

MVZ/AMBULANTE VERSORGUNG

Rechtsrahmen der MVZ weiter unter Druck – BMG lässt Entwicklungsoptionen prüfen

von Dipl.-Pol. Susanne Müller, Geschäftsführerin des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V., Berlin, www.bmvz.de

Im Winter 2019/20 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, mit dem „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren“ beschrieben und die künftige Rolle der MVZ im Versorgungsgeschehen kritisch diskutiert werden sollte. Das Ergebnis des aus zwei Juristen und einer Gesundheitsökonomin bestehenden Autorentrios wurde Weihnachten 2020 veröffentlicht und setzt durch seine sachliche Ausführlichkeit Maßstäbe für die weitere Debatte.

1. Auch nach bald 20 Jahren noch kritisch beäugt

Seit ihrer Etablierung als zusätzliche Regelstruktur der ambulanten Versorgung in 2004 ist der Status der MVZ berufspolitisch und normativ umkämpft. Die Debatte schwankt bis heute zwischen ihrer Einstufung als relevante Bedrohung der ärztlichen Unabhängigkeit und Versorgungsqualität und dem Loblied von Politikern, dass durch Kooperation und fachübergreifende Zusammenarbeit in MVZ quasi automatisch Versorgungsprobleme wie Ärztemangel, Kommunikationsbrüche und Verteilungsdisparitäten zwischen Stadt und Land behoben würden. Beide sind als Extrempositionen kritisch zu sehen.

Unbestritten sind die MVZ aber normativ ein Fremdkörper im Vertragsarztrecht (sowie in den angrenzenden Rechtsgebieten) geblieben, was sich u. A. darin bemerkbar macht, dass ihre rechtlichen Grundsätze in jeder Legislaturperiode neu hinterfragt und angepasst wurden (VÄNDG 2007, VStG 2011, VSG 2015, TSVG 2019). Obwohl dabei parteiübergreifend der Konsens zu erkennen ist, MVZ als sinnvolle Strukturvariante der Vertragsarztpraxis zu begreifen, ist gleichzeitig vor allem die fehlende Beständigkeit bei der Bewertung des Beitrags der nichtärztlichen Träger augenfällig. Deren Rolle sowie die Gefährdung für die ambulante Versorgung, die von ihnen annahmeweise ausgeht, näher zu beleuchten, war denn auch Hauptanliegen des vorgelegten Gutachtens.

Die in der Konsequenz von den Autoren abgeleiteten Handlungsempfehlungen entfalten zwar keinerlei Bindung des Gesetzgebers, lassen aber wie in einem Brennglas bereits jetzt einen fokussierten Blick auf die Debatten zu, die in den nächsten Jahren zum Thema MVZ mit hoher Wahrscheinlichkeit geführt werden.

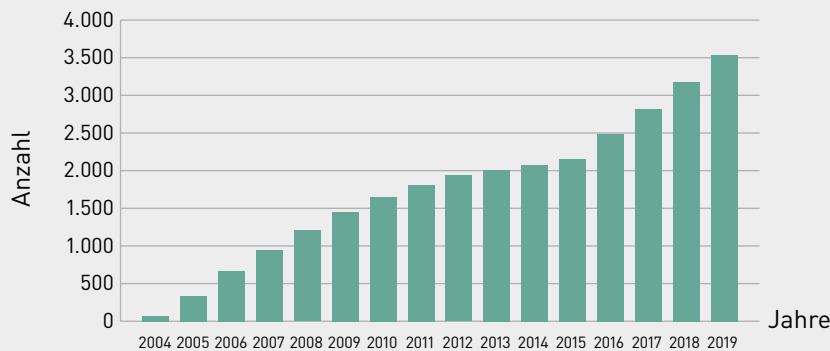


MVZ als Erweiterung
der ambulanten
Versorgung

■ Zur Entwicklung der MVZ seit 2004

Ausgehend von 70 bereits in 2004 gegründeten MVZ ist ihre Zahl kontinuierlich gestiegen. Die MVZ-Statistik der Bundesvereinigung der Kassenärzte (KBV) weist zum Ende des letzten Berichtsjahres (2019) für das Bundesgebiet 3.539 MVZ aus. Dies entspricht einem Zuwachs von 366 Zulassungen innerhalb von zwölf Monaten. Ende 2020 gab es damit bereits rund 3.800 haus- und fachärztliche MVZ (Schätzwert des BMVZ e.V.)

