

MVZ – Neue Gesetzgebung und ihre Folgen für die Vertragsgestaltung

Dr. Sarah Gersch-Souvignet, Dr. Eric Marx

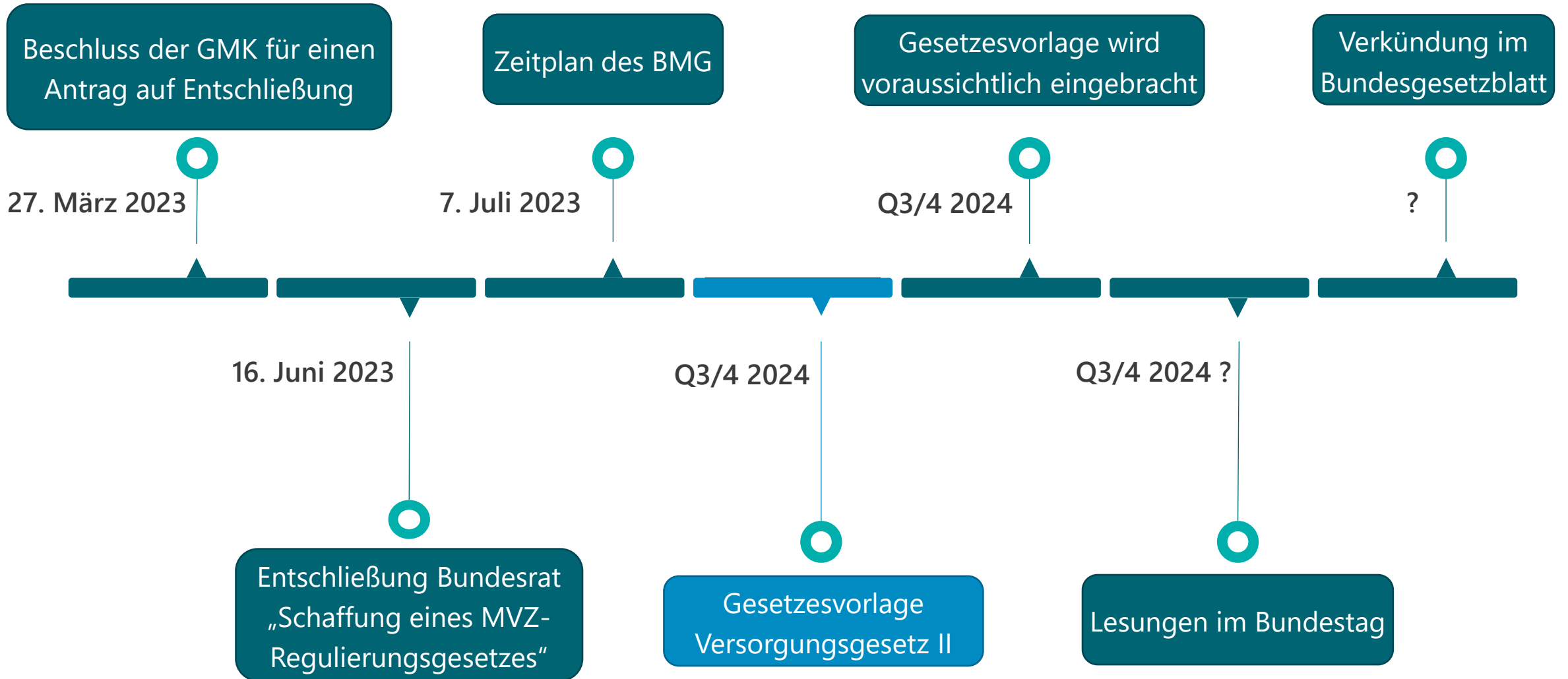
Tagung der Arbeitsgruppe Berufsrecht und Vertragsgestaltung
Düsseldorf, 17. November 2023

Inhaltsverzeichnis

1	— Stand des Gesetzgebungsverfahrens	3
2	— Überblick Regelungsvorschläge	4
3	— Bestandsschutz	5
4	— Regelungsvorschläge und Gestaltungsaspekte	6

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Text wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet; sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch für beide Geschlechter.

Zeitplan



Einfluss der Regelungsvorschläge auf bestehende und neue MVZ-Gruppen

Regelungsvorschläge	Auswirkungen und Wahrscheinlichkeit der Umsetzung
1 MVZ-Schilderpflicht	Geringe Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit
2 MVZ-Register	Geringe Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit; Offenlegung der Eigentumsverhältnisse, die bereits jetzt (über Umwege) gegeben ist
3 Regionalbezug: Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern	Starke Auswirkungen; eher niedrige Umsetzungswahrscheinlichkeit aufgrund der Schaffung regionaler Monopolstrukturen und der fraglichen Verfassungsmäßigkeit
4 Versorgungsanteilsbegrenzung für Krankenhaus-MVZ: in Bezug auf (i) den Planungsbereich und (ii) den KV-Bezirk	Mittlere Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit ; vgl. § 95 Abs. 1b SGB V
5 Wegfall der Möglichkeit, auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem MVZ zu verzichten	Starke Auswirkungen , insbesondere auch aufgrund der Nachrangigkeit des Krankenhaus-MVZ im Auswahlverfahren; eher niedrige Umsetzungswahrscheinlichkeit
6 Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ	Geringe Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit
7 Versorgungsaufträge „KV-MVZ“ + Umwandlung genehmigter Anstellungen in Zulassungen	Keine direkte Auswirkung
8 Stärkung des Ärztlichen Leiters	Geringe Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit ; möglicherweise sind Änderungen des Gesellschaftsvertrages und der Arbeitsverträge erforderlich
9 Ausweitung der Disziplinarmaßnahmen der KV gegen MVZ	Geringe Auswirkungen und hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit ; Risiko disziplinarischer Maßnahmen durch funktionierende Compliance Regeln im MVZ beherrschbar

