

19. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten Kristian Ronneburg und Carsten Schatz (LINKE)

vom 17. März 2026 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 23. März 2026)

zum Thema:

Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) im Bereich der Augenheilkunde

und **Antwort** vom 9. April 2026 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 10. April 2026)

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

Herrn Abgeordneten Kristian Ronneburg (Die Linke) und

Herrn Abgeordneten Carsten Schatz (Die Linke)

über

die Präsidentin des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 19/25616

vom 17. März 2026

über Investorengetriebene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) im Bereich der
Augenheilkunde

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Wie stellt sich die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der augenärztlichen Versorgung in Berlin dar, insbesondere im Hinblick auf die Anzahl der zugelassenen Kassensitze sowie die tatsächliche Besetzung dieser Sitze mit Fachärzt*innen?

Zu 1.:

Für die Arztgruppe der Augenärztinnen und Augenärzte ist Berlin ein einheitlicher Planungsbereich (§ 12 Absatz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Insgesamt nehmen in Berlin 369 Personen in 305,55 Vollzeitäquivalenten an der vertragsaugenärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten in Berlin teil (Stand 01.07.2025). Im Planungsbereich Berlin wird damit ein Versorgungsgrad von 109,0 % erreicht. Die Versorgung ist dabei heterogen verteilt: So steht dem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf (157,3%) - als der am besten versorgte Bezirk - der Bezirk Spandau gegenüber (93,1%) (ohne Berücksichtigung d. Ermächtigten auf den Versorgungsgrad gem. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz).

Für die planungsrechtliche Arztgruppe der Augenärztinnen und Augenärzte stellte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Berlin gemäß § 103 Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 101 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in dem Planungsbereich Berlin, Bundeshauptstadt, Überversorgung fest und ordnete gemäß § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V Zulassungsbeschränkungen an (Beschluss Nr. 25-2025-LA vom 29.12.2025).

2. Liegen dem Senat Erkenntnisse darüber vor, ob Kassensitze formal bestehen, ohne dauerhaft mit Fachärzt*innen besetzt zu sein, insbesondere im Kontext von größeren investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)?

Zu 2.:

Zur Beantwortung dieser Frage wurde die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) um Stellungnahme gebeten.

Die KV Berlin hat die Frage wie folgt beantwortet:

„Zum Stichtag 01.01.2026 gab es nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 13,75 Sitze in MVZ, die länger als sechs Monate nicht nachbesetzt wurden. Nach den Regularien dürfen Sitze bis zu einem Jahr unbesetzt bleiben. Da es keine Definition für investorenbetriebene MVZ gibt, und die MVZ nicht danach sortiert werden, ob sie investorenbetrieben sind oder nicht, können wir zu der MVZ-Art keine Aussage machen.“

3. Wie bewertet der Senat die aktuelle Terminverfügbarkeit im Bereich der augenärztlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche?

Zu 3.:

Dem Senat liegen keine Erkenntnisse zur aktuellen Terminverfügbarkeit im Bereich der augenärztlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche vor. Daher wurde zur Beantwortung dieser Frage die KV Berlin um Stellungnahme gebeten.

Die KV Berlin hat die Frage wie folgt beantwortet:

„Eine konkrete Auswertung dazu ist in der Kürze der Zeit leider nicht möglich. Generell sehen wir aber, dass es in der ophtalmologischen pädiatrischen Versorgung zu Engpässen kommt. Die KV Berlin hat bereits erste Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung eingeleitet.“

4. Wie bewertet die Senatsverwaltung die zunehmende Konzentration von Arztsitzen, insbesondere augenärztlichen Kassensitzen, in medizinischen Versorgungsunternehmen?

Zu 4.:

Maßgeblich für die Bewertung der Konzentration von Arztsitzen in MVZ durch den Senat ist die Frage, ob der Zugang der Versicherten zu einer bedarfsgerechten augenärztlichen Versorgung ohne unzumutbare Hürden gesetzeskonform sichergestellt ist. Dies gilt auch für die augenärztliche Versorgung. Zum derzeitigen Zeitpunkt liegen keine Hinweise darauf vor, dass dies nicht gegeben ist. Darüber hinaus werden aktuelle Entwicklungen im Bereich der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter, wie auch die zunehmende Konzentration von Arztsitzen in MVZ, aufmerksam verfolgt.

5. Hat sich das Land Berlin in die aktuell laufende bundespolitische Debatte um die Regulierung von iMVZs eingebracht? Wenn ja, mit welcher Positionierung?