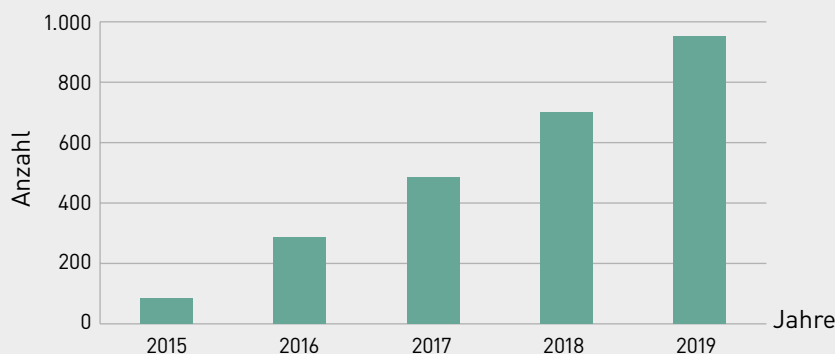
Grafik 1: Entwicklung der MVZ insgesamt



Grafik: IWW Institut 2021

Nicht mitgezählt sind in der vorstehenden Grafik die Zahn-MVZ (bzw. Z-MVZ), deren Statistik separat von der KZBV geführt wird. Hier hat es – seit im Sommer 2015 die Vorschrift zum Fachübergreif aufgehoben wurde – einen regelrechten Gründungsboom gegeben. Während bis dahin bundesweit gerade einmal 28 MVZ, in denen auch Zahnärzte tätig waren, bestanden, ist diese Zahl allein im Herbst 2015 um 59 Häuser gestiegen. Im Frühjahr 2020 wurden nach Angaben der KZBV bereits über 1.000 Z-MVZ gezählt, bei denen es sich ganz überwiegend um fachgleiche MVZ, also solche, die nur zahnärztliche Leistungen anbieten, handelt. Wie bei den humanmedizinischen MVZ gibt es auch hier einen allgemeinen Zusammenhang zwischen ihrer regionalen Verteilung und der Bevölkerungsdichte.

Grafik 2: Entwicklung Z-MVZ 2015–2019



Grafik: IWW Institut 2021

Kontinuierliches
Wachstum seit 2004

Gründungsboom bei
den Z-MVZ

2. Die Ziele des Gutachtens

Der vom BMG erteilte Gutachtauftrag zielte unter der Grundfrage, ob der derzeitige regulatorische Rahmen für MVZ (noch) sachgerecht ist, in drei Richtungen: Auftragsschwerpunkt war zum einen die Frage, ob die Unabhängigkeit der Behandlungsentscheidungen angestellter MVZ-Ärzte ausreichend vor sachfremden Einflüssen nicht-ärztlicher Inhaber geschützt ist. Zum anderen sollte herausgearbeitet werden, inwieweit überhaupt Zusammenhänge zwischen Organisationsstrukturen in Fremdbesitz und der Versorgungsqualität bestehen. Als Ergebnis wurde gefordert, Weiterentwicklungsvorschläge abzuleiten, die sich als Entscheidungsgrundlage für etwaige gesetzgeberische Maßnahmen eignen.

