

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin

11.11.2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die Mitglieder des Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) sind Unternehmensgruppen, die bundesweit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen betreiben und so die flächendeckende ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in Deutschland entscheidend mitgestalten und sicherstellen.

Wir setzen uns für eine breite Trägervielfalt und die bestmögliche Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im ambulanten Gesundheitssektor ein. Der Verband vertritt rund 900 MVZ und Zweigpraxen (Standorte) in über 400 Städten und Gemeinden.

I. Vorbemerkung

Die Ziele und Ansätze des vorliegenden Gesetzentwurfs werden seitens des BBMV begrüßt. Die zentrale Grundidee einer verstärkt auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist der richtige Weg. Die zentrale Herausforderung wird gerade in unterversorgten Regionen darin liegen, die knappe Ressource Arzt auch dort verfügbar zu

Seiten 1 von 8

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.

Marienstraße 15 | 10117 Berlin

Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbm.de

Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzl

Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein

Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242

Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B

Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEV3333

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

machen bzw. zu halten, ggf. auch unter verstärkter Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten. Dieser Weg muss gemeinsam mit allen Beteiligten verfolgt werden. MVZ nehmen nach § 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und sind bedeutsamer Baustein der in Deutschland strukturierten ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei spielen MVZ eine tragende Rolle bei der Erbringung (fach-)medizinischer Leistungen, leisten bedeutsame Investitionen zu Gunsten hochqualitativer Gesundheitsversorgung und bieten einen Anlaufpunkt für die Ärzteschaft, die bewusst das Anstellungsverhältnis in einer modernen und qualitativ hochwertigen Praxisumgebung sucht, um nicht zuletzt von Verwaltungsaufgaben befreit sich auf die Medizin konzentrieren zu können, was gerade den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt.

II. Konkrete Positionierung zu Inhalten des GVSG

1. Keine Benachteiligung der Schwerpunktpraxen

Die avisierte Endbudgetierung als auch die Vorhaltepauschalen und Zusätze für den Chronikerbereich sind eine sinnvolle Anpassung im hausärztlichen Bereich.

Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die geplante Ergänzung des § 87 Abs. 2b SGB V (Nr. 6 des Entwurfs) Schwerpunktpraxen nicht angemessen abbildet, wonach die avisierte Jahrespauschale nur von einer Hausarztpraxis pro Kopf abgerechnet werden dürfte. Dies würde die Behandlung von Chronikern nicht adäquat erfassen und vergüten und eine massive Verschlechterung der Versorgung in diesem außerordentlich wichtigen Bereich bedeuten. Besonders betroffen wären nach dem aktuell unausgewogenen Ansatz ohne erforderliche Ausnahmeregelung diabetologische Schwerpunktpraxen, aber auch für die HIV-Versorgung und Substitutionsmedizin verantwortliche Einrichtungen, da sie größtenteils im hausärztlichen Bereich angesiedelt sind. Der aktuell verbliebene

Fehlanreiz würde sich auch negativ auf fachgruppenübergreifende Arbeit auswirken und somit den Patientinnen und Patienten die besten Versorgungschancen zielgerichtet nehmen.

2. Begrenzung von Sicherheitsleistungen für MVZ

Die unter Nr. 13 des Entwurfs angedachte Änderung des § 92 Abs. 2 S. 6 SGB V ist sinnvoll und wird vom BBMV unterstützt. Sie führt einerseits dazu, dass der persönliche Haftungsumfang seitens des Gesellschafterkreises jedenfalls hinsichtlich äußerer Grenzen eingeschätzt werden kann und stärkt andererseits die Trägervielfalt, da der Reformgesetzgeber hiermit den Gemeinden die bestehende kommunalrechtliche Problematik abnehmen würde, wegen Besorgnissen hinsichtlich unbegrenzter selbstschuldnerischer Bürgschaften nicht auf die privatrechtliche GmbH-Konstruktion zurückgreifen zu dürfen und diese deswegen von einer MVZ-Einrichtung eher abgeschreckt sein könnten. Der BBMV begrüßt Trägervielfalt im Allgemeinen und ist der Überzeugung, dass diese geeignet ist, auch Versorgungsengpässe besser zu bekämpfen und abzufangen.

3. Mitentscheidungsrecht der obersten Landesbehörden bei Zulassungsausschussentscheidungen

Kritikwürdig ist die angedachte Erweiterung des § 96 Abs. 2a SGB V (Nr. 14 GVSG-E). Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, dass schon die Einführung des Mitberatungs- und Antragsrechts der obersten Landesbehörden mit dem TVSG eine erhebliche Politisierungsgefahr gebracht hat und einen Eingriff in die funktionale Selbstverwaltung bedeutete (so zurecht bereits BeckOGK/Ostertag, 1.3.2020, § 96 Rn. 9a; ebenso Ladurner, MedR 2019, 440, 447). Dieser Eingriff wird nunmehr erheblich vertieft, wenn den obersten Landesbehörden mittels einer

zwingenden Einvernehmensregelung ein Veto-Recht zugestanden würde. Über diese Problematik kann auch nicht hinwegtäuschen, dass bei Ausbleiben einer konkreten Stellungnahme der jeweiligen obersten Landesbehörde eine Zustimmungsfiktion eingefügt werden soll. Ebenso wenig ist damit gedient, dass es sich nach der erklärten Gesetzesbegründung um ein Verwaltungsinternum handele und gegen die letztlich erfolgende – ggf. intern durch die oberste Landesbehörde erzwungene – Entscheidung des Zulassungsausschusses der Berufungsausschuss mit vollen Rechten und Pflichten anrufungsfähig bleiben soll. Denn es ist nicht bestreitbar, dass eine ggf. seitens des Zulassungsausschusses befürwortete Entscheidung zunächst nach außen wegen erhobenen Vetos negativ ausfiele, was einen erheblichen Zeit- und Kostenfaktor und im Zweifel auch Schaden für die Betroffenen bedeutete. Gleichzeitig werden den Beteiligten mit Blick auf ohnehin schon langwierige Verfahren im hohen Maße Kalkulations- und Transaktionssicherheit geraubt, ohne dass damit ein erkennbarer Mehrwert verbunden wäre. Im Übrigen sieht die aktuelle Begründung selbst, dass zeitnahe Verfahrensbearbeitung und Vollzug von großer Bedeutung sind (GVSG-E S. 51 f.), jedoch ist bei vernunftgeleiteter Betrachtung sicherlich nicht davon auszugehen, dass entsprechende Verzögerungen bei entsprechender Gesetzesänderung ausblieben.

III. Dringend erforderliche Ergänzung

Seitens des BBMV wird unmittelbar im Zusammenhang mit zwei Grundgedanken des GVSG (Schaffung / Optimierung von Anhörungs- und Mitbestimmungsrechten betroffener Stakeholder sowie Gründungserleichterung und Trägervielfalt bei MVZ) folgende Änderung angemahnt:

Repräsentation von MVZ in den Kassenärztlichen Vereinigungen – Der aktuelle Zustand fehlender Beteiligung ist verfassungswidrig

Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind nach aktueller Rechtslage die zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, in zugelassenen MVZ und in Eigeneinrichtungen angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte, sofern eine Beschäftigungszeit von mindestens 10 Wochenstunden besteht (§ 77 Abs. 3 SGB V). MVZ sind demgegenüber nicht KV-Mitglied, obwohl sie gleichberechtigter Leistungserbringer vertragsärztlicher Versorgung sind (§ 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V.). Damit stehen MVZ derzeit kein Wahlrecht bei der Vertreterversammlung zu, welche allem voran die zentralen Aufgaben nach § 79 Abs. 3 SGB V wahrnimmt.

Dieser Zustand ist mit Blick auf die vom BVerfG in der maßgeblichen Leitentscheidung zur verfassungsrechtlich zulässigen Strukturierung funktionaler Selbstverwaltung (BVerfGE 107, 59 ff. = NVwZ 2003, 974 ff.) ein Verstoß gegen das Grundgesetz (näher Hügel/Prütting, in: Knüppel/Neubauer/Stauch-Eckmann, Medizinische Versorgungszentren, 2023, S. 173, 177 ff.). Das BVerfG hat ein Verbot selektiver oder undifferenzierter Interessenvertretung herausgearbeitet. Es kann nicht geleugnet werden, dass im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung das MVZ selbst der Leistungserbringer ist, auch wenn es durch angestellte Ärztinnen und Ärzte die Ausführung erbringen lässt. Ebenfalls ist das MVZ Gegenstand von Honorarverteilungsfragen sowie Haftungsschuldner bei Fehlern und Ansprechpartner bei Verwaltungsfragen gerade auch im Hinblick auf die zuständige KV.

Eine adäquate Repräsentation der MVZ findet auch nicht über die

angestellten Ärztinnen und Ärzte statt. Dieser partiell erhobene Einwand verkennt bereits, dass dies lediglich für jene Ärztinnen und Ärzte Geltung beanspruchen könnte, die selbst zugleich wenigstens dem Gesellschafterkreis des MVZ – richtigerweise zusätzlich der Geschäftsführung – angehören. Im Übrigen wird man kaum der Prämisse folgen können, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer generell oder auch nur regelmäßig in solchen Gremien sachgerecht die Interessen ihrer Arbeitgeber vertreten. Auch der Sozialgesetzgeber beurteilt dies ersichtlich so und hat daher mit § 79c Abs. 1 Nr. 3 SGB V einen eigenständigen Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte etabliert. Dieser ist jedoch in Honorarverteilungsfragen nicht eingebunden. Die Beteiligung in der KV muss daher zwingend auf MVZ-Ebene selbst und damit auf Geschäftsführungsebene stattfinden, um den verfassungsrechtlichen Repräsentationsgeboten des Demokratieprinzips gemäß geltender Verfassungsrechtsprechung zu genügen.

Der BBMV ersucht dringend darum, diesen verfassungswidrigen Zustand abzustellen und die MVZ in den Vertreterversammlungen der jeweiligen KVen zu beteiligen.

IV. Hinweise zu aktuellen Begleitdebatten

In den vergangenen Jahren hat sich eine Grundsatzdiskussion entwickelt, die darauf abzielt, das MVZ als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung einer verstärkten Regulierung zu unterwerfen. Diese Diskussion und ihr anhaltend scharfer Ton sind seitens des BBMV nicht verständlich, da selbst eingehende Untersuchungen die vielfach befürchteten Missstände nicht zu verifizieren vermochten. Die Kritiker greifen gerne vereinzelte Negativbeispiele im Rahmen von Fehlverhalten konkreter Personen heraus, um die MVZ-Struktur zu diskreditieren. Bei näherem Hinsehen haben die

jeweiligen Vorwürfe regelmäßig aber nichts mit dem MVZ, sondern vielmehr mit dem Verhalten einer oder weniger Personen zu tun. Gleichwohl wird ohne ersichtliche Faktenbasis fortwährend und nachdrücklich gefordert, etwaigen Missbrauchsgefahren entgegenzutreten, die gerade dem MVZ-Bereich entstammen sollen, was weder belegt noch korrekt ist. Bislang ist von diesbezüglichen Erwägungen im GVSG nichts zu lesen, was der BBMV begrüßt. Wir möchten folgende Aspekte hervorheben, die häufig im Kreis der Kritiker in Vergessenheit zu geraten scheinen:

1. MVZ sind wesentlicher Teil einer flächendeckenden medizinischen Versorgung im haus- und fachärztlichen Bereich. Mittlerweile gäbe es ohne ihr Wirken eine erhebliche Zahl von nicht tragbaren Lücken.
2. MVZ tragen zur Qualitätsmedizin bei. Durch ihre Strukturierung und ihre Möglichkeiten konzentrierter Verwaltung sowie weithin sinnvoller Investitionsentscheidungen der Gesellschafterkreise sind MVZ sowohl überdurchschnittlich gut ausgestattet als auch mit Ärztinnen und Ärzten besetzt, die sich auf die Medizin konzentrieren können und nicht mit Verwaltungsaufgaben überfrachtet werden. Zudem sind MVZ Innovationstreiber und haben sich allem voran im Rahmen der qualitätssteigernden Digitalisierungsbemühungen erheblich hervorgetan.
3. MVZ tragen dem Wunsch vieler junger Medizinerinnen und Mediziner Rechnung, nicht das volle Marktrisiko einer eigenen Praxis schultern zu müssen und auch die übrigen Vorteile der Anstellung für sich zu beanspruchen (Planbarkeit bei Arbeitszeiten, weniger Verwaltung, klare Urlaubs- und Vertretungsregeln, weitreichende Fort- und Weiterbildungsunterstützung und Vieles mehr).
4. MVZ bieten die Möglichkeit, gut aufgebaute Praxen im Wege des Anteilserwerbs ohne größere Schwierigkeiten von Generation zu Generation weiterzugeben und damit sinnvolle Kontinuitäten zu wahren. Zugleich müssen ältere Ärztinnen und Ärzte nicht darum fürchten, dass

ihnen Werte verloren gehen, wenn sie etwa kurz vor dem altersbedingten Ausscheiden noch erheblich investieren. Gegenteiliges Verhalten wäre unmittelbar patientengefährdend, droht aber außerhalb von MVZ beim Generationenwechsel immer wieder.

5. Zur Integrität gehört selbstredend auch, dass in MVZ die Ärztinnen und Ärzte bei der konkreten Berufsausübung weisungsfrei agieren. Die wiederholt laut gewordene Behauptung, Investoren würden sich institutionalisiert in die konkreten medizinischen Entscheidungsabläufe mischen, ist weder belegt noch wahr.
6. Zuletzt sei hervorgehoben, dass es MVZ nunmehr seit 2004 und damit seit 20 Jahren gibt. Die aus dem Kreis der Kritiker immer wieder beschworenen Negativauswirkungen auf das Gesundheitswesen sind ausgeblieben. Wie der obige, kurz gehaltene Ausschnitt zeigt, sind die Positiva demgegenüber von unschätzbarem Wert. Gegen missbräuchliches und rechtswidriges Verhalten im Einzelfall wendet sich der BBMV ebenso entschieden wie jeder andere integre Stakeholder im Gesundheitswesen. Das Wohl der Patientinnen und Patienten wie auch die Sicherheit eines gut aufgestellten, leistungsstarken und innovativen Gesundheitssystems müssen stets oberste Gebote sein.