A. Goepfert | R. Bühn
C.B. Conrad (Hrsg.)

Das Krankenhaus-MVZ

Planung, Aufbau, Betrieb

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

A. Goepfert | R. Bühn | C. B. Conrad (Hrsg.)

Das Krankenhaus-MVZ

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

A. Goepfert | R. Bühn | C. B. Conrad (Hrsg.)

Das Krankenhaus-MVZ

Planung, Aufbau, Betrieb

mit Beiträgen von

K. Axmann | R. Bühn | C. B. Conrad | G.-R. Franke | O. Frielingsdorf | A. Goepfert
R. Hildebrandt | L. Hofrichter | M. Iserloh | T. M. Kehr | A. Kühn | F. H. Kühn
P. Lindenmayer | T. M. Lüttgen | S. Müller | T. Pfeifer | A. Riediger | W. Schierle
H. B. Sehy | N. Sterley | M. Stoll | R. Strasheim | N. F. Wittig

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Dr. med. Andreas Goepfert,
Dipl.-Gesundheitsökonom
Städtisches Klinikum Braunschweig
gGmbH
Freisestraße 9/10
38118 Braunschweig

Rainer Bühn
MVZ Region Franken GmbH
Crailsheimer Straße 6
91550 Dinkelsbühl
und
MVZ am Klinikum Ansbach GmbH
Escherichstraße 1
91522 Ansbach

Claudia B. Conrad
ANregiomed
Escherichstraße 1
91522 Ansbach

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-264-7 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2016

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Geleitwort

Das Thema dieses Buches wurde schon vor 40 Jahren auf vielen Podien diskutiert. Damals lautete der Titel noch „Verzahnung von ambulant und stationär". Hintergrund war die Entwicklung der Medizin, immer mehr Erkrankungen auch ambulant versorgen zu können. Die überkommene Trennung der Patienten in „horizontal" zu behandelnde Schwerkranke in Krankenhäusern und in „vertikal" zu behandelnde Leichtkranke in Praxen wurde mehr und mehr „aufgeweicht." Auch medizinisch aufwendig zu betreuende Patienten, beispielsweise in der Onkologie, konnten jetzt weiterhin zu Hause wohnen und ambulante Angebote nutzen. Der „diagonale" Patient, der ein bisschen liegt und ein bisschen steht, war geboren.

In dieser Zeit wurden verstärkt öffentlich Forderungen laut, den alten gesetzgeberischen Rahmen zu reformieren, um die „Gräben" zwischen den Versorgungssektoren zu überwinden. Allerdings geschah real zunächst so gut wie nichts. Es blieb weitgehend bei politischen „Sonntagsreden". Die ständischen Berufsvertretungen taten das Ihrige. Erst ganz allmählich kam Bewegung in die Szene und mit den Jahren wuchsen die Versuche, die alten Fronten aufzulockern. Ein ganz zentraler Ansatz war die Etablierung der Integrierten Versorgung. Sie blieb, wie viele andere gesetzgeberische Aktivitäten auch, wegen der komplexen bürokratischen Ausgestaltung und der objektiven Schwierigkeit, medizinische Leistungsversprechen zu vereinbaren, fast überall im Ansatz stecken. Hier ergibt sich möglicherweise erst jetzt eine neue Chance. Strukturierte Behandlungsprozesse auf digitalem Workflow gestatten künftig, stabile Medizinangebote zu garantieren.

Einzig das Institut der Medizinischen Versorgungszentren hat sich nach Einführung rasch verbreitet. Dafür sind mehrere Gründe ausschlaggebend. An vorderster Stelle dürfte die Tatsache stehen, dass MVZs sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern gegründet werden dürfen. Damit war von Anfang an dem ideologisch motivierten Verteilungskampf weitestgehend der Nährboden entzogen. Zudem hat die reale Ungleichverteilung niedergelassener Ärzte zwischen Metropole und Fläche ein Übriges getan. Das hat vielen Kliniken in die Hände gespielt. Wo kein Landarzt mehr ist, entfällt das Argument der Verdrängung. Deshalb ist das Krankenhaus-MVZ ein Zukunftsmodell. Aber Vorsicht, die Regelungen zum Betrieb wurzeln tief im Gestrüpp der inhomogenen Gesetzgebung. Die Politik hat es, wie so oft im Gesundheitsbereich, einfach gemeint, aber kompliziert gemacht. Wer deshalb als Manager mutig agiert, ist schnell in „Feindesland". Die bissigen Abwehrschlachten einiger Kassenärztlicher Vereinigungen zeigen das allzu deutlich. Einzelne Klinikverantwortliche haben das zu spüren bekommen. Eifrige Staatsanwaltschaften witterten sogar unlautere Machenschaften bis hin zur Bildung „Krimineller Vereinigungen".

Medizinische Versorgungszentren werden sich weiter durchsetzen. Für erfolgsorientierte Krankenhausmanager darf es deshalb aus Sorge um Widerstände keine Abstinenz bei der Verknüpfung von ambulanter und stationärer Medizin geben. Aber Wachsamkeit ist angesagt. Deshalb kommt das Buch „Das Krankenhaus-MVZ", das Planung, Aufbau und Betrieb intensiv beleuchtet, gerade recht und sei jedem strategischen oder operativen Klinikverantwortlichen zur Lektüre sehr empfohlen.

Prof. Heinz Lohmann, Hamburg
Mai 2016

Die Autoren

Klaus Axmann, Dipl.-Kfm.
Axmann & Engling
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Richard-Breslau-Straße 5
99094 Erfurt

Rainer Bühn
MVZ Region Franken GmbH
Crailsheimer Straße 6
91550 Dinkelsbühl
und
MVZ am Klinikum Ansbach GmbH
Escherichstraße 1
91522 Ansbach

Claudia B. Conrad
ANregiomed
Escherichstraße 1
91522 Ansbach

Dr. med. Gerd-Rüdiger Franke
Ellwanger Straße 6B
91550 Dinkelsbühl

Oliver Frielingsdorf, Dipl.-Ing., Dipl.-Wirtschaftsing.
Frielingsdorf Consult GmbH
Hohenstaufenring 48–54
50674 Köln

Dr. med. Andreas Goepfert, Dipl.-Gesundheitsökonom
Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH
Freisestraße 9/10
38118 Braunschweig

Dr. Rolf Hildebrandt
LHE Rechtsanwälte
Alfred-Hess-Straße 23
99094 Erfurt

Prof. Linus Hofrichter, Dipl.-Ing. Architekt BDA
sander.hofrichter architekten GmbH
Gesellschaft für Architektur und Generalplanung
Kapellengasse 11
67071 Ludwigshafen