Zu 5.:

Das Land Berlin hat in der 1024. Sitzung des Bundesrates am 16.06.2023 einen Beschlussvorschlag mit dem Titel „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ unterstützt (Drs. 211/23). Der Beschluss fordert eine stärkere Regulierung investorengetragener MVZ und die Begrenzung von Marktkonzentrationen. Der Beschluss hat weiterhin die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, den Erhalt einer ausgewogenen sowie pluralen Versorgungslandschaft aller im SGB V zugelassenen Leistungserbringer und die Transparenz von Eigentümerstrukturen zum Inhalt.

6. Wie wird sichergestellt, dass die ärztliche Leitung von iMVZ gemäß § 95 SGB V tatsächlich durch approbierte und im MVZ tätige Ärzt*innen wahrgenommen wird? Welche Mechanismen bestehen, um sicherzustellen, dass betriebswirtschaftliche Interessen keinen unzulässigen Einfluss auf medizinische Entscheidungen, insbesondere hinsichtlich der Indikation und Notwendigkeit von Behandlungen, ausüben?

Zu 6.:

Zur Beantwortung dieser Frage wurde die KV Berlin um Stellungnahme gebeten.

Die KV Berlin hat die Frage wie folgt beantwortet:

„Die Ärztlichen Leiter werden geprüft, wie alle Fachärzte, die ins Arztregister eingetragen sind. Da nur Fachärzte ins Arztregister eingetragen werden können, ist die Frage mithin beantwortet. Sie haben die entsprechenden Nachweise, die die Ärzte-ZV vorgibt, nachzuweisen. Zusätzlich ist eine beidseitig unterschriebene Vereinbarung über die Übernahme der Ärztlichen Leitung gegeben; häufig ist es auch im Arbeitsvertrag mit geregelt.

Es ist darüber hinaus gesetzlich geregelt, dass Ärztliche Leiter in medizinischen Fragen weisungsfrei sind. Dies wird auch in den Vereinbarungen / Arbeitsverträgen durch die Zulassungsgremien geprüft.“

„Ärzt:innen in iMVZ dürfen, wie in anderen MVZ oder in Arztpraxen, nur nach Genehmigung durch den Zulassungsausschuss an der ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, um Versicherte der GKV zu behandeln. Hierzu benötigen diese Ärzt:innen nicht nur eine Approbation, sondern auch eine abgeschlossene Weiterbildung (Facharztstatus). Bei Vertretungen z.B. wegen Urlaubs oder Krankheit, muss die gleiche Qualifikation vorliegen. Weiterbildungsassistent:innen dürfen unter Anleitung und Aufsicht der weiterbildungsbefugten Ärzt:innen tätig werden, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Anstellung erteilt hat.

Vertragsärzt:innen üben ihren Beruf als freien Beruf aus. Kassenärztliche Vereinigungen sind nicht befugt, in die Praxisorganisation einzugreifen. Insoweit besteht nur die Möglichkeit, bei konkreten Hinweisen auf die Verletzung vertragsärztlichen Pflichten Maßnahmen zu ergreifen. Ergänzend dient die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Ärzten und Krankenkassen als Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu, unwirtschaftlichem Verhalten zu begegnen.“

7. Wie erfolgt in Berlin die Kontrolle und Hygieneprüfung von augenärztlichen Praxen bzw. MVZ, in denen operative Eingriffe am Auge durchgeführt werden? Welche Aufgaben kommen dabei den bezirklichen Gesundheitsämtern, welche dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) sowie ggf. weiteren zuständigen Behörden oder Institutionen zu?

Zu 7.:

Die Gesundheitsämter führen regelmäßige Begehungen von medizinischen Praxen durch, in denen operative Eingriffe erfolgen. Hierzu zählen auch die augenärztlichen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Dabei liegt das Augenmerk auf der Überprüfung der hygienischen Abläufe und Arbeitsprozesse sowohl im operativen Bereich als auch im Praxisbetrieb. Zusätzlich zu den regelmäßigen Begehungen können auch anlassbezogene Begehungen durch die Gesundheitsämter stattfinden.

Das Landesamt für Soziales und Gesundheit (LAGeSo) ist für die Überwachung des ordnungsgemäßen Betriebes, Benutzens und der Aufbereitung von Medizinprodukten zuständig. Dies schließt ebenso regelmäßige und anlassbezogene Begehungen ein.

