

MVZ – Bestandsaufnahme und Ausblick

Prof. Dr. iur. Andreas Ladurner
Aalen/München

Vortrag anlässlich der 24. Frühjahrstagung der Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht in Erfurt vom 19. bis 20. April 2024

Stand: 11. April 2024

Prof. Dr. Andreas Ladurner

1

1

Überblick

- Von bescheidenen Anfängen unter Anpassungen zum heutigen (Erfolgs-)Modell
- Erfolgsmodell unter Beschuss
- Gretchenfrage Fremdbesitz (Gefahren durch Fremdbesitz nur spekulativ, Rechtsprechung zum partiellen Fremdbesitzverbot)
- Aktuelle Entwicklungen MVZ
 - Rechtsprechung
 - Konkurrenz durch neue Einrichtungen?
 - MVZ-Reformgesetze und -vorschläge
- Ausblick

Prof. Dr. Andreas Ladurner

2

2

Von bescheidenen Anfängen ...

- **16.6.2003:** Regierungsentwurf („rot-grün“; BT-Drs. 15/1170) für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG
 - § 95 SGB-V-Entwurf
 - (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und **zugelassene Gesundheitszentren** ... teil. Gesundheitszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte tätig sind, **mit Ausnahme der Einrichtungen nach § 107.**“
 - (2) ... Um die Zulassung kann sich ein Gesundheitszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister ... eingetragen und entweder **Hausärzte, Augenärzte oder Frauenärzte** sind ...
- Gesundheitszentren (GZ) durften nur in der Grundversorgung tätig werden; Krankenhäuser sollten **nicht** als GZ zugelassen werden

Prof. Dr. Andreas Ladurner

3

3

Von bescheidenen Anfängen ...

- Ursprüngliche Gesetzesbegründung zu **Gesundheitszentren** (BT-Drs. 15/1170):
 - Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine **Versorgung „aus einer Hand“** anzubieten.
 - Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer **Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken** eingehen zu müssen.
 - Mit den zugelassenen Gesundheitszentren soll eine neue **Versorgungsform** ermöglicht werden, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.
 - Es soll jedoch **nicht** ermöglicht werden, dass **Krankenhäuser** regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Deshalb gelten Krankenhäuser... **nicht** als Gesundheitszentren, die eine Zulassung erhalten können.

Prof. Dr. Andreas Ladurner

4

4

Von bescheidenen Anfängen ...

- Nachfolgend interfraktioneller Gesetzentwurf Regierungskoalition und CDU/CSU: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – **GMG**, BT-Drs. 15/1525)
 - MVZ „sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister ... eingetragen sind, als Angestellte **oder Vertragsärzte** tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den **Leistungserbringern**, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden“.
 - **Begründung zu Beschränkung auf Leistungserbringer:** Durch die Beschränkung auf die im GKV-System tätigen Leistungserbringer soll sichergestellt sein, dass eine primär an medizinischen Vorgaben orientierte Führung der Zentren gewährleistet wird.

Prof. Dr. Andreas Ladurner

5

5

Von bescheidenen Anfängen ...

- Inkrafttreten **1.1.2004**
- Erwartungen der Politik betrafen vor allem die **fachübergreifende Versorgung**
 - MVZ als Versorgungsform
 - Einbindung der Krankenhäuser stand anfangs nicht im Mittelpunkt, sondern die fachübergreifende Versorgung
 - Außergewöhnlich **„schlanke Regelung“** angesichts der Einführung eines vollständig neuen institutionellen Leistungserbringers
 - Wenig Bedenken gegenüber Fremdbesitz; Leistungserbringereigenschaft genügt; „Integrationsgesellschaften“/Managementgesellschaften sollten auch Gründer sein)

5472

Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode – 64. Sit.

Parl. Staatssekretärin Marion Caspers-Merk

- (A) Krankenhaus zum ambulant tätigen Facharzt überwiesen werden. Das ist doch eine Verbesserung für die Patienten, und zwar aufgrund dieses Gesetzes.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Zweitens. Wir ermöglichen **medizinische Versorgungszentren** bundesweit. Die Menschen finden Ärzte dort in *einem* Haus, also unter *einem* Dach. Ärzte beraten dort gemeinsam komplexe Krankheitsbilder. Der Patient hat kurze Wege und gute Qualität. Dies ist ein Transfer ostdeutscher Traditionen in die ganze Bundesrepublik. Es ist doch eine gute Sache, dass der Transfer einmal in diese Richtung verläuft.

Prof. Dr. Andreas Ladurner

6

6

... unter Anpassungen

- **VÄndG** (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, Inkrafttreten 1.1.2007)
- „Klarstellung“ § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV
 - KH-Tätigkeit nicht zulassungsschädlich
 - „Mit der Änderung wird weiter klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem MVZ tätig sein kann ... Der Gesetzgeber hat die Regelungen zu den MVZ in Kenntnis der älteren Rechtsprechung des BSG zu § 20 Abs. 2 getroffen. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von MVZ in § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und MVZ anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen.“
 - nachträgliche Erläuterung/Neubestimmung der früheren Gesetzeszwecke?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

7

7

... unter Anpassungen

- **GKV-VStG** (GKV-Versorgungsstrukturgesetz; Inkrafttreten 1.1.2012)
 - Engerer *numerus clausus* der Gründer
 - insbesondere (nur) noch Vertragsärzte und Krankenhäuser; bloße Systemteilnahme als Leistungserbringer genügt nicht
 - Begründung (BT-Drs. 17/6906): Die Gründungsberechtigung wird auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den **Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben**. Sonstige Leistungserbringer nach dem SGB V, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, medizinische Versorgungszentren zu gründen.
 - Ausschluss bestimmter Organisationsformen
 - insbesondere keine Aktiengesellschaft mehr
 - Nachrang von MVZ in Fremdbesitz bei Praxisnachfolgen
 - § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V
 - Begründung (BT-Drs. 17/8005): Schutz freiberuflich tätiger Ärzte vor Verdrängung in überversorgten Gebieten

Prof. Dr. Andreas Ladurner

8

8

... unter Anpassungen

- **GKV-VSG** (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz; Inkrafttreten 25.7.2015)
 - Wegfall Fachübergreiflichkeit
 - dadurch wandelt sich MVZ von einer Versorgungsform tendenziell in eine Organisationsform
- **TSVG** (Terminservice- und Versorgungsgesetz; Inkrafttreten 11.5.2019)
 - „fachbezogene MVZ“ bei nichtärztlichem Dialyseleistungs-erbringer als Gründer
 - Deckelung Versorgungsanteile für KH-Zahnarzt-MVZ (§ 95 Abs. 1b SGG V n. F.)
 - bislang kein einziges Urteil zu dieser Neuregelung

Prof. Dr. Andreas Ladurner

9

9

... zum heutigen (Erfolgs-)Modell

- Noch nie gab es so viele **zugelassene MVZ** (KBV – Medizinische Versorgungszentren, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2022, S. 3):
 - Gesamtzahl MVZ: **5.474**
 - Veränderungsrate: ca. +10,0% gegenüber Vorjahr
 - Durchschnittliche Größe des MVZ: 6,2 Ärzte
- Noch nie gab es so viele **in MVZ tätige Ärzte** (KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2023, S. 3; Angaben nach Köpfen)
 - Gesamtzahl der „in Einrichtungen angestellten Ärzte“: 27.448 (von insgesamt 153.726 Ärzten)
 - Veränderungsrate: ca. +10% gegenüber Vorjahr (2022: 25.163 in Einrichtungen angestellte Ärzte von insgesamt 152.697 Ärzten)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

10

10

... zum heutigen (Erfolgs-)Modell

- Weiterhin große Unterschiede zwischen den **Fachrichtungen**, z. B.
 - Laboratoriumsmedizin: Von insgesamt 1.378 Ärzten sind 1.188 Angestellte in Einrichtungen tätig, d.h. mehr als **85%**
 - Allgemeinmedizin: Von insgesamt 34.585 Ärzten sind 2.522 Angestellte in Einrichtungen tätig, d.h. weniger als **8,5%**

Quelle: KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2023, S. 3; Angaben nach Köpfen

Prof. Dr. Andreas Ladurner

11

11

(Erfolgs-)Modell „unter Beschuss“

- Trotz hoher Beliebtheit bei angestellten Ärzten und signifikantem Versorgungsbeitrag
 - z. B. bemerkenswerte Versorgungsleistung der MVZ-Labore während der Pandemie
- ist das MVZ weiterhin eines der umstrittensten Themen im Vertragsarztrecht
 - insbesondere die Gretchenfrage Fremdbesitz

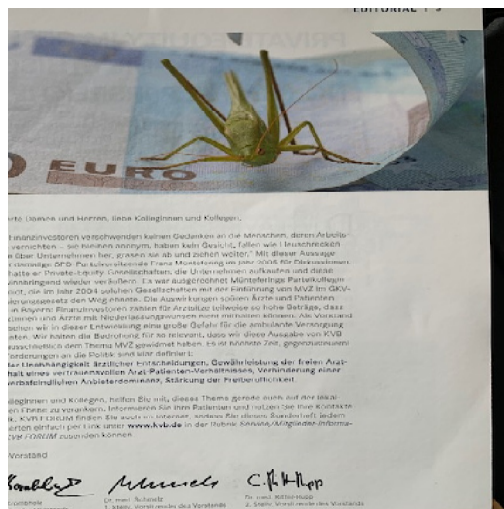
Prof. Dr. Andreas Ladurner

12

12

(Erfolgs-)Modell „unter Beschuss“

- Dr. Eßer (Ehrenvorsitzender KZBV):
- „Wir haben gegen eine Armada von milliardenschweren Investoren und ihre Vasallen gekämpft. ... Der sprichwörtliche Kampf ‚David gegen Goliath‘ war in vollem Gange. ... Private Equity ist ein schnelles Geschäft – egal, ob es sich um ... eine Zahnarztpraxis oder um ein **Freudenhaus** handelt. Ihr Ziel ist die Marktmacht, weil sie nur mit einer brutalen Expansionspolitik ihr Preisdumping durchsetzen können. Entscheidend ist, dass Zahnärzte freie Unternehmer bleiben können und nicht die **Sklaven irgendwelcher Investoren-Ketten** werden“ (zit. nach Zahnmedizinische Mitteilungen online v. 16.04.2019 <https://www.zm-online.de/archiv/2019/08/politik/das-war-david-gegen-goliath/Stand>)



Prof. Dr. Andreas Ladurner

„Heuschrecken“ übernehmen die Patienten-Versorgung; Auszug aus Veröffentlichung der KV Bayerns von 2021

13

13

Gretchenfrage Fremdbesitz

- Abwehr unliebsamer Konkurrenz oder berechtigte Sorge um Patientenwohl?
- stellt sich auch im anwaltlichen Bereich ...
- Anwaltsgerichtshof München, Beschluss v. 20.04.2023 – BayAGH III - 4 - 20/21; Vorlage anhängig beim EuGH

C-295/23-1
BayAGH III – 4 – 20/21

Ausfertigung



Eingetragen in das Register des Gerichtshofes unter der Nr. 1257261	
Luxemburg, den 12.05.2023	Der Kanzler, im Auftrag
Fax/E-mail: [Signature]	Daniel Jüttner, Referatsleiter
eingetragen am: 09.05.2023	

BAYERISCHER ANWALTSGERICHTSHOF

In dem Rechtsstreit

Halmer Rechtsanwalts-Gesellschaft UG, vertreten durch Herrn Rechtsanwalt Dr. Daniel Halmer, Wendelsteinstr. 5, 83101 Rohrdorf

- Klägerin -

14

14

Gretchenfrage Fremdbesitz

- BMJ prüft Lockerung des anwaltlichen Fremdbesitzverbots
 - Gegenargument BRAK: „Unreglementierte nichtanwaltliche Personen unterscheiden sich von ... Rechtsanwälten regelmäßig dadurch, dass sie **keine** entsprechende Ausbildung, Erfahrung und **Verantwortung** haben ...“ (Stellungnahme der BRAK 72/2023 in Verbändeanhörung des BMJ zur Lockerung Fremdbesitzverbot)
- Hauptunterschied rechtsanwaltliche Tätigkeit zur ärztlichen Versorgung: durch die Zulässigkeit der „Privatklinik“ ist ärztliche Versorgung durch „Fremdbesitzer“ **seit Jahrzehnten anerkannt und bewährt**

