

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221 – Grundsatzfragen der GKV
Till-Christian Hiddemann
Rochusstrasse 1
53123 Bonn
E-Mail: 221@bmg.bund.de

29.04.2024

Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Sehr geehrter Herr Hiddemann,

im Namen des Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) übermittle ich Ihnen unsere Stellungnahme zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

Bitte melden Sie sich im Falle von Rückfragen gerne bei uns.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink that reads 'A. Gutwein'.

Alexandra Gutwein
Geschäftsführerin BBMV e.V.

Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

I. Vorbemerkung

Die Ziele und Ansätze des vorliegenden Gesetzentwurfs werden seitens des BBMV in mehrerer Hinsicht begrüßt und unterstützt. Die zentrale Grundidee einer verstärkt auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist der richtige Weg, auch wenn über Umsetzung und Detailvorgehen stets immer wieder auf Basis sachgerechter Evaluationen neu nachgedacht werden sollte. Die zentrale Herausforderung wird gerade in unterversorgten Regionen darin liegen, die knappe Ressource Arzt auch dort verfügbar zu machen, ggf. auch unter verstärkter Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten. Im Rahmen der Selbstverwaltung muss dieser Weg gemeinsam und nach demokratischen sowie rechtsstaatlichen Grundsätzen mit allen Beteiligten gemeinsam verfolgt werden. Dies verlangt nach adäquater Abbildung aller Interessengruppen in den jeweiligen Entscheidungs- und Mitbestimmungsgremien der Selbstverwaltung und nach verfassungsmäßiger Berücksichtigung aller Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nehmen nach § 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teil (BSG, Urteil vom 12.02.2020, Az: B 6 KA 1/19 = MedR 2020, 1039, 1043) und sind bedeutsamer Baustein der in Deutschland strukturierten ambulanten Gesundheitsversorgung. Ungeachtet wiederholt aufkommender Versuche in der Öffentlichkeit, diese Einrichtungsform ein Stück weit zu diskreditieren, lässt sich heute im Kreis fachlicher Expertinnen und Experten nicht vernunftgeleitet leugnen, dass MVZ eine tragende Rolle bei der Erbringung (fach-)medizinischer Leistungen spielen, bedeutsame Investitionen zu Gunsten hochqualitativer Gesundheitsversorgung leisten, einen stabilen Anlaufpunkt für die Ärzteschaft bieten, die bewusst das Anstellungsverhältnis in einer modernen und qualitativ hochwertigen Praxisumgebung sucht (Neubauer/Minartz/Niedermeier, IFG-Gutachten, 2020, S. 31), um nicht zuletzt von Verwaltungsaufgaben befreit sich auf die Medizin konzentrieren zu können, was gerade den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt, und schlussendlich auch Vertragsärztinnen und -ärzten die Möglichkeit bieten, unter Einbringung ihres Vertragsarztsitzes Übergaben an

anderes Leitungs- und Führungspersonal sowie in die nächste Generation zu gewährleisten. Das GVSG mit seinen Zielen und Herangehensweisen insbesondere auch mit Blick auf die Optimierungsansätze im Bereich von Mitsprachemöglichkeiten in der Selbstverwaltung böte die sachgerechte Gelegenheit, die bestehende systemwidrige Schlechterstellung von MVZ innerhalb der Selbstverwaltung zu negieren und zugleich mit den vom Bundessozialgericht geschaffenen Missverständnissen aus jüngerer Zeit (BSG, Urteil vom 26.01.2022, Az.: B 6 KA 2/21 R = NZS 2023, 22) aufzuräumen und damit massive Missstände zu beseitigen, an deren Fortbestand von keiner Seite im Gesundheitswesen schutzwürdiges Interesse bestehen kann. Dies vorausgeschickt, möchten wir folgende Aspekte hervorheben:

II. Konkrete Positionierung zu Inhalten des GVSG

1. Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung

Der BBMV begrüßt die Stärkung der Allgemeinmediziner und der damit verbundenen hausarztzentrierten Versorgung. Sowohl die Endbudgetierung als auch die Vorhaltepauschalen und Zusätze für den Chronikerbereich sind sinnvoll, um patientengerecht die erste Anlaufstelle für alle Fragen und Sorgen auf das Hausarztwesen zu konzentrieren und von dort aus ressourcengerecht auf den Facharztbereich zu verteilen. Selbstverständlich müssen die dabei entstehenden Mehrkosten und die erforderliche Lastenverteilung kurzfristig evaluiert und auf den Prüfstand gestellt werden, um das System nicht zu gefährden.

2. Begrenzung von Sicherheitsleistungen für MVZ

Die unter Nr. 13 des Entwurfs angedachte Änderung des § 92 Abs. 2 S. 6 SGB V ist – auch angesichts beinahe maßlos ausufernder Regresse der Kostenträger – sinnvoll und wird vom BBMV unterstützt. Sie führt einerseits dazu, dass der persönliche Haftungsumfang seitens des Gesellschafterkreises jedenfalls hinsichtlich äußerer Grenzen eingeschätzt werden kann und bietet andererseits ein verstärktes Einfallstor für Trägervielfalt, da der Reformgesetzgeber hiermit den Gemeinden die bestehende kommunalrechtliche Problematik abnehmen würde, wegen Besorgnissen hinsichtlich unbegrenzter

selbstschuldnerischer Bürgschaften nicht auf die privatrechtliche GmbH-Konstruktion zurückgreifen zu dürfen und diese deswegen von einer MVZ-Einrichtung eher abgeschreckt sein könnten. Der BBMV begrüßt Trägervielfalt im Allgemeinen und ist der Überzeugung, dass dieselbe am Markt geeignet ist, auch Versorgungsengpässe besser zu bekämpfen und abzufangen. Die damit einhergehende Patientenzentrierung der Versorgungslandschaft ist höchst bedeutsam.

3. Mitentscheidungsrecht der obersten Landesbehörden bei Zulassungsausschussentscheidungen

Kritikwürdig ist die angedachte Erweiterung des § 96 Abs. 2a SGB V (Nr. 14 GVS-G, S. 18). Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, dass schon die Einführung des Mitberatungs- und Antragsrechts der obersten Landesbehörden mit dem TVSG eine erhebliche Politisierungsfahr gebracht hat und einen Eingriff in die funktionale Selbstverwaltung bedeutete (so zurecht bereits BeckOGK/Ostertag, 1.3.2020, § 96 Rn. 9a; ebenso Ladurner, MedR 2019, 440, 447). Dieser Eingriff wird nunmehr erheblich vertieft, wenn den obersten Landesbehörden nunmehr mittels einer zwingenden Einvernehmensregelung ein Veto-Recht zugestanden würde. Über diese Problematik kann auch nicht hinwegtäuschen, dass bei Ausbleiben einer konkreten Stellungnahme der jeweiligen obersten Landesbehörde eine Zustimmungsfiktion eingefügt werden soll. Ebenso wenig ist damit gedient, dass es sich nach der erklärten Gesetzesbegründung um ein Verwaltungsinternum handele und gegen die letztlich erfolgende – ggf. intern durch die oberste Landesbehörde erzwungene – Entscheidung des Zulassungsausschusses der Berufungsausschuss mit vollen Rechten und Pflichten anrufungsfähig bleiben soll. Denn es ist nicht bestreitbar, dass eine ggf. seitens des Zulassungsausschusses befürwortete Entscheidung zunächst nach außen wegen erhobenen Vetos negativ ausfiele, was einen erheblichen Zeit- und Kostenfaktor und im Zweifel auch Schaden für die Betroffenen bedeutete. Gleichzeitig werden den Beteiligten mit Blick auf ohnehin schon langwierige Verfahren im hohen Maße Kalkulations- und Transaktionssicherheit geraubt, sodass sie über Gebühr in ihrer Dispositionsfreiheit eingeschränkt werden, ohne dass damit ein

