

Prof. Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt

Beschränkung von zugelassenen Krankenhäusern als Gründer von MVZ – Teil 1

Das Ende eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells?

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

Hendrik Hörnlein, LL. M.,
Rechtsanwalt

Der Beitrag setzt sich mit dem seitens der Bundesländer Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein erarbeiteten Antrag auf Entschließung des Bundesrates zur „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“¹ und dem Positionspapier der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung² auseinander.³ Dabei werden die besonders eingriffsintensiven Regulierungsvorschläge zu der Einschränkung der Gründung und des Betriebs von Medizinischen Versorgungszentren durch zugelassene Krankenhäuser gemäß §§ 107, 108 SGB V erörtert und einer rechtlichen Bewertung zugeführt. Teil 1 befasst sich mit den bisherigen Regulierungen von MVZ sowie den Vorschlägen eines sogenannten Regional- sowie eines Fachbezuges von MVZ, deren berechtigter Gründer i. S. d. § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V ein zugelassenes Krankenhaus ist.

I. Einleitung

Die Einführung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) in die vertragsärztliche Versorgung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)⁴ vom 1. 1. 2004 bedeutete einen Paradigmenwechsel in der Struktur der ambulanten Versorgung.⁵ Einerseits wird seitdem die vertragsärztliche Versorgung nach den §§ 72 ff. SGB V nicht mehr ausschließlich durch selbstständig tätige niedergelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen, wie insbesondere die Hochschul- und Institutsambulanzen von Krankenhäusern nach den §§ 117 ff. SGB V, sondern nunmehr auch durch eigenständige Rechtsträger sichergestellt, die durch gründungsberechtigte Leistungserbringer betrieben werden können. Auf diese Weise soll insbesondere eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zur Überwindung sektoraler Grenzen in der medizinischen Versorgung erfolgen.⁶ Zugelassen wird damit nicht eine natürliche Person, sondern eine Institution, die in den nach § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V gesellschaftsrechtlich zulässigen Form verfasst sein kann.⁷

Die alltägliche Praxis belegt, dass sich neben Vertragsärzten insbesondere Krankenhäuser für diese Versorgungsform geöffnet haben. Denn MVZ bieten für Krankenhäuser eine attraktive Möglichkeit, sich einen regulären Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung und damit zum ambulanten Gesundheitsmarkt zu verschaffen. Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Gründer beteiligt ist, steigen stetig.⁸

Das gesetzgeberische Ziel der Überwindung der Sektorengrenzen⁹, welches mit der Einführung von MVZ 2004 durch das GMG ausdrücklich verfolgt wurde¹⁰, wurde vom Gesetzgeber bislang nicht erreicht und wird daher weiterhin forciert¹¹. Dennoch wurden in der Vergangenheit bereits mehrfach Einschränkungen in

den Gründungs- und Betriebsvoraussetzungen von MVZ im Vergleich zu der ursprünglichen Ausgestaltung in § 95 SGB V vorgenommen, um zu verhindern, dass MVZ von „Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen“¹².

¹ Vgl. BR-Drucks. 211/23 vom 10. 5. 2023.

² „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“, abrufbar unter: <https://www.bundesaeztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>.

³ Der Beitrag fasst die wesentlichen Ergebnisse und Kernaussagen der „Rechtsgutachtlichen Stellungnahme zu Einschränkungen der Gründungsbefugnis von Krankenhaus-MVZ“ der Kanzlei Rechtsanwälte Wigge vom 22. 8. 2023 für die oyora GmbH, mit Sitz in Berlin, geschäftsansässig Fasanenstr. 38, 10719 Berlin, zusammen.

⁴ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190.

⁵ Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, S. 111.

⁶ Behnsen, das Krankenhaus 2004, 698, 701.

⁷ Wenner, a. a. O., S. 111.

⁸ KBV, Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren und Medizinische Versorgungszentren aktuell, statische Informationen zum Stichtag 31. 12. 2021, abrufbar unter: <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>.

⁹ Vgl. bereits den Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, vom 12. 2. 1990, BT-Drs. 11/6380, S. 112; Wenner, a. a. O., S. 18; ders., GesR 2003, 130.

