

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

#### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/4778 –**

### **Auswirkungen investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren auf das Gesundheitssystem in Deutschland**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

In vielen Medien und Fachpublikationen wird davon berichtet, dass die gesetzlichen Möglichkeiten, ein Krankenhaus zu erwerben und damit die Gründungsbefugnis für ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in ganz Deutschland zu erlangen, von Private-Equity-Firmen und anderen großen Finanzinvestoren als Vehikel ausgenutzt werde, um Zugang zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu erlangen (siehe z. B. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/mvz-investoren-101.html>). Dies führt beispielsweise dazu, dass eine Waiblinger Klinik in Baden-Württemberg mit gerade einmal 15 Betten – eine chirurgische Belegarztambulanz ohne zahnmedizinischen Versorgungsauftrag – ein zahnärztliches MVZ am Starnberger See in Bayern gründet (vgl. dazu [https://www.offizin-verlag.de/images/dbimages/upload/files/Bobsin PE Arztpraxen-MVZ Juni2022.pdf](https://www.offizin-verlag.de/images/dbimages/upload/files/Bobsin_PE_Arztpraxen-MVZ_Juni2022.pdf) oder <https://www.kzbv.de/kzbv-mvz-und-imvz-vertragszahnarztliche.download.b4bfb0a38fb37190ec11c34261d1c95f.pdf>). Es ist aus Sicht der Fragesteller nicht immer nachzuvollziehen, inwieweit es bei einer solchen MVZ-Gründung tatsächlich um eine – von Seiten der Private-Equity-Firmen gegenüber der Öffentlichkeit vorgebrachte – Stärkung der regionalen sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung vor Ort geht.

Vermehrt werden Sorgen an die Fragesteller herangetragen, gestützt u. a. auch auf ein Gutachten des IGES-Instituts im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die mögliche Gefahren für die Patientinnen und Patienten durch investorengetragene MVZ (iMVZ), insbesondere die Tendenz zur Über- und Fehlversorgung und den Aufbau von MVZ-Kettenstrukturen beinhalten. Das Gutachten sieht darüber hinaus keinen nennenswerten Beitrag von iMVZ zur Versorgung ländlicher Räume und vulnerabler Patientengruppen (IGES: Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Entwicklung und Auswirkungen, Berlin 2020 – online verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/gutachten-z-mvz-iges-2020-10-web.download.60f6a51d58a8778fab5ff3e9a52a452c.pdf>).

Die Buy-and-Build-Strategie der Investoren, die im europäischen Ausland bereits seit Jahren zu Lasten der Versorgung praktiziert wird, lässt sich immer stärker auch in Deutschland beobachten (siehe etwa <https://www.zdf.de/nachrichten/wirtschaft/arztpraxen-investoren-gesundheitswesen-100.html>). Bei-

spielsweise steht nach aktuellen Berichten des „Handelsblatts“ derzeit die europaweit agierende Zahnklinikette European Dental Group (EDG) des schwedischen Finanzinvestors Nordic Capital zum Verkauf, deren Marke „Dein Dental“ mit über 100 Standorten die drittgrößte Zahnarztkette in Deutschland ist (<https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/dein-dental-d-euschlands-drittgroesste-zahnarztkette-steht-zum-verkauf/28662806.html>).

Trotz der vom Gesetzgeber – unter Hinweis auf befürchtete negative Auswirkungen der MVZ-Gründungen durch im Besitz von Finanzinvestoren befindliche Krankenhäuser – bereits 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ergriffenen gesetzlichen Maßnahmen für den vertragszahnärztlichen Bereich, zeigen die aktuellen Zahlen der KZBV, dass sich die Dynamik ungebremst fortsetzt: Der Anteil der iMVZ an allen MVZ beläuft sich Ende 2021 bereits auf gut 27 Prozent (<https://www.kzbv.de/kzbv-mvz-und-imvz-vertragszahnarztliche.download.b4bfb0a38fb37190ec11c34261d1c95f.pdf>).

Ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Helge Sodan, Freie Universität (FU) Berlin, schlägt vor dem Hintergrund dieser Dynamik und den Gefahren u. a. eine räumlich-fachliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern und den Aufbau eines MVZ-Registers vor (<https://www.kzbv.de/rechtsgutachten-z-mvz-sodan-2020-10-web.download.bcefdff08252ea6d857139bdebeef015.pdf>).

Nach Auffassung der Fragesteller können MVZ in ärztlicher Trägerschaft eine sinnvolle Ergänzung in der ambulanten Versorgung – insbesondere in der fachärztlichen – sein. Es besteht nach Überzeugung der Fragesteller jedoch die Möglichkeit, dass insbesondere MVZ in nichtärztlicher Trägerschaft im ländlichen Raum in Konkurrenz zu bewährten Strukturen der Grundversorgung treten können, sodass die lokale bzw. regionale Bevölkerung mehrheitlich über die Versorgung durch ein solches iMVZ abgedeckt ist. Dies wäre nach Auffassung der Fragesteller im Sinne einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung auch im ländlichen Raum kontraproduktiv und muss detailliert betrachtet werden.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Rahmenbedingungen für die Teilnahme von investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der ambulanten Versorgung wurden in der Vergangenheit mehrfach gesetzlich eingeschränkt. Der Gesetzgeber begründete diese Maßnahmen mit der Annahme, dass der Betrieb von MVZ in Investorenhand mit einer Gefahr für die Integrität, Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Berufsausübung, mit Verdrängungseffekten zulasten selbständig niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie mit der Gefährdung einer ausgewogenen flächendeckenden Versorgung verbunden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beobachtet die Investorentätigkeit im Gesundheitswesen mit großer Aufmerksamkeit und steht einer ausgeprägten Renditeorientierung kritisch gegenüber, insbesondere soweit damit eine Gefahr für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung einhergeht.

Vor diesem Hintergrund hat das BMG im Jahr 2020 ein juristisch-ökonomisches Gutachten in Auftrag gegeben, um weitere Erkenntnisse zur Teilnahme investorenbetriebener MVZ an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewinnen und dem Gesetzgeber die Entscheidung über etwaige Weiterentwicklungsmaßnahmen zu erleichtern. Seitdem sind zahlreiche weitere Rechtsgutachten und Versorgungsanalysen zu MVZ von anderen Auftraggebern veranlasst worden.

Am 27. September 2022 hat das BMG auf Bitten der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden einen zusammenfassenden Bericht über

die vorliegenden Gutachten an die Länder übersandt (Anlage\*). Unter besonderer Berücksichtigung der investorenbetriebenen MVZ werden darin zunächst die wesentlichen Erkenntnisse der Gutachten zu den Versorgungsanteilen und den Wachstumsraten von MVZ, zur räumlichen Verteilung sowie zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in MVZ zusammengefasst. Darüber hinaus werden die in den Gutachten enthaltenen Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere für investorenbetriebene MVZ, thematisch gegenübergestellt. Soweit die Gutachten auch eine rechtliche Auseinandersetzung mit den bisher vorgenommenen Einschränkungen beinhalten, wird diese ebenfalls dargestellt.

Das BMG verfolgt das Ziel, das bestehende Spannungsverhältnis zwischen einer ausgeprägten Renditeorientierung und den ihr übergeordneten Versorgungszielen, insbesondere einer am medizinischen Bedarf orientierten und wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung, aufzulösen.

Die Sonder-Amtschefkonferenz der 95. Gesundheitsministerkonferenz hat am 28. September 2022 die Einrichtung einer länderoffenen Arbeitsgruppe unter Leitung des Landes Bayern und unter Mitwirkung des BMG zur weiteren Regulierung von investorenbetriebenen MVZ beschlossen. Der Beschluss sieht vor, dass die Länderarbeitsgruppe unabhängig von Entscheidungen auf Bundesebene ein „iMVZ-Regulierungsgesetz“ für eine Gesetzgebungsinitiative des Bundesrates vorbereitet. Im Nachgang des Beschlusses haben neben Bayern acht Länder ihre Bereitschaft erklärt, an der Arbeitsgruppe mitzuwirken.

Die Auftaktsitzung der so zusammengesetzten Länderarbeitsgruppe fand am 10. November 2022 auf der Fachebene unter Teilnahme des BMG statt. Ein weitergehender Zeitplan für den Fortgang und den Abschluss der Beratungen liegt bislang nicht vor.

1. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der MVZ sowie der Anteil der MVZ, die sich in der Hand von Fremdinvestoren befinden (iMVZ) seit Einführung der Möglichkeit zur Gründung arzt- bzw. fachgruppengleicher MVZ im Jahr 2015 in der vertragsärztlichen und in der vertragszahnärztlichen Versorgung bis heute entwickelt?

In den vorliegenden Gutachten werden die Versorgungsanteile und Wachstumsraten von investorenbetriebenen MVZ sowohl an der Anzahl der Versorgungseinheiten als auch an der Anzahl der Arztstellen und Behandlungsfälle sowie an der Höhe der Honorarvolumina bemessen. In der ambulanten zahnärztlichen Versorgung wird der Versorgungsanteil der investorenbetriebenen MVZ bei bundesweiter Betrachtung je nach Maßstab auf 0,5 bis 0,9 Prozent beziffert. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wird für das Land Bayern je nach Maßstab ein Versorgungsanteil investorenbetriebener MVZ von 0,5 bis 1 Prozent errechnet.

Seit dem Jahr 2015 verzeichnen sowohl MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern als auch MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten überdurchschnittliche Zuwächse. Soweit die IGES Institut GmbH hinsichtlich der ärztlichen Versorgung in Bayern in den Jahren 2018 bis 2019 eine Wachstumssteigerung von 72 Prozent bei den investorenbetriebenen MVZ feststellt und insoweit von einer enormen Dynamik ausgeht, bezieht sich diese Einschätzung auf eine Steigerung von 54 auf 93 Praxisstandorte und damit auf 39 zusätzliche Praxisstandorte. Demgegenüber hat sich die Anzahl der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in demselben Zeitraum von 466 auf 507 und damit um 41 Praxisstandorte erhöht.

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5166 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Für die zahnärztliche Versorgung beinhalten die vorliegenden Gutachten die Feststellung, dass sich die Zahl der investorenbetriebenen MVZ-Praxen seit dem Jahr 2015 von 11 auf 207 erhöht hat, während die Zahl der nicht-investorenbetriebenen MVZ-Praxen in demselben Zeitraum von 76 auf 793 angestiegen ist.

Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) mit weitergehenden Informationen und Fundstellennachweisen wird verwiesen.

2. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die regionale Verteilung von iMVZ im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften bezogen auf die Arzt- bzw. Zahnarztichte (wenn möglich, bitte nach siedlungsstrukturellen Gebietstypen und regionalem Durchschnittseinkommen aufgliedern)?

Im Jahr 2019 entfiel ein Bevölkerungsanteil von 67,9 Prozent auf städtische Regionen, der von 81 Prozent der zahnärztlichen MVZ und 69,6 Prozent der zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften versorgt wurde. Der Anteil der Standorte von zahnärztlichen MVZ im städtischen Raum lag damit über dem Anteil der dort lebenden Bevölkerung, während die Standortverteilung der Berufsausübungsgemeinschaften in etwa der Bevölkerungsverteilung entsprach. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich hinsichtlich der Verteilung der Zahnarztstellen. Sie verteilen sich zu 54 Prozent (nicht-investorenbetriebene MVZ) beziehungsweise zu 67 Prozent (investorenbetriebene MVZ) auf kreisfreie Großstädte, obwohl dort nur 29 Prozent der Gesamtbevölkerung leben. Dagegen verteilen sich die Zahnarztstellen in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften in etwa proportional zur regionalen Verteilung der Bevölkerung.

Mit Blick auf die ärztliche Versorgung in Bayern wird ohne Differenzierung zwischen investorenbetriebenen MVZ und nicht-investorenbetriebenen MVZ festgestellt, dass die Behandlungsfälle von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ jeweils hälftig auf städtische Kreistypen (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise) und ländliche Kreistypen (ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise) verteilt sind. Dabei weisen MVZ mit 52 Prozent den höchsten Fallanteil in ländlichen Kreistypen auf (gegenüber Einzelpraxen mit 50,3 Prozent und Berufsausübungsgemeinschaften mit 50,9 Prozent). Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich, wenn die regionale Verteilung der Behandlungsfälle nicht an den vorhandenen Siedlungsstrukturen (Einwohneranteil in Städten, Einwohnerdichte), sondern an den vorhandenen Verwaltungsstrukturen (Kreisfreie Städte, Landkreise) gemessen wird. Im Rahmen dieser Alternativbetrachtung zeigt sich bei MVZ abermals eine hälftige Verteilung der Behandlungsfälle auf kreisfreie Städte und Landkreise. Bei den Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften verteilen sich die Behandlungsfälle zu 40 Prozent auf kreisfreie Städte und zu 60 Prozent auf Landkreise.

Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) und die dort enthaltenen Fundstellennachweise wird verwiesen.

3. Welche Effekte bzw. Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Leistungserbringung durch iMVZ sind der Bundesregierung bekannt?

Der Bundesregierung liegen keine ausreichenden Erkenntnisse zur Beantwortung der Frage vor.

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5166 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) und die dort enthaltenen Fundstellennachweise wird verwiesen.

4. In welchen Fachgebieten sind der Bundesregierung regionale Konzentrationen von iMVZ bekannt?
5. Hat die Bundesregierung Hinweise auf marktbeherrschende Stellungen in der regionalen Gesundheitsversorgung durch iMVZ?

Wenn ja, in welcher Region, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus solchen Entwicklungen im Hinblick auf das Wettbewerbsrecht?

6. Welche Probleme können nach Kenntnis und Einschätzung der Bundesregierung Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen, wenn iMVZ eine lokale marktbeherrschende Stellung einnehmen?
7. Sieht die Bundesregierung Regelungsbedarf, um lokale marktbeherrschende Versorgungsangebote zu vermeiden bzw. zu unterbinden, und wenn ja, wie genau will die Bundesregierung den Rechtsrahmen entsprechend erweitern?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 4 bis 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die vorliegenden Gutachten beinhalten Informationen zu etwaigen lokalen Konzentrationstendenzen lediglich für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung. So wird festgestellt, dass investorenbetriebene MVZ bundesweit in 88 von insgesamt 472 zahnärztlichen Planungsbereichen vertreten sind. Innerhalb dieser 88 Planungsbereiche sei ihr Versorgungsanteil – gemessen am Anteil der Zahnarztstellen – in 68 Planungsbereichen sehr gering (< 5 Prozent). Ein Versorgungsanteil von über 10 Prozent bis maximal 19 Prozent werde nur in sechs Planungsbereichen erreicht. Bei diesen sechs Planungsbereichen handele es sich zum Teil um kleine Planungsbereiche, in denen bereits das Hinzukommen eines MVZ deutliche Verschiebungen des Versorgungsanteils bewirkt. Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) und die dort enthaltenen Fundstellennachweise wird verwiesen.

Die Vermeidung marktbeherrschender Angebotsstrukturen wird primär durch das Kartellrecht sichergestellt. In der Gesundheitswirtschaft begründet ein dynamischer Wettbewerbsprozess den Anreiz für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung. Ziel der kartellrechtlichen Kontrolle ist in erster Linie, den Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Mit Blick auf die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung wird abschließend darauf hingewiesen, dass lokal oder regional verengte Angebotsstrukturen eine zwangsläufige Folge der gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen sein können. Sieht etwa die Bedarfsplanung in einem bestimmten Planungsbereich lediglich eine geringe Anzahl von Arztstellen für die Versorgung der Versicherten im Planungsbereich vor, so führt deren vollständige oder teilweise Besetzung zwangsläufig zu einer reduzierten Angebotsvielfalt. In diesen Fällen kann sich die Konzentration von Arztstellen bei einer Praxisinhaberin oder einem Praxisinhaber als systembedingte Folge der bedarfsplanerischen Versorgungssteuerung darstellen (vgl. Ladurner/Walter/

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5166 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Jochimsen, Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren, November 2020, S. 121 mit dem Beispiel eines Landkreises, für den in der Arztgruppe der HNO-Ärzte 2,35 Arztstellen vorgesehen sind).

8. Teilt die Bundesregierung im Sinne des Ende 2020 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten Rechtsgutachtens „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu MVZ“ die Einschätzung der Fragesteller, dass mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten über die gesellschaftsrechtlichen Inhaberstrukturen und Träger von MVZ notwendig ist ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand\\_und\\_Weiterentwicklung\\_der\\_gesetzlichen\\_Regelungen\\_zu\\_MVZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf))?

Wenn ja, sieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Einführung eines MVZ-Registers sowie eine Praxisschilder-Pflicht als geeignete Maßnahmen an?

Wenn nein, warum nicht, und welche alternativen Vorschläge will die Bundesregierung ggf. unterbreiten?

Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) und die dort enthaltenen Fundstellennachweise wird verwiesen. Die Bundesregierung teilt das Anliegen, die Transparenz über die Organisationsstrukturen von MVZ in dem für eine ausreichende Patienteninformation und eine zielgenaue Versorgungssteuerung erforderlichen Umfang herzustellen. Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

9. Inwiefern plant die Bundesregierung, hinsichtlich des verstärkten Aufkaufs von deutschen Praxen und Praxisverbänden durch Private-Equity-Firmen, die der Bundesminister für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach auf der Veranstaltung „Im Praxischeck“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 3. März 2022 als „hochproblematisch“ bezeichnet hat (siehe <https://www.youtube.com/watch?v=yYGqPOGFKmc&t=3521s>), gesetzgeberisch tätig zu werden?

Das BMG beabsichtigt, einen Vorschlag zur weiteren Regulierung von MVZ zu erarbeiten. Die nähere Ausgestaltung des Regelungsvorschlags wird derzeit geprüft.

10. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der mit Beschluss vom 22. Juni 2022 formulierten Bitte der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Regelungen zu treffen, um Fremdinvestoren mit ausschließlich Kapitalinteressen von der Gründung und dem Betrieb (zahn)ärztlicher medizinischer Versorgungszentren auszuschließen?
11. Welche konkreten Schritte plant die Bundesregierung ggf., um dem einstimmig gefassten GMK-Beschluss Rechnung zu tragen?

Die Fragen 10 und 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 22. und 23. Juni 2022 beinhaltet die Bitte an das BMG, auch im Bereich des Berufsrechts Regelungen zu treffen, mit denen Fremdinvestoren mit ausschließlichen Kapitalinteressen

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5166 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

von der Gründung und dem Betrieb ärztlicher und zahnärztlicher MVZ ausgeschlossen werden. Aus Sicht des BMG bestehen erhebliche Zweifel an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für derartige Regelungen. Dies ist den Ländern auch mitgeteilt worden. Der in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte Beschluss der Sonder-Amtschefkonferenz der Gesundheitsministerkonferenz vom 28. September 2022 hat das Anliegen, Änderungen auch im Berufsrecht vorzunehmen, nicht aufgegriffen.

12. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der in mehreren Gutachten des IGES-Instituts zu iMVZ herausgearbeiteten Erkenntnis, dass iMVZ in ihrem Abrechnungsverhalten von anderen Praxisformen abweichen und dabei eine starke Renditefokussierung aufweisen (IGES: Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Entwicklung und Auswirkungen, Berlin 2020 – online verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/gutachten-z-mvz-iges-2020-10-web.download.60f6a51d58a8778fab5ff3e9a52a452c.pdf>; IGES 2022: Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren, Berlin 2022 – online verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022-Kurzfassung.pdf>)?
13. Welche Handlungsnotwendigkeiten leitet die Bundesregierung ggf. daraus ab?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf den Bericht des BMG vom 27. September 2022 (Anlage\*) und die dort enthaltenen Fundstellennachweise sowie auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

14. Sind der Bundesregierung Hinweise darauf bekannt, dass die Funktion des ärztlichen Leiters in iMVZ durch die Renditeorientierung der MVZ-Träger kompromittiert wird oder werden kann (z. B. durch einschlägige Zielvereinbarungen), und wenn ja, um welche Fälle handelt es sich hier?

Der ärztlichen Leitung im MVZ ist gesetzlich eine ausdrückliche Schutzfunktion zur Abschirmung der ärztlichen Behandlungstätigkeit vor sachfremder Einflussnahme zugewiesen. Dem BMG liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen. Gleichwohl ist es zielführend, die Stellung der ärztlichen Leitung im MVZ für die Zukunft noch weitergehend abzusichern.

15. Liegen der Bundesregierung Zahlen hinsichtlich der Teilnahme von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und iMVZ an der vertragszahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung und von Kindern und Jugendlichen mit präventiven Leistungen der Individualprophylaxe vor?

Aktuell vorliegende Gutachten enthalten auch eine Analyse des Leistungsgeschehens in den genannten Leistungskategorien, die dem Bereich der KCH-Leistungen (Konservierende und chirurgische Leistungen, inklusive Prophy-

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5166 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

laxe) unterfallen (vgl. Investorenbetriebene MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung – Entwicklungen und Auswirkungen, IGES Institut GmbH, Oktober 2020, S. 91 f.).

16. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse über die Bildung neuer MVZ-Formen mit anderen Arztgruppen vor, und wenn ja, wie sind diese MVZ strukturiert, und welche Arztgruppen sind hier tätig?

Die Gründung, die Zulassung und der Betrieb von MVZ sind gesetzlich abschließend geregelt. Hiervon abweichende Organisationsstrukturen sind nicht MVZ im Sinne des Vertragsarztrechts.

17. Welche Konsequenzen sieht die Bundesregierung bei einer Ausweitung insbesondere von iMVZ für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum, insbesondere hinsichtlich der Qualität der Versorgung?
18. Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um eine solche Entwicklung im ländlichen Raum zu verhindern?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BMG beabsichtigt, einen Vorschlag zur weiteren Regulierung von MVZ zu erarbeiten. Die nähere Ausgestaltung des Regelungsvorschlags wird derzeit geprüft.

**Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an die Arbeitsgemeinschaft der Obersten  
Landesgesundheitsbehörden**

-

**Gutachten zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Investorenbeteiligung**

**1. Gegenstand der Darstellung**

Gegenstand der nachstehenden Darstellung sind folgende Gutachten zur Teilnahme von investorenbetriebenen MVZ an der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung aus den Jahren 2020-2022:

- Rolle der medizinischen Versorgungszentren in der zahnärztlichen Versorgung – Auswertung einer Primärdatenerhebung in zahnärztlichen MVZ mit Investorenbeteiligung, September 2020, WifOR Institute GmbH (unveröffentlicht)
- Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Entwicklung und Auswirkungen, Oktober 2020, IGES Institut GmbH
- Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Zur Einführung eines MVZ-Registers sowie zur Eignung insbesondere von investorenbetriebenen zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren, Oktober 2020, Helge Sodan
- Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren, November 2020, Andreas Ladurner/Ute Walter/Beate Jochimsen
- Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung, Dezember 2020, Institut für Gesundheitsökonomik mit Unterstützung des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren
- Studie zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen der Trägerschaft und der Qualität labormedizinischer Leistungserbringung in Deutschland, Januar 2021, WIG2 GmbH/figus GmbH
- Versorgungsanalyse zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren, Dezember 2021, IGES Institut GmbH

Mit Bezug zur bisherigen Gefahrenprognose des Gesetzgebers, zur aktuellen politischen Diskussion und zu den bestehenden gesetzlichen Einschränkungen sind darin unter anderem die folgenden Informationen enthalten.

**2. Versorgungsanteile und Wachstumsraten**

In vorliegenden Gutachten werden Versorgungsanteile und Wachstumsraten sowohl an der Anzahl der Versorgungseinheiten als auch an der Anzahl der Arztstellen und Behandlungsfälle sowie an der Höhe der Honorarvolumina bemessen. Im Rahmen der folgenden Darstellung wer-

den die Erkenntnisse zu MVZ in Trägerschaft von privaten Krankenhäusern teilweise mitbetrachtet, da anzunehmen ist, dass private Krankenhäuser ähnlich gewinnorientiert betrieben werden wie investorenbetriebene MVZ, und dass investorenbetriebene MVZ häufig in der Trägerschaft von privaten Krankenhäusern stehen.<sup>1</sup>

a. Zahnärztliche Versorgung

- In der zahnärztlichen Versorgung werden bundesweit 793 nicht-investorenbetriebene MVZ-Praxisstandorte und 207 investorenbetriebene MVZ-Praxisstandorte gezählt.<sup>2</sup>
- Gemessen an der Anzahl der Versorgungseinheiten wird der Anteil der investorenbetriebenen Zahnarzt-MVZ an allen Zahnarztpraxen auf 0,5% geschätzt.<sup>3</sup>
- Von insgesamt 66.583 Zahnarztstellen in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung entfallen 2.720 Zahnarztstellen auf nicht-investorenbetriebene MVZ und 591 Zahnarztstellen auf investorenbetriebene MVZ. Der Anteil der Zahnarztstellen in investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der Zahnarztstellen in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung beläuft sich auf 0,9%. Der Anteil der Zahnarztstellen in nicht-investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der Zahnarztstellen in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung beträgt demgegenüber 4,1%. Es ergibt sich ein Gesamtversorgungsanteil aller zahnärztlichen MVZ mit und ohne Investorenbeteiligung an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung von 5% (gegenüber 66% Einzelpraxen und 29% Berufsausübungsgemeinschaften).<sup>4</sup>
- Investorenbetriebene MVZ sind in 88 von insgesamt 472 zahnärztlichen Planungsbereichen vertreten. In 68 Planungsbereichen ist ihr Versorgungsanteil – wieder gemessen am Anteil der Zahnarztstellen – sehr gering (< 5%). Ein Versorgungsanteil von über 10% bis maximal 19% wird nur in sechs Planungsbereichen erreicht. Bei diesen sechs Planungsbereichen handelt es sich zum Teil um kleine Planungsbereiche, in denen bereits das Hinzukommen eines MVZ deutliche Verschiebungen des Versorgungsanteils bewirkt<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Vgl. auch IGES 2021, S. 32: „Den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung erreichen Finanzinvestoren durch den Erwerb eines gem. § 95 Abs. 1a SGB V zum Betrieb eines MVZ ermächtigten Leistungserbringers, häufig eines Krankenhauses.“

<sup>2</sup> IGES 2020, S. 24 f.

<sup>3</sup> WifOR, S. 21, ausgehend von 822 nicht-investorenbetriebenen MVZ und 218 investorenbetriebenen MVZ.

<sup>4</sup> IGES 2020, S. 26 f.

<sup>5</sup> IGES 2020, S. 45 f.

- Hinsichtlich der Wachstumsraten wird festgestellt, dass sich die Zahl der nicht-investorenbetriebenen MVZ-Praxen seit 2015 von 76 auf 793 erhöht hat, während die Zahl der investorenbetriebenen MVZ-Praxen im selben Zeitraum von 11 auf 207 angestiegen ist.<sup>6</sup> Die Anzahl der Zahnarztstellen in nicht-investorenbetriebenen MVZ ist seit dem Jahr 2015 von 173 auf 2.720 angestiegen, während die Zahnarztstellen in investorenbetriebenen MVZ im selben Zeitraum von 43 auf 593 angewachsen sind. Der Anteil der Zahnarztstellen an der Gesamtzahl der Zahnarztstellen in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung ist seit 2015 von 0,3% auf 4,1% auf Seiten der nicht-investorenbetriebenen MVZ und von 0,1% auf 0,9% auf Seiten der investorenbetriebenen MVZ angestiegen.<sup>7</sup>

#### b. Ärztliche Versorgung

- Für die ärztliche Versorgung wird im Rahmen einer Gesamtbetrachtung von MVZ mit und ohne Investorenbeteiligung festgestellt, dass – gemessen an der Anzahl der Versorgungseinheiten - der Anteil von MVZ im Verhältnis zu anderen Praxisformen bundesweit 3% (gegenüber 78% Einzelpraxen und 19% Berufsausübungsgemeinschaften) beträgt<sup>8</sup>.
- Der bundesweite Anteil der Arztstellen in investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der Arztstellen in der ambulanten Versorgung wird grob auf maximal 1,4% bis 2% geschätzt.<sup>9</sup> Im Übrigen wird eine erhebliche Marktkonzentration auf investorenbetriebene MVZ nur für den Sonderbereich der Labormedizin festgestellt, der etwa zur Hälfte auf fünf Laborketten aufgeteilt ist.<sup>10</sup>
- Für Bayern wurden jüngst folgende Versorgungsanteile von investorenbetriebenen MVZ ermittelt, die nochmals geringer ausfallen:
  - In Bayern unterhalten Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ insgesamt 16.235 Hauptbetriebsstätten und 18.370 Praxisstandorte. 536 Hauptbetriebsstätten mit insgesamt 980 Praxisstandorten entfallen auf MVZ. Davon sind 41 Hauptbetriebsstätten und insgesamt 93 Praxisstandorte den investorenbetriebenen MVZ zuzuordnen. Der Anteil der bayerischen Praxisstandorte von investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der bayerischen Praxisstandorte in der ambulanten ärztlichen Versorgung beträgt damit 0,5%.<sup>11</sup>

---

<sup>6</sup> IGES 2020, S. 24 f. Mit leicht abweichenden Zahlen, aber gleicher Größenordnung WifOR, S. 21, auch mit der Feststellung, dass seit 2015 die MVZ ohne Investorenbeteiligung die wesentlichen Wachstumstreiber waren.

<sup>7</sup> IGES 2020, S. 26 f.

<sup>8</sup> Ladurner/Jochimsen/Walter, S. 41.

<sup>9</sup> Institut für Gesundheitsökonomik, S. 14.

<sup>10</sup> WIG2/figus, S. 62, 94.

<sup>11</sup> IGES 2021, Kurzfassung, S. 15.

- Die Anzahl der Arztstellen in bayerischen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ beträgt 21.236. Davon sind 1.892 Arztstellen den MVZ zuzuordnen. Auf die Teilgruppe der investorenbetriebenen MVZ entfallen 143 Arztstellen. Der Anteil der Arztstellen in bayerischen Investoren-MVZ an der Gesamtzahl der Arztstellen in Bayern beträgt damit 0,67%.<sup>12</sup>
- Das quartalsweise Fallvolumen in bayerischen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ umfasst knapp 15 Mio. Behandlungsfälle. Davon entfallen etwa 1,4 Mio. Behandlungsfälle auf MVZ. Der Teilgruppe der investorenbetriebenen MVZ sind 150.000 Behandlungsfälle zuzuordnen. Der Anteil der Behandlungsfälle in investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle in Bayern beträgt damit 1%.<sup>13</sup>
- Das quartalsweise Honorarvolumen in bayerischen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ beträgt insgesamt etwa 1,2 Mrd. Euro. Davon entfallen etwa 130.000 Mio. Euro auf MVZ, hiervon wiederum 12 Mio. Euro auf investorenbetriebene MVZ. Der Honoraranteil von investorenbetriebenen MVZ am Gesamthonorar für ambulante ärztliche Behandlungsleistungen beträgt damit 1%.<sup>14</sup>
- Hinsichtlich der Wachstumsraten wird bei bundesweiter Betrachtung festgestellt, dass sich der Zuwachs von MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern seit dem Jahr 2004 nahezu parallel entwickelt hat. Insbesondere haben beide Trägertypen seit dem Wegfall des Erfordernisses der Fachübergreiflichkeit im Jahr 2015 überdurchschnittliche Zuwächse verzeichnet. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind damit ebenso aktive Gründer wie Krankenhäuser.<sup>15</sup> Die Analyse der ambulanten Versorgungsstrukturen in Bayern bestätigt diese Einschätzung. Auch dort wird für MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern in den Jahren 2018 bis 2019 ein stetiger Zuwachs festgestellt – mit erheblich mehr Zuwachs bei MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (+ 41 Praxisstandorte) und bei MVZ in Trägerschaft öffentlicher oder freigemeinnütziger Träger (+ 41 Praxisstandorte) als bei MVZ in Trägerschaft privater Krankenhäuser (+ 27 Praxisstandorte).<sup>16</sup> Hervorgehoben wird, dass sich die Anzahl investorenbetriebener MVZ in Bayern in den Jahren 2018 bis 2019 um 72% erhöht hat.<sup>17</sup> Diese Feststellung bezieht sich auf eine Stei-

---

<sup>12</sup> IGES 2021, Kurzfassung, S. 15.

<sup>13</sup> IGES, 2021, Kurzfassung, S. 15.

<sup>14</sup> IGES, 2021, Kurzfassung, S. 15.

<sup>15</sup> Ladurner/Jochimsen/Walter, S. 26.

<sup>16</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 55.

<sup>17</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 29, 114 („enorme Dynamik“), S. 57.

gerung von 54 auf 93 Praxisstandorte und damit auf 39 zusätzliche Praxisstandorte bei geringer Ausgangszahl. Demgegenüber hat sich die Anzahl der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im selben Zeitraum von 466 auf 507 und damit um 41 Praxisstandorte erhöht. Die Gesamtzahl der bayerischen MVZ hat sich von 830 auf 980 und damit um 150 Praxisstandorte erhöht.<sup>18</sup>

### **3. Räumliche Verteilung**

Auch die räumliche Verteilung verschiedener Praxisformen wird anhand verschiedener Vergleichsparameter analysiert. Betrachtet werden die Verteilung der Standorte, der Zahnarztstellen sowie der Behandlungsfälle.

#### **a. Zahnärztliche Versorgung**

- Im Jahr 2019 entfiel ein Bevölkerungsanteil von 67,9% auf städtische Regionen, der von 81% der zahnärztlichen MVZ und 69,6% der zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften versorgt wurde. Der Anteil der Standorte von zahnärztlichen MVZ im städtischen Raum lag damit über dem Anteil der dort lebenden Bevölkerung, während die Standortverteilung der Berufsausübungsgemeinschaften in etwa der Bevölkerungsverteilung entsprach. Ein Zusammenhang zwischen der Inhaberstruktur von zahnärztlichen MVZ und deren räumlicher Verteilung wird gleichwohl verneint, weil die räumliche Verteilung zahnärztlicher MVZ im Verhältnis zur Verteilung der Bevölkerung seit jeher stabil und vom Eintritt von Investorengesellschaften in die Versorgung unbeeinflusst geblieben ist.<sup>19</sup>
- Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich hinsichtlich der Verteilung der Zahnarztstellen. Sie verteilen sich zu 54% (nicht-investorenbetriebene MVZ) beziehungsweise zu 67% (investorenbetriebene MVZ) auf kreisfreie Großstädte, obwohl dort nur 29% der Gesamtbevölkerung leben. Dagegen verteilen sich die Zahnarztstellen in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften in etwa proportional zur regionalen Verteilung der Bevölkerung. Hieraus wird geschlossen, dass nicht-investorenbetriebene MVZ in ähnlichem Ausmaß wie investorenbetriebene MVZ die großstädtischen Standorte bevorzugen.<sup>20</sup>

#### **b. Ärztliche Versorgung**

- Mit Blick auf die ärztliche Versorgung wird festgestellt, dass investorenbetriebene MVZ in allen Regionstypen anzutreffen sind. Eine unsachgemäße Konzentration von investorenbetriebenen MVZ auf bestimmte Regionstypen wird teilweise ausdrücklich verneint.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 126.

<sup>19</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 35.

<sup>20</sup> IGES 2020, S. 48, 59, 137.

<sup>21</sup> Institut für Gesundheitsökonomik, S. 63.

- Für Bayern wird ohne Differenzierung zwischen investorenbetriebenen MVZ und nicht-investorenbetriebenen MVZ festgestellt, dass die Behandlungsfälle von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ jeweils hälftig auf städtische Kreistypen (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise) und ländliche Kreistypen (ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise) verteilt sind. Dabei weisen MVZ mit 52% den höchsten Fallanteil in ländlichen Kreistypen auf (gegenüber Einzelpraxen mit 50,3% und Berufsausübungsgemeinschaften mit 50,9%). Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich, wenn die regionale Verteilung der Behandlungsfälle nicht an den vorhandenen Siedlungsstrukturen (Einwohneranteil in Städten, Einwohnerdichte), sondern an den vorhandenen Verwaltungsstrukturen (Kreisfreie Städte, Landkreise) gemessen wird. Im Rahmen dieser Alternativbetrachtung zeigt sich bei MVZ abermals eine hälftige Verteilung der Behandlungsfälle auf kreisfreie Städte und Landkreise. Bei den Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften ohne MVZ verteilen sich die Behandlungsfälle zu 40% auf kreisfreie Städte und zu 60% auf Landkreise.<sup>22</sup>

#### **4. Abrechnungsverhalten**

Die vorhandenen Analysen zum Abrechnungsverhalten zielen insbesondere auf einen Vergleich investorenbetriebener MVZ mit Einzelpraxen. Sie enthalten umfassendes Datenmaterial für die zahnärztliche Versorgung aus 20 ausgewählten Planungsbereichen und für die ärztliche Versorgung aus dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

##### **a. Zahnärztliche Versorgung**

- Festgestellt wird, dass investorenbetriebene MVZ im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen im Vergleich zu Einzelpraxen insgesamt größere Leistungsmengen je Behandlungsfall abrechnen, dabei jedoch teilweise niedriger bewertete Leistungen in Ansatz bringen. Die Abrechnung von Leistungen mit niedrigeren Bewertungszahlen kompensiere jedoch nicht die erhöhte Abrechnungsmenge, sodass sich „etwas höhere“ Umsätze ergeben als in Einzelpraxen. Im Vergleich zu den Einzelpraxen sind erhöhte Leistungsmengen und höhere Umsätze auch bei den MVZ ohne Investorenbeteiligung erkennbar.
- Für den weiteren Leistungsbereich des Zahnersatzes existieren Hinweise darauf, dass in investorenbetriebenen MVZ vergleichsweise häufig die lukrativen Neuversorgungen anstelle von Wiederherstellungen durchgeführt werden. Auch diese Feststellung trifft ebenso auf nicht-investorenbetriebene MVZ zu.

---

<sup>22</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 63.

- Sowohl für die Analysen im Leistungsbereich der konservierend-chirurgischen Leistungen als auch im Bereich des Zahnersatzes bleibt ausdrücklich offen, inwieweit die beobachteten Unterschiede darauf zurückzuführen sind, dass MVZ verstärkt bestimmte Patientengruppen anziehen. Es wird ausdrücklich festgestellt, dass die Erkenntnisse zu den höheren Mengenausweitungen im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen und die größere Häufigkeit von Neuversorgungen im Bereich des Zahnersatzes nicht ausreichen, um festzustellen, dass von MVZ mit oder ohne Investorenbeteiligung eine Gefahr für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung ausgeht. Vielmehr müsse eine solche Annahme gegebenenfalls auf einer tiefer gehenden Datengrundlage und mit spezifisch zahnmedizinischem Sachverstand überprüft werden.
- Schließlich haben die im Vergleich zu den Einzelpraxen höheren Abrechnungsvolumina aufgrund des geringen Versorgungsanteils von zahnärztlichen MVZ keine spürbaren Auswirkungen auf der Systemebene.<sup>23</sup>

#### b. Ärztliche Versorgung

- Eine auf bayerische Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ bezogene Abrechnungsanalyse enthält die Feststellung, dass MVZ in drei von sieben untersuchten Fachrichtungen höhere Honorarvolumina je vergleichbarem Quartalsfall erzielen als Einzelpraxen (Innere Medizin, Augenheilkunde, Gynäkologie). In den übrigen vier Fachrichtungen entspricht das Honorarvolumen von MVZ dem der Einzelpraxen oder unterschreitet dieses (hausärztliche Versorgung, Orthopädie/Chirurgie, Neurologie/Nervenheilkunde/Psychiatrie, Urologie).<sup>24</sup>

Bei einer Durchschnittsbetrachtung über alle untersuchten Fachrichtungen ergibt sich für bayerische MVZ gegenüber bayerischen Einzelpraxen ein insgesamt höheres Honorarvolumen (+ 5,7%). In der Teilgruppe der investorenbetriebenen MVZ fällt das Honorarvolumen noch einmal höher aus (+ 10,4% gegenüber Einzelpraxen). Die höchsten Honorarvolumina erzielen MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft (+ 12,6% gegenüber Einzelpraxen). Dementsprechend kommt die Abrechnungsanalyse zu dem Ergebnis, dass es die MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft sind, die am ehesten mit konstant höheren Honorarvolumina zu assoziieren sind. Auch MVZ in Trägerschaft privater Krankenhäuser rechnen durchschnittlich geringere Honorarvolumina je vergleichbarem Quartalsfall ab als Einzelpraxen (- 8,4%). Sie erzielen damit zugleich geringere Honorarvolumina als MVZ in Trägerschaft öffentlicher oder freigemeinnütziger Krankenhäuser, deren Honorarvolumen um 7,8% unter dem der Einzelpraxen liegt.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> IGES 2020, S. 12 f., 86 f., 102, 112, 137 f.

<sup>24</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 30, 74 f., Kurzfassung, S. 18.

<sup>25</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 30, 74, 76, Kurzfassung, S. 18, 21.

- Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Komplementäranalyse, in der nicht die Kosten für einen quartalsmäßigen Behandlungsfall, sondern die Kosten für die Versorgung einer/eines Versicherten über den Zeitraum von zwei Jahren verglichen werden. Erhöhten Behandlungskosten in bayerischen MVZ gegenüber den bayerischen Einzelpraxen in drei Fachrichtungen (Innere Medizin, Augenheilkunde, Gynäkologie) stehen auch hier gleiche oder niedrigere Behandlungskosten in MVZ gegenüber den Einzelpraxen in den übrigen vier Fachrichtungen gegenüber (hausärztliche Versorgung, Orthopädie/Chirurgie, Neurologie/Nervenheilkunde/Psychiatrie, Urologie).<sup>26</sup>

Bei fachrichtungsübergreifender Durchschnittsbetrachtung ergibt sich für MVZ in der Zwei-Jahres-Betrachtung insgesamt ein leicht erhöhtes Honorarvolumen gegenüber den Einzelpraxen (+ 1,9%). In der Teilgruppe der investorenbetriebenen MVZ fällt das Honorarvolumen abermals etwas höher aus (+ 8,3% gegenüber Einzelpraxen). Dies gilt jedoch gleichermaßen für MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die in der fachgruppenübergreifenden Zwei-Jahres-Betrachtung gegenüber den Einzelpraxen ebenfalls ein Honorarvolumen von + 8,3% aufweisen. Auch in diesem Zusammenhang wird die Feststellung getroffen, dass konstant erhöhte Honorarvolumina am ehesten bei den MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu beobachten sind. Ebenso wird auch im Rahmen der Komplementäranalyse festgestellt, dass MVZ in der Trägerschaft privater Krankenhäuser weniger abrechnen als Einzelpraxen (- 10,27%). Sie erzielen damit zugleich geringere Honorarvolumina als MVZ in Trägerschaft öffentlicher oder freigemeinnütziger Krankenhäuser, deren Honorarvolumen um 8,5% unter dem der Einzelpraxen liegt.<sup>27</sup>

- In der Fachpresse sind vorgenannte Erkenntnisse dahingehend zusammengefasst worden, dass MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Vergleich zu Einzelpraxen durchschnittlich höhere Mehrkosten verursachen als investorenbetriebene MVZ.<sup>28</sup> Nach einer Gegendarstellung der IGES Institut GmbH ist diese Zusammenfassung jedoch unzutreffend. Bei den investorenbetriebenen MVZ (im Gutachten: „PEG-MVZ“) handele es sich um eine Kategorie zur Beschreibung der Eigentumsverhältnisse, während das Gutachten im Übrigen auf die Trägerschaft von MVZ abstelle. Investorenbetriebene MVZ könnten jedoch in ganz verschiedenen Trägerkategorien enthalten sein. Daher sei es unzulässig, investorenbetriebene MVZ mit einzelnen Trägerkategorien wie den MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu vergleichen. Ein solcher Vergleich bedeute eine Verwechslung der Merkmale „Eigentümerstellung“ und „Trägerschaft“.<sup>29</sup> Diese nachträglichen Ausführungen sind aus fachlicher

---

<sup>26</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 89, Kurzfassung, S. 22 f.

<sup>27</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 88 f., 91.

<sup>28</sup> ÄrzteZeitung v. 13. April 2022, S. 17.

<sup>29</sup> IGES, Stellungnahme zu Missverständnissen in der Berichterstattung über das Gutachten, 12.4.2022, abrufbar auf <https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index ger.html>.

Sicht des BMG jedoch nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Vielmehr ist davon auszugehen, dass gerade bei den MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Trägerschaft und die Eigentümerstellung zusammenfallen. Zutreffend wird in dem Gutachten der IGES Institut GmbH selbst festgestellt, dass eine Investorenbeteiligung (nur) bei MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses, eines sonstigen privaten Trägers oder einer Mischform auftreten kann. MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten werden damit jedoch gerade nicht der Kategorie von MVZ zugeordnet, bei denen eine Investorenbeteiligung denkbar ist.<sup>30</sup> Demnach erlaubt die Trägerschaft bei diesen MVZ den Rückschluss auf die Eigentümerstellung (Nicht-Investor), sodass auch der Vergleich mit der Eigentümerkategorie der investorenbetriebenen MVZ nicht unzulässig sein kann.

## **5. Gefahrenprognose**

Der Gesetzgeber hat die bislang ergriffenen Schutzvorkehrungen insbesondere mit der Befürchtung begründet, dass der Betrieb von MVZ in Investorenhand mit einer Gefahr für die Integrität, Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübung einhergeht. Vorliegende Gutachten enthalten zum Teil deutliche Einschätzungen zu der Frage, ob diese Gefahrenprognose weiterhin begründet ist.

### **a. Annahme einer Gefahrenlage vereinzelt**

Aus der Beteiligung von Investoren an der Versorgung wird nur vereinzelt eine ausdrückliche Gefahr für die Versorgungssicherheit abgeleitet.

- Diese Annahme wird mit den zahnärztlichen Abrechnungsanalysen der IGES Institut GmbH begründet, wonach investorenbetriebene MVZ im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen im Vergleich zu Einzelpraxen insgesamt größere Leistungsmengen je Behandlungsfall abrechnen und im Leistungsbereich des Zahnersatzes vergleichsweise häufig Neuversorgungen anstelle von Wiederherstellungen durchführen.
- Darüber hinaus wird die Begründung des Gesetzgebers zur Einführung von Versorgungshöchstquoten für zahnmedizinische Krankenhaus-MVZ aufgegriffen. Dort wurde auf Patientenbeschwerden über Dentalketten in Frankreich und Spanien sowie auf Verlautbarungen aus dem Investorenkreis und deren Beratungsunternehmen hingewiesen, wonach es sich beim deutschen Zahnarztmarkt um einen lukrativen Versorgungsbereich handelt.

---

<sup>30</sup> IGES 2021, Langfassung, S. 113. Zur Erläuterung des Begriffs „sonstige private Träger“ (Heil- und Hilfsmittelerbringer, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen) und der „Mischformen“ (verschiedene Trägergruppen) vgl. auch S. 38 f.

- Schließlich führe die räumliche Verteilung von MVZ langfristig zu einer erschwerten Versorgung im ländlichen Raum und sei mit der Bildung von MVZ-Ketten ein erhöhtes Ausfallrisiko verbunden.
- Nach alledem begründe die Beteiligung eines Investors an einem zahnmedizinischen MVZ typischerweise eine Gefahrenlage auf der Versorgungsebene. Zwar sei anzuerkennen, dass die beobachteten Unterschiede im Leistungsgeschehen in investorenbetriebenen MVZ gegenüber den Einzelpraxen auch auf nicht-investorenbetriebene MVZ zutreffen. Jedoch rechtfertige es „die Dynamik der Entwicklung im Bereich der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ und die damit einhergehende Verschiebung hin zu ungleichen Hintergrundbedingungen, mit denen sich niederlassungswillige Zahnärzte konfrontiert sehen“, im Schwerpunkt die investorenbetriebenen MVZ in den Blick zu nehmen.<sup>31</sup>

b. Überwiegend Verneinung einer Gefahrenlage

Überwiegend werden nachweisbar negative Zusammenhänge zwischen Inhaberschaft und Versorgungsqualität in investorenbetriebenen MVZ in den vorliegenden Gutachten verneint.

- Selbst die IGES Institut GmbH kommt nach umfangreichen Abrechnungsanalysen in der zahnärztlichen Versorgung zu der ausdrücklichen Erkenntnis, dass investorenbetriebene MVZ die Beobachtungen zu den oben unter Ziffer 4.a beschriebenen höheren Leistungsmengen im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen und der größeren Häufigkeit von Neuversorgungen im Bereich des Zahnersatzes nicht ausreichen, um festzustellen, dass von MVZ mit oder ohne Investorenbeteiligung eine signifikante Gefahr für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung ausgeht.
- Darüber hinaus wird erläutert, dass der Status der angestellten Ärztinnen und Ärzte dem Status der Vertragsärztinnen und -ärzten inzwischen stark angenähert ist. Angestellte Ärztinnen und Ärzte seien in der Regel Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Disziplinargewalt unterworfen. Fachlich-medizinisch erfüllten angestellte Ärztinnen und Ärzte dieselbe Funktion wie Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. An ihre fachliche Eignung würden keine geringeren Anforderungen gestellt als an die Eignung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Deshalb sei die Grundannahme, dass sich die Angestellten im MVZ von den Gesellschaftern der Trägergesellschaft sachfremd beeinflussen lassen, mit dem rechtlichen Status der Angestellten nur schwer zu vereinbaren.
- Ferner sei die Motivation der Gewinnerzielung etwa auch bei selbständig niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu beobachten und keinesfalls ein geeignetes Kriterium für die

---

<sup>31</sup> Sodan, S. 38 ff., 46 f., 83, 89.

Annahme von Versorgungsgefahren. Die Vorstellung, mit dem Ausschluss bestimmter Trägertypen langfristig zu einem kommerzfreien MVZ zu gelangen, sei realitätsfern. Befragungen zufolge seien ökonomische Zielvorgaben in Einzelpraxen sogar dominanter als in MVZ; die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung werde dadurch positiv beeinflusst.

- Der ökonomischen Theorie sei kein Hinweis auf die Überlegenheit einer bestimmten Eigentümerstruktur hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu entnehmen. Auch einschlägige Versorgungsanalysen aus dem Bereich der stationären Versorgung deuteten nicht zuverlässig auf die Überlegenheit bestimmter Trägertypen hin. Sofern darin jedoch Tendenzen in Richtung einer höheren Versorgungsqualität zu erkennen sind, so fielen diese allenfalls zugunsten von privaten, d.h. gewinnorientierten Krankenhausträgern gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern aus.
- In einem Zeitraum von über 15 Jahren nach Einführung der MVZ lasse sich noch immer keine gravierende systematische Fehlversorgung in investorenbetriebenen MVZ belegen. Die bisherige Gefahrenprognose des Gesetzgebers, dass medizinische Entscheidungen in investorenbetriebenen MVZ einer sachfremden Einflussnahme ausgesetzt sind, werde zunehmend begründungsbedürftig. Dies gelte umso mehr, je länger MVZ in Investorenhand unbeanstandet an der Versorgung teilnehmen.<sup>32</sup>

## **6. Rechtliche Bewertung bisheriger Regulierungsansätze**

Auf der Grundlage seiner bisherigen Gefahrenprognose hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit eine Vielzahl von Regelungen getroffen, um die ärztliche Integrität vor sachfremder Einflussnahme zu schützen, eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz zu verhindern und eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Hierzu zählen die Beschränkung der für MVZ zulässigen Rechtsformen, die Beschränkung des Gründerkreises, die Konkretisierung der Vorgaben zur ärztlichen Leitung, der Nachrang nichtärztlicher MVZ im Nachbesetzungsverfahren, die Einführung von Versorgungshöchstquoten für zahnärztliche Krankenhaus-MVZ und die Beschränkung nichtärztlicher Dialyseleistungserbringer auf die Gründung fachbezogener MVZ.

---

<sup>32</sup> IGES 2020, S. 137; Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 12, 74 ff., 95 ff.; Institut für Gesundheitsökonomik, S. 21, 49, 55, 88; WIG2/figus, S. 13, 32, 90. Zur Gewinnerzielungsabsicht von selbständig niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie vermeintlichen Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung vgl. auch Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 96 mit Hinweis auf BT-Drs. 12/3608, S. 98: „Aufgrund seiner professionellen Autorität bestimmt der Arzt weitgehend das Angebot und zugleich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in allen Bereichen. Es ist unvermeidbar, daß er sich dabei auch von seinen Einkommensinteressen leiten lässt. Eine unwirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise muß damit nicht verbunden sein.“

Nachdem in den Jahren 2012 und 2018 bereits der Sachverständigenrat die bis dahin erfolgten Marktzutrittsbeschränkungen massiv kritisiert hatte und umgekehrt für den Erhalt der Organisations-, Eigentums- und Rechtsformvielfalt eingetreten war<sup>33</sup>, enthält auch das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Gutachten eine überwiegend kritische Bewertung des bisherigen Regulierungsrahmens.

a. Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

- Zunächst wird darauf hingewiesen, dass sich beschränkende Maßnahmen auf der Ebene der Marktzugangsebene oder der Betriebsebene regelmäßig als Eingriffe in die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) darstellen. Entsprechende Eingriffe seien rechtmäßig, wenn sie eine legitime Zielsetzung verfolgen und für die Zielerreichung geeignet sowie erforderlich sind.
- Der Gesetzgeber verfolge etwa einen legitimen Zweck, wenn er darauf abzielt, eine sachfremde Beeinflussung ärztlicher Behandlungstätigkeit in MVZ zu vermeiden. Dagegen werde gerade kein legitimer Zweck verfolgt, wenn einschränkende Regelungen allein vordergründig dem Gesundheitsschutz dienen und eigentlich das Ziel verfolgen, einzelne Leistungserbringer vor unliebsamer Konkurrenz zu schützen. Der Konkurrenzschutz um seiner selbst willen stelle nämlich gerade keinen verfassungsrechtlich anerkannten Gesetzeszweck dar.
- Für die Beurteilung der Geeignetheit und Erforderlichkeit habe der Gesetzgeber einen Einschätzungs- und Prognosespielraum. Er müsse etwaige Gefahrenprognosen aber jedenfalls auf der Grundlage realitätsgerecht erkennbarer Risiken treffen. Ein bloßes Herbeireden von Gefahren insbesondere durch Interessenvertreter erfülle diese Voraussetzung nicht.
- Darüber hinaus sei der Gesetzgeber verpflichtet, eine frühere Gefahrenprognose und die auf dieser Grundlage vorgenommenen Einschränkungen verfassungskonform anzupassen, soweit dies aufgrund einer Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse oder einer Veränderung der Erkenntnislage erforderlich ist. Schließlich könne der Gesetzgeber wegen des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) nicht eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe wesentlich anders behandeln, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen.<sup>34</sup>

b. Überwiegend kritische Bewertung der bisherigen Einschränkungen

---

<sup>33</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, S. 291 ff., Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, S. 418.

<sup>34</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 88 ff.

- Mit Blick auf den aktuellen Regulierungsrahmen wird zunächst die bisherige Regelungsabsicht kritisiert, die Qualität der Versorgungstätigkeit im MVZ mit einer Beschränkung der Inhaberstruktur von MVZ zu steuern. Stattdessen sollten etwaige Gefahren für die Versorgungsqualität dort verhindert werden, wo sie sich verwirklichen, nämlich durch zielgerichtete Maßnahmen auf der Ebene der Binnenorganisation des MVZ. Auf dieser Ebene könne mit vergleichsweise milden regulatorischen Eingriffen sachnah und praktisch wirksam etwaig erforderliche Schutzvorkehrungen getroffen werden. Dieser Regelungsansatz entspreche auch den Krankenhausgesetzen der Länder, die umfangreiche Regelungen zur Binnenorganisation der Krankenhäuser enthalten.
- Außerdem hätten die geltenden Marktzutrittsbeschränkungen die wohl unbeabsichtigte Nebenfolge, dass allein die besonders finanzstarken Investoren den Zugang zur Versorgung finden. Sei es vor der Begrenzung des MVZ-Gründerkreises auch für kleine und mittelständische Leistungserbringer (z.B. kleine Hilfsmittelerbringer, einzelne Apotheker) möglich gewesen, ein kleines MVZ zu gründen, machten die derzeitigen Zugangsbeschränkungen ein Engagement in kleinerem Umfang unmöglich. Es sei wirtschaftlich nicht abzubilden, ein Krankenhaus zu erwerben, um damit etwa ein lokales MVZ mit drei Arztstellen zu betreiben.<sup>35</sup>
- Darüber hinaus sei bedenklich, dass der Gesetzgeber die investorenbetriebenen Versorgungseinheiten in der ambulanten Versorgung mit den vorhandenen Marktzugangsbeschränkungen wesentlich anders behandelt als in der Krankenhausversorgung, wo sämtliche Trägergruppen (privat, öffentlich, freigemeinnützig) einen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung haben und eine Eigentumsregulierung gerade nicht existiert. Mit einem etwaigen Gefahrenpotential nichtärztlicher Investoren für das Patientenwohl lasse sich diese Ungleichbehandlung nicht rechtfertigen, da die stationäre Versorgung ein höheres Gefahrenpotential aufweist als die ambulante Versorgung. Es lasse sich nur schwer begründen, warum ein Krankenhaus in Investorenhand Operationen am offenen Herzen durchführen darf, der Betrieb eines hausärztlichen MVZ in Investorenhand jedoch mit Gefahren für das Patientenwohl verbunden sein soll.<sup>36</sup>
- Ähnlich widersprüchlich sei auch die Regelung zur Beschränkung von nichtärztlichen Dialyseleistungserbringern auf die Gründung von fachbezogenen MVZ und damit auf Leistungen, die mit der Dialyseversorgung zusammenhängen - etwa hausärztliche, internistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen. Insoweit lasse sich rational kaum begründen, warum investorenbetriebene MVZ der genannten Fachrichtungen betreiben dürfen, nicht aber MVZ mit anderen Fachrichtungen, die ggfs. ein geringeres Gefährdungspotenzial aufweisen.

---

<sup>35</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 98 f., 104, 124.

<sup>36</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 97.

Investoren, deren Zulassung als Träger eines kardiologischen MVZ-Angebots verantwortbar erscheine, dürften auch bei dermatologischen Angeboten nicht das Patientenwohl gefährden.<sup>37</sup>

- Umfassender Kritik begegnet schließlich die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführte Regelung zu Versorgungshöchstquoten für zahnärztliche Krankenhaus-MVZ. Die hiermit vom Gesetzgeber verfolgten Ziele – offene Märkte und Trägervielfalt, Gesundheitsschutz, Wirtschaftlichkeit, flächendeckende Versorgung – seien mit der Regelung nicht zu erreichen.
  - Zunächst sei die Regelung selbst bei Anerkennung eines weiten gesetzgeberischen Einschätzungsspielraums nicht geeignet, das Ziel der Anbietervielfalt im Sinne gleicher Marktpartizipation zu erreichen. Stattdessen begrenze die Regelung nur die Versorgungsanteile eines einzelnen Anbieters (Krankenhaus), wohingegen alle anderen Anbieter weiterhin unbeschränkt Marktanteile akkumulieren können. Die Regelung sei damit eher vielfaltsverzerrend als vielfaltswahrend. Weiterhin sei nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber ausgerechnet in der zahnärztlichen Versorgung, in der keinerlei bedarfsabhängige Zulassungsschranken existieren, eine Marktanteilsbeschränkung vorgenommen hat. Der Marktzugang stehe jedem in das Zahnarztregister eingetragenen Zahnarzt frei, sodass zahnärztliche Krankenhaus-MVZ allenfalls im Qualitätswettbewerb oder im (eingeschränkten) Preiswettbewerb eine Konkurrenz für andere Marktteilnehmer darstellen können. Wettbewerb und Marktanteilsgewinne im Sinne von Preis- und Qualitätswettbewerb seien durch die Berufsfreiheit aber gerade geschützt.
  - Noch weniger begründbar seien Versorgungshöchstquoten in schlecht versorgten Planungsbereichen. Dort bestehe nicht einmal eine wirtschaftliche Konkurrenzsituation, weil die Nachfrage das Angebot übersteige. Ferner lass sich die Regelung auch nicht mit dem Ziel des Gesundheitsschutzes begründen. In diesem Zusammenhang wird erneut festgestellt, dass es bereits an belastbaren Daten für eine Gesundheitsgefährdung durch zahnärztliche Krankenhaus-MVZ fehlt. Gleichwohl halte der Gesetzgeber das Gefahrenpotential zahnärztlicher Krankenhaus-MVZ offenbar für so gravierend, dass er ihre Versorgungsanteile selbst in schlecht versorgten Gebieten einschränkt und damit fortbestehende schwere Versorgungslücken einer ausreichenden Versorgung durch zahnärztliche Krankenhaus-MVZ vorzieht („besser kein Zahnarzt als ein angestellter Zahnarzt in einem Krankenhaus-MVZ“). Dies stelle eine außergewöhnlich weitreichende Maßnahme dar, die nur dann verfassungsrechtlich haltbar sei, wenn von den in Krankenhaus-MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzten eine erkennbar höhere Gefahr ausgeht als von einer zahnärztlichen Unterversorgung. Angesichts

---

<sup>37</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 98, vgl. auch S. 94 zu dem Widerspruch, einerseits einen medizinisch-fachlichen Bezug von MVZ-Gründern sichern zu wollen und andererseits die Gründereigenschaft für nichtärztliche Dialyseleistungserbringer zu erhalten.

der bestehenden Datenlage und der funktionalen Gleichstellung von angestellten und selbstständig niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sei diese Annahme sehr zweifelhaft.

- Wenn der Gesetzgeber gleichwohl von einer so gravierenden Gefahrenlage ausgeht, dann sei wiederum nicht begründbar, weshalb er den zahnärztlichen Krankenhaus-MVZ überhaupt irgendwelche Versorgungsanteile zugesteht. Ebenfalls mit Blick auf das Ziel des Gesundheitsschutzes lasse sich kaum rechtfertigen, dass der Gesetzgeber die Teilnahme eines Krankenhauses an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung für gefährlich hält und einschränkt, jedoch keinerlei Bedenken gegen die Teilnahme desselben Krankenhauses an der stationären Versorgung und an der ambulanten ärztlichen Versorgung hat.
- Auch mit Blick auf das Ziel, die Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung zu sichern, sei die Regelung nicht geeignet und erforderlich. So sei eine unwirtschaftliche Leistungserbringung zumindest durch die in der Gesetzesbegründung genannten Daten nicht nachvollziehbar belegt. Außerdem werde eine wirtschaftliche Versorgung jedenfalls im Bereich der Zahnersatzleistungen bereits durch das kassenseitige Genehmigungs- und Gutachterverfahren auf der Grundlage von Heil- und Kostenplänen sowie durch das Festbetragssystem abgesichert. Insoweit sei zu berücksichtigen, dass aufwändige Zahnersatzleistungen das GKV-System von vornherein nur eingeschränkt belasten, weil die GKV hierzu ohnehin nur einen prozentual festgelegten Festzuschuss zu leisten hat. Darüber hinaus sei mit der verpflichtenden Überprüfung und Bewilligung der im MVZ erstellten Heil- und Kostenpläne durch die Krankenkassen an sich sichergestellt, dass unwirtschaftliche Behandlungsleistungen zu Lasten der GKV vermieden werden. Insoweit sei allenfalls denkbar, dass die Krankenkassen ihrer Prüfpflicht nicht ausreichend nachkommen. In diesem Fall hätte der Gesetzgeber jedoch eine Intensivierung der Prüf- und Begutachtungspflicht als milderer Mittel zur Einführung von Versorgungshöchstquoten und gegebenenfalls auch eine Intensivierung der generellen Wirtschaftlichkeitsprüfung erwägen müssen.
- Schließlich erscheine die Regelung - selbst unter Berücksichtigung des gesetzgeberischen Einschätzungsspielraums - auch zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nicht geeignet. Es sei nicht erkennbar, wie die Versorgungshöchstanteile für zahnmedizinische Krankenhaus-MVZ dazu beitragen könnten, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Sollten niederlassungswillige Zahnärztinnen und Zahnärzte von investorenbetriebenen MVZ tatsächlich aus den Ballungsräumen verdrängt werden, so würde dies eine flächendeckende Versorgung eher verbessern als verschlechtern.<sup>38</sup>
- Befürwortet wird demgegenüber der bisherige Regelungsansatz des Gesetzgebers, die ärztliche Unabhängigkeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte über die Figur der ärztlichen Leitung im

---

<sup>38</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 99 ff.

MVZ abzusichern. Über die Figur des ärztlichen Leiters könne – ähnlich der Organisation des Krankenhauses als ebenfalls institutionellem Anbieter von Gesundheitsleistungen – die ärztliche Unabhängigkeit im MVZ auf der Ebene der Binnenorganisation wirksam und mit vergleichsweise milden Mitteln sichergestellt werden.<sup>39</sup>

## **7. Handlungsvorschläge bezüglich Gründung und Betrieb von MVZ**

Vorliegende Weiterentwicklungsvorschläge beziehen sich sowohl auf die Regulierung der Gründungsebene durch weitere Zugangsbeschränkungen als auch auf die Regulierung der Betriebsebene durch eine Stärkung der ärztlichen Leitung des MVZ.

### **a. Vorschlag für weitere Gründungseinschränkungen**

- Soweit in den vorliegenden Gutachten aus der Beteiligung von Investoren an der zahnärztlichen Versorgung vereinzelt eine Gefahr für die Versorgungssicherheit abgeleitet wird, zielen die Vorschläge zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen zunächst darauf ab, die Regelung der Versorgungshöchstquoten für zahnmedizinische Krankenhaus-MVZ zu verschärfen. Die Regelung lasse insbesondere in Ballungsgebieten noch immer erheblichen Spielraum für die Gründung zahnärztlicher Krankenhaus-MVZ. Außerdem beziehe sich die Begrenzung der Versorgungsanteile allein auf das einzelne Krankenhaus und verhindere damit nicht, dass ein Investor den Versorgungsanteil seiner zahnärztlichen Krankenhaus-MVZ durch Erwerb mehrerer Krankenhäuser vervielfacht. Als Vertiefung des bisherigen Eingriffs in die Berufsfreiheit sei die Verschärfung der Regelung verfassungsrechtlich zulässig, weil der Erhalt der Anbietervielfalt und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz nach wie vor legitime Ziele darstellten, mildere Mittel zur Zielerreichung nicht erkennbar seien und auch die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt sei.<sup>40</sup>
- Darüber hinaus wird vorgeschlagen, zahnärztliche Krankenhaus-MVZ nur dann zur Versorgung zuzulassen, wenn zwischen dem gründenden Krankenhaus und den zahnärztlichen MVZ ein räumlicher und fachlicher Bezug besteht. Namentlich seien zahnärztliche Krankenhaus-MVZ nur dann zur Versorgung zuzulassen, wenn die Sitze des Gründungskrankenhauses und des MVZ im selben Planungsbereich liegen, und wenn das Gründungskrankenhaus auf der Grundlage eines krankenhausesplanerischen Versorgungsauftrags an der zahnmedizinischen Versorgung teilnimmt. Dies sei erforderlich, um die stationäre Versorgung im Krankenhaus mit der ambulanten Versorgung im MVZ zu verzahnen, rein kapitalorientierte MVZ-Gründungen zu verhindern und die Investorenaktivitäten auf ihr eigentlich vorgesehenes Tätigkeitsfeld, den

---

<sup>39</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 98, so auch bereits Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, S. 297 mit der Einschätzung, dass die ärztliche Leitung einen geeigneten Regulierungsansatz darstellt.

