

## **Antrag**

**der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Linda Heitmann, Simone Fischer, Johannes Wagner, Misbah Khan, Michael Kellner, Dr. Andrea Lübcke, Claudia Müller, Karoline Otte, Kassem Taher Saleh, Julia Schneider und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN**

### **Medizinische Versorgungszentren reformieren**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 als neue Organisationsform in der ambulanten Versorgungslandschaft eingeführt. Sie ermöglichen die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nicht selbst einen Kassensitz erwerben müssen. Eine Anstellung in einem MVZ ist insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte ein attraktiver Weg zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung. MVZ bieten das Potenzial, die Versorgungslandschaft sinnvoll zu ergänzen. MVZ können von zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, anerkannten Praxisnetzen, zugelassenen bzw. ermächtigten gemeinnützigen Trägern, sowie Kommunen gegründet werden. Laut einer Auswertung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lag der Anteil von MVZ an allen Praxisformen 2020-2022 bei 3% (Drucksache 20/5166). Ein besonders starker Zuwachs ist seit 2015 mit der Einführung der fachgleichen MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zu beobachten. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ist die Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2023 auf mehr als 4.800 gestiegen. Insgesamt waren dabei 2023 über 30000 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in MVZ tätig, davon über 1700 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, der Rest arbeitete im Angestelltenverhältnis (<https://www.kbv.de/html/mvz.php>). MVZ stellen damit eine wichtige Säule der ambulanten Versorgung dar.

Kommunen sehen sich als Träger der Daseinsvorsorge insbesondere in Regionen mit drohender oder manifester Unterversorgung zunehmend vor die Aufgabe gestellt, zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung beizutragen. Seit 2015 besteht durch das GKV-VSG die Möglichkeit, dass MVZ in kommunaler Trägerschaft geführt werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nennt keine eigenen Zahlen für MVZ in kommunaler Trägerschaft, nach Schätzung einer Beratungsgesellschaft bestanden Anfang 2025 46 MVZ in

kommunaler Trägerschaft, prognostiziert wird eine Anzahl von 100 kommunalen MVZ bis 2030 ([www.dostal-partner.de](http://www.dostal-partner.de)); damit machen MVZ in kommunaler Trägerschaft bislang nur einen sehr geringen Anteil an der Gesamtzahl der MVZ aus.

Wie von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bereits 2021 gefordert, soll daher die Gründung von MVZ in kommunaler Trägerschaft gefördert werden (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>). Die Kommune fungiert dabei als Träger, die Leitung obliegt in jedem Fall einer in medizinischen Fragen nicht weisungsgebundenen Ärztin/ einem nicht weisungsgebundenen Arzt; als Rechtsform kommen für Kommunen die Anstalt öffentlichen Rechts (AöR), der Eigenbetrieb, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder die Genossenschaft in Betracht. Eine besondere Hürde für Kommunen ist die Tatsache, dass Gründer von MVZ in der Rechtsform der GmbH nach aktueller Rechtslage unbeschränkte selbstschuldnerische Bürgschaften zur Absicherung von Regressforderungen vorlegen müssen; Kommunen dürfen jedoch häufig allenfalls beschränkte Bürgschaften abgeben. Weitere mögliche Gründungshemmnisse sind landesrechtliche Einschränkungen eigenwirtschaftlicher kommunaler Tätigkeit. Mit einer Vereinheitlichung der Zulassungspraxis kann hier ein angemessenes Verhältnis der Sicherungsleistungen zum Sicherungsinteresse der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls hergestellt werden und Kommunen die Gründung von MVZ als GmbH wirksam erleichtert werden. Insbesondere in Zeiten schwieriger oder sogar ergebnislos bleibender Nachfolgesuchen für wichtige Versorgungsbereiche insbesondere im ländlichen Raum, gilt es diese Hindernisse abzubauen. Eine Gesundheitsversorgung in kommunaler Verantwortung, mit den Vorteilen der regionalspezifischen Kenntnisse vor Ort bietet eine attraktive Möglichkeit für Kommunen, selbst nachhaltige Strukturen aufzubauen und junge Ärztgenerationen mit einem integrierten Konzept und interessanten Berufsperspektiven anzuziehen.

