



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zu dem Antrag  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Medizinische Versorgungszentren reformieren

(Bundestagsdrucksache 21/1167 vom 15.09.2025)

Berlin, 11.11.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

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

## Inhaltsverzeichnis

Grundlegende Bewertung des Antrags .....	3
Zu Punkt 1 – Kommunale MVZ .....	4
Zu Punkt 2 a-f - Intransparente Inhaberschaft eines MVZ .....	4
Zu Punkt 3 – Unzureichende Datenlage zum Einfluss der MVZ-Inhaberschaft auf die Versorgungslage.....	5
Zu Punkt 4 - Krankenhäuser als „Gründungsplattform“ für MVZ-Ketten ohne regionalen oder fachlichen Bezug zu den MVZ:.....	5
Zu Punkt 5 - Fokussierung auf lukrative Leistungen bei fehlenden Kapazitäten für Patientinnen und Patienten, bei denen keine hochpreisigen Leistungen abgerechnet werden können.....	6
Zu Punkt 6 - Bildung von Oligo- und Monopolen durch regionale MVZ-Ketten .....	6
Zu Punkt 7 – Fehlende Gewährleistung unabhängiger ärztlicher Entscheidungen .....	6
Zu Punkt 8 - Zweckentfremdung von Beitragsmitteln aus der solidarischen Krankenversicherung.....	7
Zu Punkt 9 – Fehlende Möglichkeit von Disziplinarverfahren gegen MVZ.....	7
Zu Punkt 10 – Wettbewerbsvorteil durch Konzeptbewerbungen .....	7
Zu Punkt 11 und Punkt 12 - Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch Dritte .....	8
Zu Punkt 13 – Dynamische Entwicklung investorenbetriebener MVZ .....	8
Fazit.....	9

## Grundlegende Bewertung des Antrags

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt den vorgelegten Antrag zur Reformierung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ausdrücklich.

In den vergangenen Jahren hat die BÄK in zahlreichen Positionspapieren, Pressemitteilungen und anderen öffentlichen Beiträgen immer wieder auf den dringenden Handlungsbedarf aufgrund der dynamischen Entwicklung investorenbetriebener MVZ (iMVZ) aufmerksam gemacht. Insbesondere hat sie zügige gesetzliche Regelungen angemahnt und entsprechende Formulierungsvorschläge für gesetzliche Regelungen unterbreitet. Auch der Deutsche Ärztetag, das oberste Beschlussgremium der Ärzteschaft in Deutschland, hat sich wiederholt klar in diesem Sinne positioniert.

Der Bundesrat hat bereits im Jahr 2023 eine Entschließung zur „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ gefasst, die die wesentlichen, hier vorgelegten Vorschläge, u.a. zur Transparenz von Inhaberstrukturen, räumlichen Beschränkung der Gründungsbefugnisse von Krankenhäusern, Begrenzung von Versorgungsanteilen, Stärkung der ärztlichen Leitung und zu Disziplinarverfahren gegen MVZ. umfassen. In der vergangenen Legislaturperiode waren wiederholt entsprechende gesetzliche Regelungen angekündigt, jedoch nie umgesetzt worden.

Der aktuelle Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD sieht vor „ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz) zu erlassen“, das „Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt“.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine klare gesetzliche Regelung notwendig, die Transparenz schafft und Fehlentwicklungen verhindert – ohne MVZ als Modell der Versorgung grundsätzlich zu entwerten. So sieht die BÄK in MVZ eine sinnvolle interdisziplinäre und sektorenverbindende Versorgungsform, die sowohl für die Herausforderungen einer Gesellschaft im demografischen Wandel erweiterte Versorgungsspielräume schaffen, als auch den sich verändernden Ansprüchen von Ärztinnen und Ärzten an ihr Berufsleben Rechnung tragen kann. Die Vorschläge der BÄK zur Regulierung von iMVZ richten sich nicht gegen MVZ als Versorgungsform und zielen auch nicht darauf ab, sinnvolle Investitionen in die Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erschweren.

Sorge bereitet jedoch die dynamische Entwicklung von Übernahmen und Gründungen von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren wie insbesondere Private Equity Gesellschaften (PEG).<sup>1</sup>

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Eigentümerschaft von MVZ durch fachfremde Investoren mit erheblichen Risiken behaftet, die einer Regulierung bedürfen. Der vorliegende Antrag macht hierzu zielführende und sachgerechte Vorschläge, die vor allem in ihrem Zusammenwirken zu einer Regulierung von iMVZ beitragen. Im Folgenden möchten wir die Risiken einer zunehmenden Versorgung in iMVZ ausführen und die vorgeschlagenen Maßnahmen in diesem Zusammenhang bewerten.

---

<sup>1</sup> Christoph Scheuplein, [https://ydivde-it.de/sites/default/files/document/2025-Im-Fokus\\_MVZ-Transparenzregister.pdf](https://ydivde-it.de/sites/default/files/document/2025-Im-Fokus_MVZ-Transparenzregister.pdf)

## Zu Punkt 1 – Kommunale MVZ

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung liegt zunächst einmal bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die gerade in strukturschwachen Regionen eine Vielzahl unterschiedlicher Förderinstrumente nutzen. Stehen in ländlichen Regionen oder strukturschwachen Stadtteilen nicht genügend Ärztinnen und Ärzte für die Übernahme von Arztpraxen zur Verfügung, können die Kassenärztlichen Vereinigungen KV-Praxen als Eigeneinrichtungen gründen. Kommunen können die Kassenärztlichen Vereinigungen auf unterschiedliche Weise bei der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages in strukturschwachen Regionen unterstützen, z.B. durch Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten oder ergänzende Fördermittel. Wenn diese Möglichkeiten nicht ausreichen, kommt auch die Gründung kommunaler MVZ in Abstimmung mit der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung in Betracht. Der zunehmende Fachkräftemangel, der steigende Bedarf an ambulanter Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens und gesamtgesellschaftliche Veränderungen benötigen eine Vielzahl neuer Angebotsformen, flexibler Modelle und Innovationen. Auch die Einbindung weiterer kommunaler Dienste ist insbesondere in strukturschwachen Regionen von Vorteil. Um regionale Besonderheiten abilden zu können, müssen zukünftig verstärkt kreative Lösungen und Konzepte - unter Mitwirkung der Beteiligten - entwickelt werden.

Begrüßenswert wäre es, wenn Ärztinnen und Ärzten perspektivisch Anteile an den Einrichtungen erwerben bzw. diese übernehmen könnten, da der Erfolg in der Regel vom Engagement der Beteiligten abhängt. Auch sollten die in dem MVZ erwirtschafteten Erlöse für weitere Investitionen in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung genutzt werden.

Ein Risiko kommunaler MVZ ist die unsichere finanzielle Lage vieler Kommunen. Es wäre fatal, wenn ein kommunales MVZ aus Geldmangel an einen privaten Investor veräußert würde.

## Zu Punkt 2 a-f - Intransparente Inhaberschaft eines MVZ

Die Transparenz darüber, wer ein MVZ betreibt ist aus zwei Gründen sehr wichtig: Zum einen müssen Patientinnen und Patienten im konkreten Fall unkompliziert erkennen können, wer hinter einem MVZ steht, in das sie sich zur Behandlung begeben wollen. Das gilt insbesondere, wenn Zweitmeinungen zu Indikationen und Behandlungsoptionen eingeholt werden sollen.

Zum anderen ist die geforderte Transparenz auch entscheidend für eine Analyse von trägerabhängigen Versorgungseffekten, die derzeit nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Die hier aufgeführten Maßnahmen sind aus Sicht der BÄK sachgerecht und geeignet, echte Transparenz in Bezug auf die Inhaberschaft einzelner MVZ herzustellen. Entscheidend ist dabei, nicht allein Transparenz über die Trägerschaft eines MVZ herzustellen, sondern insbesondere die eigentumsrechtlichen Strukturen eines MVZ vollständig zu erfassen.

Dabei sollten auch MVZ-Ketten klar kenntlich gemacht werden. Entscheidend ist zudem auch ein regelmäßiges Monitoring der Inhaberstrukturen, das die Ein- und Austritte von Investoren miterfasst.

Das zeigt, dass die Herstellung von Transparenz von zentraler Bedeutung ist. Von isolierten Regelungen zur Transparenz allein ist jedoch keine ausreichende Lösung zu erwarten. Vielmehr muss ein Gesetz – wie der Antrag richtigerweise vorsieht – daneben zwingend weitere Anforderungen an MVZ normieren.

### **Zu Punkt 3 – Unzureichende Datenlage zum Einfluss der MVZ-Inhaberschaft auf die Versorgungslage**

Der immer wieder geäußerte Einwand, dass die bisher vorliegende Evidenz die von ärztlicher Seite vorgetragenen Sorgen nicht in ausreichendem Umfang belegen würde, greift nicht, da eine deutlichere Erfassung der in Rede stehenden Effekte an einer mangelnden Transparenz in den Daten hinsichtlich der Betreiberstrukturen großer MVZ scheitert bzw. erheblich erschwert ist. **Während die Träger der Einrichtungen in der Regel bekannt sind, müssen Eigentümer-Strukturen mühsam in „Handarbeit“ über verschiedene, schwer zugängliche Quellen nachverfolgt werden.** Dies ist bislang lediglich für die MVZ in Bayern erfolgt<sup>2</sup>.

Dass die vorliegenden Daten die von der Ärzteschaft aufgrund zahlreicher Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis beschriebenen kritischen Entwicklungen nur in begrenztem Umfang quantifizieren können, darf daher nicht als „Entwarnung“ missverstanden werden. Gerade wenn man bedenkt, wie eingeschränkt sich die Effekte auf Basis der aktuellen Datenlage erfassen lassen, müssen die in Studien erkennbaren Trends Anlass zu großer Besorgnis sein.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die Entwicklung in den Regionen und insbesondere auch in den Fachgebieten unterschiedlich weit fortgeschritten ist. Daraus ergibt sich bei Durchschnittsbetrachtungen auf der Ebene von Bundesländern oder gar des Bundes zwangsläufig eine Nivellierung der bestehenden Effekte. Der gleiche Effekt zeigt sich auch bei einer Betrachtung über alle Fachgebiete hinweg. Fachgebietsbezogene Analysen scheitern an der geringen ermittelbaren Fallzahl und sind aus Datenschutzgründen teilweise ausgeschlossen, da sie eine Rückverfolgung auf einzelne MVZ ermöglichen würden.

Es wäre falsch, sich aufgrund der eindeutig verbesserungsbedürftigen Datenlage zu einem Abwarten verleiten zu lassen, bis die Effekte fachgebietsübergreifend und bundesweit unübersehbar zunehmen. Denn zu diesem Zeitpunkt wäre eine Umkehrung der Entwicklung kaum noch möglich. Deswegen ist es richtig, dass der Antrag zwar weitere Untersuchungen auf einer verbesserten Datenbank fordert, aber die bereits jetzt als notwendig erkannten Maßnahmen nicht davon abhängig macht.

### **Zu Punkt 4 - Krankenhäuser als „Gründungsplattform“ für MVZ-Ketten ohne regionalen oder fachlichen Bezug zu den MVZ:**

Finanzfremde Investoren umgehen die vom Gesetzgeber intendierte Beschränkung des Gründerkreises dadurch, dass sie Krankenhäuser aufkaufen. Ein einzelnes (Fach-)Krankenhaus kann damit zur „Gründungsplattform“ für eine Vielzahl von MVZ ohne jeden Bezug zum räumlichen und fachlichen Versorgungsauftrag des Krankenhauses werden. Eine Verbesserung der Versorgung ist jedoch nur dann zu erwarten, wenn das Versorgungsangebot des Medizinischen Versorgungszentrums einen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweist. Die Bundesärztekammer unterstützt daher die in diesem Antrag vorgebrachte Forderung, die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser an einen räumlichen und fachlichen Bezug zu binden. Ein fachlicher Bezug besteht dabei auch dann, wenn sich das Versorgungsangebot des MVZ und das Versorgungsangebot des Krankenhauses durch die Vorhaltung von medizinisch „benachbarten“ Fachgebieten sinnvoll ergänzen.

---

<sup>2</sup> [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index_ger.html)

Mit einer solchen Regelung werden Träger, die originär in der Krankenhausversorgung tätig sind, nicht an der Gründung von MVZ gehindert. Betreibt ein Träger mehrere Krankenhäuser in unterschiedlichen Regionen und mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten, erweitert dies auch seine Möglichkeiten, MVZ zu betreiben.

### **Zu Punkt 5 - Fokussierung auf lukrative Leistungen bei fehlenden Kapazitäten für Patientinnen und Patienten, bei denen keine hochpreisigen Leistungen abgerechnet werden können**

In einer ambulanten Praxis jedes Fachgebietes werden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und Komplexität vorstellig. Eine Fokussierung und Mengenskalierung auf lukrative Leistungen kann zu einer deutlichen Erlössteigerung führen, sie bringt jedoch die Versorgung aus dem Gleichgewicht und bedeutet eine Abnahme an Behandlungsplätzen für „nicht-lukrative“ Patientinnen und Patienten. Die hierdurch entstehenden Versorgungslücken müssen von anderen Einrichtungen aufgefangen werden. Dem könnte entgegengewirkt werden, indem die Versorgungsaufträge von ambulanten Einrichtungen auch hinsichtlich der Erbringung aller Kernleistungen des Fachgebietes überprüft würden, also eine Prüfung, ob die Versorgung in der erforderlichen Breite angeboten und durchgeführt wird. Damit soll verhindert werden, dass sich Leistungserbringer auf einzelne, besonders lukrative, oftmals prozedurale Leistungen des Fachgebietes (wie z. B. Kataraktoperationen) beschränken und die Versorgung im Übrigen vernachlässigen. Deswegen unterstützt die Bundesärztekammer die Forderungen des Antrages zu diesem Punkt.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Überprüfung der Erbringung von Kernleistungen erst ab drei vollen Versorgungsaufträgen in einem Fachgebiet greifen sollte, wie es in dem Antrag vorgesehen ist.

### **Zu Punkt 6 - Bildung von Oligo- und Monopolen durch regionale MVZ-Ketten**

Die Entwicklung von regionalen Oligo- oder Monopolen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist problematisch. So ist es in bestimmten Regionen heute schon schwer, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zu bekommen, wenn zum Beispiel die ambulanten Einrichtungen eines Fachgebietes in der Hand einer einzigen MVZ-Kette sind. Zum anderen besteht das Risiko, dass die Versorgung in einer Region nicht mehr gewährleistet werden kann, wenn eine große MVZ-Kette insolvent wird. Dem sollte, wie im Antrag gefordert, durch eine Begrenzung von Marktanteilen – wie dies aus demselben Grund in der zahnärztlichen Versorgung bereits vorgesehen ist – entgegengewirkt werden.

Die Bundesärztekammer befürwortet dabei auch die vorgeschlagenen Ausnahmeregelungen aus Versorgungsgründen, um auf regionale Bedarfe reagieren zu können.

### **Zu Punkt 7 – Fehlende Gewährleistung unabhängiger ärztlicher Entscheidungen**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Forderungen des Antrages zu diesem Punkt. Für die Patientensicherheit ist es unentbehrlich, dass in Medizinischen Versorgungszentren tätige Ärztinnen und Ärzte ihre ärztliche Entscheidung im Einklang mit den berufsrechtlichen Regelungen treffen können. Insbesondere dürfen sie hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (§ 2 Abs. 4 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)), müssen ihr

ärztliches Handeln am Wohl der Patienten ausrichten (§ 2 Absatz 2 Satz 2 MBO-Ä) und die ärztlichen Sorgfaltspflichten beachten, indem sie gewissenhaft handeln (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MBO-Ä). Das Interesse Dritter ist demgegenüber nachrangig (§ 2 Absatz 2 Satz 3 MBO-Ä).

Es ist Aufgabe des Medizinischen Versorgungszentrums und seines ärztlichen Leiters, die Einhaltung dieser Vorgaben sicherzustellen. Ist nicht gewährleistet, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten erfüllen können, weil beispielsweise von ihnen verlangt wird, dass sie ihre Entscheidung an kommerziellen Interessen ausrichten, ist die Zulassung zu entziehen. Dabei hat der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht zu prüfen, ob der Träger in anderen Medizinischen Versorgungszentren in vergleichbarer Weise auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte unzulässigen Einfluss nimmt. In diesem Fall sind auch weitere Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren zu widerrufen.

#### **Zu Punkt 8 - Zweckentfremdung von Beitragsmitteln aus der solidarischen Krankenversicherung**

Wenn Gewinne in Konzernstrukturen abfließen, anstatt im Gesundheitssystem und damit zugunsten der Patientinnen und Patienten reinvestiert zu werden, stellt dies eine faktische Zweckentfremdung solidarisch finanziertem Mittel dar. Ärztliche Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit sind tragende Säulen der Patientenversorgung in Deutschland. Wenn medizinische Entscheidungen durch Renditedruck beeinflusst werden, gerät dieses Grundprinzip unter Druck und das Vertrauen der Versicherten in die GKV wird beschädigt. Die Forderungen des Antrages zu diesem Punkt sind deswegen zu unterstützen.

#### **Zu Punkt 9 – Fehlende Möglichkeit von Disziplinarverfahren gegen MVZ**

Disziplinarmaßnahmen können bisher nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verhängt werden. Medizinische Versorgungszentren bzw. ihre Träger können nicht belangt werden, auch wenn die Verfehlung ihnen zuzurechnen ist. Es bleibt allenfalls die Möglichkeit, bei gravierenden Verstößen die Zulassung zu entziehen. Es ist jedoch geboten, auch einfache Verstöße mit Mitteln des Disziplinarrechts zu ahnden. Dies wird mit den im Antrag vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen ermöglicht.

#### **Zu Punkt 10 – Wettbewerbsvorteil durch Konzeptbewerbungen**

Die Konzeptbewerbung soll es MVZ ermöglichen, sich mit einem personenunabhängigen Versorgungskonzept für eine Praxisweiterführung zu bewerben, da es schwierig sein kann, einen geeigneten Bewerber zu interessieren, bevor klar ist, ob es eine entsprechende Stelle im MVZ geben wird. Dem MVZ wird es damit ermöglicht, im Nachgang einer erfolgreichen Konzeptbewerbung einen Arzt bzw. eine Ärztin einzustellen, die sich anhand der übrigen Kriterien weniger für die Übernahme des Arztsitzes eignet als eventuelle Mitbewerber. Die Vorschrift ist zudem ohne weitergehende konkretisierende Regelungen zur näheren Ausgestaltung nach Ansicht des BSG nicht umsetzbar (Urteil vom 15.5.2019 – B 6 KA 15/18 R Nr. 44 ff.). Auch Ladurner et al. kommen in ihrem Gutachten zu dem Ergebnis, dass „der regulatorische Aufwand und die Belastung der Zulassungsgremien“ „außer Verhältnis zu den Vorteilen dieser besonderen Form der Bewerbung um eine Praxisnachfolge stehen“

dürften<sup>3</sup>. Die im Antrag vorgeschlagene Streichung der Konzeptbewerbung ist aus Sicht der Bundesärztekammer als ein Baustein in einem Gesamtansatz zu begreifen. Sie ist deswegen nicht – wie von interessierter Seite vorgeschlagen - isoliert, sondern gemeinsam mit den weiteren Maßnahmen umzusetzen.

### **Zu Punkt 11 und Punkt 12 - Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch Dritte**

Die Bundesärztekammer erreichen regelmäßig Rückmeldungen aus der Versorgungsrealität, nach denen Ärztinnen und Ärzte sich in ökonomisch ausgerichteten Strukturen immer wieder einem erheblichen Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlichen Erwartungen und ihrer medizinisch-ethischen Bindung ausgesetzt sehen.

Um dem entgegenzuwirken, reicht es nicht aus, die ärztliche Unabhängigkeit in Gesetzestexten lediglich zu deklarieren. Erforderlich sind stattdessen Maßnahmen, die diese Unabhängigkeit ganz konkret strukturell absichern. Dazu gehört aus Sicht der Bundesärztekammer zum einen die Stärkung der Position der ärztlichen Leitung eines MVZ. Die ärztliche Leitung des MVZ trägt die medizinische Gesamtverantwortung, wodurch sichergestellt wird, dass sich die Behandlung primär an medizinischen Kriterien orientiert. Daher gilt es zu verhindern, dass die ärztliche Leitung aus Anlass dem Träger nicht genehmerte medizinische Entscheidungen abberufen wird. Die Forderungen des Antrages sind daher zu unterstützen. Die Bundesärztekammer unterstützt auch die Forderung des Antrages, in Anlehnung an entsprechende Regelungen im Krankenhausbereich, Bonusverträge mit Zielvereinbarungen zu unterbinden, die zum Beispiel auf die Erbringung einzelner Leistungen oder Leistungsumfänge ausgerichtet sind. Damit die Regelungen wirksam werden, muss es zukünftig möglich sein, Disziplinarmaßnahmen auch gegen MVZ zu verhängen.

### **Zu Punkt 13 – Dynamische Entwicklung investorenbetriebener MVZ**

Bereits jetzt erklären sich Betreiber von Groß-MVZ oder MVZ-Ketten für regional quasi „unverzichtbar“ bzw. „systemrelevant“, während sie zugleich durch den Verweis auf den bundesweit und fachübergreifend noch vergleichsweise geringen Anteil von Investoren-MVZ versuchen, den offensichtlichen Handlungsbedarf in Abrede zu stellen.

Eine nachhaltige und patientenorientierte Gesundheitspolitik muss demgegenüber das noch bestehende Zeitfenster für ein entschiedenes Umsteuern nutzen. Die Bundesärztekammer befürwortet deswegen auch die Forderungen des Antrages zu diesem Punkt ausdrücklich.

---

<sup>3</sup>

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand\\_und\\_Weiterentwicklung\\_der\\_gesetzlichen\\_Regelungen\\_zu\\_MVZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf)

## Fazit

**Ziel gesetzlicher Regelungen** muss es sein, das Primat des Patientenwohls in der ambulanten Versorgung zu wahren und kritische Entwicklungen hin zu einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung durch geeignete Maßnahmen zu verhindern.

Diese Maßnahmen müssen insbesondere darauf hinwirken,

- die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen strukturell besser abzusichern,
- einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würden, entgegenzuwirken und
- die aus Solidarbeiträgen aufgebrachten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte zu schützen.

Die Bundesärztekammer hält die hier vorgelegten Vorschläge als Maßnahmenpaket für geeignet, diese Ziele zu erreichen, ohne den Betrieb sinnvoller, versorgungssichernder MVZ zu beeinträchtigen. Aus Sicht der Bundesärztekammer besteht dringender Handlungsbedarf.