Zur Beantwortung dieser Frage wurde weiterhin das LAGeSo um Stellungnahme gebeten und hat die Frage wie folgt beantwortet:

„Das LAGeSo überwacht augenärztliche Praxen bzw. MVZ, in denen operative Eingriffe am Auge durchgeführt werden, vor dem Hintergrund des Medizinprodukterechts. Insbesondere wird die Einhaltung der Vorschriften des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Medizinprodukte-Anwendermelde- und Informationsverordnung (MPAMIV) und des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) überprüft.

In Arztpraxen und MVZ werden beispielsweise die Beachtung der Dokumentationspflichten, das Vorliegen von Standardarbeitsanweisungen, die ordnungsgemäße Aufbereitung von keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, die Einhaltung der Meldepflichten zu mutmaßlich schwerwiegenden Vorkommnissen oder die Beachtung der Pflichten für Wartung, sicherheitstechnische Kontrollen und Validierungen von medizinischen Geräten überprüft.

Das Landesamt für Mess- und Eichwesen Berlin-Brandenburg (LME) ist zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften der MPBetreibV zu den messtechnischen Kontrollen von Medizinprodukten mit Messfunktion.“

8. Liegen dem Senat Erkenntnisse über strukturelle Probleme im organisatorischen Ablauf größerer augenärztlicher Praxisstrukturen vor, insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung von Hygienestandards und Arbeitsbedingungen?

Zu 8.:

Nein.

9. Liegen dem Senat Hinweise oder Beschwerden von Patient*innen über möglicherweise intransparente Rechnungsstellungen oder schwer nachvollziehbare Preisunterschiede zwischen verschiedenen Standorten von augenmedizinischen MVZs vor?

Zu 9.:

Nein.

10. Wie erfolgen in Berlin Abrechnungs- und Datenschutzprüfungen bei augenärztlichen Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren, insbesondere durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin sowie durch gesetzliche Krankenkassen bzw. deren Prüfinstanzen? Welche Zuständigkeiten bestehen hierbei jeweils und in welchem Umfang finden entsprechende Prüfungen statt?

Zu 10.:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind laut der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien nach § 106d SGB V verpflichtet, die Honorarabrechnungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten auf ihre Richtigkeit zu prüfen und somit sicherzustellen, dass die erbrachten Leistungen korrekt abgerechnet werden. Die abgegebenen Quartalsabrechnungen können dabei verschiedene Prüfungen durchlaufen.

Alle Mitglieder der KV sind betroffen, denn jede bei der KV Berlin eingereichte Quartalsabrechnung durchläuft diese Prüfung.

Anhand der Abrechnungsdaten werden die abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) und Symbolnummern (SNR), die ICD 10 (Diagnoseschlüssel) und OPS (Codes für ambulante und belegärztliche Operationen) sowie die OMIM-Codes auf ihre Richtigkeit geprüft.

Mit einem IT-gestützten KV-eigenen Regelwerk wird

1. der Abrechnungsdatensatz daraufhin geprüft, ob die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) richtig angewandt wurden und ob die Diagnosen für die abgerechneten GOP vorliegen;
2. kontrolliert, ob eine Ärztin/ein Arzt oder eine Psychotherapeutin/ein Psychotherapeut jeweils die erforderliche Genehmigung der KV Berlin hat, um die eingereichte Leistung abrechnen zu können.

Mit diesem Verfahren werden zum Beispiel Leistungen identifiziert, die nicht neben einer anderen angegebenen Leistung abgerechnet werden dürfen. Auch werden Leistungen festgestellt, die dem EBM-Kapitel einer anderen Fachgruppe vorbehalten sind. Des Weiteren wird nachvollzogen, ob die für die Abrechnung erforderlichen Diagnosen, zum Beispiel für operative Eingriffe, angegeben wurden.

Falsch abgerechnete Leistungen werden aus der Quartalsabrechnung gestrichen. Die Leistung kann nicht mehr abgerechnet werden, und es wird dafür kein Honorar ausgezahlt. Nach der Honorarzuweisung werden Plausibilitätsprüfungen durchgeführt.

Grundlage der Plausibilitätsprüfung bilden die Abrechnungen von vier aufeinanderfolgenden Quartalen. Der jeweilige Prüfzeitraum beginnt mit dem vierten Quartal eines Kalenderjahres und endet mit dem dritten Quartal des folgenden

Kalenderjahres. Es wird zwischen zwei Prüfarten unterschieden: Arztbezogene Prüfung (Zeitprofile) und Praxisbezogene Prüfung (Patientenidentitäten).

