

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

Berlin, der 10. November 2025

## Stellungnahme des BBMV e.V.

zu dem

Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

„Medizinische Versorgungszentren reformieren“

### Inhalt

Einleitung.....	1
1. Begrenzung von Sicherheitsleistungen für Kommunen.....	3
2. Transparenz über die Inhaberschaft von Medizinischen Versorgungszentren.....	3
3. Beauftragung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erstellung eines Gutachtens .	4
4. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ .....	4
5. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen .....	8
6. Begrenzung der Versorgungsanteile für ärztliche MVZ .....	9
7. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen.....	10
8. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen .....	11
9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ .....	12
10. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptwerbung“ .....	13
11. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ .....	13
12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ.....	14
13. Bevorzugung Ärzte in Nachbesetzungsverfahren / ärztliche Mehrheit der Gesellschaftsanteile .....	15

---

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

Tel: 030 27593805 | E-Mail: [info@bbmv.de](mailto:info@bbmv.de) | [www.bbmV.de](http://www.bbmV.de)

Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Markus Althoff, Dr. Ulrich Wandschneider, Heidi Niemöller, Robin Knijn  
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein

Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242  
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B

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

## Einleitung

Der Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen mit dem Titel „Medizinische Versorgungszentren reformieren“ mit der Drucksachennummer 21/1667<sup>1</sup> stellt im Wesentlichen eine Wiederholung der Vorschläge der Bundesärztekammer (BÄK) zum „Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung“ von 2023 dar. Diese Vorschläge wurden bereits 2023 vom BBMV auf Grundlage verschiedener Gutachten umfassend geprüft und vielfach als verfassungswidrig bzw. rechtlich nicht umsetzbar bewertet: vgl. [BBMV Stellungnahme BAEK - BBMV](#).

Der vorliegende Antrag greift damit alte, bereits eindeutig beanstandete Forderungen erneut auf und ist in weiten Teilen von einer ablehnenden Sichtweise geprägt. Einzelne Anliegen mögen aus politischer Perspektive nachvollziehbar erscheinen, insgesamt jedoch bleibt der Vorschlag weitgehend realitätsfern und lässt die praktischen Gegebenheiten der ambulanten Versorgung unberücksichtigt. Im Folgenden wird ein weiteres Mal dargelegt, welche Vorschläge rechtlich nicht haltbar sind und weshalb eine entsprechende Umsetzung in der vorgeschlagenen Form nicht erfolgen kann.

Grundsätzlich besteht aus Sicht des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) kein Handlungsbedarf, der sich auf einzelne Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bezieht. Somit wird die grundlegende Prämisse des Antrages der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen insgesamt abgelehnt.

In dieser Auffassung sieht sich der BBMV vor allem durch das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen zum „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“<sup>2</sup> im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom November 2020, der veröffentlichten Antwort der Bundesregierung inklusive Anlage auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von CDU/CSU<sup>3</sup>, sowie des rechtswissenschaftlichen Gutachtens von Prof. Dr. Martin Burgi „Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ vom Mai 2023 bekräftigt.<sup>4</sup>

Allen drei Dokumenten ist zu entnehmen, dass keine Evidenz vorliegt, wonach MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern zu einer Verschlechterung oder Gefährdung der Versorgung führen. Im Gegenteil, die im BBMV organisierten MVZ-Gruppen tragen zu einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung bei. Sie sichern in bestimmten Regionen bereits heute die ambulante

---

<sup>1</sup> Bündnis 90/Die Grünen (15.09.2025): Medizinische Versorgungszentren reformieren, [Link](#).

<sup>2</sup> Ladurner et al. (2020): Rechtsgutachten: Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), [Link](#).

<sup>3</sup> Bundestag-Drucksache. 20/5166, [Link](#).

<sup>4</sup> Burgi (2023): Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffe die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), [Link](#).

Versorgung der Patientinnen und Patienten und sind somit ein wichtiger Pfeiler einer flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung.

Lediglich den Forderungen (1) Begrenzung von Sicherheitsleistungen für Kommunen, (3) Beauftragung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erstellung eines Gutachtens und (10) Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptwerbung“ kann vollständig zugestimmt werden. Bei den Vorschlägen zur Stärkung der Transparenz (2) und einer Überprüfung der Versorgungsaufträge (5) stellen sich noch Fragen zur Ausgestaltung. Die weiteren Forderungen werden abgelehnt.

Im Folgenden wird zu den 13 Regelungsvorschlägen des Antrages einzeln Stellung genommen.

## 1. Begrenzung von Sicherheitsleistungen für Kommunen

Eine Begrenzung von Sicherheitsleistungen für Kommunen bei Gründung oder Übernahme für MVZ ist sinnvoll und wird vom BBMV unterstützt. Sie stärkt die Trägervielfalt, da der Gesetzgeber hiermit den Gemeinden die bestehende kommunalrechtliche Problematik abnehmen würde, wegen Besorgnissen hinsichtlich unbegrenzter selbstschuldnerischer Bürgschaften nicht auf die privatrechtliche GmbH Konstruktion zurückgreifen zu dürfen und diese deswegen von einer MVZ-Einrichtung eher abgeschreckt sein könnten.

