

## **Stellungnahme** zum Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis90/Die Grünen ‚MVZ reformieren‘ (BT Drs. 21/1667)

---

Eine Analyse  
& Meinung des BMVZ e.V.  
**Stand:** 11. November 2025

### **Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

Bundesverband MVZ e.V.  
Schumannstraße 18  
10117 Berlin

#### **Kontakt:**

---

BMVZ-Geschäftsstelle  
[gf.assistentz@bm vz.de](mailto:gf.assistentz@bm vz.de)

**Tel.: 030 – 270 159 50**  
**Fax: 030 – 270 159 49**

[www.bmvz.de](http://www.bmvz.de)

#### **Inhaltsübersicht**

---

Seite 2	<b>Vorbemerkung</b>
Seite 3	<b>Einschätzung des vorliegenden Antrags</b>
Seite 4	<b>Allgemeine Debattenkritik</b>
Seite 5	<b>Datensplitter</b> Erfassung von Grunddaten zu MVZ Größe von MVZ-Strukturen Gründungsdynamik von MVZ (Investoren-)MVZ im Verhältnis zur Gesamtärzteschaft
Seite 8	<b>Erkenntnisbedarfe &amp; Abschlussstatement</b>

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

## Vorbemerkung

---

- 1) **Auf den Punkt gebracht ist** das MVZ-Konstrukt die sicht- und greifbare Zusammenfassung all dessen, was sich in den letzten zwanzig Jahren in der ambulanten Versorgung verändert hat. Hier bündeln sich parallel die Trends zur Bildung ärztlicher Gemeinschaften, zur Anstellung statt Niederlassung sowie zu weitere Berufsgruppen einbeziehenden Kooperationen. Gleichzeitig steht das MVZ (auch) für dezentrale Versorgungsnetzwerke, arbeitsteilige Praxisorganisation und die Einbindung nicht-ärztlicher Träger in die Steuerung und Verantwortung des Praxisbetriebs.
- 2) **In der Folge bilden gerade MVZ** nichtärztlicher Betreiber den Fokus einer Debatte, in der 'die gute alte Zeit' mit nur Einzel- und Zweierniederlassungen idealisiert wird, während den neuen Betreibern und ebenso den Ärzt:innen, die in deren Einrichtungen tätig werden, vielfach mit gesteigertem Misstrauen begegnet wird. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich das MVZ bei allen zulässigen Trägern, einschließlich der (Zahn-)Ärztenschaft, fortgesetzten Interesses erfreut.
- 3) **Für diese Sorgen werden** zumeist anekdotische oder gefühlte Argumente vorgetragen. Dahinter steht der Gedanke, dass die (vermuteten) Verfehlungen und Fehlentwicklungen in jedem Fall vorhanden, aber nicht systematisch erkennbar seien. Allerdings ist es angesichts der inzwischen relevanten Zahl an MVZ-Ärzten und MVZ-Patienten und dem langen Zeitraum, in dem MVZ bereits Teil der ambulanten Regelversorgung sind, eher anzunehmen, dass sich das Auftreten berufsrechtlicher Verstöße, Über- und Unterbehandlungen von Patienten, sowie eine in bedenklicher Weise honoraroptimierte Leistungserbringung in MVZ nicht wesentlich von dem Geschehen in Einzelpraxen oder Gemeinschaften unterscheidet. Sprich: Gute und schlechte Ärzte:innen gibt es – in jeweils ähnlicher Verteilung - in allen Praxisformen.
- 4) **Zugunsten der MVZ spricht** dabei das öffentliche Interesse und der besondere Fokus, der mit der MVZ-Debatte auf dem Versorgungsgeschehen in solchen Strukturen liegt, da 1) anzunehmen ist, dass auch kleinere Regelwidrigkeiten vergleichsweise schnell öffentlich werden, bzw. würden. Und sich 2) aus der größeren Zahl an beteiligten Personen eine gesteigerte soziale Kontrolle ergibt. Dennoch entsteht in der politischen Debatte der Eindruck, dass in großer Zahl nicht-ärztliche Träger – negativ assoziiert als Investoren oder Heuschrecken – akut und breitflächig durch Qualitätseinbußen oder wie auch immer gearteten ‚Abfluss‘ von Versichertengeldern die Patientenversorgung gefährdeten. Diese Art der Debattenführung ist zu kritisieren.
- 5) **Daher soll kurz Bewusstsein** für grundlegende psychologische Zusammenhänge geschaffen werden, die lehrbuchartig auf die seit vielen Jahren und mit einem oft unverhältnismäßig hohem Ressourceneinsatz geführte MVZ-Debatte zutreffen:  
*„Menschen neigen dazu die relative Bedeutung von Problemen danach zu beurteilen, wie leicht sie sich aus dem Gedächtnis abrufen lassen – und diese Abrufleichtigkeit wird weitgehend von dem Ausmaß der Medienberichterstattung bestimmt.“ Und: „Eine zuverlässige Methode, Menschen dazu zu bringen, falsche Aussagen zu glauben, ist häufiges Wiederholen, weil Vertrautheit sich nicht leicht von Wahrheit unterscheiden lässt.“* | Quelle: Daniel Kahnemann, Kognitionspsychologe + Nobelpreisträger (Wirtschaftswissenschaften 2002)
- 6) **Entsprechend muss es zunächst** mit Dringlichkeit darum gehen, die Debatte um MVZ zu versachlichen. Daher sollte – bevor weiterführende Regulierungsmaßnahmen ergriffen werden – die Datenlage zu den strukturellen Entwicklungen der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt deutlich verbessert werden. Hierfür hat das Bundesgesundheitsministerium unter Ministerin Warken bereits am 4. August 2025 im Rahmen der ‚Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte‘ einen belastbaren Vorschlag vorgelegt. Dieser geht inhaltlich zu weiten Teilen auf Pläne des Lauterbach-BMG zurück und trägt daher implizit bereits den parteiübergreifenden Konsens in sich. Eine schnelle Inkraftsetzung wäre daher in jeder Hinsicht wünschenswert und der Versachlichung der MVZ-Debatte dienlich.

## Einschätzung des vorliegenden Antrags

- 7) Der Antrag vermengt – passend zur allgemein diffusen Debattenführung der letzten Jahre - eine Vielzahl an Themen rund um den MVZ-Betrieb. Dabei ist vor allem die mit Punkt 2 geforderte Verbesserung der Datenlage grundsätzlich zu unterstützen. Denn die politische Debatte um MVZ speist sich ohne Frage wesentlich aus der Sorge, dass (bestimmte) nicht-ärztliche Akteure die ambulante Versorgung mit hoher Dynamik verändern, bzw. negative Entwicklungen stattfinden, ohne dass es bemerkt würde. Daher braucht es dringend mehr Strukturtransparenz und regelhafte Berichterstattung. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Initiative vom 27.03.2023: *Drei Maßnahmen für mehr Transparenz bei MVZ* ([www.bmvz.de/35651](http://www.bmvz.de/35651))
- 8) Fraglich ist allerdings, ob es dazu eine gesetzliche Änderung braucht, da das Bundesministerium über die eingangs erwähnte Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte und Zahnärzte den Prozess bereits angestoßen hat, mit der das bestehende Arztregister in valider und unbürokratisch umzusetzender Weise um eine breit angelegte Strukturdatensammlung erweitert wird. Ein Vorhaben, das – soweit uns gemäß des im Sommer durchgeführten Stellungnahmeverfahrens bekannt – auch von allen relevanten Akteuren und Verbänden mitgetragen und unterstützt wird. Eine parallele Regelungsinitiative auf gesetzgeberischer Ebene erscheint damit redundant.
- 9) Jedoch trifft die weiterführende Kritik des Antrags zu, dass die Einsichtnahmemöglichkeit in das bestehende Transparenzregister nach dem Geldwäschegesetz, das branchenübergreifend Daten zu den wirtschaftlichen Berechtigten aller Unternehmen erfasst, für die vertragsärztlichen Kontexte bisher nicht suffizient funktioniert. Die Forderung, den das Arztregister führenden Stellen regelhaft den Zugriff auf relevante Daten dieses Transparenzregister zu gewähren, unterstützen wir daher.
- 10) Im Weiteren werden jedoch zahlreiche Detailforderungen zur Regulierung von Gründung und Betrieb von MVZ aufgestellt, die der Realität der vertragsärztlichen Versorgung zuwiderlaufen und teils als reine Symbolpolitik einzustufen sind.
- 11) Gemäß Punkt 13 soll das BMG etwa prüfen, *„inwiefern Ärzt:innen im Nachbesetzungsverfahren von MVZ im Vergleich zu anderen Gründungsberechtigten vorrangig berücksichtigt werden können.“* Diesbezüglich ist jedoch auf den bereits seit 2012 im SGB V verankerten ärztlichen Vorrang zu verweisen, wonach im Nachbesetzungsverfahren jedes MVZ *„bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, ... gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist.“* (§ 103 Absatz 4c SGB V) Eine für das Regelungsziel wirksame Vorgabe, die bundesweit auch von allen Zulassungsausschüssen konsequent umgesetzt wird.
- 12) Ebenso muss die Forderung, dass *„MVZ, die mindestens drei Sitze eines Fachgebiets umfassen“* gesondert hinsichtlich der Erbringung fachgebietsspezifischer Kernleistungen geprüft werden sollen (Punkt 5), als realitätsfern eingestuft werden. Dabei kann über die Frage, inwieweit die ärztliche Leistungserbringung zusätzlich auf die Abdeckung der Breite des Fachs geprüft werden soll, wie es die Bundesärztekammer als Regel für alle fordert, diskutiert werden. Eine solche Prüfung, die einem generellen Misstrauensantrag gegenüber der Ärzteschaft gleichkommt, allerdings nur auf MVZ und dabei lediglich auf die Teilmenge der für ein Fach mehrfach besetzten Standorte zu beziehen, erscheint ausgesprochen willkürlich.
- 13) Parallel wird eine Gesetzesänderung gefordert, mittels der die Hauptverantwortung bezüglich der organisatorischen Leitung eines MVZ der/dem Ärztlichen Leiter:in zugeordnet werden soll (Punkt 11). Gleichzeitig soll diese Person mindestens halbtags GKV-Sprechstunden für Patienten abhalten müssen. Wenn man jedoch berücksichtigt, dass das Führen komplexer Praxisstrukturen, eine eigenständige und nicht eben kleine Aufgabe ist, und dass gerade in der funktionellen Arbeits- und Verantwortungsteilung zwischen Ärzten und Nicht-Ärzten einer der wesentlichen Mehrwerte von Kooperationen liegt, erschließt sich 1) nicht, wie die Ärztliche Leitung dieser Funktion gerecht werden kann, wenn deren Hauptfokus gleichzeitig auf der Patientenversorgung liegen soll. Und 2) erscheint es grundsätzlich und komplett widersinnig, die knappe ‚Ressource Arztzeit‘ durch zusätzliche Verwaltungs- und Leitungsaufgaben zu belasten. Die verbreitete Misstrauenskultur