Arztbezogene Plausibilitätsprüfung

Die Plausibilitätsprüfung erfolgt arztbezogen, wenn für eine Leistung im Quartal bzw. an Tagen überdurchschnittlich viel Zeit aufgewandt wurde. Als Grundlage dienen die im Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) genannten Prüfzeiten. Das sind bundeseinheitlich festgelegte Durchschnittszeiten für alle GKV-Leistungen, die der Plausibilitätsprüfung unterliegen. Bei der Prüfung wird zwischen dem Tagesprofil (für ärztliche Leistung erforderlicher Zeitaufwand je Tag) und Quartalsprofil (für ärztliche Leistung erforderlicher Zeitaufwand je Quartal) unterschieden. Überschreitet ein KV-Mitglied im Tages- und/oder Quartalsprofil die festgelegten Auffälligkeitsschwellen, wird die Prüfung durchgeführt. Diese Schwelle ist beim Quartalsprofil erreicht, wenn im Quartal 780 Stunden (13 Wochen à 60 Stunden) überschritten werden. Ein reduzierter Tätigkeitsumfang wird anteilig berücksichtigt. Das Tagesprofil ist auffällig, wenn an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden gearbeitet wurde.

Eine arztbezogene Prüfung kann außerdem aufgrund konkreter Hinweise oder Verdachtsmomente auf Abrechnungsauffälligkeiten durchgeführt werden. Es wird geprüft, ob ambulant erbrachte vertragsärztliche Leistungen, die zur Abrechnung eingereicht wurden, in dem eingereichten Umfang zeitlich erbringbar waren. Besondere Umstände können den angerechneten Zeitaufwand der Leistungen begründen und das Überschreiten des Zeitprofils plausibel rechtfertigen. Kann die KV die Zeitüberschreitung nicht allein durch die ihr vorliegenden Informationen klären, werden die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten um Stellungnahme gebeten.

Bei eindeutig festgestellten Abrechnungsverstößen berichtet die KV Berlin das festgesetzte Honorar beziehungsweise fordert Honorar zurück. Darüber hinaus drohen weitere Konsequenzen. Wurden Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit erbracht, wird eine eigenständige Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet. Bei schwerwiegender und/oder wiederholter vertragsärztlicher Pflichtverletzung kann es zu einem Disziplinarverfahren kommen, bis hin zu einer Strafanzeige wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug. Die KV ist zur Sanktionierung solcher Vergehen nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet.

Praxisbezogene Prüfung (Patientenidentitäten)

Wenn es zwischen zwei oder mehreren Praxen auffällig hohe Patientenidentitäten gibt, werden Abrechnungen praxisbezogen auf Plausibilität geprüft. „Patientenidentität“ meint, dass ein und dieselbe Person bei fachgruppengleichen Praxen parallel in Behandlung ist. Geprüft wird, wenn bei fachgruppengleichen Praxen eine Patientenidentität von mehr als 20 Prozent vorliegt oder bei fachgruppenübergreifenden Praxen der Grenzwert von 30 Prozent überschritten wird. Die Prüfung erfolgt stichprobenartig: 60 Prozent der auffälligen Praxen werden einer Prüfung unterzogen.

Zunächst wird anhand der Abrechnungsunterlagen, der Praxisstruktur und der Mitgliederinformation abgeklärt, ob sich die auffällig hohe Patientenidentität nachvollziehbar begründen lässt (etwa durch die Abrechnung von Vertretungsfällen oder die Mitbehandlung aufgrund einer Spezialisierung). Reichen die vorliegenden Informationen nicht aus, wird seitens der KV weitergehend geprüft, und die Betroffenen können Stellung nehmen.

Bei eindeutig festgestellten Abrechnungsverstößen berichtigt die KV Berlin das festgesetzte Honorar beziehungsweise fordert Honorar zurück. Darüber hinaus drohen weitere Konsequenzen. Wurden Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit erbracht, wird eine eigenständige Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet. Bei schwerwiegender und/oder wiederholter vertragsärztlicher Pflichtverletzung kann es zu einem Disziplinarverfahren kommen bis hin zu einer Strafanzeige wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug. Die KV ist zur Sanktionierung solcher Vergehen nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet.

Berlin, den 9. April 2026

In Vertretung
Ellen Haußdörfer
Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege