



Diskussionspapier

MVZ-Zulassungsbeschränkungen

**Nebenwirkungen und
Kollateralschäden verhindern!**



**Rainer Bobsin
Juni 2023**

Diskussion vorgeschlagener Zulassungsbeschränkungen

Zusammenfassung

Ich sehe das Gesundheitswesen als wesentlichen Teil öffentlicher Daseinsvorsorge. Und ich möchte weder, dass die Behandlung durchgeführt wird, die am meisten einbringt, noch dass eine Behandlung unterbleibt, weil sie sich »nicht rechnet«. Daher finde ich es richtig und wichtig, sich mit dem Thema »Profitorientierung bei Arztpraxen« auseinanderzusetzen.

Eine auf nicht genauer definierte »investorengetragene MVZ (iMVZ)«¹ reduzierte Debatte halte ich gerade deshalb nicht für zielführend, da sie »profitorientierte« Krankenhauskonzerne ausblendet und »profitorientiertes« Denken und Handeln auch bei Vertragsärzt:innen nicht in jedem Fall ausgeschlossen werden kann.

Wenn einzelne Eigentümer:innen in ihren Handlungsmöglichkeiten beschränkt werden sollen, müsste nachgewiesen werden, dass sich aus ihrer »Profitorientierung« eine Gefahr für die Gesundheitsversorgung ergibt und dass diese Gefahr eine größere Gefahr darstellt als die »Profitorientierung« anderer Eigentümer:innen.

Mit Einschränkungen für eine Gruppe »profitorientierter« Eigentümer:innen gleichzeitig die Möglichkeiten einer anderen Gruppe »profitorientierter« Eigentümer:innen zu fördern, wäre nicht hilfreich.

Zudem: Jeder Vorschlag, der auf eine Begrenzung der MVZ-Gründungsbefugnis nur für Krankenhäuser abzielt, betrifft die Arztpraxiskonzerne nicht, die auf einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder der Gründungsberechtigung von Vertragsärzt:innen basieren, obwohl auch sie »profitorientiert« sein können.

Wenn Gesundheitspolitik anstrebt die Chancen, die MVZ bieten, auch zu nutzen, sollten neue gesetzliche Regelungen nicht dazu führen, dass eine MVZ-Gründung grundsätzlich erschwert wird – im Sinne öffentlicher Daseinsvorsorge vor allem nicht für öffentliche Krankenhäuser und Kommunen.²

»Zwei-Länder-Regel«

Mit diesem Begriff meine ich den Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz vom Juni 2022: *»Das BMG wird um Prüfung gebeten, ob zur Steigerung der sektorenübergreifenden Verzahnung und zur Begrenzung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren bei Neugründung folgende gesetzliche Erforderlichkeiten in § 95 Abs. 1b SGB V eingeführt werden sollen: Ein räumlicher Bezug durch Begrenzung auf **den jeweiligen KV-Bezirk, in dem das Krankenhaus seinen Standort hat und einen unmittelbar benachbarten KV-Bezirk** ...«*³ (Hervorhebung von mir).

1 Entschließung des Bundesrates, Bundesrats-Drucksache 211/23 (10. Mai 2023): »Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes«, Seite 1, PDF unter <https://dserver.bundestag.de/brd/2023/0211-23.pdf> (Zwei nicht nummerierte Vorseiten führen dazu, dass Seite 1 des Antrags Seite 3 der PDF-Datei ist. Ich beziehe mich im Folgenden immer auf die aufgedruckte Seitennummer des Antrags.)

2 Letzteres sieht der Entschließungsantrag offenbar genauso, Seite 1: »Nachdem die ambulante medizinische Versorgung vermehrt auch in kommunalen MVZ gesichert werden soll, sind zudem ... vereinfachte Tätigkeitsmöglichkeiten für Kommunen als Betreiber von MVZ zu fordern.«

3 <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1263&jahr=2022>

Dieser Vorschlag war im »Eckpunktepapier MVZ-Regulierungsgesetz« der Gesundheitsminister der Länder als »Alternative 1« noch enthalten,⁴ im Entschließungsantrag kommt er aus guten Gründen nicht mehr vor. Diese an starren Landesgrenzen orientierte Beschränkung hätte vor allem Krankenhäuser betroffen, die in Grenzgebieten liegen, auch öffentliche Krankenhäuser. Das hätte eine sinnvolle grenzüberschreitende Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung verhindern können. Die absurden Folgen: Der Uniklinik Heidelberg wäre verboten, eine Arztpraxis im rund 15 Kilometer entfernten Altrup (Rheinland-Pfalz) zu eröffnen, da sie bereits ein MVZ in Heidelberg (Baden-Württemberg) und ein MVZ in Heppenheim (Hessen) betreibt. Dagegen dürfte ein Krankenhaus in Forst (Lausitz) weiterhin eine Arztpraxis im rund 640 Kilometer entfernten Emlichheim kaufen, nur weil es eine nicht einmal 30 Kilometer kurze Landesgrenze zwischen Brandenburg und Niedersachsen gibt.

Einführung einer »Umkreis-Regel«: Räumliche Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis von Krankenhäusern

Das »Eckpunktepapier« beinhaltet als »Alternative 2« eine »Umkreis-Regel«, die sich im Entschließungsantrag unter Punkt 3 auf Seite 2 wiederfindet: *»Räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für (zahn)ärztliche MVZ. In räumlicher Hinsicht sollte eine Beschränkung auf die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 km zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen, normiert werden.«*

Frage: Wo sind die Quellen, die Nachteile größerer Entfernungen belegen? Denn es gilt ja auch: Je größer die Entfernung einer Praxis ist, desto geringer ist die Möglichkeit, sie als »Einweiser« zu benutzen, um die stationären Fallzahlen zu erhöhen.

Folge: Je kleiner der Radius ist⁵ und je weniger Krankenhäuser es zukünftig geben wird,⁶ desto kleiner wird die Anzahl Krankenhäuser, die ein Gebiet abdecken. Wenn diese Krankenhäuser dieselbe Besitzer:in haben, können Gebiete entstehen, in denen »Monopolisierungstendenzen« gefördert statt begrenzt werden.

Zudem bevorzugt eine regionale Begrenzung selbstverständlich die großen Krankenhauskonzerne, die zahlreiche Krankenhäuser betreiben und somit deutlich weniger betroffen wären. Sollten durch einen Nachfragerückgang nach Arztpraxen die Kaufpreise sinken, wären sie die Profiteure, da sie günstiger einkaufen könnten.

Mir leuchtet nicht ein, warum die »Profitorientierung« eines BlackRock-Private-Equity-Fonds, der Anteile am Trägerkrankenhaus eines Arztpraxenkonzerns besitzen könnte, anders beurteilt werden sollte als die »Profitorientierung« eines BlackRock-Aktienfonds, der Anteile an Fresenius hält und damit Mitbesitzer der Helios-Kliniken und ihrer Arztpraxen ist. Auch die Intermediate Capital Group wäre unterschiedlich stark betroffen: als Miteigentümerin des Ameos-Krankenhauskonzerns weniger und als Miteigentümerin des Atos-Orthopädiepraxenkonzerns stärker eingeschränkt.