gegenüber den MVZ und der Integrität der in ihnen tätige Ärzt:innen treibt an dieser Stelle merkwürdige Blüten, die wir ausdrücklich kritisieren.

- 14) In Punkt 4 wird daneben die Forderung einer fachlichen und räumlichen Einschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung wiederholt. Ohne hier inhaltlich auf diese Debatte näher einzugehen, ist auf Folgendes hinzuweisen:

Bei den Beschränkungsvorschriften wird zwar der Versorgungsnutzen vorgeschoben, primär geht es aber darum, die Barrieren zu erhöhen, also die Markteintrittskosten nach oben zu treiben. Konkretes Ziel dieser Maßnahme wäre es somit, dass ein potentieller Investor statt einem mehrere Krankenhäuser erwerben und betreiben müsste, um flächig ambulant präsent sein zu können. Die damit verbundene Frage, ob es versorgungspolitisch sinnvoll ist, dass derart weitere kleine und mittelgroße, oft wenig rentable Kliniken, die deshalb von den bisherigen Trägern nur zu gern abgegeben werden, dauerhaft am Leben erhalten werden, wird jedoch verdrängt. Dies gilt auch für die Frage, wie solche Pläne, die eine beinahe zwangsläufige Folge einer fachlichen oder regionalen MVZ-Regulierung wären, zur geplanten Krankenhausreform und der inzwischen Allgemein-gut gewordenen Ansicht passen, dass nicht jedes Krankenhaus auf immer erhalten werden sollte.

## Allgemeine Debattenkritik – die Sicht des BMVZ

- 15) Offensichtlich lebt die MVZ-Debatte von der Hoffnung, dass, wenn der Gesetzgeber nur genügend Beschränkungen einzieht, die Private-Equity-Investoren schon aufgeben werden. Nur, daran muss immer wieder erinnert werden: Ähnliche Versuche sind 2011, 2015 und 2019 bereits mehr oder weniger erfolglos gescheitert. Vor dem Kontext des globalen Finanzmarktes mit den Unmengen nach stabiler Anlage suchendem Kapital verblasen schlichtweg die Einstiegspreise, die den Investoren abverlangt werden. Daher sollte ein weiterer Gedanke unseres Erachtens mehr Raum erhalten:
- 16) Allenthalben ist die Rede vom Arztmangel, von Patienten, die Termine erst nach Monaten erhalten, von strukturschwachen Regionen, um die niederlassungswillige Ärzte und Ärztinnen schon seit Langem einen Bogen machen. Und auch davon, dass Mediziner zunehmend die Verantwortung der eigenen Praxis scheuen, also zwar gern in der Versorgung arbeiten, aber eben angestellt. Hierfür braucht es Unternehmer, respektive Arbeitgeber, die in der Lage sind, den notwendigen betrieblichen und organisatorischen Rahmen zu schaffen. Das können natürlich Ärzt:innen sein, die bereit sind, Kollegen anzustellen. Nur beweist die Entwicklung seit vielen Jahren, dass eben solche Ärzte in viel zu geringer Zahl zu finden sind. Und dass somit auch und gerade MVZ in nicht-ärztlicher Trägerschaft, eine Nachfrage nach ärztlichen Arbeitsplätzen bedienen, die schlichtweg im großen Umfang da ist.
- 17) Letztlich muss daher an die Gesundheitspolitik appelliert werden, den Fokus der Debatte von dem destruktiven Konzept zu lösen, wie man eine konkrete Gruppe von MVZ-Trägern aus der Versorgung raushalten kann. Und hinzulenken auf die Frage, ob wir es uns angesichts der Entwicklungen in der ambulanten Versorgung überhaupt leisten können, auf Leistungsträger zu verzichten, die bereit sind, anstellungswilligen Ärzten geeignete Arbeitsplätze zu schaffen. Dabei geht es nicht darum, etwaige Probleme, die sich aus der Versorgung im Kontext medizinischer Investoren ergeben können, kleinzureden.

Aber klar muss auch sein: Die Trennlinie zwischen guter und schlechter Versorgung, zwischen geeigneten und ungeeigneten Trägern folgt nicht pauschal der Geldspur. Was wir daher brauchen, ist einen Qualitätswettbewerb und die übergeordnete Debatte darüber, welche Kontrollmechanismen strukturübergreifend nötig sind, um die ambulante Versorgung weiterhin flächendeckend hochwertig aufrecht zu erhalten. Die auch im Antrag bestimmende Regulierungsabsicht folgen demgegenüber jedoch der höchst unrealistischen Rechnung: *Keine Investoren = keine Probleme*. Diese Sichtweise ist unterkomplex und wird daher von uns nicht unterstützt.

- 18) Angesichts der ‚Überaufmerksamkeit‘ für MVZ-Strukturen möchten wir jedoch das Unsere dazu

beitragen, die Debatte mit belastbaren Fakten zu unterfüttern und auf ein sinnvolles Maß einzugrenzen. Nicht wenige der Klischees und Fehlinformationen über, bzw. zu MVZ könn(t)en bereits mit dem vorhandenen Datenmaterial ausgeräumt werden. Daher sollen im Folgenden einzelne Aspekte der Debatte näher beleuchtet und mit Fakten untersetzt werden.

- 19) Ziel ist auch hierbei, die neu beginnende Diskussion - statt lediglich bekannte Argumentations-schleifen zu wiederholen - in eine neue, konstruktive und faktenbasierte Richtung zu lenken. Die verfügbare Datentiefe zu MVZ ist – entgegen der von vielen Akteuren offensiv beklagten schlechten Informationslage - im Übrigen erstaunlich groß. Nachfolgend können daher nur einige wenige Datensplitter herausgegriffen werden.

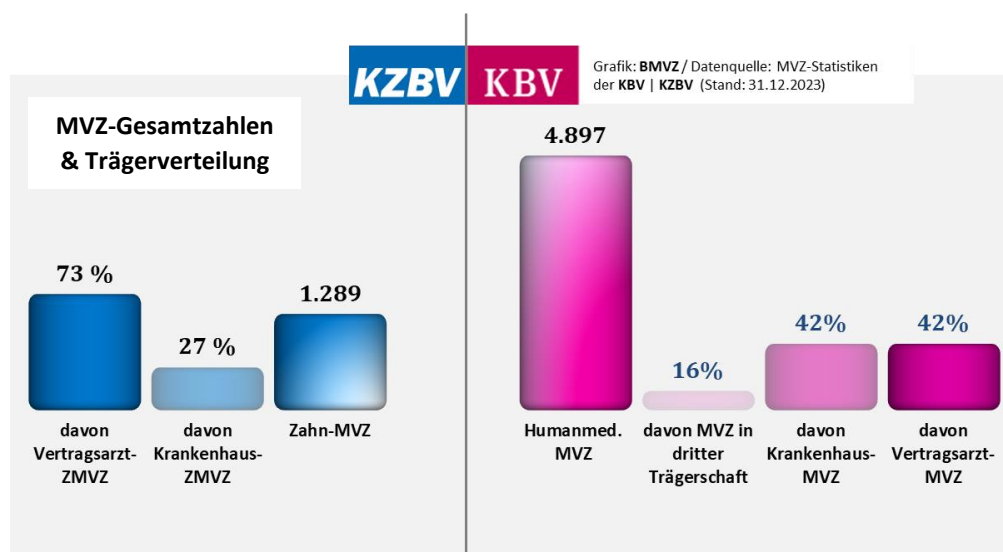
## Datensplitter | Entwicklung & Versorgungsrelevanz von MVZ