Über den Erwerb eines Krankenhauses können Investoren die Gründungsberechtigung für MVZ erlangen. Bei investorenbetriebenen MVZ (iMVZ) besteht häufig kein langfristiges Anlageinteresse, Ziel ist eine gewinnbringende Veräußerung nach wenigen Jahren. Renditedruck durch kurze Anlagehorizonte und häufiger Eigentümerwechsel können dem Ziel einer langfristigen guten Gesundheitsversorgung entgegenstehen. Häufige Wiederverkäufe heizen die Preisspirale für Arztsitze an und erschweren Ärztinnen und Ärzten die Niederlassung. In einzelnen Fachgebieten, zum Beispiel der Augenheilkunde zeigt sich auch eine Spezialisierung auf einzelne lukrative Eingriffe oder Behandlungen unter Vernachlässigung der breiteren fachlichen Versorgung.

Der bundesweite Anteil der Arztstellen in investorenbetriebenen MVZ an der Gesamtzahl der Arztstellen in der ambulanten Versorgung wird in einem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium auf 1,4-2% geschätzt (Bundestagsdrucksache 20/5166). Laut einer Analyse der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBZV) von 2023 liegt der Anteil von iMVZ im zahnärztlichen Bereich bei 29% an allen zahnärztlichen MVZ (<https://www.kzbv.de/politik/positionen/zahnmedizinische-versorgungszentren/>).

Mangelnde Transparenz und veraltete Daten erschweren derzeit einen vollständigen Überblick über die Verbreitung von iMVZ und über die zugehörige Marktdynamik in Deutschland. Zudem führen häufige Verkäufe und Eigentümerwechsel bei iMVZ zu einem Mangel an Planbarkeit und unterminieren die langfristige Sicherheit der Versorgung. Daher ist es im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Qualitätssicherung dringend erforderlich, durch verbesserte Regelungen, insbesondere zur Offenlegung der Trägerstrukturen und wirtschaftlich Berechtigten für mehr Transparenz bei den MVZ in Deutschland zu sorgen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anhand der heute vorliegenden Zahlen gibt es deutliche Hinweise dafür, dass insgesamt ein Trend zu steigenden Übernahmen durch Private Equity Gesellschaften bzw. zur Bildung von MVZ-Ketten, insbesondere in Bereichen mit hohen Gewinnmargen besteht. Dies gilt, auch wenn eine genaue Quantifizierung der angesprochenen Effekte derzeit an einer mangelnden Transparenz in den Daten hinsichtlich der Betreiberstrukturen großer MVZ scheitert oder erheblich erschwert ist. Insbesondere die Praxis, einzelne Fachkrankenhäuser mit dem Ziel aufzukaufen, diese als „Gründungsplattform“ für eine Vielzahl von MVZ ohne Bezug zum räumlichen und fachlichen Versorgungsauftrag zu benutzen, wird seitens der Ärzteschaft bereits seit langem vehement kritisiert. ([https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position\\_Investorenbetriebene\\_MVZ\\_2023\\_04\\_19.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf)). Hier zeichnet sich eine Fehlentwicklung ab, die auf einer Regelungslücke beruht, die der Gesetzgeber bei der initialen Begrenzung der Gründungsberechtigungen nicht ausreichend adressiert hat.

Ein zu starker Fokus auf Gewinnmaximierung und mangelnde Transparenz bergen systematisch die Gefahr, dass die Sicherstellung einer langfristig qualitativ hochwertigen Versorgung hinter kurzfristigen Renditeerwartungen zurücktritt und dass die Beschäftigten aus den Gesundheitsberufen in den iMVZ einen Autonomieverlust erleiden. Das liegt weder im Interesse des Patientenwohls noch im Interesse der Beschäftigten. Es ist daher stets zu gewährleisten, dass Ärztinnen und Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen weisungsungebunden arbeiten, sowie ihre Handlungen im Einklang mit den berufsrechtlichen Regelungen treffen und am Wohl der Patientinnen und Patienten orientieren können und nicht an kommerziellen Interessen ausrichten müssen.

