

ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

NR 99

Wettbewerbsökonomische Überlegungen zu den Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren im TSVG

Kurzgutachten für das „Deutsche Onkologie Netzwerk“
im Auftrag der Omnicare Beteiligungen GmbH

17. Dezember 2018

IMPRESSUM

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Veröffentlicht durch:

düsseldorf university press (dup) im Auftrag der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät,
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE),
Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland
www.dice.hhu.de

Herausgeber:

Prof. Dr. Justus Haucap
Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie (DICE)
Tel +49 (0) 211-81-15125, E-Mail haucap@dice.hhu.de

Alle Rechte vorbehalten. Düsseldorf 2018.

ISSN 2190-992X (online) / ISBN 978-3-86304-699-6

WETTBEWERBSÖKONOMISCHE ÜBERLEGUNGEN ZU DEN REGELUNGEN ZU MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN IM TSVG

Kurzgutachten für das „Deutsche Onkologie Netzwerk“ im Auftrag der Omnicare Beteiligungen GmbH

17. Dezember 2018

RECHTLICHER HINWEIS

Dieses Gutachten wurde von der DICE Consult GmbH („DICE Consult“) für das „Deutsche Onkologie Netzwerk“ im Auftrag der Omnicare Beteiligungen GmbH erstellt. Die aus den Untersuchungen abgeleiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen erfolgten nach bestem Wissen von DICE Consult und nach den anerkannten Regeln der wissenschaftlichen Praxis. Dieses Gutachten dient ausschließlich dem Auftraggeber, es hat keine Schutzwirkung gegenüber Dritten und begründet daher keinerlei Haftung von DICE Consult für Ansprüche oder Schäden Dritter gleich aus welchem Rechtsgrund, die aus der Kenntnis oder Nutzung dieses Gutachtens oder daraus resultierenden Handlungen entstehen können.

AUTOREN

Prof. Dr. Justus Haucap
Dr. Michael Coenen

KONTAKTPERSON

Dr. Michael Coenen
Tel: +49 211 81 15492
E-Mail: coenen@dice.hhu.de

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Inhaltsverzeichnis | 3 |
| Abbildungs –und Tabellenverzeichnis | 4 |
| Abkürzungsverzeichnis | 5 |
| 1. Problemstellung | 9 |
| 2. Beschränkungen der Gründungsvoraussetzungen | 10 |
| 2.1 Aktuelle alternative Vorschläge zur Beschränkung der Gründungsvoraussetzungen | 10 |
| 2.2 Die wettbewerbsökonomischen Dimensionen einer Beschränkung von Gründungsvoraussetzungen | 12 |
| 2.3 MVZ als Angebotsvariante der ambulanten Versorgung | 13 |
| 3. MVZ-Gründungsberechtigung für anerkannte Praxisnetze | 22 |
| 4. Einführung von Nachbesetzungsregelungen für Angestellten-Arztstellen in MVZ | 23 |
| 5. Weiterentwicklung der Nachfolgeregelungen für MVZ | 25 |
| Literaturverzeichnis | 26 |

ABBILDUNGS –UND TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Zahl der MVZ nach Trägern | 15 |
| Abbildung 2: Relation Krankenhaus MVZ zu MVZ in Vertragsarzt-/sonstiger Trägerschaft nach Bundesland | 16 |
| Abbildung 3: Anzahl der Ärzte im MVZ | 17 |
| Abbildung 4: Relation der Trägerschaft von MVZ nach Fachgruppen | 18 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|-----------------|--|
| BAG | Berufsausübungsgemeinschaft |
| BMVZ | Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren |
| BZÄK | Bundeszahnärztekammer |
| FVDZ | Freier Verband Deutscher Zahnärzte |
| GKV-VSG | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz |
| GKV-VStG | GKV-Versorgungsstrukturgesetz |
| GKV-WSG | GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz |
| GMG | Gesundheitsmodernisierungsgesetz |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| KZBV | Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung |
| MVZ | Medizinische Versorgungszentren |
| TSVG | Terminservice- und Versorgungsgesetz |

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ) IM TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ (TSVG): KERNPUNKTE AUS WETTBEWERBSÖKONOMISCHER SICHT

Situation

- Seit der Einführung von MVZ als Kooperationsform in der ambulanten Versorgung, wurde der mögliche Gesellschafterkreis eingeschränkt, um zu verhindern, dass Finanzinvestoren sich an MVZ beteiligen.
- Der aktuelle Kabinettsentwurf zum TSVG sieht nun eine neue Maßnahme vor, um dieses Ziel zu erreichen: den Ausschluss der nicht-ärztlichen Dialyseerbringer aus dem Kreis der Gründungsberechtigten. Nicht-ärztliche Dialyseerbringer sollen lediglich noch fachbezogene MVZ gründen dürfen. Darüberhinausgehend fordert der Bundesrat sowohl die fachliche als auch die räumliche Begrenzung der Gründereigenschaft von Krankenhausunternehmen.
- Weiterhin ergänzt der Kabinettsentwurf zum TSVG den Gründerkreis um anerkannte Praxisnetze und sieht Anpassungen bei den Nachbesetzungsregelungen für angestellte MVZ-Ärzte und bei den Nachfolgeregelungen für MVZ-Gründer vor.

Analyse

- Durch die Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten sollten stets indirekten Beteiligungen von Finanzinvestoren an MVZ über ihre direkte Beteiligung an MVZ-gründungsberechtigten sonstigen Leistungserbringern verboten werden. Die bisherigen Maßnahmen haben jedoch nicht dazu geführt, dass Finanzinvestoren wirksam aus dem Wettbewerb in der ambulanten Versorgung ausgeschlossen wurden.
- Stattdessen hat der Ausschluss ehemals MVZ-Gründungsberechtigter (ungewollt) zusätzlich das Ungleichgewicht im Wettbewerb alternativer Versorgungswege verstärkt: Ungleiche Rahmenbedingungen bestehen darin, dass im Krankenhausunternehmen ambulante Angebote mit stationären Angeboten synergetisch verbunden werden können, aus den flexibleren Möglichkeiten zum Einsatz von Personal im Krankenhaus, aus Möglichkeiten einer vergleichsweise kostengünstigen Zurverfügungstellung von Geräten und Räumen und aus den bevorzugten Refinanzierungsmöglichkeiten von Krankenhausunternehmen. Diese ungleichen Rahmenbedingungen im Wettbewerb der Krankenhausunternehmen mit den Vertragsärzten in der ambulanten Versorgung gefährden die Nachhaltigkeit des Nebeneinanders alternativer Versorgungswege.
- Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist die unternehmerische Teilhabe von Finanzinvestoren an der ambulanten Versorgung über MVZ sinnvoll.
 - Der Ausschluss von Finanzinvestoren wurde bisher auch mit der Sorge vor Monopolisierungstendenzen in der ambulanten Versorgung begründet. Die Empirie zu

MVZ in Deutschland lässt jedoch nicht erkennen, dass eine bestimmte Trägerschaft oder eine bestimmte Rechtsform für Monopolisierungstendenzen verantwortlich wären: Im Hinblick auf die jeweiligen Anteile von Vertragsarzt-MVZ sowie MVZ sonstiger Träger und von Krankenhaus-MVZ zeigen sich bedeutende Unterschiede zwischen den Bundesländern und zwischen den Fachgruppen. Dies spricht nicht für homogene Gründungsanreize, die allgemeine Monopolisierungstendenzen befürchten lassen. Vielmehr ist von Fachgruppe zu Fachgruppe und Planungsbereich zu Planungsbereich verschieden, ob ein MVZ von einem bestimmten Träger gegründet wird und inwiefern diese Gründung dann gegebenenfalls ein Konzentrationsproblem nach sich zieht. Es kann daher auch nicht davon gesprochen werden, dass eine bestimmte Trägerschaft oder eine bestimmte Rechtsform in der ambulanten Versorgung problematisch und daher von einer Gründung grundsätzlich auszuschließen wäre.

- Mittelständische betriebswirtschaftliche Strukturen und eine Beteiligung von Finanzinvestoren bei ambulanten Ärzten sind notwendig, um Qualität und Innovation in der ambulanten Versorgung sicherzustellen: Die Sorge besteht, dass Finanzinvestoren als Betreiber ambulanter Versorgung die Versorgungsqualität über den Einzelfall hinaus gefährden, indem sie wirtschaftliche Gesichtspunkte in den Vordergrund stellen. Aus ökonomischer Sicht spricht für die Beteiligung von Investoren am Betrieb eines Unternehmens, dass sie Erfahrung mitbringen hinsichtlich einer kosteneffizienten Organisation. Kosteneffizienz ist jedoch nur eines der Ziele eines Wirtschaftsunternehmens. Grundsätzlich ist gerade im Wettbewerb um Patienten vor allem der Qualitätsaspekt ausschlaggebend für den Erfolg – insbesondere in Zeiten zunehmender Transparenz für Patienten. Als langfristiges Ziel sollte im Vordergrund stehen, mit dem eigenen Angebot den unter den Versicherten gegebenenfalls latenten Versorgungsbedarf am besten zu bedienen. Voraussetzung hierfür sind Innovationen, die sowohl im Hinblick auf das Versorgungsangebot und ihre Qualität wirksam sind als auch im Hinblick auf die Organisation der Versorgung im MVZ, mithin auf kostengünstige Versorgungsprozesse. Hier sollten MVZ Neuland betreten, im besten Fall durch eine neue fachübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Investoren eröffnen hier die Möglichkeit, in längeren Zyklen- über die Nachfolge eines Arztes hinaus- Investitionen zu organisieren. Außerdem können in mittelständischen Strukturen Investitionen, die die Leistungsfähigkeit der einzelnen Praxis überschreiten, ermöglicht werden, z.B. bei der Digitalisierung.

