

# „Fremdkapitalfinanzierte MVZ tragen nicht zur Versorgungsverbesserung bei“



Dr. Wolfgang Eßer über die Zukunft der Berufsausübung

**Bereits seit einigen Jahren drängen vermehrt Private-Equity-Fonds auch in die zahnmedizinische Versorgung. Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), plädiert für eine Anpassung der Rahmenbedingungen, damit die Freiberuflichkeit des Berufsstandes auch weiterhin attraktiv bleibt.**

**BZB: Was macht Deutschland für solche Fremdinvestoren so attraktiv?**

**Eßer:** Mit der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 ermöglichten Gründung fachgruppengleicher und damit auch rein zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren (Z-MVZ) wurde faktisch die gesamte ambulante zahnärztliche Versorgung dem potenziellen Zugriff von versorgungsfremden Finanzinvestoren geöffnet. Das GKV-VSG hat den Dentalmarkt für Kapitalgesellschaften und Private-Equity-Fonds also erst interessant gemacht. Angesichts der andauernden weltweiten Flaute auf den Finanzmärkten haben zuletzt Berater speziell die Zahnmedizin als regelrechtes „Eldorado“ für vermeintlich rendite-trächtige und zugleich risikoarme Kapitalanlagen beworben. Das lockt Investoren natürlich an, die für ihre riesigen Investitionssummen ständig neue, ertragreiche Anlageformen erschließen müssen.

Zum Jahreswechsel gab es nach unseren Recherchen etwa 111 Z-MVZ unter Kontrolle von versorgungsfremden Investoren, sogenannte I-MVZ. Die KZBV konnte mindestens zehn entsprechende Groß- und Finanzinvestoren identifizieren. Sie kommen aus Schweden, Bahrain, der Schweiz,

aus „Steueroasen“ wie der Kanalinsel Jersey, den USA, aber auch aus Deutschland selbst und haben sich ganz gezielt in die Versorgung eingekauft. Das „Buy and build“-Prinzip, häufig die Blaupause für entsprechende Businessmodelle, sieht dabei einen breit angelegten Markteintritt mit konsequenter Renditeoptimierung der erworbenen Praxen und nicht selten den Weiterverkauf des Investments schon nach wenigen Jahren vor. Nachhaltige, die Versorgung verbessernde Investitionsabsichten stehen dabei ganz offensichtlich nicht im Vordergrund. Vielmehr scheint das „schnelle Geld“ die Investoren zu ihren Anlagen veranlasst zu haben.

**BZB: Warum sieht die KZBV insbesondere den Vormarsch solcher fremdkapitalfinanzierten MVZ so kritisch?**

**Eßer:** Fremdinvestoren müssen grundsätzlich ein Krankenhaus oder eine nicht-ärztliche Dialyseeinrichtung erwerben, um über diesen Weg die Gründungsberechtigung für MVZ oder Zahnarztketten zu erlangen und so im Dentalmarkt Fuß fassen zu können. Die Zulassungsdaten belegen eindeutig, dass diese Strukturen regional stark konzentriert sind und sich überwiegend in Großstädten, Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen ansiedeln – also dort, wo die Versorgung längst bedarfsgerecht sichergestellt ist. In Berlin, München, Köln, Leipzig oder Hamburg befindet sich der Löwenanteil der I-MVZ. In ländlichen und strukturschwachen Gebieten, wie in Teilen Mecklenburg-Vorpommerns oder Rheinland-Pfalz hingegen, gibt es kein einziges. Globale Beratungsfirmen preisen unter Verweis auf die als „High-End-

Behandlung“ bezeichnete Implantologie die überdurchschnittlichen Wachstumsraten des Dentalmarkts. Die GKV-Versorgung hingegen wird als „Lower End“ bezeichnet. I-MVZ haben – ganz entgegen den gebetsmühlenartig vorgetragenen Bekundungen – eben kein Interesse daran, Versorgungsverbesserungen in strukturschwachen Gebieten zu erreichen. Vielmehr verursachen oder verstärken sie eine Über- und Fehlversorgung noch zusätzlich. Auch wird in investorenbetriebenen Gewerbeeinheiten keineswegs kostengünstiger gearbeitet. Tatsächlich zeigen unsere Auswertungen des Abrechnungsgeschehens, dass die Versorgung in I-MVZ sogar deutlich teurer ist als in bewährten Praxisformen, die nicht Renditevorgaben von Investoren gerecht werden müssen.