erkennbarer Mehrwert verbunden wäre. Im Übrigen sieht die aktuelle Begründung selbst, dass zeitnahe Verfahrensbearbeitung und Vollzug von großer Bedeutung sind (GVSG-E S. 51 f.), jedoch ist bei vernunftgeleiteter Betrachtung sicherlich nicht davon auszugehen, dass entsprechende Verzögerungen bei entsprechender Gesetzesänderung ausblieben. Schließlich sei mit Blick auf den Bruch mit dem System der funktionalen Selbstverwaltung angemerkt, dass die Entscheidung des Berufungsausschusses nach § 97 Abs. 5 SGB V bewusst nicht unter einer Fachaufsicht steht und dort gefundene Entscheidungen inhaltlich nicht kontrolliert werden dürfen. Wenn es aber im Rahmen der anfänglichen Entscheidung des Zulassungsausschusses nur um die Einbringung von Expertise und Erfahrungswerte der obersten Landesbehörden hinsichtlich der Versorgungslage und Gebotenheit von Anpassungen geht, so ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Land an dieser Stelle mehr als ein Antrags- und Mitberatungsrecht bräuchte, wie dies im aktuellen § 96 Abs. 2a SGB V vorgesehen ist.

4. Stärkung der Pflege durch Gehör

Dass die Belange der Pflege über ein Antrags- und Mitberatungsrecht in pflegerelevante Richtlinienentscheidungen einbezogen werden sollen, wird vom BBMV begrüßt und sollte ein Anliegen des Gesundheitswesens insgesamt sein, das sowohl den Betroffenen in den jeweiligen Berufsfeldern als auch den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt. Nicht zuletzt hat die Zeit der Corona-Pandemie gezeigt, dass die Bedeutung der Pflegeberufe noch nicht adäquat Abbildung im System gefunden hat.

III. Dringend erforderliche Ergänzungen

Seitens des BBMV werden unmittelbar im Zusammenhang mit zwei Grundgedanken des GVSG (Schaffung / Optimierung von Anhörungs- und Mitbestimmungsrechten betroffener Stakeholder sowie Gründungserleichterung und Trägervielfalt bei MVZ) die folgenden, seit einiger Zeit dringend auch von Rechts, insbesondere Verfassung wegen erforderlichen Änderungen angemahnt:

1. Repräsentation von MVZ in den Kassenärztlichen Vereinigungen – Der aktuelle Zustand fehlender Beteiligung ist verfassungswidrig

Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind nach aktueller Rechtslage die zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, in zugelassenen MVZ und in Eigeneinrichtungen angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte, sofern eine Beschäftigungszeit von mindestens 10 Wochenstunden besteht (§ 77 Abs. 3 SGB V). MVZ sind demgegenüber nicht KV-Mitglied, obwohl sie gleichberechtigter Leistungserbringer vertragsärztlicher Versorgung sind (§ 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V, vgl. BSG, Urteil vom 12.02.2020, Az: B 6 KA 1/19 = MedR 2020, 1039, 1043). Damit stehen MVZ derzeit kein Wahlrecht bei der Vertreterversammlung zu, welche allem voran die zentralen Aufgaben nach § 79 Abs. 3 SGB V wahrnimmt.

Dieser Zustand ist mit Blick auf die vom BVerfG in der maßgeblichen Leitentscheidung zur verfassungsrechtlich zulässigen Strukturierung funktionaler Selbstverwaltung im Rahmen des Demokratieprinzips nach Art. 20 Abs. 2 GG (BVerfGE 107, 59 ff. = NVwZ 2003, 974 ff.) ein Verstoß gegen das Grundgesetz (näher Hügel/Prütting, in: Knüppel/Neubauer/Stauch-Eckmann, Medizinische Versorgungszentren, 2023, S. 173, 177 ff.). Das BVerfG hat in seinem zentralen Judikat ein Verbot selektiver oder undifferenzierter Interessenvertretung herausgearbeitet. Es kann nicht geleugnet werden, dass im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung das MVZ selbst der Leistungserbringer ist, auch wenn es durch angestellte Ärztinnen und Ärzte die Ausführung erbringen lässt. Ebenfalls ist das MVZ Gegenstand von Honorarverteilungsfragen sowie Haftungsschuldner bei Fehlern und Ansprechpartner bei Verwaltungsfragen gerade auch im Hinblick auf die zuständige KV.

Eine adäquate Repräsentation der MVZ findet auch nicht über die angestellten Ärztinnen und Ärzte statt. Dieser partiell erhobene Einwand verkennt bereits, dass dies lediglich für jene Ärztinnen und Ärzte Geltung beanspruchen könnte, die selbst zugleich wenigstens dem Gesellschafterkreis des MVZ – richtigerweise zusätzlich der Geschäftsführung –

angehören. Im Übrigen wird man kaum der Prämisse folgen können, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer generell oder auch nur regelmäßig in solchen Gremien sachgerecht die Interessen ihrer Arbeitgeber vertreten (so zurecht Scholz, in Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 77 Rn. 7). Auch der Sozialgesetzgeber beurteilt dies ersichtlich so und hat daher mit § 79c Abs. 1 Nr. 3 SGB V einen eigenständigen Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte etabliert. Dieser ist jedoch in Honorarverteilungsfragen gerade nicht eingebunden (vgl. BeckOK-SozR/Richter, SGB V, 66. Ed. 2022, § 79c Rn. 1, 2a). Die Beteiligung in der KV muss daher zwingend auf MVZ-Ebene selbst und damit auf Geschäftsführungsebene stattfinden, um den verfassungsrechtlichen Repräsentationsgeboten des Demokratieprinzips gemäß geltender Verfassungsrechtsprechung zu genügen. Zu den wesentlichen Hintergründen der funktionalen Selbstverwaltung in diesem Zusammenhang darf auf die Ausführungen von Hügel/Prütting (Hügel/Prütting, in: Knüppel/Neubauer/Stauch-Eckmann, Medizinische Versorgungszentren, 2023, S. 173 ff.) verwiesen werden.

Der BBMV ersucht dringend darum, diesen verfassungswidrigen Zustand abzustellen und die MVZ in den Vertreterversammlungen der jeweiligen KVen zu beteiligen.

2. Der Anstellungsbegriff gemäß § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V

Unter dem 26.01.2022 hat das Bundessozialgericht (Az.: B 6 KA 2/21 R = NZS 2023, 22) eine Auslegung des Gesetzes vorgenommen, die leider fehlgeleitet gewesen ist und weitreichende Folgen hatte. Eine Anstellungsgenehmigung nach den §§ 95 Abs. 2 S. 7 SGB V, 32b Abs. 2 S. 1 Ärzte-ZV sei an den Arbeitnehmer- respektive Beschäftigtenstatus der §§ 7 SGB IV, 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gebunden. Mithin könnten Gesellschafter des betroffenen MVZ, die in der Gesellschaftsversammlung hinreichend starken Einfluss hätten, nicht Angestellte des MVZ sein, da sie Arbeitgeber, nicht Arbeitnehmer im sozialversicherungsrechtlichen Sinne wären. Das BSG hat hierbei verkannt, dass der statusrechtliche Angestelltenbegriff des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V vom Angestelltenstatus der §§ 7 SGB IV, 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V streng zu trennen ist und eine grundlegend andere Teleologie verfolgt (allem voran geht es bei §§ 7 SGB IV, 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V um sozialen

Schutz von Arbeitnehmern im Krankheitsfall, während § 103 Abs. 4a SGB V schlicht Neugründungen von MVZ erleichtern sollte, BT-Drs. 15/1525, S. 112). Folge dieser

Rechtsprechung ist das Problem insbesondere von MVZ mit kleinen Gesellschafterkreisen, also allem voran von inhabergeführten MVZ durch Ärztinnen und Ärzte, die der Gesetzgeber eigentlich sogar besonders zu schützen angedacht hatte, dass deren Bestand und Zukunft spätestens bei Änderungen im bestehenden Gesellschafterkreis und Neubewertung des jeweiligen Angestelltenstatus bedroht wird.

