



Prof. Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt



Hendrik Hörnlein, LL. M.,
Rechtsanwalt

Beschränkung von zugelassenen Krankenhäusern als Gründer von MVZ – Teil 2

Das Ende eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells?³⁴

Prof. Dr. Peter Wigge, Rechtsanwalt/Hendrik Hörnlein, LL. M., Rechtsanwalt

Der Beitrag befasst sich im Anschluss an Teil 1 mit den sich aktuell in der gesundheitlichen Diskussion befindlichen Regulierungsvorschlägen zur Beschränkung der Gründungsbefugnis von Medizinischen Versorgungszentren durch zugelassene Krankenhäuser gemäß §§ 107, 108 SGB V. In diesem 2. Teil werden die Vorschläge der planungsbereichsbezogenen Versorgungshöchstgrenzen, der Streichung der Regelung über den Verzicht zu Gunsten der Anstellung in MVZ sowie der Möglichkeit der Konzeptbewerbung von MVZ erörtert.

III. Zukünftige Beschränkungen von Krankenhäusern als Gründer von MVZ

3. Festlegung von planungsbereichsbezogenen Versorgungshöchstgrenzen für Krankenhaus-MVZ

Ähnlich wie die durch das TSVG von 2019 eingeführte Regelung für zahnärztliche MVZ in § 95 Abs. 1b SGB V wird in dem Antrag auf Entschließung des Bundesrates³⁵ in Ziffer 4 und dem Positionspapier der BÄK³⁶ eine Regelung gefordert, wonach die Gründung eines ärztlichen MVZ für zugelassene Krankenhäuser auf bestimmte Versorgungsanteile im Planungsbereich und im KV-Bezirk begrenzt wird. Auch mit dieser Forderung wird der Entschließungsantrag seinem Zweck, dem Risiko von Konzentrationsprozessen entgegenzuwirken und bestimmte Versorgungsformen nicht zu diskriminieren, nicht gerecht.

a) Notwendigkeit der Ermittlung bezogen auf die konkrete Arztgruppe

Für den Fall der Einführung von Versorgungshöchstgrenzen für Krankenhaus-MVZ ist vom Gesetzgeber zu beachten, dass die Beurteilung der Versorgungshöchstgrenzen getrennt nach den in § 5 Abs. 1 BedarfspIRL³⁷ vorgegebenen Versorgungsebenen und den ihnen nach § 6 BedarfspIRL zugeordneten Arztgruppen zu erfolgen hat. Dies würde zu einem erheblichen Aufwand bei den Zulassungsgremien führen. Denn im Gegensatz zu der zahnärztlichen Bedarfsplanung, die nach § 3 Abs. 1 S. 4 BedarfspIRL-ZÄ lediglich in zwei Planungsbereiche unterteilt ist, weist die vertragsärztliche Versorgung ein differenziertes System von Versorgungsebenen auf, dem unterschiedliche ärztliche Fachgruppen und Planungsbereiche zugeordnet sind. Nach der BedarfspIRL werden die hausärztliche (§ 11 BedarfspIRL) und die fachärztlichen Versorgungsebenen (§§ 12–14 BedarfspIRL) unterschieden. Die fachärztliche Versorgung wiederum wird dreifach unterglie-

dert in eine allgemeine, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung (vgl. § 5 Abs. 1 BedarfspIRL). Insgesamt werden auf Basis der ärztlichen Bedarfsplanung 22 Arztgruppen in vier verschiedenen Versorgungsebenen zusammengefasst. Je nachdem, welche Arztgruppe in Rede steht, wird diese in räumlicher Hinsicht unterschiedlich weiträumig/kleinteilig beplant.

Eine einheitliche Festlegung einer Versorgungshöchstgrenze bezogen auf ein bestimmtes räumliches Gebiet ist mithin nicht möglich.

b) Außerachtlassung der gesonderten fachärztlichen Versorgung

Der Regelungsvorschlag in Ziffer 4 des Antrages auf Entschließung des Bundesrates nimmt eine getrennte Bedarfsermittlung für die Versorgungsebenen vor. Nach seinem Wortlaut bezieht er sich auf den „Planungsbereich bei Hausärzten“ und der „allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung“ (Hervorhebung nicht im Original). Ob mit der speziellen fachärztlichen Versorgung die spezialisierte fachärztliche Versorgung i. S. d. § 13 BedarfspIRL gemeint ist, bleibt aufgrund des offenen Wort-

³⁴ Der Beitrag setzt Teil 1, KrV 2024, 7 ff. fort.

³⁵ Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drs. 211/23, S. 2.

³⁶ „Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung“, S. 12 ff., abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf.

³⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31. 12. 2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013 zuletzt geändert am 16. März 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 2. 6. 2023 B2) in Kraft getreten am 3. Juni 2023.

lautes unklar, da weder der Vorschlag, noch die Begründung des Bundesrates ausdrücklich auf die BedarfspIRL Bezug nehmen.

Soweit man jedoch davon ausgeht, dass sich der Antrag auf Entschließung des Bundesrates hinsichtlich der Arztgruppen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung auf die hausärztliche (§ 11 BedarfspIRL), die allgemeine (§ 12 BedarfspIRL) sowie die spezialisierte fachärztliche Versorgung (§ 13 BedarfspIRL) bezieht, ist nachfolgendes festzustellen. Die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung nach § 14 BedarfspIRL werden nicht genannt und sollen daher wohl von den Versorgungshöchstgrenzen in einem MVZ ausgenommen sein. Hierbei handelt es sich um kleinere Arztgruppen, für die nach § 14 Abs. 3 BedarfspIRL der Bezirk der KV der Planungsbereich ist.

Auch wenn damit nur drei der vier Versorgungsebenen nach der BedarfspIRL im Rahmen der allgemeinen Bedarfsermittlung für die Versorgungshöchstgrenzen Berücksichtigung finden, – die gesonderte fachärztliche Versorgung wurde ausgeklammert und die allgemeine fachärztliche sowie die spezialisierte fachärztliche Versorgung wurden hinsichtlich der Bedarfsermittlung zusammengefasst – bestehen Zweifel, ob und wie für die unterschiedlichen Versorgungsebenen und die zahlreichen Arztgruppen seitens des Zulassungsausschusses und der KV die Ermittlung des jeweiligen Versorgungsgrades verwaltungstechnisch umsetzbar ist. Schließlich stellt sich die Frage, was der sachliche Grund dafür ist, dass die Versorgungshöchstgrenzen für die gesonderte fachärztliche Versorgung nach § 14 BedarfspIRL nicht gelten sollen.

c) Privilegierung von Krankenhausträgern mit vielen zugelassenen Krankenhäusern

Der Regelungsvorschlag zur Begrenzung des Versorgungsanteils von ärztlichen MVZ stellt zudem begrifflich auf den Träger ab.³⁸ Nach der Begründung zu Ziffer 4 des Entschließungsantrages könnten „in einem Planungsbereich daher mehrere Krankenhäuser MVZ betreiben, deren gemeinsamer Versorgungsanteil auch über diesen Höchstversorgungsanteilen liegt.“³⁹ Damit werde die Anbietervielfalt erhalten und garantiert. Die Begründung ist etwas unklar, meint aber wohl, dass unterschiedliche Krankenhausträger in einem Planungsbereich mehrere MVZ betreiben können, ohne dass dadurch die Höchstversorgungsanteile überschritten werden.

Dies ist zutreffend, führt allerdings gerade nicht dazu, dass die Anbietervielfalt im Krankenhausbereich erhalten bleibt. Bereits für die 10 %-Grenze im zahnärztlichen Bereich in § 95 Abs. 1b S. 1 SGB V wird in der Literatur, trotz der Verwendung des Begriffs des „Krankenhauses“, ebenfalls auf den Träger bezogen. Hierdurch erhöht sich der zulässige Versorgungsanteil eines Trägers, der mehrere zugelassene Krankenhäuser im Planungsbereich betreibt, in diesem Verhältnis. Würde man diese Überlegung auf den Entschließungsantrag übertragen, hätte das für den Vorschlag der Höchstversorgungsanteile in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls zur Folge, dass die Zahl der MVZ, die von großen Krankenhausträgern mit einer Vielzahl von zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden können, durch die Neuregelung kaum beschränkt wird.⁴⁰

Die Einführung von Höchstversorgungsanteilen für vertragsärztliche MVZ würde daher zu einer starken Ungleichbehandlung der Krankenhausträger hinsichtlich des Ausmaßes der Kontingentierung führen. Mit der Diskriminierung kleinerer Krankenhausträgergesellschaften geht eine Bevorzugung der großen (bundesweit tätigen) Krankenhausträgergesellschaften einher. Der Entschließungsantrag schafft demnach für die großen Krankenhausträgergesellschaften erst die regulativen Rahmenbedingungen dafür, um örtlich umrissene Monopole in den MVZ-

Strukturen und damit in der vertragsärztlichen Versorgung zu bilden. Kleinere Krankenhausträgergesellschaften haben dann das Nachsehen. Einzig für diese wird sich eine relevante – im Sinne von konkreter Wirksamkeit – Beschränkung ergeben.

4. Streichung von Verzicht zu Gunsten der Anstellung in MVZ

Ziffer 5 des Antrages auf Entschließung des Bundesrates sieht eine „*Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbs für MVZ im Wege des Zulassungsverzichts gemäß § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V*“ vor. Diese Streichung ist aus mehreren Gründen nicht mit den Vorgaben des Verfassungsrechts und der Intention des Gesetzgebers vereinbar.

a) Veränderung des Wesens von MVZ

Das MVZ wird die gesetzliche Intention, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu erhöhen und damit einen Anreiz für qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu schaffen⁴¹, nicht mehr erfüllen können. Dabei begründet nach Auffassung der Bundesregierung ein dynamischer Wettbewerbsprozess in der Gesundheitswirtschaft den Anreiz für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung.⁴² Durch die beabsichtigte Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V als wesentliches Werkzeug zum Wachsen und der Neugründung von MVZ als institutionalisierter Leistungserbringer wird sich das Wesen des MVZ erheblich verändern. Es ist zu erwarten, dass der Anteil von MVZ am deutschen Gesundheitsmarkt im Wesentlichen auf den status quo „eingefroren“ wird. Denn eine Neugründung wird angesichts der Zulassungsvoraussetzungen für ein MVZ⁴³ ohne den Verzicht zu Gunsten der Anstellung deutlich erschwert, obwohl die MVZ einen merklichen und wichtigen Beitrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und der Sicherstellung derselben leisten.

b) Benachteiligung von MVZ im Vergleich zu Vertragsärzten

Die Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB bei gleichzeitiger Beibehaltung des für Vertragsärzte geltenden § 103 Abs. 4b S. 1 SGB V führt außerdem zu einer Benachteiligung von MVZ gegenüber Vertragsärzten. Bei dem Verzicht zu Gunsten der Anstellung entfällt das Nachbesetzungsverfahren. Ein solches kann erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Möchte ein abgabewilliger Vertragsarzt seine Arztpraxis wirtschaftlich verwerten und nicht ein zeitaufwändiges Nachbesetzungsverfahren durchlaufen, wird er sich für die einigermaßen rechtlich gesicherte Möglichkeit der wirtschaftlichen Verwertung auf andere Vertragsärzte bzw. BAG beschränken. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber eine Diskriminierung von MVZ und eine Beschränkung deren Wachstumsmöglichkeiten, da sie als Vertragspartner mehr gemieden als bevorzugt werden. Nach dem Entschließungsantrag der GMK ist es aber Zweck der Regelungen eine „*Versorgungslandschaft aller im SGB V zugelassenen Leistungserbringer ohne eine Diskriminierung bestimmter Versorgungsformen zu erhalten*“⁴⁴. Der Zweck des Entschließungsantrages wird also durch diesen selbst verfehlt.

38 Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drs. 211/23, S. 2.

39 Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drs. 211/23, S. 4 und 5.

40 Rademacker, in: Kasseler Kommentar, 2019, § 95, Rn. 82.

41 Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK SGB V, 4. Aufl., § 95 SGB V (Stand: 2. 2. 2023), Rn. 143; vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 74.

42 Vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 2 f. und BT-Drs. 20/4778, S. 7.

43 U. a. insbesondere zwei Ärzte bei insgesamt einem vollen Versorgungsauftrag, vgl. hierzu: Ladurner, Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, 2017, § 95 SGB V, Rn. 48 m. w. N.

44 Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drucks. 211/23, S. 1.

Die mit der Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V einhergehende Notwendigkeit eines Nachbesetzungsverfahrens und die damit verbundene Benachteiligung von MVZ wird durch die Beibehaltung der Regelung des § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V noch verschärft werden. Hiernach ist bei der Auswahl des Praxismachfolgers durch den Zulassungsausschuss ein MVZ, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem MVZ als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen. Diese Regelung gilt im Sinne einer Negativabgrenzung also für MVZ aller berechtigten Gründer, die nicht Vertragsärzte sind – z. B. zugelassene Krankenhäuser gemäß §§ 107, 108 SGB V und Kommunen – bzw. MVZ bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und Gesellschaftsanteile nicht bei Vertragsärzten liegen.

Indem die Regelung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V gestrichen wird, wird die Möglichkeit der Erweiterung des MVZ in Kombination mit § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V rechtlich soweit beschränkt werden, dass sich diese in der Praxis weitestgehend entwertet. Es ist zu erwarten, dass sich ein praxisabgabewilliger Vertragsarzt regelmäßig für einen anderen Vertragsarzt/BAG bzw. ein durch Vertragsärzte kontrolliertes MVZ entscheiden wird. Die Teilnahme von MVZ am Markt und die Vergrößerung derselben wird mithin erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht. § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V stellt eine bereits bislang bestehende Schlechterstellung der MVZ dar, die nach dem Konzept der seinerzeitigen gesetzgeberischen Regelung durch die Regelung über den Zulassungsverzicht nach § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V gleichsam ausgeglichen wird.⁴⁵

Durch die Streichung der Regelung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V bei gleichzeitiger Beibehaltung des § 103 Abs. 4b S. 1 SGB V werden MVZ als Kooperationsform selbst bzw. zu Vertragsärzten benachteiligt werden. Denn Vertragsärzte könnten im Zweifel immer noch zur Kooperationsform der (über-)örtlichen BAG gemäß § 33 Abs. 2 S. 1, 2 Ärzte-ZV „ausweichen“, um einen Verzicht zu Gunsten der Anstellung zu ermöglichen.

c) Verfassungsrechtliche Unzulässigkeit

Diese Ungleichbehandlung von MVZ und Vertragsärzten lässt sich im Lichte des Art. 3 Abs. 1 GG nicht rechtfertigen. Angesichts der unbekanntenen und fraglichen Risiken, die von MVZ ausgehen sollen, steht schon die verfassungsrechtliche Erforderlichkeit der Regelung in Frage. Es existieren eine Mehrzahl von mildereren Mitteln, wie die Schaffung von Transparenz der Eigentümerstrukturen, die Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters, eine Freigabepflicht in Anlehnung an die kartellrechtliche Zusammenschlusskontrolle in den §§ 35 ff. GWB⁴⁶ oder die Schaffung eines Regelbeispiels zur Ablehnung der Genehmigung der Anstellung in § 103 Abs. 4a S. 1 HS 1 a. E. SGB V. Angesichts der erheblichen Auswirkungen, die die beabsichtigte Regelung haben wird, ist im Hinblick auf den verfolgten Zweck auch die Angemessenheit der Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V zweifelhaft.

Überdies genügt die Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V bei Beibehaltung des § 103 Abs. 4b S. 1 SGB V nicht den Vorgaben des BVerfG zur Folgerichtigkeit⁴⁷ von gesetzlichen Regelungen. Soll Zweck der Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V das Entgegenwirken von Konzentrationsprozessen im Gesundheitsmarkt sein⁴⁸, ist es nicht folgerichtig eben jenen Konzentrationsprozessen bei größeren überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften ungehindert ihren Lauf zu lassen. Ebenso wie Konzentrationsprozesse teilweise bei MVZ-Konzernen beobachtet werden können, gilt dies bezogen auf bestimmte Arztgruppen und Regionen aber auch für üBAG von Vertragsärzten.

Seitens der MVZ-Trägergesellschaften bzw. der hieran beteiligten berechtigten Gründer ist insbesondere ein Eingriff in ihr Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG in den Blick zu nehmen. Die Intensität des Eingriffs nähert sich trotz Bestehens einer Berufsausübungsregelung einer Berufswahlregelung an. Auf Grund der Intensität des Eingriffs einerseits und der unbekanntenen tatsächlichen Notwendigkeit andererseits ist abzulehnen, dass die Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V zur Verhinderung von Konzentrationsprozessen und Sicherstellung einer flächendeckenden sowie umfassenden Versorgung in einem angemessenen Verhältnis steht.

Die Einschränkung von MVZ auf der einen Seite hat aber auch eine Beeinträchtigung der Interessen von Praxisabgabewilligen auf der anderen Seite zur Folge. Denn deren Nachfolgepläne werden sich mit einem MVZ nur schwerer verwirklichen lassen und damit „bricht“ ein nicht unerheblicher Kreis von Interessenten an der Praxis eines abgabewilligen Arztes weg. Seitens der Praxisabgebenden besteht damit ein Eingriff in ihre Rechte aus Art. 12 Abs. 1, 14 Abs. 1 GG, wobei die Intensität des Eingriffs im Vergleich zu MVZ-Trägergesellschaften und hieran beteiligten berechtigten Gründer deutlich gemindert ist. Es ist daher anzunehmen, dass ein Eingriff in deren Rechte verhältnismäßig ausgestaltet werden kann. Zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in Art. 14 Abs. 1 GG ist jedoch – im Falle der Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V – eine Übergangsfrist von mindestens einem Jahr vorzusehen.

Zusammenfassend ist die Streichung des § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V nicht mit den Vorgaben des Verfassungsrechts vereinbar.

5. Streichung der Möglichkeit der Konzeptbewerbung von MVZ

Unter Ziffer 6 des Entschließungsantrages wird des Weiteren die Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ, das heißt die Bewerbung eines MVZ im Nachbesetzungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes gemäß § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V, gefordert.

Diese Streichung ist zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich. Zwar kann die Streichung der Konzeptbewerbung grundsätzlich erwogen werden, falls man zukünftige Regelungen als zu umfangreich oder die Konzeptbewerbung als Fremdkörper im Zulassungsrecht ansieht. Dies ist jedoch nicht mit den vermeintlichen Konzentrationsprozessen durch MVZ und den hiermit vermuteten Risiken für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu vermischen, sondern losgelöst hiervon zu diskutieren.

Nach der Begründung des Entschließungsantrages handele es sich bei der Konzeptbewerbung um ein gesetzliches Auswahlkriterium, auf das ausschließlich MVZ, nicht hingegen auch die übrigen vertragsärztlichen Leistungserbringer, die Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren allein stützen können. Dies ist ausweislich des ausdrücklichen Wortlauts des Gesetzes schlicht unzutreffend. Die angeführte Rechtsauffassung mag bis zum Inkrafttreten des TSVG noch zutreffend gewesen sein. Mittlerweile ist sie aber überholt. Nach § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 HS 2 SGB V gilt die Möglichkeit der Konzeptbewerbung nach § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 HS 1 SGB V für Vertragsärzte und BAG mit einem besonderen Versorgungsangebot entsprechend. Zudem steht das Kriterium des § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V gleichberechtigt neben den

45 *Burgi*, Rechtswissenschaftliches Gutachten, S. 61.

46 Vgl. *Strötichen*, KrV 2020, 143, 144.

47 Vgl. aus der neueren Rechtsprechung: BVerfG, Beschl. v. 7. 11. 2006, Az.: 1 BvL 10/02; Beschl. v. 15. 1. 2008, Az.: 1 BvL 2/04; Beschl. v. 13. 2. 2008, Az.: 2 BvL 1/06; Urt. v. 17. 12. 2014, Az.: 1 BvL 21/12, Rn. 124 ff.

48 BR-Drs. 211/21, Beschl. v. 16. 6. 23, S. 1.

anderen Auswahlkriterien. Eine Berücksichtigung „anstelle“ – entsprechend des Wortlauts in der bis zum Inkrafttreten des TSVG geltenden Fassung des § 103 Abs. 4 S. 10 SGB V – ist in § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V nicht enthalten. Nach der Konzeption des Gesetzgebers können sich auch Vertragsärzte und BAG im Rahmen einer Konzeptbewerbung im Nachbesetzungsverfahren bewerben.⁴⁹

Der Entschließungsantrag stützt seine Begründung des Weiteren auf die Aussage, dass ein MVZ mit dem Zuschlag für ein bloßes Versorgungskonzept eine „arztlose Anstellungsgenehmigung“ erhalten würde, was weder im Gesetz noch in den Zulassungsverordnungen vorgesehen sei, und sich mit Scheinkonzepten bewerben könnten. Diese Gefahr der Durchsetzung von Scheinkonzepten, welche später nicht umgesetzt werden können, besteht aber nicht, weil der Gesetzgeber – nach einem vom Antrag auf Entschließung des Bundesrates selbst zitierten Urteil des BSG⁵⁰ – angesichts des multipolar geprägten Auswahlverfahrens zunächst gesetzliche Regelungen zur näheren Ausgestaltung und Konturierung des Instituts der Konzeptbewerbung normieren muss, bis die Zulassungsgremien über eine artztl. Anstellungsgenehmigung als Status eigener Art entscheiden können.⁵¹

Zu den erforderlichen Regelungen gehören z. B. wie lange ein MVZ bis zu einem Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines bestimmten Arztes zuwarten kann, welche Auswirkungen zwischenzeitliche Änderungen des Versorgungskonzepts oder auftretende Hindernisse bei dessen Realisierung haben sowie Festlegungen, wie lange ein ausgewähltes Konzept mit Blick auf die Mitbewerber verbindlich bleibt.⁵²

All diese Regelungen würden der Erteilung einer artztl. Anstellungsgenehmigung mittels eines „Scheinkonzepts“ entgegenwirken. Bis zur näheren Ausgestaltung des Instituts der Konzeptbewerbung durch den Normgeber besteht nach der Rechtsprechung kein materieller Anspruch darauf, dass die Zulassungsgremien über eine „arztlose Anstellungsgenehmigung“ entscheiden.⁵³

IV. Zusammenfassende Bewertung der Regelungsvorschläge

Die beabsichtigten Regelungen zur Beschränkung von Krankenhaus-MVZ werden an Art. 14 Abs. 1, 12 Abs. 1, 2 Abs. 1 und 3 Abs. 1 GG zu messen sein. Hierbei sind als Grundrechtsbetroffene die Krankenhausträger, MVZ-Trägergesellschaften, Praxis abgabewillige Vertragsärzte, die in den MVZ tätigen angestellten Ärzte und die zu behandelnden Patienten in den Blick zu nehmen.