Dr. rer. medic. Manuel Iserloh, Dipl.-Wirtsch.-Ing.
4C GROUP AG
Französische Straße 8
10117 Berlin

Dr. med. dent. Thorsten M. Kehr, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, Dipl.-Ing. der Architektur
Holsteinische Straße 59
12163 Berlin

Axel Kühn
Stellwerk Kommunikationsberatung GmbH
Lange Straße 89
24399 Arnis

Felix H. Kühn
Stellwerk Kommunikationsberatung GmbH
Lange Straße 89
24399 Arnis

Dr. rer. pol. Philipp Lindenmayer, CFA
Ernst & Young GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Flughafenstraße 61
70629 Stuttgart

Thomas M. Lüttgen, Dipl.-Betriebswirt (FH)
RadioLogic GmbH
Gießener Straße 1 A
35460 Staufenberg

Susanne Müller, Dipl.-Pol.
Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Thomas Pfeifer
Facharzt für Radiologie
RadioLogic GmbH
Gießener Straße 1 A
35460 Staufenberg

Anja Riediger, Dipl.-Kffr. (FH)
Axmann & Engling
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Richard-Breslau-Straße 5
99094 Erfurt

Wilhelm Schierle, Dipl.-Kaufmann
Ernst & Young GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Flughafenstraße 61
70629 Stuttgart

Dr. iur. Hendrik B. Sehy
Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Berliner Allee 26
30175 Hannover

Nadine Sterley
Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
An der Welle 10
60322 Frankfurt am Main

Michael Stoll, Dipl.-Betriebswirt
Ernst & Young GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Flughafenstraße 61
70629 Stuttgart

Dr. med. Roland Strasheim, MBA
AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN
gemeinnützige GmbH
Wilhelm-Epstein-Straße 4
60431 Frankfurt am Main

Nils F. Wittig, Dipl.-Kfm.
K|M|S Vertrieb und Services AG
Inselkammerstraße 1
82008 Unterhaching

Inhalt

I Rahmenbedingungen 1

1 Marktregulierende Mechanismen 3
Nadine Sterley

2 Rechtliche Rahmenbedingungen 25
Hendrik B. Sehy

3 MVZ-Markt 43
Nils F. Wittig

II Aufbau und Organisation 57

1 Organisation- und Managementstruktur MVZ 59
Rainer Bühn

2 Leistungsbereiche und Prozesse 77
Thomas Pfeifer und Thomas M. Lüttgen

3 Bauliche Besonderheiten des Krankenhaus-MVZ 99
Linus Hofrichter

4 Aufbauorganisation in Medizinischen Versorgungszentren 115
Claudia B. Conrad

5 Kommunikation in Aufbau und Betrieb 131
Axel Kühn und Felix H. Kühn

6 Ethik vs. Ökonomie – Mehrwert der MVZ-Struktur am Beispiel chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen 157
Gerd-Rüdiger Franke

7 Das MVZ als Arbeitgeber 165
Susanne Müller und Roland Strasheim

III Schnittstellen 179

1 Das MVZ im Spannungsfeld der Sektoren 181
Rolf Hildebrandt

2 Wirtschaftsplanung 197
Oliver Frielingsdorf

3 Reporting und Kennzahlen 201
Oliver Frielingsdorf

4 Zukunft ambulanter Versorgung 211
Manuel Iserloh und Thorsten M. Kehr

IV Betriebsführung 231

1 Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ 233
Andreas Goepfert

2 Strategie und Selbstverständnis von Krankenhaus-MVZ 249
Rainer Bühn

3 Akquise von Kassensitzen und die Bedeutung des Gutachtens 257
Klaus Axmann und Anja Riediger

4 Übernahme und Integration von MVZ-Praxen 267
Rainer Bühn

5 Risiko bei der Betriebsführung eines MVZ 275
Philipp Lindenmayer, Wilhelm Schierle und Michael Stoll

Sachwortverzeichnis 297
Autorenporträts 303

I

Rahmenbedingungen

1 Marktregulierende Mechanismen

Nadine Sterley

Ein Krankenhaus darf gesetzlich versicherungspflichtige Patienten nur dann behandeln, wenn es zur Teilnahme an der stationären Versorgung der Bevölkerung zugelassen ist. Ähnlich strenge Voraussetzungen gelten für Medizinische Versorgungszentren (im Folgenden „**MVZ**" genannt) im ambulanten Bereich. Das MVZ muss als solches zugelassen sein, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können.

Den Ausgangspunkt bilden die gesetzlichen Bestimmungen der **§§ 95ff. SGB V**, die die Voraussetzungen und die Form der Teilnahme von MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich festlegen (im Folgenden auch „**Marktzutrittsbedingungen**" genannt). Dieses Kapitel stellt die gesetzlichen Rahmenbedingungen dar, unter denen ein Krankenhaus ein MVZ errichten und betreiben darf.

> *Ein MVZ ist nur dann zur Behandlung gesetzlich versicherungspflichtiger Patienten berechtigt, wenn es an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Anders ausgedrückt muss das MVZ den Status eines zugelassenen Leistungserbringers im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems besitzen. Die Bedingungen dafür hat der Gesetzgeber in §§ 95ff. SGB V definiert.*

1.1 Bedarfsplanung

1.1.1 Grundlegendes zum System der gesetzlichen Krankenversicherung

Das gesetzliche Krankenversicherungssystem basiert auf dem Grundsatz, dass der versicherungspflichtige Patient gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Sach- oder Dienstleistung hat (sog. „**Sachleistungsprinzip**“, vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Um diesem Sachleistungsprinzip gerecht zu werden, bedarf es einer flächendeckenden Versorgungsstruktur. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist eine solche Versorgungsstruktur durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer – also Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, MVZ – zu gewährleisten (sog. „**gemeinsamer Sicherstellungsauftrag**“, vgl. §§ 70 Abs. 1, 72 Abs. 1 SGB V). Das bedeutet, dass sie zur Schaffung und Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen ambulanten Infrastruktur verpflichtet sind, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Tatsächlich erfüllt wird diese besondere Aufgabe jedoch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (sog. „**besonderer Sicherstellungsauftrag**“, vgl. § 75 Abs. 1 SGB V). Ihnen obliegt es damit, ein ausreichendes Angebot an Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bereitzustellen (*Nebendahl* in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage, 2014, § 75 Rn. 2).

Die **Bedarfsplanung** dient der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und trägt zur Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bei (Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Februar 2005 – Az. B 6 KA 81/03). Sie regelt die *bedarfsgerechte* Teilhabe der Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung. Wer eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung anstrebt, muss daher „gewisse Einschränkungen hinsichtlich des Ortes, des Zeitpunktes und/oder der Modalitäten einer Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit“ hinnehmen (Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Februar 2005 – Az. B 6 KA 81/03). Vereinfacht ausgedrückt, kann ein Leistungserbringer, der gesetzlich versicherungspflichtige Patienten behandeln möchte, nicht frei über den konkreten Ort seiner Niederlassung – und zwar bezogen auf die Gemeinde, Straße und Hausnummer – entscheiden.

1.1.2 Bedarfsplan

Die Bedarfspläne sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen aufzustellen und fortlaufend anzupassen, vgl. § 99 SGB V. Maßgeblich dafür sind:

- die sog. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung („**Bedarfsplanungs-**

Richtlinie“, aktuelle Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie abrufbar unter https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/) sowie
- der Dritte Abschnitt der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte („**Ärzte-ZV**“).

Die Bedarfspläne stellen den jeweiligen Stand und den Bedarf an vertragsärztlicher Versorgung im Rahmen von festgelegten Planungsbereichen dar. **Planungsbereiche** sind räumlich-regionale und fachgebietsabhängige Untergliederungen des Bundesgebietes.

Innerhalb eines Planungsbereiches wird der allgemeine bedarfsgerechte **Versorgungsgrad** anhand von arztgruppenspezifischen Arzt-Einwohner-**Verhältniszahlen** ermittelt. Dabei handelt sich um einen rechnerischen Vergleich der bestehenden Bevölkerungs- und arztgruppenspezifischen Zulassungszahlen unter kontinuierlicher Berücksichtigung der demografischen Entwicklung (*Neumann* in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Sozialrecht, Stand: 1. Dezember 2015, § 101 Rn. 2). Vereinfacht ausgedrückt wird in regelmäßigen Abständen untersucht, wie viele Ärzte einer bestimmten Fachrichtung für wie viele Einwohner benötigt werden. Die Verhältniszahlen dienen der Bestimmung der Über- und Unterversorgung.

1.1.3 Unterversorgung

Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung ist gegeben, wenn in einem Planungsbereich „Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann“, vgl. § 28 Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Hiervon ist auszugehen, wenn der ausgewiesene Bedarf
- in der hausärztlichen Versorgung um mehr als 25% und
- in der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50%

unterschritten wird.

Eine vertragsärztliche Unterversorgung ist in der Praxis allenfalls in ländlich geprägten Planungsbereichen gegeben. Ob eine Unter- oder Überversorgung im konkreten Fall vorliegt, ist anhand des folgenden – vereinfacht dargestellten – Prüfungsschemas zu ermitteln:

1. *Wie lautet die Arztgruppe, d.h. welches Fachgebiet soll das MVZ bedienen?*
2. *In welchem Planungsbereich hat das MVZ seinen Sitz?*

3. *Handelt es sich um einen offenen (= weil unterversorgt) oder gesperrten (= weil überversorgt) Planungsbereich? In der Regel genügt zur Beantwortung dieser Frage ein Blick auf die Homepage der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.*

1.1.4 Überversorgung

Grundsatz

Eine Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10% überschritten ist, vgl. § 16b Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV. Ist die Überversorgung festgestellt, werden Zulassungsbeschränkungen – jeweils konkretisiert nach Planungsbereich, Arztgruppe und unter Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten – angeordnet, vgl. § 103 SGB V, § 16b Abs. 2 Ärzte-ZV („**gesperrter Planungsbereich**"). Das Fortbestehen der Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ist alle sechs Monate zu prüfen.

Mit anderen Worten ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in einem gesperrten Planungsbereich grundsätzlich ausgeschlossen. Selbiges gilt für die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in diesen Planungsbereich oder der Fachgruppenwechsel in eine gesperrte Arztgruppe.

Die Bedarfsplanung gilt nicht für Vertragszahnärzte. Zahnärzte (im Sinne des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde) haben einen Rechtsanspruch auf Teilhabe an der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das bedeutet, dass dem Antrag eines MVZ auf Zulassung eines zahnärztlichen Vertragsarztsitzes unabhängig von der Bedarfsplanung stattzugeben ist.

Ausnahmen

Der vorstehende Grundsatz zur Überversorgung gilt nicht

- bei Zulassungsverzicht zugunsten einer MVZ-Angestelltentätigkeit (vgl. § 103 Abs. 4a SGB V);
- im Falle einer Sonderbedarfsfeststellung (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
- bei Praxisnachfolge (vgl. § 103 Abs. 3aff. SGB V);
- im Rahmen des Jobsharing (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Mit Blick auf die Errichtung eines MVZ stellen die vorstehend genannten Ausnahmetatbestände in der Praxis regelmäßig die einzige Möglichkeit dar, als solches zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung überhaupt zugelassen zu werden. Dies gilt auch für eine Erweiterung des Leistungsangebotes eines MVZ.

Zulassungsverzicht zugunsten einer MVZ-Angestelltentätigkeit

Verzichtet ein **Vertragsarzt** (= ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt) in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung, um als angestellter Arzt in einem MVZ tätig zu werden, ist die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Vereinfacht ausgedrückt ist es grundsätzlich möglich, die Zulassung als Vertragsarzt in eine Arztstelle am MVZ umzuwandeln.

§ 103 Abs. 4 Satz 2 SGB V gestattet die Aufteilung einer Vollzulassung in zwei Teilzulassungen. Es dürfte daher zulässig sein, dass der Vertragsarzt einerseits hälftig auf seine Zulassung zugunsten einer MVZ-Angestelltentätigkeit verzichtet und andererseits hälftig seiner vertragsärztlichen Tätigkeit nachgeht (arg. e § 15a Abs. 1 Satz 4 des Bundesmantelvertrages für Ärzte und § 62 der Bedarfsplanungs-Richtlinie; so auch *Möller/Dahm/Remplik* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 9. Kapitel Rn. 357).

Der Zulassungsverzicht ist als einseitige Willenserklärung zu qualifizieren und an den zuständigen **Zulassungsausschuss** (= ein zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichtetes Gremium, welches mit je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzt ist, vgl. § 96 SGB V) zu richten. Der Vertragsarzt wird in der Regel darauf drängen, die Verzichtserklärung an die Bedingung einer bestandskräftigen Genehmigung der MVZ-Anstellung zu knüpfen (vgl. zur Bedingungsfeindlichkeit des Zulassungsverzichts OLG Hamm, Urteil vom 25. August 2010 – Az. I-11 U 288/09). Der Grund hierfür ist, dass der verzichtende Arzt eine aus der Zulassung resultierende gesicherte Rechtsposition aufgibt ohne sicherzustellen, die Angestelltentätigkeit im MVZ tatsächlich aufnehmen zu können. Selbiges gilt im Übrigen auch im Falle des Scheiterns der beabsichtigten Zusammenarbeit. Ohne eine Vertragsarztzulassung kann sich der Arzt andernorts nicht niederlassen.

In der Praxis erfolgt der Zulassungsverzicht zumeist im Zusammenhang mit einem Verkauf der Praxis des verzichtenden Arztes an das MVZ. Die Übertragung der Vermögensgegenstände erfolgt entgeltlich und kann ggf. unter aufschiebende Bedingungen gestellt werden.

Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam, vgl. § 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV.

Höchstrichterlich ungeklärt ist die Frage, ob sich der Sitz des auf die Zulassung verzichtenden Vertragsarztes in demselben Planungsbereich befinden muss wie der Sitz des MVZ (dafür Landessozialgericht Bayern, Urteil vom 16. Januar 2013 – Az. L 12 KA 77/12; a.A. *Möller/Dahm/Remplik* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 9. Kapitel Rn. 354). Die Möglichkeit der planungsbereichsübergreifenden Umwandlung sollte daher – zwingend *vor* Umsetzung des Vorhabens – mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erörtert werden.

> ***Mit Blick auf die potenzielle Gefahr der Einleitung rechtlicher Schritte eines Konkurrenten empfiehlt es sich, mit dem bedingten Zulassungsverzicht zugleich auch einen Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes an den Sitz des MVZ zu stellen. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Leistungen am MVZ jedenfalls als Vertragsarzt erbracht werden können.***

Die Genehmigung der Anstellung erteilt der Zulassungsausschuss in der Regel nur unter Vorlage des Anstellungsvertrages (freie Mitarbeiterschaft nicht möglich!). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass der verzichtende und der anzustellende Arzt personenidentisch sein müssen (vgl. auch *Möller/Dahm/Remplik* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 9. Kapitel Rn. 358f.). Es ist daher nicht möglich, den Zulassungsverzicht zugunsten eines anderen beim MVZ anzustellenden Arztes zu erklären.

> ***In welchem Stundenumfang und für welchen Zeitraum der auf die Zulassung verzichtende Vertragsarzt bei dem MVZ tatsächlich tätig sein muss, ist abhängig von der Rechtsansicht des zuständigen Zulassungsausschusses. Eine zu kurze Dauer der Angestelltentätigkeit könnte beispielsweise als Umgehung der bedarfsplanerischen Vorgaben aufgefasst werden.***

Sonderbedarfsfeststellung

Unabhängig von einer bestehenden Zulassungsbeschränkung besteht die Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung (vgl. §§ 36f. Bedarfsplanungs-Richtlinie). Sie stellt eine Ausnahmeregelung zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich dar (Bundessozialgericht,

Urteil vom 28. Juni 2000 – Az. B 6 KA 35/99 R). Die Voraussetzungen zur Erteilung einer Sonderbedarfszulassung sind:

- Der Bedarf muss dauerhaft sein; eine nur vorübergehende Versorgungslücke ist auf andere Weise (z.B. durch Ermächtigung) zu schließen.
- Es ist eine wirtschaftlich tragfähige Praxis zu etablieren (Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Juni 2000 – Az. B 6 KA 35/99 R).
- Es bedarf der Feststellung eines lokalen Sonderbedarfs oder eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs mit Blick auf einen Schwerpunkt, einer fakultativen Weiterbildung, einer besonderen Fachkunde für ein Facharztgebiet oder einer Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung. **Lokaler Sonderbedarf** besteht, wenn eine Unterversorgung innerhalb eines gesperrten Planungsbereichs in einem bestimmten Fachbereich droht. Existiert hinsichtlich eines Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung, einer besonderen Fachkunde für ein Facharztgebiet oder einer Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung ein entsprechender Bedarf, entsteht ein **qualifikationsbezogener Sonderbedarf**.

Die Sonderbedarfszulassung ist an den Ort der Niederlassung gebunden. Eine Verlegung setzt somit einen neuen Antrag auf Sonderbedarf voraus (*Rehborn* in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht 2015, § 101 Rn. 56).

Die Sonderbedarfszulassung gilt unbefristet. Stellt der Landesausschuss jedoch fest, dass eine Überversorgung nicht mehr gegeben ist, endet auch die Sonderbedarfszulassung.

> *Die Sonderbedarfszulassung mutet einfach an, stellt jedoch das „letzte Mittel" zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur dar. Dem Zulassungsantrag eines MVZ auf Sonderbedarf wird also nur dann entsprochen, wenn die vertragsärztliche Versorgung in einem bestimmten Bereich nicht auf andere Weise gewährleistet werden kann.*
>
> *Selbst wenn die Sonderbedarfszulassung antragsgemäß erteilt wird, besteht im Übrigen für mindestens ein Kalenderjahr das Risiko, dass sich ein Dritter (z.B. Konkurrent) erfolgreich gegen die Sonderbedarfszulassung des MVZ wehrt. Die Gestaltungsvariante sollte nur dann gewählt werden, wenn diese Unwägbarkeit durch eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus (als Gesellschafter des MVZ) und dem MVZ aufgefangen werden kann.*

Praxisnachfolge

Die Praxisnachfolge ist möglich bei Tod oder Verzicht eines Vertragsarztes sowie durch Zulassungsentziehung, vgl. § 103 Abs. 3a Satz 1 SGB V.

Ein MVZ kann von dieser Möglichkeit jedoch nur Gebrauch machen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen, vgl. § 103 Abs. 4c Satz 1 SGB V. Der Gesetzgeber indiziert dabei den Umstand, dass die durch das MVZ übernommene vertragsärztliche Tätigkeit nicht in der Praxis, sondern in den Räumlichkeiten des MVZ ausgeübt werden soll (BT-Drucksache 17/6906, S. 77). Führt also die Praxisnachfolge durch das MVZ zu Versorgungsproblemen am bisherigen Sitz der Praxis, stehen diese Versorgungsprobleme einer solchen Übernahme entgegen (BT-Drucksache 17/6906, S. 77). In diesem Fall bestünde für das MVZ ggf. die Möglichkeit, am bisherigen Praxissitz eine Zweigpraxis zu errichten (BT-Drucksache 17/6906, S. 77).

Eine wesentliche Voraussetzung für die Praxisnachfolge ist der Antrag auf Durchführung eines **Nachbesetzungsverfahrens** des betreffenden Vertragsarztsitzes beim zuständigen Zulassungsausschuss. Durch das am 23. Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ist festgelegt worden, dass der Antrag auf Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes bei gegebener Überversorgung abgelehnt werden *kann*, wenn die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Er *soll* hingegen abgelehnt werden, wenn der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40% überschritten ist. In der Konsequenz wäre der Sitz – in beiden Fällen – gegen Zahlung einer Entschädigung durch den Zulassungsausschuss einzuziehen. Die Höhe der Entschädigung, die dem Verkehrswert für den Fall der Praxisfortführung entspricht, setzt die Kassenärztliche Vereinigung fest.