Prof. Dr. Andreas Ladurner

15

15

Gefahren infolge Fremdbesitzes an MVZ weiterhin rein spekulativ

- Studien aus neuerer Zeit – **weiterhin keine plausible Gefahrenprognose vorhanden**
 - *Tisch/Nolting* (IGES-Institut), Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns, 2021
 - MVZ in vertragsärztlicher Hand verursachen tendenziell die höchsten Kosten
 - *Bruch et al.*, Changes in Hospital Income, Use, and Quality Associated With Private Equity Akquisition, JAMA Intl. Medicine 2020, 1428 ff.
 - nach Erwerb von Krankenhäusern durch PE-Investoren verbesserte sich der „Performance Score“ bei ausgewählten Krankheitsbildern (z. B. Myokardinfarkt)
 - *Kannan et al.*, Changes in Hospital Adverse Events ... With Private Equity Akquisition, JAMA 2023, 2365 ff.
 - ausgewählte Negativereignisse nahmen nach Übernahme von KH durch PE-Investoren zu (allerdings relativ gering in absoluten Zahlen); Gesamtsterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes sank
 - *Janssen/Zhang*, Retail Pharmacies and Drug Diversion during the Opioid Epidemic, American Economic Review, 2023, 1 ff.
 - mehr Arzneimittelmisbrauch bei Apotheken in Eigenbesitz
 - Qualitätsbericht der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* 2022, Versorgungsqualität bei Überkappung zur Erhaltung der vitalen Pulpa wird seit 2019 immer besser

Prof. Dr. Andreas Ladurner

16

16

Fremdbesitzverbot – Rechtsprechung

- Bislang hat die höchstrichterliche Rechtsprechung die vom Gesetzgeber eingeführten partiellen Fremdbesitzverbote **nicht in Frage** gestellt
 - BVerfG: Verfassungswidrigkeit des § 95 Abs. 1a SGB V offen gelassen; für die Betrugsstrafbarkeit bei ärztlichem Strohmann als MVZ-Gesellschafter sei allein die Täuschung über die wahren Verhältnisse entscheidend (Beschl. v. 5.5.2021 – 2 BvR 2023/20)
 - BSG: Ungleichbehandlung von derzeit gründungsberechtigten KH und anderen – mittlerweile nicht mehr gründungsberechtigten – Leistungserbringern durch bessere Verzahnung von ambulantem u. stationärem Sektor gerechtfertigt (Urt. 16.5.2018 – B 6 KA 1/17 R –, unter Verweis auf Begründung VÄndG); ansonsten keine weitere Begründung
- Allerdings auch **nicht richterrechtlich ausgeweitet**
 - BSG: „Ob und inwieweit ... Investoren ... an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken können, entscheidet der Gesetzgeber“. (Urt. v. 30.9.2020 – B 6 KA 18/19 R –; zuletzt bestätigt durch Beschl. v. 22.2.2023 – B 6 KA 24/22 B)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

17

17

Aktuelle Entwicklungen MVZ - Rechtsprechung

- Verbot der **Selbstanstellung von Gesellschaftern** des MVZ-Trägers; BSG, Urt. v. 26.1.2022 – B 6 KA 2/21 R:
 - der Status des „angestellten Arztes und des Vertragsarztes“ stehen in einem wechselseitigen Ausschlussverhältnis; einem Vertragsarzt kann die Anstellungs-genehmigung nur erteilt werden, wenn er eine abhängige Beschäftigung im MVZ anstrebt
 - kein eigenständiger Begriff der „Anstellung“ in § 103 Abs. 4a Satz 1 Hs. 1 SGB V; vielmehr muss ein „abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliegen“ (Verweis auf § 7 Abs. 1 SGB IV und Übernahme der Rspr. des XII. Senats)
- **Funktion und Aufgaben des ärztlichen Leiters**
 - vieles derzeit noch ungeklärt, z. B. weiterhin Streit über Unterzeichnung der Sammelerklärung; dazu zuletzt BSG, Urteil v. 13.12.2023 – B 6 KA 15/22 R, entsprechende Regelung im Honorarverteilungsmaßstab möglich u. durch Ermächtigungsgrundlage in § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V gedeckt

Prof. Dr. Andreas Ladurner

18

18

Konkurrenz durch neue Einrichtungen?

- **Primärversorgungszentrum**; § 73a SGB V i. d. F. des GVSG
 - besonderes hausärztliches Versorgungsangebot: „zusätzlich berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente“; setzt „Errichtung“ durch **Zulassungsinhaber** (z. B. MVZ) und Anerkennung durch KV voraus; nur bei eingetretener oder drohender Unterversorgung -> keine Konkurrenz
- **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung** als besondere Krankenhausform; § 115h SGB V i. d. F. des KHVG („level II KH“)
 - dürfen als „sektorenübergreifende Leistungen“ auch ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erbringen
 - Neuer Ermächtigungstatbestand des § 116a Abs. 3 SGB V n. F.: Der ZA muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ermächtigen; Ziel: bedarfsunabhängige und unbefristete Krankenhausermächtigung
 - Eingriff in die Berufsfreiheit der Vertragsärzte (BVerfG Beschl. v. 17.8.2004 – 1 BvR 378/00)?
 - „Darüber hinaus“ können durch sektorenübergreifende Einrichtungen MVZ gegründet werden
 - der beabsichtigte **erleichterte Zugang von KH** (d.h. System mit Trägervielfalt) **in die ambulante Versorgung** dürfte Maßnahmen zur Gefahrenabwehr bei Investoren-MVZ noch weniger gerechtfertigt erscheinen lassen

Prof. Dr. Andreas Ladurner

19

19

Aktuelle MVZ-Reformgesetze zu MVZ

- **GVSG** (Referentenentwurf BGM Stand 21.3.2024)
 - Durch **§ 95 Abs. 2 Satz 7 u. 8 SGB V n. F.** wird die für GmbHs zulassungsnotwendige Gestellung der **Sicherheiten einschl. Bürgschaften** erleichtert; dies soll insbesondere Kommunen zugute kommen:
 - Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen **der Höhe nach begrenzen**. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbart entsprechende bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der begrenzten Sicherheitsleistungen
 - Anhaltspunkte für die Festlegung können etwa die Anzahl der Arztstellen, die Facharztausrichtungen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln sein (vgl. Begründung Referentenentwurf)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

20

20

Reformvorschläge aktuell

- GVSG-Referentenentwurf enthält ansonsten **keine** Regelungen betreffend MVZ
- aber: Vorschläge in Entschließung des **Bundesrats** „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ (BR-Drs. 211/23 vom 10.5.2023, beschlossen am 16.6.2023)
 - MVZ-Schilderpflicht
 - **Transparenzregister**
 - **Räumliche Zulassungsverbote für MVZ** von KH (indes keine fachliche Beschränkung)
 - Begrenzung Versorgungsanteile
 - **Streichung Arztstellenerwerb** gem. § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V
 - Streichung Konzeptbewerbung
 - Möglichkeit der KV, Arztsitze für Eigeneinrichtungen zu erwerben
 - **Stärkung der ärztlichen Leitung des MVZ**
 - **Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ als solche**

Prof. Dr. Andreas Ladurner

21

21

Transparenzregister

- Ziel der Entbürokratisierung wird konterkariert
 - hoher Aufwand, viele Zweifelsfragen, z. B. wie wird mit Träger-KH in Form der AG umgegangen?
- Ist ein Register für ärztliche Einrichtungen „angemessen“, das sich rechtstechnisch an gesetzgeberischen Maßnahmen zum Schutz vor „organisierter Kriminalität“ orientiert (Anknüpfung an Geldwäschegesetz)?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

22

22

Räumliche Zulassungsverbote für KH-MVZ

- **Verbot der Gründung von MVZ** außerhalb arztgruppenbezogener Planungsbereiche, die ganz oder teilweise im 50-km-Radius um das zugelassene Krankenhaus liegen
- Was kann der **legitime Zweck** dieses Eingriffs in Art. 12 Abs. 1 GG sein?
 - BR-Drs.: „Bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung“, d. h. Verbot vom Träger-KH „entfernter“ MVZ zur Stärkung der **sektorenübergreifenden Versorgung**
 - z. B. *Wenner* (SGB 2021, 593, 599: zu vom Träger weiter entfernten Standorten: „versorgungspolitischer Mehrwert erschließt ... sich mir nicht“)
 - Verfassungsrechtlich zulässige Frage aber ausschließlich: Schadet es der Versorgung der Versicherten, wenn der Träger des MVZ nicht in dessen Nähe gelegen ist?
 - Protokoll BR-Sitzung v. 16.6.2023; NRW-Minister Laumann zum Gesetzesziel: „Wir brauchen eine regionale Verankerung der medizinischen Versorgung. ... Ich finde es sehr beunruhigend, wenn ein Hausarzt mit den Krankenhäusern in der Region verhandelt ist“
 - Versorgungsqualität in KH-MVZ als solche wird von BR-Drs. **nicht** als Grund genannt
 - strukturelle Qualitätsdefizite auch nicht plausibel belegbar (siehe oben)
 - Monopoltendenzen als Gesetzeszweck?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

23

23

Räumliche Zulassungsverbote Verfassungsmäßigkeit

- Drei-Stufen-Zuordnung – welche Stufe?
 - Objektive Berufswahlbeschränkung
 - Beruf des bundesweit tätigen MVZ-Betreibers wird als solcher verboten (so Burgi-Gutachten)
 - Subjektive Berufswahlbeschränkung
 - Beruf des bundesweit tätigen MVZ-Betreibers nur noch mit vielen Krankenhausstandorten ausübbbar
 - Berufsausübungsbeschränkung?
 - bloße Einschränkungen der Tätigkeit als Krankenhausunternehmer
 - Stellungnahme: tendenziell Berufswahlbeschränkung, da politisches Ziel erkennbar, einer gewissen Personengruppe – nichtärztlichen Investoren – die berufliche Tätigkeit als solche („ob“) zu erschweren; allerdings durch eigenes Zutun (Erwerb von geeigneten KH) überwindbar und also subjektiv (nicht objektiv ausgeschlossen)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

24

24

Räumliche Zulassungsverbote Verfassungsmäßigkeit

- Unabhängig von der Stufenzuordnung ist jedenfalls Verhältnismäßigkeit des gesetzlichen Eingriffs zu fordern
 - dabei erhöhte Anforderungen, weil
 - Eingriff weitreichend
 - eine bereits seit über 20 Jahren aufgehobene berufsrechtliche Beschränkung teilweise wieder eingeführt wird (Rechtslage vor 2004 wird partiell reaktiviert; vgl. zu Reaktivierung alter Regulierung z. B. BVerfG, Beschl. v. 11. 2.2003 - 1 BvR 1972/00 bezügl. den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Wiedereinführung eines Impfstoffversandverbots für Apotheken)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

25

25

Räumliche Zulassungsverbote – Geeignetheit?

- **Maßstab:** Kann ein Verbot jener vom Trägerstandort weiter entfernter MVZ Nachteile bzw. Gefahren für die (sektorenübergreifende) Versorgung verhindern helfen?
- Dies ist fraglich, auch wenn Bewertungsspielraum des Gesetzgebers besteht:
 - Sitz des MVZ-Trägers ist für die Bewertung der tatsächlichen sektorenübergreifenden Versorgung schon **kein geeigneter Anknüpfungspunkt**, da sich die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung am Vertragsarztsitz entscheidet:
 - **Regulierung zielt auf falsche „Ebene“**
 - Bei MVZ findet die Behandlung auf der **Betriebsebene** am **Vertragsarztsitz** und gerade nicht durch den Träger statt; maßgeblich für die Versorgungsqualität ist Zusammenarbeit zwischen **Ärzten am Vertragsarztsitz** mit dem in der Nähe gelegenen **Krankenhaus**
 - KH-MVZ müssen wie alle anderen Vertragsärzte die gesamte Breite des Fachgebiets anbieten; eine Fokussierung des MVZ auf „sektorenübergreifende“ Leistungen wäre unzulässig

Prof. Dr. Andreas Ladurner

26

26

Räumliche Zulassungsverbote – Geeignetheit?

