21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
der 19. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 12. November 2025, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt **Seite 5**

Antrag der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Medizinische Versorgungszentren reformieren

BT-Drucksache 21/1667

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen

Mitglieder des Ausschusses

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van	Albani, Stephan
	Borchardt, Simone	Demuth, Ellen
	Hiller, Dr. Matthias	Ehm, Lars
	Janssen, Anne	Grasse, Adrian
	Müller, Axel	Knoerig, Axel
	Pauls, Dr. Thomas	Ludwig, Dr. Saskia
	Pilsinger, Dr. Stephan	Müller, Sepp
	Schmidt, Sebastian	Reddig, Pascal
	Seitz, Nora	Rupprecht, Albert
	Streeck, Dr. Hendrik	Staffler, Katrin
	Theiss, Dr. Hans	Stegemann, Albert
	Weiss, Dr. Maria-Lena	Timmermann-Fechter, Astrid
	Zeulner, Emmi	Walch, Siegfried
AfD	Baum, Dr. Christina	Bessin, Birgit
	Bloch, Joachim	Birghan, Dr. Christoph
	Dietz, Thomas	Bollmann, Gereon
	Ebenberger, Tobias	Fetsch, Thomas
	Hess, Nicole	Giersch, Alexis L.
	Schießl, Carina	Kempf, Martina
	Sichert, Martin	Möller, Stefan
	Weiss, Claudia	Przygodda, Kerstin
	Ziegler, Kay-Uwe	Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja	Ahmetovic, Adis
	Mieves, Matthias David	Dittmar, Sabine
	Moll, Claudia	Glöckner, Angelika
	Pantazis, Dr. Christos	Kersten, Dr. Franziska
	Schwartze, Stefan	Peick, Jens
	Seitzl, Dr. Lina	Schmidt, Dagmar
	Yüksel, Serdar	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch	Grau, Dr. Armin
	Fischer, Simone	Nick, Dr. Ophelia
	Heitmann, Linda	Piechotta, Dr. Paula
	Kappert-Gonther, Dr. Kirsten	Rietenberg, Sylvia
	Wagner, Johannes	
Die Linke	Gürpinar, Ates	Arndt, Dr. Michael
	Merendino, Stella	Brückner, Maik
	Schötz, Evelyn	Fey, Katrin
	Stange, Julia-Christina	Gebel, Kathrin

Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung, 12. November 2025, Paul-Löbe Haus E 300
„Medizinische Versorgungszentren reformieren“

- Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV)[1]
- Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)[1]
- GKV-Spitzenverband[2]
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.[2]
- Poliklinik Syndikat[3]
- Dr. Andreas Gassen[4]
  Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Claus–Dieter Gorr[5]
  PremiumCircle Deutschland GmbH
- Dr. Julia Searle[4]
  Bundesärztekammer (BÄK)

[1] Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[2] Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[3] Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[4] Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[5] Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Medizinische Versorgungszentren reformieren

BT-Drucksache 21/1667

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Schönen guten Tag, sehr verehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrter Herr Staatssekretär Sorge und sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich darf Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit begrüßen, die wie immer eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Ich möchte auch wie immer die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns auch erkennbar ist. Außerdem möchte ich auch darum bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten.
Sehr geehrte Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Medizinische Versorgungszentren reformieren“, auf der Bundestagsdrucksache 21/1667. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellt in ihrem Antrag fest, dass die medizinischen Versorgungszentren mittlerweile eine zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung spielen, aber durch investorengeführte MVZ im Hinblick auf Planbarkeit, Transparenz und langfristige Versorgungsqualität ein Risiko besteht. Sie fordert die Bundesregierung auf, noch in diesem Jahr ein Gesetz vorzulegen, das unter anderem die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft erleichtert, die Transparenz über Träger- und Eigentümerstrukturen stärkt sowie die ärztliche Entscheidungsfreiheit und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellt. Über diese Forderungen wollen wir heute in der Anhörung sprechen. Bevor wir beginnen, und das mache ich zu Beginn jeder Anhörung, muss und will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Uns stehen heute 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat. Das ist heute die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die weitere Reihenfolge orientiert sich dann an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben.
Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und ist dann auch in der Mediathek abrufbar. Das Wortprotokoll der Anhörung wird wie immer auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Die online teilnehmenden Sachverständigen weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald sie den Redebeitrag beginnen, für uns im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen beziehungsweise im Videostream übertragen. Beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag noch hier gesehen und im Internet beziehungsweise im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Die Gäste auf der Besuchertribüne weise ich darauf hin, dass Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit Smartphone oder anderem Gerät nicht gestattet sind. Meine Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der Anhörung. Die erste Frage stellt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, vielen Dank. Meine erste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Frau Dr. Searle, ich frage Sie, besteht aus Sicht der Bundesärztekammer bei medizinischen Versorgungszentren, MVZ, derzeit genügend Transparenz bezüglich Trägerschaft und

wirtschaftlich Berechtigtem für die Patientinnen und Patienten und für die interessierte Öffentlichkeit, zum Beispiel für wissenschaftliche Auswertungen?

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Vielen Dank für die Frage. Ich kann sie jetzt gar nicht richtig angucken bei der Beantwortung, deswegen gucke ich mal nach vorne. Das ist für uns eine sehr wichtige Frage, weil aus unserer Sicht keine ausreichende Transparenz über Inhaberschaft bei MVZ gegeben ist. Das halten wir für ein großes Problem. Es ist ja so, dass, selbst wenn die Träger, zum Beispiel ein Krankenhaus, der Einrichtungen bekannt sind, dann trotzdem, wenn man jetzt wissen möchte, was die dahinterliegenden Eigentümerstrukturen sind, diese in sehr mühsamer Handarbeit eigentlich durch ausufernde Recherchen nachverfolgt werden müssen. Das sind zum Teil Quellen, die auch sehr schwer zugänglich sind. Bislang ist das meines Wissens einmal erfolgt, nämlich durch die KV Bayern, die zusammen mit dem IGES-Institut sich die Mühe gemacht hat, für die MVZ in Bayern wirklich in Handarbeit diese Private Equity-MVZ zu identifizieren. Deswegen ist es auch weiter nicht erfolgt. Wir sehen das als ein Problem erstens für Patientinnen und Patienten, weil wir finden, dass die ein Recht darauf haben zu wissen, bei wem sie sich in Behandlung begeben, wer die Indikationen für irgendwelche Eingriffe stellt. Das Gleiche gilt für Ärztinnen und Ärzte, die wissen müssen, wo ihre Patientinnen und Patienten in Behandlung sind. Das ist die eine Seite davon. Die andere Seite des Problems ist genau das, was Sie angesprochen haben, dass das die Versorgungsforschung extrem schwierig macht, weil wenn Sie die iMVZ [investorengesteuerte Medizinische Versorgungszentren] gar nicht identifizieren können, dann ist es auch extrem schwierig, etwaige Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen zu beurteilen, weil Sie die Grundgesamtheit der iMVZ überhaupt nicht haben. Wichtig ist uns noch, dass es nicht reicht, allein Transparenz über die Trägerschaft zu haben. Sie müssen auch die dahinterliegenden Eigentumsstrukturen vollständig erfassen können. Deswegen unterstützen wir auch die Forderungen, die in dem Antrag gestellt sind, ausdrücklich. Wichtig ist uns aber auch, dass Transparenz allein nicht ausreicht, sondern dass Sie immer ein ganzes Maßnahmenpaket haben müssen, wenn Sie wirklich Private Equity in der ambulanten Versorgung begrenzen wollen. Deswegen finden wir es auch gut, dass der vorliegende Antrag ein ganzes Bündel an Maßnahmen vorschlägt, die getroffen werden können.

Die **Vorsitzende**: 26 Sekunden noch? Eine Frage, eine Antwort. Okay, dann vielleicht nochmal kurz, weil Sie zu Beginn Ihren Namen nicht genannt hatten für die Menschen.

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Können wir das noch nachholen? Julia Searle, Bundesärztekammer.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, dann die CDU/CSU.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren, also den BBMV. Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil von MVZ mit Investorenbeteiligung an einer gesamten ambulanten Versorgung, also Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ.