Vorschläge zum TSVG

1. Die Beschränkung des Gründerkreises für MVZ ist aus wettbewerbspolitischer Sicht unvorteilhaft. Das TSVG soll daher die Gründungsvoraussetzungen für MVZ nicht weiter verschärfen durch eine fachliche und/oder räumliche Begrenzung von Krankenhausunternehmen.
2. Für ein nachhaltiges Nebeneinander unterschiedlicher ambulanter Versorgungswege können die Möglichkeiten von Vertragsärzten gestärkt werden, als mittelständische MVZ-Unternehmer an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Zu überlegen ist, ob nicht eine Lockerung der Beteiligungsmöglichkeiten von privatem Beteiligungskapital zielführend sein kann, die unter dem Vorbehalt stattfindet, dass die Mehrheit der Stimmrechte in den Händen der Ärzte verbleibt.

3. Die Nachbesetzungsregelungen für Angestellten-Arztstellen in MVZ sollen nicht weiter verschärft werden: Über MVZ werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in einer mittelständischen Struktur unternehmerisch tätig, sie leisten hier einen wichtigen Versorgungsbeitrag und gehen für diesen und den Bestand der eigenen Unternehmung in die Verantwortung. Eingriffe des Zulassungsausschusses in die Möglichkeit des MVZ, eine Angestellten-Arztstelle nach zu besetzen, würden diese Systematik deutlich stören. Damit die wirtschaftlichen Folgen der Ablehnung einer Nachbesetzung auch für den Zulassungsausschuss sichtbar und spürbar werden, erachten wir grundsätzlich eine Ergänzung des Kabinettsentwurfs um Entschädigungszahlungen an das MVZ oder den Vertragsarzt für einen gangbaren Ansatz in Höhe eines – gegebenenfalls auch über marktliche Mechanismen – näher zu beziffernden Verkehrswertes der nicht genehmigten Nachbesetzung.

4. Zur Ausräumung des Ungleichgewichts im Wettbewerb alternativer medizinischer Versorgungswege muss die Stellung der Vertragsärzte gestärkt werden. Dafür sollte die Möglichkeit für Ärzte, Gesellschafter in ihrem MVZ zu sein, grundsätzlich und ohne Einschränkung für alle Ärzte eines MVZ geöffnet werden. Der aktuelle Wortlaut im TSVG geht hier nicht weit genug: Wir befürworten die Forderung nach einer Ausweitung der Gründungsvoraussetzung über den Kabinettsentwurf hinaus auf sämtliche angestellten ärztlichen Gesellschafter eines MVZ. Diese Ausweitung sichert das MVZ vor der Gefahr, dass ihm infolge des Ausscheidens sämtlicher originärer Gründer die Zulassung entzogen wird. Außerdem geht hiermit die Möglichkeit einer Statusveränderung bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten einher, durch Übernahme von Gesellschaftsanteilen zugleich auch entsprechend an der gesellschaftsrechtlichen und unternehmerischen Verantwortung teilzuhaben.

1. PROBLEMSTELLUNG

Der Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat am 26. September 2018 das Bundeskabinett passiert (vgl. BR-Drs. 504/18). Die erste Lesung des Gesetzes im Bundestag ist für den 13. Dezember 2018 geplant. Der Bundesrat hat zum Kabinettsentwurf am 23. November 2018 Stellung bezogen (vgl. BR-Drs. 504/18 (Beschluss)). Kern des Gesetzes ist, die Versorgung der Versicherten in weniger gut versorgten Gebieten zu verbessern, insbesondere über ergänzende Regelungen zu Terminservicestellen. Kassenärztliche Vereinigungen (KV) werden zudem verpflichtet, in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungsalternativen anzubieten.

Neben diesen Änderungsschwerpunkten enthält der Kabinettsentwurf Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die wir drei Kategorien zuordnen: (1) Anpassungen zur Ausräumung von Rechtsunsicherheiten, (2) Anpassungen im Hinblick auf die MVZ-Gründungsvoraussetzungen sowie (3) Anpassungen bei den Nachbesetzungs- und Nachfolgeregelungen.

Anpassungen zur Ausräumung von Rechtsunsicherheiten umfassen im Wesentlichen Klarstellungen bestehender Regelungen, die bisher Auslegungsunterschieden unterworfen waren. Beispielsweise zählen wir hierzu die Klarstellung im Kabinettsentwurf, dass derselbe MVZ-Träger mehrere MVZ tragen darf (§ 95 Abs. 1a Satz 3 – neu – SGB V). Für die Rechtsform der GmbH wird außerdem klargestellt, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinanderstehen (§ 95 Abs. 2 Satz 5 – neu – SGB V). Schließlich sieht der Kabinettsentwurf vor, dass Vertragsärzte in Zukunft auf die Zulassung zugunsten der Anstellung in einem anderen Planungsbereich gelegenen MVZ verzichten können, auch wenn sie ausschließlich in der Zweigpraxis des MVZ in ihrem bisherigen Planungsbereich tätig sind (§ 103 Abs. 4a – neu – SGB V).

Sämtliche Klarstellungen dienen der Rechtssicherheit und sind aus ökonomischer Sicht unkritisch. Lediglich im Hinblick auf die Gleichwertigkeit von Bürgschaftsleistungen bei MVZ-GmbHs, die im Hinblick auf die Bürgschaftsproblematik bei kommunalen MVZ-Gründungen geschrieben wurden, regt der Bundesrat in seiner Stellungnahme – einer Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) folgend – zutreffend an, zusätzlich auch bei eingetragenen MVZ-Genossenschaften Bürgschaften der Eigentümer von Genossenschaftsanteilen zu verlangen, um die unterschiedlichen Rechtsformen im Wettbewerb gleich zu behandeln und Insolvenzrisiken von der GKV-Versichertengemeinschaft zu nehmen (vgl. BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 21 f.).

Im Rahmen der vorliegenden Begutachtung lenken wir unser Augenmerk auf die im Kabinettsentwurf verfassten Gesetzesänderungen im Hinblick auf die Gründungsvoraussetzungen für MVZ und bei den Nachbesetzungs- und Nachfolgeregelungen. Wir beleuchten die Argumente in der Diskussion und die im Raum stehenden alternativen Vorschläge aus einer dezidiert wettbewerbsökonomischen Perspektive: Insbesondere den kassenärztlichen Verbänden geht der Gesetzentwurf nicht weit genug, auch unter dem Eindruck, dass in der ambulanten Versorgung investorgesteuerte Träger an Einfluss gewinnen und Konzentrationstendenzen befürchtet werden.

2. BESCHRÄNKUNGEN DER GRÜNDUNGSVORAUSSETZUNGEN

2.1 AKTUELLE ALTERNATIVE VORSCHLÄGE ZUR BESCHRÄNKUNG DER GRÜNDUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der Fortbestand der Zulassung eines MVZ hängt an dem Fortbestand der Gründungsvoraussetzungen. Liegen die Gründungsvoraussetzungen nicht länger vor, so geht auch die Zulassung des MVZ verloren. Grundsätzlich kann ein MVZ von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhausunternehmen im Krankenhausplan, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden sowie von den Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V.

Der Kabinettsentwurf beschränkt nun die Gründungsvoraussetzungen nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen auf ausschließlich fachbezogene MVZ (§ 95 Abs. 1a Satz 2 – neu – SGB V). Mit der Formulierungsänderung im neuen Satz 3 stellt der Gesetzgeber zugleich seine Intention klar, dass derselbe MVZ-Träger auch mehrere MVZ tragen kann.

„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich“ (§ 95 Abs. 1a Satz 2 und 3 – neu – SGB V).

Von Interesse ist die Gesetzesbegründung:

„Nicht bewährt hat sich (...) die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich nunmehr in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigte Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Aufkauf entsprechender Leistungserbringer nach der bisherigen gesetzlichen Regelung auch zur Gründung fachfremder medizinischer Versorgungszentren (z.B. auch zahnärztlicher) berechtigte“ (BR-Drs. 504/18, S. 132).

Der Kabinettsentwurf folgt an dieser Stelle einer aus ökonomischer Sicht wenig reflektierten Haltung gegenüber Finanzinvestoren als Träger von MVZ, die sich bereits bei der Einschränkung der Gründungsvoraussetzung im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2012 in der Gesetzesbegründung gezeigt hat (vgl. BT-Drs. 17/60906, S. 70 f.). Die aus einer Skepsis gegenüber Finanzinvestoren abgeleitete Einschränkung des MVZ-Gründerkreises auf die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser, auf die nun lediglich zu fachbezogenen Gründungen berechtigten Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen sowie auf gemeinnützige Träger und Kommunen missachtet logisch, dass vor allen Dingen auch Krankenhausunternehmen von Investoren getragen werden können. Wäre die geäußerte Skepsis gegenüber Finanzinvestoren in der Sache in einer Weise begründet, wie der

Kabinettsentwurf es suggeriert, so wäre unverständlich, warum ausgerechnet die Eigentümer von Krankenhausunternehmen, mithin besonders finanzstarke und gegebenenfalls auch besonders renditeorientierte Kapitaleigner von dieser Skepsis ausgespart bleiben sollten.

Insbesondere die vertragsärztlichen Verbände haben in ihren Stellungnahmen zum TSVG-Referentenentwurf diese Argumentation aufgegriffen und Ergänzungen zum Gesetzentwurf formuliert. Vergleichsweise moderat wird die Thematik durch die KBV gefasst. Sie schreibt: „Die KBV weist darauf hin, dass in der Ärzteschaft die Rolle von investorengesteuerten Krankenhäusern als MVZ-Gründer mit Sorge gesehen wird“ (Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des TSVG, S. 17). Die KBV fordert daher eine Beschränkung der Gründereigenschaft von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht auf ihren Einzugsbereich und fachlicher Hinsicht auf das krankenhauseigene Versorgungsangebot. Schärfer formulieren die kassenzahnärztlichen Verbände. In ihrer gemeinsamen Stellungnahme stellen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fest, dass die Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung der Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nicht ausreichend ist, „weil sie im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit vollständig ins Leere laufen, als es kein einziges Zahnarzt-MVZ gibt, das von einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet worden wäre. Stattdessen drängen internationale Großinvestoren bis dato ausschließlich über den Erwerb von (häufig maroden) Krankenhäusern auf den deutschen Dentalmarkt“ (Stellungnahme der KZBV und BZÄK zum Referentenentwurf des TSVG, S. 11). KZBV und BZÄK fordern daher ähnlich wie die KBV die räumliche Beschränkung der Gründungsberechtigung von Zahnmedizin-MVZ auf den zahnärztlichen Planungsbereich, in dem das Krankenhaus liegt, und eine fachliche Beschränkung auf Krankenhäuser, die einen zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gemäß dem Krankenhausplan haben.

Die vertragszahnärztliche Versorgung wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 aus der Bedarfsplanung ausgenommen und unterliegt keiner Zulassungsbeschränkung mehr. Niedergelassene Zahnärzte sind daher in ihrem Einzugsgebiet nicht durch die Bedarfsplanung vor dem Eintritt neuer Wettbewerber geschützt. Durch die Möglichkeit der Zulassung fachgleicher MVZ seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat sich der Wettbewerb für die niedergelassenen Zahnärzte insoweit verschärft, als Krankenhausunternehmen im gesamten Bundesgebiet mit rein zahnärztlichen MVZ als Wettbewerber niedergelassener zahnärztlicher Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Praxismgemeinschaften auftreten können, selbst wenn das Krankenhausunternehmen keine zahnärztliche Versorgung im stationären Sektor anbietet. Vor diesem Hintergrund ist das Eintreten der vertragszahnärztlichen Verbände für räumliche wie fachliche Beschränkungen der Gründungsberechtigungen von Krankenhausunternehmen nachvollziehbar. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) macht hierzu den vergleichsweise ungewöhnlichen Vorschlag, den Kabinettsentwurf zum TSVG so abzuändern, dass lediglich die Möglichkeit zur Gründung fachgleicher MVZ im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung aufgehoben wird und die Gründungsberechtigungen für Krankenhausunternehmen ansonsten unangetastet bleiben.

Im Bundesrat konnten sich die Vorstellungen von KBV, KZBV und BZÄK wesentlich durchsetzen. In seiner Stellungnahme bittet der Bundesrat um die Aufnahme von geeigneten Regeln in das Gesetz, die den für die Versorgung schädlichen „Monopolisierungstendenzen“ (BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 17) bei MVZ wirksam begegnen. Die im Gesetz vorgesehene Klarstellung, dass einzelne MVZ-Träger auch mehrere MVZ tragen dürfen, könne die Bildung von versorgungsschädlichen konzernartigen Monopolstrukturen in der ambulanten Versorgung zusätzlich begünstigen. Dem Ziel, reinen Kapitalinteressen in der Versorgung zu begegnen, diene die Beschränkung der Gründungsberechtigung von Erbringern nicht-ärztlicher

Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ, dies allein reiche aber nicht aus, nach § 95 Abs. 1a Satz 1 – neu – SGB V eingefügt werden solle daher:

„Krankenhäuser sind zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren nur berechtigt, wenn der Krankenhausstandort innerhalb des entsprechenden Planungsbereichs liegt, in dem das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz haben soll, oder es in einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat und das Krankenhaus nach der Feststellung im Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag in den Fachgebieten hat, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sein sollen“ (BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 18).

Der Bundesrat bekräftigt die Auffassung, dass in der ambulanten Versorgung eine „Monopolisierungsgefahr“ besteht, durch die eine Verschlechterung der Patientenversorgung droht (BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 19). Durch den Regelungsvorschlag solle verhindert werden, dass Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum über die Gründung eines MVZ ausweiten. „Ebenso soll es nicht mehr zulässig sein, dass (...) Krankenhaus-MVZ in großer räumlicher Entfernung vom Sitz des Krankenhauses betrieben werden, da in diesem Fall erkennbar ist, dass keine Versorgungsgesichtspunkte im Vordergrund stehen“ (BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 20). Wenn also ein Krankenhausunternehmen nicht über eine Fachabteilung auf dem Gebiet der Zahnheilkunde verfügt, so sei die Gründung eines ausschließlich vertragszahnärztlichen MVZ nicht sachgerecht.

2.2 DIE WETTBEWERBSÖKONOMISCHEN DIMENSIONEN EINER BESCHRÄNKUNG VON GRÜNDUNGSVORAUSSETZUNGEN

Vor der Bewertung der aktuellen Vorschläge zur räumlichen und fachlichen Beschränkung der Gründungsberechtigungen für nicht-ärztliche Dialyseleistungen (Kabinettsentwurf) und Krankenhausunternehmen (Vertragsarztverbände) müssen wir einen aus wettbewerbsökonomischer Sicht grundsätzlichen Einwand gegen die zu enge Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten kurz ausführen, da er unsere Bewertung einzelner Maßnahmen in der Folge begründet: Die wesentliche Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten auf heute Vertragsärzte, Krankenhausunternehmen, die Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen, auf zur Teilnahme an der medizinischen Versorgung berechnete gemeinnützige Organisationen sowie Kommunen ist bereits mit dem GKV-VStG 2012 erfolgt. Eingedämmt werden sollte aus Sicht des Gesetzgebers die Gefahr, dass MVZ besonders in kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. Außerdem sollte hierdurch der Gefahr von Konzentrationstendenzen in der ambulanten Versorgung durch die Betätigung von Finanzinvestoren in MVZ als Träger von zuvor Gründungsberechtigten und nun Ausgeschlossenen gebannt werden (vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 70 f.). Betroffen hiervon sind beispielsweise Apotheker, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer.

Durch die Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten wurden jedoch niemals die direkten Beteiligungen von Finanzinvestoren verboten, denn Finanzinvestoren waren selbst nie gründungsberechtigt, sondern es sollte die Umgehung des „Fremdbesitzverbotes“ an MVZ verboten

werden, die durch eine Beteiligung von Finanzinvestoren an sonstigen Leistungserbringern nur zum Zwecke der MVZ-Gründung möglich war. Zunächst ist ökonomisch vorderhand unklar, inwiefern Finanzinvestoren als Betreiber ambulanter Versorgung die Versorgungsqualität über den Einzelfall hinaus gefährden, denn aus ökonomischer Sicht spricht für die Beteiligung von Investoren am Betrieb eines Unternehmens das Augenmerk auf einer wirtschaftlichen Organisation des Unternehmens. Die wirtschaftliche Organisation eines MVZ als Unternehmen in der Gesundheitsversorgung hat hierbei wie bei jedem anderen Unternehmen auch zwei Gesichtspunkte: Kosteneffizienz ist nur das eine Ziel des Unternehmens. Solange Anreize hinlänglich sind, dass nicht zum Zwecke der kurzfristigen Gewinnmaximierung ein Kostensenkungsdruck ausgeübt wird, der eine Qualitätsreduktion nach sich zieht, sollte als langfristiges Ziel von Unternehmen im Vordergrund stehen, mit dem eigenen Angebot einen unter den Verbrauchern gegebenenfalls latenten Bedarf im Vergleich zu den Wettbewerbern am besten zu bedienen. Voraussetzung hierfür sind Innovationen, die sowohl im Hinblick auf die Versorgungsangebote und ihre Qualität wirksam sind, als auch im Hinblick auf die Organisation der Versorgung im MVZ, mithin auf kostengünstige Versorgungsprozesse. Hier sollten MVZ Neuland betreten, im besten Fall durch eine neue fachübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung und unterstützt durch neue Rechtsformen und Trägerstrukturen.

Durch die Begrenzung des Kreises der Gründungsberechtigten wurde zur Durchsetzung des Beteiligungsverbots für Finanzinvestoren der ganzen Gruppe sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen der aus wettbewerbsökonomischer Sicht eigentlich durchaus sinnvolle Zugang zur unternehmerischen Teilhabe an der ambulanten Versorgung durch MVZ verwehrt, beispielsweise den Apothekern, den Betreibern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie den Heil- und Hilfsmittelerbringern. Der aktuelle Kabinettsentwurf schließt nun die Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen von der vorbehaltlosen Gründung und Beteiligung an einem MVZ aus und fordert die fachliche Begrenzung ihrer Gründungsberechtigung. Die Begründung im Kabinettsentwurf hierfür wird von den vertragsärztlichen Verbänden und nun auch vom Bundesrat angeführt, um fachliche und räumliche Begrenzungen des ambulanten MVZ-Angebotes auch für Krankenhausunternehmen zu fordern.

In Anbetracht der in den Stellungnahmen der vertragsärztlichen Verbände und des Bundesrates vergleichsweise breiten Überzeugung beleuchten wir als nächstes die Frage inhaltlich, inwiefern Konzentrationstendenzen in der ambulanten Versorgung tatsächlich drohen und gegebenenfalls inwiefern diesen aus einer wettbewerbsökonomischen und wettbewerbspolitischen Perspektive mit verhältnismäßigen Mitteln begegnet werden kann.

2.3 MVZ ALS ANGEBOTSVARIANTE DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Wir haben im Rahmen zweier aktueller Gutachten die Wettbewerbssituation in der ambulanten Versorgung kritisiert. Unsere Analysen nehmen speziell die Wettbewerbssituationen in der ambulanten onkologischen Versorgung (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016) und in der ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung (vgl. Coenen, Haucap und Loebert, 2018) in den Blick: MVZ sind nur eines von einer ganzen Reihe von Mitteln, über die Krankenhausunternehmen in der ambulanten Versorgung von Patienten jeweils tätig werden und über die sich gegebenenfalls wettbewerbsbeschränkende Wirkungen in der ambulanten Versorgung entfalten.

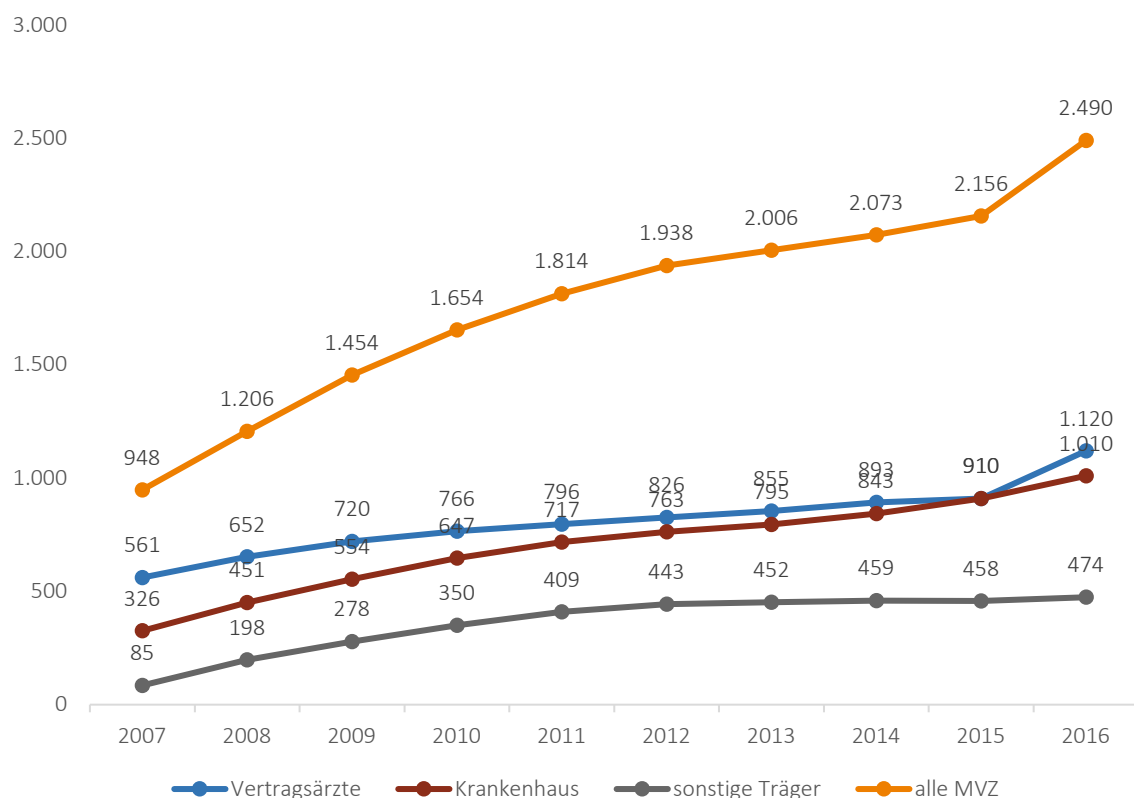
MVZ wurden durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 eingeführt mit dem Ziel, eine an die poliklinischen Versorgungsstrukturen in der ehemaligen DDR angelehnte Variante ambulanter Versorgung unter einem Dach und in einheitlicher Trägerschaft zu ermöglichen. MVZ sollten eine fächerübergreifende umfassende Versorgung aus einer Hand ermöglichen, sie sollten die unterschiedlichen Akteure – die zugelassenen Ärzte sowie die ebenfalls zugelassenen sonstigen Leistungserbringer in nicht-ärztlichen Heilberufen – miteinander vernetzen und zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit führen, die Diagnostik und Therapie auch im Hinblick auf komplexe Krankheitsbilder verbessert und die Effizienz der Versorgung beispielsweise durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und Geräten und ein optimiertes Abrechnungs-, Zuweisungs- und Überweisungsmanagement steigert. Außerdem wurde ein Vorteil darin gesehen, Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung als Angestellte eines MVZ teilnehmen zu lassen, ohne dass diese die wirtschaftlichen Risiken einer Praxisgründung eingehen müssen. Die Beschäftigung von Ärzten im Angestelltenverhältnis ermöglicht zudem die Umsetzung flexibler Arbeitszeitmodelle. MVZ bieten daher für junge Medizinerinnen und Mediziner seit Jahren eine attraktive Form der Berufsausübung (vgl. zu den Anfängen Medizinischer Versorgungszentren auch Sachverständigenrat Gesundheit, 2018, Tz. 595 f.).

Ein MVZ muss mindestens zwei Ärzte und mindestens einen Arztsitz in die Versorgung einbringen. Sein Leiter ist stets eine Ärztin oder ein Arzt, um die Erfüllung der vertragsärztlichen Anforderungen sicherzustellen. Ärzte im MVZ können sowohl als selbstständige Vertragsärzte oder als angestellte Ärzte tätig sein. Im ersten Fall ruht die persönliche Zulassung der Ärzte und wird von der Zulassung des MVZ überlagert, im zweiten Fall ist das MVZ als juristische Person Zulassungsinhaber, eine Mischvariante ist ebenfalls möglich.

Im Jahr 2012 wurden durch das GKV-VStG die Gründungsvoraussetzungen für MVZ neu gefasst. MVZ können fortan nur noch von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Aus dem Gründerkreis scheiden mithin alle sonstigen Leistungserbringer nach dem SGB V aus, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausgeschlossen werden sollten hierdurch diejenigen Leistungserbringer, über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung (Finanzinvestoren) die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllen konnten. Eine MVZ-Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Das Gesetz betont zudem, dass der ärztliche Leiter eines MVZ in diesem selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen darf (vgl. die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906, S. 70 f.).

Das GKV-VStG 2015 schließlich ermöglicht neben fachübergreifenden auch spezialisierte fachgruppengleiche MVZ, insbesondere auch rein zahnärztliche MVZ oder rein psychotherapeutische MVZ (vgl. die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG, BT-Drs. 18/4095, S. 105).

ABBILDUNG 1: ZAHL DER MVZ NACH TRÄGERN

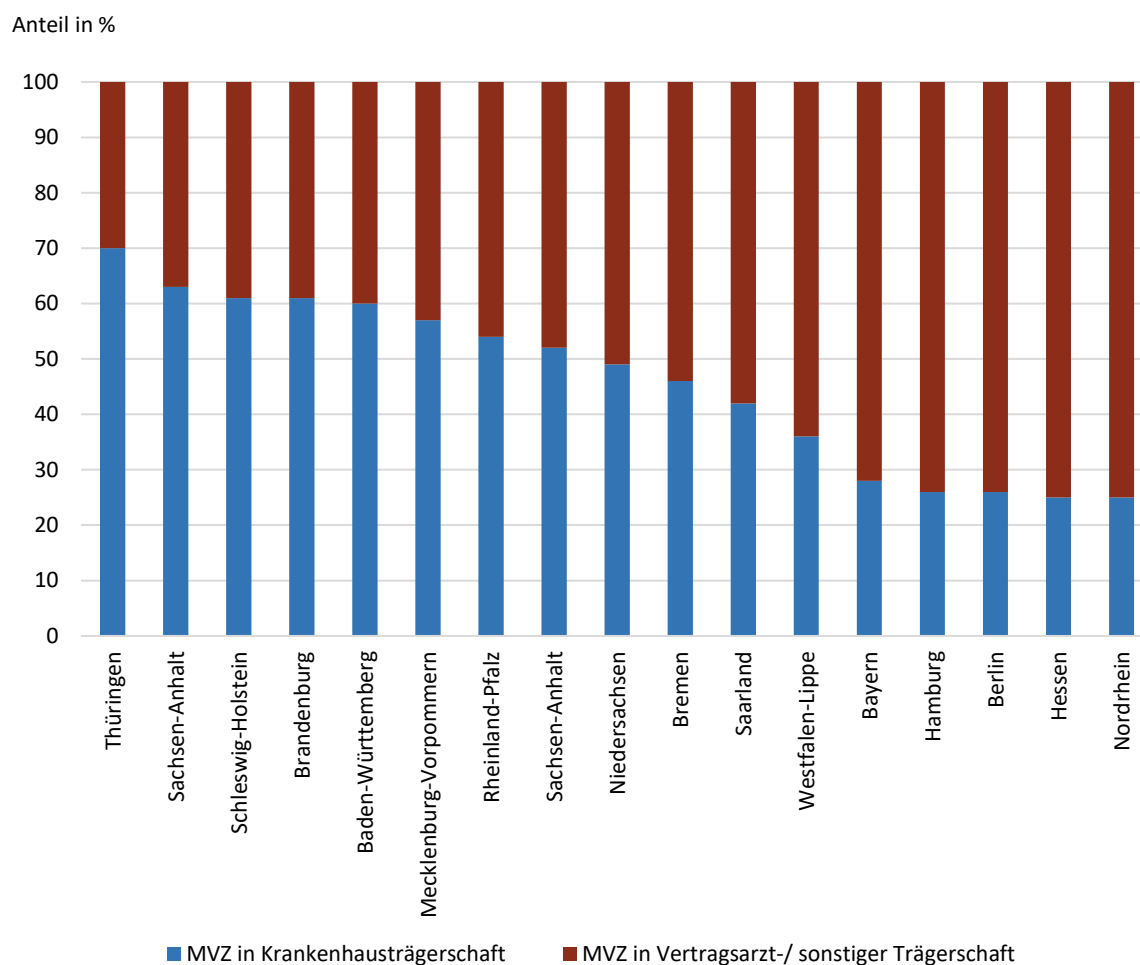


Quelle: KBV, Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen, <http://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php>, abgerufen am 05.12.2018.

Die gesetzlichen Anpassungen spiegeln sich im absoluten MVZ-Angebot und seiner Struktur. Abbildung 1 zeigt die Zahl an MVZ seit 2007 und unterscheidet nach Trägerschaft. Ende 2016 waren insgesamt 2490 MVZ zugelassen, davon waren 1120 in Trägerschaft von Vertragsärzten, 1010 in Trägerschaft von Krankenhausunternehmen sowie 474 in den Händen sonstiger Träger.¹ Die allgemeine Entwicklung der Zahlen über die betrachteten zehn Jahre zeigt ein beinahe ungebrochen stärkeres Wachstum bei den Krankenhaus-MVZ, jedoch ein insgesamt degressives Wachstum über alle Trägervarianten, was auf eine gewisse Sättigung hindeutet. Lediglich von 2015 auf 2016 stieg die Zahl der ärztlichen MVZ noch einmal deutlich an, eine Entwicklung, die auf die neue Möglichkeit durch das GKV-VSG zur Gründung fachgleicher MVZ zurückzuführen ist. MVZ und ihre möglichen Rechtsformen wurden mithin zur Gründungsalternative einer fachgleichen Praxisgemeinschaft. Ein vergleichbar starker Anstieg im selben Jahr ist bei den Krankenhaus-MVZ nicht zu beobachten.

¹ Die KBV-MVZ-Daten schließen Mehrfachnennungen ein und zeigen die tatsächliche Angebotssituation nach Trägern daher nur unscharf. Die Zahlen sind jeweils zu verstehen als „Zahl der MVZ mit Beteiligung von ...“. Reine Klinik- und Vertragsarztträgerschaften sind in den dargestellten Zahlen nicht abgebildet (vgl. hierzu auch Zi, 2018, Erste Ergebnisse aus dem MVZ-Panel für 2016, Fachinformation vom 27. April 2018, S. 1 f.)

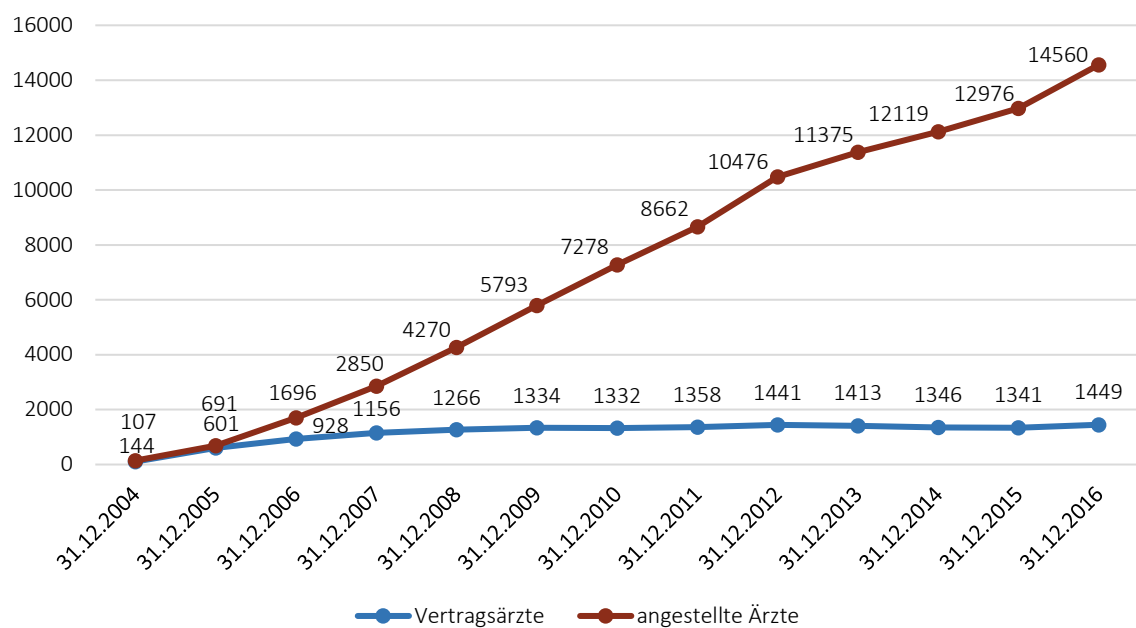
ABBILDUNG 2: RELATION KRANKENHAUS MVZ ZU MVZ IN VERTRAGSARZT-/SONSTIGER TRÄGERSCHAFT NACH BUNDESLAND



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 121, Abbildung 7-9, siehe Coenen, Haucap und Loebert, 2018, S. 34.

Abbildung 2 ermittelt Unterschiede in den regionalen Verbreitungsmustern von Trägerschaften. Krankenhaus MVZ sind relativ am häufigsten in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Hingegen sind in Berlin, Hessen und der KV-Region Nordrhein MVZ am häufigsten in einer vertragsärztlichen oder sonstigen Trägerschaft (vgl. Coenen, Haucap und Loebert, 2018, S. 33 f.). Abbildung 2 legt zumindest nicht nahe, dass Krankenhäuser als MVZ-Gründer typische Unterschiede zwischen Bundesländern bevorzugen und hierauf ihre Gründungsentscheidung bauen. Beispielsweise weisen die Stadtstaaten in der Gesamtschau relativ wenige MVZ in Krankenhaus-trägerschaft auf. Das vergleichsweise wohlhabende Baden-Württemberg ist anders als vielleicht vermutet durchaus nicht relativ attraktiver für MVZ in Krankenhaus-trägerschaft als Mecklenburg-Vorpommern.

ABBILDUNG 3: ANZAHL DER ÄRZTE IM MVZ

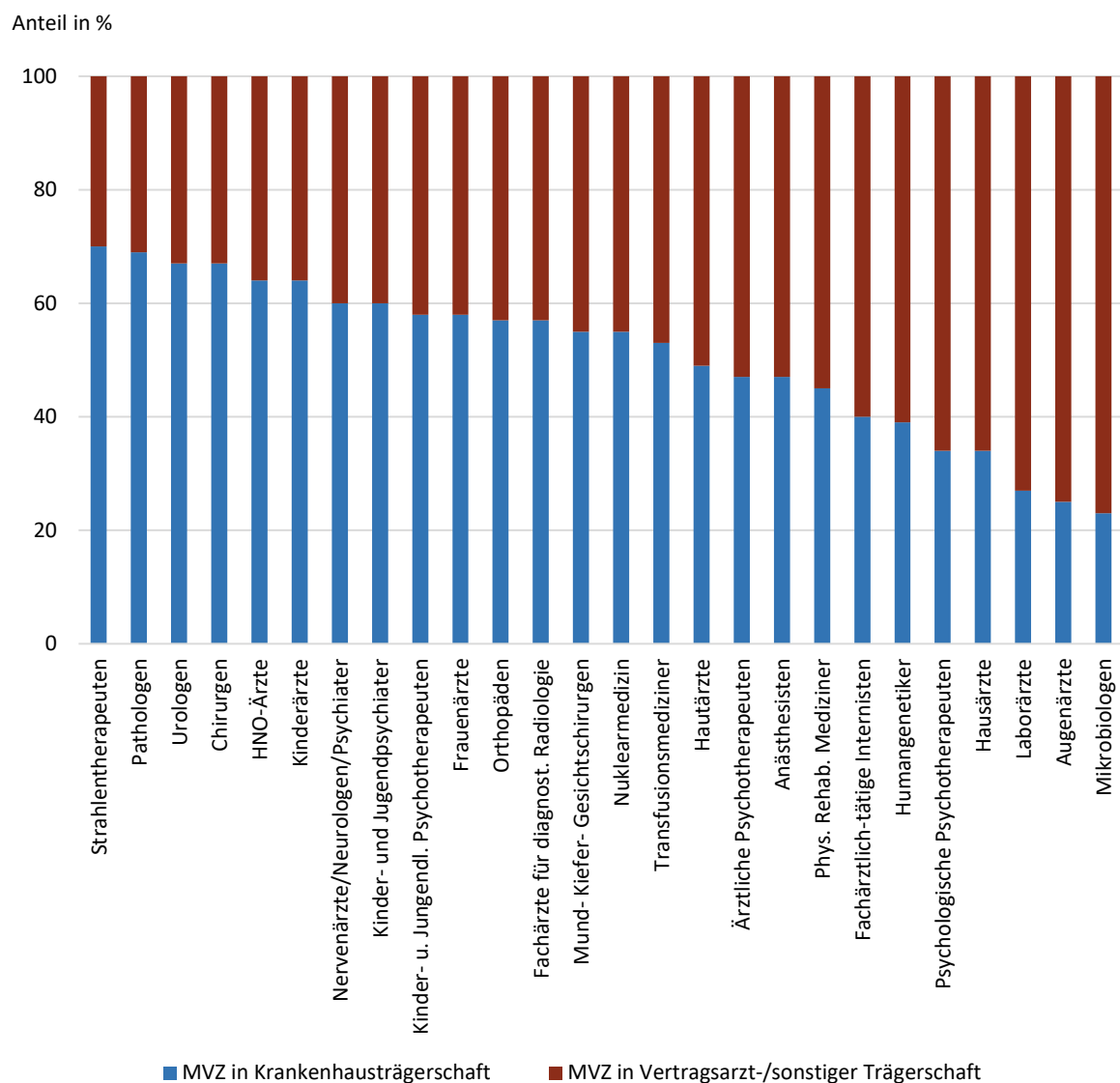


Quelle: KBV, Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Stand: 31.12.2016, http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf, abgerufen am 01.12.2018.

Abbildung 3 dokumentiert, dass MVZ dem Wunsch vieler junger Medizinerinnen und Mediziner entgegenkommen, auch im ambulanten Versorgungssektor in einem Angestelltenverhältnis mit entsprechend flexibleren Arbeitszeiten und überschaubareren wirtschaftlichen Risiken tätig werden zu können. Gleichzeitig bieten MVZ für Vertragsärzte Möglichkeiten, sich als MVZ Gründer mittelständisch unternehmerisch zu betätigen.

In den MVZ sind insgesamt 16.009 Ärztinnen und Ärzte (2016) tätig, mithin knapp unter 9,5 % der insgesamt 169.866 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (2016), die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind. Über alle MVZ arbeiten durchschnittlich 6,4 Ärzte (2016), Krankenhaus MVZ sind dabei mit durchschnittlich 7,6 Ärzten (2016) größer als der Durchschnitt der übrigen MVZ (vgl. KBV, Entwicklungen der Medizinische Versorgungszentren, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, S. 9).

ABBILDUNG 4: RELATION DER TRÄGERSCHAFT VON MVZ NACH FACHGRUPPEN



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 120, Abbildung 7-8, siehe Coenen, Haucaj und Loebert, 2018, S. 33.

Abbildung 4 schließlich gibt einen Eindruck davon, welche ärztlichen Fachgruppen bei Krankenhausunternehmen relativ zu Vertragsärzten für eine MVZ-Gründungsbeteiligung besonders attraktiv sind. Dass hier große Unterschiede zwischen den Facharztgruppen bestehen – attraktiv sind Strahlentherapeuten, Pathologen, Urologen und Chirurgen, bei Hausärzten, Laborärzten, Augenärzten und Mikrobiologen sind eher die Vertragsärzte aktive MVZ-Gründer – bestätigt unseren Eindruck, dass es sehr vom einzelnen Fall abhängig ist, ob ein Krankenhausunternehmen den Weg einer MVZ-Gründung geht.

Es ergeben sich daher nur wenige eindeutige Trends aus dem Vergleich der unterschiedlichen MVZ-Träger. Insgesamt eröffnen sich im Hinblick auf die Trägerschaftsanteile bedeutende Unterschiede zwischen den

Bundesländern und zwischen den Fachgruppen, die nicht für homogene Gründungsanreize für MVZ sprechen, die allgemeine Konzentrationstendenzen befürchten lassen. Vielmehr ist es von Fachgruppe zu Fachgruppe und Planungsbereich zu Planungsbereich verschieden, ob ein MVZ von einem bestimmten Träger gegründet wird und inwiefern diese Gründung dann gegebenenfalls ein Konzentrationsproblem verursacht. Es kann daher aus unserer Sicht nicht generell davon gesprochen werden, dass eine bestimmte Trägerschaft oder eine bestimmte Rechtsform von vornherein schon Konzentrationstendenzen in der ambulanten Versorgung nach sich ziehen würde. Vielmehr bestimmen andere Faktoren, die nach unserem Eindruck häufig in lokalen Wettbewerbsstrukturen der Krankenhausunternehmen untereinander und durch die heterogenen Beziehungen der Krankenhausunternehmen zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten begründet sind, ob die Gründung eines MVZ durch ein Krankenhausunternehmen mit einer wettbewerbsbeschränkenden Zielsetzung verfolgt wird. Im häufigsten Fall ist davon auszugehen, dass die Gründung eines MVZ, durch welchen Träger auch immer, von der Zielsetzung getragen wird, ein wettbewerbsfähiges neues Angebot in der ambulanten Versorgung zu machen (vgl. hierzu auch die Antworten auf die MVZ-Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zu wettbewerbsorientierten und kooperativen Motiven zur Gründung eines MVZ, Zi, 2018, Erste Ergebnisse aus dem MVZ-Panel für 2016, Fachinformation vom 27. April 2018, S. 3). Und in jedem Fall können wir aus der Betrachtung zur Verfügung stehender öffentlicher Daten nicht die Forderung ableiten, dass Krankenhäuser oder sonstige Träger grundsätzlich von einer MVZ-Gründung auszuschließen sind.

2.4 DIE ROLLE VON KRANKENHAUSUNTERNEHMEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Für kosteneffiziente Versorgungsstrukturen ist unkritisch, dass Krankenhausunternehmen an sich nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten im Rahmen der sich ihnen spezifisch bietenden Rahmenbedingungen agieren. Es ist jedoch die große Ungleichheit der Rahmenbedingungen, unter denen niedergelassene Fachärzte auf der einen und Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite auf denselben ambulanten Märkten miteinander konkurrieren, die unsere wettbewerbsökonomischen Bedenken hervorgerufen hat.

Abstrakt gefasst sind die Organisationen niedergelassener Vertragsärzte, ganz gleich ob es sich bei diesen um Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ handelt, grundsätzlich darauf ausgelegt, ein eigenwirtschaftliches Angebot zu sein. Ambulante Angebote in einem Krankenhausunternehmen hingegen können – beispielsweise in der onkologischen Versorgung – abweichend vom Grundsatz der Eigenwirtschaftlichkeit die vollständige Behandlungskette im Krankenhausunternehmen internalisieren. Über ein MVZ können sich Krankenhausunternehmen Zuweisungsströme sichern, die Auslastung ihrer stationären Kapazitäten sicherstellen sowie – kritisch beispielsweise in der Onkologie – über die eigene Krankenhausapotheke neben der Verordnung von Medikamenten auch von ihrer Verabreichung profitieren.

Es bieten sich Krankenhausunternehmen daher Anreize zum Betrieb ambulanter Angebote nicht nur unter der Voraussetzung, den Patientinnen und Patienten ein eigenwirtschaftliches, gutes Angebot zur ambulanten Behandlung machen zu wollen, sondern auch Anreize zu einer wettbewerbsschädlichen Quersubventionierung der ambulanten Angebote aus den vor wettbewerblichen Einflüssen geschützten Bereichen des klinischen Angebots heraus. Wegen der Preisregulierung im medizinischen Bereich äußert sich diese Quersubventionierung vor allen Dingen in Ineffizienzen, kurzfristig in der Regel in einem Zuviel

an falscher Stelle. Langfristig bieten sich hierdurch Gefahren für die Nachhaltigkeit eines heute gegebenenfalls funktionierenden Nebeneinanders alternativer Versorgungsangebote für den jeweils selben Patientenkreis, letztlich die Gefahr von Konzentration auf ambulanten Märkten. Solche Monopole würden eine sinkende Angebotsqualität auf dem betroffenen ambulanten Markt erwarten lassen.

2.5 WETTBEWERBSPOLITISCHE FOLGERUNGEN ZUM TSVG

Die geschilderten strukturellen Gefahren hängen jedoch grundsätzlich nicht an der Frage, ob der Träger des Krankenhauses beispielsweise ein privater Investor, eine Kommune oder ein freigemeinnütziger Träger ist. Es sind vielmehr die ungleichen Rahmenbedingungen im Wettbewerb der Krankenhausunternehmen mit den niedergelassenen Vertragsärzten vor Ort um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im ambulanten Sektor, die es vertragsärztlichen MVZ und Vertragsärzten gegebenenfalls schwermachen, im Wettbewerb mit Krankenhaus-MVZ langfristig zu bestehen. Ungleiche Rahmenbedingungen erwachsen neben der Tatsache, dass im Krankenhausunternehmen ambulante Angebote mit stationären Angeboten synergetisch verbunden werden können, aus flexibleren Möglichkeiten zum Einsatz von Personal im Krankenhaus, aus Möglichkeiten einer vergleichsweise kostengünstigen Zurverfügungstellung von Geräten und Räumen und aus den bevorzugten Refinanzierungsmöglichkeiten von Krankenhausunternehmen.