Andere Heilberufe – Ärzte, Apotheker und inzwischen auch Tierärzte – sind schon länger Bestandteil der Anlagestrategie von Investoren. In der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden sich bereits regelrechte Konzernstrukturen aus. In manchen Regionen gehört ein Großteil der Arztsitze einer Fachgruppe nur einem einzigen Unternehmen. Das Risiko von Konzentrationsprozessen und der Oligopolbildung steigt, fast zwangsläufig kommt es dabei zu einer Verschlechterung der Versorgung. Denn regional schränken Konzerne die freie Arztwahl ein. Zudem wird es für Versicherte zunehmend schwieriger, in Wohnortnähe eine unabhängige Zweitmeinung einzuholen. Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtungen können sich in solchen Regionen kaum noch niederlassen und Kolleginnen und Kollegen, die eine Anstellung suchen, sind auf den Konzern als Arbeitgeber angewiesen. Patienten und

Ärzte werden also in ihrem persönlichen Lebensumfeld unter Umständen abhängig von einem einzigen Konzern, der die Versorgung nach Belieben kontrolliert. So sind zum Beispiel nach Angaben zahnärztlicher und ärztlicher Körperschaften in NRW allein in Nordrhein mehr als 80 Prozent der Sitze von Laborärzten in MVZ angesiedelt. Ein einziges Unternehmen hält dort fast 14 Prozent der Sitze! Vergleichbare Prozesse können – bei einem andauernd ungehinderten Zustrom von Investoren – auch die zahnmedizinische Versorgung negativ verändern.

**BZB: Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte wollen angeblich eine gute Work-Life-Balance und tendieren deshalb zunächst zur Anstellung. Wie kann die Selbstverwaltung die Begeisterung für die Selbstständigkeit wieder erhöhen?**

**Eßer:** Dass die sogenannte Generation Y zum Karrierestart mittlerweile andere Prioritäten hat, ist hinlänglich bekannt. Insbesondere junge Zahnärztinnen haben vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf Vorstellungen von Arbeitszeiten, die mit dem erheblichen Zeitaufwand einer freien Niederlassung nicht mehr ohne Weiteres vereinbar sind. Die zu diesen gewandelten Vorstellungen passenden Bedingungen werden daher oftmals eher in einem Angestelltenverhältnis gesehen. Das lässt sich auch aus den Statistiken des Berufsstandes ableiten: Die Zahl angestellter Zahnärzte steigt weiter, während die Zahl der Vertragszahnärzte sinkt. Fast jeder fünfte Zahnarzt arbeitet mittlerweile in einem Angestelltenverhältnis.

Dass sich angesichts dieses Trends auch Strukturen in der Versorgung ändern müssen, ist doch völlig unbestritten. Ob allein die klassische Einzelpraxis vor dem Hintergrund wachsenden Kosten- und Bürokratiegedrucks das Zukunftsmodell für die junge Generation sein wird, bleibt zu bezweifeln. Gemeinschaftspraxen, in denen sich mehrere Zahnärztinnen und Zahnärzte zusammenschließen können, um kostengünstiger zu wirtschaften und individuelle Arbeitszeitmodelle zu realisieren, sind aber keine Erfindung von Investoren, sondern gehören schon lange zu den



Foto: KZVB

„Wir werden die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten auch in Zukunft durch bewährte Versorgungsformen sichern können“, betont Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZVB.

bewährten Existenzformen zahnärztlicher Berufsausübung. Es geht in diesem Zusammenhang also ausdrücklich nicht um die Frage, ob nicht auch größere Einheiten für die Versorgung sinnvoll sind. Entscheidend ist für mich aber immer, dass eine freiberufliche, weisungsunabhängige Praxisführung mit dem Ziel einer dem Patientenwohl verpflichteten, qualitativ hochwertigen Betreuung der Versicherten im Vordergrund steht, und nicht die Renditeziele von Private-Equity-Fonds in Übersee! Die junge Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten darf nicht auf Beschäftigungsmodelle von Investoren angewiesen sein! Wir alle sind deshalb aufgerufen, Existenzgründungs- und Beschäftigungsmodelle zu schaffen, die den jungen Leuten ein berufliches Umfeld entsprechend ihren Vorstellungen ermöglichen. Nur so lässt sich die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung durch freiberuflich tätige Kollegen langfristig sichern und der zunehmenden Vergewerblichung des Berufsstandes wirkungsvoll Einhalt gebieten.

