des TSVG mit der Einführung des Absatz 6 Satz 5 fest, dass die Gründungsvoraussetzungen für MVZ weiterhin vorliegen, soweit angestellte Ärzte die Ge-sellschafteranteile der vorher dort tätigen Ärzte übernehmen und solange die vormals ange-stellten Ärzte in dem MVZ tätig sind. Damit wollte der Gesetzgeber entgegenwirken, dass die Zulassung entzogen wird, wenn Gründungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind, weil beispielsweise die Gründer (etwa altersbedingt) ausscheiden. Die Regelung ermöglicht nun einen Weiterbetrieb, wenn sich im Rahmen des MVZ tätige Ärzte für eine Weiterarbeit ent-scheiden. Mit dieser Regelung ist jedoch eine unbeschränkte Verstetigung der ambulanten Leistungserbringung durch das MVZ verbunden. Um Fehlversorgung korrigieren zu können und gleiche Voraussetzungen für alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungser-bringer zu etablieren, ist diese Regelung um eine Prüfung auf Versorgungsnotwendigkeit zu

ergänzen. Die Bedarfsprüfung ist entsprechend § 103 Absatz 3a durchzuführen. Dabei besteht auch die Möglichkeit einer teilweisen Weiterführung des MVZ.

#### **a) und c) Begrenzung der Ewigkeitsgarantie für angestellten Stellen**

Gemäß derzeitigen Regelungen kann die Stelle eines angestellten Arztes nachbesetzt werden, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Eine Prüfung auf Versorgungsnotwendigkeit ist im Gegensatz zu einem frei werdenden Vertragsarztsitz nicht vorgesehen. Damit verstetigen sich einmal genehmigte Angestelltenstellen. Ohne Überprüfungs- und Anpassungsmöglichkeit können die benötigten Ärzte nicht optimal verteilt werden. Überversorgung kann nicht abgebaut werden und die Fehlversorgung zu Lasten ländlicher Regionen verstärkt sich. Vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl angestellter Ärzte in der ambulanten Versorgung ist die Nachbesetzung von Angestelltenstellen auf ein sachgerechtes Maß zu beschränken. Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsärzten ist die Nachbesetzung einer Arztstelle zwar auch künftig trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen möglich. Jedoch muss ein Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle gestellt werden. Ebenso wie bei Anträgen auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes hat der Zulassungsausschuss nunmehr auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung zu prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Kommt er zu dem Ergebnis, dass eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, kann er den Antrag ablehnen.

Die Regelung sieht vor, dass der Zulassungsausschuss lediglich über das „ob“ nicht hingegen auch über das „wie“ der Nachbesetzung zu entscheiden hat. Dadurch wird sichergestellt, dass das medizinische Versorgungszentrum bzw. die anstellende Ärztin bzw. der anstellende Arzt die angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

Durch die erzielte Vereinheitlichung der Dauer der Zulassungen nähert sich auch der finanzielle Wert einer Zulassung an. Der Einzelarzt hat beim Erwerb seiner Zulassung hierauf bezogen keinen Nachteil mehr gegenüber einem medizinischen Versorgungszentrum, welches eine einmal erworbene Zulassung bisher unendlich nachbesetzen kann.

## Nr. 6 Barrierefreier, geregelter Zugang u. a. für Investoren

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1a Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„<sup>3</sup>Träger ohne Gründungsberechtigung nach Satz 1 können in Gebieten, in denen der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine Unterversorgung oder in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung festgestellt hat, für Ärzte der betroffenen Arztgruppe medizinische Versorgungszentren gründen. <sup>4</sup>Die Zulassung ist an die Arztgruppe und den Ort der Niederlassung gebunden. <sup>5</sup>Auch bei späterem Wegfall dieser Feststellung bleiben die Gründungsvoraussetzungen erhalten. <sup>6</sup>Der Zulassungsausschuss kann das medizinische Versorgungszentrum nach Satz 3 verpflichten, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen.“

### B Stellungnahme

Gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Der Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten wird abschließend in § 95 Absatz 1a SGB V benannt: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, anerkannte Praxisnetze, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende gemeinnützige Träger oder Kommunen. Um trotz fehlender MVZ-Gründungsberechtigung an der ambulanten Versorgung teilnehmen zu können, werden von Investoren mitunter Umgehungsstrategien angewandt. Der Autor Rainer Bobsin beschreibt diese u. a. in „Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland“ (4. Auflage, 18. Januar 2019). Beispielsweise werden Krankenhäuser oder nichtärztliche Dialyseleistungserbringer gekauft, die dann als Gründer eingesetzt werden. Deutlich versteckter laufen sogenannte Asset Deals ab. Hierbei werden Wirtschaftsgüter (z. B. Praxis, Geräte) einer Arztpraxis gekauft und an den vorherigen Eigentümer vermietet. Über Gewinnabführverträge wird sichergestellt, dass entsprechende Anteile der Gewinne beim Investor ankommen. Bobsin nennt zahlreiche Gründe, die so einen Aufwand rechtfertigen. Allen voran die hohen Renditen, vor allem in Zeiten weltweiter Niedrigzinspolitik, die sich durch synergistische Effekt beim Kauf von Produzenten und Dienstleistern (z. B. onkologische Praxen und Hersteller patientenindividueller Zyostatika oder Zahn-MVZ und Dentallabore) sowie durch Internationalisierung der Konzerne weiter steigern lassen. Die stabile Wirtschaftslage in Deutschland und die sichere Refinanzierung im Gesundheitssystem versprechen ein geringes Risiko. Zusätzlich ist die ambulante Versorgung beispielsweise dank der zu erwartenden demografischen Entwicklung oder der steigenden Nachfrage nach privat zu zahlender Dienstleistungen ein wachsender Markt.

Die gewählten Umgehungsstrategien zeigen, dass der begrenzte Gründerkreis zwar eine Markteintrittsbarriere darstellt, diese jedoch von Investoren überwunden wird. Die dabei gewählten Zugangswege bringen Nachteile mit sich. Neben der großen Intransparenz – vor allem bezogen auf integrierte Strukturen – verhindert der Kauf von Krankenhäusern außerdem notwendige Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und setzt Fehlanreize zur Generierung stationärer Fälle. Außerdem verteuern sie den Markteintritt und machen ggf. MVZ in ländlichen Regionen unattraktiv.

Mit der Gesetzesänderung soll ein barrierefreier, geregelter Zugang für Investoren geschaffen werden. Dabei müssen die unter den Nr. 1 – 5 aufgeführten Anforderungen zwingend er-

füllt werden. Zusätzlich gelten besondere Bedingungen: eine Gründung ist nur in unverversorgten oder drohend unversorgten Planungsbereichen möglich. Entfällt die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung, bleibt die Gründungsvoraussetzung dennoch erhalten. Die Gründungsvoraussetzung entfällt jedoch, wenn Ärztinnen und Ärzte der Arztgruppe, die zur Gründung des MVZ berechtigten, länger als sechs Monate nicht mehr im MVZ tätig sind. Um eine einseitige Ausprägung des Versorgungsspektrums zu vermeiden, kann der Zulassungsausschuss das MVZ verpflichten, besondere Versorgungsbedürfnisse zu definieren und die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich das MVZ zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet. Ein besonderes Versorgungsbedürfnis kann Vorgaben bezüglich Leistungsangebot, -umfang und –ort beinhalten.

**AOK-Bundesverband – Die Gesundheitskasse**  
Geschäftsleitungseinheit Versorgung  
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

Stand: August 2020