



# Es tut sich was

## Drei Bundesländer legen Entwurf für MVZ-Gesetz vor

Anders als sein Amtskollege im Bund, schafft der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek Fakten. Wie beim Antrittsbesuch des KZVB-Vorstands angekündigt, brachte der Freistaat Bayern gemeinsam mit den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein Mitte Mai einen Entschließungsantrag zur Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes im Bundesrat ein. Die Eckpunkte und Auszüge aus der Begründung veröffentlichen wir für unsere Leser im BZB.

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

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

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

1. Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxisschild, inkl. der Angabe der Rechtsform (MVZ-Schilderpflicht).
2. Einführung eines gesonderten MVZ-Registers, in dem auch die nachgelagerten Inhaberstrukturen offenzulegen sind, und Schaffung einer Verpflichtung zur Eintragung in das Register als Zulassungsvoraussetzung für MVZ. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden als registerführende Stellen bestimmt. Die nachgelagerten Inhaberstrukturen sind der Öffentlichkeit gegenüber durch geeignete Einsichtsrechte in das MVZ-Register offenzulegen. Hierfür werden das SGBV sowie die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte entsprechend geändert.
3. Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für (zahn-)ärztliche MVZ. In räumlicher Hinsicht sollte eine Beschränkung auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen, normiert werden. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind jeweils Ausnahmen vorzusehen.
4. Begrenzung des Versorgungsanteiles für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich bei Hausärzten auf max. 25 Prozent, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf max. 50 Prozent pro Facharztgruppe. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind Ausnahmen vorzusehen. Das Gleiche gilt, wenn der zuständige Zulassungsausschuss einen besonderen Versorgungs-



© Gina Sanders – stock.adobe.com

bedarf feststellt. Bezogen auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Versorgungsanteil für von einem Träger gegründete ärztliche MVZ bei der hausärztlichen Versorgung auf 5 Prozent und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf 10 Prozent zu begrenzen.

5. Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbes für MVZ im Wege des Zulassungsverzichtes gem. § 103 Abs. 4a S. 1 SGBV.
6. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) gem. § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGBV.
7. Schaffung der gesetzlichen Grundlagen dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen, die Eigeneinrichtungen gem. § 105 SGBV betreiben, das Recht erhalten, in diesem Zusammenhang Zulassungen zu erhalten, unter der Maßgabe, dass die Vertragsarztsitze nachfolgend an die dort tätigen angestellten Ärzte zur selbstständigen Niederlassung übertragen werden.
8. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie Stärkung der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung gegen sachfremde Einflussnahme durch Einführung entsprechender Kontrollmechanismen:

9. Besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz zugunsten der ärztlichen Leitung.
10. Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben hierfür Empfehlungen zu erarbeiten.
11. Vorgabe des Tätigkeitsumfanges für die ärztliche Leitung in Höhe eines vollen Versorgungsauftrages bei mindestens fünf vollzeitäquivalenten Stellen im jeweiligen MVZ.
12. Regelung im SGBV, dass Disziplinarmaßnahmen künftig auch gegen MVZ verhängt werden können und nicht nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang ist zudem klarzustellen, dass auch MVZ die Zulassung zu entziehen ist, wenn das MVZ durch entsprechende Maßnahmen nicht sicherstellt, dass MVZ-Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen.

### Begründung

Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die institutionellen Akteure des Gesundheitswesens ist es kaum möglich, die hinter den MVZ stehenden wirtschaftlich Beteiligten ohne größeren Aufwand zu identifizieren. Dies wäre jedoch Grundvoraussetzung, damit Patientinnen und Patienten eine informierte, freie (Zahn-)Arztwahl treffen und die institutionellen Akteure wie Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen die Herausbildung monopolartiger Strukturen und etwaige Gefahren für die Qualität und Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erkennen und diesen entgegenwirken können.

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

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

Danach dürfen MVZ nur in denjenigen arztgruppenbezogenen Planungsbereichen gegründet werden, die sich ganz oder teilweise innerhalb eines 50 km-Radius vom Träger-Krankenhaus befinden. Der 50 km-Radius (7.800 km<sup>2</sup>) entspricht ungefähr der Fläche von drei bis vier größeren Landkreisen in Deutschland.

Eine Begrenzung des Versorgungsanteiles von ärztlichen MVZ dient neben der Unterbindung von Konzentrationsprozessen und Monopolisierungstendenzen auch der Schaffung eines Gleichlaufes zu zahnärztlichen MVZ, wo bereits mit § 95 Abs. 1b SGBV eine Parallelregelung existiert.

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

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