Auswirkungen auf bereits zugelassene MVZ

- § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X ermöglicht es Behörden, Verwaltungsakte mit Dauerwirkung mit **Wirkung für die Zukunft** aufzuheben, wenn sich die maßgeblichen Rechtsgrundlagen bspw. durch Gesetzesneuregelungen ändern.
 - Bei der MVZ-Zulassung handelt es sich um einen **Verwaltungsakt mit Dauerwirkung** (siehe BeckOK SozR/Heße SGB X § 48 Rn. 8-10; BSG, Urt. v. 23.05.1984 - 6 RKa 21/83).
 - Mit Gesetzesänderung zu den Gründungsvoraussetzungen für MVZ, würden sich die **rechtlichen Verhältnisse ändern**, die zum Zeitpunkt der MVZ-Zulassung vorgelegen haben.
- Bei einer Neuregelung durch den Gesetzgeber sind allerdings die **Bestandsgarantie** des Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG, der **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** und das **Gleichheitsgebot** des Art. 3 Abs. 1 GG zu berücksichtigen.
- § 95 Abs. 1a Satz 4 SGB V: Einschränkung des Gründerkreises zum 1. Januar 2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
 - Der **Bestandsschutz** reicht laut Gesetzesbegründung soweit, dass die nach altem Recht zugelassenen MVZ **alle Handlungsmöglichkeiten** eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können.
 - Hiervon umfasst laut Gesetzesbegründung: Frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Versorgungsaufträge hinzunehmen, Bewerbung auf ausgeschriebene Versorgungsaufträge, Änderungen in der Organisationsstruktur des MVZ, z.B. bezüglich Rechtsform, der Trägerstruktur oder der Gesellschaftsverhältnisse (BT-Drs. 17/6906, S. 71).

4.1 MVZ-Schilderpflicht

Inhalt

„Einführung einer **Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber** von MVZ auf dem **Praxisschild**, inklusive der **Angabe der Rechtsform** (MVZ-Schilderpflicht).“ (BR-Drs. 211/23, S. 2 Nr. 1)

Begründung:

- Patienten sowie institutionelle Akteure des Gesundheitswesens sollen die hinter dem MVZ stehenden **wirtschaftlich Beteiligten identifizieren** können.
- Nur so kann eine informierte, freie (Zahn-)Arztwahl getroffen werden.
- Auch bedarf es einer solchen Identifikation, damit Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigungen monopolartige Strukturen sowie etwaige Gefahren für Qualität und Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erkennen und diesen entgegenwirken können.

4.2 MVZ-Register

Inhalt

„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 das 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 SGB V sowie die Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte entsprechend geändert.“ (BR-Drs. 211/23, S. 2 Nr. 2)

Begründung:

- Siehe Begründung Ziff. 4.1
- Für eine „ausreichende Transparenz“ im **MVZ-Register** ist auf den „**wirtschaftlich Berechtigten**“ nach § 3 Geldwäschegesetz und auf die Daten des Transparenzregisters abzustellen, um keine nur MVZ betreffende Sonderregelung zu schaffen.

4.2 MVZ-Register

Praktische Auswirkungen/Gestaltungen

- Bereits seit Ende 2022 greift nach dem GWG eine generelle Transparenzregisterpflicht für (grds.) alle registrierteingesetzten Gesellschaftsformen. Dies betrifft somit nicht nur Kapitalgesellschaften wie die AG und GmbH, sondern auch Personengesellschaften wie die (GmbH & Co.) KG, die OHG oder die PartG. Ausgenommen ist (derzeit) allein die Gesellschaft bürgerlichen Rechts („GbR“).
- Im Transparenzregister offenzulegen ist der „**wirtschaftlich Berechtigte**“ i.S.v. § 3 GWG. Das ist im Grundsatz jede natürliche Person, die entweder (i) unmittelbar mehr als 25% der Stimmrechte oder Kapitalanteile an einer Gesellschaft hält oder (ii) bei mehrstufigen Beteiligungsstrukturen übergeordnete Unternehmen beherrscht (insb. bei Mehrheitsbeteiligung gegeben), die ihrerseits wiederum (einzeln oder zusammen, direkt oder indirekt) mehr als 25% der Stimmrechte oder Kapitalanteile an der betroffenen Gesellschaft halten.
- Im Transparenzregister offenzulegen sind der/die wirtschaftlich Berechtigte(n) mit Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Wohnort, Staatsangehörigkeit(en) sowie Art und Umfang des wirtschaftlichen Interesses.
- Die **Einsichtnahme** ins Transparenzregister ist nach aktueller Gesetzeslage (tw. mit Einschränkungen) auch der **allgemeinen Öffentlichkeit** möglich.
- Verstöße gegen die Transparenzregisterpflicht sind mit (teils empfindlichen und am Gruppenumsatz orientierten) Geldbußen belegt.