Dieser Aufgabe sind die Autoren Prof. Dr. jur. Andreas Ladurner, Prof. Dr. jur. habil. Ute Walter sowie Prof. Dr. rer. oec. Beate Jochimsen auf knapp 200 Seiten umfassend nachgekommen (veröffentlicht am 28.12.20). Auftragsgemäß wurden dabei auch Aspekte wie die Drei-Jahres-Rechtsprechung des BSG behandelt und zu allen regulatorischen Aspekten auch konkrete und ausführlich begründete Regelungsvorschläge formuliert.

Zu allen regulatorischen Aspekten entwickeln die Autoren auch konkrete und ausführlich begründete Regelungsvorschläge. Davon unabhängig entfaltet bereits der deskriptive Teil bezüglich des Status Quo einen eigenständigen Wert, da der auffallend unideologische Standpunkt der Autoren eine Sachlichkeit der Darstellung ermöglicht, die in den politischen und innerärztlichen Debatten oft fehlt(e). Zudem konnte Zahlenmaterial von KBV und KZBV analysiert werden, das eigens für das Gutachten zur Verfügung gestellt wurde.

Nicht zuletzt sind die hervorragende Lesbarkeit und Textverständlichkeit hervorzuheben, was die Lektüre – und das ist bekanntermaßen keine Selbstverständlichkeit – auch für interessierte Laien empfehlenswert macht. Zwar sind auf den ersten fünf Seiten die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen für eilige Leser gut zusammengefasst – aber gerade in der fachlichen Erörterung des Für und Wider der unterschiedlichen Positionen zu den diversen Einzelfragen liegt der große Mehrwert dieses Rechtsgutachten, das damit gleichzeitig eine Überblicksarbeit zum aktuellen Rechts- und Literaturstand (Stand 1.7.20) darstellt.

■ Terminologisches

Als Basis ihrer Arbeit verweisen die Gutachter auf die vielen sprachlichen Stolperfallen (S. 9 ff.), die die MVZ-Debatte allgemein erschweren. Vor diesem Hintergrund wird klargestellt, dass die häufig stattfindende Gleichsetzung von Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit unsachgemäß sei, weswegen Freiberuflichkeit ausschließlich im Sinne von Freiheit von Weisungen durch Nichtärzte in medizinischen Fragen, nicht dagegen im Sinne von selbstständiger Tätigkeit in Abgrenzung zur Anstellung (S. 10) zu verstehen ist. Zudem werden Begriffe wie Investoren, Fremdbesitz und Beteiligungsgesellschaft zueinander abgegrenzt, die im politischen Diskurs in der Tat wild durcheinander verwandt werden und überwiegend und undifferenziert negativ assoziiert sind.

Die AutorInnen
der Studie

Die Lektüre
empfiehlt sich auch
für Laien

Freiberuflichkeit
versus Weisungs-
freiheit

Die Autoren plädieren für die Bezeichnung MVZ im ärztlichen Eigenbesitz als Kontrapunkt zum MVZ in Fremdbesitz, wozu alle nichtärztlichen Träger zählen, also auch Kommunen und Krankenhäuser als MVZ-Inhaber. Begriffe wie gewinnkapital- oder renditeorientiert werden dagegen vermieden, da sie wenig aussagekräftig seien, da niedergelassene Ärzte ihre Tätigkeit auch zur Gewinnerzielung ausüben (S. 12).

3. Rechtliche Einzelfragen der MVZ

Der Hauptteil des Gutachtens befasst sich mit rechtlichen Einzelaspekten des Normenrahmens der MVZ. Begonnen wird mit der Analyse und Bewertung bestehender spezifischer MVZ-Regelungen (S. 41 – 85). Unter Darstellung jeweils von Entstehungsgeschichte einer Norm und ihrer praktischen Folgen leiten die Autoren hier – wiedergegeben in stark verkürzter Zusammenfassung – Folgendes ab:

- Da durch die Zulassung fachgleicher MVZ die Grenze zur ärztlichen BAG zunehmend verschwimmt, sollte der Zentrumscharakter der MVZ stärker konturiert werden. Vorgeschlagen wird die Mindestgröße für MVZ im Umfang von drei (statt jetzt eines) vollen Versorgungsauftrags gesetzlich vorzusehen.
- Dem Konstrukt der Konzeptbewerbung wird ein besonderer Mehrwert abgesprochen, vor allem aufgrund des regulatorischen Aufwands und der Belastung der Zulassungsgremien durch die unklaren und kaum objektiv umsetzbaren Vorgaben. Vorgeschlagen wird, die Konzeptbewerbung sowohl für BAG als auch für MVZ aufzugeben.
- Die freie Nachbesetzbarkeit von Arztstellen, die der Gesetzgeber mit dem TSVG in 2019 schon einmal abschaffen wollte, wird aus Gründen der Praktikabilität, aber auch aufgrund ungeklärter Fragen bei der Entschädigung bei normativ begründetem Wegfall von Arztstellen, als sachgerecht und notwendig angesehen. Es wird vorgeschlagen, die Regelung beizubehalten.
- Hinsichtlich der Einbringung von Zulassungen in ein MVZ durch Ärzte, die dann für das MVZ angestellt tätig werden, wird dem Gesetzgeber nahegelegt, die allein richterrechtlich entwickelte Vorgabe einer Eigentätigkeit von mindestens drei Jahren (BSG 4.5.16, B 6 KA 21/15 R) selbst zu regeln. Vorgeschlagen wird eine Mindesttätigkeitsdauer von einem Jahr.

Es folgt ein ausführlicher Exkurs zum Zusammenhang zwischen Trägertyp und Versorgungsqualität unter Einbezug empirischer Befunde aus dem US-amerikanischen Gesundheitsmarkt, der mit dem sachlichen Ergebnis endet (Seite 85), „dass sich nach dem derzeitigen Stand der gesundheitsökonomischen Wissenschaft die Bedenken des Gesetzgebers, dass von MVZ in Investorenhand, insbesondere in Hand von Beteiligungsgesellschaften, Gefahren für die Qualität der medizinischen Versorgung in MVZ ausgehen, weder bestätigen noch entkräften lassen.“

**Mindestgröße
für MVZ**

**Konzeptbewerbung
abschaffen**

**Freie Nachbesetz-
barkeit beibehalten**

**Mindesttätigkeit
nach Einbringung
gesetzlich regeln**

4. Schutzmaßnahmen gegen sachfremde Einflüsse

Der größte Block des Gutachtens befasst sich mit dem Komplex der Sicherstellung der ärztlichen Unabhängigkeit in MVZ und inwieweit die bisherigen Regelungen geeignet sind, das Ziel auch tatsächlich zu erreichen (S. 86 – 137). Auch hierbei wird jede Einzelregelung sowohl in ihrer Entstehungsgeschichte und Verfassungskonformität als auch hinsichtlich der praktischen Wirkung auf den Arbeitsalltag in den MVZ hinterfragt. Im Folgenden wird kurz die Sichtweise des Autorentrios zusammengefasst:

4.1 Die Stärkung der Funktion des Ärztlichen Leiters

In der Funktion des Ärztlichen Leiters und der Stärkung seiner Rolle innerhalb des MVZ-Gefüges wird ein wesentlicher Faktor, die Integrität eines MVZ sicherzustellen, gesehen. Trotz Parallelen zum Ärztlichen Direktor im Krankenhaus ist aber klar, dass es bei der Funktion im MVZ nicht um eine ärztlich-fachliche Vorgesetztenstellung geht. Zuständig ist die Ärztliche Leitung nur für die allgemeine Organisation des Behandlungsgeschehens und dessen Abschirmung gegen sachfremde Einflüsse etwa durch die kaufmännische Leitung oder den Träger.

Da das Spannungsverhältnis zwischen der Stellung des Ärztlichen Leiters als Angestelltem des MVZ und seiner Aufgabe, Unabhängigkeit gegenüber der nichtärztlichen Geschäftsleitung sicherzustellen, kaum auflösbar ist, wird erörtert, den Leiter zu stärken, indem ihm ein besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz ähnlich dem des Datenschutzbeauftragten eines Betriebs zugewiesen wird.