- Der MVZ-Träger soll und darf **keinen Einfluss** auf die Art und Weise der Behandlung im MVZ nehmen
 - Abschirmung der Ärzte im MVZ vor Einfluss durch Träger ist gerade **Ziel der MVZ-Regulierung**
 - **Schutz vor Selbstzuweisung** („Referral-Business“) durch KH-Träger erforderlich (siehe auch Laumann-Zitat, wonach Ziel der Regulierung sein muss, dass Arzt „nicht mit dem Krankenhaus verbandelt ist“)
- Verbot räumlich entfernter MVZ ist der sektorenübergreifenden „Versorgung aus einer Hand“ nur dienlich, wenn **gleichzeitig fachliche Beschränkung des MVZ** eingeführt werden; bei Auseinanderfallen der fachlichen Ausrichtung von MVZ und Träger-KH ist eine sektorenübergreifende Versorgung kaum möglich; fachliche Beschränkungen aber aus anderen Gründen kritisch
- Es liegen keine Erkenntnisse vor, dass MVZ entfernter Träger-KH am MVZ-Vertragsarztsitz weniger sektorenübergreifend versorgen als MVZ in sonstiger Trägerschaft
- Im **zahnärztlichen Bereich** ist praktisch keine sektorenübergreifende Versorgung feststellbar – deshalb unklar, wie eine typischerweise gerade ohne stationären Bezug durchgeführte Versorgung verbessert werden könnte
 - eine gar nicht vorhandene sektorenübergreifende Versorgung kann nicht geschützt/verbessert werden (Scheinargument)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

27

27

Räumliche Zulassungsverbote – Erforderlichkeit und Angemessenheit?

- **Erforderlichkeit** zu verneinen
 - Da es maßgeblich auf die Versorgung **vor Ort** ankommt, ist Kooperation zwischen MVZ und örtlichem KH-Angebot (denkbar z. B. Kooperationsvertrag mit örtlichem KH als Zulassungsvoraussetzung) zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung gleich wirksam und **deutlich milderer Mittel als Totalverbot der MVZ-Gründung**
- **Angemessenheit** zu verneinen
 - Ein Totalverbot der Gründung entfernterer MVZ steht außer Verhältnis zur Beseitigung praktisch nicht plausibler Gefahren für die sektorenübergreifende Versorgung (wobei das Verbot zugleich auch **Versorgungsvorteile** von MVZ in weiterer Entfernung zum Träger-KH zunichte macht)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

28

28

Streichung Arztstellenerwerb gemäß § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V?

- Begründung BRat: Benachteiligt niederlassungswillige Bewerber, da keine Bewerberauswahl stattfindet; Umgehung der regulären Nachfolgeverfahren
 - Aber
 - Arztstellenerwerb nach § 103 Abs. **4b** Satz 1 SGB V (Anstellung beim Vertragsarzt) in ähnlicher Weise für die Niederlassung „benachteiligend“; Art. 3 Abs. 1 GG?
 - derzeit richterrechtlich “3-Jahres-Rechtsprechung” des BSG (Urt. 4.5.2016 – B 6 KA 21/15 R)
 - Vorschlag BMG-Gutachten: 1 Jahr Mindesttätigkeit auf gesetzlicher Grundlage

Prof. Dr. Andreas Ladurner

29

29

Stärkung ärztliche Leitung?

- **Überlegenswert**
 - Verbot sachfremder finanzieller Anreize für ärztlichen Leiter (z. B. arbeitsvertraglich vereinbarter Bonus nach Menge der im MVZ erbrachten vertragsärztlichen Leistungen); gesetzliche Regelung in Anlehnung an **§ 135c Abs. 1 SGB V** (Transparenzpflicht bei Abweichung von Empfehlungen der Gesamtvertragspartner für die Vertragsgestaltung)
 - Klarstellung des Wächteramts des ärztlichen Leiters durch detailliertere Regelung in § 95 SGB V (einschl. derzeit offener Punkte wie Unterschrift Sammelerklärung – siehe oben; Umfang Anstellung)
- Weitergehend, aber an sich nicht notwendig: Abberufungs- und/oder Kündigungsschutz (vgl. zu Letzterem § 58 Abs. 2 BImSchG)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

30

30

Disziplinarmaßnahmen unmittelbar gegen MVZ

- Derzeit sind im MVZ tätige **Ärzte** idR als Mitglieder der KV (§ 77 Abs. 3 SGB V) der KV-Disziplinalgewalt unterworfen, **nicht** aber MVZ als solche
 - Grund
 - MVZ sind derzeit nicht Mitglieder der KV
 - MVZ als typischerweise juristische Personen können keinen vorwerfbaren Pflichtenverstoß begehen, der menschliches Handeln voraussetzt
- **Lösungsmöglichkeit** ähnlich **BRAO** für rechtsanwaltliche Berufsausübungsgesellschaften
 - MVZ und deren Leitungspersonen werden **Mitglieder der KV** (vgl. § 60 Abs. 2 Nr. 2 und 3 BRAO; dh. Änderung § 77 Abs. 3 SGB V)
 - Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ möglich, wenn (vgl. § 113 Abs. 3 BRAO, Änderung § 81 Abs. 5 SGB V)
 - eine Leitungsperson der Berufsausübungsgesellschaft schuldhaft gegen vertragsärztliche Pflichten verstößt oder
 - eine Person, die nicht Leitungsperson ist, in Wahrnehmung der Angelegenheiten des MVZ gegen vertragsärztliche Pflichten verstößt, wenn die Pflichtverletzung durch angemessene organisatorische, personelle oder technische Maßnahmen hätte verhindert oder wesentlich erschwert werden können.
- **Notwendigkeit einer solchen Regelung?**

Prof. Dr. Andreas Ladurner

31

31

Ausblick: Weitergehende Reformen

- Statt Angststarre und Abwehrkampf besser **Liberalisierung der Regulierung zugunsten der Ärzteschaft**
- **Musterbeispiel** für unnötigen „Abwehrkampf“
 - **SG München, Urt. v. 22.11.2022 – S 38 KA 121/20**
 - Ausgangspunkt: Die KV Bayerns legte Widerspruch gegen ZA-Entscheidung ein, die einem Altgesellschafter-Arzt erlaubte, seinen Gesellschaftsanteil **nur teilweise** auf einen im MVZ angestellten Arzt (ebenfalls Mitglied der KV!) zu übertragen
 - Begründung KV: enge Wortlautauslegung des § 95 Abs. 6 Satz 5 SGB V geboten; Forderung nach komplexen Ersatzkonstruktionen
 - Ziel des KV-Widerspruchs unverständlich: Benachteiligung der eigenen Mitglieder im Verhältnis zu KH-Trägern, die ihre Gesellschafter problemlos wechseln können?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

32

32

Weitergehende Reformen – Liberalisierung der MVZ-Regulierung zugunsten von Ärzten

- **1. Schritt:** Mobilisierung der MVZ-Gesellschaftsanteile
 - Freigabe der Übertragung von Gesellschaftsanteilen an einem MVZ unter und an alle dort mit ZA-Genehmigung arbeitenden Ärzte (von Angestelltem zu Angestelltem; auch von nichtärztlichen Gesellschaftern zu Angestellten etc.)
 - Ziel: erleichterter Generationenwechsel, Ermunterung zur Übernahme von wirtschaftlicher Verantwortung durch Jungärzte, Managementbuyouts
- **2. Schritt:** Gleichstellung von Vertragsärzten und angestellten Ärzten bei Gründereigenschaft
 - Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind fachlich-medizinisch vergleichbar (st. Rspr. BSG, z. B. Urteil v. 13.5.2020 – B 6 KA 11/19 R); deshalb Gründungsberechtigung auch für Ärzte mit Anstellungsgenehmigung (und KV-Mitgliedschaft gemäß § 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V)
 - auf eigene Mitarbeit im zu gründenden MVZ kommt es nicht mehr an

Prof. Dr. Andreas Ladurner

33

33

Weitergehende Reformen – Liberalisierung der MVZ-Regulierung zugunsten von Ärzten

- **3. Schritt:** Regulatorische Anknüpfung an „Betriebsvoraussetzungen“ – Aufgabe des „Gründer“-Begriffs zugunsten von (zwei) Betriebsvoraussetzungen
 - Bestimmte Rechtsform der Trägergesellschaft (Wiedereinführung Aktiengesellschaft überlegenswert)
 - *numerus clausus* zulässiger „Träger“
 - Gesellschaft, deren Gesellschafter ausschließlich Vertragsärzte oder Ärzte mit genehmigter Anstellung sind
 - sonstige bislang zulässige „Gründer“
 - Kombinationen der vorgenannten Träger

Prof. Dr. Andreas Ladurner

34

34

- **Besten Dank für Ihr Interesse!**

- **Kontakt**

- Prof. Dr. iur. Andreas Ladurner
Professur für Gesundheitsrecht
Prorektor
Hochschule Aalen – Technik und Wirtschaft
Beethovenstr. 1
73430 Aalen
E-Mail: andreas.ladurner@hs-aalen.de

Prof. Dr. Andreas Ladurner

35