

Erika Behnsen

# Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (I)

**Mit dem Konzept der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde ein neues, fach- und berufsgruppenübergreifendes Element in die ambulante Leistungserbringung eingefügt, das wegen seiner variablen gestalterischen Umsetzungs- und Beteiligungsmöglichkeiten größte Beachtung auch durch die Krankenhäuser verdient. Nicht zuletzt können MVZ von Krankenhäusern oder unter Beteiligung von Krankenhäusern bzw. von Krankenhausärzten gegründet und betrieben werden. Im dem folgenden zweiteiligen Beitrag in unserer Zeitschrift erläutert die zuständige Referatsleiterin des BMGS die Hintergründe, die zur gesetzlichen Vorgabe der MVZ führten, die wesentlichen konstitutiven und funktionellen Elemente, die damit verbunden sind sowie die organisations- und berufsrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Bildung von MVZ.**

## I. Einführung

Im Zusammenhang mit dem neuen Zukunftsmodell der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist man erinnert an das Sprichwort: „Totgesagte leben länger“. Denn „Urmutter“ dieser durch das GMG in die vertragsärztliche Versorgung implementierten organisationsrechtlichen Innovation ist – jedenfalls nach der Vorstellung vieler Gesundheitspolitiker – die Poliklinik der ehemaligen DDR. Diese Polikliniken wurden – zumindest in vielen gesundheitspolitischen Reden – als das Optimum einer ganzheitlichen ambulanten Versorgung gepriesen, in der realen Versorgungslandschaft dagegen waren sie jahrelang ein dahinsiechendes Auslaufmodell.

## II. Gesetzliche Entwicklung der Polikliniken in Ostdeutschland

Ursprünglich sah § 311 Absatz 2 SGB V vor, dass die Polikliniken nur bis zum 31. Dezember 1995 kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen waren. Diese Befristung wurde jedoch mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 aufgehoben, sodass auf dem Gebiet der ehemaligen DDR zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung die dort bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) kraft Gesetzes dauerhaft zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden.

Den Halbsatz „soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden“ legte das BSG in seinem Urteil aus dem Jahre 1996<sup>1)</sup>

allerdings in der Weise aus, dass Polikliniken ihr Versorgungsangebot nicht über die an diesem Stichtag vorgehaltenen Fachgebiete hinaus ausdehnen dürften. Tragender Grund für diese Entscheidung war das damals noch bestehende gesetzliche Umstrukturierungsgebot des § 311 Absatz 10 SGB V, das aufgab, die Niederlassung in freier Praxis mit dem Ziel zu fördern, dass der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung werde und der Anteil der § 311-Einrichtungen entsprechend zu verringern sei.

## III. Umorientierung

### 1. Gesetzgeberische Stärkung der Polikliniken in Ostdeutschland

Im umgekehrten Verhältnis zur Abnahme der Bedeutung von Polikliniken für die ambulante ärztliche Versorgung der ostdeutschen Bevölkerung wurden in der Politik Stimmen laut, die die Richtigkeit des Umstrukturierungsgebots bezweifelten und im Gegenteil die Implementierung poliklinischer Strukturen als richtigen gesundheitspolitischen Weg auch im Westen Deutschlands propagierten. Insbesondere in der rot-grünen Regierungskoalition fanden sich immer mehr Anhänger des poliklinischen Versorgungsprinzips der fachübergreifenden ambulanten ärztlichen Versorgung aus einer Hand in einer Einrichtung mit angestellten Ärzten. Folgerichtig enthielt die Beschlussempfehlung zum Fraktions- und Regierungsentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 folgende Maßnahmen zur Absicherung des Überlebens der Polikliniken und zur Gleichstellung mit Vertragsarztpraxen:

- Im Rahmen der Bedarfsplanung dürfen die Polikliniken ihr Angebot auf neue Fachgebiete erweitern.
- Sie dürfen ihre Arztstellen auch dann nachbesetzen, wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.
- Sie dürfen ebenso wie Vertragsärzte ihren Vertragsarzt-sitz innerhalb ihres Planungsbereiches verlegen.

Allerdings blickten diese Regelungen noch nicht im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 das Licht des Bundesgesetzblattes, da das Gesetzesvorhaben um seine zustimmungspflichtigen Teile bereinigt werden musste. Lediglich das Umstrukturierungsgebot des § 311 Absatz 10 SGB V wurde in demselben Jahr durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV vom 22. Dezember 1999<sup>2)</sup> gestrichen.

Die Fürsprecher der Polikliniken, die es in allen Fraktionen des Deutschen Bundestages gab, ließen sich jedoch nicht entmutigen, und so hat der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates im Zusammenhang mit der Änderung des Apothekengesetzes mit Wirkung vom August 2002<sup>3)</sup> die

bereits in der GKV-Gesundheitsreform 2000 geplante Überlebendensicherung der Polikliniken verabschiedet. Dies war die letzte gesetzgeberische Etappe auf dem Weg zur Fortentwicklung des poliklinischen Sonderwegs im Osten Deutschlands.

## 2. Implementierung des poliklinischen Versorgungsgedankens in das Konzept zur Fortentwicklung der Strukturen der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung auch für die gesetzlich Versicherten in Westdeutschland

In einer Pressemitteilung vom 21. Juni 2002 begrüßte die Bundesgesundheitsministerin die Existenzsicherung der Polikliniken durch das Änderungsgesetz zum Apothekengesetz mit der Bewertung, dass damit diese „zukunftsweisenden Strukturen“ für die gesundheitliche Versorgung eine hervorragende Perspektive hätten; in einer weiteren Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 18. September 2002 zu diesem Thema wurde betont, dass überlegt werden solle, wie Versorgungsangebote nach dem Modell der Gesundheitszentren im System der GKV ein zusätzliches Angebot darstellen könnten. Gesundheitszentren entsprächen der Idee einer integrierten Versorgung mit enger Kooperation ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer und kurzen Wegen für die Patientinnen und Patienten; sie seien für Ärztinnen und Ärzte eine Alternative, ihre Berufstätigkeit in der ambulanten Versorgung ohne massive Verschuldung aufnehmen zu können.

## 3. Gesetzgeberische Aktivitäten zur Umsetzung des poliklinischen Versorgungskonzeptes

### a) Eckpunkte der Regierungsfractionen

Es überrascht nicht, dass die Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens der Regierungskoalition für die 15. Legislaturperiode folgenden Eckpunkt (Stand 5. Februar 2003) enthielten:

„Errichtung von Gesundheitszentren ermöglichen – Chancen für eine gute Versorgung aus ‚einer Hand‘ nutzen! Diese Zentren bieten Perspektiven insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte.“

### b) Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes

Der Entwurf der Regierungskoalition eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes<sup>4)</sup> setzte diesen Eckpunkt um, indem er für die im Kollektivvertragssystem organisierte haus-, augen- und frauenärztliche Versorgung die Leistungserbringung auch durch Gesundheitszentren vorsah, ebenso in der durch Einzelverträge organisierten fachärztlichen Versorgung.

Gesundheitszentren waren in diesem Entwurf definiert als fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, mit Ausnahme der Krankenhäuser, in denen ins Arztregister eingetragene Ärzte tätig sind. Die Begründung erläuterte, dass



## Susanne Maas, 520 Mitarbeiter, 147 Schichtfolgen.

„Manchmal konnten die Mitarbeiter gar nicht mehr nachvollziehen, aus welchem Monat die Zuschläge auf ihren Entgeltabrechnungen stammten. Kein Wunder – meistens schafften wir es erst zwei oder drei Monate später, die Zuschläge auszubezahlen.“

Seit tisoware bei uns die Personalzeiterfassung mit integrierter Dienstplanung eingeführt hat, stimmt am Monatsende die Abrechnung und der Dienstplan ist transparent und nachvollziehbar geworden. Nicht nur für uns, sondern auch für unsere Mitarbeiter.“

Susanne Maas, Personalleiterin im Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg, tisoware-Kunde seit 1994

**tisoware**<sup>®</sup>  
ZEITWIRTSCHAFT

Die Zeit im Griff. Seit über 15 Jahren.  
Berlin, Dortmund, Dresden,  
Freiburg, Hamburg, Reutlingen  
www.tisoware.com

die Gesundheitszentren als Personengesellschaften oder juristischen Personen organisiert und von privaten oder öffentlichen Träger betrieben werden könnten. Lediglich Krankenhäusern sollte es nicht ermöglicht werden, regelhaft gleichzeitig an der stationären und ambulanten Versorgung teilzunehmen.

Damit die Errichtung von Gesundheitszentren auch in den vielfach wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Westdeutschlands eine Chance hatte, eröffnete der Entwurf in den bedarfsplanungsrechtlichen Regelungen zusätzlich zu der schon für 311er-Einrichtungen bestehende Möglichkeit, freiwerdende Arztstellen auch bei Bestehen von Zulassungsbeschränkungen nachzubesetzen, folgende Möglichkeiten zur Existenzgründung von Gesundheitszentren:

- Ein Vertragsarzt kann seine Zulassung in ein Gesundheitszentrum einbringen (Eintrittsrecht in das Gesundheitszentrum) und
- ein Gesundheitszentrum kann sich ebenso wie ein Einzelarzt um die Nachfolge eines frei werdenden Praxissitzes bewerben (Möglichkeit der Praxisübernahme durch ein Gesundheitszentrum).

### c) Ergebnis der Konsensverhandlungen

Dieser Entwurf ist nicht Gesetz geworden, sondern an seiner Stelle das auch von der CDU/CSU-Fraktion und dem Bundesrat mitgetragene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG).<sup>5)</sup>

In den diesem Gesetz vorausgegangenem Konsensverhandlungen wurde zwar die von den Regierungskoalitionen geplante einzelvertragliche Leistungserbringung als regelhaftes Prinzip für die fachärztliche Versorgung dem Allparteiensens geopfert. Die Gesundheitszentren wurden jedoch als gleichberechtigte Leistungserbringer neben den – freiberuflich tätigen – Vertragsärzten in der vertragsärztlichen Versorgung verankert.

In den die Ergebnisse der Einigung der Regierungsparteien mit den Fraktionen der CDU/CSU zusammenfassenden Eckpunkten der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 22. Juli 2003 werden die MVZ wie folgt beschrieben:

„Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen, die für die Patientinnen und Patienten Versorgung aus einer Hand anbieten. Zudem bieten sie jungen Ärzten und Ärztinnen Berufschancen, auch im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen. Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in Medizinischen Versorgungszentren tätig sein. Die Medizinischen Versorgungszentren sind – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zuzulassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten von Medizinischen Versorgungszentren der Weg in die Eigenniederlassung nicht erschwert oder

verbaut wird, soll die Zulassung nach einer Frist von 5 Jahren für eine eigene freiberufliche Tätigkeit nutzbar sein.“

In einem Problempapier vom 17. Juli 2003 zu den Konsensverhandlungen wird im Zusammenhang mit dem Erfordernis der unternehmerischen Führung von MVZ darauf hingewiesen, dass „die öffentliche Hand, also Bund, Länder und Kommunen sowie die Sozialversicherungsträger und Wohlfahrtsverbände ..... als Träger nicht zugelassen sein“ (sollen).

Ein Argumentationspapier zu den Eckpunkten der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 23. Juni 2003 der Abgeordneten Seehofer, Storm und Widmann-Mauz hebt hinsichtlich der MVZ folgenden Verhandlungserfolg der CDU/CSU hervor:

„Ein zentrales Reformziel der rot-grünen Koalition war die flächendeckende Einführung von so genannten Gesundheitszentren. Diese Zentren sollten nach Auffassung der Koalition auch durch Träger der öffentlichen Hand, von Wohlfahrtsverbänden oder sogar den Krankenkassen betrieben werden. In den Zentren sollten überwiegend angestellte Ärzte und andere Gesundheitsberufe tätig sein. Diese Konstruktion hätte eine deutliche Schwächung der freiberuflich tätigen Ärzte zur Folge gehabt. Dies konnte auf Betreiben der Union weitgehend verhindert werden. Bei der jetzt gefundenen Lösung sollen unternehmerisch geführte und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildete Medizinische Versorgungszentren eingeführt werden. Sowohl Freiberufler als auch angestellte Ärzte können in diesen Zentren tätig sein. Da diese Zentren jungen Ärzten und Ärztinnen in der ambulanten Versorgung Berufschancen auch im Rahmen des Angestelltenverhältnisses bieten, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung in Kauf nehmen zu müssen, sind die Zentren in der jetzt vereinbarten Konstruktion auch für die Union akzeptabel. Sie verdrängen die derzeit freiberuflich tätigen Ärzte und andere Gesundheitsberufe nicht.“

Diese Gesetzesmaterialien zeigen, dass sich die MVZ durch folgende prägende Elemente von den 311er-Einrichtungen und den Gesundheitszentren der Koalitionsfraktionen unterscheiden:

- Ausschluss der öffentlichen Hand von der unmittelbaren Trägerschaft und Ausschluss krankensicherungsrechtlicher Dritter von der Trägerschaft: Im Gegensatz zu den MVZ sind die 311er-Einrichtungen in staatlicher, kommunaler oder freigemeinnütziger Hand; die Gesundheitszentren hätten nach dem Entwurf der Koalitionsfraktionen von Jedermann gegründet werden können.
- Einbeziehung von in eigener Praxis tätigen Ärzten in die Leistungserbringung der MVZ: Sowohl in den 311er-Einrichtungen als auch in den Gesundheitszentren war die institutionell verankerte Leistungserbringung durch Ärzte, die auf eigenes wirtschaftliches Risiko die ärztliche Tätigkeit ausüben, nicht vorgesehen.
- Bestimmung der MVZ als Startrampe für die spätere Existenzgründung zukünftig freiberuflich tätiger Ärzte: Im Gegensatz dazu wurden die 311er-Einrichtungen, die Ärzte auch noch nach Vollendung des 55. Lebensjahres an-

stellen konnten, vielmehr unter dem Gesichtspunkt hervorgehoben, dass sie auch älteren Ärzten eine Möglichkeit zur ambulanten ärztlichen Betätigung böten, denen die Niederlassung auf Grund ihres Alters verwehrt war. Die Tätigkeit als angestellter Arzt in den Gesundheitszentren des Entwurfs der Koalitionsfraktionen war ebenfalls nicht als Trainingsetappe für eine spätere freiberufliche Tätigkeit konzipiert, sondern als dauerhafte Alternative hierzu.

Diese Gegenüberstellung zeigt, dass die Konsensverhandlungen zwar nicht die organisationsrechtliche Innovation der regelhaften Erbringung vertragsärztlicher Leistungen durch ärztlich geleitete Einrichtungen in Frage gestellt, jedoch Veränderungen bewirkt haben, die für die Ausgestaltung dieser neuen Leistungserbringer von entscheidender Bedeutung sind.

## IV. Charakteristika der MVZ

### 1. Das MVZ muss durch gründungsberechtigte Leistungserbringer gegründet werden

Das MVZ muss zur Erbringung von Leistungen in der GKV von gründungsberechtigten Leistungserbringern (durch Zulassung, Ermächtigung, Vertrag, zum Beispiel Vertragsärzte, ermächtigte Krankenhausärzte, Vertragszahnärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Träger zugelassener Krankenhäuser, Apotheker) gegründet werden; andere Personen, zum Beispiel Pharmaunternehmen, sind nicht gründungsberechtigt.

Keine gründungsberechtigten Leistungserbringer sind darüber hinaus

- Managementgesellschaften, die lediglich GKV-Leistungen mit Hilfe dienstvertraglich verpflichteter Leistungserbringer „anbieten“ (vergleiche dazu § 140b Absatz 1 Nr. 4 SGB V, wonach auch Managementgesellschaften – neben den zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern – als Vertragspartner für Integrationsverträge zugelassen sind)
- Privatärzte: Zwar können sich Versicherte seit dem GMG nach § 13 Absatz 2 SGB V GKV-Leistungen im Wege der Kostenerstattung bei Privatärzten selbst beschaffen. Dadurch werden diese jedoch nicht zu Leistungserbringern im (Sach-)Leistungssystem der GKV.

Sinn und Zweck dieser Anforderung ist, die Einflussnahme krankenversicherungsrechtsfremder Kapitalinteressen auszuschließen, denn die Gesetzesbegründung sagt dazu, dass diese Voraussetzung eine primär an medizinischen Vorgaben orientierte Führung der Zentren gewährleisten soll.

Daraus folgt

- zum einen, dass jeder gründungsberechtigte Leistungserbringer im gesamten Anwendungsbereich des SGB V zur Gründung eines MVZ berechtigt ist und nicht nur etwa am Sitz seiner eigenen Leistungserbringung;
- zum anderen auf Grund teleologischer Reduktion der Vorschrift, dass der Wegfall dieser Gründungsbeziehung für den Fortbestand des MVZ dann rechtsunerheblich ist, wenn der anfangs berechtigte Gründer seinen Gesellschaftsanteil nicht an einen nicht gründungsberechtigten Dritten überträgt.

### 2. Die vom MVZ erbrachten Leistungen müssen fachübergreifend sein

Leitmotiv für dieses Tatbestandsmerkmal ist die „Versorgung aus einer Hand“. Im Vordergrund steht dabei die Vernetzung verschiedener ärztlicher Fachrichtungen, um eine optimale Abstimmung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen institutionell zu garantieren. Dies ist insbesondere von Bedeutung bei der Behandlung komplexer Krankheitsbilder älterer und multimorbider Patienten. Natürlich gehört zu einem medizinischen Konzept der umfassenden ambulanten Betreuung komplexer Krankheitsbilder auch die enge Zusammenarbeit der ärztlichen Professionen mit den Gesundheitsfachberufen. Wenn in den MVZ Ärzte untereinander und mit den nichtärztlichen Berufsgruppen eng kooperieren, zum Beispiel mit der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und mit den Krankengymnasten zur schnelleren Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, so stehen die MVZ nicht nur in der Tradition der Polikliniken der ehemaligen DDR, sondern überwinden qualitätsgefährdende Schnittstellen und sind – darauf sei hier nur am Rande hingewiesen – ein managementfähiger Vertragspartner der Krankenkassen für Integrationsverträge.

Das Gesetz verlangt allerdings als Zulassungsvoraussetzung die ärztliche fachübergreifende Tätigkeit. Die Geset-



Ich brauche eine Software, die Abrechnung und Medizincontrolling mit den klinischen Softwaremodulen verbindet und die valide Erfassung aller DRG-relevanten Daten sicherstellt.

Guido Bunten, Leiter Controlling  
St. Elisabeth Krankenhaus Dorsten



## Die DRG-Versteher.

 c.a.r.u.s. HMS GmbH | fon +49, (0)40, 514 35-0  
contact.health@carus-it.com | www.carus-it.com/health/

zesbegründung spricht in diesem Zusammenhang von der „Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete“.

Dies bedeutet im Einzelnen:

- Die Leistungen müssen unterschiedlichen ärztlichen Spezialgebieten zugeordnet werden können.

Ob dafür ausnahmslos das Vorliegen verschiedener Weiterbildungsgebiete zu verlangen ist oder ob je nach Spezialisierungsgrad das Führen von Schwerpunktbezeichnungen ausreicht, ist fraglich. Von praktischer Relevanz könnte das insbesondere für die Schwerpunkte des Fachs der Inneren Medizin sein. Zulassungs- und bedarfsplanungsrechtlich haben diese Schwerpunkte wie alle anderen Schwerpunkte keine Bedeutung, das heißt der Schwerpunktinternist kann auf seinen Schwerpunkt verzichten, ohne dass dies seine Zulassung berührt. Deshalb wird man nach derzeit geltendem Recht davon ausgehen müssen, dass unterschiedliche Schwerpunkte das Merkmal „fachübergreifend“ nicht erfüllen.

- Zukünftig werden aber nach der Umsetzung der neuen, im Jahr 2003 in Rostock verabschiedeten (Muster-)Weiterbildungsordnung, die den Internisten ohne Schwerpunkt nicht mehr kennt, die internistischen Schwerpunkt-Ärzte als eigenständige Fachärzte angesehen werden müssen mit entsprechenden zulassungsrechtlichen und bedarfsplanungsrechtlichen Konsequenzen, so dass dann diese Schwerpunkte das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ erfüllen. Dies ist sinnvoll, denn gerade die Behandlung der besonders häufigen Volkserkrankungen bedarf der institutionellen Vernetzung der Behandlung durch schwerpunktübergreifende internistische Zusammenarbeit.

- Wegen der identischen Leistungsinhalte der Internisten und der Allgemeinärzte im vertragsärztlichen Versorgungsbereich „hausärztliche Versorgung“ wird das Merkmal „fachübergreifend“ durch Leistungen ausschließlich aus diesem Versorgungsbereich nicht erfüllt, auch wenn diese Leistungen von derzeit unterschiedlichen Fachärzten (zum Beispiel Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin) erbracht werden. Künftig kennt die Muster-Weiterbildungsordnung für die hausärztliche Versorgung nur noch den (einzigen) Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt).

- Nicht in Betracht kommt – wegen der Eingliederung des MVZ in die unterschiedlichen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgungsstränge – die Mischform der Erbringung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen durch dasselbe MVZ.

### 3. Das MVZ muss ärztlich geleitet sein

Die Erfüllung der Voraussetzung der ärztlichen Leitung verlangt das SGB V immer dann, wenn das Gesetz als Leistungserbringer nicht Ärzte in eigener Praxis, sondern juristische Personen benennt. Diese Anforderung der ärztlichen Leitung<sup>9)</sup> soll institutionell gewährleisten, dass der in dieser Einrichtung arbeitende Arzt seine ärztliche Tätigkeit in Einklang mit seiner Berufspflicht ausüben kann, „hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidung keine Weisungen von Nicht-ärzten entgegenzunehmen“ (§ 2 Absatz 4 [Muster]-Berufsordnung).

Durch welche organisationsrechtlichen Regelungen im einzelnen diese ärztliche Weisungsfreiheit abzusichern ist, schreibt das SGB V nicht vor, anders als die Bundesrechtsanwaltsordnung, die zur Wahrung der anwaltlichen Unabhängigkeit in einer Rechtsanwaltsgesellschaft bezüglich der inneren Struktur der Gesellschaft vorgibt, dass die Gesellschafter sowie die Geschäftsführer, Prokuristen und Handlungsbevollmächtigten mehrheitlich Rechtsanwälte sein müssen (vergleiche §§ 59e, 59f BRA).

Als Nachweis der Erfüllung der Voraussetzung der ärztlichen Leitung ist zulassungsrechtlich deshalb nur zu verlangen, dass das MVZ über einen ärztlichen Leiter verfügt, der neben der ärztlichen Tätigkeit in seinem Fachgebiet für die Organisation der ärztlichen Versorgung verantwortlich ist, dem aber bei der ärztlichen Behandlung der Einzelfälle durch die anderen angestellten Ärzte kein fachspezifisches Weisungsrecht zusteht, da eine fachliche Einflussnahme wegen fehlender Fachgebietsidentität zwischen ihm und den anderen im MVZ tätigen Ärzten nicht zulässig ist. Die Anstellung des ärztlichen Leiters bedarf ebenso wie die der anderen angestellten Ärzte der Genehmigung des Zulassungsausschusses und ist unter denselben persönlichen (zum Beispiel Eintragung ins Arztregister) und bedarfsplanungsrechtlichen Voraussetzungen zu erteilen.

(wird in Heft 9 mit folgenden Kapiteln fortgesetzt:

- V. Organisationsrechtliche Prototypen eines MVZ;
- VI. Bedarfsplanungsrechtliche Schranken für die Gründung und die fachgebietliche Erweiterung eines MVZ sowie die gesetzlichen Instrumente zu ihrer Überwindung;
- VII. Fortbestand des MVZ;
- VIII. Doppelanstellung im Krankenhaus und im MVZ;
- IX. Auswirkungen der krankensicherungsrechtlichen Implementierung der MVZ auf die Erstattungspraxis der privaten Krankenversicherungsunternehmen;
- X. Fazit)

## Anmerkungen

- 1) BSG vom 19. Juni 1996, SozR 3 – 2500 § 311 Nr. 4
- 2) BGBl. I Seite 2657
- 3) BGBl. I Seite 3352
- 4) BT-Drs. 15/1170
- 5) BGBl. I Seite 2190
- 6) Die Notwendigkeit der ärztlichen Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gegenüber dem Betreiber der Einrichtung betont auch der BGH in seinen Urteilen zur Klinik für Diagnostik, BGHZ 70, 158ff, und zur Zahnheilkunde-GmbH, BGHZ 124, 224 ff.

Anschrift der Verfasserin:

Erika Behnsen,  
Leiterin des Referats 224 im BMGS,  
Am Probsthof 78 a,  
53121 Bonn ■