Aus dieser Darlegung lässt sich aber nur ableiten, dass korrigierende Eingriffe in erster Linie die Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Vertragsarzt-MVZ in einer Weise verändern sollen, dass Vertragsarzt-MVZ im Wettbewerb mit den Krankenhaus-MVZ bestehen können. Jedenfalls nicht zielführend sind hingegen die Forderung nach einer räumlichen Begrenzung der ambulanten Angebote von Krankenhausunternehmen auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses sowie die Forderung nach einer fachlichen Begrenzung auf die Bestandteile des klinischen Angebots. Fachliche und räumliche Beschränkungen von Krankenhaus-MVZ würden Wettbewerbsnachteile der Vertragsarzt-MVZ zumindest nicht ausräumen, diese gegebenenfalls sogar vertiefen. Denn Krankenhausunternehmen bieten ihre ambulanten Versorgungsangebote *in der Regel* zur Integration der Behandlungskette und Hebung von Synergien im eigenen Unternehmen an und beschränken sich daher schon *in der Regel* aus sich heraus fachlich auf eigenes klinisches Leistungsspektrum und räumlich auf das eigene Einzugsgebiet.

Die Beschränkung weiterer Gründungsberechtigungen über den Kabinettsentwurf zum TSVG hinaus lehnen wir daher ab. Die im Kabinettsentwurf festgelegte Beschränkung der Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen auf die Gründung fachbezogener MVZ soll nicht auf Krankenhausunternehmen erweitert werden, auch nicht im Hinblick auf eine räumliche Beschränkung, wie die kassenärztlichen Verbände dies in ihren Stellungnahmen zum Referentenentwurf des TSVG fordern. Hingegen soll die Gesundheitspolitik die Rahmenbedingungen in einer Weise gestalten, dass ein nachhaltiges Nebeneinander unterschiedlicher ambulanter Angebote möglich ist. Hierzu ist ein Wettbewerb auf Augenhöhe herzustellen. Hierzu sollten die Möglichkeiten von Vertragsärzten gestärkt werden, als mittelständische MVZ-Unternehmer an der ambulanten Versorgung teilzuhaben. Analog zu den Krankenhausunternehmen müssen auch Vertragsarzt-MVZs gegebenenfalls auf privates Beteiligungskapital zugreifen können, um die hohen Investitionsbedarfe bei einer MVZ-Gründung tragen zu können. Zu überlegen ist daher, ob nicht eine Lockerung der Beteiligungsmöglichkeiten von privatem

Kapital schon zielführend sein kann, die unter dem Vorbehalt stattfindet, dass die Mehrheit der Stimmrechte in den Händen der Ärzte verbleibt.

3. MVZ-GRÜNDUNGSBERECHTIGUNG FÜR ANERKANNTE PRAXISNETZE

Auch bei der im Kabinettsentwurf neu verankerten Möglichkeit der MVZ-Gründung durch anerkannte Praxisnetze in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen (§ 95 Abs. 1a Satz 1 – neu – SGB V) handelt es sich um eine Anpassung im Hinblick auf die MVZ-Gründungsvoraussetzungen.

„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden“
(§ 95 Abs. 1a Satz 1 - neu – SGB V).

Die KBV ist in ihrer Stellungnahme dem Passus im Kabinettsentwurf entgegengetreten, der anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V in ärztlich unterversorgten oder von ärztlicher Unterversorgung bedrohten Gebieten zur Gründung eines MVZ berechtigt. Befürchtet wird, dass Praxisnetze durch diese Regelung zum Gegenstand unternehmerischer Strategien werden. Die KBV schlägt daher eine Regelung vor, über die anerkannte Praxisnetze nur mit Zustimmung der zuständigen KV MVZ gründen können sollen. Außerdem sollen die KVen selbst nach dem Willen der KBV eine Gründungsberechtigung für MVZ erhalten (vgl. Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des TSVG, S. 17).

Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung (BMVZ) hingegen sieht keine objektiven Gründe für die Beschränkung der Gründungsberechtigung anerkannter Praxisnetze auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Gebiete. MVZ würden in der Hand regional stark verbundener Träger dazu beitragen können, Unterversorgung zu verhindern. Der BMVZ fordert daher, die einschränkende Bedingung aufzuheben (vgl. Stellungnahme des BMVZ zum Referentenentwurf des TSVG, S. 3).

Der Bundesrat verbindet beide Voten und fordert, dass anerkannte Praxisnetze mit der Zustimmung der zuständigen KV in begründeten Ausnahmefällen eigene MVZ betreiben dürfen. Die Beschränkung der Gründungsberechtigung durch anerkannte Praxisnetze auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Gebiete würde die Möglichkeiten, Praxisnetze zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu nutzen, zu sehr einengen. Mithin sollen sich Praxisnetze nicht lediglich auf Gebiete beschränken dürfen, in denen eine Unterversorgung festgestellt wurde, sondern sie sollen auch dann ein MVZ gründen dürfen, wenn die betreffende KV dieser zustimmt (BR-Drs. 504/18 (Beschluss), S. 21). Auch aus Gründen der Trägervielfalt, der sicher eine Bedeutung bei der Entwicklung von Versorgungsneuerungen und organisatorischer Innovationen zukommt, halten wir die Forderung im Bundesratsbeschluss, dass anerkannte Praxisnetze mit der Zustimmung der zuständigen KV eigene MVZ betreiben dürfen, auch für ökonomisch sinnvoll.

4. EINFÜHRUNG VON NACHBESETZUNGSREGELUNGEN FÜR ANGESTELLTEN-ARZTSTELLEN IN MVZ

„Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ (§ 103 Abs. 4a Satz 3 – neu – SGB V).

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen“ (§ 101 Abs. 1 Satz 8 – neu – SGB V)

Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Nachbesetzungsregelung für Angestellten-Arztstellen schränkt die im MVZ bisher unbegrenzten Möglichkeiten zur Nachbesetzung ein und sieht mithin neue Eingriffsmöglichkeiten des Zulassungsausschusses vor. Der Zulassungsausschuss hat künftig zu prüfen, ob tatsächlich ein Bedarf für eine Nachbesetzung besteht, seine Kompetenz erstreckt sich jedoch anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes lediglich auf die Entscheidung über das „Ob“, nicht aber auf die Entscheidung über das „Wie“ der Nachbesetzung. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ein MVZ seine angestellten Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

Zudem muss bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes im MVZ künftig durch den Zulassungsausschuss die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des MVZ berücksichtigt werden.

Zur Neuregelung der Nachbesetzung von MVZ Angestellten-Arztstellen äußerte sich beispielsweise der Marburger Bund kritisch. Zwar sei der Ansatz grundsätzlich nachvollziehbar, dass einem Zulassungsausschuss in gesperrten Planungsbereichen eine Bedarfsprüfung möglich sein soll, jedoch ist die Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle nicht vergleichbar mit der Nachbesetzung eines Vertragsarzt-Arztstitzes. Denn Angestellten-Arztstellen werden von ihren Inhabern deutlich häufiger gewechselt als Vertragsarztsitze, die Ärztinnen und Ärzte häufig ein ganzes Berufsleben innehaben. Der Marburger Bund fordert daher Regelungsmechanismen, die sicherstellen, dass nicht jeder Angestelltenwechsel für MVZ oder Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu einer betriebswirtschaftlichen Hängepartie mit ungewissem Ausgang wird (vgl. Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes zum Referentenentwurf des TSVG, S. 9). Ähnlich lautend auch die Einschätzung des BMVZ: MVZ sind gerade auch „in der Konzeption des Gesetzgebers langfristig organisierte Einheiten, die in aller Regel mittels Anstellung von Ärzten komplexe Versorgungskonzepte verfolgen und eine personenunabhängige Kontinuität der Versorgung gewährleisten. [...] Würde nun jeder ärztliche Personalwechsel – anders als bisher – an eine erneute Bedarfsprüfung gebunden, wird die Planbarkeit für die Einrichtung als Ganzes deutlich eingeschränkt, da keine Verlässlichkeit bestünde, dass die Arztstelle nachbesetzt werden kann“ (Stellungnahme des BMVZ zum Referentenentwurf des TSVG, S. 12).

Diesem Votum schließen wir uns an. Wir verstehen MVZ wesentlich auch als Mittel, über das Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in einer mittelständischen Struktur unternehmerisch tätig werden können, einen wichtigen Versorgungsbeitrag leisten und schließlich für diesen und den Bestand der eigenen Unternehmung in die Verantwortung gehen. Vor diesem Hintergrund erscheint es uns sachfremd, dass eine Regulierungsinstitution nicht alleine beispielsweise durch Qualitätsvorgaben in das Marktergebnis eingreift, sondern konkret im Einzelnen dem MVZ die Angebotsstruktur vorgeben und wiederkehrend abändern kann. Dass die Vorgehensweise im Bereich der ambulanten Versorgung so ist, ist der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung geschuldet, die Nachfrage und Angebot auch im Hinblick auf eine in der Fläche gleichmäßige Versorgungsdichte in die Waage bringen muss und dies eben nicht durch einen Markt vollzogen wird, auf dem gegebenenfalls unübersichtlich heterogene Nachfrager auf eigenverantwortlich unternehmerisch tätige Anbieter treffen. In gewisser Weise sehen wir hier daher die Konsequenzen eines Zielkonflikts zwischen den Ideen, die einer unternehmerischen ambulanten Versorgung durch MVZ zugrunde liegen und der Vorstellung, dass man medizinische Angebote in der Fläche zugleich bedarfsdeckend und kostenbegrenzend steuern kann.