<sup>40</sup> Sodan, S. 147 ff.

Krankenhausbetrieb, zu fokussieren. Ein sachlicher Grund, warum ein Krankenhaus ein MVZ ohne eine räumliche und fachliche Nähebeziehung gründen sollte, sei nicht ersichtlich. Auch diese Zulassungseinschränkung stelle einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufsfreiheit dar. In der Beschränkung des Einflusses von Investoren auf die vertragszahnärztliche Versorgung liege jedoch ein legitimes Ziel, das der Gesetzgeber bereits in den vergangenen Jahren verfolgt habe. Darüber ließen sich als rechtfertigende Gründe die Sicherstellung der Versorgungsqualität und der vertragszahnärztlichen Versorgung heranziehen. Da lediglich die rein renditemotivierte MVZ-Gründung ausgeschlossen werde, sei auch die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt.<sup>41</sup>

- Schließlich wird im Sinne einer weiteren Gründungsbeschränkung vorgeschlagen, eine neue Eignungsprüfung für zahnärztliche MVZ einzuführen. Nach derzeitiger Rechtslage sei zwar die fachliche und persönliche Eignung der im MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte sichergestellt. Die Organisationsstrukturen hinter dem MVZ seien hingegen nicht Gegenstand der derzeitigen Eignungsprüfung. Da sich jedoch bereits aus der Beteiligung eines Investors an einem MVZ typischerweise eine Gefahr für die Versorgungssicherheit ergebe, sei diese im Rahmen der vorgeschlagenen Eignungsprüfung zu berücksichtigen. Konkret sollen zahnärztliche MVZ dann ungeeignet für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung sein, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie renditeorientiert ausgerichtet sind. Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung sollen beispielsweise in der Abführung erwirtschafteter Gewinne an Dritte, in übermäßigen Renditezielen oder negativen Erfahrungen mit dem hinter dem MVZ stehenden Inhaber zu erkennen sein. Das bisherige Fehlverhalten verketteter MVZ sowie die Kettenbildung selbst und der Zeithorizont des Engagements sollen ebenfalls in die Prüfung einbezogen werden. Die genannten Kriterien seien nicht abschließend. Auch bereits zugelassene MVZ sollten dieser Eignungsprüfung unterzogen werden. Je mehr dieser Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Behandlungsweise sprächen, desto eher sei die Eignung des MVZ anzuzweifeln und die Zulassung zu verweigern oder zu entziehen. Auch dieser Vorschlag führe zu einer schwerwiegenden Einschränkung der Berufsfreiheit, sei aber verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Er verfolge das Ziel, die vertragszahnärztliche Versorgung von den als gefährlich ausgemachten Versorgungszentren zu schützen. Als Grund für seine Rechtfertigung lasse sich vor allem die Qualität der zahnärztlichen Versorgung heranziehen. Mildere Mittel seien zur Erreichung dieses Ziels nicht ersichtlich. Angesichts höchstwahrscheinlicher Gefahren für die Patientensicherheit durch investorenbetriebene MVZ sei der Eingriff auch verhältnismäßig.<sup>42</sup>

b. Ablehnung weiterer Gründungseinschränkungen

---

<sup>41</sup> Sodan, S. 141 ff.

<sup>42</sup> Sodan, S. 120 ff.

- Soweit demgegenüber eine nachweisbar investorenspezifische Gefahrenlage in den vorliegenden Gutachten nicht erkannt wird, wird zunächst die Frage aufgeworfen, ob die bisherigen Einschränkungen im derzeitigen Ausmaß überhaupt dauerhaft haltbar sind.
- Hieran anschließend werden jedenfalls weitergehende Einschränkungen der MVZ-Gründungsbefugnis entschieden abgelehnt. Insbesondere mit berufs- und disziplinarrechtlichen Schutzvorschriften sowie mit der Schutzfunktion des ärztlichen Leiters gegen sachfremde Einflussnahme und den bestehenden Qualitätssicherungsinstrumenten erreiche bereits die geltende Rechtslage ein hohes Schutzniveau gegen etwaige Beeinträchtigungen der ärztlichen Integrität. Hierdurch sei nicht nur die einzelne (Zahn-)Ärztin oder der einzelne (zahn-)Arzt im MVZ gegen eine sachfremde Einflussnahme der Trägerebene abgesichert, sondern haben auch die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit zu einer intensiven Qualitätskontrolle durch Einzelfallstichproben und im Einzelfall auch durch Vollerhebungen in MVZ. Mit Blick auf die vertragszahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung wird darüber hinaus auf das Antrags-, Genehmigungs- und Gutachterwesen hingewiesen, das ebenfalls dazu diene, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherzustellen.<sup>43</sup>
- Insbesondere biete die Beschränkung der Krankenhäuser auf die Gründung von MVZ mit räumlichem und fachlichem Bezug keine überzeugende Weiterentwicklungsmöglichkeit.
  - Kritisch zu bewerten sei zunächst, dass eine solche Beschränkung allein die Krankenhäuser als MVZ-Träger betreffe. Aufgrund des allgemeinen Gleichheitssatzes müsse die Regelung jedenfalls auch für andere MVZ-Gründer, etwa Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, gelten. Es sei nicht erkennbar, weshalb etwa ein vertragsärztlicher Radiologe mit Sitz in München ein größeres Versorgungsinteresse an einem dermatologischen MVZ in Hamburg haben kann als ein Krankenhaus mit ebenfalls fachfremdem Leistungsspektrum und ebenfalls entferntem Standort.
  - Darüber hinaus könne sich eine solche Regelung kontraproduktiv auswirken, weil große Krankenhausgruppen mit zahlreichen Krankenhausstandorten dadurch etwa gegenüber Einzelkrankenhäusern begünstigt würden. Großen Krankenhausgruppen mit zahlreichen Standorten und diversen Fachrichtungen würden von der Vorgabe eines zwingenden räumlichen und fachlichen Bezuges ihrer MVZ deutlich weniger beeinträchtigt als Krankenhäuser mit wenigen Standorten und vergleichsweise wenigen Fachrichtungen. Damit würde eine Konzentration von MVZ in der Hand weniger großer Krankenhausgruppen erreicht.

---

<sup>43</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 95, 105 ff.

- Auch mit Blick auf die bisherigen Gründungseinschränkungen und die damit verbundene Zielsetzung erscheine der Vorschlag ungerechtfertigt. Mit den bisherigen Einschränkungen der Gründungsbefugnis habe der Gesetzgeber insbesondere darauf abgezielt, eine sachfremde Einflussnahme des MVZ-Trägers auf ärztliche Therapieentscheidungen zu verhindern. Es sei jedoch gerade nicht anzunehmen, dass die Entscheidungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte im MVZ allein bei örtlicher und fachlicher Nähe zu ihrem Träger gewährleistet ist. Umgekehrt könne ein MVZ-Träger auf eine entfernte und fachfremde Versorgungseinheit nach allgemeiner Lebenserfahrung weniger Einfluss nehmen als auf eine örtlich und fachlich naheliegende Versorgungseinheit.
- Auch die Gefahr einer unerwünschten Selbstzuweisung realisiere sich im Fall ortsnaher MVZ offensichtlich eher als im Fall entfernter MVZ. In dem Maße, wie die Nähe zwischen MVZ und Krankenhaus eine sektorenübergreifende Versorgung erleichtere, bestehe im Gegenzug die Gefahr einer unzulässigen gezielten Überführung von Patientinnen und Patienten des MVZ in die stationäre Versorgung des Trägerkrankenhauses. Diese Gefahr bestehe bei MVZ in der Nachbarschaft eines Krankenhauses jedoch eher als bei entfernten MVZ.
- Darüber hinaus sei bereits grundsätzlich nicht ersichtlich, warum ein zugelassenes Krankenhaus daran gehindert werden sollte, sich in der ambulanten Versorgung in Fachrichtungen zu engagieren, die nicht seinem stationären Versorgungsauftrag entsprechen. Die vertragsärztliche Versorgung im MVZ könne nach wie vor allein durch die im Arztregister eingetragene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihres Fachgebiets erbracht werden. Diese seien den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten funktional gleichgestellt. Demnach sei die fachliche Expertise im MVZ auch dann sichergestellt, wenn der Träger selbst eine andere Fachrichtung vorhält.
- Weiterhin würden fachübergreifende Versorgungskonzepte erschwert, wenn jede Fachrichtung im MVZ auch auf der Gründungsebene vertreten sein müsste. Der Gesetzgeber, der mit MVZ insbesondere die fachübergreifenden Versorgungskonzepte ermöglichen wollte, sei gerade nicht davon ausgegangen, dass die fachliche Ausrichtung des MVZ-Trägers das Versorgungsangebot des MVZ einschränkt. Es sei auch nicht einleuchtend, dass sich etwa ein kardiologisches MVZ nicht mit einem Facharzt für Psychosomatik verstärken darf, nur weil das Gründungskrankenhaus keinen stationären psychosomatischen Versorgungsauftrag hat. Unklar sei etwa auch, ob Krankenhäuser radiologische MVZ betreiben dürfen, wenn sie selbst nicht über eine radiologische Hauptabteilung verfügen.
- Außerdem würde der Vorschlag auch den Wissens- und Erfahrungsaustausch bis in die Fläche hinein zum Beispiel in den Fällen erschweren, in denen Krankenhäuser einer hohen

Versorgungsstufe MVZ auch in entlegenen Regionen unterhalten. Bereits heute sei üblich, dass Radiologinnen und Radiologen in großstädtischen Kompetenzzentren mittels Teleradiologie ihre Kolleginnen und Kollegen in MVZ konsiliarisch beraten.<sup>44</sup>

c. Vorschlag zur Stärkung der ärztlichen Leitung

- Schließlich wird empfohlen, die gesetzlichen Regelungen zur ärztlichen Leitung im MVZ weiterzuentwickeln. Zwar bestehe hierfür kein zwingendes Bedürfnis, denn bereits nach geltendem Recht ergebe sich eine starke Stellung des ärztlichen Leiters an der Schnittstelle zwischen der wirtschaftlichen Führung des MVZ und der ärztlichen Behandlungstätigkeit im MVZ. In der gesundheitspolitischen Diskussion werde die binnenorganisatorische Schlüsselfunktion des ärztlichen Leiters („Wächteramt“) jedoch oftmals nicht ausreichend berücksichtigt.
  - Etwaige gesetzliche Neuregelungen für die ärztliche Leitung sollten zunächst einen Mindesttätigkeitsumfang in Höhe eines halben Versorgungsauftrags vorgeben. Damit sei sichergestellt, dass der ärztliche Leiter dem MVZ nicht lediglich formal, sondern tatsächlich leitend zur Verfügung steht.
  - Außerdem könne klargestellt werden, dass die medizinische Weisungsfreiheit nicht allein für den ärztlichen Leiter selbst gilt, und dass ihm stattdessen die Aufgabe zukommt, auch die anderen Ärztinnen und Ärzte im MVZ gegen Einflussnahme, insbesondere gegen Weisungen von nichtärztlichen Gesellschaftern der Trägergesellschaft, abzuschildern.
  - Soll das damit erreichte Schutzniveau noch weiter erhöht werden, so könne dies in Anlehnung an einen Regelungsgedanken aus dem Krankenhausrecht erfolgen. Hierzu könnten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet werden, auf Bundesebene Empfehlungen zu erarbeiten, mit denen sichergestellt wird, dass vertragliche Vereinbarungen zwischen dem ärztlichen Leiter und der Trägergesellschaft keine finanziellen Anreize für den ärztlichen Leiter enthalten, die geeignet sind, seine medizinische Unabhängigkeit zu beeinträchtigen. Die Nichteinhaltung dieser Empfehlungen sei vom MVZ an die Zulassungsausschüsse und von diesen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu melden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten die Nichteinhaltung der Empfehlungen schließlich unter Nennung des MVZ in ihren jährlichen Qualitätsberichten veröffentlichen.