Darüber hinaus wird bei den angestellten Ärzten jedoch kein Regelungsdefizit und die Einführung neuer Maßnahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit daher als nicht notwendig angesehen, da bereits vielfältige, sich gegenseitig ergänzende und verstärkende Vorschriften über verschiedene Rechtsbereiche bestehen.

4.2 Einschränkung des Gründerkreises

Die Einschränkung des Gründerkreises auf die aktuelle Regelung, die vor allem Vertragsärzte, Dialyseträger, Krankenhäuser und Kommunen als zulässige Träger adressiert, wird im Sinne der Erforderlichkeit als gerade noch sachgerecht eingestuft, sollte aber regelmäßig überprüft werden. Maßstab ist hierbei die Abwägung zwischen Grundrechtseingriffen (allgemeiner Gleichheitsgrundsatz) und der Abwendung von Gesundheitsgefahren, wenn sich diese etwa durch MVZ in Fremdbesitz nachweisen lassen. Die Messlatte für entsprechende Eingriffe des Gesetzgebers liegt ausgesprochen hoch. Vor diesem Hintergrund werden von den Gutachtern die mit dem TSVG eingeführten Versorgungshöchstquoten für Z-MVZ bereits als fraglich bewertet. Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit wird stattdessen für die zahnärztliche Versorgung die Intensivierung von Gutachterverfahren bei Zahnersatz als schonendere Maßnahme empfohlen.

Konsequenterweise wird von weiteren Einschränkungen des Trägerkreises, z. B. regional, dass also MVZ-Gründungen nur im K(Z)V-bereich des Trägers erfolgen dürfen, nach ausführlicher Diskussion des Für und Wider gut be-

Besonderer
Abberufungsschutz

Einschränkung des
Gründerkreises
gerade noch
sachgerecht

gründet abgelehnt. Paradoxerweise ist dies in der politischen Debatte jedoch eine der häufigsten Forderungen (vgl. Beschluss 9.6 der 93. GMK-Konferenz im Herbst 2020 und KVB FORUM Ausgabe 3/2021 „Höchste Zeit! MVZ in Investorenhand – Einzelpraxis vor dem Aus?“).

5. Fehlende Regelungen

In den drei abschließenden Kapiteln betrachten die Gutachter Aspekte der MVZ-Praxis, zu denen es bisher keine Regelung gibt.

5.1 Vertretung angestellter Ärzte in den Zulassungsgremien

Darunter sticht die kurze Einlassung zur Sichtbarkeit angestellter Ärzte in den Zulassungsgremien hervor (S. 175 f.), da dieses Thema bisher recht unbeachtet ist. Die Autoren skizzieren, dass angestellte Ärzte in den vertragsärztlichen Institutionen unterrepräsentiert sind und dass eine solche Repräsentanz bisher auch nicht normativ gefordert wird. Vorgeschlagen wird, dies für Zulassungssachen, die eine Anstellungsgenehmigung betreffen, zu ändern.

So wichtig jedoch das Aufgreifen dieses Themas ist, um ihm überhaupt eine Bühne zu geben, so kurz greift hier der Vorschlag der Gutachter. Die mangelnde Vertretung angestellter Ärzte und kooperativer Versorger ist weder auf die Zulassungsgremien noch auf einzelne Zulassungssachen beschränkt. Zielführender wäre es daher, dass die Selbstverwaltung generell die inzwischen große Gruppe der angestellten Ärzte stärker adressiert und aktiviert – insbesondere in Hinblick auf das anstehende KV-Wahljahr 2022. Unerwähnt bleiben zudem im Gutachten die 2015 in KBV und KVen eingeführten beratenden Fachausschüsse für angestellte Ärzte, deren Arbeit KV-intern häufig durch die Unbestimmtheit ihres Wirkungskreises behindert wird.

5.2 Transparenz von Gesellschafterstrukturen und Trägerverflechtungen

Auch Fragen nach der Verbesserung der Transparenz von Gesellschafterstrukturen und Trägerverflechtungen gehörten zum Auftrag, der vom BMG an die Gutachter gerichtet wurde (S. 138 – 164). Hierbei werden von den Autoren zunächst die Zielgruppen abgegrenzt und Vorschläge, einerseits in Richtung Patienten und andererseits in Richtung Selbstverwaltungsgremien abgeleitet. Zu besserer Patienteninformation wird vorgeschlagen, über eine Schilderpflicht an jeder MVZ-Betriebsstätte sowohl den Ärztlichen Leiter als auch den Träger des MVZ anzugeben.

Darüber hinaus wird auf die diversen Problematiken verwiesen, die ein gesondertes MVZ-Register, wie es vielfach gefordert wird, mit sich bringen würde. Ein solches wird daher abgelehnt. Vielmehr sehen die Gutachter den geeigneteren Weg zu mehr Transparenz darin, die Vorschriften über das Arzt- und Bundesarztregister so weiterzuentwickeln, dass darin auch Informationen über Träger, Trägertyp und den Ärztlichen Leiter eines jeden MVZs erhoben und damit gegebenenfalls auch überregional abgeglichen werden können.

Generell wäre eine bessere Vertretung wünschenswert

Gesonderte Registerpflicht wird kritisch gesehen

5.3 Nachfolge bei MVZ in ärztlichem Eigenbesitz

Letzter Aspekt, dem sich die Gutachter widmen, ist die besondere Frage, wie bei MVZ in ärztlichem Eigenbesitz die Nachfolge mittels der Übergabe von Geschäftsanteilen an Ärzte des MVZ erleichtert werden kann. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass hier trotz Nachregelung in 2015 und 2019 immer noch enorme Hürden bestehen. Grund ist, dass die übernahmewilligen Ärzte zumeist im Status der Anstellung tätig sind, wohingegen die Trägereigenschaft und damit die Gesellschaftereignung auf den Vertragsarztstatus abstellt.

Wesentlich wäre diese Erleichterung schon deshalb, weil Verkäufe von ganzen MVZ an nicht-ärztliche Träger und damit der befürchtete Ausverkauf der ambulanten Versorgung zunehmend auch deshalb stattfinden, weil es schlichtweg keine (rechtlich) geeigneten ärztlichen Nachfolger gibt. Hierzu wird von den Gutachtern vorgeschlagen, die MVZ-Regulierung nicht länger über die Gründungsberechtigung, sondern über die Definition von bestimmten Betriebsvoraussetzungen zu steuern. D. h., jeder Arzt sollte jederzeit und unbeschränkt Geschäftsanteile am MVZ erwerben und halten können, wenn die vom Gesetzgeber definierten Betriebsvoraussetzungen erfüllt werden.

Diese Überlegung erscheint sinnvoll, stellt aber den bisherigen Normenrahmen auf den Kopf. Die Gutachter schließen daher mit der Forderung, dass – „sollte sich der Gesetzgeber zu einer so weitreichenden Reform nicht entschließen können – ... jedenfalls § 95 Abs. 6 SGB V in der Weise zu ändern [ist], dass die Gründereigenschaft für ein MVZ auch dann nicht verloren geht, wenn angestellte Ärzte im MVZ Geschäftsanteile des MVZ von einem anderen angestellten Arzt im MVZ (der nicht Vertragsarzt war) oder von einem nicht-ärztlichen Gesellschafter erwerben“ (S. 5).

6. Relevanz für die Beratungspraxis

Obwohl im Umfeld der Coronapandemie viele Debatten verstummt sind, weil Anderes plötzlich wichtiger war, blieb das MVZ-Thema auch 2020 höchst präsent. Dass sich etwa die Gesundheitsministerkonferenz im Corona-Herbst mit „Transparenz und Zulassungsvoraussetzungen bei der Trägerschaft von medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen bei juristischen Personen“ befasste (vgl. Top 9.6 der 93. GMK „Transparenz und Zulassungsvoraussetzungen bei der Trägerschaft von medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen bei juristischen Personen“), ist ein nicht zu unterschätzendes Indiz dafür, wie virulent die Debatte immer noch ist; obwohl es mit dem TSVG in dieser Legislatur bereits massive Nachregelungen gegeben hat.

Im Hintergrund stehen konsequente Aktivitäten des ärztlichen Verbandswesens, die darauf abzielen, eine weitere Beschränkung nicht-ärztlicher MVZ-Träger zu erreichen. Besonders aktiv tritt hierbei die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf, die sich im Herbst 2020 mit zwei selbst beauftragten Gutachten zu Wort meldete, die „... bestätigen, dass Gefahren von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren für die vertragszahnärztliche Versorgung trotz der Regelung im TSVG weiter fortbestehen.“

Immer noch Hürden
bei der Übergabe von
Geschäftsanteilen

MVZ-Debatte ging
auch 2020 weiter

Diese Bestätigung mag ebenso wenig überraschen, wie die Feststellung des vom Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) beauftragten und zwei Monate später veröffentlichten Gutachtens (vgl. Qualität als Erfolgsfaktor: MVZ mit Kapitalbeteiligung in der ambulanten Versorgung), dass die Versorgungsqualität nicht von der Trägerschaft abhängt. Interessengeleitete Gutachten sind nun einmal ein ebenso gängiges wie vorhersagbares Stilmittel der Debatte.

Das vorgestellte MVZ-Gutachten des BMG ist davon jedoch ausdrücklich abzugrenzen. Als einziges der vier aktuellen Gutachten hat es einen umfassenden und vor allem neutralen Ansatz. Mit großer Ausführlichkeit betrachten die Autoren alle Seiten und leiten ihre jeweils gut begründeten Vorschläge ab. Diese haben damit Empfehlungscharakter für die weitere Gesetzgebung, ohne dass indes irgendeine Bindungswirkung bestünde. Da aber relativ wahrscheinlich ist, dass das MVZ-Thema von der nächsten Bundesregierung wieder angefasst werden wird, gilt es, sich im Beratungsalltag bereits jetzt auf alle Eventualitäten vorzubereiten. Denn – wie eingangs erwähnt – eine Konsistenz der Legislative hinsichtlich des Umgangs mit nicht-ärztlichen MVZ-Trägern ist derzeit nicht absehbar. Zu sehr laufen die Meinungen nicht nur zwischen den Parteien, sondern auch innerhalb der Fraktionen quer. Problematisch ist dabei, dass der offene Diskurs gerade nicht nur die MVZ in Investorenhand erfasst. Vielmehr ist immer wieder auch das klassische Inhaber-MVZ berührt, da es aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes eine *lex specialis* für einzelne MVZ-Typen kaum geben kann. Zu wissen, was kommen könnte, scheint daher mehr als relevant für mit dem MVZ-Thema befasste Berater.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Zahnmedizinische Versorgungszentren – Sind investorenbetriebene Z-MVZ Teil der (Versorgungs-)Lösung oder Teil des Problems? (Nies, PFB 21, 52)
- Gesundheitswesen – 16 Jahre Medizinische Versorgungszentren (Derlath, PFB 19, 308)
- Gesundheitswesen – Die Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (Nies, PFB 18, 24)
- Terminservice- und Versorgungsgesetz – Keine erschwerte Nachbesetzung von angestellten Ärzten in medizinischen Versorgungszentren (Müller, PFB 19, 123)
- Zulassung – Die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in MVZ wird künftig schwieriger (Engel, PFB 16, 261)

Das Besprechungsgutachten bemüht sich um einen neutralen Ansatz