4.2 MVZ-Register

Praktische Auswirkungen/Gestaltungen

- Aufgrund der Ankündigung, das MVZ-Register an den Regelungen zum Transparenzregister zu orientieren und **keine „MVZ betreffende Sonderregelung“** zu schaffen, ist davon auszugehen, dass die vorstehenden Grundsätze für MVZ-Gesellschaften i.W. ebenfalls gelten werden.
- Für MVZ in anderen Rechtsformen als der GbR dürfte das allerdings keine (wesentlichen) Änderungen im Vergleich zum aktuellen Status Quo mit sich bringen, da – wie erläutert – für diese ohnehin seit Ende 2022 bereits eine Transparenzregisterpflicht greift.
- Eine Neuerung infolge der gesetzgeberischen Ankündigung könnte demgegenüber die mögliche originäre Einführung einer **Transparenzregisterpflicht für in der Rechtsform der GbR geführte MVZ** sein.

4.3 Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung

Inhalt

„Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung 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.**“ (BR-Drs. 211/23, S. 2 Nr. 3)

Begründung:

- Hierdurch soll der ursprünglich verfolgte Zweck der **besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung** mehr in den Vordergrund gerückt werden.
- MVZ dürfen **nur in denjenigen arztgruppenbezogenen Planungsbereichen gegründet werden, die sich ganz / teilweise innerhalb eines 50-km-Radius zum Träger-Krankenhaus befinden.** Dieser Radius (7.800 km²) entspricht in etwa der Fläche von drei bis vier größeren Landkreisen in Deutschland.

4.3 Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung

Meinungsbild

Positionspapiere

- › **Direkte Gründungsberechtigung** ohne Krankenhauszwang sollte möglich sein; **keine regionalen Einschränkungen** (vdek, S. 1, 1/2023).
- › Notwendig, weil **Krankenhaus MVZs** primär monetäre Ziele verfolgen und die **Versorgungsqualität gefährden** (BÄK, S. 3, 1/2023).
- › **Zulassungsbeschränkungen** sind **kontraproduktiv** (BKK, S. 27, 4/2019).

Gutachten

- › **Ungerechtfertigter Eingriff** in Grundrechte sowie in die Niederlassungsfreiheit (*Burgi*, S. 43, 5/2023).
- › Eingriff liegt auf Ebene der **subjektiven Berufszugangsvoraussetzungen**, welcher zu rechtfertigen ist aus Gründen der Sicherstellung der Versorgungsqualität (*Sodan*, S. 27, 7/2023). **Regionale und fachliche Nähe** sind zur Sicherung der Qualität der Versorgung **notwendig** (*Sodan*, S. 43, 10/2021).
- › Fehlende empirische Grundlage sorgt für **ungerechtfertigte Ungleichbehandlung** von Krankenhäusern und Vertragsärzten (*Ladurner et al.*, S. 97, 11/2020).

Fachliteratur

- › Undifferenzierte Regionalisierung führt zu einer **Monopolisierung durch Krankenhauskonzerne** (*Wigge*, S. 4, 11/2023).
- › **Ungerechtfertigte Bevorzugung großer Krankenhausgruppen** mit vielen Standorten; mögliche **Verfassungswidrigkeit** einer solchen Regelung (*Kalläne*, 2023).
- › **Fehlende empirische Grundlage**, bloße Annahme, dass Krankenhaus-MVZ allein primär monetäre Ziele verfolgen - ökonomischer Druck auf Kassenärzte dürfte überproportional groß sein (*Prütting et al.*, S. 983, 12/2022).

4.3 Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung

Vertragsgestaltung

Für die Übergangsphase bis zur hinreichenden Konkretisierung einer Neuregelung ist vertraglich Vorsorge für den Fall zu treffen, dass sich zwischen Vertragsunterzeichnung („Signing“) und tatsächlichem Vollzug („Closing“) eine Unzulässigkeit der Beteiligung des Krankenhauses an der MVZ GmbH ergibt.