Die Ablehnung des Antrages ist für den in § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 5 und Nr. 6 SGB V bezeichneten Personenkreis ausgeschlossen. Für das MVZ kommt diese Privilegierung nur dann in Betracht, wenn mit dem abgabewilligen Vertragsarzt bereits vor Stellung des Antrages auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens eine längerfristige Berufsausübungsgemeinschaft bestanden hat, vgl. § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 6 SGB V. Der Gesetzgeber geht in diesem Zusammenhang von einer mindestens dreijährigen gemeinsamen Zusammenarbeit aus (BT-Drucksache 18/4095, S. 108).

> ***Aufgrund des am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) kommt mit Blick auf das MVZ allenfalls eine geplante Praxisnachfolge in Betracht. Diese in der Regel nur dann, wenn das MVZ vor Antragstellung auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens bereits eine mindestens dreijährige Berufsausübungsgemeinschaft mit dem nachfolgewilligen Vertragsarzt errichtet und aufrechterhalten hat.***

Wird dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens durch den Zulassungsausschuss stattgegeben, ist eine Auswahlentscheidung anhand zu

berücksichtigender Eignungskriterien zu treffen. Hierbei hat das MVZ entweder einen Arzt für die ausgeschriebene Zulassung zu benennen oder aber es legt ein besonderes Versorgungskonzept vor. Sofern ein MVZ nach dem 1. Januar 2012 zugelassen worden ist, wird es bei der Auswahlentscheidung gegenüber den anderen Bewerbern jedoch nachrangig berücksichtigt, vgl. § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V. Der Gesetzgeber verfolgt mit dieser Regelung das Ziel, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit zu schützen und will einen Verdrängungswettbewerb der MVZ zulasten von Vertragsärzten oder Ärzten, die sich auf einem frei werdenden Vertragsarztsitz niederlassen wollen, verhindern (BT-Drucksache 17/6906, S. 77).

Ist das MVZ hingegen vor dem 1. Januar 2012 zugelassen, dürfte es einem Krankenhaus-MVZ in der Regel keine Probleme bereiten, einen Arzt zu benennen, der die Eignungskriterien (über-)erfüllt.

> ***Obsiegt das MVZ im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens, kann jeder unterlegene Bewerber Widerspruch gegen die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses einlegen. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung, sodass während des Widerspruchsverfahrens keine vertragsärztlichen Leistungen durch das MVZ erbracht werden können.***

Voraussetzung für die Praxisnachfolge ist die **Fortführung** der Vertragsarztpraxis. Ein fehlender Fortführungswille des MVZ kann indiziert werden, wenn eine Verlegung des Vertragsarztsitzes und/oder ein Zulassungsverzicht zugunsten einer MVZ-Angestelltentätigkeit in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit der Praxisübernahme erfolgt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung bezieht sich der Fortführungswille auf einen Zeitraum von fünf Jahren ab Praxisübernahme (Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Dezember 2013 – Az. B 6 KA 49/12 R).

Jobsharing

Die Gestaltungsvariante des Jobsharings wurde erstmals zum 1. Juli 1997 eingeführt. Der Gesetzgeber wollte damit dem Bedürfnis der Ärzte gerecht werden, die Arbeitszeiten individuell festlegen zu können. Zudem sollte eine Beschäftigungsmöglichkeit ohne einhergehende Leistungserweiterung geschaffen werden. Mit anderen Worten erfolgt eine Teilung eines bestehenden Versorgungsauftrages. Der über eine Vollzulassung verfügende Vertragsarzt und der hinzukommende Arzt (= Jobsharer) stehen somit gemeinsam dafür ein, die wöchentliche Sprechstundenanzahl abzuhalten.

Das Jobsharing ist zulässig, wenn sich ein Vertragsarzt mit einem Arzt derselben Fachrichtung zusammenschließt und beide Ärzte sich gegenüber dem Zulassungsausschuss zur Einhaltung eines Leistungsumfangs verpflichten, der denjenigen der bisherigen Praxis nicht wesentlich überschreitet (*Möller*

in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 16. Kapitel Rn. 318).

Von der Zulassungsvariante des Jobsharings kann auch ein MVZ Gebrauch machen, vgl. §§ 4off. i.V.m. § 52 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Die Voraussetzungen dafür sind

- das Bestehen einer Fachidentität, d.h. die Partner der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit müssen dieselbe Facharztkompetenz und grundsätzlich auch – sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird – dieselbe Schwerpunktkompetenz besitzen sowie
- die Verpflichtung der Partner, den bisherigen Leistungsumfang der Praxis nicht mehr als 3% zu überschreiten (vgl. § 42 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Es handelt sich um eine vinkulierte – also an eine bereits vorhandene vertragsärztliche Zulassung gebundene – Zulassung (*Jaeger* in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage, 2014, § 101 Rn. 6).

Die Jobsharing-Zulassung erstarkt nach 10 Jahren automatisch zur Vollzulassung, vgl. § 101 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Vor dem zehnjährigen Bestand kann die Jobsharing-Zulassung zur Vollzulassung erstarken, wenn der betreffende Planungsbereich entsperrt wird. In diesem Fall wandeln sich so viele beschränkte Zulassungen zu Vollzulassungen wie durch die Entsperrung frei werden (*Möller* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 16. Kapitel Rn. 329). Scheidet der über die Vollzulassung verfügende Arzt aus, ist der Jobsharer nach fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit bei der Bewerberauswahl im Nachbesetzungsverfahren privilegiert.

Aufgrund des mangelnden Entwicklungspotenzials eignet sich das Jobsharing-Modell nur auf langfristige Sicht. So ist das Leistungswachstum auf maximal 3% beschränkt. Zudem wird der Jobsharer erst nach fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit in einem Nachbesetzungsverfahren über den Sitz des über die Vollzulassung verfügenden Vertragsarztes bevorzugt behandelt. Erst nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit wandelt sich die Jobsharing-Zulassung automatisch in eine unbeschränkte Zulassung.

1.1.5 Rechtsfolgen der Aufnahme in die Bedarfsplanung

Mit Zulassung des MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung sind folgende Verpflichtungen verbunden:

- Das MVZ ist Pflichtmitglied in der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.
- Das MVZ ist nicht nur zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigt, sondern auch verpflichtet.

- Dem MVZ obliegt eine sog. Präsenzpflicht, d.h. es muss zu den „üblichen" Sprechstundenzeiten für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

1.2 Zulassungsvoraussetzungen

Nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind MVZ „ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister [...] eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind". Die einzelnen Zulassungsvoraussetzungen werden im Folgenden überblicksartig dargestellt.

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes am 23. Juli 2015 ist eines der Kernelemente eines MVZ – die „fachübergreifende" Ausrichtung – gestrichen worden. Das bedeutet, dass nunmehr auch fachgebietsgleiche MVZ zulässig sind, was sowohl für den ärztlichen (einschließlich der Psychotherapeuten) wie auch für den zahnärztlichen Bereich gilt.

1.2.1 Zugelassenes Krankenhaus als geborener MVZ-Gründer

Ein Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V („**zugelassene Krankenhäuser**") besitzt von Gesetzes wegen die Gründereigenschaft. Demnach kann Gründer eines MVZ sein:

- Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Nach aktueller Gesetzeslage sind daneben taugliche Gründer eines MVZ auch:

- Vertrags(zahn)ärzte (auch mit nur hälftigem Versorgungsvertrag gemäß § 19a Ärzte-ZV),
- Erbringer von nichtärztlichen Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V,
- gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder
- Kommunen.

Hieraus folgt, dass die Gründereigenschaft aktuell nicht besitzen:

- Privatkrankenanstalten im Sinne des § 30 GewO,
- Management-/Holdinggesellschaften,
- Zahntechniker,

- Apotheken, Krankenhausapotheken im Sinne des § 129a SGB V,
- Pharmazeutische Unternehmen im Sinne der §§ 130a, 130b SGB V,
- Heilmittelerbringer im Sinne des § 124 SGB V, Heilmittellieferanten im Sinne des § 127 SGB V.

Ein zugelassenes Krankenhaus kann mehrere MVZ betreiben (verbreitete Ansicht; so auch Meschke, MedR 2009, 263, 265 m.w.N.), und zwar jeweils in eigener Rechtsform oder als selbstständige Betriebsstätten eines einzigen Rechtsträgers.

Rechtlich möglich ist auch, dass das jeweilige MVZ zulassungsbezirksübergreifend betrieben wird. Das bedeutet, dass das Krankenhaus seinen Sitz in einem anderen KV/KZV-Bezirk haben kann als das MVZ. Im Ergebnis dürfte die Etablierung einer bundesweiten MVZ-Konzernstruktur durch ein einzelnes Krankenhaus zulässig sein. Gleichwohl sind derartige Gestaltungsoptionen im Einzelfall mit den zuständigen Zulassungsgremien abzustimmen.

> ***Die Etablierung von zulassungsbezirksübergreifenden MVZ-Konzernstrukturen durch ein einzelnes Krankenhaus ist rechtlich zulässig. Gleichwohl sind derartige Gestaltungsoptionen im Einzelfall mit den zuständigen Zulassungsgremien abzustimmen.***

Es ist zudem möglich, dass das MVZ eine oder mehrere **Filialen** unterhält. Diese können auch in anderen Planungsbereichen und/oder zulassungsbezirksübergreifend errichtet werden. Zu beachten ist dabei, dass die Errichtung einer Filiale an besondere Voraussetzungen geknüpft ist: Zum einen muss dadurch eine Versorgungsverbesserung erzielt werden und zum anderen darf die Tätigkeit am Sitz des MVZ nicht beeinträchtigt werden. Die Tätigkeit muss damit überwiegend am Sitz des MVZ entfaltet werden, sodass der Errichtung beliebig vieler Filialen Grenzen gesetzt sind.

Neben der Neugründung eines MVZ kann ein Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V auch ein bereits errichtetes MVZ erwerben. Der **Gesellschafterwechsel** ist dem Zulassungsausschuss anzuzeigen, damit dieser das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen bei dem Eintretenden prüfen kann. Einer erneuten Genehmigung durch den Zulassungsausschuss bedarf es jedoch nicht (Bundessozialgericht, Urteil vom 22. Oktober 2014 – Az. B 6 KA 36/13 R).

Die fortwährende Gründereigenschaft ist Voraussetzung für den **Fortbestand** der Zulassung eines MVZ. Nimmt das Krankenhaus nicht mehr an der Versorgung gesetzlich Versicherter teil, verliert es die für das MVZ notwendige Gründereigenschaft. In diesem Fall besteht für einen Zeitraum von sechs Monaten die Möglichkeit, die Gründereigenschaft wiederherzustellen (vgl. § 95 Abs. 6 Satz 3 SGB V) oder aber dafür Sorge zu tragen, dass ein entsprechender Gesellschafterwechsel erfolgt (vgl. ausführlich *Rehborn* in MedR 2010, 290, 292).

1.2.2 Erforderlichkeit einer „Einrichtung“

Der Begriff der Einrichtung ist gesetzlich nicht definiert. Erforderlich ist aber eine räumlich und sachlich abgrenzbare organisatorische Einheit; bloß virtuelle Erscheinungsformen, die nur auf dem Papier existieren, genügen jedenfalls nicht (Bundessozialgericht, Urteil vom 13. Mai 2015 – Az. B 6 KA 25/14 R).

> *Wegen der unterschiedlichen Verwaltungspraxis sollte mit dem zuständigen Zulassungsausschuss geklärt werden, ob das MVZ räumlich (im wörtlichen Sinne) – beispielsweise durch einen separaten Eingang – von den stationären Einrichtungen des Krankenhauses zu trennen ist.*

Gegen diese Rechtsauffassung spricht jedenfalls, dass das Gesetz ein solches „Trennungsprinzip“ nicht vorschreibt (*Möller/Dahm/Remplik* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 9. Kap. Rn. 25). Vielmehr ist die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus von Gesetzes wegen mit der Tätigkeit des Vertragsarztes für vereinbar erklärt worden, vgl. § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV.

> *Ob und inwieweit das Krankenhaus für die Errichtung und Unterhaltung des MVZ auch nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördertes Vermögen (Immobilien und/oder Anlagegüter) einsetzen kann, bedarf der rechtlichen Prüfung im Einzelfall (Risiko der Fördermittelfehlverwendung).*

1.2.3 Unter ärztlicher Leitung

Das MVZ muss – ähnlich wie bei einem Krankenhaus – unter ärztlicher Leitung stehen. Das Gesetz macht keine Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung dieser Funktion. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Gesetzgeber eine Abgrenzung zum kaufmännischen Bereich im Sinne einer „ärztlichen Gesamtleitung“ vornehmen wollte.

> *Der ärztliche Leiter muss nicht (kann aber) zugleich Geschäftsführer des MVZ sein. In jedem Fall muss er in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein. Die Rechtsprechung setzt mindestens eine Halbtagstätigkeit des ärztlichen Leiters voraus (Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Dezember 2013 – Az. B 6 KA 39/12 R).*

Das Bundessozialgericht hat offen gelassen, wann eine Halbtagstätigkeit des ärztlichen Leiters anzunehmen ist. Aus arbeitsrechtlicher Sicht wird eine Wo-

chenarbeitszeit von mindestens 19,5 Stunden vorausgesetzt, wobei es mit Blick auf die Erfüllung eines halben Versorgungsauftrags zulassungsrechtlich eines zeitlichen Umfangs von 10 Wochensprechstunden bedarf.

Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Hierdurch soll – so die Gesetzesbegründung – die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebene Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet werden, „denn nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden" (BT-Drucksache 17/6906, S. 70).

Das MVZ kann die Bestellung des ärztlichen Leiters jederzeit widerrufen und einen neuen ärztlichen Leiter bestellen.

Änderungen in der Person des ärztlichen Leiters sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

Aus praktischen Gründen ist die Bestellung eines stellvertretenden ärztlichen Leiters empfehlenswert.

1.2.4 Tätigkeit als angestellter Arzt

Ein MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses wird in der Regel ausschließlich mit angestellten Ärzten geführt, wobei die Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts und des Vertragsarztrechts zu beachten sind.

Soweit ersichtlich – abhängig von der Rechtsauffassung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung – besteht die kleinste mögliche MVZ-Einheit aus zwei Ärzten oder Zahnärzten mit einem jeweils hälftigen Versorgungsauftrag.

Denkbar ist auch, die Tätigkeit eines niedergelassenen Vertragsarztes in das Leistungsspektrum des MVZ zu integrieren. Diese – in der Praxis wohl kaum relevante – Gestaltungsvariante ließe sich zum einen durch die Aufnahme des Vertragsarztes als Mitgesellschafter des MVZ umsetzen. Zum anderen käme der Abschluss eines Kooperationsvertrages zwischen dem Niedergelassenen und dem MVZ in Betracht, wobei die rechtliche Zulässigkeit angezweifelt werden kann (vgl. ausführlich *Möller/Dahm/Remplik* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, 2015, 9. Kapitel, Rn. 80ff.).

Im MVZ dürfen nur Ärzte tätig werden, die in das **Arztregister** nach § 95 Abs. 2 Satz 3 und 5 SGB V eingetragen sind. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt, vgl. § 1 Abs. 1 Ärzte-ZV. Voraussetzungen für die Eintragung sind

- der Antrag auf Eintragung in das Arztregister am Wohnsitz des Arztes,
- die Approbation als Arzt,
- der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung.

Ein MVZ ist als solches nicht eintragungsfähig (*Ratzel* in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage, 2014, § 1 Rn. 2).

Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, können sich in eine für jeden Planungsbereich zu führende **Warteliste** eintragen lassen. Die Dauer der Eintragung in diese Warteliste ist für die Rangfolge der Zulassungsbewerber – beispielsweise bei einem Auswahlverfahren im Zusammenhang mit einer Praxisnachfolge oder bei einer partiellen Entsperrung eines Planungsbereichs – zu berücksichtigen (Bundessozialgericht, Urteil vom 2. September 2009 – Az. B 6 KA 35/08 R). In Anbetracht dessen sollte das MVZ darauf achten, dass sich die für eine Tätigkeit im MVZ in Betracht kommenden Ärzte so früh wie möglich in die Warteliste eintragen lassen (*Kirchhoff* in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Sozialrecht, Stand: 1. Dezember 2015, § 1 Ärzte-ZV Rn. 10).

1.2.5 Taugliche MVZ-Rechtsform

Die Gründung eines MVZ ist nach aktueller Rechtslage nur möglich in den Rechtsformen

- einer Personengesellschaft,
- einer eingetragenen Genossenschaft,
- einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder
- einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform.

Welche Rechtsform im konkreten Fall in Betracht kommt, ist anhand der individuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse zu ermitteln.

> Rund 62% aller in Deutschland zugelassenen MVZ bedienen sich der Rechtsform der GmbH. Bundesweit existieren 843 MVZ, deren Träger ein Krankenhaus ist (Stand: 31. Dezember 2014). Davon firmieren knapp 80% als GmbH (vgl. statistische Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, abrufbar unter http://www.kbv.de/html/mvz.php).

1.2.6 Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung

Wird das MVZ in der Rechtsform einer GmbH betrieben, ist weitere Voraussetzung für die Zulassung des MVZ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- die Vorlage und Aufrechterhalten einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung des Krankenhauses als Gesellschafter oder
- einer anderen Sicherheitsleistung nach § 232 BGB

für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigung und/oder der Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit.

Der Grund hierfür ist, dass der Gesetzgeber die GmbH als juristische Person haftungsrechtlich den Personengesellschaften, deren Gesellschafter persönlich haften, gleichstellen wollte (BT-Drucksache 16/2474, S. 21). Demnach ist die Bürgschaftserklärung selbstschuldnerisch abzugeben. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass der Bürge so haftet, als hätte er die Verbindlichkeit selbst begründet. Weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung geben Aufschluss darüber, ob und wenn ja, in welcher Höhe die Bürgschaft beschränkt werden kann (vgl. *Dahm* in MedR 2008, 257, 264).

Werden mehrere MVZ errichtet, bedarf es für jedes MVZ einer Bürgschaftserklärung.

> ***Ausreichend ist eine Bürgschaft des Gesellschafters des MVZ, auch wenn dieser selbst als eine auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt haftende juristische Person firmiert, z.B. als Krankenhaus GmbH (Landessozialgericht NRW, Urteil vom 15. Mai 2013 – Az. L 11 KA 45/12).***

1.3 Finanzierung und Budgetierung

Das MVZ generiert seine Einnahmen im Wesentlichen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter sowie selbstzahlender Patienten und somit aus zwei unterschiedlichen Vergütungssystemen: dem vertragsärztlichen und dem privatärztlichen Vergütungssystem.

1.3.1 Vertragsärztliches Vergütungssystem

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist komplex und wird in diesem Kapitel nur vereinfacht dargestellt. Folgende Elemente sind für das Vergütungssystem jedoch zwingend:

- die Gesamtvergütung,
- der Einheitliche Bewertungsmaßstab und
- die Honorarverteilung.

Gesamtvergütung

Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Geldbetrag für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Mitglieder, sog. **Gesamtvergütung**. Mit dieser Gesamtvergütung sind für einen bestimmten Zeitraum alle vertragsärztlichen Leistungen abgegolten. Darüber hinaus bestehen für die Krankenkassen keinerlei zusätzliche Pflichten zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen. Vereinfacht ausgedrückt erhalten die Kassenärztlichen Ver-

einigungen ein festes – aufwandunabhängiges – Budget für die Versorgung der gesetzlich Versicherten. Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist somit gedeckelt.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Der Inhalt und der Umfang der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen ist abschließend im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab** (**„EBM"**) geregelt. Hieraus folgt, dass im EBM nicht aufgeführte vertragsärztliche Leistungen auch nicht zu Lasten des gesetzlichen Krankenversicherungssystems abrechenbar sind.

Der EBM weist – vereinfacht dargestellt – jeder Leistung einen **Punktwert** zu, der ausdrückt, wie viel Zeitaufwand und Kosten mit der Leistungserbringung im Verhältnis zu anderen Leistungen verbunden sind (*Scholz* in: Becker/Kingreen, SGB V, 4. Auflage, 2014, § 87 Rn. 6). Anhand dieses Punktwertes und des jährlich neu festzulegenden bundeseinheitlichen **Orientierungswertes** (seit 1. Januar 2016 beträgt dieser 10,4361 Cent) ermittelt sich ein leistungsbezogener Euro-Betrag. Jede so betragsmäßig bezifferte, mit einer EBM-Ziffer versehene Leistung stellt eine Versichertenpauschale dar, mit der die im Abrechnungszeitraum erbrachten vertragsärztlichen Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Einzelleistungen sieht der EBM nur für bestimmte Fälle der Leistungserbringung vor.

> **Beispiel**
>
> Die Behandlung eines diabetischen Fußes gemäß EBM-Ziffer 02311 ist mit einem Punktwert von 140 ausgewiesen. Unter Zugrundelegung des aktuellen bundeseinheitlichen Orientierungswertes von 10,4361 Cent ist diese Leistung mit einem Fallwert von 14,61 Euro (140 x 10,4361 Cent) zu beziffern.

Der Punktwert wird – wie der bundeseinheitliche Orientierungswert – in regelmäßigen Abständen neu definiert. Diesen vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen auf der Grundlage des Orientierungswertes jährlich gemeinsam, ggf. unter Verwendung regionaler Zu- oder Abschläge. Neben den bundesweit geltenden EBM-Ziffern existieren auch vertragsärztliche Leistungen, die aufgrund besonderer vertraglicher Vereinbarungen nur regional abrechnungsfähig sind.

Honorarverteilung

Die Gesamtvergütung, die die gesetzlichen Krankenkassen zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stellen, wird im Wesentlichen in die mor-

biditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die Einzelleistungsvergütung (ELV) unterteilt.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die MGV unterteilt sich in budgetierte und freie Leistungen:

Budgetierte Leistungen

Jeder zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Arzt erhält pro Quartal ein sog. **Regelleistungsvolumen** („RLV") in Euro.

Vereinfacht dargestellt wird zur Ermittlung des RLV des Arztes die Fallzahl des Arztes aus dem jeweiligen Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen **Fallwert** multipliziert. Letzterer berechnet sich aus dem Vergütungsvolumen, das für die RLV der jeweiligen Arztgruppe innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, geteilt durch die Fallzahl der Arztgruppe insgesamt.

> RLV = Fallzahl des Arztes x arztgruppenspezifischen Fallwert.

Die konkrete Höhe für die Leistungen innerhalb des RLV – das sind in erster Linie ambulant-kurative Behandlungsfälle – wird vor Quartalsbeginn durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung mitgeteilt.

Ein Arzt hat Anspruch auf sog. **qualifikationsgebundene Zusatzvolumen** („QZV"), wenn er

- die entsprechende Gebiets- oder Schwerpunkbezeichnung oder
- die erforderliche Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erbringung und Abrechnung spezifischer QZV-Leistungen besitzt.

Der QZV-Honoraranspruch wird im Wesentlichen wie das RLV berechnet.

Die Summe aus RLV und QZV bildet die **Obergrenze** bis zu der alle Leistungen nach den Regelungen des EBM und/oder der regionalen Gebührenordnung und damit zu festen Preisen vergütet werden. Erbringt der Arzt im relevanten Abrechnungszeitraum mehr Leistungen als aus seinem Budget bezahlt werden können, werden die das Budget überschreitenden Leistungen abgestaffelt vergütet.

> Die Festlegungen des RLV und QZV erfolgen arztbezogen. Die Budgets der im MVZ tätigen Ärzte werden daher addiert; die Summe bildet die für die Abstaffelung relevante Obergrenze für das MVZ. Hat ein Arzt also weniger Leistungen erbracht, als das Budget vorsieht, kann ein anderer im MVZ tätiger Arzt mehr Leistungen erbringen, ohne dass diese abgestaffelt vergütet werden. Erst wenn die Fallzahlen des gesamten MVZ das Gesamtvolumen überschreiten, erfolgt eine Abstaffelung.

Freie Leistungen

Außerhalb von RLV und QZV existieren arztgruppenspezifische freie Leistungen, die im Rahmen eines dafür bereitgestellten Budgets vergütet werden. Hierzu zählen beispielsweise Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Kostenpauschalen.

Einzelleistungsvergütung

Einzelleistungen außerhalb der MGV sind in ihrer Gesamtmenge unbegrenzt und werden **extrabudgetär** zu festen Preisen vergütet. Dazu gehören insbesondere die Prävention und Impfungen sowie das ambulante Operieren oder die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV).

1.3.2 Privatärztliches Vergütungssystem

Privatärztlichen Leistungen

Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen, vgl. § 17 MBO. Behandeln im MVZ angestellte Ärzte Privatpatienten, richtet sich die Zulässigkeit nach der Rechtsform dieses MVZ und den **Heilberufe-Kammergesetzen** der Länder (*Ratzel* in: Dahm/Möller/Ratzel, Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren, 2005, Kapitel XII Rn. 2). Die Erbringung privatärztlicher Leistungen durch das MVZ setzt daher voraus, dass das jeweilige Heilberufe-Kammergesetz die Ausübung der ambulanten Heilbehandlung in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts für zulässig erklärt. Anderenfalls dürfte ein als GmbH organisiertes MVZ keine Privatpatienten behandeln (*Ratzel* in: Dahm/Möller/Ratzel, Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren, 2005, Kapitel XII Rn. 2).

> ***Erklärt das einschlägige Heilberufe-Kammergesetz die Ausübung der ambulanten Heilbehandlung in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts für unzulässig, kann die MVZ-GmbH dem angestellten Arzt den Betrieb einer Privatpraxis in den Räumlichkeiten der MVZ-GmbH gestatten. In diesem Fall ist für die Nutzung der MVZ-Infrastruktur ein Nutzungsentgelt zu erheben.***

Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch Ärzte außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gilt ausschließlich die Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**), vgl. § 1 Abs. 1 GOÄ. Im Grundsatz erhalten Privatpatienten eine nach den Bestimmungen der GOÄ erstellte Abrechnung ärztlicher Leistungen. Der privatliquidierende Arzt kann dabei innerhalb des Gebührenrahmens die Höhe