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegt seit dem 17. Oktober 2023 ein konkret ausgearbeiteter Gesetzgebungsvorschlag von Prof. Dr. Jens Prütting, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Medizin- und Gesundheitsrecht der Bucerius Law School Hamburg vor, dessen Umsetzung diese Problemlage zwanglos und ohne jegliche Betroffenheit Dritter bereinigen würde. Derselbe wird der vorliegenden Stellungnahme beigefügt (**Anlage 1**). Das GVSG wäre ein idealer Anlass, besagte Problematik sachgerecht durch Aufnahme dieses Vorschlags einzuhegen, ohne dass auch nur Mehrarbeit entstünde. Jegliches Zuwarten in diesem Bereich bedroht sehenden Auges die Existenz kleiner, inhabergeführter MVZ-Strukturen und hindert Neugründungen eben solcher Personenkreise. Für weitere Begründungsdetails wird auf die Erörterung der zugehörigen BSG-Entscheidung von Professor Prütting verwiesen (**Anlage 1**).

IV. Hinweise zu fehlgeleiteten rechtspolitischen Begleitdebatten

In einer Reihe von öffentlichen Stellungnahmen, Gutachten und Beschlüssen hat sich in den vergangenen Jahren eine Grundsatzdiskussion entwickelt, die darauf abzielt, das MVZ als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung einer verstärkten Regulierung zu unterwerfen. Diese Diskussion und ihr anhaltend scharfer Ton sind seitens des BBMV nicht verständlich, da selbst eingehende Untersuchungen die vielfach befürchteten Missstände nicht zu verifizieren vermochten. Gleichwohl wird ohne ersichtliche Faktenbasis fortwährend und nachdrücklich gefordert, etwaigen Missbrauchsgefahren entgegenzutreten, die gerade dem MVZ-Bereich entstammen sollen, was weder belegt noch korrekt ist. Bislang ist von

diesbezüglichen Erwägungen im GVSG nichts zu lesen, was der BBMV begrüßt. Um jedoch denkbaren fehlgeleiteten Erwägungen in diese Richtung innerhalb des parlamentarischen Verfahrens a priori entgegenzutreten, seien die folgenden Punkte an dieser Stelle gleichwohl aufgegriffen:

1. Regulierung des MVZ-Gesellschafterkreises zulasten von nichtärztlichen Investoren

Die Forderung, wonach nichtärztliche Investoren aus dem Gesellschafterkreis von MVZ auch mittelbar herauszuhalten wären, indem diesen per Gesetz verboten werden könnte, etwa über die Gesellschafterstellung und damit Rechteinhaberschaft eines zugelassenen Krankenhauses (mittelbarer) MVZ-Gesellschafter zu werden und sich an den ökonomischen Geschicken des MVZ zu beteiligen, hat sich in faktischer Hinsicht als substanzlos und rechtlich als verfassungswidrig herausgestellt (vgl. die Analyse bei Prütting/Hügel/Sowa, MedR 2022, 975, 980 ff.). Hintergrund der Besorgnisse soll ein vermeintlich rücksichtsloses Gewinnstreben nichtärztlicher Investoren und eine Bedrohung der Versorgungsqualität sein (Sodan, Rechtsgutachten 2021, S. 22). Dies wird jedoch durch entsprechende Untersuchungen des Gesundheitsmarktes in keiner Weise gestützt (Ladurner/Walter/Jochimsen, Rechtsgutachten 2020, S. 30, 31; Neubauer/Minartz/Niedermeier, IFG-Gutachten 2020, S. 52). Die ärztliche Therapiefreiheit der in MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte ist durch klare gesetzliche Vorgaben geschützt, die selbstredend von jedem MVZ zwingend zu beachten sind. Mit Blick hierauf könnten verfassungsrechtlich – selbst bei unterstellter, bislang nicht erkannter Gefährdungslage – mit Blick auf Art. 12 Abs. 1, 2 GG entsprechend scharfe Eingriffe nicht gerechtfertigt werden (Prütting/Hügel/Sowa, MedR 2022, 975, 982 f.).

2. Abschaffung des Verzichts auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung

Eine weitere Erwägung geht dahin, die Möglichkeit des vertragsärztlichen Verzichts auf die Zulassung zugunsten einer MVZ-Anstellung bei gleichzeitigem Übergang des Vertragsarztsitzes auf das MVZ zu streichen. Diese Überlegung geht bereits an den vertragsärztlichen Bedürfnissen der Praxis ersichtlich vorbei und trafe allem voran

niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die zum Ende ihrer Laufbahn einen planbaren Generationenwechsel in der Praxis herbeiführen wollen. Zugleich würden Strukturierungen diskriminiert, die darauf zielen, medizinische, apparative und abrechnungstechnische Gemeinschaften auch überörtlich herzustellen, ohne sich den Unwägbarkeiten der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ihren zahlreich ungeklärten rechtlichen Gemengelagen auszusetzen.

Die geschaffene Fungibilität und Übertragbarkeit von Vertragsarztsitzen sind zentrale Elemente, die sinnvollen Leistungswettbewerb, Investitionsbereitschaft und Innovationskraft fördern und Kapital in den ambulanten Markt gebracht haben und nach wie vor einbringen. All dies wird benötigt, um patientenzentriert gute Medizin und hochqualitative Gesundheitsversorgung anbieten zu können. Eine Abkehr würde nur eine Verschlechterung der Versorgungslage bewirken, da sich zunehmend mehr Leistungserbringer vom Weg in den ambulanten Markt abgeschreckt sähen. Zudem würden insbesondere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die eher am Ende ihrer beruflichen Laufbahn stehen, Investitionen in ihre Praxis so gering wie möglich halten, da sie davon ausgehen müssten, dass eine Amortisation nur unter äußerst erschwerten Umständen gelingen könnte, wenn zu befürchten anstünde, dass der Vertragsarztsitz nicht (mehr) übertragbar wäre. Auch dies würde schlussendlich die Qualität der Patientenversorgung treffen.

3. Begrenzungen MVZ-Tätigkeit auf örtlichen und/oder fachlichen Bezug des Trägers

Weiterhin wird erwogen, räumliche oder fachliche Begrenzungen im Hinblick auf die Tätigkeit und den Standort des Trägers einzuführen. Hierfür gibt es im Gesetz im Fall nichtärztlicher Dialyseleistungserbringer nach § 126 Abs. 3 SGB V ein Vorbild, wenn es um fachlichen Bezug geht, § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V. Räumliche Grenzen sind bislang nicht vorgesehen.

Nun wäre es ggf. vorstellbar, Begrenzungen dieser Art einzuführen, wenn diese maßvoll einen legitimen öffentlichen Zweck verfolgten und auch gleichheitsrechtlich haltbar wären. Zudem wäre mit Blick auf den politischen Willen zu hinterfragen, welche

Wirkungen avisiert sein sollen und welche Konsequenzen tatsächlich eintreten würden. In einer grundlegenden Untersuchung wurde allerdings bereits festgestellt, dass durch Verfassungs- und Europarecht solchen Regulierungsansätzen weitreichende Grenzen gezogen sind (Burgi, Rechtsgutachten, 2023, S. 4, 43 ff. mit eingehender Erörterung). Dies vorausgeschickt sei Folgendes angemerkt:

- a. **Räumliche Begrenzungen** etwa auf einen bestimmten Radius um den Träger herum oder auf einen KV-Bezirk sind kaum sinnvoll begründbar und würden in der Konsequenz zu einer Reduktion des Leistungswettbewerbs führen, da vornehmlich Krankenhausträger mit bundesweitem Versorgungsnetz die Vorteile größerer MVZ-Strukturen zu nutzen vermöchten. Eine derartige Oligopolisierung kann nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten sein. Schon gleichheitsrechtlich stellte sich die Frage, wie die Diskriminierung eines Trägers, etwa eines zugelassenen Krankenhauses in Bremen gegenüber einer Einrichtung in Nordrhein-Westfalen zu begründen sein sollte. Dabei muss beachtet werden, dass das jeweils gegründete MVZ gerade nicht an der stationären, sondern an der jeweiligen ambulanten Bedarfsplanung teilnehme. Dementsprechend könnte auch nicht auf den Planungsbezirk Bremen für das dortige Krankenhaus verwiesen werden. Aber auch der legitime öffentliche Zweck einer solchen Begrenzung sowie die Erforderlichkeit und Angemessenheit des Eingriffs schienen fraglich. Will ein Plankrankenhaus in Schleswig-Holstein ein MVZ in Bayern gründen, muss es sich wie jeder andere Leistungserbringer des GKV-Systems um einen Vertragsarztsitz bewerben oder auf anderem legalen Wege einen solchen bekommen. Welche Missbrauchsgefahr an dieser Stelle zu bekämpfen sein soll, erschließt sich nicht. Für die sachgerechte Wahrnehmung des jeweiligen Versorgungsauftrags existieren eine Vielzahl von Regelungen im SGB V und in den Bundesmantelverträgen.
- b. **Sachliche Begrenzungen** sind bereits vielfach dysfunktional, wie sich an dem Regulierungsversuch des § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V gezeigt hat. Dialyseleistungen gehen mit einer Vielzahl von anderen Leistungen einher und die Grenzen zulässiger Leistungserbringung sind schwer zu benennen, so dass es zu erheblicher

Rechtsunsicherheit gekommen ist (hierzu etwa BeckOGK/Rademacker, SGB V, 01.08.2019, § 95 Rn. 65). Aber auch darüber hinaus scheint es kaum nachvollziehbar, weshalb der jeweilige Träger zwingend zum selben fachlichen Bereich gehören sollte oder diesen wenigstens partiell anbietet. Denn der Leistungserbringer wäre nicht der Gesellschafter, sondern das MVZ, welches fachgerechte Leistungen durch sein Personal zur Verfügung zu stellen hat. Entsprechend der klassischen Organisation einer MVZ-GmbH wäre nicht einmal gesagt, dass es aus dem Gesellschafterkreis im Tagesgeschehen ärztlicher Versorgung zu irgendeinem Eingreifen käme, zumal die ärztliche Leitung in medizinischen Fragen zwingend weisungsfrei zu agieren hat. Ein Einfluss auf die Geschicke des MVZ obläge stets zuvörderst der Geschäftsführung des MVZ. Diese ist zwar im Innenverhältnis an Weisungen der Gesellschafterversammlung gebunden (§ 37 Abs. 1 GmbHG), jedoch änderte dies nichts an den sozialrechtlichen Grundsatzpflichten, welche das MVZ selbst als rechtliche Entität in der vertragsärztlichen Versorgung übernommen hat und die im Zweifel gesellschaftsrechtliche Einflussnahmemöglichkeiten sozialrechtlich überlagern.

Hält man Regulierung für notwendig, so kommen allenfalls adäquate zusätzliche Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz in Betracht.

- c. Der wohl bedeutsamste Widerspruch gegen örtliche und fachliche Grenzen ist jedoch rechtspolitisch. Jegliche Begrenzungen führten dazu, dass es ausschließlich den Konzernen vorbehalten wäre, bundesweit eine Vielzahl von MVZ für alle denkbaren Versorgungsbereiche zu unterhalten, die zugleich über ein entsprechend dichtes Netz von Trägervehikeln verfügen. Es käme mithin zu einem **Oligopol der großen Krankenhauskonzerne**, namentlich Asklepios, Helios, Sana, Ameos. Diese würden den MVZ-Markt schlicht unter sich aufteilen und die Trägervielfalt würde erheblich abnehmen. Der Gesetzgeber würde mit einem solchen Vorgehen auf eine nahezu vollkommene Marktbeherrschung einiger Weniger zusteuern. Dass hierdurch die

Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten erhöht werden könnte, darf mit Nachdruck in Frage gestellt werden, da die Abnahme von Wettbewerb nach allen bekannten ökonomischen Prinzipien gerade der Marktgegenseite massiv zu schaden droht. Dies gilt umso mehr, als mit der Ausweitung der Absatzmärkte – etwa für Medizinprodukte – auch die erhebliche Gefahr weiterer kartellrechtlich mutmaßlich eher unterbelichteter Konzentrationsmomente im Medizinsektor mit der zu erwartenden und unerwünschten Konsequenz höherer Preise in einem ohnehin knapp finanzierten Gesundheitssystem entstehen würde.

4. Begrenzung der Versorgungsanteile

Schließlich sei ein Wort zu einer denkbaren Begrenzung der Versorgungsanteile verloren. Ein technisch eher missglücktes „Vorbild“ hierfür gibt es bislang mit § 95 Abs. 1b SGB V nur für den zahnärztlichen Bereich. Nun zeigt bereits diese Vorschrift in bemerkenswerter Deutlichkeit, dass derartige Anteilsbegrenzungen für Träger vieler Krankenhäuser in praxi keine Relevanz haben, da der Bezug nicht auf dem Krankenhausträger, sondern auf dem einzelnen Krankenhaus als sachlich-organisatorischer Einrichtung liegt. Selbst wenn man dies anders auslegen wollte, müsste ein Gründungsinteressent nur eine Konzernstruktur errichten und hätte das Problem mühelos umgangen.

Daneben sei auch hier betont, dass die Sinnhaftigkeit solcher Begrenzungen von vorneherein fraglich erscheint. Dies gilt im zahnärztlichen Bereich umso mehr, als dort mittlerweile erheblich mehr Leistungswettbewerb zugelassen ist. Für den übrigen ambulanten Markt sei neuerlich betont, dass die engmaschige Regulierung der Leistungserbringerpflichten bereits das ihre tun und Fehlverhalten schlicht konsequent verfolgt werden muss. Eine generelle Zurückdrängung von MVZ-Strukturen würde zudem verkennen, dass Fehlverhalten gleichermaßen bei anderen Leistungserbringern vorkommt. Es handelt sich nicht um eine Sondererscheinung in MVZ, sondern um singuläre Fälle von Rechtsbruch natürlicher Personen, ob diese im Einzelfall als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine inhabergeführte Praxis betreiben oder es sich um ärztliche Gesellschafter eines MVZ handelt. In rechtlicher Hinsicht wirft eine

prozentuale Beschränkung ferner in voller Schärfe die Frage eine Vereinbarkeit mit Art. 12 Abs. 1 GG auf, da erkennbar mildere Mittel zur Verfügung stehen, um etwaigem Missverhalten einzelner Vertragsärzte oder MVZ Einhalt zu gebieten. Zugleich müsste eine solche Begrenzung für jegliche Träger Gültigkeit beanspruchen, um dem allgemeinen Gleichheitssatz zu genügen.

In der Gesamtschau vermag ein Ansatz, ein Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, indem willige MVZ-Betreiber in ihrer Aktivität erheblich eingeschränkt würden, nicht zu überzeugen: Versorgungslücken werden insbesondere dort nicht geschlossen, wo man Beteiligte von der Teilnahme an der Versorgung ausschließt. Unerwünschten Auswirkungen auf den Markt kann insoweit über das Kartellrecht begegnet werden.