



Positionen der Bundesärztekammer: Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren

- Ergänzende Stellungnahme, April 2023 -

Stand: 19.04.2023

Kernaussagen

- Medizinische Versorgungszentren als Organisationsform können eine sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgungslandschaft sein, insbesondere, wenn sie interdisziplinäre und/oder sektorenübergreifende Versorgung erleichtern, Ärztinnen und Ärzte von organisatorischen Aufgaben entlasten, ihnen bedarfsgerechte Arbeits- und Arbeitszeitmodelle ermöglichen oder neuen Versorgungsformen einen Rahmen bieten.
- Handlungsbedarf besteht explizit bezüglich der dynamischen Entwicklung **investorenbetriebener medizinischer Versorgungszentren (iMVZ)**. Dies wird trotz der sehr unterschiedlichen Interessenlagen und Perspektiven von keiner Seite prinzipiell bestritten.
- Die hohe Dynamik bei der Gründung von **iMVZ** sowie **iMVZ-Ketten** erfordert eine zeitnahe entschiedene Anpassung der Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ, um die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und gleichzeitig das kommerzielle Gebaren von **iMVZ** zu erschweren.
- Die mangelnde Transparenz und die großen Hürden bei der Ermittlung von Eigentümerverhältnissen der **iMVZ** beeinträchtigen die Evidenzlage zu Zahl und Ausbreitung von **iMVZ**. Die aktuell verfügbaren Daten sind veraltet, aufgrund der geringen ermittelbaren Fallzahl in ihrer Analysekraft deutlich beschränkt und können das wirkliche Geschehen nicht abbilden.
- Aus Sicht der Bundesärztekammer ergibt sich der Handlungsbedarf bezüglich der **iMVZ** aus dem im ärztlichen Gelöbnis und der ärztlichen Berufsordnung verbrieften Primat des Patientenwohls und muss drei wesentliche Ziele verfolgen:
 - die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen muss strukturell besser abgesichert werden,
 - einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer patientenzentrierten und zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würde, muss entgegengewirkt werden
 - die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung müssen vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte geschützt werden.
- Die Bundesärztekammer hat am 09.01.2023 ein Positionspapier zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung veröffentlicht (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>). Zu diesen Positionen stehen wir uneingeschränkt.

Einleitung

Die Bundesärztekammer hat im Januar 2023 eine Reihe von konkreten Regelungsvorschlägen zur Begrenzung der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch fachfremde Finanzinvestoren veröffentlicht (siehe Anlage).

Diese Vorschläge richten sich nicht gegen MVZ als solche und zielen auch nicht darauf ab, sinnvolle Investitionen in die Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erschweren.

Stattdessen geht es darum, das Primat des Patientenwohls in der ambulanten Versorgung zu sichern, indem kritischen Entwicklungen in Richtung einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung durch geeignete Gegenmaßnahmen begegnet wird.

Diese Maßnahmen müssen insbesondere darauf hinwirken,

- die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen strukturell besser abzusichern,
- einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer zwendungsorientierten Versorgung auswirken würden, entgegenzuwirken und
- die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte zu schützen.

Die Vorschläge der Bundesärztekammer sind auf ein breites Echo gestoßen. Inzwischen gibt es Positionierungen von Seiten der Kostenträger (u.a. vom GKV-Spitzenverband), von ärztlichen Verbänden (z.B. vom Berufsverband der Internisten) und von MVZ-Betreiberverbänden (darunter dem Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren, BBMV). Diese Stellungnahmen nehmen explizit oder implizit Bezug auf die Vorschläge der Bundesärztekammer.

In der Zusammenschau dieser Stellungnahmen ist zunächst zu konstatieren, dass trotz der sehr unterschiedlichen Interessenlagen und Perspektiven ein Handlungsbedarf von keiner Seite prinzipiell bestritten wird.

Auch im politischen Raum auf Bundes- und Landesebene besteht weiterhin die Absicht, konkrete Regelungen herbeizuführen. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat in ihrer Sitzung am 27. März 2023 erneut deutlich gemacht, dass die Bundesländer eine Regulierung der Gründung und des Betriebs von MVZ für erforderlich erhalten. Die GMK hat die Länder Bayern und Rheinland-Pfalz beauftragt, einen entsprechenden Entschließungsantrag in den Bundesrat einzubringen. Auch der Bundesgesundheitsminister hat seine Ankündigung einer entschiedenen Beschränkung des Einflusses von investorengesteuerten MVZ im März 2023 nochmals wiederholt.

Die Bundesärztekammer bekräftigt vor diesem Hintergrund ihre im Januar 2023 vorgelegten Vorschläge. Die Bundesärztekammer betont, dass es für eine erfolgreiche Regulierung nicht ausreicht, sich auf einige wenige der vorgeschlagenen Regelungen zu beschränken. Deswegen sollen im Nachfolgenden die wesentlichen Argumente, die gegen die weiteren Vorschläge der Bundesärztekammer vorgetragen wurden, aus ärztlicher und juristischer Perspektive beleuchtet werden.

A. Grundsätzliches zum Handlungsbedarf und zur Bewertung der Studienlage

Die Bundesärztekammer bekräftigt, dass mit Blick auf die bereits eingetretenen Entwicklungen dringender Handlungsbedarf besteht.

Der immer wieder geäußerte Einwand, dass die bisher vorliegenden Studien die von ärztlicher Seite vorgetragene Sorgen nicht in ausreichendem Umfang belegen würden, greift in diesem Zusammenhang nicht. Die Autoren der Studien führen selbst aus, dass eine deutlichere Erfassung der in Rede stehenden Effekte an einer mangelnden Transparenz in den Daten hinsichtlich der Betreiberstrukturen großer MVZ scheitert bzw. erheblich erschwert ist. Während die Träger der Einrichtungen in der Regel bekannt sind, müssen Eigentümer-Strukturen mühsam in „Handarbeit“ über verschiedene, schwer zugängliche Quellen nachverfolgt werden. Dies ist bislang lediglich für die MVZ in Bayern erfolgt.

Dass die vorliegenden Studien die von der Ärzteschaft aufgrund zahlreicher Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis beschriebenen kritischen Entwicklungen nur in begrenztem Umfang quantifizieren können, darf daher nicht als „Entwarnung“ missverstanden werden.

Gerade wenn man bedenkt, wie eingeschränkt sich die Effekte auf Basis der aktuellen Datenlage erfassen lassen, müssen die in den Studien erkennbaren Trends Anlass zu großer Besorgnis sein.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die Entwicklung in den Regionen und insbesondere auch in den Fachgebieten unterschiedlich weit fortgeschritten ist.

Daraus ergibt sich bei Durchschnittsbetrachtungen auf der Ebene von Bundesländern oder gar des Bundes zwangsläufig eine Nivellierung der bestehenden Effekte. Der gleiche Effekt zeigt sich auch bei einer Betrachtung über alle Fachgebiete hinweg. Fachgebietsbezogene Analysen scheitern an der geringen ermittelbaren Fallzahl und sind aus Datenschutzgründen teilweise ausgeschlossen, da sie eine Rückverfolgung auf einzelne MVZ ermöglichen würden.

Es wäre grundfalsch, sich aufgrund der unbestritten verbesserungsbedürftigen Datenlage zu einem Abwarten verleiten zu lassen, bis die Effekte fachgebietsübergreifend und bundesweit unübersehbar angewachsen sind. Denn zu einem solchen Zeitpunkt wäre eine Umkehrung der Entwicklung kaum noch mit Aussicht auf Erfolg zu erreichen.

Bereits jetzt erklären sich Betreiber von Groß-MVZ oder MVZ-Ketten für regional quasi „unverzichtbar“ bzw. „systemrelevant“, während sie zugleich durch den Verweis auf den bundesweit und fachübergreifend noch vergleichsweise geringen Anteil von Investoren-MVZ versuchen, den offensichtlichen Handlungsbedarf in Abrede zu stellen.

Eine nachhaltige und patientenorientierte Gesundheitspolitik muss demgegenüber das noch bestehende Zeitfenster für ein entschiedenes Umsteuern nutzen.

Deswegen ist jetzt die richtige Zeit für entschiedene Maßnahmen.

B. Hinweise zur Kritik an einzelnen Maßnahmenvorschlägen der Bundesärztekammer

1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ

MVZ sind von ihrer ursprünglichen Zweckbestimmung dazu gedacht, eine fachübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Dies ist insbesondere für die Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten mit komplexem, multidisziplinärem Versorgungsbedarf sinnvoll und notwendig und wird in einer Gesellschaft des langen Lebens zunehmend wichtig. Die Möglichkeit, rein fachgruppengleiche MVZ zu gründen („Mono-MVZ“), läuft diesem Zweck zuwider. Sie ist gesetzlich erst 2015 geschaffen worden.

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer hat diese Gesetzesänderung zu einem deutlichen Schub in der MVZ-Entwicklung geführt. Dies wird auch von der Interessenvertretung der MVZ-Betreiber bestätigt.

Mono-MVZ sind für die Lösung der aktuellen Versorgungsprobleme keinesfalls erforderlich. Sie verschärfen diese Probleme im Gegenteil langfristig durch die Erleichterung von Kettenbildungen und investorengesteuerten Versorgungsmodellen und leisten keinen Beitrag zu Beseitigung von Schnittstellenproblemen im Gesundheitswesen.

Dies gilt auch und gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung, die erst mit der Einführung von Mono-MVZ stärker in den Blickwinkel von MVZ-Betreibern geraten ist. Gerade für die hausärztliche Versorgung wäre es fatal, auf investorengesteuerte hausärztliche Mono-MVZ zu setzen und damit die freiberuflich geprägte, patientenorientierte hausärztliche Versorgung zu konterkarieren.

Stattdessen ist auf eine konsequente Nachwuchsförderung im hausärztlichen Bereich und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die freiberuflich geprägte hausärztliche Versorgung zu setzen.

Das Vertragsarztrecht bietet im Übrigen bereits jetzt breite Gestaltungsmöglichkeiten für eine kooperative Berufsausübung von selbständig und angestellt tätigen Hausärztinnen und Hausärzten. Der Erweiterung dieser Gestaltungsmöglichkeiten ist in jedem Fall der Vorrang davor zu geben, gerade die hausärztliche Versorgung, die ganz besonders von zuwendungsintensiver Medizin geprägt ist, vermehrt in die Hände von Finanzinvestoren zu legen.

2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

Die Bindung der MVZ-Gründung durch Krankenhäuser an einen räumlichen und fachlichen Bezug zum Krankenhaus ist ein zentraler Baustein für eine nachhaltige Begrenzung des Einflusses von fachfremden Kapitalinvestoren in der ambulanten Versorgung.

Diese Maßnahme folgt einer Intention, die der Gesetzgeber schon im Jahr 2012 verfolgt hat. Zu diesem Zeitpunkt wurde der berechnigte Gründerkreis für MVZ auf Vertragsärztinnen und -ärzte, zugelassene Krankenhäuser, nichtärztliche Dialyseleistungserbringer und bestimmte gemeinnützige Träger begrenzt. MVZ können selbst keine weiteren MVZ gründen.

Es ist bemerkenswert, wie klar der Gesetzgeber schon damals die Risiken investorengesteuerter MVZ benannt hat. Dazu heißt es in der Gesetzesbegründung:

„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 ... nur noch von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 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. Sonstige Leistungserbringer ..., die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Damit werden diejenigen Leistungserbringer ausgeschlossen, über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllt haben.“

Der Gesetzgeber hat zu diesem Zeitpunkt nicht bedacht, dass Investoren durchaus dazu übergehen können, auch ganze Krankenhäuser zu kaufen, um die beabsichtigte Beschränkung des Gründerkreises zu umgehen.

Dies ist seitdem jedoch vielfach geschehen. Ein einzelnes (Fach-)Krankenhaus kann damit zur „Gründungsplattform“ für eine Vielzahl von MVZ ohne jeden Bezug zum räumlichen und fachlichen Versorgungsauftrag des Krankenhauses werden. Die aktuelle Stellungnahme des BBMV benennt diese Investoren-Strategie in aller Offenheit und Klarheit.

Dieser Umgehung der gesetzgeberischen Intention aus dem Jahr 2012 ist nunmehr endlich dadurch ein Ende zu bereiten, dass die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser an einen räumlichen und fachlichen Bezug gebunden wird. Dabei ist unter einem fachlichen Bezug nicht nur die Fachgleichheit zwischen MVZ und einer der Abteilungen des Krankenhauses zu verstehen. Ein fachlicher Bezug besteht auch dann, wenn sich das Versorgungsangebot des MVZ und das Versorgungsangebot des Krankenhauses durch die Vorhaltung von medizinisch „benachbarten“ Fachgebieten sinnvoll ergänzen.

Mit einer solchen Regelung werden Träger, die originär in der Krankenhausversorgung tätig sind, nicht an der Gründung von MVZ gehindert.

Betreibt ein Träger mehrere Krankenhäuser in unterschiedlichen Regionen und mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten, erweitert dies auch seine Möglichkeiten, MVZ zu betreiben. Denn in diesem Fall liegt keine Umgehung der vom Gesetzgeber beabsichtigten Beschränkung des Gründerkreises von MVZ vor und es kann vor Ort eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet werden.

Die Vorschläge der Bundesärztekammer richten sich nicht pauschal gegen MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern – diese können bei untereinander abgestimmten Behandlungskonzepten sinnvoll sein –, sondern sollen die Tätigkeit fachfremder Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung begrenzen.

Der Gesetzgeber hat schon in der Begründung zur Gesetzesänderung aus dem Jahr 2012 überzeugend dargelegt, warum eine solche Einschränkung mit Blick auf das gebotene Schutzziel angemessen ist.

3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen

Die Bundesärztekammer schlägt vor, nach Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen einen Bestandsschutz von zehn Jahren für bereits bestehende MVZ-Trägerkonstruktionen einzuräumen. Dies trägt den berechtigten Interessen und Ansprüchen der Träger an die Realisierung der mit ihrer Investition verbundenen Erwartungen Rechnung. Ein auf unbestimmte Zeit gewährter Bestandsschutz würde den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers hingegen in unangemessener Weise einschränken und den Leistungswettbewerb zulasten derjenigen beschränken, die sich neu in der ambulanten Versorgung engagieren wollen, ohne einen Wettbewerber zu übernehmen. Änderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen sind im Gesundheitswesen auch in vielen anderen Bereichen – oft in deutlich kürzeren Rhythmen – an der Tagesordnung und verfassungsrechtlich im Grundsatz unbedenklich, wenn sie Vertrauensschutzgesichtspunkten hinreichend Rechnung tragen. Ein Bestandsschutz über zehn Jahre erscheint vor diesem Hintergrund eher großzügig bemessen.

4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen

Diese Forderung der Bundesärztekammer ist von großer Bedeutung, um eine einseitige Fokussierung der Versorgung auf besonders lukrative Leistungen erkennen und unterbinden zu können. Sie knüpft an die bestehende Regelung des § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V an, die bereits jetzt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gilt und auch zukünftig gelten soll. Unter Versorgungsgesichtspunkten sinnvolle regionale Absprachen und Schwerpunktbildungen werden dadurch nicht verhindert, soweit sie mit den Vorgaben des Vertragsarztrechts vereinbar sind.

5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen

in Verbindung mit

7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

11. Stärkung des ärztlichen Leiters

12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

Die vorgenannten Maßnahmen zielen in ihrer Gesamtheit darauf ab, die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen in MVZ zu stärken und Versuche einer ökonomisch motivierten Einflussnahme konsequent zu sanktionieren.

Der BBMV tritt diesen Vorschlägen jeweils im Wesentlichen mit dem Argument entgegen, die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen bzw. des ärztlichen Leiters sei bereits heute durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen ausreichend gesichert.

Die Bundesärztekammer erreichen hingegen regelmäßig Rückmeldungen aus der Versorgungsrealität, nach denen Ärztinnen und Ärzte sich in ökonomisch ausgerichteten Strukturen immer wieder einem erheblichen Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlichen Erwartungen und ihrer medizinisch-ethischen Bindung ausgesetzt sehen.

Es reicht nicht aus, die ärztliche Unabhängigkeit in den Gesetzestexten lediglich zu deklarieren. Erforderlich sind stattdessen Maßnahmen, die diese Unabhängigkeit ganz konkret strukturell absichern. Dazu sind die vorstehenden, von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Maßnahmen erforderlich und geeignet. Sie sollen zudem Anlass geben, entsprechende Compliance-Maßnahmen zu ergreifen bzw. auszubauen.

Jegliche Forderungen danach, MVZ in der Trägerschaft von Kapitalinvestoren von den für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt geltenden Kontrollmechanismen auszunehmen, weil sie nicht selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, werden von der Bundesärztekammer strikt abgelehnt. Wer als Träger an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und von den über die Solidargemeinschaft finanzierten Erlösen profitieren will, muss auch bereit sein, die im Interesse der Solidargemeinschaft erlassenen Sicherungsmechanismen für sich gelten zu lassen.

6. Begrenzung von Marktanteilen

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die im SGB V für den zahnärztlichen Bereich bereits eingeführte Begrenzung des regionalen Marktanteils von MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses auch für den ärztlichen Bereich einzuführen. Denn es gibt keinen plausiblen Grund, warum eine solche Regelung nur für den zahnärztlichen und nicht auch für den ärztlichen Bereich gelten sollte.

Der BBMV bringt gegen die Regelung im Wesentlichen vor, dass die geltenden Zulassungsbeschränkungen bei einer geringen Zahl von Arztsitzen im jeweiligen Planungsbereich die Angebotsvielfalt einschränken und damit zur Überschreitung von Marktanteils-Schwellen führen können.

Diesem Einwand hat Bundesärztekammer jedoch mit ihrem Regelungsvorschlag bereits Rechnung getragen, indem sie vorgesehen hat, dass der Zulassungsausschuss im Einzelfall abweichende Regelungen treffen kann. Dies soll aber nur dann ermöglicht werden, wenn es tatsächliche Versorgungsgesichtspunkte sind, die für eine solche Abweichung sprechen.

Jenseits solcher Versorgungsgesichtspunkte und regionaler Besonderheiten ist eine konsequente Verhinderung von Oligopol- und Monopolstrukturen von großer Bedeutung, um den Patientinnen und Patienten Auswahlmöglichkeiten im Sinne der freien Arztwahl zu erhalten und eine einseitige Abhängigkeit der Versorgung von einzelnen Anbietern zu verhindern.

7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

(siehe dazu Ausführungen unter Nr. 2 und 5)

Die Regelung dient dazu, die Umgehung der gesetzgeberischen Intention aus dem Jahr 2012 zu verhindern und entsprechenden Unklarheiten in der Praxis zu begegnen. Sie soll dazu dienen, die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte zu schützen.

Das Verbot bricht auch nicht mit grundsätzlichen Elementen des Gesellschaftsrechts, weil das Sozial- und das Gesellschaftsrecht zwei gleichrangig nebeneinander bestehende Rechtskreise

darstellen, die von allen Leistungserbringern, welche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, beachtet werden müssen. Dass daneben für die Wahrnehmen von Gestaltungsoptionen steuerliche Erwägungen eine Rolle spielen, kann für das Sozialrecht nicht handlungsleitend sein.

8. Transparenz über Inhaberschaft

Die Transparenz über die Inhaberschaft von MVZ ist in zweierlei Hinsicht von großer Bedeutung:

Zum einen ist es für Patientinnen und Patienten im konkreten Einzelfall wichtig, dass sie unkompliziert erkennen können, wer hinter einem MVZ steht, in das sie sich zur Behandlung begeben wollen.

Zum anderen ist die geforderte Transparenz auch entscheidend für eine Analyse von trägerabhängigen Versorgungseffekten, die derzeit nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Wie weiter oben (Abschnitt A. „Grundsätzliches zum Handlungsbedarf und zur Bewertung der Studienlage“) bereits ausgeführt, reicht die Schaffung von Transparenz für sich genommen allerdings nicht aus, um den aktuellen kritischen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Die Umsetzung nur dieses Regelungsvorschlags reicht deshalb nicht aus, sondern muss in Verbindung mit den weiteren von der Bundesärztekammer vorgelegten Maßnahmen zur Anwendung gebracht werden.

9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

(siehe dazu Ausführungen unter Nr. 5)

10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ

Die Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer als ein Baustein in einem Gesamtansatz zu begreifen. Sie ist deswegen nicht – wie von interessierter Seite vorgeschlagen - isoliert, sondern gemeinsam mit den weiteren Vorschlägen der Bundesärztekammer umzusetzen.

11. Stärkung des ärztlichen Leiters

(siehe dazu Ausführungen unter Nr. 5)

12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

(siehe dazu Ausführungen unter Nr. 5)

C. Fazit

Gut drei Monate nachdem die Bundesärztekammer (BÄK) konkrete Vorschläge zu einer patienten- und versorgungsorientierten Nachsteuerung im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren vorgelegt hat, bestätigt die dadurch angestoßene breite gesundheitspolitische Debatte durchgängig den gesetzgeberischen Handlungsbedarf in diesem Bereich.

Die von der Interessenvertretung großer MVZ vorgetragenen Gegenäußerungen auf die von der BÄK unterbreiteten Regelungsvorschläge überzeugen nicht.

Angesichts der fortschreitenden Entwicklung und des dringenden Handlungsbedarfs begrüßt es die Bundesärztekammer, dass sowohl der Bundesgesundheitsminister als auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder mit der Erarbeitung konkreter gesetzlicher Maßnahmen befasst sind.

Die Bundesärztekammer ist auch weiterhin bereit, diese Bemühungen zu unterstützen.

Anlage:

BÄK-Positionen zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>)