---

<sup>44</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 117 ff.

- Noch weitergehend könnte für den ärztlichen Leiter ein besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz in Anlehnung an bestehende Regelungsansätze zum Datenschutzbeauftragten in anderen Unternehmensbereichen eingeführt werden.<sup>45</sup>

## **8. Handlungsvorschläge zur Einführung von Transparenzpflichten**

Die vorliegenden Gutachten beinhalten gegensätzliche Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Transparenz zugunsten der vertragsärztlichen Institutionen sowie eine Empfehlung für eine verbesserte Patienteninformation am Praxisstandort.

### **a. Vorschlag zur Erfassung von unmittelbaren Trägerstrukturen und Verkettungen von MVZ**

- Teilweise wird vorgeschlagen, den Informationsgehalt der bestehenden Arzt- und Zahnarztregister sowie des bundesweiten Leistungserbringerverzeichnisses insbesondere mit Blick auf die unmittelbaren Trägerstrukturen von MVZ zu erhöhen. Derzeit bestehe keine Rechtssicherheit dahingehend, dass zugelassene MVZ überhaupt in den Arztregistern zu erfassen sind. Rechtliche Unsicherheiten bestünden auch hinsichtlich der Eintragungspflicht von MVZ in das Leistungserbringerverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V. Für die weitergehende Eintragung der Träger von MVZ sei eine Rechtsgrundlage überhaupt nicht vorhanden.
- Daher sei zunächst gesetzlich klarzustellen, dass auch MVZ in diese Register aufzunehmen sind. Darüber hinaus sei sicherzustellen, dass in den Registern auch Informationen über den Träger, den Trägertyp (etwa Vertragsarzt bzw. Vertragsarzt oder Krankenhaus), seine Rechtsform (etwa GbR, GmbH oder AG) und die ärztliche Leitung von MVZ erfasst werden.
- Hiermit könnten eine deutlich verbesserte Strukturtransparenz bewirkt und etwa trägertypendifferenzierende Untersuchungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in MVZ erleichtert werden.
- Wenn zusätzlich jedem MVZ-Träger eine Trägernummer und jedem einzelnen MVZ eine MVZ-Nummer zugeordnet werde, könne außerdem auch der Betrieb mehrerer MVZ durch denselben Träger und eine damit verbundene Kettenbildungstendenz identifiziert werden.<sup>46</sup>

### **b. Vorschlag zur Erfassung vollständiger Inhaberstrukturen und Beteiligungsverhältnisse**

---

<sup>45</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 123 ff.

<sup>46</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 139 f., 143 ff.

- Für die zahnärztliche Versorgung wird darüber hinausgehend teilweise die Einführung gesonderter MVZ-Register vorgeschlagen, in denen insbesondere die Inhaberstrukturen hinter den MVZ erfasst werden.
- Entsprechende Register dienen sowohl der Planung, Überwachung und Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung als auch der Prüfung, ob sich ein zahnärztliches MVZ mit seinen jeweiligen Organisations- und Eigentumsstrukturen für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung eignet (zum Vorschlag einer MVZ-Eignungsprüfung vgl. oben unter 7.a).
- Insbesondere seien in den Registern neben den grundlegenden Strukturdaten der MVZ<sup>47</sup> auch die Inhaberstrukturen hinter den Trägergesellschaften zu erfassen, um Auskünfte über die Beteiligung von Investoren sowie deren Absichten zu erhalten und die Ausrichtung der Behandlung in dem MVZ abschätzen zu können. Zweckdienlich seien auch Angaben zum Betrieb anderer MVZ durch den so zu ermittelnden Investor.<sup>48</sup>
- Eine abschließende Aufzählung der vorzugebenden Registerinhalte ist in dem Vorschlag nicht enthalten. Insbesondere sollen die vorgeschlagenen MVZ-Register ausdrücklich auch der Durchführung einer Eignungsprüfung dienen, in der auch die Abführung erwirtschafteter Gewinne an Dritte, zu Renditezielen und zum Zeithorizont des Engagements zu berücksichtigen sei. Daher ist anzunehmen, dass auch konkrete Angaben zu diesen Prüfkriterien in die vorgeschlagenen MVZ-Register einzutragen wären.<sup>49</sup>
- Nach anderer Auffassung bestehen gegen die Einführung eines eingriffsintensiven Sonderregisters zur Erfassung der wirtschaftlichen Verhältnisse von MVZ einschließlich aller nachgelagerten Inhaberstrukturen „bis ins letzte Glied der wirtschaftlichen Beteiligung“ verwaltungspraktische und erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

---

<sup>47</sup> Etwa Kontaktangaben, Zulassungsstatus, Standorte, ärztliche Leitung, tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte, Zweigpraxen, Angaben zum MVZ-Träger einschließlich Rechtsform, Geschäftsführung, Gesellschafter, Sicherheitsleistung.

<sup>48</sup> Sodan, S. 95 ff., vgl. auch IGES 2020, S. 138 ebenfalls mit der Empfehlung, Untersuchungen zum Einfluss zahnärztlicher MVZ mit und ohne Investorenbeteiligung auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erleichtern.

<sup>49</sup> Vergleichbare Registerinhalte sah jedoch bereits ein parlamentarischer Antrag der Fraktion DIE LINKE aus Oktober 2019 vor. Danach sollten die Betreiber jedes MVZ verpflichtet werden, halbjährlich Detailinformationen zur Trägerschaft des MVZ und zu den jeweiligen Eigentums- und Beteiligungsverhältnissen offenzulegen. Bei Beteiligung von Finanzinvestoren sollen darüber hinaus Kennzahlen zum Umsatz, zur Rendite und zu den an die Eigentümer ausgeschütteten Gewinnen sowie Angaben zum Immobilienbesitz und den daraus erwirtschafteten Erträgen erfasst werden („Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen, BT-Drs. 19/14372).

- So seien die gesellschaftsrechtlichen Beteiligungsverhältnisse von Unternehmen größtenteils bereits jetzt im Handelsregister einsehbar. Zusätzlich seien die hinter einer juristischen Person oder die hinter einer Personengesellschaft stehenden wirtschaftlich Berechtigten bereits in dem Transparenzregister nach dem Geldwäschegesetz erfasst. Dieses Transparenzregister diene dem Schutz vor schwersten Straftaten (Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung) und sei im Rahmen eines allgemeinen Einsichtsrechts für jedermann einsehbar. In den genannten Registern könne eine Vielzahl von Informationen über die wirtschaftlichen und gesellschaftsrechtlichen Verhältnisse von MVZ-Trägern abgerufen werden.
- Insbesondere in Verbindung mit dem unter Ziffer 8.a. beschriebenen Ausbau der bestehenden Arztregister sei für die vertragsärztlichen Institutionen mit zumutbarem Aufwand feststellbar, ob etwa bestimmte Träger mehrere MVZ betreiben und wem diese Träger gehören.
- Demgegenüber sei die Zusammenführung bereits vorhandener Daten in einem hochaufwändigen MVZ-Sonderregister auch aufgrund der geringen Anzahl von Investorengesellschaften verwaltungsökonomisch nicht sinnvoll.
- Soweit über die schon bestehende Datenlage hinaus weitergehende Offenlegungspflichten für MVZ begründet werden sollen (beispielsweise Angaben zu Immobilienbesitz oder getätigter Umsatz) werden mit Hinweis auf die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und der Gleichbehandlung mit anderen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung (etwa Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Institutsambulanzen), denen entsprechende Offenbarungspflichten nicht auferlegt werden sollen, schwerwiegende Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit entsprechender Offenbarungspflichten erhoben.
- Es sei schon nicht ersichtlich, wie Angaben zu mittelbaren wirtschaftlichen Inhabern und zu deren wirtschaftlichen Verhältnissen angesichts der schon bestehenden Möglichkeiten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätskontrolle dazu beitragen könnten, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Da sich bislang kein Zusammenhang zwischen den Eigentümerstrukturen der MVZ und der Versorgungsqualität gezeigt habe, sei bereits das Bedürfnis an einer entsprechenden Erfassung schwer nachvollziehbar. Soweit mit dem Sonderregister die Globalsteuerung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erleichtert und die Rolle der MVZ in der Versorgung näher beleuchtet werden soll, seien dafür jedenfalls die weiterentwickelten Arztregister ausreichend.

- Während das Transparenzregister nach dem Geldwäschegesetz der Prävention schwerster Straftaten (Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung) diene und dafür die Ermittlung der wirtschaftlich Berechtigten hinter juristischen Personen ermögliche, handele es sich bei privater finanzieller Initiative im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nicht ansatzweise um verbotene oder kriminelle Handlungen. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass vergleichbar weitreichende Offenbarungspflichten auch nicht in anderen Wirtschaftsbereichen bestehen, die tendenziell mit Gesundheitsgefahren einhergehen, z.B. in der Arzneimittel-, Lebensmittel- oder Luftfahrtindustrie.<sup>50</sup>

c. Vorschlag zur Einführung einer Schilderpflicht

Zusätzlich zur Erhöhung der Strukturtransparenz zugunsten der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Institutionen (s.o.) wird die Einführung einer sog. Schilderpflicht für MVZ zugunsten einer verbesserten Patienteninformation am Praxisstandort vorgeschlagen. MVZ sollen demnach auf einem Praxisschild Informationen zu Namen, Rechtsform, Sitz und gesetzlichem Vertreter ihres unmittelbaren Trägers sowie zur ärztlichen Leitung mitzuteilen haben. Die Regelung sei erforderlich, weil bislang keine oder nur lückenhafte Anforderungen an die Information der Versicherten vor Ort bestehen. Das Berufsrecht enthalte bislang eine Schilderpflicht lediglich für niedergelassene Ärzte. Diese sei auf MVZ jedoch nicht anwendbar.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 151 ff.

<sup>51</sup> Ladurner/Walter/Jochimsen, S. 143 f.