¹⁰ Vgl. BSG, Urt. v. 16. 5. 2018 – B 6 KA 1/17 R –, Rn. 33 f. juris; hierzu Ladurner/Walter/Jochimsen, Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) 2020, S. 93; Wigge, MedR 2004, 123 f.; Wigge/von Leoprechting, in: Handbuch Medizinische Versorgungszentren, 2011, S. 100; Behnsen, das Krankenhaus 2004, 698, 701.

¹¹ Vgl. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, S. 77 („Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.“).

¹² Gesetzentwurf zum GKV-VStG vom 5. 9. 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 115.

In den MVZ, die von solchen Investoren gegründet werden, bestehe die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst würden.¹³ Des Weiteren hat der Bundesminister für Gesundheit namens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Ende des Jahres 2022 angekündigt, dass das BMG den Kauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren künftig verhindern wolle.¹⁴

Auf Grund des Beschlusses der 96. GMK vom 10. 5. 2023 wurde durch die Bundesländer Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ein Antrag auf Entschließung des Bundesrates, welcher inhaltlich auf dem „Eckpunktepapier zur Regulierung von MVZ“ der von der Sonder-Amtschefkonferenz eingesetzten länderoffenen Arbeitsgruppe basiert, für die Bundesländer in den Bundesrat eingebracht.¹⁵ Der Antrag auf Entschließung „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ enthält insgesamt neun Regulierungsmaßnahmen insbesondere gegenüber MVZ, deren berechtigter Gründer i. S. d. § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V ein zugelassenes Krankenhaus gem. §§ 107, 108 SGB V ist.¹⁶ Der Bundesrat hat in seiner 1034. Sitzung am 16. 6. 2023 die Entschließung „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ gefasst.¹⁷

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer (BÄK) am 9. 1. 2023 ein Positionspapier zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung veröffentlicht, welches eine Reihe von konkreten Regelungsvorschlägen zur Begrenzung der Gründung von MVZ enthält und das am 19. 4. 2023 ergänzt worden ist.¹⁸

Die sich aktuell in der gesundheitspolitischen Diskussion befindlichen Gesetzgebungsvorschläge des Bundesrates und der BÄK werden in diesem Beitrag dargestellt und einer rechtlichen Bewertung zugeführt. Vorab werden die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Beschränkung der Gründung und des Betriebes von MVZ umrissen.

II. Bisherige gesetzgeberische Maßnahmen zur Beschränkung der Gründung und des Betriebes von MVZ

Nach der Einführung von MVZ durch das GMG von 2004 hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit bereits mehrfach Beschränkungen für deren Gründung und Betrieb gegenüber der ursprünglichen gesetzlichen Ausgestaltung in § 95 SGB V vorgenommen:

1. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. 10. 2011¹⁹ wurde die Gründungsberechtigung für MVZ in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V auf zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Träger sowie die zulässigen Rechtsformen eines MVZ mit dem Ziel beschränkt, „die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen“ herbeizuführen.
2. Zudem wurde ebenfalls durch das GKV-VStG vom 22. 12. 2011²⁰ in § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V eine Regelung aufgenommen, wonach MVZ, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten liegt, im Rahmen der Ausschreibung und Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V nachrangig zu berücksichtigen sind.
3. Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. 5. 2019²¹ wurde einerseits eine Einschränkung der Gründungsberechtigung für Erbringer von nichtärztlichen

Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V in § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V vorgenommen, wonach diese nur zur Gründung von fachbezogenen MVZ berechtigt sind. Ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung von Dialysepatienten.

4. Ebenfalls durch das TSVG wurde in § 95 Abs. 1b SGB V für vertragszahnärztliche MVZ, die von einem Krankenhaus gegründet werden, eine Regelung eingefügt, die zu Versorgungshöchstquoten führt. In der Regel darf das Krankenhaus in übertarnten Planungsbereichen nicht mehr als einen Versorgungsanteil von 10 Prozent halten. Bei einer Überversorgung von mehr als 110% gilt eine Versorgungshöchstquote von 5 Prozent.

Hinsichtlich der bereits vorgenommenen Einschränkungen des Gesetzgebers ist festzuhalten, dass die Trägerebene des MVZ zunehmend mit der Gründerebene vermischt wird, obwohl die Trennung beider Ebenen gerade in vertragsarztrechtlicher Hinsicht ein bedeutendes Strukturmerkmal von MVZ ist. Weiterhin stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber seit der Einführung von MVZ bei jeder Gesundheitsreform gegenüber den gründerberechtigten Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V völlig unterschiedliche Beschränkungsansätze gewählt hat, statt eine einheitliche rechtliche Vorgabe einzuführen und diese konsequent zu verfolgen, die die behaupteten Missbrauchstatbestände für alle Gründer von MVZ einheitlich unterbindet.

III. Zukünftige Beschränkungen von Krankenhäusern als Gründer von MVZ

Der Antrag auf Entschließung des Bundesrates „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ enthält insgesamt neun Regulierungsmaßnahmen insbesondere gegenüber MVZ, die von Krankenhäusern gegründet werden.

Nachfolgend wird auf die für diesen Beitrag relevanten Regulierungsmaßnahmen gegenüber MVZ und die durch die BÄK eingebrachten zukünftigen Beschränkungen von Krankenhäusern als Gründer von MVZ eingegangen, mit Hauptaugenmerk auf die besonders eingriffsintensiven Maßnahmen.

1. Räumliche Beschränkung von Krankenhaus-MVZ: Vorgabe eines „50-km-Radius“ als Einzugsbereich des Krankenhauses

Zu der Einführung eines sog. Regionalbezugs, der dazu führt, dass die MVZ-Gründungsbefugnis eines zugelassenen Kranken-

13 Gesetzentwurf zum GKV-VStG vom 5. 9. 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 115;

Gesetzentwurf zum TSVG vom 7. 12. 2018, BT-Drs. 19/6337, S. 116; Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum TSVG vom 13. 3. 2019, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

14 *Lauterbach* in: Bild am Sonntag vom 24. 12. 2022.

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

16 Vgl. BR-Drs. 211/23 vom 10. 5. 2023.

17 BR-Drs. 211/23 (Beschluss) vom 16. 6. 2023.

18 „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“, abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf.

19 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. 12. 2011, BGBl. I S. 2983.

20 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. 12. 2011, BGBl. I S. 2983.

21 Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. 5. 2019, BGBl. I, S. 646.

hauses von bestimmten regionalen Kriterien abhängt, wurde als neuester Vorschlag unter Ziffer 3 des Entschließungsantrages „in räumlicher Hinsicht [...] eine Beschränkung auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen“ gefordert.

Mit der gewählten Formulierung bleibt offen, wie der 50 km Radius auszulegen ist. Konkret ist fraglich, ob beabsichtigt ist, dass sich alle Betriebsstätten eines MVZ im 50 km Radius um den Sitz des Krankenhauses befinden müssen oder tatsächlich zur Gründung eines MVZ in einem Planungsbereich nur relevant ist, dass der Planungsbereich, in dem das MVZ seine (Haupt-) Betriebsstätte bzw. seinen Vertragsarztsitz hat, ganz oder teilweise in dem genannten Radius um den Sitz des Krankenhauses liegt. Je nach zutreffender Auslegung, werden sich Krankenhaus-MVZ entweder auf den urbanen Raum konzentrieren oder es ergeben sich – angesichts der unterschiedlichen Planungsbereiche bei einem fachübergreifenden MVZ – erhebliche praktische Vollzugsschwierigkeiten.

Als Beispiel für das Bestehen dieser Vollzugsschwierigkeiten ist auf ein MVZ zu verweisen, in dem Ärzte der Versorgungsebene der haus- und spezialisierten fachärztlichen Versorgung i. S. v. § 5 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL) tätig werden sollen. Es stellt sich für ein solches MVZ die Frage, welcher Planungsbereich dann bezogen auf den oben genannten Radius und die Hauptbetriebsstätte des MVZ maßgeblich sein soll? Konsequenterweise müsste die Hauptbetriebsstätte des MVZ auch außerhalb des Radius von 50 km liegen, da der Planungsbereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung diesen angesichts der einschlägigen Raumordnungsregion gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 BedarfsplRL überschreiten kann. Gilt dies dann aber auch für die vertretenen Ärzte der Versorgungsebene der hausärztlichen Versorgung? Je nach Beantwortung der Frage hebt sich der Regionalbezug entweder selbst aus – was durch die Möglichkeiten von Filialstrukturen noch gesteigert wird – oder es wird für Krankenhaus-MVZ durch die Hintertür das fachgleiche MVZ wieder eingeführt.

Schließlich bleibt offen, was unter dem Sitz des Krankenhauses im Sinne des Antrages auf Entschließung zu verstehen ist. In Betracht kommt der Sitzungssitz, der Verwaltungssitz, die Geschäftsanschrift des Krankenhausträgers oder der Krankenhausstandort gemäß § 2a KHG. Bei Übernahme eines derart offenen Wortlauts in das Gesetz wären Vollzugshindernisse vorprogrammiert.

Ungeachtet dessen ist zu hinterfragen, ob ein solcher Regionalbezug zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung in tatsächlicher Hinsicht überhaupt erforderlich ist. Anders formuliert könnte man auch die Frage stellen, ob die Versorgung ohne einen Regionalbezug tatsächlich qualitativ schlechter ist als mit einem Regionalbezug.

Zudem wird ein Regionalbezug die Monopolisierung bei MVZ-Strukturen nur noch befeuern. Die Einführung eines Regionalbezugs würde erst die optimalen Markt- und Rahmenbedingungen schaffen, damit die großen Krankenhauskonzerne bundesweit ein Monopol in der ambulanten Versorgung schaffen könnten²², da die großen Krankenhauskonzerne angesichts der Vielzahl der Krankenhäuser eine Mehrzahl an MVZ gründen können. Krankenhausträger mit nur wenigen Krankenhäusern wären regional begrenzt, während die großen Krankenhauskonzerne sicher sein könnten, dass sich die kleineren Krankenhäuser nicht in „ihrem Gebiet breit machen“ und ein Wettbewerb kraft Regionalisierung durch den Gesetzgeber praktisch nicht mehr stattfindet. Die Konkurrenz der übrigen Krankenhäuser wäre kraft Regionalisierung durch den Gesetzgeber abgestellt.

Bei der Frage der Sinnhaftigkeit der aktuell bestehenden örtlich ungebundenen MVZ-Gründungsbefugnis von zugelassenen Krankenhäusern darf sich der Blick nicht nur auf die Ziele einer sektorenübergreifenden Versorgung vor Ort verengen. Vielmehr sind auch die sonstigen Vorteile²³, welche größere MVZ-Strukturen in sich tragen, zu beachten. Außerdem ist auf den gegenständlichen Vorschlag bezogen festzuhalten, dass dieser nach dem Gießkannenprinzip vorgeht. Denn von der Regelung werden alle Krankenhäuser betroffen, gleich welcher Trägerschaft – ob privat, öffentlich-rechtlich oder kirchlich.

Weiterhin ist festzustellen, dass der Regionalisierungsvorschlag die Vertragsärzte und die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nicht treffen soll. Warum eine Überörtlichkeit und Monopolisierung nur bei Krankenhäusern als Gefahr angesehen wird²⁴, wurde bisher weder von den Bundesländern, der Bundesregierung, noch vom BMG hinterfragt und diskutiert. Diese Frage wäre vom Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren aber zu beantworten. Liegen in der Überörtlichkeit und Monopolisierung Gefahren für die Versorgung, muss ein Regionalbezug auch für die übrigen berechtigten Gründer i. S. d. § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V in ihrer jeweiligen Tätigkeitsform eingeführt werden. Für Vertragsärzte müssten daher – losgelöst von der Organisationsform des MVZ – entsprechende Regelungen durch den Gesetzgeber eingeführt werden. Die Vermutung liegt aber nahe, dass durch die Vorschläge (zumindest auch) die Markteintrittsbarriere für Investoren im Gesundheitswesen soweit erhöht werden sollen, dass sich der Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses und damit der Markteintritt insgesamt letzten Endes nicht mehr rechnet.

Es ist zu erwarten, dass eine Regionalisierung von Krankenhaus-MVZ je nach Arztdichte in der jeweiligen Region zu uneinheitlichen Folgen führen wird. Insbesondere in Regionen mit geringer Arztdichte wird eine undifferenzierte Regionalisierung die Versorgung eher verschlechtern als verbessern. Zudem stellt sich die Frage, ob eine Regionalisierung der Medizin in Zeiten der Personalknappheit, der Spezialisierung und Zentralisierung zur Sicherung der Versorgung tatsächlich der richtige Weg ist.

Um zu erwartende Härten zu vermeiden, wären in jedem Fall Übergangs- und Bestandsschutzregelungen in ein zu erlassendes Gesetz aufzunehmen. Zudem ergibt sich durch eine Regionalisierung ein nicht zu unterschätzendes Hemmnis für die Erweiterung und Entwicklung bestehender MVZ. Weiterhin darf deutlich bezweifelt werden, dass der mit der Regulierung verfolgte Zweck mit den erheblichen Eingriffen in die Grundrechte von MVZ-Trägergesellschaften und berechtigten Gründern noch in einem angemessenen Verhältnis steht und damit verhältnismäßig ist.

Zusammenfassend ist die vorgesehene räumliche Beschränkung in erheblichen Umfang zu kritisieren und daher abzulehnen.

2. Fachliche Beschränkung von Krankenhaus-MVZ

Die BÄK fordert neben der räumlichen Begrenzung sowohl in ihrem Positionspapier²⁵ als auch in der ergänzenden Stellung-

²² Vgl. Bobsin, Konzerne kaufen Arztpraxen, 2023, S. 72.

²³ Ladurner/Walter/Jochimsen, Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) 2020, S. 122.

²⁴ Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drs. 211/23, S. 1.

²⁵ 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 vom 9. 1. 2023, S. 7 ff., abrufbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_BAEK_Regelungsbedarf_MVZ_2023_01_09.pdf.

nahme²⁶ als weitere Voraussetzung für die Gründung eines Krankenhaus-MVZ die Einführung eines fachlichen Bezuges des Krankenhauses zum Versorgungsauftrag des MVZ. Von den Bundesländern wird die Einführung eines solchen Fachbezuges weder in den „Eckpunkten für ein MVZ-Regulierungsgesetz“ vom 27. 3. 2023, noch in ihrem aktuellen Antrag auf Entschließung des Bundesrates vom 10. 5. 2023 gefordert.²⁷ Dies mag unter anderem mit den mit einer solchen Regelung verbundenen Problemen zusammenhängen.

a. Festlegung von Fachgebieten im Rahmen der Krankenhausplanung

Es ist zweifelhaft, dass die rechtliche Verbindung des krankenhauplanerischen Versorgungsauftrages eines Krankenhauses mit dem vertragsarztrechtlichen Versorgungsauftrages eines MVZ rechtlich praktikabel umgesetzt werden kann.

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses, das in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen wurde (Plankrankenhaus), ergibt sich nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntgG aus den Festlegungen des Krankenhausplanes und dem Feststellungsbescheid. Der Krankenhausplan – als krankenhauplanerisches Instrument – ist jedoch nicht geeignet, zweifelsfreie vertragsarztrechtliche Vorgaben für die ärztliche Zusammensetzung eines MVZ zu machen, da die Festlegungen in den Krankenhausplänen der Länder aktuell nicht mehr nach allen Gebieten und Schwerpunkten (Teilgebieten) der WBO der Ärztekammern differenzieren.

So führt z. B. nach dem in Niedersachsen seit 2022 geltenden § 4 Abs. 3 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)²⁸ der Krankenhausplan die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser auf, gliedert u. a. nach den „Fachrichtungen“ (ohne den in § 3 Abs. 3 Nds. KHG noch enthaltenen Klammerzusatz „Gebiete“). Diese im Gegensatz zur früheren Rechtslage aufgegebene Bindung an die ärztliche WBO ermöglicht es, aufgrund der dualen Behandlungskompetenz der betreffenden Fachärzte grundsätzlich die Trennung zwischen den unterschiedlichen Fachrichtungen aufzugeben.²⁹ Die Bindung an die Fachgebiete der ärztlichen WBO ist zulässig³⁰, rechtlich aber nicht zwingend geboten.³¹

Zudem verweisen die Landeskrankhauspläne auf die WBO der Ärztekammern im Wege einer dynamischen Verweisung, d. h. in der jeweils geltenden Fassung, so dass sich Veränderungen der Gebiete in der WBO auch auf den Krankenhausplan auswirken. Für die Einteilung der in einem MVZ tätigen Fachärzte gelten dagegen die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, die von der Einteilung der Gebiete und Facharztbezeichnungen in der WBO abweichen können.³² Der Krankenhausplan enthält zudem i. d. R. nur Feststellungen zu ärztlichen Fachgebieten bettenführender Abteilungen. Dies spiegelt aber nicht das mögliche Zulassungsspektrum von 22 Arztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung nach den §§ 11–14 BedarfspURL wider.

Darüber hinaus würde durch eine ausnahmslose Beschränkung der Fachgebiete in einem MVZ auf diejenigen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses dem Ziel einer interprofessionellen Zusammenarbeit in MVZ nicht mehr hinreichend Rechnung getragen. Auch das Krankenhaus ist berechtigt, Ärzte anderer Fachgebiete anzustellen, die mit dem Versorgungsauftrag in einem fachlichen Zusammenhang stehen. Warum für ein MVZ, deren berechtigter Gründer ein zugelassenes Krankenhaus ist, etwas anderes gelten soll, ist nicht ersichtlich.

b. Vergleich zum Fachbezug bei MVZ von nichtärztlichen Dialyseleistungserbringern

Soweit ein Fachbezug für MVZ, deren berechtigter Gründer ein zugelassenes Krankenhaus ist, eingeführt werden soll, ist in die Betrachtung ein Vergleich zum Fachbezug von MVZ, deren berechtigter Gründer ein nichtärztlicher Dialyseleistungserbringer gem. § 126 Abs. 3 SGB V ist, einzustellen.

In § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V hat der Gesetzgeber durch das TSVG die Notwendigkeit eines fachlichen Bezuges zu anderen mit der Dialysebehandlung im Zusammenhang stehenden Fachgruppen im Hinblick auf die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen vorgesehen. Das bedeutet, dass in einem MVZ, dessen berechtigter Gründer ein nichtärztlicher Dialyseleistungserbringer gemäß § 126 Abs. 3 SGB V ist, nicht ausschließlich Dialyseleistungen erbracht werden können, sondern eben auch die mit einer Dialyse zusammenhängenden ärztlichen Leistungen zur Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen³³.

Bei Einführung einer Beschränkung der Gründungsberechtigung von zugelassenen Krankenhäusern auf deren Fachgebiete, wäre die für nichtärztliche Dialyseleistungserbringer gefasste Regelung im Zuge der Gleichbehandlung auf zugelassene Krankenhäuser zu übertragen. Für zugelassene Krankenhäuser wäre daher eine entsprechende Regelung zur Erweiterung des notwendigen Fachbezuges auf die mit der Krankenhausbehandlung bzw. dort vertretenen Fachgruppen im Zusammenhang stehenden Fachgruppen zu fassen. Dann wäre für jedes in einem Krankenhaus vertretene ärztliche Fachgebiet im Rahmen der Zulassung des MVZ oder eines Gründerwechsels die Feststellung erforderlich, welche mit dem jeweiligen im Krankenhaus vertretenen Fachgebiet zusammenhängenden anderen ärztlichen Fachgebiete zu einer umfassenden fachübergreifenden Versorgung im MVZ erforderlich sind. Eine solche Regelung wäre aufgrund des Umfangs der mit der Krankenhausbehandlung im Zusammenhang stehenden ärztlichen Fachgebiete allenfalls mit unverhältnismäßigem Aufwand rechtlich umsetzbar.

c. Praktische Hindernisse bei Einführung eines Fachbezuges

Eingedenk des gezogenen Vergleichs zu den für nichtärztliche Dialyseleistungserbringer bestehenden Fachbezuges ergeben sich bei Einführung eines Fachbezuges für MVZ, deren berechtigter Gründer ein zugelassenes Krankenhaus ist, nicht unerhebliche praktische Hindernisse.

Durch die Zulassungsausschüsse müsste festgestellt werden, in welchem zahlenmäßigen Verhältnis die weiteren mit der Krankenhausbehandlung im Zusammenhang stehenden ärztlichen Fachgebiete zu den krankenhauplanerischen Fachrichtungen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses stehen dürfen. Es würde sich beispielsweise die Frage stellen, ob es zulässig wäre, dass die angestellten Ärzte des zusammenhängenden Fachgebiete-

26 Positionen der Bundesärztekammer: Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren – Ergänzende Stellungnahme, 19. 4. 2023, S. 4 ff.; https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Position_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf.

27 Entschließungsantrag vom 10. 5. 2023, BR-Drs. 211/23, S. 2; Beschluss der GMK vom 27. 3. 2023.

28 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) vom 28. 6. 2022, Nds. GVBl. S. 376.

29 OVG Lüneburg, Urt. v. 18. 6. 2019, Az.: 13 LC 41/17 – juris –, Rn. 51.

30 Vgl. BVerwG, Besch. v. 25. 10. 2011, Az.: 3 B 17.11 –, juris Rn. 5 m. w. N.

31 Vgl. ausführlich zur Zulässigkeit eines abweichenden Konzepts: OVG NRW, Urt. v. 16. 5. 2017, Az.: 13 A 1105/16 –, juris Rn. 7 ff.; OVG Lüneburg, Urt. v. 18. 6. 2019, Az.: 13 LC 41/17 – juris –, Rn. 51.

32 Vgl. zur Orthopädie und Chirurgie, BSG, Urt. v. 19. 6. 2018, Az.: B 1 KR 32/17 R, NZS 2018, 913.

33 Vgl. BT-Drs. 19/8531, S. 187.

tes zahlenmäßig oder mit einem größeren Versorgungsauftrag in dem MVZ angestellt werden, als derjenige Arzt, der einen unmittelbaren fachlichen Bezug zum Krankenhaus hat.

Auch wäre zu klären, ob bei einem Ausscheiden eines angestellten Arztes mit Fachbezug zum Krankenhaus aus dem MVZ und einer fehlenden Möglichkeit der Nachbesetzung der Arztstelle, auch die Anstellungsverhältnisse der Ärzte, die zu dem Fachgebiet des ausgeschiedenen Facharztes einen fachlichen Bezug haben (Bsp.: Facharzt für Kinderheilkunde und Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie) beendet werden, mithin ob die Beschränkung der Gründungsbefugnis unmittelbar auf die Betriebsebene durchschlägt. Wäre dies der Fall, bestünde für die meisten MVZ keine Rechtssicherheit hinsichtlich ihrer finanziellen Investitionen für die Zukunft. Könnten die weiteren Fachgebiete aber auch nach einem Ausscheiden eines Arztes mit Fachbezug zum Krankenhaus im MVZ verbleiben, würden langfristig Ärzte in dem MVZ tätig sein, die keinen fachlichen Bezug zum Krankenhaus haben.

d. Durchbrechung der Gründer- und Trägerebene

Grundsätzlich hat die Leistungserbringung im MVZ gerade unabhängig von derjenigen des Gründers zu erfolgen. Das MVZ ist bezogen auf zugelassene Krankenhäuser als eine Ergänzung der Versorgungsmöglichkeiten und nicht als ein – von den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten abhängiger – Annex der Krankenhausbehandlung anzusehen. Das MVZ ist eine eigenständige ambulante Versorgungsform. Der (allein relevante) zulassungsrechtliche Bezug ist, ob das zugelassene Krankenhaus als berechtigter Gründer diese Rechtseigenschaft auch aufweist. Die Forderung eines fachlichen Bezuges als Voraussetzung der Grün-

dungsberechtigung von Krankenhäusern stellt daher eine unzulässige Vermischung zwischen Gründer- und Leistungserbringerebene von MVZ dar.

e. Ziel der Einführung eines Fachbezuges

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Unabhängigkeit der Gründer- und Trägerebene wirkt die Einführung eines Fachbezuges gekünstelt bzw. es ist unklar, was der versorgungstechnische Mehrwert eines Fachbezuges wäre. Es stellt sich mithin die Frage, was das (legitime) gesetzgeberische Ziel der Einführung eines Fachbezuges ist.

Soll das Ziel die Sicherstellung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung sein, so ist dem entgegenzuhalten, dass es zum einen bei dem MVZ, dessen berechtigter Gründer ein Vertragsarzt ist, für die Zulassung des MVZ und die hierin vertretenen Fachgebiete nicht von Relevanz ist, welcher Arztgruppe der BedarfspRL für Ärzte der Vertragsarzt als berechtigter Gründer zuzuordnen ist. Des Weiteren ist die Anstellung eines anderen Arztes – unabhängig von der Kooperationsform – in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich gemäß § 14a Abs. 2 S. 1 BMV-Ä zulässig (sog. fachgebietsfremde Anstellung). Warum für Krankenhäuser etwas anderes gelten sollte, ist nicht nachvollziehbar. Würde eine bezogen auf alle berechtigten Gründer inkonsistente Regelung geschaffen.

Das verfassungsrechtlich fragwürdige gesetzgeberische Ziel der Einführung eines Fachbezuges kann also allenfalls sein, den Markteintritt von Krankenhaus-MVZ zu erschweren oder zurückzudrängen.

Der Beitrag wird in der nächsten Ausgabe fortgeführt.