So forderte auch die Bundesärztekammer in mehreren Stellungnahmen zu iMVZ, die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlansätzen strukturell zu begrenzen, der Fokussierung des Versorgungsangebots auf lukrative Leistungen zulasten einer patientenzentrierten Versorgung entgegenzuwirken und die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte zu schützen. ([https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position\\_Investorenbetriebene\\_MVZ\\_2023\\_04\\_19.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf); [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier\\_BAEK\\_Regelungsbedarf\\_MVZ\\_2023\\_01\\_09.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_BAEK_Regelungsbedarf_MVZ_2023_01_09.pdf)).

Die Koalition aus CDU, CSU und SPD hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellen soll, vorzulegen (Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD 2025, S. 107, <https://www.koalitionsvertrag2025.de/>). Trotz der großen Dringlichkeit und wiederholter Appelle aus der Ärzteschaft und Zahnärzteschaft, zuletzt beim Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig, hat die Regierungskoalition dem Thema jedoch bislang nicht die notwendige Priorität eingeräumt.

Maßnahmen zur Förderung der Gründung von MVZ in kommunaler Trägerschaft, Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz über die Besitzverhältnisse von MVZ insbesondere für Patienten, sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der autonomen Berufsausübung der in den MVZ beschäftigten Ärztinnen und Ärzte und der Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe liegen im Interesse der Beschäftigten und des Patientenwohls und bieten ein großes Potenzial zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft, für eine qualitativ hochwertige

Versorgung und eine höhere Zufriedenheit der in den Gesundheitsberufen beschäftigten Menschen, die Tag für Tag einen hochrelevanten Dienst im Interesse der gesamten Gesellschaft leisten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, noch in diesem Jahr einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die gesetzlichen Regelungen zu

Medizinischen Versorgungszentren wie folgt reformiert:

1. Um insbesondere Kommunen die Gründung oder Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu erleichtern, soll in § 95 Absatz 2 SGB V eingefügt werden, dass die Gesellschafter ihre Sicherheitsleistungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit der Höhe nach begrenzen können. Dazu sollen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der begrenzten Sicherheitsleistungen vereinbaren. Dabei soll sich die Höhe der Sicherheitsleistungen bei Neugründungen am erwartbaren Umsatz und bei der Übernahme von MVZ am Umsatz der letzten beiden Jahre orientieren.

2. Um Transparenz über die Inhaberschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums herzustellen, wird

a. in § 95 Abs 2 SGB V ergänzt, dass MVZ mit ihrer Zulassung von Amts wegen in das Arztregister eingetragen werden und die Eintragung Angaben zum Träger, den wirtschaftlich Berechtigten und zur ärztlichen Leiterin bzw. zum ärztlichen Leiter des MVZ enthalten muss;

b. in § 98 SGB V ergänzt, dass die Zulassungsverordnungen auch Vorschriften zur Gewährleistung umfassender Informationen über zugelassene medizinische Versorgungszentren, deren Träger sowie deren wirtschaftlich Berechtigte und die ärztliche Leiterin oder den ärztlichen Leiter am Vertragsarztsitz und weiteren Orten vertragsärztlicher Tätigkeit enthalten müssen; den das Arztregister führenden Stellen muss der Zugriff auf Daten des Transparenzregisters nach dem Geldwäschegesetz (GwG) erlaubt werden;