Trotz der langjährigen Teilnahme von MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung und wiederholten Anfragen von Bundes-

tagsfraktionen⁵⁴ liegen der Bundesregierung keine empirisch belegbaren Daten vor, ob MVZ eine Gefahr für die Sicherheit und Qualität der Versorgung darstellen und damit die mit den Beschränkungen verbundenen Eingriffe in die Grundrechte der Beteiligten gerechtfertigt werden könnten.

Die Einführung eines Regional- sowie Fachbezuges, aber auch die Festlegung von planungsbereichbezogenen Versorgungshöchstgrenzen für MVZ, deren berechtigter Gründer ein zugelassenes Krankenhaus ist, sind im Hinblick auf die damit einhergehenden Rechtsfolgen nicht ausreichend durchdacht. Teilweise werden sich erhebliche praktische Vollzugsschwierigkeiten bei der Umsetzung ergeben. Zudem wird eine Umsetzung dieser Regulierungsvorschläge die zugelassenen Krankenhäuser ungleich treffen. Während kleinere Krankenhausträgergesellschaften weitgehend das Nachsehen haben, wird sich die praktische Wirksamkeit der Regulierung für die großen Krankenhauskonzerne Deutschlands in Grenzen halten.

Soweit in dem Antrag auf Entschließung des Bundesrates die Rede davon ist, dass die Vorschläge nicht auf „eine Diskriminierung bestimmter Versorgungsformen“ hinauslaufen, ist genau dies zu konstatieren. Gerade an der Forderung in Ziffer 5 des Entschließungsantrages bzgl. der Streichung der Regelung des Verzichts zugunsten einer Anstellung in § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V wird deutlich, dass hinter dem angeblichen Ziel des Bundesrates einer Beschränkung von investorengetragenen MVZ tatsächlich ein vollständiger Ausschluss der Gründungsmöglichkeiten von MVZ, deren berechtigter Gründer ein zugelassenes Krankenhaus ist, steht.

Letztendlich führt die Gesamtheit der in dem Antrag auf Entschließung der Bundesländer Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein an den Bundesrat vom 10. 5. 2023 und in dem Positionspapier der Bundesärztekammer vom 9. 3. 2023 aufgestellten Forderungen zur Begrenzung von MVZ zu einer unverhältnismäßigen und einseitigen Einschränkung der Gründungsberechtigung für Krankenhäuser, die einem gesetzlichen Verbot gleichkommt.

49 Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK SGB V, § 103 SGB V, Rn. 265; BT-Drs. 19/6337, S. 122.

50 BSG, Urt. v. 15. 5. 2019, Az.: B 6 KA 5/18 R, MedR 2020, 957.

51 BSG, Urt. v. 15. 5. 2019, Az.: B 6 KA 5/18 R, MedR 2020, 957; Vgl. SG München, Urt. v. 30. 1. 2020, Az.: S 43 KA 38/19 – Umdruck S. 4 f.

52 BSG, Urt. v. 15. 5. 2019, Az.: B 6 KA 5/18 R, MedR 2020, 957, 964.

53 Vgl. SG München, Urt. v. 30. 1. 2020, Az.: S 43 KA 38/19 – Umdruck S. 4 f.

54 Vgl. bspw. die Kleine Anfrage der SPD vom 1. 10. 2010, BT-Drs. 17/2932, S. 2 ff.; Kleine Anfrage der Grünen vom 12. 12. 2011, BT-Drs. 17/7905, S. 2; Kleine Anfrage der LINKEN vom 29. 10. 2018, BT-Drs. 19/4926; Kleine Anfrage der CDU/CSU vom 9. 1. 2023, BT-Drs. 20/4778, S. 2 ff.