- **Vollzugsvoraussetzungen:** Als Vollzugsvoraussetzung empfiehlt sich eine ausdrückliche Feststellung des ZA, dass das zugelassene Krankenhaus die Voraussetzungen zur Übernahme von Geschäftsanteilen an der (künftigen) MVZ GmbH gemäß § 95 SGB V erfüllt.
- **Rücktrittsrecht:** Korrespondierend ist ein Rücktrittsrecht für den Fall vorzusehen, dass (i) die vorbezeichnete Feststellung nicht bis zu einem bestimmten Datum („Long Stop Date“) ergeht und/oder (ii) infolge einer (ggf.: sich konkret abzeichnenden) Gesetzesänderung nach Signing, aber vor Closing die Gründungsberechtigung der Krankenhaus GmbH entfällt.
- **Rückabwicklung:** Muss eine Rückabwicklung erfolgen, ist zunächst nach dem Zeitpunkt zu differenzieren, zu dem sie stattfindet:
 - Ist die Praxistätigkeit noch nicht auf die neue Einheit (MVZ GmbH) übergeleitet worden, kann es ggf. schlicht mit der Rücknahme bereits gestellter Anträge beim ZA sein Bewenden haben.

4.3 Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung

Vertragsgestaltung

- **Rückabwicklung (Forts.):**
 - Ist eine Überleitung hingegen schon erfolgt, aber noch keine Beteiligung des Investoren-Krankenhauses an der MVZ GmbH umgesetzt worden, kann die Praxistätigkeit u.U. in der neuen Rechtsform der MVZ GmbH fortgesetzt werden.
 - Ist das Krankenhaus des Investors bereits an der MVZ GmbH beteiligt, muss durch geeignete Maßnahmen wie bspw. Put-/Call-Optionen sichergestellt werden, dass die Ärzte dessen Beteiligung wieder an sich ziehen können. Dabei ist auch der Umgang mit etwaigen Gewinnen im Interimszeitraum zu regeln.

Eine Sonderfrage ergibt sich schließlich, wenn auch der **Wechsel in die Rechtsform** der MVZ GmbH rückgängig gemacht werden soll: Ist der Geschäftsbetrieb (insb. bei Einzelpraxen relevant) qua Asset Deal auf die MVZ GmbH überführt worden, kann dieser Asset Deal auch in die Gegenrichtung erfolgen. Ebenso kann ein Formwechsel (GbR => Partnerschaft => GmbH) auch in die Gegenrichtung umgesetzt werden. Wurde stattdessen zur Anwachsung einer Personengesellschaft auf die MVZ GmbH gegriffen, kann diese Anwachsung als solche nicht unmittelbar rückgängig gemacht werden. Stattdessen ist hier eine originäre (neue) Personengesellschaft durch Asset Deal zu bestücken oder die MVZ GmbH wiederum (zunächst) in eine Partnerschaft (und dann ggf. weiter in eine GbR) umzuwandeln.

4.3 Räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung

Vertragsgestaltung

- **Rückabwicklung vertragsarztrechtlich (Angestellten-Variante unterstellend):**
 - Für den Fall einer bestandskräftigen Genehmigung der **Anstellung mehrerer Verkäufer**, die auf ihre Zulassungen zum Zwecke der Anstellung bei der MVZ GmbH verzichtet haben, kommt unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG vom 26. Januar 2022 (Az.: B 6 KA 2/21 R) und der hierzu vorherrschenden regionalen Spruchpraxen die **Fortführung des Praxisbetriebs in der MVZ GmbH** ohne Beteiligung des Investoren-Krankenhauses in Betracht.
 - Sofern keine Beteiligung von mind. 2 Ärzten an der MVZ GmbH besteht, ist fraglich, ob eine **Übernahme von Geschäftsanteilen des Krankenhauses durch die angestellten Ärzte** nach der jeweiligen Spruchpraxis des ZA gemäß § 95 Abs. 6 Satz 5 SGB V (analog) möglich ist (so Schleswig-Holstein und Hamburg).
 - Für den Fall, dass (i) die **Praxis zuvor als Einzelpraxis** betrieben wurde und **kein weiterer Arzt in die Gesellschafterstellung eintreten möchte** oder (ii) bei Übernahme der Anteile des Krankenhauses die **Gründungsberechtigung des jeweiligen angestellten Arztes nach der regionalen Spruchpraxis nicht fingiert** wird, kommt eine **Umwandlung der genehmigten Anstellungen** in eine oder mehrere Zulassungen für einen **Betrieb des MVZ in der Vertragsarzt-Variante** oder zur **Gründung einer BAG** in Betracht. Die 3-Jahres-Bindung nach BSG (Urt. v. 4. 5. 2016 – B 6 KA 21/15 R) findet hier u.E. keine Anwendung (so auch Spruchpraxis Schleswig-Holstein).
 - Zulassungsausschüsse, die das sog. „**Huckepackverfahren**“ praktizieren, **akzeptieren dieses teilweise auch rückwärts** (so ebenfalls Schleswig-Holstein). Falls dieses nicht akzeptiert wird, droht die **Ausschreibung der Versorgungsaufträge der angestellten Ärzte**, die ihre genehmigten Anstellungen nicht in Zulassungen umwandeln wollen/sollen.