Der Eingriff in die Nachbesetzungsmöglichkeiten von Angestellten-Arztstellen durch Zulassungsausschüsse geht im Übrigen an den heutigen gesellschaftlichen Entwicklungen vorbei. In der heutigen Arbeitswelt ist es nicht mehr üblich, ein Leben lang am selben Ort zu arbeiten. Auch angesichts der Herausforderungen, Ärzte insbesondere in ländliche Regionen zu bekommen, sollte alles vermieden werden, was die Anstellung von Ärzten erschwert oder flexible Angebote für junge Ärzte verhindert.

Damit die wirtschaftlichen Wirkungen der Ablehnung einer Nachbesetzung auch für den in dem Fall entscheidenden Zulassungsausschuss einer KV sichtbar und spürbar werden, erachten wir grundsätzlich die Ergänzung des Kabinettsentwurfs um Entschädigungszahlungen an das MVZ oder den Vertragsarzt in Höhe eines – gegebenenfalls auch über marktliche Mechanismen – näher zu beziffernden „Verkehrswertes“ der nicht genehmigten Nachbesetzung für einen gangbaren Ansatz.

5. WEITERENTWICKLUNG DER NACHFOLGEREGELUNGEN FÜR MVZ

„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind“ (§ 95 Abs. 6 Satz 5 – neu – SGB V).

Um zu verhindern, dass einem MVZ nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, sieht der Kabinettsentwurf vor, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte deren Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie in dem MVZ tätig sind. Insofern wird die entsprechende Regelung für Gründerärzte, die ihren Vertragsarztsitz zur Gründung oder Erweiterung eines MVZ in das MVZ einbringen, um anschließend dort als angestellte Ärzte weiter tätig zu sein, auch grundsätzlich sinnvoll auf angestellte Ärztinnen und Ärzte erweitert, die ihre Gesellschafteranteile übernehmen. Entsprechend § 95 Abs. 6 Satz 4 SGB V bleibt die Gründereigenschaft für angestellte Ärztinnen und Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind.

Der BMVZ kritisiert die Regelung systematisch aus dem Grund, dass sie nur anwendbar ist auf MVZ, die durch den Selbstverzicht der Gründerärzte auf ihre vormalige persönliche Zulassung entstanden sind, und es hierdurch nur einer Untergruppe der angestellten Ärzte offensteht, gesellschaftsrechtliche Verantwortung für das MVZ zu übernehmen, in dem sie angestellt sind. Beispielsweise gilt die Regelung dem Wortlaut nach nicht in selber Weise für MVZ, die durch die Übernahme von ausgeschriebenen oder freien Stellen gebildet wurden. Dem Wortlaut nach ist auch der Fall unregelt, wie zu verfahren ist, wenn ein Vertragsarzt das MVZ einem angestellten Arzt übergeben will. Der BMVZ erachtet es daher für nicht nachvollziehbar, warum die Gründer- bzw. Trägereigenschaft für die Dauer des Arbeitsverhältnisses nicht allen angestellten Ärzten, die zugleich Gesellschafter des MVZ sind, über die Dauer ihrer Anstellung gewährt werden soll. Der hieraus resultierende Gründerstatus würde sich von der originären Gründereigenschaft der Vertragsärzte nach § 95 Abs. 1a SGB V dadurch unterscheiden, dass er sachlich und räumlich stets eine konkrete MVZ-Gesellschaft beschränkt wäre (vgl. Stellungnahme des BMVZ zum Referentenentwurf des TSVG, S. 7 f.).

Wir unterstützen die Forderung nach einer Ausweitung der Gründungsvoraussetzung über die ursprünglichen Vertragsärzte hinaus auf sämtliche ärztlichen Gesellschafter auch aufgrund der Überlegung zur Übernahme unternehmerischer Verantwortung. Die Ausweitung der Gründereigenschaft würde zum einen das MVZ vor der Gefahr sichern, dass ihm infolge des Ausscheidens sämtlicher originärer Gründer die Zulassung entzogen wird. Zum anderen geht hiermit aber auch die neue Möglichkeit einer Statusveränderung bei den angestellten Ärzten einher, durch die Übernahme von Gesellschaftsanteilen zugleich auch entsprechend an der gesellschaftsrechtlichen und unternehmerischen Verantwortung teilzuhaben.

LITERATURVERZEICHNIS

Coenen, M., J. Haucap und M. Hottenrott (2016), Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung, DICE Ordnungspolitische Perspektiven Nr 81, DUV, Düsseldorf.

Coenen, M., J. Haucap und I. Loebert (2018), Bestandsaufnahme zur wettbewerblichen Situation in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP), Düsseldorf.

Sachverständigenrat Gesundheit (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Bonn/Berlin.

BISHER ERSCIENEN

- 98 **Strohner, Ludwig, Berger, Johannes und Thomas, Tobias, Sekt oder Selters? Ökonomische Folgen der Reformzurückhaltung bei der Beendigung des Solidaritätszuschlags, August 2018.**
- 97 **Neyer, Ulrike, Die Unabhängigkeit der Europäischen Zentralbank, Juni 2018.**
- 96 **Haucap, Justus, Big Data aus wettbewerbs- und ordnungspolitischer Perspektive, März 2018.**
Erscheint in: K. Morik, und W. Krämer (Hrsg.), Daten – wem gehören sie, wer speichert sie, wer darf auf sie zugreifen?, Verlag Ferdinand Schöningh: Paderborn 2018.
- 95 **Haucap, Justus, Liberalisierung und Regulierung des Postmarktes: Gestern, heute und morgen, März 2018.**
Erscheint in: B. Holznagel (Hrsg.), 20 Jahre Verantwortung für Netze: Bestandsaufnahme und Perspektiven, Festschrift Bundesnetzagentur, Verlag C.H. Beck: München 2018.
- 94 **Haucap, Justus und Kehder, Christiane, Welchen Ordnungsrahmen braucht die Sharing Economy?, Februar 2018.**
Erscheint in: J. Dörr, N. Goldschmidt & F. Schorkopf (Hrsg.), Share Economy: Institutionelle Grundlagen und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen, Mohr Siebeck: Tübingen 2018.
- 93 **Haucap, Justus und Loebert, Ina, Wettbewerbssituation auf dem Markt für Wetterdienstleistungen, Januar 2018.**
- 92 **Coppik, Jürgen, Auswirkungen einer allgemeinen Diensteanbieterverpflichtung im Mobilfunk, Dezember 2017.**
- 91 **Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich, Kehder, Christiane, Odenkirchen, Johannes und Thorwarth, Susanne, Auswirkungen der Markttransparenzstelle für Kraftstoffe (MTS-K): Änderungen im Anbieter- und Nachfragerverhalten, August 2017.**
Erschienen in: Wirtschaftsdienst 97 (2017), S. 721–726.
- 90 **Haucap, Justus und Heimeshoff, Ulrich, Ordnungspolitik in der digitalen Welt, Juni 2017.**
Erschienen in: J. Thieme & J. Haucap (Hrsg.), Wirtschaftspolitik im Wandel: Ordnungsdefizite und Lösungsansätze, De Gruyter Oldenbourg: Berlin 2018, S. 79–132.
- 89 **Südekum, Jens, Dauth, Wolfgang und Findeisen, Sebastian, Verlierer-(regionen) der Globalisierung in Deutschland: Wer? Warum? Was tun?, Dezember 2016.**
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 97 (2017), S. 24–31.
- 88 **Wey, Christian, Verhandlungsmacht und Gewerkschaftswettbewerb, August 2016.**
Erschienen in: Sozialer Fortschritt, 65 (2016), S. 247–253.
- 87 **Haucap, Justus, Warum erlahmt die Innovationsdynamik in Deutschland? Was ist zu tun?, Juli 2016.**
Erschienen in: Walter-Raymond-Stiftung (Hrsg.), Digitalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft: Die technologische Zukunftsfähigkeit Deutschlands auf dem Prüfstand, GDA Verlag: Berlin 2016, S. 7–18.
- 86 **Haucap, Justus, Loebert Ina, Spindler, Gerald und Thorwarth, Susanne, Ökonomische Auswirkungen einer Bildungs- und Wissenschaftsschranke im Urheberrecht, Juli 2016.**
- 85 **Böckers, Veit, Hardorp, Lilian, Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich, Gösler, Niklas und Thorwarth, Susanne, Wettbewerb in der Restmüllerfassung: Eine empirische Analyse der Anbieterstruktur, Juli 2016.**
Erschienen in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 42 (2016), S. 423–440.
- 84 **Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Lange, Mirjam, Gutachten zum Serious Doubts Letter der Europäischen Kommission zur Vectoring-Entscheidung der Bundesnetzagentur, Juni 2016.**
- 83 **Hottenrott, Moritz, Thorwarth, Susanne und Wey, Christian, Gegenstandsbereiche der Normung, März 2016.**
- 82 **Coenen, Michael und Watanabe, Kou, Institutionelle Ergänzungen für die wirtschaftspolitische Beratung, Februar 2016.**
Erschienen in: ZPB Zeitschrift für Politikberatung, 7 (2015), S. 91–99.
- 81 **Coenen, Michael, Haucap, Justus und Hottenrott, Moritz, Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung – Analyse und Reformansätze, Januar 2016.**

ÄLTERE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN FINDEN SIE HIER:

<https://ideas.repec.org/s/zbw/diceop.html>

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Düsseldorfer Institut für
Wettbewerbsökonomie (DICE)**

Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf

ISSN 2190-992X (online)
ISBN 978-3-86304-699-6