Sibylle Stauch-Eckmann (Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV)): Vielen Dank für die Frage. Sibylle Stauch-Eckmann vom BBMV. Also das erste und große Problem ist in der Diskussion, dass es keine einheitliche Definition von Investoren gibt. Wer gilt überhaupt als Investor? Zählen dazu private Krankenhausträger, Versorgungsunternehmen oder Beteiligungsgesellschaften? Oder schon jede Kapitalbeteiligung außerhalb der ärztlichen Hand? Insofern führt diese Unschärfe zu Missverständnissen und verzerrt die Wahrnehmung. Was wir wissen, das sind die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV, ist, dass wir im Jahr 2024 gut 5 000 MVZ hatten, wovon ungefähr die Hälfte von Krankenhausträgern betrieben wird. Die anderen überwiegend von Ärztinnen und Ärzten. Das bedeutet, dass MVZ mit einem Krankenhausträger weniger als 3 Prozent aller ambulanten Einrichtungen ausmachen. Aber auch die wirtschaftliche Struktur, das haben Sie vorhin auch gesagt, der Krankenhausträger ist sehr vielfältig, eben von Beteiligungsgesellschaften bis hin zu kommunalen oder staatlichen Einrichtungen, Gebietskörper-

schaften, frei gemeinnützigen Einrichtungen. Wir haben tatsächlich keine belastbaren Daten, wie hoch der jeweilige Anteil dieser Trägereinheiten ist. Wir gehen bei Investoren oder für investorengetragene Einrichtungen von 1 bis 2 Prozent aus. Da das aber auch nicht so richtig belastbar ist, begrüßen wir als BBMV ausdrücklich die geplante Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte mit einer Modernisierung des Arztregisters, um somit mehr Transparenz zu schaffen. Wir glauben, das ist die richtige Grundlage für eine faktenbasierte Diskussion. Das schafft Vertrauen und auf der Basis von Fakten kann man dann auch sachgerechte Entscheidungen treffen. Im Übrigen verweise ich auf die Stellungnahme des BMVZ zu dieser Anhörung, der sich auch die Mühe gemacht hat, aktuelle Zahlen in der ambulanten Versorgung grafisch aufzubereiten. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Für die AfD Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine erste Frage geht auch an den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren. Es gibt nach meinen Kenntnissen 46 kommunale MVZ. Seit 2015 ist das möglich. Können Sie die Erfahrung einschätzen, ob diese kommunalen MVZ schwarze Zahlen schreiben oder ob sie eher die Grundlage haben, dass sie dann im ländlichen Raum die medizinische Versorgung sicherstellen. Also gibt es da Erkenntnisse, ob die schwarze Zahlen schreiben oder ob das eher ein Zuschussgeschäft für die Gemeinden und Kommunen ist?

Sibylle Stauch-Eckmann (Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV)): Sibylle Stauch-Eckmann für den BBMV. Vielen Dank für die Frage. Das kann ich nicht beurteilen, da in unserem Verband ausschließlich MVZ mit Beteiligungskapital in der Trägerschaft aktiv sind. Ich glaube, nach meiner persönlichen Meinung kommt das ganz auf das MVZ an und auf die Führung des MVZ. Es gibt solche und solche. Man weiß eher von Krankenhausträgern, dass die MVZ dort negative Zahlen schreiben. Aber mir sind keine Zahlen über kommunale MVZ bekannt, dass das jetzt dort überwiegen würde. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass wir eine Trägervielfalt derzeit haben oder noch haben und auch diese hoffentlich beibehalten wird, weil jede helfende Hand in der Patientenversorgung unserer Meinung nach wichtig ist.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dietz. Herr Dr. Pantazis, Frau Dr. Seitzl.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Erst einmal auch herzlichen Dank an die Grünen für diesen Antrag. Wir freuen uns sehr, dass viele Regelungsansätze enthalten sind, die noch unter einem sozialdemokratischen Gesundheitsminister erarbeitet wurden. Insofern enthält der Antrag viel Gutes, aber auch wenig Neues. Wir nutzen diese Anhörung jetzt gerne, um die anstehenden Beratungen der Koalition für ein iMVZ-Regulierungsgesetz vorzubereiten. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. MVZ bieten viele Vorteile in der Versorgung. Gleichzeitig sehen wir Fehlentwicklungen in der Praxis. Können Sie uns bitte erläutern, worin aus Sicht des GKV-Spitzenverbands Vorteile und wo Fehlentwicklungen liegen? Vielen Dank.

Dr. Julian Dilling (GKV-Spitzenverband): Julian Dilling vom GKV-Spitzenverband. Vielen Dank für die Frage. Vorteile und Nachteile, das ist tatsächlich so ein bisschen die Frage, um die sich hier auch diese Diskussion heute dreht. Man ist 2004 gestartet mit der Vorstellung, dass man eigentlich unterschiedliche Fachbereiche unter einem Dach zusammenbringt, dass man sozusagen eine Versorgung aus einer Hand bekommt, gerade bei komplexeren Krankheitsbildern. Man hat dann aber irgendwann festgestellt, das reicht nicht. Wir brauchen eigentlich eine Öffnung auch für fachgebundene [MVZ], wo nur ein Fachgebiet ist. Aus unserer Sicht ist damit verbunden, dass natürlich auch die Managementstrukturen in diesen Einrichtungen deutlich professionalisiert sind. Das führt dazu, dass beispielsweise ein besserer Zugang [vorhanden] ist, dass auch die Sprechstunden ausgeweitet werden können, dass gegebenenfalls eben auch zu [besonderen] Uhrzeiten Sprechstunden angeboten werden können, was beispielsweise in einer Einzelpraxis deutlich schwieriger ist. Ich denke jetzt gerade an

Mittwochnachmittag, Freitagnachmittag. Dadurch, dass eben unterschiedliche hier tätig sind, ist das möglich. Wir haben den Vorteil, dass auch eine Flexibilisierung von Anstellungsmöglichkeiten besteht. Nicht jeder möchte sozusagen Fulltime in einer Praxis tätig sein, sondern hat eben auch die Vorstellung von Work-Life-Balance, das ist nicht unerheblich. Was man auch sehen muss, ist, dass es durchaus auch zu einer besseren Auslastung von medizintechnischen Geräten kommen kann. Jetzt ist es natürlich so, dass diesen Vorteilen auch gewisse Nachteile gegenüberstehen. Sie haben es eben schon angemerkt. Unser Problem ist beispielsweise das Thema Monopolisierung. Wenn in bestimmten Regionen einfach der überwiegende Teil an MVZ von einem Betreiber geführt wird, dann kann es dazu führen, dass eben die ärztliche Freiheit eingeschränkt wird, auch die Arztwahl. Denn es ist ja durchaus möglich, dass ein MVZ-Betreiber auch Rahmenvorgaben für die jeweiligen MVZ und Praxen vorgibt, sodass im Grunde die Behandlung sich sehr stark ähnelt, egal in welche Praxis man eigentlich hineingeht. Ein großes Problem ist auch für uns die Einschränkung des Leistungsspektrums. Gerade wenn ich jetzt an operative Eingriffe denke, kann es da eben durchaus zu Anreizen kommen, die wir nicht als positiv ansehen.

Die **Vorsitzende**: Ja, vielen Dank. Dann wäre jetzt Dr. Grau wieder an der Reihe.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich nochmal an die Bundesärztekammer. Frau Dr. Searle, welche Maßnahmen sind aus Sicht der Bundesärztekammer erforderlich, um die ärztliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit in MVZ zu erhalten und insbesondere die ärztlichen Leiterinnen und Leiter zu stärken?

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, vielen Dank. Die Frage, die liegt uns natürlich besonders am Herzen. Julia Searle, Bundesärztekammer, Entschuldigung. Also es ist das Wesen der ärztlichen Profession, dass wir unabhängige ärztliche Entscheidungen treffen als freier Beruf. Dazu gibt es erstmal ganz klare berufsrechtliche Regelungen. Wir dürfen in Bezug auf unsere ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Das steht so in unserer Berufsordnung drin. Wir bekommen aber regelmäßig Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis von Ärztinnen und Ärzten, die in iMVZ erheblich unter Druck gesetzt werden, bestimmte wirtschaftliche Ziele zu erreichen. Ärztinnen und Ärzte geraten dadurch in ein Spannungsfeld zwischen dieser Zielerreichung und ihrem medizinisch-ethischen Berufsethos. Unserer Ansicht nach werden jetzt hier in diesem Antrag sehr gute Vorschläge gemacht, wie man die ärztliche Unabhängigkeit besser absichern kann in der Versorgung. Es wird oft gesagt, es gibt doch schon berufsrechtliche Regelungen. Sie haben die Berufsordnung, das müsste doch eigentlich ausreichen. Das ist aber nicht so, sondern wir brauchen tatsächlich noch ein zusätzliches Maßnahmenpaket, um die ärztliche Unabhängigkeit wirklich absichern zu können. Zum einen glauben wir, dass es wichtig ist, die Unabhängigkeit des ärztlichen Leiters nochmal zu stärken. Das ist zum Beispiel möglich in Form eines erweiterten Kündigungsschutzes. Dann finden wir es wichtig, dass die Verträge von ärztlichen Leitern in MVZ nochmal einer Prüfung unterzogen werden, systematisch, um auszuschließen, dass Bonusverträge mit wirtschaftlichen Zielvereinbarungen geschlossen werden, also zum Beispiel wirtschaftliches Anreizen von Einzelleistungen, von Leistungsmengen, von Kennzahlen zu bestimmten Leistungsmengen. Das kennen wir aus der stationären Versorgung im § 135c [Fünftes Buch Sozialgesetzbuch], wo das für den stationären Bereich zwar noch etwas unzureichend und weich geregelt ist, aber immerhin geregelt ist. Das alles kann überhaupt nur wirksam sein, wenn es zusätzlich möglich ist, MVZ auch zu belangen, wenn das alles nicht eingehalten wird; also, wenn MVZ auch die Zulassung entzogen werden kann, wenn es nicht gewährleistet ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten erfüllen können. Es muss auch möglich sein, gegen MVZ Disziplinarmaßnahmen zu verhängen, was bislang nur für Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung möglich ist.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Stange für Die Linke, bitte.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Mein erster Frageblock geht an Frau Prof. Dr. Hänel. Welche Heraus-

forderungen sehen Sie für die ambulante Versorgung als vordringlich an, welche Rollen können Polikliniken bei ihrer Bewältigung gerade auch mit dem Fokus darauf spielen, welche Arbeitsweise und Organisationen würden Sie sich als Ärztin für moderne und patientenorientierte ambulante Versorgungseinrichtungen wünschen?

Prof. Dr. Patricia Hänel (Poliklinik Syndikat): Vielen Dank für die Frage, Patricia Hänel vom Poliklinik Syndikat, dem Dachverband der solidarischen Gesundheitszentren. Wir sehen wie viele andere hier im Raum auch deutliche Probleme in der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgrund steigender Bedarfe. Wir glauben allerdings nicht, dass MVZ die Lösung sein können, um diese steigenden Bedarfe zu lösen. Ein Teil der Probleme sehen wir daran, dass die gesundheitlichen Bedarfe nämlich nicht eins zu eins in ärztliche Leistungen übersetzt werden können, sondern dass das ganz verschiedene Bedarfe umfasst, nämlich körperliche, psychische und soziale. Denen nur durch ärztliche Leistungen zu begegnen, halten wir für Ressourcenverschwendung. Deswegen fordern wir die Integration weiterer Berufsgruppen in die Primärversorgung. Wir glauben weiterhin, dass auch mit der Zunahme von MVZ die ambulante Versorgung zerstückelt bleibt und der Zugang und die Navigation für große PatientInnengruppen nicht möglich ist. Daher wünschen wir uns eine Konzentration der primärmedizinischen Angebote, die den Menschen einen leichteren Zugang zur Versorgung schafft und die eine leichtere Steuerung, nämlich in einem integrierten Angebot, möglich macht. Wir wünschen uns auch weiterhin, die primärmedizinischen Bedarfe über ein MVZ hinausgehend abzubilden. Das wünschen sich auch ich und die Ärztinnen und Ärzte, die in den uns angeschlossenen Zentren arbeiten; nämlich tatsächlich in einem Team zu arbeiten. Nicht nur in einem ärztlich ausgerichteten Team, sondern auf Augenhöhe mit den anderen Berufsgruppen, wie Pflege, wie Psychologie, wie soziale Arbeit, wie Case-Managerin, um gemeinsam die Patientensteuerung zu übernehmen und nicht alleine die Verantwortung zu übernehmen, weder finanziell noch fachlich, sondern das als Team auf Augenhöhe zu machen. Weiterhin sehen wir auch, dass die finanzielle Verantwortung in MVZ und in Einzelpraxen zu einem Interessenkonflikt führt für Ärztinnen und Ärzte. Auch da halten wir das für ungünstig und stellen uns eher vor, dass die Leitung zum Beispiel durch ein interprofessionelles Team stattfinden kann, sodass der ärztliche Interessenkonflikt reduziert wird.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann kommen wir zum nächsten Block. Die Frage stellt die Kollegin Zeulner.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Da ich nicht genau weiß, ob der Vertreter der GKV eine Antwort darauf geben kann, würde ich, falls es nicht der Fall ist, das BMVZ fragen wollen. [Trotzdem] es vor zehn Jahren ermöglicht wurde, dass Kommunen MVZ gründen und betreiben, gibt es nur eine kleine Anzahl kommunaler MVZ. Das hatten wir heute auch schon gehört. Trifft es zu, dass dafür die Auflage, eine selbstschuldnerische Bürgschaft in unbegrenzter Höhe abzugeben, ein Haupthindernis darstellt, wenn die kommunalen Gremien darüber entscheiden müssen, ob sie eben in die Richtung gehen, ja oder nein? Sie können auch gleich die Frage abgeben.

Dr. Julian Dilling (GKV-Spitzenverband): Ich gebe die Frage tatsächlich gerne ab, wobei ich auch die Rückmeldung geben muss, dass das als ein wesentliches Hindernis uns genannt wurde.

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Müller, Bundesverband MVZ. In der Tat, das Erfordernis, die Bürgschaft in unbegrenzter Höhe abzugeben, ist eine kommunalrechtlich nicht zu überwindende Hürde, weil dieses „unbegrenzt“ im Kommunalrecht nicht vorkommt. Fragen Sie mal einen Stadtkämmerer, was er mit einer unbegrenzten Schuld macht. Das geht einfach nicht. Die kommunalen MVZ, die am Start sind, die damit umgegangen sind, das betrifft nicht alle Rechtsformen, haben in der Regel irgendwelche Ausweich- oder Kompensation[sregelungen] mit den KVen gefunden. Das ist ein sehr aufwändiger Prozess. Hier also Hemmnisse abzubauen, indem man einfach das Wort „unbegrenzt“ durch „begrenzt in einer Höhe“ [ersetzt]. Das war vorgesehen schon in der Ägide Lauterbach, in dem ursprünglichen Versorgungsgesetz. Indem man das abändert, ist wichtig, hilft es den Kommunen. Aber die Frage war, ist es das Haupthindernis? Das

würde ich tatsächlich verneinen. Es ist ein wesentliches Hindernis. Haupthindernisse sind …, ich würde drei Stück anführen. Das erste ist grundsätzlich die fehlende Kompetenz bei den Kommunen und kommunalen Gebietskörperschaften für die ambulante Versorgung, denn es war bisher nicht Teil ihrer Aufgabe. Das muss teuer eingekauft werden. Das zweite ist, dass in der Tat auch Kommunen, das ist das Wichtigste, sich auch keine Ärzte backen können. Seien wir doch mal ganz ehrlich. Kommunale MVZ werden in den Gemeinderäten angedacht, wo es irgendwie brennt, warum auch immer. Das ist wahrscheinlich nicht die Stadt mit den total tollen Steuereinnahmen. Dann müssen die Kommunen auch in den Ring, um Ärzte zu gewinnen; in den Konkurrenzkampf finanzieller Art um angestellte Ärzte gehen oder Sitze kaufen; die ganze Ausstattung, die Beratung, das ist ein großes Thema. Das dritte Thema, was Kommunen es sicherlich auch nicht leicht macht, von der Idee, ein MVZ zu gründen, bis dahin es gegründet zu haben, ist, dass wenige Themen so wenig für parteipolitische Ränkespiele geeignet sind wie die Gesundheitsversorgung. Das kennen alle aus ihren Landkreisen bei den Krankenhäusern. Wenn sozusagen diese an sich schon schwierige Frage dann auch noch da eingebettet wird, dauerhaft, macht es nichts leichter.

Die **Vorsitzende**: Danke. Ich glaube, das kennen alle, die hier auch noch kommunalpolitisch unterwegs sind. Die Anmerkung sei mir gestattet. Herr Dietz wieder für die AfD.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Hausärztinnen- und Hausärzte-Verband. Welche Risiken sehen Sie für die hausärztliche Versorgung, wenn öffentliche Träger stark expandieren?

Joachim Schütz (Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.): Joachim Schütz, Hauptgeschäftsführer und Justiziar im Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Keine Interessenkollision. Ich habe mal daran gedacht. Risiken ist schwierig zu sagen. Was auffällt, ist natürlich das wettbewerbliche Ungleichgewicht insbesondere bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen gerade im Wege der Regelung im § 103 Absatz 4a SGB V, das heißt, die Regelung Verzicht zugunsten der Anstellung. Da haben natürlich Kliniken und kapitalstarke MVZ, die dahinterstehen, ganz andere Möglichkeiten als insbesondere junge Hausärztinnen und Hausärzte, die sich möglicherweise für diese Stelle interessieren und die gerne besetzen würden. Das ist aus unserer Sicht ein Risiko. Ich gebe aber zu, und das gilt natürlich auch für viele andere Bereiche, die heute auch besprochen werden, dass wir keine belastbaren Daten dazu haben, in wie vielen Fällen das tatsächlich und konkret so der Fall war.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann hätte jetzt die Kollegin Dr. Seitzl das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den BMVZ. Nach geltendem Recht können unter anderem Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser oder auch Kommunen Träger von MVZ sein. Könnten auch Sie noch mal die Verteilung der bestehenden MVZ nach Trägerschaft kurz darstellen? Gibt es auch Häufungen hinsichtlich bestimmter Fachgruppen?

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Müller, Susanne für den Bundesverband MVZ. Vorweg, um es einfacher zu machen: Wir haben gerade die Trägerverteilung auch bei uns in der Stellungnahme grafisch aufbereitet. Das noch mal zum Nachblättern. Wichtig ist grundsätzlich, wenn man sich mit MVZ und mit der Verteilung befasst, dass wir die Dualität des Systems zwischen Zahnärzten einerseits und allen anderen Fachrichtungen, ich nenne das jetzt mal humanmedizinisch, also das, was in der KBV-Verantwortung ist, beachten. Diese Verantwortungsteilung gilt auch für Statistiken und alles andere, logisch. Das ergibt sich aus dem Zulassungsrecht. Das heißt, man muss das getrennt betrachten. Wir fangen mit den Zahnärzten an: Die rund knapp 1 500 zahnmedizinischen MVZ sind Pi mal Daumen zu 27 Prozent in einer Krankenhausträgerschaft. Damit ist oft, das ist der Kern der Debatte, im Hintergrund ein Investor verbunden, aber nicht immer. Das wird erst mal nur erfasst: Krankenhaus und Arzt. Bei den Zahnärzten ist es so, dass die restlichen 73 Prozent wirklich Vertragszahnärzte sind. Es gibt noch 1 Prozent Vertragsärzte nach der Statistik, die auch

zahnärztliche MVZ halten. Das heißt, wir haben hier ein Viertel Krankenhäuser, grob gesagt, und drei Viertel Vertragszahnärzte. Das heißt, ganz überwiegend sind Zahn-MVZ in rein ärztlicher Trägerschaft. Das Bild bei den humanmedizinischen Fächern, sprich in der statistischen KBV-Verantwortung, stellt sich ein bisschen anders dar. Das hat was mit der Geschichte der MVZ zu tun und dass Zahnärzte quasi erst vor zehn Jahren in diese Entwicklung eingestiegen sind. Hier haben wir eine Dreier-Verteilung. Die dritten Träger sind Pflegedienste, Apotheken, insbesondere Dialyse; das heißt, die bis 2012 gründungsbefugt waren, die sind ja weiter am Start. Diese Träger machen 16 Prozent aus. Auch die Kommunen zählen übrigens als dritte Träger. Die fallen unter die 16 Prozent. Die anderen 84 Prozent teilen sich pari pari Vertragsärzte und Krankenhäuser als Träger. Das heißt, wenn ich jetzt auf die Ärzteperspektive gucke, habe ich weniger rein ärztliche Trägerschaften und eine breitere Verteilung, was auch mit dem Gesetz zu tun hat. Grundsätzlich habe ich aber sehr viel mehr humanmedizinische MVZ. Frau Stauch-Eckmann sagte es, um etwa 5 000. Das heißt, insgesamt habe ich auch eine gleiche Anzahl, also eine höhere Anzahl vertragsärztlicher MVZ als zahnärztlicher MVZ, obwohl die Anteile ein bisschen unterschiedlich sind.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Zu den Fachgruppen vielleicht noch mal.

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Darf ich noch oder sollen wir das schieben?

Die **Vorsitzende**: Ganz kurz, bitte.

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Ja, es gibt natürlich Fachgruppen, die eher am Krankenhaus angesiedelt sind, wo man das ein bisschen stärker hat, wo sich das ein bisschen verschiebt. Es gibt aber keine globale Zuordnung, dass man sagen könnte, das gibt es nur da. Labor ist speziell, brauchen wir nicht diskutieren.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt Dr. Grau für die Grünen wieder an der Reihe.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Frau Dr. Searle, warum ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser an einen fachlichen und regionalen Bezug zum Krankenhaus zu koppeln? Welche Fehlentwicklungen können entstehen, wenn Krankenhäuser MVZ auf primär an Rendite orientierten Zielen ohne fachlichen Bezug oder in weit entfernten Regionen gründen?

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Julia Searle, Bundesärztekammer. Vielen Dank für die Frage. Wir sehen es so, dass der Gesetzgeber Krankenhäuser als Gründer für MVZ zugelassen hat, weil er die Versorgung verbessern wollte. Das heißt, Krankenhäuser sollten MVZ in der eigenen Region gründen und betreiben, mit dem Ziel, ambulante und stationäre Versorgung besser zu verzahnen, interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung zu ermöglichen und auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten Versorgungslücken zu schließen. Wenn jetzt Krankenhäuser zu dem einzigen Zweck gekauft werden, deutschlandweit und in allen Fachgebieten MVZ zu gründen, dann erschließt sich uns der Vorteil für die Versorgung überhaupt nicht, sondern es ist einfach ein Schlupfloch, mit dem Investoren an MVZ gelangen können. Sie hatten gefragt, was für Fehlentwicklungen daraus entstehen können. Das sind die Fehlentwicklungen, die wir auch beobachten können, dass nämlich sehr große MVZ-Ketten gebildet werden. Ich rede jetzt von iMVZ. Ich rede von denen, die von Private Equity betrieben werden, die zum Ziel haben, wirtschaftlich zu wachsen, große Unternehmensstrukturen zu bieten, große MVZ zu haben, wo es teilweise in Regionen schon zu Monopolbildungen kommt. Das heißt, die Patientinnen und Patienten haben faktisch in diesen Regionen keine freie Arztwahl mehr. Zweitmeinungen können nicht mehr richtig eingeholt werden, weil alle Anbieter zum gleichen Private Equity-Verband gehören. Sie haben eine Fokussierung auf lukrative Leistungen. Dadurch gibt es in diesen Regionen ein Überangebot an sehr erlösträchtigen Leistungen und ein Unterangebot an Leistungen, an denen man vielleicht primär nicht so viel Geld verdienen kann oder

besonders zeitaufwendige Patienten versorgt werden müssten. Wichtig ist uns auch noch mal in dem Zusammenhang auf den Schaden für die Solidargemeinschaft hinzuweisen, weil große Investoren scheinen ein Interesse an der Gesundheitsversorgung zu haben, weil man viel Geld erwirtschaften kann. Diese großen Investoren zahlen teilweise Renditen von 15 bis 20 Prozent aus. Dieses Geld stammt von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der Krankenversicherung und fließt in die Finanzmärkte ab. Wir finden, dass das dringend unterbunden werden muss.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Borchardt für die CDU/CSU.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. Der Antrag unterstellt den iMVZ eine vorrangige Gewinnorientierung und eine Einschränkung der ärztlichen Autonomie. Welche empirischen Belege stützen diese Annahme und wie bewerten Sie die tatsächliche Situation in der Praxis? Herzlichen Dank.

Sibylle Stauch-Eckmann (Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV)): Vielen Dank für die Frage. Sibylle Stauch-Eckmann, BBMV. Die Unterstellung, dass investorengetragene MVZ vorrangig gewinnorientiert agieren und die ärztliche Autonomie einschränken, lässt sich nicht empirisch belegen, auch wenn wir, wie Frau Searle das ausgeführt hat, immer wieder Anekdoten hören. Genauso könnte ich Anekdoten über das Einzelindividuum Arzt erzählen, das entsprechende Gewinnorientierung an den Tag legt. Aber ich glaube, das bringt uns nicht weiter. MVZ sind gesetzlich ausdrücklich als ärztlich geleitete Einrichtungen ausgestaltet, gemäß § 95 Absatz 1 SGB V. Dort steht, dass die ärztliche Leitung die Verantwortung dafür trägt, dass medizinische Entscheidungen frei von wirtschaftlichen oder sachfremden Einflüssen getroffen werden. Die Unabhängigkeit oder ihre Unabhängigkeit ist auch zusätzlich, wie wir es vorhin schon gehört haben, in der Berufsordnung verankert, die klarstellt, dass eine Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen feststeht. Auch das Gutachten des BMG selbst aus dem Jahr 2020 bestätigt, dass der bestehende Regulierungsrahmen ausreichend ist, um die ärztliche Entscheidungsfreiheit zu gewährleisten. Es gibt zudem, wie ich eingangs schon gesagt habe, keine belastbaren Hinweise, dass wirtschaftliche Interessen in investorengetragenen MVZ systematisch die Behandlung beeinflussen oder ärztliche Leiter ihrer Schutzfunktion nicht nachkommen würden. Diese sehr pauschal vorgetragene Kritik an MVZ-Gruppen ist daher nicht nur unbegründet aus unserer Sicht, sondern wird auch von vielen angestellten Ärztinnen und Ärzten als ungerecht und sogar herabwürdigend empfunden und auch gewertet. In zwei offenen Briefen, die der BBMV veröffentlicht hat, haben sich angestellte Ärztinnen und Ärzte aus MVZ dazu geäußert, dass sie ihre Arbeit mit hoher fachlicher Expertise und Verantwortung im Sinne der Patientinnen und Patienten ausführen. Dieser wiederkehrende Generalverdacht, sie würden primär im wirtschaftlichen Interesse Dritter handeln, verkennt die Realität in der Versorgungspraxis und auch das ärztliche Selbstverständnis. Gerade in größeren Versorgungseinheiten entstehen professionelle und interdisziplinäre Teams, die voneinander lernen und auch eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung fördern und gewährleisten. Viele, auch gerade junge Ärztinnen und Ärzte, entscheiden sich bewusst für diese Arbeitsform, weil sie sich dort auf ihre medizinische Tätigkeit konzentrieren können, ohne den administrativen und finanziellen Druck in der eigenen Praxis zu haben. Es bleibt ihnen aber trotzdem frei, sich später niederzulassen, und das unterstützen wir auch.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt Frau Stange an der Reihe.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht noch mal an das Poliklinik Syndikat, Frau Prof. Dr. Hänel. Für manche ist der ursprüngliche MVZ-Gedanke, dem der Polikliniken, die Sie anstreben, gar nicht so unähnlich. Dazu Ihre Position noch mal. Ergänzend dazu: Die bestehenden und geplanten Polikliniken Ihrer Organisation propagieren ein breiteres Aufgabenfeld von Gesundheitsversorgung als das, das in Arztpraxen und MVZ praktiziert wird. Können Sie das bitte noch mal kurz umreißen? Danke.

Prof. Dr. Patricia Hänel (Poliklinik Syndikat): Sehr gerne. Danke für die Frage, Patrizia Hänel, Poliklinik Syndikat. Ich will mich auf ein paar Aussagen von meinen Nachbarinnen und Nachbarn beziehen. Was Sie gesagt haben, dass die Einrichtung von MVZ auch nicht dazu führt, dass man Ärzte backen kann. Es werden auch nicht mehr Ärztinnen und Ärzte, nur weil wir MVZ installieren. Das heißt, wir müssen einfach mal schauen: Welche Arbeit ist denn notwendig zu erledigen und was sind die Bedarfe? Da will ich noch mal zurückkommen, auch wenn ich mich wiederhole, dass die Konzentration auf eine ärztliche Tätigkeit in MVZ meines Erachtens viel zu schmal gegriffen ist und eigentlich altmodisch ist. Wir wissen, dass 50 Prozent der Patientinnen und Patienten in hausärztlicher Versorgung über soziale Probleme klagen. Da ist der Arzt oder die Ärztin total die falsche Ansprechperson dafür, und das sollte man realisieren. Deswegen ist unser Ansatz, zu sagen, wir brauchen tatsächlich ein etwas breiteres und moderneres Feld an Berufsgruppen, die kooperativ miteinander arbeiten und zwar nicht, da unterscheiden wir uns von manchen anderen, unter ärztlicher Leitung. Leitung bedeutet immer auch Einflussnahme und eine spezielle Sichtweise. So sind die Primärversorgungszentren, die sich im Innovationsfonds hoffentlich bewähren, gedacht. Auch hier denken wir, dass dort Versorgungslücken stärker geschlossen werden können. Denn wie gesagt, wenn man keine Ärzte in die unterversorgten Gebiete zwingen wird können, so wird man versuchen, auf andere Berufsgruppen auszuweichen. Auch hier ist eine kooperative Zusammenarbeit zum Beispiel zwischen fortgebildeten Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten notwendig. Das bietet kein MVZ derzeit, jedenfalls nicht in der Gleichberechtigung, die wir uns vorstellen. Eine weitere Herausforderung, die wir uns vorstellen, zu bearbeiten, ist das Thema Prävention, was auch nicht Aufgabe von MVZ ist, zumindest nicht in einem im Public Health-Sinne notwendigen Setting mit präventivem Ansatz. Auch hier ist es notwendig, dass die Leistungserbringenden quasi aus ihrem Biotop aussteigen und sich auch mit dem Setting, in dem sie sich bewegen oder in dem sie handeln, konfrontieren und die Probleme dort angehen. Last but not least sind wir davon überzeugt, dass diejenigen, die unter Unterversorgung leiden, aufgesucht werden müssen, weil sie nämlich nicht freiwillig in die ärztlichen Einrichtungen kommen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Herr Dietz oder Herr Bloch?

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine Frage geht an Frau Dr. Searle. Der Antrag will die ärztliche Unabhängigkeit gesetzlich im SGB V regeln, obwohl diese bereits berufsrechtlich durch die Ärztekammern abgesichert ist. Würden Sie das als Kompetenzüberschreitung des Bundes bewerten?

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe vorhin schon ausgeführt, dass wir das für nicht ausreichend halten, wenn diese Dinge ausschließlich in der Berufsordnung geregelt werden, sondern, dass wir schon uns Maßnahmen erhoffen, die dazu führen, dass die Position des ärztlichen Leiters in den MVZ gestärkt wird.

Die **Vorsitzende**: Dann ist jetzt Frau Janssen an der Reihe.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Müller vom BMVZ. Ich hätte eine Frage. Wie bewerten Sie die derzeitige gesetzliche Regelung im Nachbesetzungsverfahren? Wird die dem Vorhaben, die ärztliche Nachfolge zu bevorzugen, gerecht?

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Vielen Dank für die wahnsinnig komplexe Frage, weil das Wort Nachbesetzung im Vertragsarztkontext, also im Zulassungsrecht, ungefähr viermal besetzt ist und vier verschiedene Bedeutungen haben kann. Ich versuche es in zwei Minuten 20 Sekunden. Die Nachbesetzung einerseits, wenn ein Sitz ausgeschrieben wird, also ein Arzt gibt ihn zurück und er geht an die KV und die KV sagt, hier ist der Sitz, wer möchte sich drauf bewerben? Da gibt es im § 103 Absatz 4c SGB V einen gesetzlich normierten Nachrang für nichtärztliche Betreiber. Das heißt, in einem solchen Nachbesetzungsverfahren, wird, sobald sich ein Arzt auf diesen Sitz bewirbt, er den Zuschlag erhalten. Das ist im SGB V normiert seit 2012. Dann gibt es, was oft auch als Nachbesetzung bezeichnet wird, das klassische Einbringungsverfahren, was hier schon ankam, dass sozusagen ein Arzt, der einen Sitz hat, mit diesem Sitz sich mit

einem anderen Arzt in einer Gemeinschaftspraxis verbindet oder ihn in ein MVZ einbringt. Dann greifen diese Mechanismen nicht, weil es ist die freie Entscheidung des Arztes, mit seinem Sitz umzugehen. Das heißt, hier liegt es in der Entscheidung des Sitzinhabers, wohin er diesen Sitz weitergibt im weitesten Sinne. Der dritte, viel wichtigere Aspekt der Nachbesetzung, den wir als Verband gerne mehr im Fokus sehen würden, ist, wenn Ärzte als MVZ-Inhaber ihre eigenen MVZ altersbedingt weitergeben möchten oder müssen an die nächste Generation. Hier sind die Regelungen im SGB V und auch in der Zulassungsverordnung sehr insuffizient, sehr schwierig für Ärzte, denn auch bei der Weitergabe eines bestehenden ärztlichen MVZ muss man sich an die zulässigen Träger und Gründer halten. Das heißt, es kommen nur andere Vertragsärzte oder Krankenhäuser infrage. Die große Gruppe der angestellten Ärzte scheidet schon mal aus. Umso mehr Angestellte wir haben in der nachrückenden Generation, umso weniger Nachfolge habe ich. Die Vorgängerregierung hat hier versucht, das zu regeln in § 95 Absatz 6 [SGB V]. Das ist wirklich in guter Absicht, das will ich hier ganz ohne Zynismus herausstellen, ist aber nicht effizient in der Umsetzung, es ist viel zu offen, kann schwer gehandhabt werden. Hier muss dringend nachgeregelt werden, dass inhabergeführte MVZ, die einen Nachfolger gerade im eigenen Angestelltenkreis hätten, dass hier Weitergaben von bürokratischen und vertragsarztrechtlichen Hürden beseitigt werden. Das ist ein großes, unbeleuchtetes Feld.

Die **Vorsitzende**: Danke. Das haben Sie gut hingekriegt in der kurzen Zeit. Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Schütz vom Hausärzteverband. Der Antrag kritisiert, dass bestimmte MVZ zu stark auf die Rendite ausgerichtet sind. Für uns ist eine hochwertige Qualität der Patientenversorgung entscheidend. Sehen Sie einen Einfluss der MVZ-Inhaberschaft auf die Versorgungslage und gibt es dafür empirische Belege?

Joachim Schütz (Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.): Joachim Schütz. Keine Interessenkollision. Ich habe es vorhin schon angedeutet. Nein, sehe ich so nicht. Vor allen Dingen gibt es dafür aus meiner Sicht keine empirischen Daten, die repräsentativ wären für das gesamte Bundesgebiet. Wir alle kennen die regionalen Erhebungen der KV Bayern. Wir alle kennen auch das Gutachten von Prof. Ladurner, wo das auch noch mal alles sehr gut aufgearbeitet ist. Von daher mag das im Einzelfall mal so sein, aber es sind aus meiner Sicht keine repräsentativen Daten dafür vorhanden und auch keine repräsentativen Erfahrungen, die es rechtfertigen würden, daraus eine bundesgesetzliche Regelung abzuleiten, die am Ende des Tages auch verfassungsrechtlichen Anforderungen unterliegt, nicht zuletzt Artikel 12 [Grundgesetz], Berufsfreiheit, bei der Beschränkung des Zugangs. Von daher eher Zurückhaltung. Dankeschön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dietz oder Herr Bloch. Bitte.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine Frage geht an Frau Dr. Searle. Die Bundesärztekammer hat mehrfach auf Missstände in investorenbetriebenen MVZ hingewiesen, zugleich aber betont, dass gute Regulierung präzise und rechtssicher sein muss. Halten Sie die vorgeschlagenen Regelungen im Antrag für ausreichend, um rechtssicher vollzogen zu werden?

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Julia Searle, Bundesärztekammer. Ja, wir unterstützen diesen Antrag. Wir halten die Regelungen für ausreichend. Wir halten sie für gerechtfertigt und wir halten sie auch für sinnvoll und zweckmäßig.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann Frau Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich würde sie auch gleich weiter befragen, liebe Frau Dr. Searle. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die Forderung der Bundesärztekammer zitiert, dass die Vergütung für die Patientenversorgung nicht in Finanzmärkte abfließen darf, weil es sich um Solidarbeträge handelt. Ich würde Sie bitten, zu erläutern, also diese Forderung zu erläutern, mit

Blick auf den Charakter der ärztlichen Vergütung als Gegenleistung für erbrachte Behandlungsleistungen und auch aus der Anhörung aufnehmen, dass ein Versorgungsvertrag feststeht, den die Ärzte erfüllen müssen, egal in welcher Struktur sie tätig sind und ob wir nicht auch eine Veränderung in Bezug auf den Versorgungsauftrag organisieren müssten, sodass wir garantieren können, dass der Patient mit seiner Krankheit behandelt wird und nicht so behandelt wird, wo das Gerät gerade da ist, um das mal platt zu formulieren.

Dr. Julia Searle (Bundesärztekammer (BÄK)): Julia Searle, Bundesärztekammer, herzlichen Dank. Es ist bei uns im Versorgungssystem so, dass in den Praxen Patientinnen und Patienten mit ganz unterschiedlichen Altersgruppen, Schweregraden, Komplexitäten und so weiter behandelt werden. Weil das so ist und weil wir diese Mischung in den Praxen haben, funktioniert das Gesundheitssystem und funktioniert auch die Vergütung. So ist das Ganze angelegt. Wenn wir jetzt eine Fokussierung in einigen Praxen oder in einigen MVZ auf lukrative Leistungen haben, dann bringen sie dieses System natürlich irgendwie aus dem Gleichgewicht. Sie haben dann eine Abnahme von Behandlungsplätzen für Patienten, die vielleicht nicht so lukrativ sind, weil die in bestimmten Einrichtungen dann nicht mehr versorgt werden. Das heißt, dass andere Einrichtungen diese Versorgungslücken, die daraus entstehen, dann auffangen müssen und diese sozusagen ausgesiebten Patienten versorgen müssen, wenn eine Überversorgung in den anderen Einrichtungen mit bestimmten Eingriffen erfolgt, wie zum Beispiel Kataraktoperation, jetzt mal das beliebte Beispiel. Aus unserer Sicht ist es extrem sinnvoll, was dagegen zu unternehmen. Wir denken, das ist auch hier in diesem Antrag vorgebracht worden, dass es sehr wichtig ist, dass in den Einrichtungen, also in den Einrichtungen der ambulanten Versorgung geguckt wird, ob auch tatsächlich alle Kernleistungen des Fachgebietes erbracht werden, also, dass es nicht mehr möglich ist, dass sich Einrichtungen bestimmte Rosinen, wie man immer sagt, herauspicken können, sondern dass alle Leistungen erbracht werden und auch alle Patienten, die dort versorgt werden müssen, tatsächlich versorgt werden. Was auch hier aufgegriffen wurde oder was hier auch vorgeschlagen wird, ist, dass Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge verboten werden. Auch dafür sprechen wir uns deutlich aus.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Grau, Sie dürfen.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Herr Dr. Gassen, gerade in ländlichen Räumen finden Praxen nicht selten keine Nachfolger:innen mehr. Ich frage, kann es vor dem Hintergrund aus der Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung wichtig sein, die Gründung oder die Übernahme von MVZ durch Kommunen zu erleichtern und dabei insbesondere Erleichterungen für kommunale MVZ in der Rechtsform der GmbH zu schaffen? Welchen Beitrag können solche kommunal getragenen Einrichtungen insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen zur Sicherstellung der verlässlichen ambulanten Versorgung leisten, insbesondere dort, wo sich auch sonst keine Nachfolgerinnen und Nachfolger finden? Vielen Dank.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Andreas Gassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Keine Interessenkonflikte. Herr Kollege Grau, vielen Dank für die Frage. Sie haben im Grundsatz im letzten Satz schon das Kernproblem aufgezeigt. Warum denkt man überhaupt über kommunale MVZ nach? Weil es mit den normalen Nachbesetzungsverfahren in der Regel nicht gelingt, Kolleginnen und Kollegen in die jeweiligen Regionen zu bringen. Die Gründe sind mannigfaltig. Es sind infrastrukturelle Gründe, Attraktivitätsprobleme dieser Regionen und vieles mehr. Insofern liegt natürlich der Gedanke nahe, die kommunale MVZ-Gründung zu begünstigen. Das hat man auch im Grundsatz in einigen Bereichen getan. Wir kommen aber immer wieder zu dem Kernproblem, dass zum einen die Kommunen auch nicht unbedingt Kolleginnen und Kollegen finden, die in der MVZ-Struktur arbeiten wollen. Zum Zweiten finden sie oft auch keine wirtschaftliche Tragfähigkeit dieser Strukturen. Bei der Haftungssituation, darüber wird ja diskutiert, gilt die unbegrenzte Haftung. Warum das problematisch ist, haben wir vorhin schon gehört. Das ist natürlich ein signifikanter

Unterschied zur Praxis oder zur MVZ-Struktur, die von Ärzten geführt wird und die die Inhaber sind, denn die haften bis in ihr komplettes Privatvermögen. Insofern muss man hier die Frage stellen: Soll man diese Büchse der Pandora öffnen und MVZ hier eine geringere Haftung zugestehen? Auch wenn man das bei den Kommunen mit Bauchschmerzen nachvollziehen könnte, würde das natürlich im gleichen Maße möglicherweise auf andere MVZ durchschlagen. Die sind in der überwiegenden Zahl Krankenhausträger, das wissen Sie, nahezu die Hälfte, die damit auch letztlich als Investoren agieren. Insofern ist das hier schon problematisch, wenn mit zweierlei Maß gemessen wird. Insofern glaube ich, das Kernproblem – da sind wir wieder am Anfang Ihrer Frage, kriegt man damit Versorgungsprobleme in der Fläche begrenzt? – ist die Schwierigkeit, die Kollegen zu finden. Das hat natürlich auch wirtschaftliche Gründe. Wenn man denn Kollegen findet, die da in Teilzeit möglicherweise arbeiten würden, dann müsste die Kommune, glaube ich, wissentlich in Kauf nehmen, dass sie hier zuschießen muss, weil die wirtschaftliche Tragfähigkeit dieser Strukturen eher unwahrscheinlich ist. Wie gesagt, die Bürgschaftsbegrenzung für kommunal geführte MVZ ist problematisch. Das sehe ich als schwierig an im Vergleich zu anderen Trägern, insbesondere zu ärztlichen Trägern. Das wäre aber sozusagen noch mit Mühe zu ertragen, wenn man klar ausschließen könnte, dass sich das auf andere MVZ-Strukturen, also investorengeführte, als Weiterfressschaden auch abzeichnen würde.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Dr. Dilling vom GKV-Spitzenverband. In Ihrer Stellungnahme empfehlen Sie, dass die KVen die Einhaltung der Versorgungsaufträge überwachen und auffällige Leistungshäufungen oder untypische Versorgungsmuster erkennen und gegebenenfalls sanktionieren sollen. Können Sie bitte erläutern, wie diese Prüfungen konkret aussehen sollen und welche Maßnahmen Sie sich bei festgestellten Auffälligkeiten vorstellen?

Dr. Julian Dilling (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Julian Dilling vom GKV-Spitzenverband. Der Punkt, den Sie angesprochen haben, der ist ja grundsätzlich schon im Gesetz verankert. Es gibt einen Prüfauftrag an die KVen. Allerdings gibt es eben keine klaren Vorgaben, wie dieser Prüfauftrag umzusetzen ist, was dazu führt, dass wir eine sehr heterogene Vorgehensweise haben und auch keine klaren Regelungen dazu. Vor dem Hintergrund halten wir es für erforderlich, dass die Partner der Bundesmantelverträge eine Vereinbarung auf Bundesebene schließen, wo eben auch geregelt wird, wie diese Prüfung erfolgen soll. Sie hatten es jetzt eben schon angesprochen: Die Möglichkeit, dass solche Anreize geschaffen werden, gibt es auch, sowohl mengenmäßig als auch hinsichtlich des qualitativen Abweichens. Bestes Beispiel ist, hatten Sie eben auch schon genannt, das Thema Kataraktoperationen, die einfach lukrativer sind, als wenn man eine konservative Behandlung macht. Vor dem Hintergrund ist aus unserer Sicht so eine Prüfung schon sinnvoll, insbesondere wenn es eben zu übermäßigen Häufungen von diesen Eingriffen kommt. Wenn sozusagen das vollständige Versorgungsspektrum angeboten wird, dann ist das weiterhin gar kein Problem. Wir sprechen uns deswegen auch für die Trägervielfalt aus bei den MVZ. Trotzdem ist es aus unserer Sicht schon wichtig, zu schauen, ob gegebenenfalls auch Skaleneffekte entstehen, weil bestimmte Eingriffe in so großer Anzahl gemacht werden, dass dann gegebenenfalls auch das Honorar geringfügig abgesenkt werden muss oder adäquat abgesenkt werden muss.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. Halten Sie den bestehenden Rechtsrahmen für MVZ im Hinblick auf Kontrolle, Transparenz und Qualitätssicherung für ausreichend, um eine hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen? Gibt es nach Ihrer Meinung Defizite, die eine weitergehende Regulierung rechtfertigen würde? Herzlichen Dank.

Sibylle Stauch-Eckmann (Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV)): Vielen Dank für die Frage. Sibylle Stauch-Eckmann, Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren. Bereits das Gutachten des BMG, was ich vorhin schon zitiert habe, aus dem Jahr 2020 kommt zu dem Ergebnis, dass der bestehende Rechtsrahmen grundsätzlich geeignet ist, eine qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen. Wie ich vorhin auch schon ausgeführt habe, begrüßen wir dennoch den jetzigen Referentenentwurf zum Ärzteregister beziehungsweise dass wir mehr Transparenz schaffen. Ich glaube, das hilft allen in der Diskussion. Aber wir wollen auch feststellen, dass seit der Einführung der MVZ im Jahr 2004 eben der Rechtsrahmen klar definiert ist und auch eng reguliert ist. Wir haben zahlreiche Vorgaben zur Zulassung, Gründung und zum laufenden Betrieb, wie wir auch in der laufenden Diskussion heute schon mannigfaltig beleuchtet haben. Er unterscheidet sich nicht zugunsten der MVZ von den Regelungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Auch die Vergütungsstrukturen sind gesetzlich festgelegt. Es gibt keine freie Gestaltungsmöglichkeit pro Träger. Ich glaube, wir müssen eher Anreize schaffen für alle Träger, dass wir die Sektoren weiter aufweichen und wirklich auch Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Trägern zulassen, um somit insgesamt kosteneffizient, patientenorientiert und qualitätsvoll arbeiten zu können.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an die KBV, Herrn Dr. Gassen. Die KBV fördert seit Jahren Rechtssicherheit statt Einzelfallbürokratie. Wie bewerten Sie es, dass der Antrag neue Prüf-, Gutachten- und Berichtspflichten für die KVen vorsieht, ohne deren Ressourcen oder Zuständigkeiten zu erweitern?

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Andreas Gassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, danke für die Frage. Grundsätzlich sind wir natürlich bestrebt, dass wir unnötige Prüfungen eher reduzieren. Sie wissen, dass wir im Moment bereits eine Belastung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Jahr von 60 Arbeitstagen mit Bürokratie haben. Ein ganz wesentlicher Teil fällt davon auf zum Teil sinnfreie Prüfungen zurück. Hier haben wir uns eigentlich erhofft, dass die Bundesregierung im Rahmen des Bürokratieabbaus … – die Hoffnung habe ich immer noch, weil die Legislatur ist noch nicht so alt – , dass hier eher ein Kahlschlag erfolgt als zusätzliche Prüfpflichten, die am Ende des Tages zum Teil kaum durchsetzbar sind und keinen wirklichen Erkenntnisgewinn liefern, umzusetzen. Von daher gilt die grundsätzliche Bewertung von zusätzlichen Prüfristen als sehr kritisch. Natürlich gibt es Dinge, die man überprüfen muss. Aber manchmal ist es auch ein bisschen die Vorsichtigkeit, dass man, wenn man keine wirklich vernünftige Lösung findet, dann einfach Prüfpflichten etabliert. Wir glauben, ein Großteil der bisherigen Prüfpflichten könnte auf den Prüfstein und damit eventuell abgeschafft werden. Sinnvolle Prüfpflichten verbleiben natürlich. Aber das würde insgesamt den Aufwand in den Praxen und auch für die KVen nachhaltig reduzieren.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, Frau Stange.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank. Meine Frage geht noch mal an das Polyklinik Syndikat, Prof. Dr. Hänel. Mit welchen Herausforderungen sehen Sie sich bei der Finanzierung Ihrer Einrichtungen konfrontiert? Welchen rechtlichen Regelungsbedarf sehen Sie denn hier?

Prof. Dr. Patricia Hänel (Poliklinik Syndikat): Vielen Dank für die Frage. Patricia Hänel vom Polyklinik Syndikat. Die Frage der Finanzierung der primärmedizinischen Versorgung ist eine ganz wichtige und macht sich auch in den bisherigen Beiträgen recht deutlich. Wenn primärmedizinische Versorgung im ländlichen Gebiet dazu führt, dass die Einrichtungen nicht genug verdienen und die Kommunen zuschießen, dann muss etwas an der Vergütungssystematik verkehrt sein und nicht an der Leistungserbringung der Leistungserbringenden. Insofern würden wir eher eine neue Mischung aus beispielsweise einem Regionalbudget, also einer Verantwortlichkeit für die Finanzierung einer gewissen Population vorschlagen und keine Leistungsanreize durch Vergütungssysteme, die opportunistisch unterlaufen werden können und insofern

auch wiederum die medizinische Entscheidungsfreiheit beeinträchtigen. Danke.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Janssen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht wieder an Frau Müller vom BMVZ. Wir haben gerade schon gehört, dass gesagt wird, dass einzelne MVZ sich allein auf lukrative Teilleistungen eines Fachgebiets fokussieren. Die Bundesärztekammer hat deswegen auch vorgeschlagen, die bisher nach § 95 Absatz 3 SGB V stattfindenden Prüfungen aller Versorgungsaufträge um eine zusätzliche Komponente zu erweitern, um die Prüfung auf Erbringung der Kernleistungen des jeweiligen Faches. Wie schätzen Sie diesen Vorschlag ein?

Susanne Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ)): Müller, Bundesverband MVZ. Man muss vielleicht trennen zwischen dem Vorschlag der Bundesärztekammer, der schon vor zwei Jahren, glaube ich, geäußert wurde und von Anfang an alle Versorger, sprich Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, MVZ umfasste, also sozusagen eine zusätzliche Regelprüfung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ist, und dem ähnlichen, aber eben nicht gleichen Vorschlag jetzt im vorliegenden Antrag, wo diese Prüfung ausschließlich vorgesehen ist für MVZ und dann auch noch nur für die Untergruppe von MVZ, die jeweils mindestens drei Ärzte derselben Fachgruppe mit vollem Sitzumfang haben. Jeder, der sich ein bisschen auskennt, das reduziert sich dann schon sehr runter, ist aber egal …, denn ich glaube, jedem ist sofort klar, wenn man das ausspricht, das ist eine absolut willkürliche Grenze. Entweder führe ich eine Prüfung ein, da bin ich bei der BÄK, dann für alle. Dann ist die spannende Frage, das stelle ich wertfrei in den Raum: Wie viele niedergelassene Ärzte haben dann schlaflose Nächte bei der Prüfung der Kernleistungen? Sind es genauso viele wie bei den MVZ? Grundsätzlich gehe ich, nennen Sie das vielleicht naiv, von einer gleichmäßigen Verteilung von guten und schlechten Ärzten, von welchen die sehr optimiert arbeiten zwischen allen Strukturen aus. Wenn, dann die Prüfung für alle. Das kann man diskutieren. Aber ganz ehrlich, das müssen wir uns als Gesellschaft vielleicht fragen, es bedeutet natürlich einfach einen grundsätzlichen Misstrauensantrag an die Ärzteschaft noch mal weiter. Wollen wir das? Haben die Ärzte das verdient? Technisch ist es möglich. Einige KVen prüfen diese Kernleistungen schon oder benennen Sie. Das hat was mit Abrechnungsstatistiken, die Sie den Versorgern zum Ansehen, für Controlling zur Verfügung stellen, zu tun. Technisch geht das. Aber die Frage, die Sie in der Legislative diskutieren: Wollen wir das und die damit verbundene Aussage? Und wenn, dann für alle.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Pantazis ist noch mal an der Reihe.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Dilling vom GKV-Spitzenverband. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie, dass bei der Zulassung eines MVZ eine Ewigkeitsgarantie ausgesprochen würde. Können Sie uns bitte Ihre Gründe erläutern und uns darstellen, welche Regelungen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig wären?

Dr. Julian Dilling (GKV-Spitzenverband): Für uns ist es einfach wichtig, dass wir die Steuerung stärker unter Versorgungsgesichtspunkten vornehmen können. Diese Ewigkeitsgarantie, die gerade bei diesen Zulassungen in den MVZ besteht, ist ein Punkt, der uns an der Stelle extrem stört. Es ist schon heute so, dass im Grunde auch bei Einzelpraxen eine Überprüfung, ob diese Versorgungsgesichtspunkte überhaupt noch erfüllt sind oder nicht, nur bei Weitergabe eines Praxissitzes erfolgen kann. Das heißt, schon jetzt ist die Möglichkeit, hier einzugreifen, sehr gering. Bei der Überführung einer Zulassung in ein MVZ und dann beim Ausscheiden des Gründungsgesellschafters führt das dazu, dass die Zulassungen im Grunde unbefristet fortgeführt werden können. Vor dem Hintergrund halten wir es für wichtig, sehr wichtig, dass hier Änderungen angestrebt werden. Wir würden insgesamt eigentlich eine Befristung von Zulassungen für sinnvoll erachten. Jetzt ist es aber so, dass natürlich vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzeslage man sich überlegen muss, wie man damit umgeht. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll, dass man bei einer Nachbesetzung einer Stelle in einem

MVZ, wo sozusagen das Anstellungsverhältnis sich verändert, dann auch das Versorgungserfordernis geprüft wird, wenn mindestens fünf Jahre vergangen sind seit der letzten Prüfung. Wir wollen auch in gewisser Weise Investitionen weiterhin attraktiv halten. Deswegen muss es auf jeden Fall auch die Möglichkeit geben, dass man eine gewisse Planungssicherheit hat. Der zweite Punkt, der für uns sehr wichtig ist, ist, dass beim Ausscheiden eines Gründungsgesellschafters eine Überprüfung stattfindet. Denn wenn beispielsweise schon der Übergang in den Ruhestand vorbereitet wird und deswegen diese Zulassung in das MVZ überführt wird, da kann man davon ausgehen, dass schon seit beträchtlicher Zeit diese Zulassung existiert hat. Vor dem Hintergrund ist aus unserer Sicht dann auch dieses Versorgungserfordernis zu prüfen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit hätten wir die 60 Minuten gut gefüllt mit Input. Vielen herzlichen Dank an Sie für Ihre Informationen und dass Sie uns heute zur Verfügung gestanden haben. Ich darf die Anhörung schließen. Ihnen noch einen guten Nachhauseweg wünschen und wir sehen uns mit Sicherheit bei der einen oder anderen Anhörung noch mal wieder.

Schluss der Sitzung: 17:02 Uhr

gez.
Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende