

Anlage

Entscheidung des Bundesrates „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“

Seit Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2004 haben sich diese dynamisch entwickelt und übernehmen einen stetig wachsenden Versorgungsanteil.

Das rasante Wachstum von MVZ birgt dabei generell das Risiko von Konzentrationsprozessen. Im Hinblick auf das Wachstum von investorengetragenen MVZ (iMVZ) bestehen darüber hinaus weitere Risiken, insbesondere für eine flächendeckende, umfassende Versorgung. So verlagern Investoren die Versorgungskapazitäten tendenziell in lukrative Ballungsgebiete und legen einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatzsteigernde Leistungen, weshalb zu befürchten ist, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird.

Um diese Risiken für die Versorgung abzuwenden und auch weiterhin eine ausgewogene und plurale Versorgungslandschaft aller im SGB V zugelassenen Leistungserbringer ohne eine Diskriminierung bestimmter Versorgungsformen zu erhalten, bedarf es einer Neujustierung der Rahmenbedingungen für die Gründung und den Betrieb von MVZ durch den Bundesgesetzgeber.

Nachdem die ambulante medizinische Versorgung vermehrt auch in kommunalen MVZ gesichert werden soll, sind zudem – unabhängig von den hier erforderlichen Neujustierungen der generellen Rahmenbedingungen – vereinfachte Tätigkeitsmöglichkeiten für Kommunen als Betreiber von MVZ zu fordern.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, folgende Maßnahmen umzusetzen:

1. Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxisschild, inklusive der Angabe der Rechtsform (MVZ-Schilderpflicht).
2. Einführung eines gesonderten MVZ-Registers, in dem auch die nachgelagerten Inhaberstrukturen offenzulegen sind, und Schaffung einer Verpflichtung zur Eintragung in das Register als Zulassungsvoraussetzung für MVZ. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden als registerführende Stellen bestimmt. Die nachgelagerten Inhaberstrukturen sind der Öffentlichkeit gegenüber durch geeignete Einsichtsrechte in das MVZ-Register offenzulegen. Hierfür werden das SGB V sowie die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte entsprechend geändert.
3. Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für (zahn-)ärztliche MVZ. In räumlicher Hinsicht sollte eine Beschränkung auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen, normiert werden. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind jeweils Ausnahmen vorzusehen.
4. Begrenzung des Versorgungsanteils für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich bei Hausärzten auf maximal 25 Prozent, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind Ausnahmen vorzusehen. Das gleiche gilt, wenn der zuständige Zulassungsausschuss einen besonderen Versorgungsbedarf feststellt. Bezogen auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Versorgungsanteil für von einem Träger gegründete ärztliche MVZ bei der hausärztlichen Versorgung auf 5 Prozent und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf 10 Prozent zu begrenzen.
5. Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbs für MVZ im Wege des Zulassungsverzichts gemäß § 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V.

6. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 SGB V.
7. Schaffung der gesetzlichen Grundlagen dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen, die Eigeneinrichtungen gemäß § 105 SGB V betreiben, das Recht erhalten, in diesem Zusammenhang Zulassungen zu erhalten, unter der Maßgabe, dass die Vertragsarztsitze nachfolgend an die dort tätigen angestellten Ärzte zur selbstständigen Niederlassung übertragen werden.
8. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie Stärkung der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung gegen sachfremde Einflussnahme durch Einführung entsprechender Kontrollmechanismen:
 - a) Besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz zugunsten der ärztlichen Leitung.
 - b) Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben hierfür Empfehlungen zu erarbeiten.
 - c) Vorgabe des Tätigkeitsumfangs für die ärztliche Leitung in Höhe eines vollen Versorgungsauftrags bei mindestens fünf vollzeitäquivalenten Stellen im jeweiligen MVZ.
9. Regelung im SGB V, dass Disziplinarmaßnahmen künftig auch gegen MVZ verhängt werden können und nicht nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang ist zudem klarzustellen, dass auch MVZ die Zulassung zu entziehen ist, wenn das MVZ durch entsprechende Maßnahmen nicht sicherstellt, dass MVZ-Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen.

Begründung:

Zu Nummer 1 und 2:

Sowohl für Patientinnen und Patienten, als auch für die institutionellen Akteure des Gesundheitswesens ist es kaum möglich, die hinter den MVZ stehenden wirtschaftlich Beteiligten ohne größeren Aufwand zu identifizieren. Dies wäre

jedoch Grundvoraussetzung, damit Patientinnen und Patienten eine informierte, freie (Zahn-)Arztwahl treffen und die institutionellen Akteure wie Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen die Herausbildung monopolartiger Strukturen und etwaige Gefahren für die Qualität und Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erkennen und diesen entgegenwirken können.

Zu Nummer 2:

Zur Herstellung einer ausreichenden Transparenz in einem gesonderten MVZ-Register über die nachgelagerten Inhaberstrukturen kann beispielsweise auf den „wirtschaftlich Berechtigten“ nach § 3 Geldwäschegesetz und auf die Daten des Transparenzregisters abgestellt werden. Damit wird sichergestellt, dass hiermit keine nur MVZ betreffende Sonderregelung geschaffen wird.

Zu Nummer 3:

Durch die gesetzliche Implementierung eines räumlichen Bezugs in Form einer Beschränkung der Gründungsbefugnis auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen, wird der ursprünglich verfolgte Zweck beziehungsweise die Vorteile von (zahn-)ärztlichen MVZ, die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, wieder mehr in den Vordergrund gerückt.

Danach dürfen MVZ nur in denjenigen arztgruppenbezogenen Planungsbereichen gegründet werden, die sich ganz oder teilweise innerhalb eines 50-km-Radius vom Träger-Krankenhaus befinden. Der 50-km-Radius (7 800 km²) entspricht ungefähr der Fläche von drei bis vier größeren Landkreisen in Deutschland.

Zu Nummer 4:

Eine Begrenzung des Versorgungsanteils von ärztlichen MVZ dient neben der Unterbindung von Konzentrationsprozessen und Monopolisierungstendenzen auch der Schaffung eines Gleichlaufs zu zahnärztlichen MVZ, wo bereits mit § 95 Absatz 1b SGB V eine Parallelregelung existiert.

Durch die angestrebte gesetzliche Neuregelung wird die Gründungsbefugnis eines Trägers für ärztliche MVZ bei Hausärzten auf 25 Prozent und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe begrenzt. In einem Planungsbereich könnten daher mehrere Krankenhäuser MVZ betreiben, deren gemeinsamer Versorgungsanteil auch über diesen Höchstversorgungsanteilen liegt. Die Anbietervielfalt bleibt erhalten und wird so garantiert. Bereits bestehende MVZ werden von dieser Regelung nicht erfasst. Bei der Ausgestaltung – auch mit Blick auf den relevanten Zeitpunkt – wird empfohlen, sich an der Regelung in § 95 Absatz 1b SGB V zu orientieren.

Das gegenüber dem zahnärztlichen Bereich (10 Prozent) erhöhte Quorum ist erforderlich, da MVZ im Bereich der ärztlichen Versorgung häufiger auftreten als im zahnärztlichen Bereich und so ihre Vorteile zur Stärkung der Versorgungsstruktur, etwa als Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, besser zum Einsatz bringen können.

Um unerwünschte Monopolstellungen zu verhindern, sind auch Höchstversorgungsanteile für den jeweiligen gesamten KV-Bezirk festzulegen und nicht nur für den Planungsbereich, in welchem die Niederlassung stattfinden soll. Diese sind für von einem Träger gegründete ärztliche MVZ bei der hausärztlichen Versorgung auf 5 Prozent und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf 10 Prozent festzulegen

Für drohend unterversorgte und unterversorgte Planungsbereiche ist aus Gründen der Versorgungssicherheit sowohl bei Nummer 3 als auch bei Nummer 4 eine Ausnahme vorzusehen.

Zu Nummer 5:

Der Arztstellenerwerb eines (zahn-)ärztlichen MVZ in einem gesperrten Planungsbereich über den Weg des Zulassungsverzichts nach Maßgabe von § 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V benachteiligt niederlassungswillige Ärzte, die als Freiberufler an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Denn es findet keine Bewerberauswahl statt, wenn der Vertragsarzt, der künftig als angestellter Arzt in einem (zahn-)ärztlichen MVZ tätig werden will, seinen Verzicht erklärt und das (zahn-)ärztliche MVZ eine Anstellungsgenehmigung beantragt. Insoweit besteht ein Rechtsanspruch des (zahn-)ärztlichen MVZ auf Zulassung, es sei denn, es stehen im jeweiligen Einzelfall besondere Gründe entgegen. Der Weg über den Zulassungsverzicht wird daher vermutlich oftmals gezielt gewählt, um sich nicht einem regulären Bewerberverfahren stellen zu müssen.

Zu Nummer 6:

Mit der sogenannten „Konzeptbewerbung“ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) wurde ein besonderes Kriterium geschaffen, auf das ausschließlich MVZ, nicht hingegen auch die übrigen vertragsärztlichen Leistungserbringer, die Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren allein stützen können. Hierdurch besteht insoweit auch die Gefahr, dass sich (zahn-)ärztliche MVZ mit „Scheinkonzepten“ durchsetzen, welche sie später nicht umsetzen (können). Zudem hat das BSG (Urteil v. 14. Mai 2019, Az.: B 6 KA 5/18 R) ohnehin entschieden, dass die Konzeptbewerbung eines (zahn-)ärztlichen MVZ derzeit noch nicht berücksichtigungsfähig ist. Ein (zahn-)ärztliches MVZ würde mit dem Zuschlag für ein bloßes Versorgungskonzept eine "arztlose Anstellungsgenehmigung" erhalten, was weder im Gesetz noch in den Zulassungsverordnungen vorgesehen sei.

Zu Nummer 7:

Die Schaffung gesetzlicher Grundlagen dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen, die Eigeneinrichtungen gemäß § 105 SGB V betreiben, das Recht erhalten, dient in diesem Zusammenhang neben der Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigungen der umfassenden Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Einrichtungen erfolgt derzeit noch ohne den Erhalt einer Zulassung hierfür. Ein Übergang von der Anstellung in einer Eigeneinrichtung in die Niederlassung ist gesetzlich bisher nicht geregelt. Der Erwerb, der Erhalt und die

Herauslösung von Vertragsarztsitzen ist notwendig, da eine Überführung einer Angestelltentätigkeit in die eigene Niederlassung nur dann gelingen kann, wenn ein Vertragsarztsitz vorhanden ist. Insofern reicht es nicht, wenn Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen unter dem Rechtsrahmen des § 105 SGB V Ärzte anstellen können, vielmehr bedarf es auch einer zulassungsrechtlichen Absicherung.

Zu Nummer 8:

Die Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Schutzvorschriften sowie der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung gegen sachfremde Einflussnahme dient der Sicherstellung der ärztlichen Unabhängigkeit im MVZ und somit der Verhinderung des Einflusses von Kapitalinteressen auf die ärztliche Berufsausübung.

Durch die aufgeführten Maßnahmen (besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz, Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, Vorgaben zum Tätigkeitsumfang) kann verhindert werden, dass sachfremde Erwägungen, etwa eine Renditeorientierung, durch den Träger/Betreiber des MVZ in den Prozess der ärztlichen Entscheidungsfindung einfließen, was wiederum die Qualität der medizinischen Versorgung sicherstellt.

Zu Nummer 9:

Derzeit können Disziplinarmaßnahmen nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verhängt werden, nicht indes gegen MVZ. Eine solche Ungleichbehandlung ist im Hinblick auf die vergleichbare Rolle von MVZ in der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung nicht zu rechtfertigen.