4 Die »Eckpunkte für ein MVZ-Regulierungsgesetz« sind meines Wissens online nicht veröffentlicht

5 Der Deutsche Hausärzterverband forderte im April 2023 einen 30-Kilometer-Radius, Seite 12, <https://t1p.de/HAEV-FJT-2023>

6 Schließung aus wirtschaftlichen Gründen (evtl. gefördert durch den Krankenhausstrukturfonds), Zentralisierung mehrerer Standorte, Insolvenzen mit Marktaustritt und evtl. zukünftige Folgen der zurzeit diskutierten Krankenhausreform

Exkurs

Börsennotierte Aktiengesellschaften und eine kleine Auswahl ihrer Aktionäre

<https://de.marketscreener.com/> 18. März 2023

Allianz SE

(als Miteigentümerin der Sana Kliniken AG)

- BlackRock Advisors (UK) Ltd.
- Norges Bank Investment Management
- The Vanguard Group, Inc.

DaVita Inc.

- The Vanguard Group, Inc.

Fresenius (Helios-Kliniken)

- BlackRock Fund Advisors
- Norges Bank Investment Management
- The Vanguard Group, Inc.

Fresenius Medical Care (Nephrocare)

- Norges Bank Investment Management
- The Vanguard Group, Inc.

Münchener Rückversicherungs AG (Munich Re)

(hält 35 Prozent der MediClin AG und als indirekte Miteigentümerin der Sana Kliniken AG)

- BlackRock Advisors (UK) Ltd.
- Norges Bank Investment Management
- The Vanguard Group, Inc.

Sonic Healthcare Limited

- BlackRock Fund Advisors
- Norges Bank Investment Management
- The Vanguard Group, Inc.

(Norges Bank Investment Management ist ein Teil des norwegischen Staatsfonds)

Und mir leuchtet nicht ein, warum die »Profitorientierung« der nicht genannten in- und ausländischen Investoren, die den Asklepios-Kliniken »frisches Geld« verschafft haben,⁷ keine Rolle spielen sollte.

Begrenzung von Versorgungsanteilen für alle Träger (nicht nur Krankenhäuser)

Der Entschließungsantrag fordert eine **prozentuale** Begrenzung der Ärzt:innen-Stellenzahl für alle MVZ-Praxen **eines Trägers** (Punkt 4 auf Seite 2). Begründet wird dieser Deckel auf Seite 4 (zu Ziffer 4): »Eine Begrenzung des Versorgungsanteils von ärztlichen MVZ dient neben der Unterbindung von Konzentrationsprozessen und Monopolisierungstendenzen auch der Schaffung eines Gleichlaufs zu zahnärztlichen MVZ, wo bereits mit § 95 Abs. 1b SGB V eine Parallelregelung existiert.«

Wie funktioniert der Deckel?

Je nach Fachrichtung ist Deutschland in verschieden große Planungsbereiche unterteilt. In jedem Planungsbereich ist in Abhängigkeit von der Anzahl dort lebender Menschen festgelegt, wie viele Arztstellen es dort in den einzelnen Fachrichtungen jeweils geben soll. Wenn die Sollzahl 100 beträgt und die Stellenzahl auf 10 Prozent gedeckelt wird, darf ein Träger in seinen MVZ-Praxen in diesem Planungsbereich also maximal 10 Stellen besetzen.

Folge: Die Größe eines Planungsbereichs wird zur Entscheidungsgrundlage: Kleiner Planungsbereich = große Wirkung, großer Planungsbereich = kleine oder keine Wirkung. Das gilt selbstverständlich unabhängig von der Eigentümerschaft für alle Träger, also auch für Vertragsärzt:innen, öffentliche Krankenhäuser und Kommunen.

Im Entschließungsantrag steht: »Begrenzung des Versorgungsanteils für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich bei Hausärzten auf max. 25 %, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf max. 50 % pro Facharztgruppe.«

⁷ <https://www.asklepios.com/konzern/unternehmen/investors/finanzierung/schuldschein/>, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Schuldscheindarlehen, z.B.: »2022 Emissionsvolumen: 477 Mio. Euro, Investoren: 54% inländische und 46% internationale Investoren«, »2020 Emissionsvolumen: 730 Mio. EUR, Investoren: 79% inländische und 21% internationale Investoren«

Und: »Bezogen auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Versorgungsanteil für von einem Träger gegründete ärztliche MVZ bei der hausärztlichen Versorgung auf 5 % und bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf 10 % zu begrenzen.«

Folge: In manchen Fachrichtungen käme die Anwendung dieser Regelung einem Verbot für **einzelne** Träger, MVZ zu gründen, gleich (zu geringe mögliche Stellenzahl). Vorteile größerer Praxen⁸ könnten nicht genutzt werden, wenn die dafür nötige Größe nicht erreichbar ist. Zudem wären Konzerne mit **mehreren** Trägern bevorzugt. Das sind vor allem die Krankenhauskonzerne: Ab zehn Krankenhäusern ist ein 10-Prozent-Deckel aufgehoben. Das möchte ich am Beispiel des Planungsbereichs Hamburg veranschaulichen.

| Beispiel Hamburg (HH) | Sollzahl Ärzt:innen | 10-Prozent-Deckel pro Träger | Deckel für Asklepios acht KH allein in HH |
|--|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Hausärzte (5-Prozent-Deckel) | 1.074,1 | 53,7 | 429,6 |
| allgemeine fachärztliche Versorgung | | | |
| Augenärzte | 129,8 | 13,0 | 103,8 |
| Chirurgen und Orthopäden | 191,1 | 19,1 | 152,9 |
| Frauenärzte | 275,1 | 27,5 | 220,1 |
| Hautärzte | 84,1 | 8,4 | 67,3 |
| Hals-Nasen-Ohren-Ärzte | 103,3 | 10,3 | 82,6 |
| Kinderärzte | 154,2 | 15,4 | 123,4 |
| Nervenärzte | 126,5 | 12,7 | 101,2 |
| Psychotherapeuten | 602,2 | 60,2 | 481,8 |
| Urologen | 61,0 | 6,1 | 48,8 |
| spezialisierte fachärztliche Versorgung | | | |
| Anästhesisten | 37,8 | 3,8 | 30,2 |
| Fachinternisten | 112,5 | 11,3 | 90,0 |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 18,6 | 1,9 | 14,9 |
| Radiologen | 35,3 | 3,5 | 28,2 |
| gesonderte fachärztliche Versorgung | | | |
| Humangenetiker | 3,4 | 0,3 | 2,7 |
| Laborärzte | 19,7 | 2,0 | 15,8 |
| Neurochirurgen | 11,3 | 1,1 | 9,0 |
| Nuklearmediziner | 16,0 | 1,6 | 12,8 |
| Pathologen | 16,4 | 1,6 | 13,1 |
| PRM | 11,0 | 1,1 | 8,8 |
| Strahlentherapeuten | 10,5 | 1,1 | 8,4 |
| Transfusionsmediziner | 1,5 | 0,2 | 1,2 |

Fachrichtungen und Sollzahl Ärzt:innen aus: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Planungsblatt zur Feststellung der Versorgungsgrade je Arztgruppe zum Stand 1.1.2022 (Sollzahl = Spalte 10), <https://t1p.de/KVHH2022>, zu den Asklepios-Häusern in Hamburg siehe <https://t1p.de/Asklepios-HH>, PRM = Physikalische und Rehabilitations-Mediziner, KH = Krankenhaus. Deckel-Berechnungen von mir.

⁸ Größere Praxen sind eher in der Lage, geregelte Arbeitszeiten und individuelle Teilzeit anzubieten, und könnten im Interesse der Patient:innen ausgedehntere Öffnungszeiten ermöglichen.

In Hamburg wirkt der restriktivere KV-Bezirks-Deckel, da Planungsbereich und KV-Bezirk identisch sind. Das gilt auch, wenn ein KV-Bezirk nur aus zwei oder drei Planungsbereichen besteht. Das betrifft neben Hamburg die anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen und bezüglich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung auch das Saarland. Sollte mit dem verwendeten Begriff »speziell« neben »spezialisiert« auch »gesondert« gemeint sein, betrifft dies alle KV-Bezirke bezüglich der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

Zudem lässt dieser Vorschlag folgende Aspekte unberücksichtigt.

- Eine Rechtfertigung für den Eingriff in die Niederlassungsfreiheit bei der Einführung der Zahnarzt-Regel als § 95 Absatz 1b SGB V lautete: *»Eine vergleichbare Sachlage besteht im vertragsärztlichen Bereich nicht, unter anderem, weil die Ausweitung von Marktanteilen hier bereits durch die gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen ... begrenzt wird.«*⁹ Ich sehe einen Widerspruch, wenn der jetzt geforderte generelle Eingriff in die Niederlassungsfreiheit mit der *»Schaffung eines Gleichlaufs zu zahnärztlichen MVZ«* begründet wird.
- Die Zahnarzt-Regel gilt ausschließlich für Krankenhäuser und betrifft ausschließlich die Krankenhäuser, die als Träger eines Arztpraxenkonzerns betrieben werden (da zahnmedizinische Behandlungen für Krankenhäuser eine so marginale Bedeutung haben, dass sie bisher nicht als Käufer von Zahnarztpraxen auffällig geworden sind). Das ist bei allen anderen ärztlichen Fachrichtungen anders. Von der jetzt geforderten Beschränkung wären nicht nur die Krankenhäuser, die als Träger eines Arztpraxenkonzerns betrieben werden, sondern alle Träger, selbstverständlich auch alle Vertragsärzt:innen, öffentlichen Krankenhäuser und Kommunen betroffen.
- Dass (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaften einen erheblichen Anteil an Konzentrationsprozessen und regionalen »Monopolisierungstendenzen« haben können, bleibt unbetrachtet.
- Zudem besteht die Gefahr, gerade dort die ärztliche Versorgung zu gefährden, wo sich zu wenige Ärzt:innen mit einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis selbstständig machen wollen: »auf dem platten Land«. Wer MVZ-Gründungen aktiv in Planungsbereiche mit großer Soll-Stellenzahl (also die Städte) lenkt, sollte sich hinterher nicht beschweren, dass MVZ sich dann auch dort befinden.

Beispiel: Im KV-Bezirk Niedersachsen gibt es insgesamt 104 Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung, 43 für die allgemeine und 13 für die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Für die gesonderte fachärztliche Versorgung entspricht der Planungsbereich dem KV-Bezirk.

Ich habe den jeweils größten und kleinsten Planungsbereich (gemessen in Sollzahl Ärzt:innen) für das Beispiel ausgewählt. Die Sollzahl Ärzt:innen für Gesamt-Niedersachsen habe ich aus den jeweiligen Einzelangaben aller Planungsbereiche addiert.¹⁰

9 Beschlussempfehlung TSVG, Seite 188, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/083/1908351.pdf>

10 Angaben der KV Niedersachsen: »Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung« (Stand: 28.12.2022), Download unter <https://t1p.de/KVN-Haus>, <https://t1p.de/KVN-Augen>, <https://t1p.de/KVN-Kinder>, <https://t1p.de/KVN-Radio>, <https://t1p.de/KVN-Neuro>, siehe auch »Bedarfsplan Niedersachsen« unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung.html>, Deckel-Berechnungen von mir.

Helios betreibt allein in Niedersachsen 12 Krankenhäuser.¹¹

Das Beispiel soll auch veranschaulichen, weshalb ich die Aussage auf Seite 4f. des Entschließungsantrags nicht nachvollziehen kann: »In einem Planungsbereich könnten daher mehrere Krankenhäuser MVZ betreiben, deren gemeinsamer Versorgungsanteil auch über diesen Höchstversorgungsanteilen liegt. Die Anbietervielfalt bleibt erhalten und **wird so garantiert**« (Hervorhebung von mir).

| Beispiele aus Niedersachsen (Nds.) | Sollzahl Ärzt:innen | 25 Prozent im Planungsbereich pro Träger | 5 Prozent im KV-Bezirk Nds. pro Träger | Deckel für Helios 12 KH allein in Nds. |
|---|---------------------|--|--|--|
| Hausärzte Nds. | 5.052,2 | | 252,6 | 3.031,3 |
| Stadt Hannover | 319,2 | 79,8 | | 957,6 |
| Munster | 9,1 | 2,3 | | 27,6 |
| | | 50 Prozent | 10 Prozent | |
| allgemeine fachärztliche Versorgung | | | | |
| Augenärzte Nds. | 427,2 | | 42,7 | 512,6 |
| Region Hannover | 61,6 | 30,8 | | 369,6 |
| Lüchow-Dannenberg | 2,9 | 1,5 | | 18 |
| Kinderärzte Nds. | 488,2 | | 48,8 | 585,8 |
| Region Hannover | 68,0 | 34,0 | | 408 |
| Lüchow-Dannenberg | 2,6 | 1,3 | | 15,6 |
| spezialisierte fachärztliche Versorgung | | | | |
| Radiologen Nds. | 167,2 | | 16,7 | 200,6 |
| Hannover | 29,8 | 14,9 | | 178,8 |
| Bremerhaven_Niedersachsen | 6,1 | 3,0 | | 36,6 |
| gesonderte fachärztliche Versorgung Planungsbereich = KV-Bezirk | | | | |
| Neurochirurgen | 56,9 | | | |
| grundsätzlicher Deckel | 56,9 | 28,5 | | 341,4 |
| KV-Bezirks-Deckel | 56,9 | | 5,7 | 68,3 |

Außerdem: Die Umsetzung beider Vorschläge – räumliche Begrenzung für Krankenhäuser (»Umkreis-Regel«) und »Stellendeckel« – könnte die Bevorzugung großer Krankenhauskonzerne verstärken (siehe z.B. meine Skizze des östlichen Niedersachsens auf der folgenden Seite).

11 Cuxhaven, Gifhorn, Helmstedt, Herzberg, Hildesheim, Nienburg, Nordenham, Northeim, Salzgitter, Stolzenau, Uelzen und Wittingen (Bad Gandersheim soll 2023 geschlossen werden)

50-Kilometer-Radien um die Helios-Krankenhäuser in Gifhorn, Helmstedt, Herzberg, Hildesheim, Nienburg, Northeim, Salzgitter, Stolzenau, Uelzen und Wittingen (Niedersachsen), Hamburg und Kassel (Hessen).

Der für Helios für einen Ort geltende Stellendeckel errechnet sich aus dem für einen Träger geltenden Deckel multipliziert mit der Anzahl der Helios-Kreise, in denen dieser Ort liegt.



Streichung des sog. »Verzichts auf die Zulassung zugunsten der eigenen Anstellung in einem MVZ«

Der Entschließungsantrag schlägt unter Punkt 5 auf Seite 2 die Streichung von § 103 Absatz **4a** SGB V vor. Absatz 4a regelt, dass eine selbstständige Ärzt:in als Angestellte in einem MVZ weiterarbeiten darf, wenn sie auf ihre Zulassung verzichtet. Der im Entschließungsantrag nicht erwähnte und damit offenbar nicht zu streichende Absatz **4b** regelt entsprechend das Weiterarbeiten bei einer Vertragsärzt:in (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis).

In Zusammenhang mit dem im Entschließungsantrag ebenfalls nicht erwähnten Absatz **4c**, der zum Nachbesetzungsverfahren bestimmt, dass nicht in Arztbesitz befindliche MVZ **nachrangig** zu berücksichtigen sind (siehe »Exkurs« auf der folgenden Seite), ergeben sich erhebliche Einschränkungen für Kommunen und Krankenhäuser.

Der »Verzicht zugunsten der Anstellung« ist für Krankenhaus-MVZ oft die einzige Möglichkeit Arztsitze zu erwerben, weil sie aufgrund der Nachrangigkeit im Nachbesetzungsverfahren leer ausgehen, sobald sich auch Ärzt:innen mit ihren Einzel-, Gemeinschafts- oder MVZ-Praxen bewerben. Kommunen könnten daran gehindert werden, ihre Praxen auf eine vielleicht sinnvollere Größe zu erweitern. Zudem wird Kommunen erschwert, von derzeitigen »Rettern in der Not« zu »normalen« Betreibern zu werden (siehe auch »Exkurs« auf der übernächsten Seite).

Das widerspricht aus meiner Sicht den im Entschließungsantrag auf Seite 1 genannten Zielen, »eine ausgewogene und plurale Versorgungslandschaft zu erhalten« und »vereinfachte Tätigkeitsmöglichkeiten für Kommunen«, sowie dem von der Gesundheitsministerkonferenz 2022 formulierten Ziel »Steigerung der sektorenübergreifenden Verzahnung«¹² und kann eine sinnvolle Ambulantisierung stationär erbrachter Leistungen be- oder verhindern.

Offen bleibt, warum der Entschließungsantrag in seiner Begründung (Seite 5) insgesamt vier Mal zahnärztliche MVZ einschließt.

12 siehe <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1263&jahr=2022>

Exkurs

Was sind »freie« und »gesperrte« Planungsbereiche?

Die gesetzlich geregelte Bedarfsplanung gibt vor, wo wie viele Ärzt:innen welcher Fachrichtung tätig sein sollen. Dies wird in den Planungsbereichen in Abhängigkeit von der Anzahl dort lebender Menschen festgelegt.

Wenn die Anzahl in einem Planungsbereich tätiger Ärzt:innen genau der vorgesehenen Soll-Anzahl dieser Fachrichtung entspricht, ist der Versorgungsgrad 100 Prozent. Sind weniger Ärzt:innen tätig als geplant, ist der Versorgungsgrad kleiner als 100 Prozent (und umgekehrt).

Bei Versorgungsgraden über 110 Prozent stellt der jeweils zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine »Übersorgung« fest und beschließt Zulassungsbeschränkungen. Dadurch entstehen sog. »gesperrte« Planungsbereiche.¹³

Nachbesetzungsverfahren

Während in sog. »freien« Planungsbereichen neue, also zusätzliche Arztpraxen eröffnet oder neue Stellen geschaffen werden dürfen, müssen Interessierte in den gesperrten Planungsbereichen darauf warten, dass eine Zulassung zurückgegeben wird (sog. »Zulassungsverzicht«, z.B. weil der wohlverdiente Ruhestand bevorsteht).

Dieser dann »freie Arztsitz« wird von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im sog. »Nachbesetzungsverfahren« ausgeschrieben. Interessierte können sich darauf bewerben und die KV stellt den Kontakt zwischen Bewerber:innen und der abgebenden Ärzt:in her. Diese besprechen und vereinbaren anschließend sämtliche Übergabemodalitäten (auch den Kaufpreis). Haben sich mehrere Interessierte beworben, darf die abgebende Ärzt:in eine »Wunschnachfolgerin« benennen.

Der Zulassungsausschuss entscheidet nach gesetzlich geregelten Kriterien, welche Bewerber:in diesen Arztsitz zugesprochen bekommt (ein Zulassungsausschuss besteht aus drei Ärzt:innen und drei Krankenkassenvertreter:innen). Dabei gehört die Höhe des Kaufpreises nicht zu den Entscheidungskriterien und der Zulassungsausschuss ist auch nicht an den Wunsch der abgebenden Ärzt:in gebunden.

Nachrangigkeit im Nachbesetzungsverfahren

Wesentlich für sich bewerbende MVZ, die sich nicht mehrheitlich in Arztbesitz befinden (z.B. Krankenhaus- oder kommunale MVZ), ist § 103 Absatz 4c SGB V, der besagt, »dass bei der Auswahl des Praxismachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern **nachrangig** zu berücksichtigen ist.«

Verzicht auf die Zulassung zugunsten der eigenen Anstellung

Möchte dagegen eine selbstständige Ärzt:in als Angestellte weiterarbeiten (z.B. um einen langsamen Übergang in den Ruhestand mit sukzessiv reduzierten Arbeitszeiten zu ermöglichen), greifen die identisch formulierten Absätze 4a (angestellte Tätigkeit in einem MVZ) oder 4b (angestellte Tätigkeit bei einem Vertragsarzt) des § 103 SGB V: »Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum [bzw. bei einem Vertragsarzt ...] tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis ... ist nicht möglich.«

Dieser sog. »Verzicht zugunsten der Anstellung« ist möglich, wenn die verzichtende Ärzt:in die Absicht hat, mindestens drei Jahre als Angestellte weiter zu arbeiten. Daher muss dem entsprechenden Antrag ein unbefristeter oder ein auf mehr als drei Jahre befristeter Arbeitsvertrag beigelegt werden. Nach Ablauf des ersten Anstellungsjahres kann die Arbeitszeit schrittweise um eine Viertelstelle pro Jahr reduziert werden.

Der »Verzicht zugunsten der Anstellung« sichert also einerseits der abgebenden Ärzt:in ihren Wunsch und damit auch den vereinbarten Kaufpreis, andererseits haben Krankenhaus-MVZ häufig nur diese Möglichkeit, Arztsitze zu erwerben, weil sie aufgrund der Nachrangigkeit im Nachbesetzungsverfahren leer ausgehen, sobald sich auch Ärzt:innen mit ihren Einzel-, Gemeinschafts- oder MVZ-Praxen bewerben.

¹³ Für **Zahnarztpraxen** gilt diese Regelung **nicht**, da die zahnärztliche Bedarfsplanung keine Zulassungsbeschränkungen durch »Sperrung« von Planungsbereichen vorsieht, siehe <https://www.g-ba.de/richtlinien/30/>

Exkurs

Und was ist mit »Unterversorgung«?

Die beschriebene Art der Bedarfsplanung kann also »Übersorgung« begrenzen, ist aber keinesfalls in der Lage, eine »Unterversorgung« zu verhindern. Auch ein Einfluss auf die Verteilung der Arztstellen innerhalb eines Planungsbereichs ist nicht vorgesehen.

Das kann sich vor allem in großen Planungsbereichen nachteilig auswirken.

Beispiel: Hamburg besteht aus einem Planungsbereich. Dort sind mit Ausnahme der Kinderärzt:innen (Versorgungsgrad am 1.1.2022 mit 107,36 Prozent auch nur knapp nicht »übersorgt«) sämtliche Fachbereiche aufgrund »Übersorgung« gesperrt, auch für Hausärzt:innen, siehe <https://t1p.de/KVHH2022>

Das Hamburger Abendblatt titelte am 4. Februar 2022: »Warum in Hamburg immer mehr Hausärzte fehlen« und schrieb: »Besonders in Randstadtteilen werden Allgemeinmediziner gesucht. ... Wie groß die Not ist, zeigt sich an den lyrisch intonierten Stellenanzeigen im Ärzteblatt: ›Ihre Zukunft liegt im Süden!‹ Ein Allgemeinmediziner, wahlweise auch Internist, wird für eine Hausarztpraxis gesucht. Er oder sie darf sich gerne mit Diabetes-Patienten auskennen. Vollzeit oder Teilzeit, das ist egal, die Bezahlung ist ohnehin über dem Durchschnitt. Dasselbe gilt für Altersvorsorge und Urlaub. Allein – dieser Süden ist der Hamburger Süden, Bezirk Harburg, zwischen Neuland und Neugraben-Fischbek. So klingen Hilferufe nach Hausärzten in diesen Tagen. Ähnlich formuliertes Stellenbesetzungsfliehen erklingt für Meiendorf oder Billstedt und den »nordwestlichen Rand.«, <https://t1p.de/Abendblatt-Hausarzt>

Zeit-online schrieb am 25. Juni 2022: »Kinder ohne Ärzte.« »In mehr als 40 Hamburger Stadtteilen [von insgesamt 104 Stadtteilen] gibt es keinen Kinderarzt. In anderen Vierteln ballen sie sich.«, <https://t1p.de/Zeit-Kinderarzt>



Kommunale MVZ als mögliche Lösung bei Unterversorgung

Jede MVZ-Zulassungsbegrenzung, die auch die Gründung kommunaler MVZ einschränkt, vermindert die Chancen, gerade dort zielgerichtet Praxen in bestimmten Fachrichtungen zu eröffnen, wo der Mangel am gravierendsten ist.

Beispiel: Die Stadt Remscheid eröffnete 2021 zwei **Kinderarztpraxen** in Trägerschaft ihres neu gegründeten kommunalen MVZ in den Stadtteilen Lüttringhausen und Alt-Remscheid. Schon in ihrem ersten Armutsbericht hatte die Stadt 2005 auf ein »erhöhtes Armutsrisiko« in diesen beiden Stadtteilen hingewiesen, <https://t1p.de/RS-Armut>

Der Remscheider General-Anzeiger schrieb: »Sowohl die Praxis Albrecht/Arnold als auch die von der Solinger Lungenklinik Bethanien geführte Kinderarztpraxis in Lüttringhausen standen Ende 2020 vor der Schließung. In Alt-Remscheid hätten danach rund 2.000, in Lüttringhausen 1.000 Kinder ohne Kinderarzt dagestanden« und: »Die verbliebenen sechs Kinderarztpraxen machten bald deutlich, dass sie sich nicht in der Lage sehen, die 3.000 kleinen Patienten untereinander aufzuteilen« und: »Zwar zähle der Betrieb von Arztpraxen nicht zu den originären Aufgaben einer Kommune, aber: ›Wenn sonst keiner da ist, dann müssen wir die Lücke schließen«, sagt der Oberbürgermeister«, <https://t1p.de/RGA-Kinder>

Zahlreiche der kommunalen MVZ, die vor allem in ländlichen Gegenden gegründet wurden, betreiben schwerpunktmäßig **Hausarztpraxen**. Beispiele:

Schleswig-Holstein: 23812 Wahlstedt, <https://mvz-der-stadt-wahlstedt.de/>, 24803 Erfde und 25879 Stapel, MVZ Erfde gGmbH, <https://mvz-erfde.de/>, 25761 Büsum, Ärztezentrum Büsum gGmbH, <https://aerztezentrum-buesum.de/>, 25774 Lunden, Ärztezentrum Lunden gGmbH, <https://aerztezentrum-lunden.de/>, 27498 Helgoland, Gesundheitszentrum Helgoland gGmbH, <https://gz-hgl.de/>, 25849 Pellworm, MVZ Pellworm gGmbH, <https://mvz-pellworm.de/>, 24887 Silberstedt, Dokterhuus Silberstedt gGmbH, <https://dokterhuus-silberstedt.de/>, 24576 Bad Bramstedt, MVZ der Stadt Bad Bramstedt gGmbH, <https://badbramstedt-mvz.de/>, 25541 Brunsbüttel, Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH, <https://aerztezentrum-am-kanal.de/>, 24980 Schafflund, <https://werde-landarzt.de/>

Rheinland-Pfalz: 56368 Katzenelnbogen, MVZ Gesundheitszentrum im Einrich AÖR, <https://www.mvz-einrich.de/>

Streichung der sog. »Konzeptbewerbung«

Der EntschlieBungsantrag möchte die sog. »Konzeptbewerbung« (§ 103 Abs. 4 Nummer 9 SGB V) nur für MVZ streichen (Punkt 6, Seite 2). Die Aussage, Nummer 9 betreffe »ausschließlich MVZ, nicht hingegen auch die übrigen vertragsärztlichen Leistungserbringer« (Begründung auf Seite 6 zu Ziffer 6), stimmt mit dem Gesetzeswortlaut nicht überein, der explizit auch »Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften« nennt.

Was bedeutet Konzeptbewerbung? Im Nachbesetzungsverfahren sollte die Möglichkeit geschaffen werden, sich um einen Vertragsarztsitz zu bewerben, ohne dafür schon eine bestimmte anzustellende Ärzt:in nennen zu müssen. Das sollte den möglichen Teufelskreis durchbrechen: Ich finde keine Ärzt:in, wenn ich keinen Arztsitz habe. Und wenn ich keine Ärzt:in habe, bekomme ich den Arztsitz nicht.

Wie relevant eine Streichung wäre, kann ich nicht beurteilen, denn die Anwendung dieser Regelung liegt seit einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. Mai 2019 (B 6 KA 5/18 R)¹⁴ sowieso »auf Eis«. Das BSG monierte: »Bis zur näheren Ausgestaltung einer ›arztlosen Anstellungsgenehmigung‹ durch den Normgeber können Konzeptbewerbungen ohne personenbezogene Angaben zu dem anzustellenden Arzt nicht berücksichtigt werden.«

Aus meiner Sicht gibt es also zwei Möglichkeiten: Streichen, dann aber für alle,¹⁵ oder die vom BSG geforderte »nähere Ausgestaltung« der Regelung schaffen.

Prüfung von Verträgen mit ärztlichen Leitungen durch den Zulassungsausschuss

Der EntschlieBungsantrag fordert in Punkt 8 b.) auf Seite 3 eine »Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leitung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken.« Die Bundesärztekammer schreibt: »Zielvereinbarungen, die sich auf Art und Menge einzelner Leistungen beziehen.«¹⁶ Der GKV-Spitzenverband bezieht in seinem Positionspapier alle Arbeitsverträge ein: »Zudem ist die Vereinbarung von leistungs- und mengenbezogenen Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten in einem MVZ zu untersagen.«¹⁷

Ich kann nicht beurteilen, ob die in diesem Vorschlag genannten Verträge abgeschlossen werden, weil ich keine Möglichkeit habe, an derartige Informationen zu gelangen. Auch ich halte solche Verträge für unvereinbar mit dem Gedanken öffentlicher Daseinsvorsorge, bei der ausschließlich die medizinische Behandlungsnotwendigkeit Maßstab sein sollte. Allerdings verstehe ich nicht, warum diese Forderung auf MVZ

14 <https://t1p.de/BSG-15-Mai-2019>

15 Die vollständige Nummer 9 zu streichen, schlägt auch die Bundesärztekammer vor, siehe Punkt 10, Seite 21 in: »Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung«, 9.1.2023, <https://t1p.de/BAEK-MVZ-2023>

16 BÄK, ebd., Punkt 12, Seite 25

17 Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur gezielten Ausgestaltung von Medizinischen Versorgungszentren, 22.3.2023, Seite 3, <https://t1p.de/GKV-MVZ-2023>

beschränkt wird: Wird ausgeschlossen, dass es solche Verträge zwischen Eigentümer:innen einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis mit ihren angestellten Ärzt:innen geben kann? Ich stimme diesbezüglich dem Verband der Ersatzkassen zu,¹⁸ der schreibt: »*Ökonomisch induzierte Fehlentwicklungen bei MVZ – und in der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt – müssen verhindert werden.*«

Warum spricht niemand über Earn-out-Klauseln in Kaufverträgen?

Ich habe in Jahresabschlüssen einzelner Arztpraxiskonzerne, die ausreichend groß sind, dass sie der vollständigen Offenlegungspflicht unterliegen, Hinweise auf »Earn-out-Klauseln« gefunden. Damit werden in Kaufverträgen starke Anreize zur Leistungsausweitung vertraglich vereinbart.¹⁹ Aus meiner Sicht sollte der Gesetzgeber deshalb prüfen, ob »Earn-out-Klauseln« unterbunden werden könnten.

Was sind »Earn-out-Klauseln«? Michael Stein et al. (Wirtschaftskanzlei Taylor Wessing) schreiben:²⁰ »... wird diese Kaufpreisgestaltung gerade auch in der Gesundheitsbranche gern verwendet, um die Expertise der Verkäuferseite weiterhin zu binden (z.B. in einem künftigen Angestelltenverhältnis oder gar unter weiterer Mitbeteiligung) und diese zu incentivieren [Incentive = Ansporn]. Gerade wenn Gesundheitsbranchen-Fremde (z.B. Investoren, die noch keinen ausgeprägten Track Record [Erfolg, Erfahrung] in der Gesundheitsbranche haben) etwa in die sehr spezifische Gesundheits-Leistungserbringung investieren, ist ein Earn-Out häufig ein wichtiges Tool, um das Verkäufer-Knowhow länger zu binden.«

Und Tobias Witte und Björn Papendorf (kwm - Kanzlei für Wirtschaft und Medizin) schreiben: »Falls der Abgeber in der Praxis weiterarbeiten wird, vereinbaren Investor und Abgeber zusätzlich häufig ein sogenanntes Earn-Out. Dabei handelt es sich um eine Anreizschaffung für den Praxisabgeber, der in aller Regel nach dem Kauf in dem Praxis-MVZ als dessen zahnärztlicher Leiter tätig wird, um auch künftig gute Leistungen zu erbringen. Beim Erreichen bestimmter Ziele werden daher Sonderzahlungen ausgelöst. Auch hier gibt es zumeist eine Lösung über ein »Multiple«: Schafft es der Abgeber als zahnärztlicher Leiter im neu gegründeten MVZ später beispielsweise, das EBITDA der Praxis um 50.000,00 EUR zu erhöhen, so erhält er für das Geschäftsjahr unter Umständen den Faktor 7 – 350.000,00 EUR – als Earn-Out aus-

18 Position des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), »Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Finanzinvestoren«, 24.1.2023, <https://t1p.de/vdek-MVZ>

19 siehe auch Rainer Bobsin: »Konzerne kaufen Arztpraxen. Ein Arbeits- und Diskussionspapier«, Offizin-Verlag Hannover, April 2023, <https://t1p.de/Bobsin2023>, »Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Grundlagen, Entwicklungen und Kontroversen«, Offizin-Verlag Hannover, Sept. 2021, <https://t1p.de/Bobsin2021>, ergänzend: »Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren. Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations-, Internationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse«, April 2022, PDF-Download unter <https://t1p.de/Bobsin-MVZ-April2022> oder: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, »Private Equity im deutschen Gesundheitssektor«, Dokumentation WD 9-3000-037/19, Juni 2019, <https://t1p.de/WD-Bundestag-2019>

20 Michael Stein et al. (15.6.2020): »Auswirkungen der Corona-Krise auf die Gestaltung von Kaufpreis, Kaufpreisfindung und Sicherungsmechanismen im Unternehmenskaufvertrag. Kaufpreis und Earn-Out«, <https://t1p.de/Stein-Earn-Out>, »View original«

gezahlt. Unabhängig davon erhält der Verkäufer, der nach dem Verkauf seiner Praxis in derselben weiterhin tätig ist, natürlich auch ein angemessenes Angestelltengehalt.«²¹

Earn-Out-Klauseln sind in Jahresabschlüssen in den »Rückstellungen« zu suchen. Dort werden sie mal direkt genannt, mal umschrieben. Meist wird aber nicht genau angegeben, was die »sonstigen Rückstellungen« beinhalten.

Beispiele:

- ZG Zentrum Gesundheit GmbH, Jahresabschluss 2020: sonstige Rückstellungen: Earn-Out-Verpflichtungen 200.000 Euro
- Iris MIV TopCo GmbH (Mutterkonzern der Artemis-Augenkliniken und -MVZ), Konzernabschluss 2021: sonstige Rückstellungen: Earn-Out-Verpflichtungen 8.573.000 Euro
- Sanecum Gruppe GmbH, Konzernabschluss 2021: »Die übrigen sonstigen Rückstellungen bestehen u.a. für ... transaktionsbezogene Verpflichtungen«

Eine genaue Erläuterung habe ich in zwei Konzernabschlüssen der damaligen Antin Amedes Holdco GmbH gefunden:

- Konzernabschluss 2019: *»Kauf der MVZ Kinderwunschzentrum Dortmund GmbH: Mit Vollzug am 9. Januar 2019 wurden 75,1% der Anteile an der MVZ Kinderwunschzentrum Dortmund GmbH ... mit Wirkung zum 1. Januar 2019 erworben. ... Die Transaktion wurde zu einem festen Kaufpreis von 16.353 TEUR²² vollzogen. Die übertragene Gegenleistung wurde aus Barmitteln beglichen. Neben dem festen Kaufpreis soll, in Abhängigkeit des erzielten Umsatzes für die Jahre 2019 bis 2021 im Verhältnis zum Referenzumsatz 2016, ein **variabler Kaufpreis** gezahlt werden. Der Konzern hat 3.411 TEUR (Brutto 3.436 TEUR) als bedingte Gegenleistung auf Basis der Budgetplanungen in den Verbindlichkeiten berücksichtigt.«*
- Konzernabschluss 2020: *»Kauf der Medlab Gruppe: Am 24. September 2020 erwarb der Konzern 100% der Anteile an der Medlab Gruppe bestehend aus der Medlab Arnold Analytik MVZ GmbH, Würzburg ..., der Medlab – Gesellschaft für Laboratoriumsanalytik mbH, Gotha ... und der Medlab Analytik Dubai FZ-LLC, Dubai ... Die Transaktion wurde zu einem festen Kaufpreis von 11.935 TEUR vollzogen. Die übertragene Gegenleistung wurde aus Barmitteln beglichen. Neben dem festen Kaufpreis soll, in Abhängigkeit des erzielten EBITDA der Arnold-Gruppe für die Jahre 2021 bis 2023, ein **variabler Kaufpreis** gezahlt werden. Der Konzern hat 3.943 TEUR (Brutto 4.000 TEUR) als bedingte Gegenleistung auf Basis der Budgetplanungen in den Verbindlichkeiten berücksichtigt.«*

21 Tobias Witte und Björn Papendorf (29.11.2018): »Investoren im Dentalmarkt: Praxiskäufe durch MVZ-Ketten«, ZWP online, <https://t1p.de/ZWP-Earn-Out>
Multiple = Mehrfaches, EBITDA ist eine betriebswirtschaftliche Erfolgskennzahl, die im Gegensatz zum Umsatz sowohl Einnahmen als auch Ausgaben berücksichtigt. Im Gegensatz zum Gewinn werden beim EBITDA unterschiedliche Einflüsse von Abschreibungen, Steuern und Zinsen »herausgerechnet«

22 Abkürzung TEUR = Tausend Euro, 16.353 TEUR sind also 16,353 Millionen Euro (Fußnote und Fettaufzeichnung von mir)

Nicht im Entschließungsantrag enthaltene weitere Forderungen

MVZ-Neugründungen nur als gemeinnützige GmbH (gGmbH)

»Darüber hinaus sollen MVZ-Neugründungen in der Regel nur noch als gGmbH ermöglicht werden, um sicherzustellen, dass die Gewinnerzielung nicht das Hauptziel des Medizinischen Versorgungszentrums ist«, stand in einem Antrag der FDP-Fraktion im Schleswig-Holsteinischen Landtag vom September 2022.²³ Damit wären Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften, Genossenschaften und Anstalten öffentlichen Rechts ausgeschlossen. Und warum sollte eine öffentliche Krankenhaus-GmbH keine MVZ-GmbH betreiben dürfen?