4.4 Versorgungsanteilsbegrenzung für Krankenhaus-MVZ

Inhalt

„Begrenzung des Versorgungsanteils für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich **bei Hausärzten auf maximal 25 Prozent**, bei der **allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe**. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind **Ausnahmen vorzusehen**. Das gleiche gilt, wenn der zuständige Zulassungsausschuss einen **besonderen Versorgungsbedarf 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.“ (BR-Drs. 211/23, S. 2 Nr. 4)

Begründung:

- Eine Begrenzung dient der **Unterbindung von Konzentrationsprozessen und Monopolisierungstendenzen** sowie der Schaffung eines Gleichlaufs zu zahnärztlichen MVZ; zu beachten ist die Parallelregelung in § 95 Absatz 1b SGB V.
- Durch die Begrenzung hinsichtlich der Gründungsberechtigung könnten in einem Planungsbereich daher mehrere Krankenhäuser MVZ betreiben, deren gemeinsamer Versorgungsanteil auch über diesen Höchstversorgungsanteilen liegt. Die **Anbiervielfalt** bleibt erhalten und wird so garantiert. Bereits bestehende MVZ werden hiervon nicht erfasst. Bei der Ausgestaltung – insb. hinsichtlich des relevanten Zeitpunktes – dient eine Orientierung an § 95 Abs. 1b SGB V.
- Da MVZ im Bereich der ärztlichen Versorgung häufiger auftreten als im zahnärztlichen Bereich ist ein erhöhtes Quorum von 10 Prozent erforderlich. So können die Vorteile zur **Stärkung der Versorgungsstruktur**, etwa als Bindeglied bei der **Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung**, besser zum Einsatz gebracht werden.
- Um unerwünschte Monopolstellungen zu verhindern, sind auch **Höchstversorgungsanteile für den jeweiligen gesamten KV-Bezirk festzulegen** und nicht nur für den Planungsbereich, in welchem die Niederlassung stattfinden soll; die Festlegung erfolgt 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.

4.4 Versorgungsanteilsbegrenzung für Krankenhaus-MVZ

Meinungsbild

Positionspapiere

- › Nur eine **Begrenzung von Marktanteilen** gewährleistet die **freie Arztwahl** (BÄK, S. 12, 1/2023).
- › Bei einer **drohenden marktbeherrschenden Stellung** müssen **Zulassungsstopps greifen** (vdek, S. 1, 1/2023).
- › Bei einem **Versorgungsgrad von mehr als 40%** durch einen MVZ-Träger **sollten andere ärztliche Leistungserbringer im Zulassungsverfahren bevorzugt** werden (IKK, S. 3, 3/2023).

Gutachten

- › Regelung kann **Monopolbildung entgegenwirken** (Sodan, S. 32, 7/2023).
- › Ungerechtfertigter **Eingriff** in die **Berufsfreiheit** (Burgi, S. 56, 5/2023).
- › Möglicherweise ein **unverhältnismäßiger Eingriff**, Versorgungshöchstquoten sind **nicht geeignet und erforderlich**, um Trägervielfalt und flächendeckende Versorgung zu erreichen (Ladurner et. al., S. 103, 11/2020).

Fachliteratur

- › Die Begrenzung sorgt für eine **Privilegierung von Krankenhausträgern** mit **vielen zugelassenen Krankenhäusern** (Wigge, S. 9, 11/2023).
- › **Eingriff in die Berufsfreiheit der Krankenhausträger (Art. 12 GG)**, der sachlich nicht zu rechtfertigen ist - selbst wenn eine Gefährdung der Gesundheitsversorgung angenommen wird, muss von **Verfassungswidrigkeit** ausgegangen werden (Prütting et al., S. 988, 12/2022).

4.4 Versorgungsanteilsbegrenzung für Krankenhaus-MVZ

Auslegungsfragen

„Begrenzung des Versorgungsanteils für neue, **von einem Träger gegründete**, ärztliche MVZ [...]“

- Was ist mit dem Begriff „Träger“ hier gemeint?
- Gilt die Grenze pro Krankenhaus oder pro Krankenhausträgergesellschaft?

„[...] bei der **allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung** [...]“

- Ist mit der „**speziellen**“ fachärztlichen Versorgung nur die „**spezialisierte** fachärztliche Versorgung“ gemäß § 13 BedarfspIRL gemeint oder auch die „**gesonderte** fachärztliche Versorgung“ gemäß § 14 BedarfspIRL?
- Ist die gesonderte fachärztliche Versorgung von der Versorgungsanteilsbegrenzung ausgenommen?

4.5 Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V

Inhalt

„Streichung der Möglichkeit des Arztstellenerwerbs für MVZ im Wege des Zulassungsverzichts gemäß § 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V.“ (BR-Drucksache 211/23, S. 2 Nr. 5)

Begründung:

- Der Arztstellenerwerb nach Maßgabe von § 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V **benachteiligt niederlassungswillige Ärzte**, die als **Freiberufler** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, indem dann keine Bewerberauswahl stattfindet, wenn der Vertragsarzt seinen Verzicht erklärt und das MVZ eine Anstellungsgenehmigung beantragt.
- Vielmehr besteht ein Rechtsanspruch des (zahn-)ärztlichen MVZ auf Zulassung, es sei denn, es stehen im jeweiligen Einzelfall besondere Gründe entgegen.
- Durch die Normierung soll wieder ein **reguläres Bewerbungsverfahren** stattfinden.

4.5 Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V

Meinungsbild

Positionspapiere

- › Umfassende Reform hin zu einer **zeitlich befristeten Zulassung (fünf Jahre)**; regelmäßige Überprüfung des Bedarfs und einer möglichen Abschaffung (GKV-Spitzenverband, S. 5, 3/2023).

Gutachten

- › Festlegung einer **Mindesttätigkeitsfrist** könnte **milderes Mittel** zur Verbotsregelung sein (*Burgi*, S. 60, 5/2023).
- › Die **aktuelle Rechtsprechung** sollte **gesetzlich umgesetzt** und weiter **liberalisiert** werden (*Ladurner et. al.*, S. 69, 11/2020).
- › Zur **Förderung der Freiberuflichkeit** von Vertragsärzten **notwendig** (*Sodan*, S. 92, 10/2021).

Fachliteratur

- › **MVZ werden** damit gegenüber Vertragsärzten **benachteiligt** (*Wigge*, S. 10, 11/2023).
- › Die aktuellen **Anforderungen der Rechtsprechung** (3 Jahre weitere Tätigkeit in MVZ) **entkräften die faktische Privilegierung von MVZ** ausreichend (*Wenner*, S. 601, 10/2021).

4.5 Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V

Vertragsgestaltung

Eine Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V würde dazu führen, dass sämtliche in der Praxis vorhandenen **Versorgungsaufträge** im Transaktionsprozess **ausgeschrieben** werden müssten. Das belastet das regulatorische Verfahren und die gesamte Transaktion mit erheblichen Unsicherheiten für den Fall, dass die neue Einheit (MVZ GmbH) den Zuschlag nicht oder nicht für alle Versorgungsaufträge erhält. Insb. eine etwaige Nachrangigkeit im Auswahlverfahren gem. § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V verschärft ggf. die Problematik. Hieraus ergibt sich vertraglicher Regelungsbedarf v.a. in den folgenden Bereichen:

- **Kaufpreis:** Bei „Wegfall“ nur einzelner Versorgungsaufträge kann eine entsprechende Kaufpreisanpassung vereinbart werden. Hierbei ist darauf zu achten, nicht nur die abstrakte Zahl sondern auch die konkrete Zuordnung zu einzelnen Ärzten im Auge zu behalten, deren individuelle „Performance“ und damit Kaufpreisrelevanz sich deutlich unterscheiden kann. Entsprechende Kaufpreisklauseln sollten bei Nutzung der steuerlichen Tarifbegünstigung auf Verkäuferseite regelmäßig so formuliert werden, dass ein auf unsichere Versorgungsaufträge entfallender Kaufpreisteil (i) später fällig wird oder (ii) bei deren endgültigem Verlust nachträglich entfällt.
- **Rücktritt/Vollzugsvoraussetzungen:** Für den Fall des Verlustes aller – oder einer hinreichend kritischen Anzahl – von Versorgungsaufträgen ist ergänzend ein (ein- oder beidseitiges) Rücktrittsrecht zu definieren. Kommt es zur Rückabwicklung, gelten die Ausführungen auf Folien 12/13 grds. entsprechend. Korrespondierend hierzu ist durch entsprechende Vollzugsvoraussetzungen sicherzustellen, dass die Transaktion (nur) vor Erreichen dieser „kritischen Schwelle“ vollzogen wird.
- **Rückbeteiligung:** Ist eine direkte Rückbeteiligung der Ärzte an der MVZ GmbH geplant, sind auch hier Auffangregelungen für den Fall vorzusehen, dass die Anstellung in Bezug auf einzelne Ärzte scheitert. Praxisnäher dürfte es hier häufig sein, dass die Transaktion in solchen Fällen insgesamt unterbleibt, was ebenfalls ein entsprechendes Rücktrittsrecht erfordert.

4.5 Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V

Verfahrensrechtliche Aspekte

- Antrag auf **Sofortvollzug** beim Zulassungsausschuss – trotz geringer Erfolgsaussichten?
- **Rücknahme** der Anträge beim Zulassungsausschuss zwecks Ausschluss unliebsamer Bewerber kann eine **zeitweise Ausschreibungssperre** auslösen. Hier gibt es sehr unterschiedliche Spruchpraxen (Bayern bspw. ist da sehr strikt).
- Die **Nachrangregelung** des § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V findet nach aktueller Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 18.10.2023 (Az.: L 7 KA 26/23 ER) **keine Anwendung zwischen zwei nicht überwiegend ärztlich getragenen MVZ**; dies gelte selbst dann, so das Gericht, wenn eines der MVZ Bestandsschutz gemäß § 103 Abs. 4c Satz 4 SGB V genieße.

4.6 „Konzeptbewerbung“

Inhalt

„Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ für MVZ (Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes) gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 SGB V.“ (BR-Drucksache 211/23, S. 3 Nr. 6)

Begründung:

- „Konzeptbewerbung“ ist die Bewerbung eines MVZ im Zulassungsverfahren ohne Benennung eines konkreten Arztes.
- Hiermit wurde ein besonderes Kriterium geschaffen, auf das ausschließlich MVZ, nicht auch die übrigen vertragsärztlichen Leistungserbringer die Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren stützen können.
- Es besteht dadurch die Gefahr, dass MVZ „Scheinkonzepte“ entwickeln, die später nicht umgesetzt werden.
- Auch das BSG (Urteil v. 14. Mai 2019 – B 6 KA 5/18 R) entschied, dass die Konzeptbewerbung eines MVZ nicht berücksichtigungsfähig ist, da dieses dann für ein bloßes Versorgungskonzept eine „**arztlose Anstellungsgenehmigung**“ erhalten würde, was weder im Gesetz noch in den Zulassungsverordnungen vorgesehen sei.

4.7 Versorgungsaufträge „KV-MVZ“ + Umwandlung genehmigter Anstellungen in Zulassungen

Inhalt

„Schaffung der gesetzlichen Grundlagen dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen, die Eigeneinrichtungen gemäß § 105 SGB V 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.“ (BR-Drucksache 211/23, S. 3 Nr. 7)

Begründung:

- Dies dient neben der Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigungen der umfassenden Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch diese.
- Der Betrieb von **Eigeneinrichtungen** durch Kassenärztlichen Vereinigungen sowie deren Einrichtungen erfolgt derzeit ohne den Erhalt einer Zulassung hierfür; ein **Übergang von der Anstellung** in einer Eigeneinrichtung **in die Niederlassung** ist gesetzlich bisher nicht geregelt.
- Jedoch ist der Erwerb, der Erhalt und die Herauslösung von Vertragsarztsitzen notwendig, da eine Überführung einer Angestelltentätigkeit in die eigene Niederlassung nur bei einem vorhandenen Vertragsarztsitz gelingen kann.
- Es ist nicht ausreichend, wenn Kassenärztliche Vereinigungen und deren Einrichtungen Ärzte im Rahmen des § 105 SGB V anstellen können; vielmehr bedarf es einer **zulassungsrechtlichen Absicherung**.

4.8 Stärkung der ärztlichen Leitung

Inhalt

„Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie **Stärkung der Schutzfunktion** der ärztlichen Leitung **gegen sachfremde Einflussnahme** durch Einführung entsprechender Kontrollmechanismen: a) Besonderer **Abberufungs- und Kündigungsschutz** zugunsten der ärztlichen Leitung. b) **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. c) Vorgabe des Tätigkeitsumfangs für die ärztliche Leitung in Höhe eines **vollen Versorgungsauftrags bei mindestens fünf vollzeitäquivalenten Stellen** im jeweiligen MVZ.“ (BR-Drucksache 211/23, S. 3 Nr. 8)

Begründung:

- Diese Regulierung dient der Sicherstellung der **ärztlichen Unabhängigkeit** im MVZ und somit der Verhinderung des Einflusses von Kapitalinteressen auf die ärztliche Berufsausübung.
- Durch die aufgeführten Maßnahmen kann verhindert werden, dass sachfremde Erwägungen, etwa eine Renditeorientierung, durch den Träger/Betreiber des MVZ in den Prozess der ärztlichen Entscheidungsfindung einfließen.
- Dies stellt wiederum die **Qualität der medizinischen Versorgung** sicher.

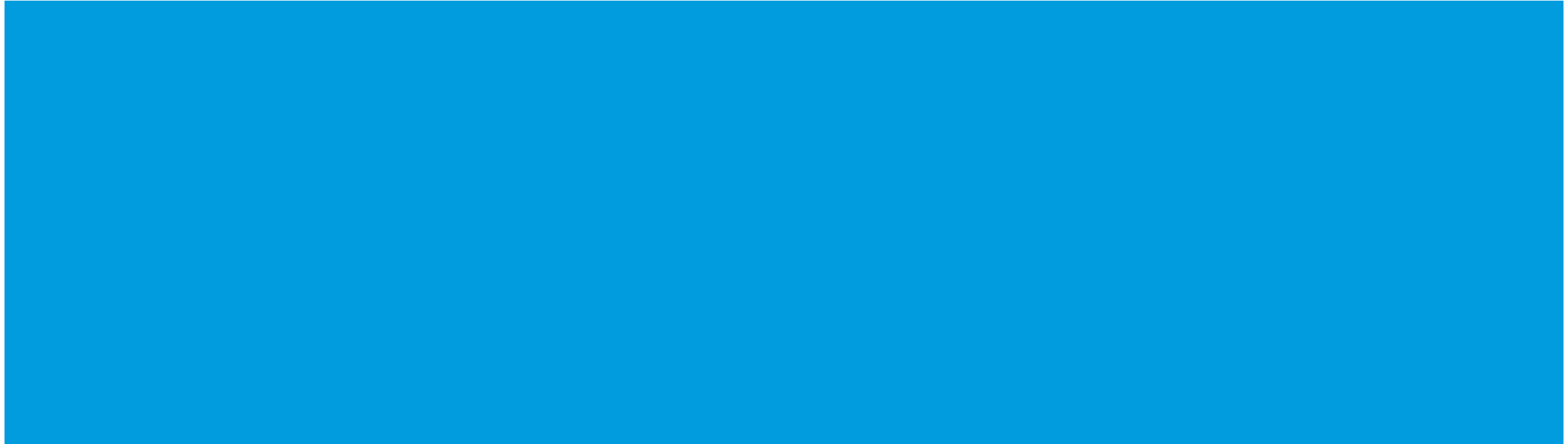
4.9 Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