Um den Wünschen derjenigen noch mehr Rechnung zu tragen, die zu Beginn ihres Berufslebens oder vor einer Niederlassung zunächst als Angestellte im Team arbeiten wollen, haben wir uns vor einigen Wochen mit dem GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, dass niedergelassene Vertragszahnärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften mehr angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte

beschäftigen können. Für Angestellte werden so zudem flexible Arbeitszeitmodelle ermöglicht. Jetzt können drei oder mit Begründung auch vier Angestellte je Vertragszahnarzt in Vollzeit oder entsprechend mehr in Teilzeit tätig werden. Diese erweiterten Anstellungsmöglichkeiten räumen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften eine größere Flexibilität bei der Ausgestaltung der Praxisorganisation und der Zusammenarbeit von Angestellten ein. Die Regelung zu den Anstellungsgrenzen ist ein aktiver Beitrag der Selbstverwaltung für eine patientenorientierte Weiterentwicklung der Versorgung.

**BZB: Das bereits beschlossene Terminalservice- und Versorgungsgesetz beinhaltet unter anderem eine Quotenregelung für Z-MVZ. Kann diese Vorgabe Konzentrationsprozesse bremsen? Und was wurde im TSVG für den Berufsstand noch erreicht?**

**Eßer:** Mit dem erklärten Ziel, die bestehende gute vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland im Interesse der Versicherten auch künftig zu erhalten, hat der Gesetzgeber aus unserer Sicht die richtige Antwort auf die zuletzt ausufernde Investorenaktivität formuliert. Die jetzt im TSVG enthaltene Regelung wird nach meiner Einschätzung wirksam dazu beitragen, die nötige Anbietervielfalt in einem ansonsten grundsätzlich gut austarierten Versorgungssystem zu gewährleisten und

die Versorgung der Patienten auch weiterhin überall wohnortnah und flächendeckend sicherzustellen. Zugleich wird der bislang gänzlich ungebremszte Zustrom von Fremdinvestoren und Private-Equity-Fonds, die überwiegend von Renditeerwartungen geleitet werden, durch die verabschiedete Vorgabe ordnungspolitisch ausgewogen und sinnvoll reguliert. Das geschieht nicht zuletzt im Interesse einer gemeinwohlorientierten Versorgung durch bewährte Praxisformen.

Die KZBV hatte sich im koordinierten Zusammenwirken mit den KZVen sowie anderen Verbänden und Körperschaften über viele Monate hinweg durch politische Forderungen und konkrete Vorschläge aktiv in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. In zahlreichen Gesprächen mit politischen Entscheidungsträgern wurde intensiv Überzeugungsarbeit für unsere Positionen geleistet. Dieser Einsatz hat sich für den Berufsstand gelohnt – im Hinblick auf die Begrenzung der I-MVZ, aber auch in anderen wichtigen Bereichen. Zu den konkreten Versorgungsverbesserungen für Praxen und Patienten zählt etwa die schon lange überfällige Abschaffung der Degression, die die Niederlassung auch in ländlichen, strukturschwächeren Regionen attraktiver macht. Das ist ein ganz elementarer Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche und war für uns Zahnärzte seit vielen Jahren eine Kernforderung, der jetzt endlich Rechnung getragen wurde!

Angesichts der weltweiten Flaute auf den Finanzmärkten haben Berater speziell die Zahnmedizin als regelrechtes „Eldorado“ für vermeintlich renditeträchtige und zugleich risikoarme Kapitalanlagen beworben.

Die Erhöhung der Festzuschüsse bei Zahnersatz entlastet zudem den Geldbeutel von Millionen von Patienten. In begründeten Ausnahmen soll für diese auch das einmalige Versäumen der Vorsorgeuntersuchung für die Bonusregelung bei Zahnersatz folgenlos bleiben. Die Mehrkostenregelung in der kieferorthopädischen Versorgung wird die Autonomie der Versicherten stärken und KFO-Behandlungen nachvollziehbarer machen. Auch die Bestätigung des bewährten bundesmantelvertraglichen Gutachterverfahrens durch den Gesetzgeber im Rahmen des TSVG ist ein Erfolg und für Berufsstand und Selbstverwaltung zugleich ein wichtiges Signal des Vertrauens und der Wertschätzung.

#### **BZB: Wie genau funktioniert die vorgesehene Quotenregelung?**

**Eßer:** Zunächst zielten unsere politischen Bemühungen ja auf ein Verbot und danach dann auf eine fachliche und räumliche Begrenzung der Gründung von Z-MVZ durch Krankenhäuser ab. Beides war so im politischen Raum nicht durchsetzbar. Die jetzt im Gesetz verankerte Regelung sieht immerhin vor, dass die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für Z-MVZ mit Inkrafttreten des TSVG auf ein sachgerechtes Maß entsprechender Quoten beziehungsweise Versorgungsanteile begrenzt wird, ohne die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für Z-MVZ vollständig auszuschließen.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes dürfen Krankenhäuser mit den von ihnen gegründeten oder gehaltenen Z-MVZ – unabhängig von der Zahl der MVZ – je Planungsbereich nur noch einen festgelegten Versorgungsanteil auf sich vereinen. Bei

einem Versorgungsgrad zwischen 50 und 110 Prozent beträgt dieser Anteil 10 Prozent der zum Erreichen eines Versorgungsgrads von 100 Prozent erforderlichen Zahnarztstellen. Die Definition der Zahnarztstelle umfasst dabei Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte in Vollzeitäquivalenten. Liegt der Versorgungsgrad unter 100 Prozent, muss dieser Versorgungsanteil mindestens fünf Zahnarztstellen betragen. Bei einem Versorgungsgrad unter 50 Prozent steigt der maximale Versorgungsanteil je Krankenhaus auf 20 Prozent, bei einem Versorgungsgrad über 110 Prozent sinkt er auf 5 Prozent.

Lassen Sie mich die Wirkungsweise dieses Mechanismus für Bayern an einigen konkreten Rechenbeispielen deutlich machen:

Im **Landkreis Neu-Ulm** liegt nach den aktuell verfügbaren Bedarfsplanungsdaten zum Stand 31. Dezember 2017 mit 114,4 Prozent eine Überversorgung vor. Da der Versorgungsgrad über 110 Prozent liegt, beläuft sich der maximale Versorgungsanteil je Krankenhaus in diesem Planungsbereich auf 5 Prozent der für einen Versorgungsgrad von 100 Prozent erforderlichen Zahnarztstellen – in diesem Fall also auf 5 Prozent von 100,28 Zahnarztstellen. Somit könnte jedes Krankenhaus in den von ihm gegründeten MVZ im Landkreis Neu-Ulm insgesamt fünf Zahnarztstellen besetzen. Verfügt ein Krankenhaus zum Beispiel schon über ein oder mehrere MVZ in diesem Planungsbereich, darf es dort nur dann weitere MVZ gründen, wenn inklusive der dort tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Summe über alle zum Krankenhaus gehörigen MVZ die Grenze von fünf Zahnarztstellen nicht überschritten wird.



Die **kreisfreie Stadt Ingolstadt** ist mit 101,1 Prozent weder über- noch unterversorgt, somit kommt hier die 10-Prozent-Regelung zum Tragen. Ein Krankenhaus dürfte mit den in seinen MVZ tätigen Zahnärzten somit insgesamt also einen Anteil von 10 Prozent der zum Erreichen eines Versorgungsgrads von 100 Prozent erforderlichen Zahnarztstellen auf sich vereinen. Dies wären – nach Rundung auf Viertel-Stellen – 10,75 Vollzeitäquivalente beziehungsweise 10 Prozent von 109,33 Stellen.

Im **Landkreis Tirschenreuth** liegt mit 92,4 Prozent ebenfalls weder eine Über- noch eine Unterversorgung vor. Gemäß der 10-Prozent-Regel dürfte ein Krankenhaus mit seinen MVZ hier 4,25 Zahnarztstellen besetzen. Das entspricht 10 Prozent von 43,04 Zahnarztstellen, abgerundet auf Viertel-Stellen. Jedoch besagt die Regelung, dass in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 100 Prozent der maximale Versorgungsanteil mindestens fünf Zahnarztstellen betragen muss. Daher darf jedes Krankenhaus in seinen MVZ in diesem Planungsbereich jeweils insgesamt fünf Stellen besetzen.

Zum Stand 31. Dezember 2017 liegt in Bayern in keinem Planungsbereich ein Versorgungsgrad von unter 50 Prozent vor, sodass für die 20-Prozent-Regelung aktuell kein Beispiel angeführt werden kann. Diese Teilregelung im TSVG greift also im Freistaat nicht.

Ein weiterer wichtiger Hinweis noch: Auf die MVZ-Gründungsbefugnis von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten bezieht sich die Quotenregelung übrigens nicht, sondern ausschließlich

auf die Gründungsbefugnis von Kliniken und deren Betreibern beziehungsweise Inhabern.

**BZB: Wird die Einzelpraxis in zehn Jahren immer noch das Rückgrat der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland bilden?**

**Eßer:** Gemeinsam mit 62 000 Zahnärztinnen und Zahnärzten in etwa 42 000 Praxen stellen KZBV und KZVen seit nunmehr rund 60 Jahren zuverlässig eine flächendeckende und wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung sicher. Tragende Säule waren dabei seit jeher bewährte Praxisformen wie Einzel- und Mehrbehandlerpraxen. Sie gewährleisten überall vor Ort Zugang zu qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Behandlungen – in Metropolen, aber insbesondere auch auf dem Land und in strukturschwachen Regionen.

Ich bin fest davon überzeugt, dass wir anders als im ärztlichen Bereich die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten auch in Zukunft durch diese bewährte Versorgungsform werden sichern können. Wir benötigen keine versorgungsfremden Investoren oder Private-Equity-Unternehmen in der zahnärztlichen Versorgung, sondern vielmehr attraktive Rahmenbedingungen. Das sind zum Beispiel beherrschbare Finanzierungsriskien, wirtschaftliche Unabhängigkeit durch adäquate Honorierung und eine funktionierende Infrastruktur bei der Gründung neuer Praxen. Die Freiberuflichkeit der Berufsausübung muss gewährleistet sein, damit die Diagnose- und Therapieentscheidungen allein nach fachlichen Erwägungen und frei von Interessen und Vorgaben Dritter ermöglicht werden.

Für die entsprechenden Rahmenbedingungen setzen sich die zahnärztlichen Körperschaften auf Bundes- und Landesebene Tag für Tag ein. Ich bin sicher, dass sich das auszahlen wird. Gleichzeitig schaffen wir gemeinsam mit Kooperationspartnern Modelle, um der jungen Generation den Einstieg in die Selbstständigkeit zu erleichtern und ihr Finanzierungs-, Bürokratie- und Personalsorgen zu nehmen. Ich weiß aus vielen persönlichen Gesprächen, dass junge Kolleginnen und Kollegen nicht fünf oder sechs Jahre lang studiert haben, um sich anschließend ein Leben lang als „Bohrsklave“ bei einem Kapitalinvestor zu verdingen. Auch sie wollen mehrheitlich als selbstständige Freiberufler arbeiten und ihren attraktiven Beruf ausüben, der ja gerade davon lebt, dass man unabhängig und frei von den wirtschaftlichen Interessen Dritter seine Patientinnen und Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln kann.

Diese Überzeugung wird auch durch eine aktuelle Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Berufsbild junger Zahnärzte gestützt, die zu einem wirklich bemerkenswerten Ergebnis kommt, welches dem erwähnten Trend hin zur Anstellung nur auf den ersten Blick widerspricht: Danach präferiert die Mehrheit der jungen Zahnärzte mittel- und langfristig nämlich nach wie vor die freie Niederlassung in bewährten Praxisformen – wenn eben auch etwas später im beruflichen Werdegang, nach einer gewissen Zeit im Anstellungsverhältnis.

**BZB: Vielen Dank für das Gespräch!**

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.



Abbildung: THANANI7/stock.adobe.com