c. in § 293 Absatz 4 SGB V ergänzt, dass für MVZ die folgenden Angaben in das bundesweite Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung aufgenommen werden: 1. Name und Nummer des medizinischen Versorgungszentrums, 2. Adresse und Internetadresse des medizinischen Versorgungszentrums, 3. Name des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums und dessen Trägernummer, 4. Typ des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums im Sinne von § 95 Absatz 1a und 5. Rechtsform des Trägers. Das Verzeichnis muss in monatlichen oder kürzeren Abständen aktualisiert werden;

d. in § 1 und § 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ergänzt, dass das Arztregister MVZ erfassen und bei MVZ Eintragungen Angaben enthalten muss zu deren Träger, zu wirtschaftlich Berechtigten und zum ärztlichen Leiter;

e. in § 24 der Ärzte-ZV ergänzt, dass MVZ an ihrem Vertragsarztsitz und an allen weiteren Orten nach Absatz 3 auf einem Praxisschild sowie auf einer Internetadresse mindestens Angaben zu Namen und Rechtsform des Trägers, bei juristischen Personen als Träger zu deren Sitz und gesetzlichem Vertreter, zu der Ärztlichen Leiterin/ dem Ärztlichen Leiter sowie zu den wirtschaftlich Berechtigten des MVZ im Sinne von § 3 Geldwäschegesetz aufführen muss;

f. in der Anlage zur Ärzte-ZV ein Zusatz ergänzt, der die einzelnen Angaben auflistet, die bei MVZ mindestens in das Arztregister aufzunehmen sind wie die Zahl der Arztstellen/Versorgungsaufträge, die im MVZ vertretenen Arztgruppen, der Name und Typ des Trägers und bei juristischen Personen die wirtschaftlich Berechtigten.

Der Referentenentwurf zur Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte vom 4.8.2025 ist um die noch nicht berücksichtigten oben genannten Daten und Informationen zu erweitern.

3. Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt, auf der Grundlage der erhobenen Daten und Informationen nach 2.) spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung ein Gutachten in Auftrag zu geben, das Zusammenhänge zwischen Trägerschaft und Leistungsgeschehen (Auswahl und Umfang der Leistungen) und der Versorgungs- und Behandlungsqualität in MVZ anhand anerkannter Qualitätsindikatoren zum Gegenstand hat.

4. Zur Sicherstellung des regionalen und fachlichen Bezugs des Krankenhauses zum MVZ soll die Gründung von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser durch eine Ergänzung in § 95 Absatz 1a SGB V auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses entsprechend den Landeskrankenhausplänen und auf MVZ, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen, beschränkt werden. Dies bedeutet nicht Fachgleichheit mit einer der Abteilungen des Krankenhauses und schließt sinnvolle Ergänzungen des fachlichen Angebots des Krankenhauses ein. Der Zulassungsausschuss soll darüber hinaus von diesen Vorgaben in begründeten Einzelfällen abweichen können, wenn dies nach Maßgabe des Landesausschusses aus Versorgungsgründen erforderlich ist.

5. Zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung nicht nur mit einzelnen medizinischen Leistungen, soll in § 95 Absatz 3 SGB V ergänzt werden, dass ein MVZ, das mindestens drei vertragsärztliche Sitze eines Fachgebiets umfasst, alle Kernleistungen des erteilten Versorgungsauftrags abdecken muss (vgl. Bundessozialgericht (BSG) Urt. v. 14.3.2001 – B 6 KA 36/00 R sowie B 6 KA 54/00 R). Die Kassenärztliche Vereinigung muss die Erbringung dieser Kernleistungen anhand der abgerechneten Fälle und Gebührenordnungspositionen prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung müssen in zusammengefasster Form im Internet veröffentlicht werden.

6. Zur Sicherung der freien Arztwahl soll durch eine Harmonisierung der Vorgaben in § 95 Absatz 1b SGB V geregelt werden, dass die heute bereits für zahnmedizinische MVZ geltenden Gründungsvoraussetzungen hinsichtlich der Versorgungsanteile in den entsprechenden Planungsbereichen auch für alle weiteren MVZ Geltung erlangen. Dabei soll der Landesausschuss für einzelne Arztgruppen von den Vorgaben abweichende Versorgungsanteile festlegen können, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist.

7. Zur Gewährleistung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen soll in § 95 Absatz 6 SGB V ergänzt werden, dass einem MVZ die Zulassung auch dann zu entziehen ist, wenn die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre berufrechtlichen Pflichten nicht einhalten können. Wenn einem MVZ aus diesem Grund die Zulassung entzogen wird, muss der Zulassungsausschuss seiner Amtsermittlungspflicht folgend prüfen, ob der Träger auch in anderen seiner MVZ in unzulässiger Weise Einfluss auf die Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte nimmt und gegebenenfalls auch dort die Zulassungen entziehen.

8. Zum Schutz der Berufsausübung in freier Praxis wird in § 95 Absatz 1a ergänzt, dass Gründungsberechtigte für MVZ keine Gewinnabführungs- oder

Beherrschungsverträge sowie Betriebsführungsverträge mit Dritten abschließen dürfen. Entsprechend wird in § 32 Absatz 1 der Ärzte-ZV ergänzt, dass die dort geltenden Regelungen auch für MVZ gelten.

9. Zur Vereinfachung der Ahndung einfacher Verstöße vor dem vollständigen Entzug der Zulassung soll durch Ergänzungen in § 95 Absatz 3 SGB V durch Verweis auf § 81 Absatz 5 SGB V klargestellt werden, dass Disziplinarmaßnahmen auch gegen Medizinische Versorgungszentren und ihre Träger verhängt werden können.

10. Durch eine Streichung von § 103 Absatz 4, Satz 5 Nr. 9 SGB V wird die Konzeptbewerbung (das heißt die Möglichkeit zur Bewerbung auf ein Versorgungsangebot, ohne eine konkrete Ärztin/einen konkreten Arzt zu benennen, der die Tätigkeit ausüben soll) ausgeschlossen.

11. Zur Klarstellung und Stärkung der Rolle der ärztlichen Leiterin/ des ärztlichen Leiters in § 95 SGB V wird anstelle Absatz 1, Satz 3 und 4 ein neuer Absatz eingefügt; darin wird ausgeführt, dass sie/er in medizinischen Fragen weisungsfrei ist und die ärztliche Entscheidungsfreiheit auch für die anderen im MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte gewährleisten muss, dass der Ärztliche Leiterin / dem Ärztliche Leiter die organisatorische Leitung des MVZ obliegt, sie/er die Hauptverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung trägt, sie/er nur aus wichtigen Gründen zeitweilig oder auf Dauer abberufen werden kann, dass die ärztliche Leitung in MVZ mit mehreren Fachrichtungen kooperativ ausgeübt werden kann und dass die Tätigkeit der ärztlichen Leitung im MVZ mindestens einem halben Vertragsarztsitz entsprechen muss.

12. Zur Qualitätssicherung und Transparenz bezüglich Zielvereinbarungen wird in § 135b SGB V ein neuer Absatz 5 eingefügt, der MVZ verpflichtet, Verträge mit ärztlichen Leiterinnen und Leitern sowie Änderungen an diesen den Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten regelmäßig im Rahmen der Qualitätssicherung, inwiefern die Vertragsinhalte den Empfehlungen entsprechen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer entwickelt. Im Falle von Abweichungen zu den Empfehlungen informiert die Kassenärztliche Vereinigung zudem den jeweiligen Zulassungsausschuss.

13. Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, inwiefern Ärztinnen und Ärzte in Nachbesetzungsverfahren von MVZ im Vergleich zu anderen Gründungsberechtigten vorrangig berücksichtigt werden können und inwiefern Vertragsärztinnen und -ärzte in MVZ-Trägersellschaften obligatorisch die Mehrheit der Gesellschaftsanteile bzw. Stimmrechte eingeräumt werden kann.

Berlin, den 15. September 2025

**Katharina Dröge, Britta Habelmann und Fraktion**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.