**Der BBMV begrüßt Trägervielfalt im Allgemeinen und ist der Überzeugung, dass diese geeignet ist, auch Versorgungsengpässe besser zu bekämpfen und abzufangen.**

## 2. Transparenz über die Inhaberschaft von Medizinischen Versorgungszentren

Das Ziel, eine höhere Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten, aber auch eine verbesserte Strukturtransparenz zu erzielen, unterstützt der BBMV.<sup>5</sup> Eine solche Transparenz erscheint geeignet, die Diskussion über nichtärztliche Investitionen in die ambulante Versorgung in Zukunft zu versachlichen und eine Datengrundlage zu schaffen, aus der weiterer Handlungsbedarf abgelesen werden kann. Im Antrag bleibt leider jedoch unerwähnt, dass über öffentlich einsehbare Register die Eigentümerstruktur oftmals bereits jetzt einsehbar ist, wie zum Beispiel über das Handelsregister bei MVZs, die in der Rechtsform einer GmbH betrieben werden.

Entscheidend hierbei ist die konkrete Ausgestaltung, mit der sich dieses Ziel erreichen lässt. Ablehnend steht der BBMV einer „lex specialis“ für MVZ in bestimmten Trägerschaften gegenüber, sowie überbordenden Dokumentationspflichten.<sup>6</sup>

Eine Transparenz- und Kennzeichnungspflicht nur für MVZ oder bestimmte Träger- oder Inhaberschaften dürften gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Grundgesetz verstoßen und müsste zudem den Anforderungen des Europarechts erfüllen.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen stellt einen im Detail diskussionswürdigen Ansatzpunkt dar.**

---

<sup>5</sup> Stauch-Eckmann (2022): Wir haben mit Transparenz kein Problem, Ärzte Zeitung, Nr. 40, [Link](#).

<sup>6</sup> Siehe dazu Bundestag-Drucksache 19/14372, sowie Ausschussdrucksachen [19\(14\)143\(6\)](#) und [19\(14\)143\(7\)](#).

### 3. Beauftragung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erstellung eines Gutachtens

Grundsätzlich erscheint eine höhere Transparenz geeignet, die Diskussion über nichtärztliche Investitionen in die ambulante Versorgung in Zukunft zu versachlichen und eine Datengrundlage zu schaffen, aus der weiterer Handlungsbedarf abgelesen werden kann. Daher stehen wir der Forderung nach einem Gutachten offen gegenüber, vorausgesetzt, dass alle vertragsärztlichen Leistungserbringer einbezogen werden und das Gutachten auf einer wissenschaftlich fundierten Tatsachenbasis basiert.

**Der Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen kann insoweit im Hinblick auf die Schaffung einer belastbaren Evidenzgrundlage zugestimmt werden.**

### 4. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

Die Forderung einer räumlich-fachlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis von MVZ durch Krankenhäuser dürfte der am breitesten diskutierte und untersuchte Vorschlag zur MVZ-Regulierung sein. Dabei wird wiederholt ignoriert, dass der Bundesrat mit einer gleichlautenden Forderung im Gesetzgebungsprozess zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Prüfung durch die Bundesregierung<sup>7</sup> im weiteren Verfahren gescheitert ist.<sup>8</sup>

Besonders unverständlich wird die erneute Forderung aber dann, wenn man die Erkenntnisse aus dem Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hinzuzieht.

Die Gutachterinnen und Gutachter widmen dem Vorschlag einer räumlichen und fachlichen Einschränkung dabei sogar ein ganzes Kapitel. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass „der Vorschlag des Bundesrates nicht weiterverfolgt werden [sollte]. Zum einen sprechen gewichtige Gründe gegen die konkret vorgeschlagenen Regelungen, zum anderen eröffnet die Möglichkeit einer fach- und ortsunabhängigen MVZ-Gründung auch Vorteile für die Versorgung der Versicherten, die nicht leichtfertig aufgehoben werden sollten“.<sup>9</sup>

Als wesentliche Punkte nennen die Gutachterinnen und Gutachter die Möglichkeit zum Aufbau größerer Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich. Solche überregionalen MVZ-Gruppen treiben die Professionalisierung der Infrastruktur, etwa im Bereich der Digitalisierung und einheitlicher Qualitätsstandards voran. Sie ermöglichen es den Betreibern, gesundheitsökonomisch erwünschte Skaleneffekte und Effizienzgewinne zu heben, die sich auch positiv auf die Patientenversorgung auswirken: längere Öffnungs- und Sprechstundenzeiten, Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, modernere Ausstattung und Medizintechnik und die Versorgung in ländlichen Regionen mittels Zweigpraxen, deren alleiniger Weiterbetrieb unökonomisch wäre.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Bundestag-Drucksache, 19/6436, [Link](#).

<sup>8</sup> Bundesrat-Drucksache, 504/18, Nummer 16, [Link](#).

<sup>9</sup> Ladurner et al. (2020), S.118-119.

<sup>10</sup> Ladurner et al. (2020), S. 122.

Ein weiterer Vorteil, so das BMG-Gutachten liegt im Wissens- und Erfahrungsaustausch innerhalb solcher größeren MVZ-Gruppen. Davon profitieren auch ländlichere Regionen, da mit Hilfe der digitalen Infrastruktur Spezial- und Expertenwissen flächendeckend zur Verfügung steht.<sup>11</sup> Auch die Aus- und Weiterbildung sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von medizinischem Fachpersonal im ambulanten Bereich können in solchen Gruppen getragen werden. Hinzu kommen interne Weiterbildungsangebote, Wissenstransfer und Austausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten einer MVZ-Gruppe.<sup>12</sup>

Die Forderung nach einem regionalen und fachlichen Bezug zwischen Krankenhaus und MVZ impliziert, dass nur eine solche Nähe einen positiven Beitrag zur Versorgung der Patientinnen und Patienten leisten könne. Diese Annahme erweist sich jedoch in mehrfacher Hinsicht als nicht tragfähig.

Danach entsteht der Nutzen für die Patientenversorgung nur zwischen Krankenhaus und krankenhaus-eigenen MVZ und nicht bei trägerübergreifenden Kooperationen. Die bundesweit unzähligen funktionierenden Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern werden ausgeblendet. Ein solches Denken zementiert Sektorengrenzen, da es eine Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern gering schätzt, sofern sie nicht demselben Träger angehören. Die fehlende Logik dieses Arguments dürfte einleuchten.

Das BMG-Gutachten verweist auch auf den Vorteil einer reduzierten Gefahr unerwünschter „Selbstzuweisung“ bei räumlich und fachlicher Distanz zwischen Trägerkrankenhaus und MVZ hin.<sup>13</sup> Die Gutachterinnen und Gutachter ziehen außerdem in Zweifel, dass eine „primär an medizinischen Vorgaben orientierte Führung bei örtlicher Nähe zwischen Träger und MVZ oder bei Trägern mit fachlicher Nähe zum MVZ gewährleistet wäre [...]. Es kann gerade nicht angenommen werden, dass ein Träger bei weiter vom Krankenhaus entfernten und/oder fachfremden MVZ stärkeren Einfluss auf die ärztliche Behandlung im MVZ nimmt als bei örtlichen oder fachlich näher liegenden MVZ“.<sup>14</sup>

Folgt man der Forderung, werden darüber hinaus Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhaus-Gruppen und Einzelkrankenhäusern verstärkt. Große Krankenhaus-Gruppen, die bereits heute an mehreren Standorten agieren und zahlreiche Fachrichtungen betreiben, hätten bei der räumlich-fachlichen Einschränkung der Gründungsbefugnis weiterhin die Möglichkeit zur flächendeckenden MVZ-Gründung. Damit führe „die Regelung tendenziell zu einer Konzentration von MVZ in wenigen Händen und erscheint ungeeignet, die Zahl unterschiedlicher MVZ-Träger zu erhöhen.“<sup>15</sup> Durch die Einschränkung der Gründungsbefugnis der Trägergesellschaft für primär ambulant tätige MVZ-Gruppen und die damit einhergehenden Begünstigung von Krankenhaus-

---

<sup>11</sup> Ladurner et al. (2020), S. 122.

<sup>12</sup> Ladurner et al. (2020), S. 19.

<sup>13</sup> Ladurner et al. (2020), S. 122.

<sup>14</sup> Ladurner et al. (2020), S. 119.

<sup>15</sup> Ladurner et al. (2020), S. 122.

Gruppen, ist zu erwarten, dass dieser Effekt künftig stärker zu Tage tritt. Im Gegensatz zu der Diskussion über regionale Anbieterdominanz, die inhärent in der Zulassungsbeschränkung begründet sein kann<sup>16</sup>, würde eine räumlich-fachliche Einschränkung somit zu tatsächlichen Monopol- oder Oligopolstrukturen bei MVZ-Trägern führen.

Aufgrund der Fülle der Argumente verwerfen die BMG-Gutachterinnen und Gutachter die Einschränkung der räumlichen und fachlichen Gründungsbefugnis als ungeeignete Regulation. Im weiteren Verlauf des Gutachtens bestätigen sie, dass die gesetzliche Konzeption von MVZ als „ärztlich geleitete Einrichtungen“ in Verbindung mit der Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung in medizinischen Fragen sowie den berufsrechtlichen Vorgaben ein ausreichender Schutz vor Eingriffen Dritter in die ärztliche Autonomie darstellt.

Mit der Forderung einer räumlich-fachlichen Einschränkung werden die aktuellen Versorgungsrealitäten, insbesondere in ländlichen Räumen, verkannt. Die Suche nach Nachfolgerinnen und Nachfolger für Praxen verläuft vor dem Hintergrund eines gewandelten Berufsbildes „Ärztin/Arzt“ für viele Abgabewillige zunehmend erfolglos. Das tradierte Modell der selbstständigen Niederlassung hat in den letzten Jahren massiv an Attraktivität bei der jungen Generation eingebüßt.<sup>17</sup>

Die Möglichkeit, den Beruf als Ärztin oder Arzt in Anstellung in einem MVZ auszuüben, wird von immer mehr Ärztinnen und Ärzten als Alternative zur selbstständigen Niederlassung wahrgenommen. Neben einem nachvollziehbaren Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie, dem Wunsch nach kooperativen Arbeiten und einer Fokussierung auf die Patientinnen und Patienten möchten immer weniger Ärztinnen und Ärzte die hohen finanziellen, vor allem aber bürokratischen Belastungen sowie Haftungsrisiken der Selbstständigkeit tragen.<sup>18</sup> MVZ können Praxen ohne anderweitige Nachfolge übernehmen und mit angestellten Ärztinnen und Ärzten weiterbetreiben und leisten damit einen wesentlichen Beitrag für die Versorgung vor Ort.

Es ist allerdings unrealistisch, dass alle freiwerdenden Praxen durch regionalansässige Krankenhäuser übernommen werden. Vor allem nicht, wenn zusätzlich eine fachliche Einschränkung gilt. Die Umsetzung einer solchen Regulierung reißt somit Lücken in die Versorgung durch Einschränkung der möglichen Zahl an übernahmefähigen Alternativen – insbesondere in ländlichen Regionen, wo andere Akteure in der Gesundheitsversorgung ebenfalls auf dem Rückzug sind. Denn auch Vertragsärztinnen und -ärzte werden die Lücken in der ambulanten Versorgung aufgrund der oben skizzierten Entwicklung nicht schließen können. Zu diesen Erkenntnissen kommen auch Fricke et al.: „Mit Blick auf die drängenden strukturellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung ist ein qualitätsorientierter Wettbewerb mit einer größtmöglichen Vielzahl an Versorgungsformen, Trägern und Kapitalgebern notwendig. Das schließt MVZ sowie nichtärztliche, private Kapitalgeber auch aus dem Grund ausdrücklich mit ein, dass

---

<sup>16</sup> Ladurner et al. (2020), S. 121.

<sup>17</sup> KBV (2023): Berufsmonitoring Medizinstudierende, [Link](#).

<sup>18</sup> Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) (2022): MVZ mit Kapitalbeteiligung im Meinungsbild der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, [Link](#).



Renditeorientierung ein Merkmal aller Kapitalgeber im Gesundheitswesen ist.“<sup>19</sup> Auch die Möglichkeit für Ausnahmeregelungen durch die Zulassungsausschüsse wird diese Lücken nicht schließen. Dazu sind die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse in den verschiedenen Regionen zu disparat, die Erfolgsaussichten zu unsicher und damit der Aufwand für entsprechende Bewerbungen zu hoch.

Letztendlich stehen auch verfassungs- und europarechtliche Bedenken einer solchen Einschränkung entgegen. So kommt aus verfassungsrechtlicher Sicht eine Verletzung der gemäß Art. 12 GG geschützten Berufsfreiheit in Betracht.<sup>20</sup> Zwar kann der Gesetzgeber einen Eingriff in die Berufsfreiheit vornehmen, allerdings hat das Bundesverfassungsgericht hohe Hürden dafür festgelegt. So ist eine entsprechende Beschränkung verfassungsrechtlich nur zulässig, wenn sie dem Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter dient und verhältnismäßig ist, also geeignet, erforderlich und angemessen im Verhältnis zum verfolgten Gemeinwohlbelang.<sup>21</sup>

Ein solches Rechtsgut kann zwar der Gesundheitsschutz der Bevölkerung sein. Allerdings reicht zur Begründung einer Einschränkung für MVZ mit nichtärztlichen Kapitalgebern nicht das „bloße ‚Herbeireden‘ von Gefahren insbesondere durch Interessenvertreter“<sup>22</sup> aus.<sup>23</sup> Da es bis heute keine Evidenz für eine Gefährdung der Versorgung durch MVZ und MVZ-Gruppen mit nichtärztlichen Kapitalgebern existiert<sup>24</sup>, unterliegen Eingriffe in die Berufsfreiheit der MVZ-Träger einem wachsendem Legitimationsdruck. Ladurner et al. betonen, dass der Gesetzgeber sogar dazu verpflichtet sein kann, bei bereits in der Vergangenheit vorgenommenen Einschränkungen auf Grundlage von Prognosen nachzubessern, „um diese unter veränderten tatsächlichen Bedingungen oder angesichts veränderter Erkenntnislage mit der Verfassung in Einklang zu halten.“<sup>25</sup>

Europarechtlich fragwürdig ist der eingebrachte Vorschlag hinsichtlich eines möglichen Verstoßes gegen die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49, 54 AEUV.<sup>26</sup> Auch hier ist ein „Eingriff in die Niederlassungsfreiheit [...] nur dann zulässig, wenn zwingende Gründe des Allgemeininteresses diesen rechtfertigen und das Mittel hierfür geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist“.<sup>27</sup> Das solche Gründe fehlen, wurde oben dargestellt.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

<sup>19</sup> Fricke et al. (2023): Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?, S. 27.

<sup>20</sup> Ebd., S. 22.

<sup>21</sup> Ebd., S. 23.

<sup>22</sup> Ladurner et al. (2020), S. 90.

<sup>23</sup> Prütting, Hügel (2022); Fricke et al. (2023), S. 23; BVerfGE 107, 186, 197.

<sup>24</sup> Ladurner et al. (2020), BT-Drs. 20/5166; Prütting, Hügel (2022); Fricke et al. (2023).

<sup>25</sup> Ladurner et al. (2020), S. 90.

<sup>26</sup> Fricke et al. (2023), S. 25.

<sup>27</sup> Ebd.



## 5. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen

Zurecht weisen die Antragsteller drauf hin, dass zur Erfüllung des Versorgungsauftrags eines vertragsärztlichen Teilnehmers die Erbringung der Kernleistungen des Fachgebiets gehören. Daher sei Mittels gesetzlicher Klarstellung in § 95 Abs. 3 SGB V eine Prüfmöglichkeit einzuführen.

Bereits heute können bei dem Verdacht einer Fehlindikation, der Ineffektivität einer Leistung oder Handlung, der Nichteinhaltung anerkannter Qualitätskriterien und hinsichtlich der Unangemessenheit zwischen verursachten Kosten und Behandlungsziel, ärztliche Leistungsvolumina, Überweisungen und alle weiteren ärztlich erbrachten Leistungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106, 106a Abs. 1 SGBV überprüft und festgestellt werden. Die Prüfung kann demnach durch die Kostenträger und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) veranlasst werden. Nach § 106 Absatz 2 S. 2 SGB V kann die Prüfstelle fehlende oder fehlerhafte Daten selbst ermitteln und im Falle eines Verstoßes diesen feststellen und weitere Maßnahmen, beispielsweise die Festsetzung von Nachforderungen, treffen. Daneben steht noch das Instrument der Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen nach § 106d SGB V zur Verfügung. Hierbei werden die Sachlichkeit und Richtigkeit der Abrechnungen geprüft, insbesondere ob die pro Tag abgerechneten Leistungen in einem ordnungsgemäßen Verhältnis zum Zeitaufwand des Arztes stehen.

Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen gelten entsprechend dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Grundgesetz für alle vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Allerdings lassen sich damit die von den Antragstellern verfolgten Ziele einer allgemeinen Prüfung des Gesamtversorgungsauftrags nicht abdecken, insofern wäre eine Änderung des Sozialgesetzbuch V unumgänglich, sollte dieses Ziel verfolgt werden. Wie bereits bei der Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung gesetzlich vorgesehen, müsste der genaue Prüfungsumfang ggf. in Rahmenempfehlungen genauer definiert werden (§ 106 Absatz 2 SGB V). Außerdem müsste festgelegt werden, welche Leistungen in einer Fachrichtung der Gesamtversorgungsauftrag enthält und auf welche leistungserbringende Einheit in kooperativen Strukturen mit mehreren Standorten sich eine solche Regelung bezieht.

Dabei ist nach Artikel 3 Grundgesetz (Gleichheitsgrundsatz) und nach Artikel 19 Grundgesetz (Einzelfallverbot) klar geregelt, dass mögliche Änderungen in Richtung einer allgemeinen Prüfung des Gesamtversorgungsauftrags alle vertragsärztliche Leistungserbringer erfassen müssen.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen stellt einen im Detail diskussionswürdigen Ansatzpunkt dar, sofern er alle vertragsärztlichen Leistungserbringer erfassen würde.**

## 6. Begrenzung der Versorgungsanteile für ärztliche MVZ

Grundsätzlich muss zur Forderung, die Regelungen zu den zahnärztlichen Versorgungsanteilen nach § 95 Abs. 1b SGB V auf den vertragsärztlichen Bereich auszuweiten, festgestellt werden, dass die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit den Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V gezielt die Begrenzung der Zahl der Leistungserbringer in einer Region herbeiführt und „so unvermeidlich – unabhängig von der Zulassung bestimmter Krankenhaus-MVZ – zu lokalen Oligopol- oder sogar Monopolsituationen. [...] Die Tätigkeit von Alternativenanbietern wird dann durch die bedarfsplanerisch bei Überversorgung geforderten Zulassungsbeschränkungen ausgeschlossen; das Monopol oder Oligopol von ärztlichen Anbietern ist – zur Verhinderung zusätzlicher angebotsinduzierter Nachfrage – gewünscht.“<sup>28</sup>

Auch das Bundesministerium für Gesundheit schließt sich diesen Überlegungen des BMG-Gutachtens an und gibt in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zu bedenken:

„Mit Blick auf die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung wird abschließend darauf hingewiesen, dass lokale oder regional verengte Angebotsstrukturen eine zwangsläufige Folge der gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen sein können. Sieht etwa die Bedarfsplanung in einem bestimmten Planungsbereich lediglich eine geringe Anzahl von Arztstellen für die Versorgung der Versicherten im Planungsbereich vor, so führt deren vollständige oder teilweise Besetzung zwangsläufig zu einer reduzierten Angebotsvielfalt.“<sup>29</sup>

Damit ist die Frage nach regionalen Konzentrationen einzelner Leistungserbringer eine systemimmanente Frage der Bedarfsplanung und hängt nicht von der Praxisorganisationsform, der Träger- oder Inhaberschaft ab. Auch MVZ in vertragsärztlicher Inhaberschaft und größere Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) können – und bilden in manchen Regionen – solche regionalen Konzentrationen. Eine Entwicklung, die auch durch fehlende Alternativen bei der Nachfolgeregelung begünstigt wird. Es stellt sich die Frage, ob in der Abwägung eine schlechtere Versorgungssituation in Kauf genommen werden sollte, nur um regionale Konzentrationen in einem Bedarfsplanungsbereich zu verhindern.

Letztlich stellt das BMG fest, dass in der Gesundheitswirtschaft ein dynamischer Wettbewerbsprozess den Anreiz für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung begründet. Wettbewerbliche Fragen und Fragen der Vermeidung marktbeherrschender Angebotsstrukturen sollten daher nicht im SGB V sichergestellt werden. Mit der 11. GWB-Novelle hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen geschaffen, um auch „Konzentrationstendenzen auf kleineren regionalen Märkten adressieren zu können“, etwa „Konzentrationen auf regionalen Gesundheitsmärkten.“<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Ladurner et al. (2020), S. 121.

<sup>29</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 5.

<sup>30</sup> Bundestag Drucksache 20/6824.

Die Einführung der vorgeschlagenen Versorgungshöchstquoten in der haus- und fachärztlichen Versorgung führen zu einer schlechteren medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Darüber hinaus stellt der Vorschlag eine objektive Berufszugangsregelung da, die nicht mit dem Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlichen schweren Gefahren begründet werden kann und ist demnach im Hinblick auf die grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit verfassungswidrig.<sup>31</sup>

**Der Vorschlag ist folglich aus versorgungspolitischen und verfassungsrechtlichen Erwägungen strikt abzulehnen.**

## **7. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen**

Im Sozial-<sup>32</sup> und Berufsrecht<sup>33</sup> gibt es bereits viele Regelungen, die vor ärztlichen Fehlentscheidungen schützen sollen, beziehungsweise die disziplinarischen Maßnahmen im Falle von Fehlentscheidungen zulassen. Einer Verschärfung bedarf es nicht, vielmehr sollten bestehende Regelungen konsequent angewendet werden.

MVZ wurden gesetzlich als „ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in das Vertragsarztrecht eingeführt und mit dem Erfordernis einer ärztlichen Leitung, die die Abschirmung der ärztlichen Tätigkeit im MVZ gegen sachfremde Einflüsse gewährleisten muss, versehen.<sup>34</sup>

Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit „liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“.<sup>35</sup> Gleichwohl, so das BMG weiter, sei es zielführend, die Stellung der ärztlichen Leitung für die Zukunft weitergehend abzusichern.

Die Stellung der ärztlichen Leitung wird – ebenso wie die gesetzlich und berufsrechtliche Sicherstellung der allgemeinen ärztlichen Weisungsfreiheit – von Expertinnen und Experten in weit überwiegender Zahl als ausreichend gesichert bewertet.<sup>36</sup>

Die Vorschriften aus der MBO-Ä erstrecken sich auf den Berufsstand der Ärztinnen und Ärzte und deren persönliche Leistungserbringung. § 23 MBO-Ä stellt klar, dass die berufsrechtlichen Vorschriften auch für Ärztinnen und Ärzte in Anstellung gelten. Somit werden versuchte Einflussnahme in einem Anstellungsverhältnis durch einen anstellenden Arzt bzw. Ärztin davon erfasst, jedoch nicht der Versuch von Personen, die nichtärztliche Aufgaben in einem MVZ oder Krankenhaus wahrnehmen, sofern keine strafrechtlichen Tatbestände erfüllt werden (z.B. nach § 299b StGB). Ziel scheint es zu sein, eine Regelung zu finden, mit der ein ungebührlicher

<sup>31</sup> Burgi (2023), S. 54ff.

<sup>32</sup> Siehe etwa § 81a SGB V.

<sup>33</sup> Siehe §§ 2, 23, 30ff MBO-Ä.

<sup>34</sup> 2012 wurde dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde die bis dahin über das Berufsrecht geltende medizinische Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung explizit auch in § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V normiert.

<sup>35</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166.

<sup>36</sup> Ladurner et al. (2020); Fricke et al. (2023).

Einflussversuch auf ärztliche Entscheidungen durch nicht-ärztliche Personen im MVZ unter der Schwelle des Strafrechts, verhindert werden kann.

Dennoch vermag die vorgeschlagene Regelung eines in § 95 Abs. 6 SGB V normierten Zulassungsentzugs hinsichtlich des verfolgten Ziels der Sicherung ärztlicher Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen gegenüber der kaufmännischen Leitung bzw. nichtärztlichen Trägern oder Inhabern eines MVZ nicht zu überzeugen. Mit der vorgeschlagenen Regelung bliebe pauschal nur der Entzug der Zulassung als Mittel einer Ahndung zur Verfügung, was unter Umständen gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verstoßen könnte.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

## 8. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

Ein Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen, wie vorgeschlagen, bricht mit grundsätzlichen Elementen des Gesellschaftsrechts. Hier wird argumentiert, dass insbesondere durch die Beherrschungsverträge die ärztliche Unabhängigkeit zu Lasten des Patienten eingeschränkt werden könnte. Dabei wird nicht erwähnt, dass disziplinar-, berufs- und strafrechtliche Maßnahmen auch im Falle fehlerhafter Entscheidungen, die aufgrund eines Beherrschungsvertrages getroffen wurden, selbstverständlich gelten. Zudem darf die Geschäftsleitung auch im Rahmen eines Beherrschungsvertrages ohnehin nur rechtmäßige Weisungen sowie nur Maßnahmen, die in ihre Zuständigkeit fallen, ausführen.<sup>37</sup> Darüber hinaus enthalten die meisten Beherrschungsverträge konkrete Weisungsfreiheits-Klauseln hinsichtlich medizinisch-fachlicher Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte, eben um die ärztliche Unabhängigkeit zu wahren.<sup>38</sup> Evidenz, die dennoch eine (mittelbare) Einflussnahme auf die ärztliche Leitung und/oder Ärztinnen und Ärzte durch die Trägergesellschaften nachweist, fehlt.<sup>39</sup>

Auch das BMG stellt in der Antwort auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion fest, dass ihm keine Erkenntnisse vorliegen, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter die gesetzlich ausdrücklich zugewiesene Schutzfunktion zur Abschirmung der ärztlichen Behandlungstätigkeit vor sachfremder Einflussnahme in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen würden.<sup>40</sup>

Die Bewertung von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind bereits heute äußerst unterschiedlich. Einige KV lehnen diese strikt ab, wobei wohl bereits einzelne Fälle existieren, bei denen Zulassungsentziehungsverfahren gegen MVZ aufgrund solcher Verträge eingeleitet wurden, ohne dass eine entsprechende gesetzliche Grundlage dafür existiert.

<sup>37</sup> Statt vieler: Altmeyden in Münchner Kommentar zum Aktiengesetz, 6.A. (2023), § 308 Rn. 85 und Rn. 101

<sup>38</sup> Sabelleck (2022): Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit Medizinischen Versorgungszentren, GesR, S.477; 488; 483.

<sup>39</sup> Ebd.

<sup>40</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166, S. 7.

Mit Blick auf die Gewinnabführungsverträge würde ein Verbot ebenfalls zu tiefgreifenden steuerrechtlichen Verwerfungen führen. Die Regelung ist somit rechtlich fragwürdig und mit Blick auf die Gewährleistung ärztlicher Weisungsfreiheit nicht zielführend.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

## 9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

Es wird ausgeführt, dass sich die Disziplinalgewalt der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bislang nicht auf MVZ bzw. deren Träger erstreckt, da diese bislang nicht Mitglieder der KV sind. Verfehlungen unterhalb gravierender Verstöße können demnach nicht geahndet werden.

Daher wird vorgeschlagen, in § 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V um einen Verweis auf § 81 Abs. 5 SGB V zu erweitern. Dadurch soll klargestellt werden, dass die satzungsrechtlichen Vorschriften der KV auch Voraussetzung und Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen MVZ bzw. deren Träger als Nicht-Mitglieder umfassen sollen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

Der Vorschlag einer partiellen Ausweitung der Geltung von Disziplinarmaßnahmen der stellt nur eine Behelfskonstruktion dar. Juristisch überzeugender wäre eine Vollmitgliedschaft für MVZ nach § 77 Abs. 3 SGB V.

Pflichtmitglieder der KV sind bislang nur die zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärztinnen und Ärzte, die mindestens zehn Wochenstunden beschäftigt sind, sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte.<sup>41</sup> MVZ bzw. deren Träger<sup>42</sup> werden in dem definierten Kreis nicht genannt und fallen damit aus der Pflichtmitgliedschaft, obwohl sie ausdrücklich an der vertragsärztlichen Versorgung als Leistungserbringer teilnehmen.<sup>43</sup>

Dieser Ausschluss von MVZ aus den KV und die damit einhergehende Repräsentationslücke in der Selbstverwaltung der vertragsärztlichen Leistungserbringer ist auch aus verfassungsrechtlicher Sicht vor dem Demokratieprinzip nach Artikel 20 Abs. 1 und 2 Grundgesetz zu hinterfragen.<sup>44</sup> Denn MVZ als vertragsärztliche Leistungserbringer sind dadurch weder nach innen in die Selbstverwaltung der KV noch nach außen in die Gemeinsame Selbstverwaltung formal repräsentiert. Es ist ebenfalls nicht davon auszugehen, dass die in einem MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig die Interessen des Arbeitgebers innerhalb der KV vertreten.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> § 77 Abs. 3 SGB V.

<sup>42</sup> sofern es sich bei dem Träger nicht um eine zugelassene Vertragsärztin oder -arzt nach § 95 Abs. 1a Satz 1 Var. 1 SGB V handelt.

<sup>43</sup> § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V

<sup>44</sup> Becker, Kingreen, Scholz (2020), 7. Auflage, SGB V § 77 Rn., S. 6, 7.

<sup>45</sup> Hügel, Prütting (2023): Repräsentation von Medizinischen Versorgungszentren in der Selbstverwaltung, in: Stauch-Eckmann, Knüppel, Neubauer: Medizinische Versorgungszentren. Versorgungs- und Unternehmensform mit Zukunft, MWVG, Berlin.

Die Inkongruenz der Kreise der Mitglieder der KV einerseits und der zulassungsfähigen Leistungserbringer andererseits im Falle von MVZ führt zu logischen und systematischen Brüchen. Etwa im Zusammenhang mit Disziplinarmaßnahmen, wie von den Antragstellern beschrieben, oder auch bei der Erfüllung vertragsärztlicher Grundpflichten wie der Fortbildungs- oder Notdienstpflicht.<sup>46</sup> Diese Brüche hat die Rechtsprechung bislang durch die Annahme aufgelöst, dass nicht die Mitgliedschaft in der KV, sondern den Zulassungsstatus der Leistungserbringer als maßgeblich für die Begründung vertragsärztlicher Pflichten ist und zugleich die Satzungsgewalt der KV über MVZ und ihre Träger mit praktischen Bedürfnissen und einer mittelbaren Bindung über ihre ärztliche Leitung begründet.<sup>47</sup>

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

### 10. Streichung der Möglichkeit einer „Konzeptwerbung“

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen nach Streichung der Konzeptbewerbung nach § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V ist zuzustimmen.**

### 11. Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ

MVZ wurden gesetzlich als „ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in das Vertragsarztrecht eingeführt und mit dem Erfordernis einer ärztlichen Leitung, die die Abschirmung der ärztlichen Tätigkeit im MVZ gegen sachfremde Einflüsse gewährleisten muss, versehen. Das BMG-Gutachten zum „Stand der Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren“ hält den derzeitigen Regulierungsrahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit im MVZ vor sachfremden Einflüssen in MVZ für ausreichend. Die Einführung neuer Maßnahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit in MVZ vor sachfremden Einflüssen der Trägerebene ist *nicht* erforderlich.<sup>48</sup>

Auch besteht nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit kein objektiver Handlungsbedarf. Dem BMG „liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter diese Aufgabe in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“.<sup>49</sup>

Die Stellung der ärztlichen Leitung wird – ebenso wie die gesetzliche und berufsrechtliche Sicherstellung der allgemeinen ärztlichen Weisungsfreiheit – von Expertinnen und Experten in weit überwiegender Zahl als ausreichend gesichert bewertet.<sup>50</sup> Mit Blick auf fehlende Evidenz eines unzureichenden Schutzes vor sachfremden Einflüssen oder einer unzureichenden Ausübungsmöglichkeit der Schutzfunktion der ärztlichen Leitung, besteht aus Sicht des BBMV kein

---

<sup>46</sup> Ebd.

<sup>47</sup> Hügel, Prütting (2023); BSG, Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 39/12 R.

<sup>48</sup> Ladurner et al. (2020), S 3, Hervorhebung im Original.

<sup>49</sup> Bundestag-Drucksache 20/5166.

<sup>50</sup> Fricke et al. (2023); Bundestag-Drs. 20/5166, Anhang 5b.



Handlungsbedarf. Auch warnen Fricke et al. mit Blick in die Praxis und dem gewandelten Berufsbild vieler Ärztinnen und Ärzte davor, die Position der ärztlichen Leitung in einem MVZ zu überfrachten.<sup>51</sup>

Es ist nicht erkennbar, dass sich die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Grünen mit diesen Argumenten auseinandergesetzt hat.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

## 12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

Die Antragsteller fordern die Einführung eines neuen § 135b Abs. 5 SGB V, der MVZ verpflichtet, Verträge mit ärztlichen Leiterinnen und Leitern sowie Änderungen an diesen den Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen regelmäßig im Rahmen der Qualitätssicherung berichten, inwiefern die Vertragsinhalte den Empfehlungen entsprechen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Bundesärztekammer entwickelt. Im Falle einer Abweichung soll die KV den jeweiligen Zulassungsausschuss informieren.

Dadurch entsteht eine Offenlegungspflicht der Verträge gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und eine Berichtspflicht, ob MVZ den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der KBV folgen.

Die Forderung vermag nicht zu überzeugen. Zum einen werden heute bereits alle Verträge mit Ärztinnen und Ärzten den Zulassungsausschüssen vorgelegt und diese auf die Einhaltung der gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorgaben zur ärztlichen Weisungsfreiheit und Unabhängigkeit geprüft. Sollte dennoch eine analoge Regelung zu § 135c SGB V verfolgt werden, müsste diese zwischen der Bundesärztekammer und den Interessensvertretungsorganen Medizinischer Versorgungszentren – analog zur Deutschen Krankenhausgesellschaft – im Einvernehmen erarbeitet werden. MVZ sind keine Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sind daher auch nicht zur Erarbeitung solcher Empfehlungen legitimiert.

Jedoch ist auch hier entscheidend, dass keinerlei Evidenz vorliegt, die einen derartigen Regulierungsschritt rechtfertigt. In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass die Stellung der ärztlichen Leitung und die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen ausreichend gesichert sind.

**Die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist daher abzulehnen.**

---

<sup>51</sup> Fricke et al. (2023), S. 20.



### **13. Bevorzugung Ärzte in Nachbesetzungsverfahren / ärztliche Mehrheit der Gesellschaftsanteile**

Die Forderung nach der Bevorzugung von Ärztinnen und Ärzten im Nachbesetzungsverfahren von MVZ im Vergleich zu anderen Gründungsberechtigten ist nicht nachvollziehbar. Zumal im Nachbesetzungsverfahren in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V in europarechtlich bedenklicher Weise bereits ein Nachrang von MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern vorgesehen ist, wenn „die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem MVZ als Vertragsärzte tätig sind“, dieser Nachrang gilt gegenüber den „übrigen Bewerbern“.

Der Vorschlag, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in MVZ-Trägersgesellschaften obligatorisch die Mehrheit der Gesellschaftsanteile bzw. Stimmrechte einzuräumen könnte nach Art. 12 Abs. 1 GG weder den Anforderungen an Eingriffe in das Grundrecht der Berufswahlfreiheit noch an Eingriffe in die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV gerecht werden.<sup>52</sup>

**Die Forderungen der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen sind daher abzulehnen.**

---

<sup>52</sup>Burgi (2023), S.31f.