Insgesamt erschwert dieser Vorschlag allen Interessierten, auch Vertragsärzt:innen, eine MVZ-Gründung (Gewerbeanmeldung, Handelsregistereintrag ...²⁴). Auch die Voraussetzung »Gesellschafter einer gGmbH dürfen sich keine Gewinne auszahlen« wird vermutlich nicht allen Vertragsärzt:innen gefallen.

Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägersgesellschaft in Händen von Vertragsärzten

Wenn Prof. Karl Lauterbach mit seinem häufig zitierten Satz »Die Praxen müssen denen gehören, die dort tatsächlich arbeiten«²⁵ dasselbe meint wie der Beschluss des 78. Bayerischen Ärztetages 2019,²⁶ hieße das aus meiner Sicht, gerade dort die ärztliche Versorgung zu gefährden, wo sich zu wenige Ärzt:innen selbstständig machen wollen (»Soziale Brennpunkte«, »auf dem platten Land«). Denn in der Folge dürften dort weder Krankenhäuser noch Kommunen MVZ gründen.

23 Antrag der Fraktion der FDP im Schleswig-Holsteinischen Landtag vom 27.9.2022, <https://www.landtag.itsh.de/infothek/wahl20/drucks/00200/drucksache-20-00296.pdf>, siehe auch https://www.landtag.itsh.de/nachrichten/22_09_29_arztpraxen_mvz_verkauf/

24 »Die gemeinnützige GmbH (gGmbH) ist eine Sonderform der GmbH, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt und deshalb steuerliche Vorteile genießt.« »Für die Gründung einer gemeinnützigen GmbH sind eine Stammeinlage in Höhe von 25.000 Euro notwendig, sowie ein beurkundeter Gesellschaftsvertrag, die Eintragung ins Handelsregister und eine Gewerbeanmeldung.« »Gesellschafter einer gGmbH dürfen sich keine Gewinne auszahlen.« »Nur wenn das Finanzamt den Status der Gemeinnützigkeit feststellt, kann die gGmbH als solche ins Handelsregister eingetragen werden und unter anderem von steuerlichen Vorteilen profitieren.«, schreibt Deutsches Ehrenamt e.V., <https://deutsches-ehrenamt.de/gemeinnuetzige-gmbh-gruenden-ggmbh/>, zudem soll die Steuerbefreiung spätestens alle drei Jahre überprüft werden.

25 Das Original der »Bild am Sonntag« mit dem Titel »Lauterbach im großen Weihnachts-Interview: Rotwein, Schnaps und Kater-Tricks« liegt hinter einer Bezahlschranke, siehe stattdessen z.B. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbach-will-Einstieg-von-Heuschrecken-in-Arztpraxen-verbieten-435408.html>, <https://www.fr.de/politik/lauterbach-will-2023-absolute-profitgier-in-arztpraxen-verbieten-91995237.html>

26 Bayerisches Ärzteblatt 11/2019, Seite 567: »Der 78. Bayerische Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, durch entsprechende gesetzliche Regelungen sicherzustellen, dass ein MVZ, unabhängig von seiner Gesellschaftsform nur dann zulassungsfähig ist, wenn die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägersgesellschaft in den Händen von Vertragsärzten liegt.«, <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2019/11/einzelpdf/564-569.pdf>

Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ

Ähnliche Folgen für die ärztliche Versorgung in Gebieten, in denen sich zu wenige Ärzt:innen selbstständig machen wollen, hätte die Umsetzung dieses Vorschlags der Bundesärztekammer.²⁷ Krankenhäusern und Kommunen wäre es nicht mehr gestattet, gerade dort zielgerichtet Praxen in bestimmten Fachrichtungen zu eröffnen, wo der Mangel am gravierendsten ist (siehe auch »Exkurs: Und was ist mit Unterversorgung?«).

Zudem würde dieser Vorschlag auch Fachkrankenhäusern verbieten, auf ihr Fachgebiet spezialisierte MVZ zu gründen. Das könnte einer wünschenswerten Ambulantisierung stationär erbrachter Leistungen im Wege stehen.

Vor allem nehme ich nicht an, dass dieser Vorschlag außerhalb der Zahnmedizin einen so gravierenden Beitrag leisten könnte, das BÄK-Ziel »Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren« zu erreichen, dass dafür die genannten Nachteile in Kauf genommen werden sollten.

Begründung: Schon vor Streichung des Wortes »fachübergreifend« in § 95 SGB V 2015 waren vermeintlich spezialisierte Augenarzt-, Labor- und Radiologie-MVZ unterschiedlichster Eigentümer:innen gegründet worden.²⁸

Zahlreiche der Laborkonzern-MVZ sind sowieso fachübergreifend tätig. Das gilt auch für Radiologiekonzerne (Radiologie, Strahlenmedizin, Nuklearmedizin).

Meine Einschätzung: Wenn ich mir die Mühe mache, ein Krankenhaus zu kaufen und zu betreiben, und mich das lästige »Klein-Klein« der Übernahme einzelner Praxen nicht davon abhält, einen Arztpraxenkonzern aufzubauen, wäre die Wiedereinführung der MVZ-Gründungsvoraussetzung »fachübergreifende Tätigkeit« zwar störend, aber ein vergleichsweise kleines Problem.

Fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

Auch dieser BÄK-Vorschlag²⁹ hätte einerseits Folgen für die ärztliche Versorgung in Gebieten, in denen sich zu wenige Ärzt:innen selbstständig machen wollen. Allen Krankenhäusern, also auch kommunalen Krankenhäusern, wäre es nicht mehr gestattet, gerade dort zielgerichtet Praxen in bestimmten Fachrichtungen zu eröffnen, wo der Mangel am gravierendsten ist, wenn diese Fachrichtung keinen »Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses« aufweist.³⁰

27 BÄK, a.a.O. (Fußnote 15), Punkt 1, Seite 5, <https://t1p.de/BAEK-MVZ-2023>

28 Das »Fachübergreifende« manifestierte sich auch in den Namen der im Handelsregister neu eingetragenen Gesellschaften, z.B.: MVZ für Augenheilkunde und Allgemeinmedizin Niedersachsen GmbH (15.7.2013, später: MVZ für Augenheilkunde und Anästhesie Niedersachsen GmbH), Medizinisches Versorgungszentrum für Gynäkologie und Humangenetik GmbH (19.10.2010), Zentrum für Radiologie und Strahlentherapie Olpe GmbH (15.12.2009), Medizinisches Versorgungszentrum für Radiologie & Nuklearmedizin Stralsund GmbH (7.12.2011)

29 BÄK, a.a.O., Punkt 2, Seite 7, <https://t1p.de/BAEK-MVZ-2023>

30 Was genau mit »Bezug« gemeint ist, wäre zu klären. Sonst wiederholt sich die Frage »Was werden die KVen unter »Fachbezug« verstehen?«, die Medical Tribune 2020 zu Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen stellte, <https://t1p.de/MedicalTribune-Fachbezug>, und zu der ich bis heute keine Antwort finden konnte.

Andererseits können sich Folgen für eine wünschenswerte Ambulantisierung ergeben. Wenn geplant wird, eine bisher stationär erbrachte Leistung zukünftig ausschließlich ambulant zu erbringen, dürfte das Krankenhaus diese Leistung nicht in Form eines eigenen MVZ selbst erbringen (es gäbe ja keinen »Bezug« mehr). Die entsprechende Abteilung oder Station müsste verkauft werden.

Dieser Effekt ist in der Vergangenheit schon eingetreten, z.B. 2018: *»Immer mehr Patienten nutzen Dialyse-Leistungen nur noch ambulant. Deshalb sieht die Krankenhausplanung der Bezirksregierung für das Katholische Karl-Leisner-Klinikum keinen Versorgungsauftrag mehr vor. Ambulante oder teilstationäre Dialysen können nicht mehr abgerechnet werden. Darum übernimmt die ›Diaverum Deutschland GmbH‹ zum 1. April den Betrieb des Dialyse-Zentrums Kreis Kleve vom Kath. Leisner-Klinikum.«³¹*

Einführung einer Haltepflicht

Der Virchowbund schrieb 2022: *»Um bloße Spekulation mit raschen Wiederverkäufen zu verhindern, schlägt der Virchowbund zudem vor, MVZ-Trägern die Zulassung zu entziehen, wenn innerhalb von fünf Jahren die Mehrheit der Gesellschaftsanteile veräußert wird oder die wirtschaftlich berechtigten Personen wechseln.«³²* Diesen Vorschlag wiederholte der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) im März 2023 in seinen »Internistischen Forderungen«. Dort steht unter anderem: *»Im Interesse einer kontinuierlichen Versorgung der Bevölkerung muss die Nachhaltigkeit von Investitionen dahingehend festgeschrieben werden, dass der Verkauf eines MVZ oder Vertragsarztsitzes vor Ablauf von fünf Jahren nicht ohne die Gefahr eines Zulassungsentzuges einhergeht.«³³*

Da sich bei Weiterverkäufen von Arztpraxenkonzernen die »Mehrheit der Gesellschaftsanteile« an einer MVZ-GmbH nicht ändert, sondern unverändert bei der Krankenhaus-GmbH verbleibt, habe ich Zweifel, ob das gewünschte Ziel hiermit erreicht werden kann.

Diese Regel würde vermutlich vor allem Vertragsärzt:innen betreffen, die ihre Praxis in ein MVZ umwandeln, bevor sie sie abgeben, unabhängig davon, an wen sie verkaufen (für bereits in MVZ umgewandelte Praxen lässt sich ein höherer Verkaufspreis erzielen, da der Käufer:in dieser lästige Aufwand erspart bleibt).

Zudem dürfte es in den meisten Fällen einer Buy-and-build-Strategie widersprechen, Praxen zu schließen. Die »Versorgung der Bevölkerung« bliebe also in der Regel unverändert. Sollte tatsächlich geplant sein, ein MVZ zu schließen, wäre die Androhung eines Zulassungsentzuges keine wirkliche Drohung. Ein Weiterbetrieb einer insolventen MVZ-Praxis würde erheblich erschwert werden. Und: Die Verlagerung einer Praxis an einen anderen Ort kann ohne Zustimmung des Zulassungsausschusses bereits heute nicht vorgenommen werden.

31 <https://www.nrz.de/staedte/kleve-und-umland/neuer-betreiber-fuers-dialyse-zentrum-id213768241.html>

32 Virchowbund, Pressemitteilung vom 11.4.2022:

<https://www.virchowbund.de/pressemitteilungen/details/investoren-schlacht-um-deutschlands-arztpraxen>

33 BDI: »Internistische Forderungen für Investitionen in die ambulante Versorgungsstruktur in Deutschland«, https://www.bdi.de/fileadmin/pdf/themen_und_politik/BDI23_IMAGE_POS08_MVZ_v04_RZ_WEB.pdf

Auslaufen der Bestandsschutzregelungen

Wenn ich den Wikipedia-Eintrag *»Rückwirkung würde einer der Grundbedingungen freiheitlicher Verfassungen, dem Prinzip der Rechtssicherheit der Rechtsordnung, widersprechen und ist daher grundsätzlich nicht zulässig«*³⁴ richtig verstehe, wäre ein *»Auslaufen der Bestandsschutzregelungen«*³⁵ ein erheblicher Eingriff in demokratische Grundprinzipien.

Wie diese Maßnahme zur Erreichung des von der Bundesärztekammer im Titel genannten Ziels *»Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren«* beitragen könnte, verstehe ich nicht.³⁶ Warum sollten wie auch immer definierte *»fachfremde Finanzinvestoren«* ein Interesse am Bestandsschutz haben? Im Gegenteil: Durch Bestandsschutz-MVZ-Käufe und Überführung der Trägerschaft auf ihr Krankenhaus verringern sie die Anzahl der Bestandsschutz-MVZ.

Diese Maßnahme würde vermutlich vor allem Vertragsärzt:innen unter Druck setzen, ihre Physiotherapie und ihre Arztpraxen zu verkaufen.

Da ich keine Angaben gefunden habe, wie viele Bestandsschutz-MVZ es gibt, kann ich nur schätzen: Diese MVZ sind in der MVZ-Statistik der KBV in der Kategorie *»MVZ in sonstiger Trägerschaft«* enthalten (2021: 593 von insgesamt 4.179 MVZ). Abzüglich der MVZ in Trägerschaft von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, die weiterhin gründungsberechtigt sind, ergeben sich vielleicht 100 bis 200 Bestandsschutz-MVZ. Und darunter dürften sich auch einige befinden, die sich sofort auf ein Krankenhaus *»umbuchen«* lassen.

Da Handelsregisteränderungen und Anträge beim Zulassungsausschuss Zeit und Geld kosten, kann ich mir vorstellen, dass dies unterbleibt, solange kein zwingender Grund vorliegt, sich diese Mühe zu machen. Beispiel: Die direkte Eigentümerin der Labor Lademannbogen MVZ GmbH ist seit Juli 2009 unverändert die GLP medical GmbH, obwohl die Muttergesellschaft Sonic Healthcare seit 2017 Eigentümerin der Klinik an der Weißenburg GmbH ist.

Meine Vermutung: Ein Auslaufen des Bestandsschutzes würde die Statistik bereinigen und eventuell zu etwas mehr Transparenz über die Eigentumsverhältnisse beitragen. Das halte ich aber nicht für ausreichend, einen erheblichen Eingriff in demokratische Grundprinzipien zu rechtfertigen.

34 <https://de.wikipedia.org/wiki/R%C3%BCckwirkung>

35 BÄK, a.a.O. (Fußnote 15), Punkt 3, Seite 9

36 Der Bestandsschutz bezieht sich auf vor 2012 gegründete MVZ in Trägerschaft von Pflegediensten, Optikermeistern, Apotheken, Physiotherapiepraxen und weiteren, die nicht Vertragsärzt:in, Krankenhaus oder Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sind, sowie auf vor 2019 gegründete MVZ in Trägerschaft von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, die andere als *»fachbezogene«* Behandlungen durchführen. Bei rein zahnmedizinischen MVZ spielt Bestandsschutz keine Rolle.