### 20) Erfassung von Grunddaten zu MVZ | Ist-Stand

Zahnärzte und Vertragsärzte erfassen ihre Strukturdaten voneinander getrennt. Es sind auch im Detail unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten. Grundsätzlich gilt aber für beide Bereiche, dass der anhaltende Trend zur MVZ-Gründung eingebettet ist in den übergeordneten Trend zu Anstellung, Teilzeitbeschäftigung und der Bildung größerer Gemeinschaftspraxen. Wobei *größer* in dem Kontext schlichtweg mehr als die zwei Ärzte einer üblichen Gemeinschaftspraxis meint.

Am 31.12.2023 gab es 1.483 ZMVZ (KZBV-Statistik) und 4.897 MVZ der humanmedizinischen Fachrichtungen (KBV-Statistik) – Zusammen also 6.380 MVZ. Allerdings ist nach wie vor die selbstständige Niederlassung die mit Abstand am meisten verbreitete Praxisform. 82 % aller Vertrags-ärzte und -psychotherapeuten und 93 % aller Zahnärzte sind auch heute noch in einer klassischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig.

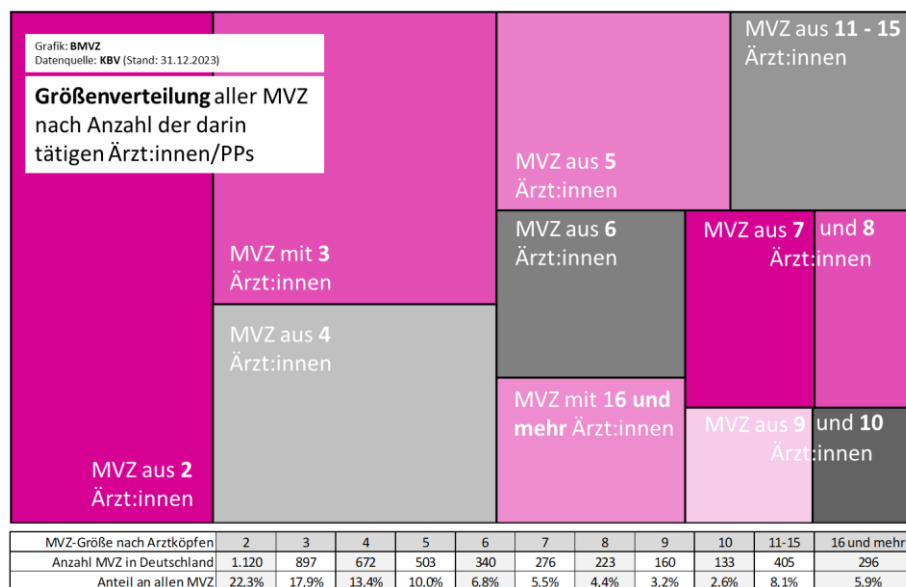
Wesentliche Unterschiede gibt es in der Trägerverteilung. Da Zahn-MVZ faktisch erst seit zehn Jahren gegründet werden – hier besteht ein Zusammenhang zu Zulassung fachgleicher MVZ in 2015 – gibt es so gut wie keine dritten Träger, die wiederum im KBV-Bereich immerhin 16 % ausmachen. Zudem ist die MVZ-Quote bei den Zahnärzten insgesamt niedriger und auch der Anteil von (angestellten) MVZ-Ärzten an allen Zahnärzten. Insofern besteht eine reziproke Beziehung zu dem Umstand, dass der Ruf nach MVZ-Regulierung deutlich stärker von der verfassten Zahnärztschenschaft als von deren vertragsärztlichem Pendant erhoben wird.



### 21) Größe von MVZ-Strukturen | Ist-Stand

MVZ sind große Strukturen. BAG und Arztpraxen werden dementsgegen zumeist per Definition als kleinteilige Versorger gedacht. Die Größenstatistik der KBV beweist jedoch in vielen Fällen das Gegenteil.

54 % und damit mehr als die Hälfte aller MVZ arbeiten mit zwei, drei oder vier Ärzten – d.h. angesichts der Teilzeitarbeitsverhältnisse mit noch weniger Sitzen. Sie ähneln damit praktisch bei der Betriebsorganisation typischen Gemeinschaftspraxen. Die trifft insbesondere und nachweislich auch auf viele Standorte in Investoreneinhaberschaft zu. Über viel Geld zu verfügen, ändert nichts daran, dass die ambulante Versorgung durch extrem kleinteilige Anbieterstrukturen gekennzeichnet ist und auch bleiben wird.

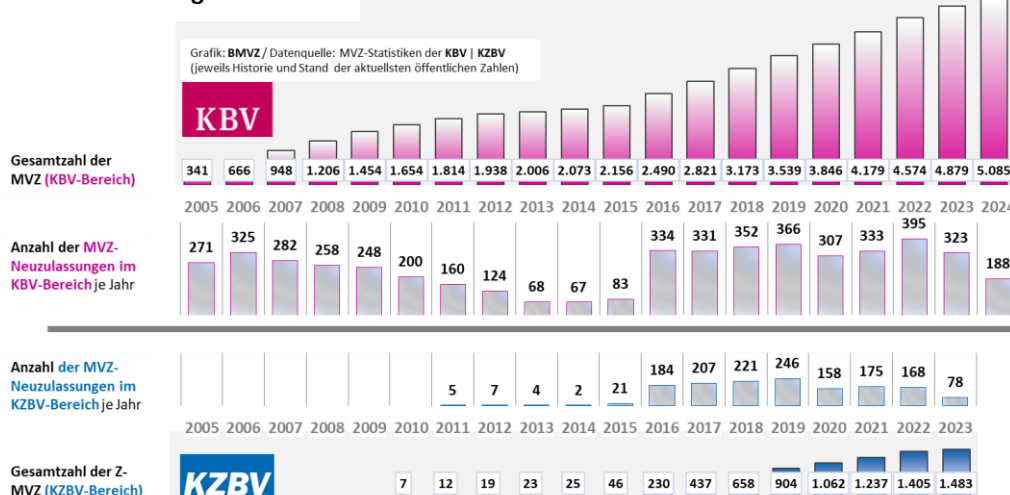


Im Gegenzug gab es Ende 2023 bundesweit mit 2.456 unter den Niederlassungspraxen mehr Praxisstandorte mit fünf und mehr Ärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen als bei den MVZ (2.336 Standorte). Tendenz steigend. Auch die KZBV vermeldet für ihren Bereich und die Zahn-MVZ in Klinikträgerschaft eher kleinteilige Standortbesetzungen.

## 22) Gründungsdynamik von MVZ

Die Gründungsstatistik folgt in vielerlei Hinsicht dem Normenrahmen. Unschwer erkennbar ist dabei vor allem die Relevanz der Zulassung fachgleicher MVZ im Sommer 2015. Bei den Zahnärzten setzte die Gründungswelle überhaupt erst zu diesem Zeitpunkt ein. In vielen anderen Fachrichtungen wurde dadurch, nach abnehmender Dynamik in den Jahren zuvor, eine neue vor allem ärztliche Gründergruppe angesprochen.

### MVZ-Entwicklung 2005 - 2024



Die Gründungsaktivitäten bewegen sich seit dieser Regelungsänderung, mit der das MVZ sein



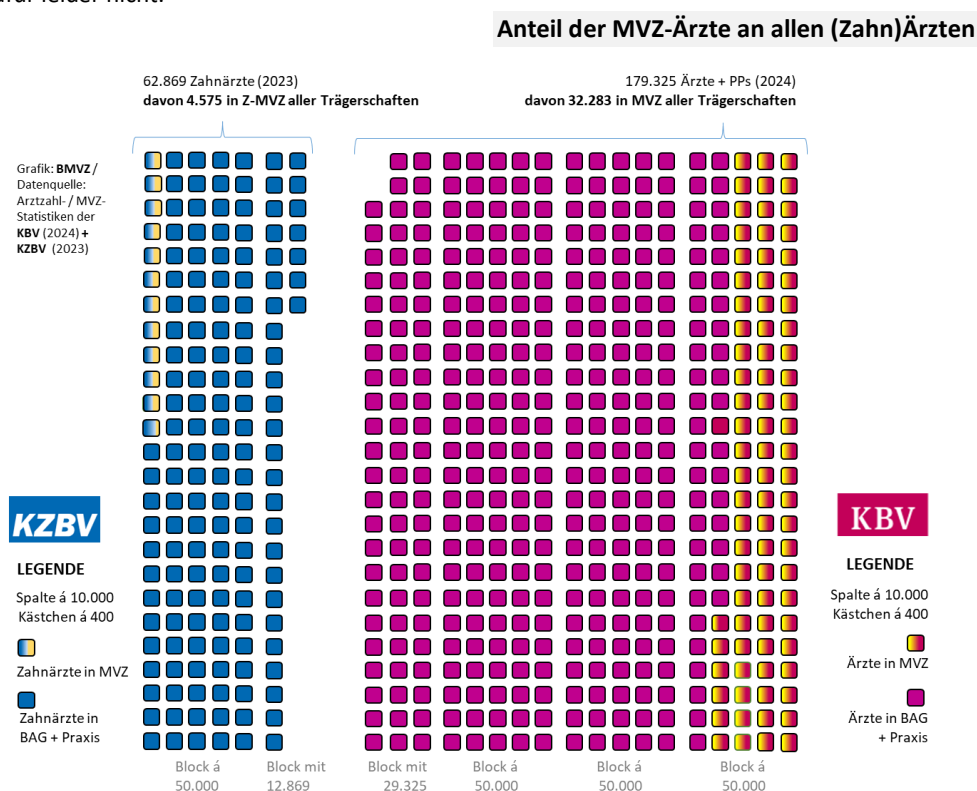
Hauptcharakteristikum als fachübergreifende Einrichtung verloren hat, auf beständig hohem Niveau – dies übrigens über sämtliche Trägergruppen hinweg.

Allerdings zeitigt die seit dem Jahreswechsel 2022/23 anhaltende Rechtsunsicherheit hinsichtlich der ‚MVZ-Frage‘ augenscheinlich Folgen, die sich in rückläufigen Zahlen bei den Neuzulassungen ausdrückt. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass bei den Zahnärzten aktuell dieselbe Entwicklung eintritt, wie um 2014, sprich nach zehn Jahren mit hohem Gründungsinteresse, bei den vertragsärztlichen MVZ: Es ist schlichtweg eine gewisse Marktsättigung erreicht.

## 23) (Investoren-)MVZ im Verhältnis zur Gesamtärzteschaft

MVZ mit medizinischen Investoren als Träger bilden eine nicht näher definierte Teilmenge der MVZ. Wenn also für diesen Bereich immer wieder von einer hohen oder sehr hohen Dynamik gesprochen wird, so ist diese stets auf den jeweiligen Anteil des Unterclusters ‚Investoren-MVZ‘ zu beziehen. Nachfolgend ist daher aus Ausgangsbasis das Verhältnis von MVZ-Ärzten zu niedergelassenen Ärzten für den KBV sowie den KZBV-Bereich maßstabsgetreu illustriert.

Bei den Zahnärzten sind es gut 7 %, die bereits jetzt in einem MVZ arbeiten. Diese Angaben bezieht sich auf alle Trägerarten. Im Durchschnitt aller andere Fachrichtungen liegt dieser Wert dagegen bei 18 %. Wenn die KV Bayerns daher angibt, dass bei ihnen 20 % aller MVZ einen Investor als Träger haben, ergibt dies – bezogen auf die Gesamtärzteschaft einen Anteil von etwa 3 %. Bei den Zahnärzten wären es weniger als 2 %. Gleichzeitig muss für jede dieser Angaben stets hinterfragt werden, welche Träger als Investor gewertet werden – eine allgemeingültige Definition besteht dafür leider nicht.



Von solchen Definitionsfragen losgelöst, gibt es sowohl zwischen einzelnen Regionen als auch in den verschiedenen Fachgruppen große Unterschiede. Die Fachgruppen Innere Medizin, Chirurgie und Augenheilkunde stehen als fachärztliche Basisversorger besonders im Debattenfokus und werden häufig als Beleg für monopolartige Strukturen, die sich längst bei den MVZ herausgebildet haben (sollen), herangezogen. Allerdings gilt: In allen drei Fächern liegt der Versorgungsanteil von MVZ (aller Trägerschaften zusammen) bei weniger als einem Drittel - d.h. die große Mehrheit der

Ärzt:innen sind weiterhin in BAG oder Einzelpraxis angestellt oder als Vertragsarzt tätig. Für einzelne Trägergruppen liegt der Anteil zudem noch einmal deutlich niedriger. Von einer grundsätzlichen Monopolgefahr ist die ambulante Versorgung daher auch in diesen Fächern weit entfernt.

Was dagegen auftritt, sind regionale Häufungen, sprich Städte oder Regionen, in denen ein relevanter Sitzanteil einer Fachgruppe bei nur wenigen Trägern liegt, was für Patienten die als Trägerwahlfreiheit weitergedachte Arztwahlfreiheit faktisch beschränken kann. Parallel ist aber darauf zu verweisen, dass es Teil der statistischen Logik ist, dass es zu jedem Planungsbezirk mit auffälligen statistischen Spitzen weit mehr Bedarfsplanungskreise gibt, in denen die MVZ-Zahlen insgesamt, sowie für einzelne Fach- oder Trägergruppen deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Bayern und insbesondere seine städtischen Regionen können vor diesem Hintergrund tatsächlich im Gesamten als statistische Spitze bezeichnet werden.

## Weiterführender Erkenntnisbedarf

---

- 24) Es besteht darüber hinaus unstrittig die Notwendigkeit, strukturelle Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung – auch über MVZ hinaus – systematisch und transparent zu erfassen. Umso mehr, als neben der MVZ-Entwicklung durch auch die Zulässigkeit von Teilzeitversorgungsaufträgen und Filialisierung des Praxisgeschehens, die herkömmliche Betrachtungsweise nach Arztköpfen (1 Kopf = 1 Sitz = 1 Standort) in rascher Dynamik an Aussagekraft verliert.
- 25) Wer hingegen einen umfassenden aktuellen Überblick und Analyse zur Tätigkeit von Investoren als MVZ-Träger inkl. einer quantitativen Darstellung nach Fachrichtungen sucht, der sei auf den online frei abrufbaren und sehr lesenswerten Aufsatz von Dr. Christoph Scheuplein: *„Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung: Wie sollte ein Transparenzregister für MV gestaltet sein?“* verwiesen.<sup>1</sup> Tatsächlich gibt es inzwischen zahlreiche Veröffentlichungen, die sich in detail mit Marktbeobachtungen des MVZ-Bereiches befassen. Dass die Untersuchung solcher Entwicklungen ohne Frage alles andere als trivial ist, sollte folglich nicht zu dem Umkehrschluss führen, dass sie unmöglich ist. Unserer Meinung sollten daher vorhandene Arbeiten und Beobachtungen systematisch unterstützt und fortgesetzt werden.

## Abschlussstatement

---

- 26) Die Diskussion zu MVZ bewegt sich in einer unbefriedigenden Dauerschleife.
- 27) Dreh- und Angelpunkt ist die Annahme, dass medizinferne MVZ-Betreiber aufgrund der unterstellten kurzfristigen Gewinnmaximierung zu Lasten der Flächenversorgung und der Behandlungsqualität agieren. Deshalb gibt es einen Überbietungswettbewerb, welche regulativen Bremsen gegen Investoren als MVZ-Träger eingezogen werden sollten. Was dagegen gar nicht vorkommt, sind Konzepte, Ärzte als Trägergruppe zu unterstützen. Dabei ist die Stärkung der Vertrags-(zahn-)Ärzte als MVZ-Betreiber das wirksamste Mittel, die weitere Ausbreitung von MVZ mit Investorenbindung zu verhindern.
- 28) Wie kann es also sein, dass wir mit viel Aufwand rein destruktiv darüber streiten, wie einzelne Leistungserbringer – sprich investorenbetriebene MVZ – aus der ambulanten Versorgung rausgehalten werden können, anstatt darüber, wie konstruktiv dazu beigetragen werden kann, Vertragsärzt:innen ihr Parallelleben als Unternehmer und Praxischef:innen zu erleichtern? Um einfach schon dadurch effektiv dazu beitragen, dass die Rolle nicht-ärztlicher Träger auf das sinnvolle Maß beschränkt bleibt?

Der BMVZ hat genau zu dieser Frage zahlreiche Debattenbeiträge geleistet und Vorschläge erarbeitet.

---

<sup>1</sup> [www.vdivde-it.de/de/publikation/im-fokus-finanzinvestoren-der-ambulanten-versorgung-wie-sollte-ein-transparenzregister](http://www.vdivde-it.de/de/publikation/im-fokus-finanzinvestoren-der-ambulanten-versorgung-wie-sollte-ein-transparenzregister)