Inhalt

„Regelung im SGB V, 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.**“ (BR-Drucksache 211/23, S. 3 Nr. 9)

Begründung:

- Derzeit können Disziplinarmaßnahmen nur gegen **Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen** verhängt werden, nicht aber gegen MVZ.
- Hinsichtlich der vergleichbaren Rolle von MVZ in der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung ist eine solche **Ungleichbehandlung nicht zu rechtfertigen.**



RSM Ebner Stolz is a member of RSM network and trades as RSM. RSM is the trading name used by the members of the RSM network. Each member of the RSM network is an independent accounting and consulting firm each of which practices in its own right. The RSM network is not itself a separate legal entity of any description in any jurisdiction. The RSM network is administered by RSM International Limited, a company registered in England and Wales (company number 4040598) whose registered office is at 50 Cannon Street, London, EC4N 6JJ. The brand and trademark RSM and other intellectual property rights used by members of the network are owned by RSM International Association, an association governed by article 60 et seq of the Civil Code of Switzerland whose seat is in Zug.

11. GWB Novelle (7. November 2023)

neues Eingriffsinstrument bei Wettbewerbsstörungen im Anschluss an Sektoruntersuchung

- Befugnis des BKartA, Maßnahmen nach Sektoruntersuchung und Abschlussbericht bei Feststellung erheblicher und dauerhafte Störungen des Wettbewerbs auch ohne nachgewiesenen Rechtsverstoß zu ergreifen
- Feststellung der Wettbewerbsstörung durch Verfügung ggü. konkreten Unternehmen
- Abhilfemaßnahmen können, als Ultima Ratio, auch Entflechtung von Unternehmen umfassen

Erweiterte Anmeldepflicht von Unternehmenszusammenschlüssen

- Durch Verfügung kann BkartA Unternehmen verpflichten, jeden Zusammenschluss innerhalb eines bestimmten Zeitraum anzumelden
- Voraussetzungen:
 - a) Bericht Sektoruntersuchung
 - b) objektive Anhaltspunkte wesentliche Behinderung Wettbewerb
 - c) Umsatz Erwerber > EUR 50 Mio. und Umsatz Target > EUR 1 Mio., jeweils in D

Erleichterte Abschöpfung von Vorteilen für Unternehmen aus Kartellrechtsverstößen

- Möglichkeit bestand auch zuvor
- Dies wird jedoch vereinfacht, indem Vermutung gilt, dass ein Unternehmen mit dem nachgewiesenen Kartellrechtsverstoß einen Vorteil i.H.v. min. 1 % seiner Inlandsumsätze erzielt hat
- Widerlegung Vermutung nur durch Nachweis, dass im relevanten Zeitraum keine Gewinne in entsprechender Höhe erzielt wurden

Literaturverzeichnis

BÄK, 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, bundesärztekammer.de, 09.01.2023, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_BAEK_Regelungsbedarf_MVZ_2023_01_09.pdf, abgerufen am 15.11.2023.

Burgi, Martin, Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Berlin 2023.

GKV-Spitzenverband, Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur gezielten Ausgestaltung von Medizinischen Versorgungszentren, gkv-spitzenverband.de, 22.03.2023, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20230403_Positionspapier_MVZ_barrierefrei.pdf, abgerufen am 15.11.2023.

Knieps, Franz, Eine Unterscheidung zwischen Z-MVZ und MVZ macht Sinn, zm 2019, 26–29.

Ladurner, Andreas/Walter, Ute/Jochimsen, Beate, Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Berlin 2020.

Prütting, Jens, Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung: Regulatorischer Reformbedarf für Marktzugang und Marktverhalten?, MedR 2022, 975–993.

Sodan, Helge, Gefährdungen der Freiberuflichkeit durch investorenbetriebene medizinische Versorgungszentren, Berlin 2023.

Sodan, Helge, Gefährdungen der Freiberuflichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung durch medizinische Versorgungszentren, Berlin 2021.

vdek, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Finanzinvestoren, vdek.com, 24.01.2023, https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2023/neujahrs-pk-forsa-versorgung-krankenhausreform-psychotherapie/jcr_content/par/download_364812673/file.res/MVZ-Papier_Kurzfassung.pdf, abgerufen am 15.11.2023.

Wenner, Ulrich, Mehr Chancen oder mehr Risiken für die vertragsärztliche Versorgung?, SGb 2021, 593–602.

Wigge, Peter/Hörnlein, Hendrick, Beschränkung von Krankenhäusern als Gründer von MVZ, Das Ende eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells?, Bochum 2023, Gesundheitsrecht.blog Nr. 31.

iKK, Positionen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), ikk-classic.de, 21.03.2023, https://www.ikk-classic.de/assets/12955_ikkc_web_pdf.pdf, abgerufen am 15.11.2023.