

KVBFORUM 06|22

UNFAIRER WETTBEWERB

Neues Gutachten zeigt, wie Investoren Einfluss
auf unser Gesundheitssystem nehmen



24 | **KVB INTERN:** Mehr Flexibilität für Antragsteller

26 | **BETRIEBSWIRTSCHAFT ERKLÄRT:** Schwangerschaft und Beruf

30 | **VERSORGUNG FÖRDERN:** Unterversorgung im Fokus des politischen Austausches

4 **AKTUELLES IN KÜRZE**

5 **EDITORIAL**

TITELTHEMA

- 6 KVB stellt Gutachten zu MVZ vor
IGES Institut analysiert Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen verschiedener Betriebsformen unter Einfluss der Eigentümerschaft



Erstmals existieren mit dem vorliegenden IGES-Gutachten der KVB valide Zahlen und Fakten zum Versorgungsgeschehen von MVZ in Deutschland

- 13 Die Spur des Geldes
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas geht der Frage nach, wie man die ambulante medizinische Versorgung vor dem Zugriff der Spekulation bewahren kann

- 16 MVZ – bessere Versorgung oder nur Kostenfaktor?
Epidemiologin Prof. Dr. PH Eva Grill fordert für iMVZ eine notwendige Regulierung und Evaluation der Gesundheitseffekte

- 18 Transparenz und Regulierung für Private-Equity-MVZ
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich sähe im Verbot von iMVZ den falschen Ansatz



Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas skizziert den Weg, den das Kapital in der ambulanten Versorgung nimmt, wenn Finanzinvestoren mit im Spiel sind

- 20 „Die Expansion könnte neuen Schwung bekommen“
Rainer Bobsin, Autor und „Private-Equity-Spezialist“, beobachtet derzeit auffällig viele Weiterverkäufe ganzer Arztpraxenkonzerne

- 22 Großes Medieninteresse
Die Ergebnisse des IGES-Gutachtens der KVB sorgen deutschlandweit bei Journalisten und Wissenschaftlern für Gesprächsstoff



In zahlreichen Medien wurden die Ergebnisse des IGES-Gutachtens aufgegriffen und öffentlich diskutiert

KVB INTERN

- 24 **Teilnahmekapazitäten am Projekt PoiSe ausgebaut**
Der G-BA hat die Verlängerung der Laufzeit sowie die Erhöhung der Anzahl der teilnehmenden Haus- und Fachärzte bewilligt

- 26 **Mehr Flexibilität für Antragsteller**
Die Richtlinie der KVB zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach Paragraf 75a SGB V wurde angepasst



Aufgrund der positiven Resonanz von PoiSe nach der ersten Rekrutierungsphase konnten die Plätze für Haus- und Fachärzte nun aufgestockt werden

BETRIEBSWIRTSCHAFT ERKLÄRT

- 28 **Schwangerschaft und Beruf**
Wie sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen in der Zeit ihrer Schwangerschaft rechtlich abgesichert?

VERSORGUNG FÖRDERN

- 30 **Unterversorgung im Fokus des politischen Austausches**
Neben finanziellen Anreizen soll der Dialog mit den Lokalpolitikern ambulante Unterversorgung auf dem Land reduzieren helfen



Für schwangere Ärztinnen und Psychotherapeutinnen gibt je nach Selbstständigkeit oder Angestelltenstatus Unterschiedliches zu beachten

PATIENTENORIENTIERUNG

- 32 **KISS intensiviert Zusammenarbeit mit Arztpraxen**
Verein Selbsthilfekontaktstellen Kiss Mittelfranken e.V. schnürt Infopaket für Haus- und Facharztpraxen der Region

KURZMELDUNGEN

- 33 **Bayerischer Herzinfarktbericht**
- 33 **IMPRESSUM**
- 34 **KVB KONTAKTDATEN**



Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek hat den ersten umfassenden Bericht „Herzinfarkte in Bayern“ vorgestellt

Wichtiges für die Praxis

Nachwuchs erwünscht

Alternde Gesellschaft und Ambulantisierung der Medizin einerseits, Arzt- und Psychotherapeutenmangel andererseits – Entwicklungen wie diese prägen zunehmend die Tätigkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Immer häufiger schließen Praxen ohne Nachfolger und Kommunen bangen um die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung vor Ort. Mittlerweile gibt es diverse Maßnahmen und Initiativen von staatlicher, kommunaler und berufsständischer Seite, um der Verknappung der ärztlichen und psychotherapeutischen Ressourcen entgegenzuwirken. So soll beispielsweise die Kampagne „Lass dich nieder!“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gezielt den ärztlichen Nachwuchs ansprechen und für die ambulante Tätigkeit gewinnen.

All diese Maßnahmen sind richtig und wichtig und müssen weiter forciert werden. Einen entscheidenden Beitrag können aber auch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten selbst leisten, indem sie den medizinischen Nachwuchs bereits während der Aus- und Weiterbildung in ihre Praxen holen und mit der ambulanten Versorgung in Kontakt bringen, beispielsweise durch die Bereitstellung von Praktikums-, Famulatur- und Weiterbildungsstellen.

Wer die ambulante Versorgung frühzeitig kennen und schätzen gelernt hat, plant vielleicht auch seine berufliche Zukunft in diesem Bereich. Wer im Rahmen der ambulanten Weiterbildung eine positive Bindung zu „seiner“ Praxis aufgebaut hat, steht möglicherweise später auch als Praxismachfolger bereit.

Neben den finanziellen Fördermöglichkeiten unterstützt die KVB Praxen, die sich hier engagieren, auch mit ihrer Online-Börse als Vermittlungsplattform für Famulaturen und Weiterbildungen. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Nachwuchs*.

Stephan Pechtl (KVB)

ZITAT DES MONATS

„Ärztliche Entscheidungen dürfen nicht von Kapitalinteressen beeinflusst werden.“

*PD Dr. med. Peter Bobbert,
Präsident der Ärztekammer Berlin,
zur Diskussion um MVZ in
Investorenhand.*

*(Quelle: Ärzte Zeitung Online vom
11. April 2022)*

ZAHL DES MONATS

3.846

Medizinische Versorgungszentren waren bundesweit seit Einführung dieser Kooperationsform zum Stichtag 31. Dezember 2020 zugelassen.

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gesundheitsdaten zur medizinischen Versorgung)

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2022

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2022 an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Mittwoch, 29. Juni 2022, 14.00 Uhr
- Samstag, 26. November 2022

Informationen rund um die geplante Vertreterversammlung und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Organisation/Vertreterversammlung*.

13. BAYERISCHER SELBSTHILFEKONGRESS

„Das Leben geht weiter – Mut in schwierigen Zeiten“: Unter diesem Motto findet am Samstag, den 31. Juli 2022, von 9.30 bis 16.30 Uhr der 13. Bayerische Selbsthilfekongress der Selbsthilfekoordination (SeKo) Bayern in der Konferenzetage der KVB, Eisenheimerstraße 39, 80687



München statt. Die Schirmherrschaft hat Staatsministerin Ulrike Scharf übernommen. Die Teilnehmer erwartet ein bunter Mix aus interessanten Fachvorträgen,

lehrreichen Workshops und einem Offenen Forum zum Thema „Corona – körperliche und psychische Langzeitfolgen“. Anmeldung ab 10. Juni 2022 über www.seko-bayern.de. Die Tagungsgebühr beträgt 30 Euro. Weitere Informationen unter Telefon 09 31 / 20 78 16 40 oder per E-Mail an veranstaltungen@seko-bayern.de.

Redaktion



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie die Groupe Bruxelles Lambert (GBL)? Sagt Ihnen Telemos Capital etwas? Eher nein? Für sage und schreibe 750 Millionen Euro hat Telemos die Augenarztkette Sanoptis an GBL verkauft (siehe Seite 13). Diese Transaktion zeigt, wie sehr die ambulante Medizin inzwischen in den Fokus von Private Equity-Investoren geraten ist. Wir warnen vor dieser Entwicklung seit Jahren. Leider lauteten die Antworten aus der Politik bislang noch zu häufig, dass man das Problem a) nicht wirklich sehe und b) auch keine wirklichen Handlungsmöglichkeiten habe. Diese ausweichenden Antworten waren ein Grund, dass die Vertreterversammlung der KVB per Beschluss ein Gutachten beim renommierten unabhängigen IGES-Institut in Auftrag gegeben hat, um die Diskussion mit belastbaren Fakten zu unterfüttern.

Die Ergebnisse liegen nun vor und lassen aufhorchen: Das Honorarvolumen in investorengetragenen MVZ gegenüber anderen, von Ärzten geführten MVZ, ist deutlich höher. Die Anzahl der investorengetragenen MVZ steigt mit nahezu ungebremster Dynamik. Parallel zur Veröffentlichung des IGES-Gutachtens haben auch die Medien das Thema endlich entdeckt. Die Dokumentation „Spekulanten greifen nach Arztpraxen“ im ARD-Politmagazin „Panorama“ hat bundesweit für Aufsehen gesorgt. Kürzlich berichtete sogar die Satiresendung „Heute Show“ im ZDF über unser Gutachten. Die Renditejagd in der ambulanten Versorgung mit dem Kauf von Kliniken und MVZ ist damit kein Nischenthema mehr, das die Bundespolitik ignorieren kann. Die notwendigen Gesetzesänderungen müssen jetzt folgen, wenn die hochwertige Patientenversorgung und das gesamte GKV-System erhalten bleiben sollen. Die maximale Rendite bei Telemos, GBL oder anderen kann jedenfalls nicht das politisch intendierte Ziel der Bundesregierung sein.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

KVB STELLT GUTACHTEN ZU MVZ VOR

Wie verändern Medizinische Versorgungszentren (MVZ) die ambulante medizinische Versorgung? Ein aktuelles Gutachten des unabhängigen IGES Instituts analysiert detailliert die Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen den verschiedenen Betriebsformen sowie den Einfluss der Eigentümerschaft.

Hintergrund

Die KVB, aber auch andere Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) berichten seit einigen Jahren über eine wachsende Zahl von Praxissitzübernahmen durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die sich im Eigentum von Finanzinvestoren – meist Private-Equity-Gesellschaften (PEG) – befinden. Obwohl die Gründungsberechtigung für ein MVZ durch den Gesetzgeber bewusst eingeschränkt wurde, besteht über den Umweg des Erwerbs einer gründungsberechtigten Einrichtung – zum Beispiel eines Krankenhauses – für medizinfremde Investoren die

Möglichkeit, sich an der vertragsärztlichen Versorgung zu beteiligen. Mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für ein MVZ auf bestimmte Träger aus dem Kreis der SGB V Leistungserbringer (sowie Kommunen) sollte der Möglichkeit einer nicht sachgerechten Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen vorgebeugt werden, die befürchtet wurde, wenn Kapitalgeber von außerhalb des Gesundheitswesens Eigentümer eines MVZ werden könnten.

Vor diesem Hintergrund hat der 125. Deutsche Ärztetag zur Thematik der investorengetragenen MVZ

vier Beschlüsse gefasst, die den Gesetzgeber auffordern, die Möglichkeiten der Übernahme und des Betriebs von MVZ durch Finanzinvestoren stärker einzuschränken. [1] Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat den Bundesgesetzgeber im November 2021 zu einer stärkeren Regulierung dieses Bereichs aufgefordert. [2] Ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Rechtsgutachten zu MVZ ist dagegen 2020 zu dem Schluss gekommen, dass es aktuell keinen weitergehenden Regulierungsbedarf gäbe, weil keine belastbaren empirischen Daten vorlägen, die

Über zehn Prozent der MVZ sind bereits im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften - Tendenz steigend.



einen Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität und der Art des Eigentümers eines MVZ belegen würden. [3]

Empirische Befunde zum Leistungsgeschehen in unterschiedlichen Betriebsformen, darunter auch investorengetragene MVZ, wurden 2021 für den vertragszahnärztlichen Bereich publiziert. [4, 5] Mit der hier vorgestellten Untersuchung, die das IGES Institut im Auftrag der KVB durchgeführt hat, liegen nun auch für den vertragsärztlichen Bereich Erkenntnisse zu Unterschieden im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen den verschiedenen Betriebsformen sowie zum Einfluss der Eigentümerschaft vor. [6, 7]

Fragestellungen und Methodik

Im Mittelpunkt der Untersuchung steht zum einen die Frage, inwieweit sich systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen MVZ und anderen Betriebsformen feststellen lassen und inwieweit sich diese Unterschiede auf die Trägerschaft des MVZ (zum Beispiel Vertragsärzte, private Krankenhäuser, öffentliche/freigemeinnützige Krankenhäuser usw.) zurückführen lassen. Zum anderen wurde geprüft, inwieweit darüber hinaus Unterschiede festzustellen sind, wenn man bezüglich der MVZ zusätzlich nach der Eigentümerschaft differenziert, also die MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ) gesondert betrachtet. Um eine bessere Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen, wurde ferner die Entwicklung der Praxisstrukturen in Bayern während des Analysezeitraums (2018 bis 2019) deskriptiv untersucht.

Das Gutachten stützt sich auf statistische Analysen von anonymisierten

Abrechnungsdaten der KVB über acht Quartale (1/2018 bis 4/2019). Darüber hinaus wurden IGES ergänzende Datensätze zu den an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Hauptbetriebsstätten und deren Leistungsorten (Praxisstandorte), den behandelnden Ärzten sowie zur Trägerschaft von MVZ zur Verfügung gestellt. Ferner ein Kennzeichen, ob sich ein MVZ im Eigentum eines Finanzinvestors befindet. Diese – den KVen nicht regelhaft zur Verfügung stehende – Information ist von der KVB im Rahmen eines vorangehenden Vorhabens unter Zuhilfenahme von Unternehmensdatenbanken recherchiert worden. Insgesamt umfasst der Datenbestand die Abrechnungsdaten von zirka 178 Millionen ambulanten Behandlungsfällen von knapp zwölf Millionen Patienten. Die Datenauswertung ist mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde der KVB erfolgt.

Die Analyse des Leistungsgeschehens erfolgt unter drei verschiedenen Perspektiven. Im ersten Schritt werden Unterschiede im Honorarvolumen auf der Ebene von Arztgruppenfällen untersucht. Ein Arztgruppenfall ist dabei definiert als die Behandlung des gleichen Patienten im gleichen Abrechnungsquartal in der gleichen Hauptbetriebsstätte durch einen Arzt der gleichen Fachrichtung. Im zweiten Schritt wird die Perspektive von der Fallebene auf die Behandlung von Patienten während eines Zweijahreszeitraums erweitert: Die praxisbezogenen Behandlungskosten sind definiert als die Summe der Honorarvolumina aller Arztgruppenfälle eines Patienten in der gleichen Hauptbetriebsstätte bei einem Arzt der gleichen Fachrichtung über acht Quartale (2018 und 2019). Diese beiden Analysen berücksichtigen Behandlungsfälle der hausärztlichen Versorgung (HA), von Internisten des

fachärztlichen Versorgungsbereichs (IN) sowie der Fachrichtungen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (NNP), Orthopädie und (Unfall) Chirurgie (OC), Augenheilkunde (AUG), Gynäkologie (GYN) und Urologie (UR). Für die Analyse möglicher Unterschiede zwischen MVZ insgesamt und PEG-MVZ werden alle genannten Fachgruppen zusammengefasst.

Im dritten Analyseteil werden mögliche Unterschiede zwischen den Betriebsformen im Hinblick auf die Veranlassung von Leistungen anderer ärztlicher Fachgruppen analysiert. Hintergrund ist die Überlegung, dass sich eine stärker an ökonomischen Motiven orientierte Leistungserbringung nicht nur in den von dem betreffenden Leistungserbringer selbst abgerechneten Honoraren manifestieren kann, sondern gegebenenfalls auch in den bei anderen Ärzten veranlassenden Leistungen, insbesondere, wenn diese zur gleichen Hauptbetriebsstätte gehören. Für die Analysen wurden Versorgungskonstellationen konzipiert, in denen jeweils ein Arzt einer Fachgruppe als „steuernder Arzt“ fungiert und anschließend das auf andere mitversorgende Arztgruppen entfallende Honorarvolumen betrachtet wird. Untersucht werden drei Mitversorgungskonstellationen:

1. HA als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger IN, OC, NNP, GYN, UR sowie Radiologie und Psychotherapie;
2. IN als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Radiologie;
3. OC als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Anästhesie und Radiologie.

Die Untersuchungen erfolgen mithilfe von Regressionsmodellen, die eine umfassende Kontrolle von möglichen Störgrößen ermöglichen. So wird bei allen Vergleichen zwischen

den Betriebsformen beziehungsweise zwischen MVZ und PEG-MVZ für Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten nach Alter, Geschlecht und Morbidität kontrolliert. Die Morbiditätsadjustierung berücksichtigt sowohl die im jeweiligen Behandlungsfall dokumentierten Diagnosen als auch die Morbidität des Vorjahrs (Risiko-klassen des InBA-Groupers).

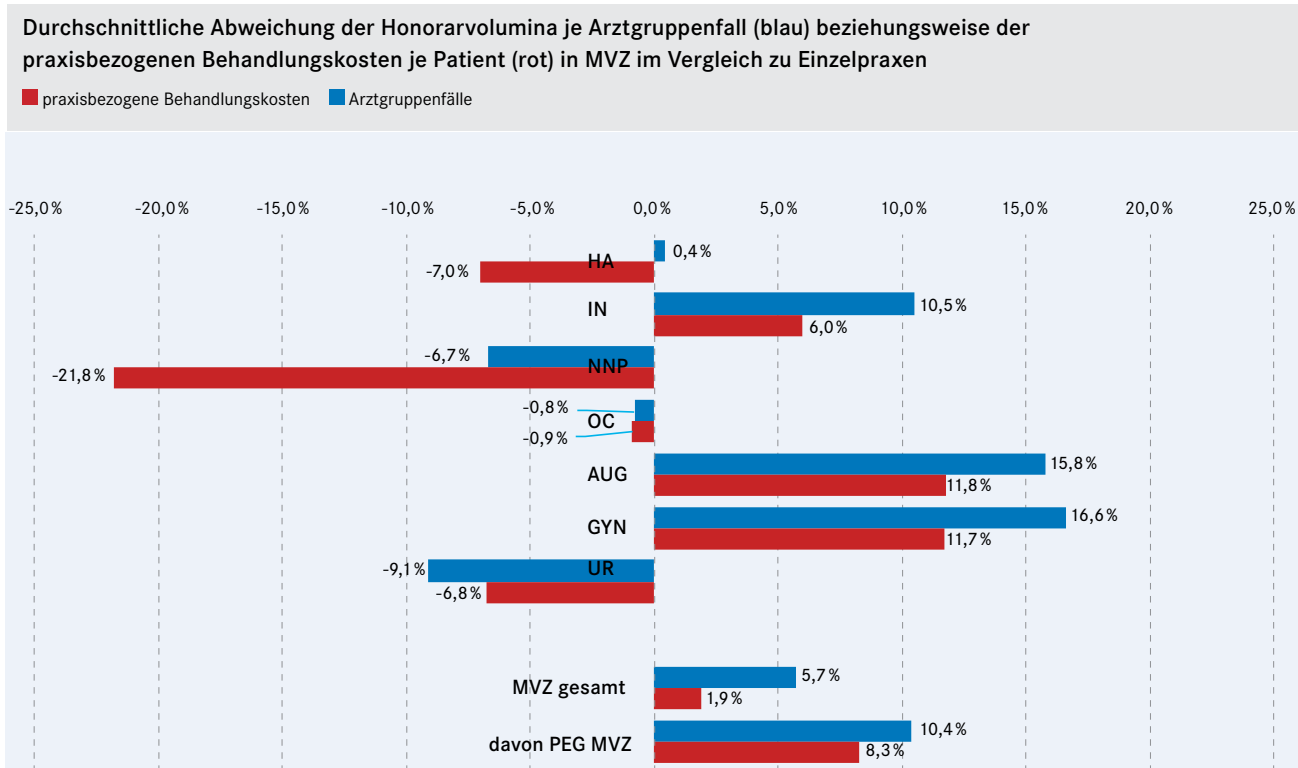
Für die Vergleiche zwischen Betriebsformen, Trägerschaften und der MVZ-Eigentümerschaft wird als Referenz die Einzelpraxis (EP) als die häufigste Betriebsform gewählt. Die Ergebnisse werden als „O/E-Ratio“ berichtet. Dabei handelt es sich um das Verhältnis zwischen dem tatsächlich abgerech-

neten Honorarvolumen („Observed“) und dem angesichts des behandelten Patientenkollektivs (das heißt entsprechend der Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter und Morbidität) zu erwartenden Honorarvolumen („Expected“), das mit Hilfe der Regressionsmodelle berechnet werden kann. Bei der Ableitung des Erwartungswerts wird die jeweils betrachtete Betriebsform außer Acht gelassen. Der Erwartungswert repräsentiert demnach die Höhe des Honorarvolumens, das unter Berücksichtigung der jeweiligen Patientenstruktur, Vorerkrankungen und Behandlungsanlässe bei Behandlung in einer Einzelpraxis zu erwarten wäre. Für die EP ist die O/E-Ratio damit definitionsgemäß immer „gleich 1“.

Für die anderen Betriebsformen kann eine Abweichung vom Wert 1 als prozentuale Abweichung von dem Leistungsvolumen interpretiert werden, das bei Behandlung dieses Patientenkollektivs in der Betriebsform EP abgerechnet worden wäre (das heißt eine O/E-Ratio von 0,95 entspricht fünf Prozent weniger Honorarvolumen als bei Behandlung in Einzelpraxen).

Entwicklung der Praxisstrukturen in Bayern von 2018 bis 2019 [a]

Der Anteil der Hauptbetriebsstätten in der Betriebsform eines MVZ erhöhte sich in den zwei Jahren von 2,8 auf 3,3 Prozent (plus 18 Prozent). Korrespondierend dazu stieg



Anmerkung: HA = Hausärztliche Versorgung; IN = Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie. Alle Abweichungen sind statistisch signifikant auf dem Niveau von $\alpha = 5\%$

Abbildung 1

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Abrechnungsdaten der KVB



**Investoren-
getragene MVZ
sind laut der
Studie stärker
an ökonomi-
schen Motiven
ausgerichtet als
Einzelpraxen.**

der Anteil der Leistungsorte (Praxisstandorte) in der Betriebsform eines MVZ von 4,5 auf 5,3 Prozent. MVZ verfügen häufig über mehrere Praxisstandorte, die unter dem Dach einer gemeinsamen Hauptbetriebsstätte organisiert sind. Dementsprechend fällt der Anteil der Praxisstandorte, die auf MVZ entfallen, höher aus als der Anteil der Hauptbetriebsstätten. Die gleiche Entwicklung lässt sich auch bei der Anzahl der Ärzte, Arztstellen (Vollzeitäquivalente) und Behandlungsfälle beobachten. Der Anteil der Ärzte, die in einem MVZ tätig sind, erhöhte sich im Zeitverlauf von 10,7 auf 12,4 Prozent, der Anteil der Arztstellen stieg von 7,5 auf 8,9 Prozent. Die Entwicklung der ambulanten Behandlungsfälle vollzieht sich entlang der Entwicklung der Arztstellen. Der Anteil erhöhte sich im Untersuchungszeitraum von 7,6 auf 8,9 Prozent. Analog hierzu stieg der Anteil des auf MVZ entfallenden Honorarvolumens im Zeitverlauf von 9,1 auf 10,7 Prozent.

Betrachtet man vertiefend die Entwicklung der Praxisstandorte (Leistungsorte), so zeigt sich bei

den EP in den acht Quartalen eine Abnahme um 1,4 Prozent (minus 185 Standorte), bei den Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) ein Rückgang um 1,9 Prozent (minus 76). Bei den MVZ dagegen hat die Zahl der Standorte um 18 Prozent (plus 150 Standorte) auf insgesamt 980 Standorte im vierten Quartal 2019 zugenommen. Von diesen 980 Standorten konnte die KVB 93 (9,5 Prozent) einem MVZ im Eigentum einer PEG zuordnen. Die Zahl der Praxisstandorte von PEG-MVZ lag im ersten Quartal 2018 nur bei 54, der Zuwachs beträgt somit 72 Prozent.

Die Relevanz der MVZ – gemessen an dem Anteil der Betriebsform an den abgerechneten Arztgruppenfällen – variiert nach Fachgruppen: Einen besonders hohen Anteil an der ambulanten Versorgung weisen MVZ im Quartal 4/2019 in den Fachrichtungen AUG (28,4 Prozent), OC (21,6 Prozent) und IN (20,2 Prozent) auf. Im hausärztlichen Bereich haben MVZ nur einen Anteil von 4,2 Prozent am Fallvolumen. Damit fällt die relative Bedeutung der MVZ im hausärztlichen Bereich zwar geringer aus, allerdings wei-

sen hausärztliche Arztgruppenfälle das mit weitem Abstand höchste Fallvolumen auf, sodass absolut gesehen in keiner Fachrichtung mehr Arztgruppenfälle von MVZ erbracht werden als im hausärztlichen Bereich.

Honorarvolumina der Arztgruppenfälle und praxisbezogene Behandlungskosten je Patient

Die Analyse des Honorarvolumens basiert auf der Auswertung von insgesamt etwa 104 Millionen Arztgruppenfällen aus dem untersuchten Zeitraum vom ersten Quartal 2018 bis zum vierten Quartal 2019. Davon entfallen 58 Millionen auf hausärztliche Behandlungen, 11,3 Millionen auf OC, 8,6 Millionen auf IN und 8,3 Millionen auf AUG. In den Fachrichtungen UR (drei Millionen Arztgruppenfälle) und NNP (4,9 Millionen Arztgruppenfälle) fällt die Fallzahl etwas geringer aus. Auf die Teilgruppe der PEG-MVZ entfallen fachrichtungsübergreifend 770.000 Arztgruppenfälle.

Abbildung 1 auf Seite 8 zeigt das Ergebnis für MVZ auf der Ebene der Arztgruppenfälle als blaue Balken,

wobei die O/E-Ratio als prozentuale Abweichung von der Referenzgruppe (Einzelpraxen) dargestellt ist: Über alle dargestellten Fachgruppen hinweg rechnen MVZ je Arztgruppenfall bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichem Behandlungsanlass im Durchschnitt um 5,7 Prozent höhere Honorarvolumina ab als Einzelpraxen (O/E Ratio: 1,057). Die Teilgruppenanalyse von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften ergibt, dass deren Honorarvolumen um durchschnittlich 10,4 Prozent (O/E Ratio: 1,104) höher ausfällt.

Die nach Fachrichtungen differenzierte Auswertung zeigt innerhalb der Betriebsform MVZ deutliche Unterschiede: Höhere Honorar-

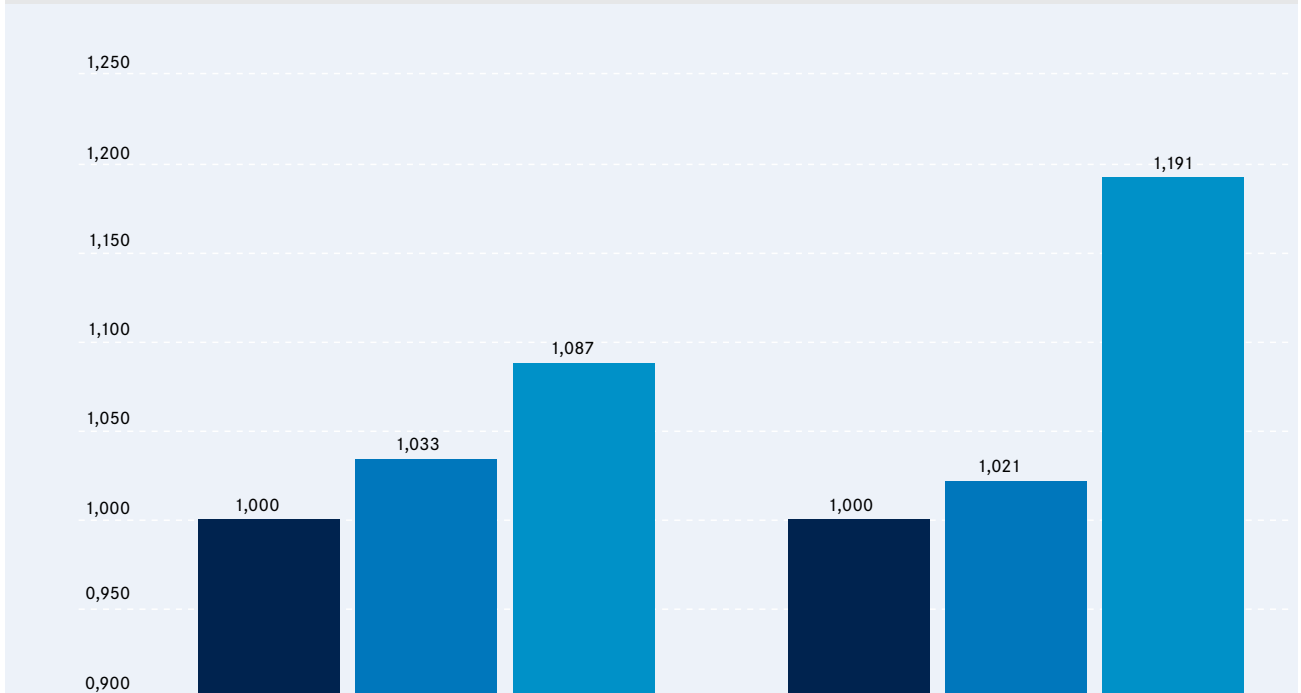
volumina im Vergleich zu Einzelpraxen werden von den MVZ in der Gynäkologie (+16,6 Prozent), Augenheilkunde (+15,8 Prozent) und den Fachinternisten (+10,5 Prozent) abgerechnet. In den übrigen Fachrichtungen entspricht das Honorarvolumen von MVZ dem Erwartungswert oder unterschreitet diesen. Im Bereich NNP weisen MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen ein um 6,7 Prozent niedrigeres Honorarvolumen auf, in der Urologie beläuft sich die Differenz auf minus 9,1 Prozent.

Die Analyse der Behandlungskosten je Patient über zwei Jahre (rote Balken in Abbildung 1) zeigt mit Ausnahme der hausärztlichen Versorgung ein strukturell ähnliches Bild: Insgesamt, das heißt über alle analysierten Fachgruppen hinweg,

fallen die Behandlungskosten je Patient in MVZ um 1,9 Prozent höher aus als in Einzelpraxen. In der Teilgruppe der PEG-MVZ liegt der Wert um 8,3 Prozent höher. Aufgeschlüsselt nach Fachgruppen zeigen sich auch hier bei den MVZ in der Gynäkologie (+11,7 Prozent), Augenheilkunde (+11,8 Prozent) und bei den Fachinternisten (+6,0 Prozent) erhöhte Werte, wogegen die MVZ in den Fachgruppen NNP (-21,8 Prozent) und Urologie (-6,8 Prozent) niedrigere beziehungsweise deutlich niedrigere Kosten als Einzelpraxen aufweisen. Die MVZ der Fachgruppe OC weichen geringfügig von den Einzelpraxen ab (-0,9 Prozent), wogegen MVZ in der hausärztlichen Versorgung um 7,0 Prozent niedrigere Behandlungskosten haben.

Behandlungskosten der Mitversorgung (O/E-Ratio) bei Steuerung der Versorgung durch einen Hausarzt in Einzelpraxis, BAG beziehungsweise MVZ

■ Einzelpraxis (Referenz, daher O/R definitionsgemäß =1) ■ BAG ■ MVZ



Anmerkung: Alle Unterschiede zur Einzelpraxis sind statistisch signifikant auf dem Niveau von $\alpha = 5\%$

Abbildung 2

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KVB

Behandlungskosten bei Mitversorgung durch weitere Fachgruppen

In Abbildung 2 auf Seite 10 ist das Ergebnis der „Mitversorgungsanalyse“ beispielhaft für die Konstellation einer Steuerung der Versorgung durch einen hausärztlichen Versorger (HA) dargestellt. Für die Analyse wurde zunächst derjenige HA als „steuernder HA“ identifiziert, bei dem der jeweilige Patient in dem Zweijahreszeitraum am häufigsten in Behandlung war. Die Leistungen der Fachgruppen IN, OC, NNP, GYN, UR sowie zusätzlich Radiologie und Psychotherapie werden dem steuernden HA als Mitversorgung zugerechnet. Untersucht wird, inwieweit sich die Behandlungskosten nur der Mitversorgung sowie insgesamt (also inklusive der steuernden Fachgruppe HA) unterscheiden, je nachdem ob der steuernde HA in einer Einzelpraxis (Referenz), einer BAG oder einem MVZ tätig ist.

Wenn der steuernde Hausarzt in einem MVZ tätig ist, liegen die Kosten nur der Mitversorgung (rechts in Abbildung 2) um 19,1 Prozent (O/E-Ratio 1,191) höher als bei einem steuernden HA in Einzelpraxis (bei gleicher Patientenstruktur und Morbidität). Die Gesamtbehandlungskosten liegen um 8,7 Prozent höher. Auch bei einem HA in einer BAG liegen die Behandlungskosten in beiden Fällen höher (um 2,1 Prozent beziehungsweise 3,3 Prozent).

Im Rahmen einer deskriptiven Auswertung [b] wurde ferner aufgeschlüsselt, inwieweit die Leistungen der Mitversorger durch Ärzte aus derselben Hauptbetriebsstätte erbracht wurden, in der auch der steuernde HA tätig ist, oder durch externe Mitversorger: Ist der steuernde HA in einer Einzelpraxis an-

gesiedelt, so belaufen sich die durchschnittlichen Kosten der Mitversorgung über zwei Jahre auf 463 Euro, die praktisch vollständig von externen Mitversorgern abgerechnet werden. Beim HA in einer BAG sind es insgesamt 468 Euro, davon entfallen neun Euro auf Mitversorger der gleichen Hauptbetriebsstätte. In der Konstellation „HA im MVZ“ werden insgesamt 637 Euro für Mitversorgung abgerechnet, von denen 528 Euro extern und 109 Euro von Mitversorgern der gleichen Hauptbetriebsstätte abgerechnet werden. Die ergänzenden deskriptiven Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die höheren Behandlungskosten für die Mitversorgung im Vergleich „HA im MVZ“ zu „HA in EP“ zu etwa einem Drittel auf ein höheres Leistungsvolumen von externen Mitversorgern und zu etwa zwei Dritteln auf die Leistungen von Mitversorgern „unter demselben Dach“ zurückzuführen sind.

In den beiden anderen untersuchten Mitversorgungskonstellationen ergaben sich ähnliche Ergebnisse. Für die Konstellation IN als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Radiologie errechnen sich um 10,2 Prozent höhere Kosten der Mitversorgung, wenn der steuernde IN in einem MVZ tätig ist (9,2 Prozent höhere Gesamtkosten). Für die Konstellation OC als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Anästhesie und Radiologie ergaben sich im MVZ um 14,3 Prozent höhere Mitversorgungskosten (4,1 Prozent höhere Gesamtkosten).

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse zu den Praxisstrukturen bestätigen die Beobachtungen, die den gesundheits- und versorgungspolitischen Ausgangspunkt des vorliegenden Gutachtens bilden: Die Betriebsform

des MVZ hat in Bayern in einigen vertragsärztlichen Fachgruppen – darunter große Versorgungsbereiche wie die fachinternistische Versorgung, die Orthopädie und (Unfall)Chirurgie und die Augenheilkunde – inzwischen eine erhebliche und im hier analysierten Beobachtungszeitraum noch immer wachsende Versorgungsrelevanz.

Von einer noch stärkeren Dynamik ist die Entwicklung von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften geprägt, deren Praxisstandorte sich im lediglich zwei Jahre umfassenden Untersuchungszeitraum um 72 Prozent erhöht haben und die im vierten Quartal 2019 bereits zehn Prozent aller MVZ-Praxen ausmachen. Das vom Gesetzgeber ursprünglich genannte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante Versorgung wirksam zu begrenzen, wird im Bereich der KVB demnach klar verfehlt.

Darüber hinaus zeigen die hier vorgelegten Analysen des Leistungsgeschehens, dass eine Versorgung durch Ärzte in MVZ bei gleicher soziodemografischer Struktur der Patienten sowie gleichen Behandlungsanlässen und Vorerkrankungen mit höheren Honorarumsätzen als in Einzelpraxen verbunden ist. Dies gilt sowohl bei Betrachtung der abgerechneten Arztgruppenfälle als auch bei Betrachtung der Behandlungskosten von Patienten über einen längeren Zeitraum. Auffällig sind hierbei insbesondere die fachinternistische Versorgung sowie die Fachrichtungen Augenheilkunde und Gynäkologie. In einer fachgruppenübergreifenden Betrachtung zeigt sich, dass MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren in noch deutlicher ausgeprägtem Maß als die Gesamtheit der MVZ höhere Honorarvolumina abrechnen als Einzelpraxen.

In der Gesamtschau stützen die Ergebnisse der Analysen demnach die These einer im Vergleich zu Einzelpraxen stärkeren Ausrichtung von MVZ an ökonomischen Motiven. Dies gilt umso mehr für MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften, für die gezeigt werden konnte, dass bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen noch höhere Honorarvolumina abgerechnet werden als in anderen MVZ.

Die Analysen der Rolle von MVZ beziehungsweise PEG-MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern zeigen in einigen Fachgruppen bereits eine erhebliche und noch wachsende Relevanz. Angesichts der offenbar ungebrochenen Dynamik in diesem Bereich ist daher zu empfehlen, dass die bereits vorliegenden gesundheitspolitischen Vorschläge und Argumente im Hinblick auf eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung und den Betrieb von MVZ (zum Überblick vergleiche Fußnote [8]) in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen werden sollten.

Thorsten Tisch, Hans-Dieter Nolting (IGES Institut GmbH)

Weitere Informationen zum IGES-Gutachten und der sich daran anschließenden Diskussion finden Sie unter www.iges.com/MVZ.

Nun ist die Politik gefragt!

Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung wirksam zu begrenzen, wird mit den bisherigen gesetzlichen Regelungen nicht erreicht. Die Rahmenbedingungen für die Zulassung und den Betrieb von MVZ sind dringend anzupassen.

Die KVB fordert deshalb,

1. dass ein MVZ-Transparenzregister, aus dem sich auch die nachgelagerten Inhaberstrukturen ergeben, eingeführt wird,
2. dass die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern analog den Zahnärzten auch für ärztliche MVZ beschränkt wird und ein Krankenhaus-MVZ nur noch in räumlicher Nähe zu dem gründenden Krankenhaus möglich ist,
3. dass Vertragsärzte über die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft verfügen beziehungsweise die Entscheidungsstrukturen einer MVZ-Trägergesellschaft in Händen von Vertragsärzten liegen,
4. dass der Verantwortungs- und der Aufgabenbereich des Ärztlichen Leiters eines MVZ konkretisiert und gestärkt wird,
5. dass den Zulassungsausschüssen – vergleichbar wie bei der Zulassung von Vertragsärzten – die Möglichkeit eingeräumt wird, die Geeignetheit von MVZ zu prüfen, das heißt deren Fähigkeit, eine ordnungsgemäße Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten,
6. dass in Praxisnachbesetzungsverfahren niederlassungswillige Ärzte gegenüber MVZ vorrangig zu berücksichtigen sind,
7. dass die Gestaltungsmöglichkeit des Zulassungsverzichts zum Zweck der Anstellung in einem MVZ aus dem Gesetz gestrichen wird,
8. dass die sogenannte Konzeptbewerbung (Paragraf 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 SGB V) aus dem Gesetz gestrichen wird,
9. dass auch für MVZ die Zahl der angestellten Ärzte begrenzt wird.

Methodenhinweise

- [a] In die Analysen der Praxisstrukturen wurden folgende Fachgruppen einbezogen: Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten, Kinder- und Jugendmedizin, Fachinternisten, Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie, Psychotherapie, Orthopädie und (Unfall-) Chirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Anästhesie, Physikalische und Rehabilitative Medizin.
- [b] In der deskriptiven Auswertung werden Unterschiede in der Patientenstruktur und Morbidität nicht kontrolliert, deshalb lassen sich die hier berichteten durchschnittlichen Euro-Beträge nicht unmittelbar zu den Ergebnissen der in Abbildung 2 dargestellten Analysen (O/E-Ratios) in Beziehung setzen.

Fußnotenverzeichnis

- [1] 125. Deutscher Ärztetag, Berlin, 1. bis 2. November 2021. Beschlussprotokoll, Beschlüsse I-10, I-67, I-27, I-67. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/125.DAET/Beschlussprotokoll_125DAET2021_Stand_24112021.pdf
- [2] GMK Gesundheitsministerkonferenz (2021). Beschlüsse der Sonder-GMK vom 4. bis 5. November 2021. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>
- [3] Ladurner A, Walter U, Jochimsen B (2020). Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Rechtsgutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf
- [4] IGES Institut (2021). Investorenbetrieene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Berlin: Duncker & Humblot.
- [5] Nolting H-D, Albrecht M, Gerb J, Haaß F, Ochmann R (2021). Investorenbetrieene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. KVB FORUM 3/2021, Seite 24 bis 25.
- [6] IGES Institut (2022). Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KVB. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Berlin: IGES Institut 2022. Online verfügbar: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Gesundheitspolitik/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022.pdf>
- [7] IGES Institut (2022). Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KVB mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren. Kurzfassung des Gutachtens für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Berlin: IGES Institut 2022. Online verfügbar: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Gesundheitspolitik/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022-Kurzfassung.pdf>
- [8] Pavlovic A (2021). Finanzinvestoren aus den MVZ heraushalten. KVB FORUM 3/2021, Seite 31 bis 46.

DIE SPUR DES GELDES

Eine kurze Geschichte des Kapitals in der ambulanten Versorgung skizziert der Autor des folgenden Gastbeitrags, Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas. Er liefert dabei nicht nur einige erstaunliche Einzelbeispiele, sondern geht auch der Frage nach, wie eine Monopolbildung durch investorengetragene MVZ-Ketten wirksam verhindert werden kann.

Telemos ist ein Wahrsager in der griechischen Mythologie. Er kommt nach Sizilien, um den dort hausenden Kyklopen Polyphem vor dem listigen Odysseus zu warnen. *Telemos Capital* ist ein Kapitalinvestor mit Schwerpunkt auf privates Beteiligungskapital (Private Equity) und Sitz im vornehmen Londoner Stadtteil Mayfair. *Telemos Capital* investiert in europäische Unternehmen mit dem Ziel, ein Portfolio von Mehrheitsbeteiligungen an Unternehmen aufzubauen und strebt nach eigenen Angaben den Einsatz von 50 bis 200 Millionen Euro Eigenkapital pro Investition an. [1] *Telemos Capital* wurde 2017 von Phillip Jacobs aus der gleichnamigen Unternehmerdynastie aus Bremen (Kaffee, Schokolade, Personaldienstleister Adecco) gegründet. [2] Phillip Jacobs ist zugleich Ko-Vorsitzender der familieneigenen Beteiligungsgesellschaft Jacobs Holding AG mit Sitz in Zürich, die 1994 sein Vater Klaus J. Jacobs aufgebaut hat. [3]

Bekannt wurde *Telemos Capital* der Öffentlichkeit als es 2018 Mehrheits-eigentümer der Lovehoney Group wurde, die im Bereich Sexspielzeug – im Fachjargon „Sensual Wellness Segment“ genannt – Marktführer ist. *Telemos Capital* gehört aber nicht nur der bekannteste Vibrator der Welt, sondern mit *SANOPTIS* auch eine der größten Arztpraxisketten in Europa. *SANOPTIS* wurde 2018 gegründet und hat sich in kürzester

Zeit zum zweitgrößten europäischen Anbieter von augenärztlichen Dienstleistungen entwickelt. Nach Informationen der internationalen Beratungsgesellschaft *Mazars* betreibt *SANOPTIS* in Deutschland und der Schweiz über 250 Einrichtungen und führt jährlich über 1,3 Millionen konservative und 170.000 chirurgische Eingriffe durch. [4]

Dass *SANOPTIS* weiterhin auf „Einkaufstour“ ist, zeigt der „Deal-Radar“ von *datenmarkt.de*. *Datenmarkt.de* ist Deutschlands umfangreichste Datenbank zu Transaktionen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich und erfasst täglich die neuesten Transaktionen von Venture Capital oder Private-Equity-Investoren. So hat *SANOPTIS* seit November 2021 weitere Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Kliniken in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen, darunter die *AUREGIO-Gruppe* mit allein neun Standorten in der Region Düsseldorf zugekauft. [5]

ARTEMIS – wieder ein wohlklingender Name aus der griechischen Mythologie. Dahinter verbirgt sich allerdings nicht ein britischer Finanzinvestor, sondern ein augenärztlicher Dienstleistungserbringer – die *ARTEMIS Augenkliniken und medizinische Versorgungszentren-Gruppe*. Mit der Gründung im Jahr 2000 durch die augenchirurgischen Zentren in Dillenburg (Dres. Schayan/Jung) und Wiesbaden



(Dres. Strobel/Horstmann) begann die *ARTEMIS*-Geschichte. [6] Nach Informationen der Beratungsgesellschaft *Capitalmind* verfügt *ARTEMIS* über mehr als 140 Standorte und rund 30 OP-Zentren in vielen deutschen Bundesländern und in der Schweiz. In der Gruppe werden mehr als 170.000 Augenoperationen von mehr als 270 Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. [7] Im Jahr 2011 hatte die französische Beteiligungsgesellschaft *G Square Healthcare Private Equity* Teile des Unternehmens von den Gründern erworben. [8] Im Jahr 2015 wurde *ARTEMIS* dann an *Montagu Private Equity*, einem der größten europäischen Private-Equity-Unternehmen mit einer 50-jährigen Geschichte verkauft. [9] *Montagu Private Equity* verwaltet rund zehn Milliarden Euro an Kapital und ist auf Übernahmen von Unternehmen im Wert von

Peter Kolominsky-Rabas ist Direktor des Interdisziplinären Zentrums für Health Technology Assessment (HTA) und Public Health (IZPH) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der KVB.



Wie kann man die ambulante medizinische Versorgung vor dem Zugriff der Spekulation bewahren?

200 Millionen bis eine Milliarde Euro spezialisiert. [10]

Monopolbildung auch durch Leistungserbringer

Die Monopolisierung der ambulanten Versorgungslandschaft wird jedoch nicht nur durch aus dem Ausland operierende private Beteiligungs- und Wagniskapitalgesellschaften vorangetrieben, sondern auch durch Praxen und private Klinikbetreiber in Deutschland selbst.

So gehören der *DENTADOX MVZ GmbH* aus München eine Kette von Zahnarztpraxen in Amberg, Maisach und mehreren Standorten in München und Umgebung. [11] *DENTADOX* ist eine Tochter der *Johannesbad Gruppe*, die seit März 2021 vom 34-jährigen Markus Zwick als Vorstandschef in dritter Familiengeneration geleitet wird. [12] Die *Johannesbad Gruppe* gehört zu den größten Rehabilitationsanbietern Deutschlands und umfasst unter anderem neun Fachkliniken und Gesundheitszentren, die Therme in Bad Füssing, sieben Hotels sowie medizinische Fachschulen. Die neu hinzugekauften MVZ für zahnärztliche Leistungen

an verschiedenen Orten runden die Diversifizierung der *Johannesbad Gruppe* ab. Der Geschäftsführer von *DENTADOX* äußert sich zur zukünftigen Strategie der Tochtergesellschaft wie folgt: „Das Modell, das wir in Bayern entwickelt haben, ist dabei Vorbild für unsere bundesweite Ausdehnung.“ [13]

Ein weiteres aktuelles Beispiel ist die *VESTRADENT MVZ GmbH* mit Sitz in Leinfelden-Echterdingen. [14] Gegründet vom Zahnarzt und Betriebswirt Wolfgang Hörz bietet die Praxiskette in Deutschland, Österreich und der Schweiz zahnmedizinische Leistungen an und ist in Baden-Württemberg an sieben Standorten mit neun Praxen vertreten. [15]

Gefahr erkannt – aber leider nicht gebannt

Wie sollte nun aber der ungebremste Zustrom versorgungsfremder Finanzinvestoren aus dem Ausland in die ambulante Versorgung unterbunden und die marktbeherrschende Monopolbildung durch investorengetragene MVZ-Ketten wirksam verhindert werden?

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder hat die Gefahr erkannt und auf ihrer Sonderkonferenz im November 2021 unter Leitung des bayerischen Ressortchefs, Klaus Holetschek, eindeutig Stellung bezogen. [16] Dazu heißt es im Beschluss, dass die Fachministerinnen und Fachminister aus den Ländern die steigende Zahl der investorengetragenen MVZ mit Blick auf „Monopolstrukturen dieser Träger und die einhergehenden Gefahren für Qualität, Integrität und Sicherstellung für die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung mit wachsender Sorge zur Kenntnis nehmen“. Die GMK fordert unter anderem in einem ersten Schritt unmittelbar Regelungen für mehr Transparenz. Die GMK will, dass es künftig ein gesondertes MVZ-Register als Ausweitung von bestehenden Arztregistern auf Bundes- und Landesebene gibt, um hier mehr Strukturtransparenz zu schaffen. Ebenso sollen für Patientinnen und Patienten auf dem Praxisschild künftig Träger und Betreiber des MVZ sichtbar werden. Dazu wird das Bundesgesundheitsministerium erneut gebeten, ein entsprechendes Gesetz zu erlassen. In diesem Gesetz soll die Beschränkung von

Zulassungen auf den jeweiligen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) festgeschrieben werden. Ein Gesetz dazu gibt es auf Bundesebene jedoch noch nicht.

Neue Organisationsformen gegen Kapitalgesellschaften und Fremdinvestoren

Strukturtransparenz mit Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxis-schild, die Schaffung eines gesonderten MVZ-Registers und Teilbeschränkungen sind erste wichtige Gegenmaßnahmen. Sie werden aber langfristig den Zugriff auf die äußerst lukrativen Geschäftsfelder und die Monopolbildung nicht stoppen.

Damit Entscheidungen von Ärzten nicht von Kapitalinteressen beeinflusst und Übernahmen durch Kapitalgesellschaften oder Fremdinvestoren verhindert werden, muss die Rolle der selbstständigen wie auch der angestellten Ärzte gesetzlich und strukturell gestärkt werden. Dafür sind neue Organisationsformen notwendig. Im Beschluss der GMK findet sich dazu eine Forderung: Die Ressortchefs sprechen sich dafür aus, dass die ambulante medizinische Versorgung vermehrt auch von MVZ in kommunaler Trägerschaft gesichert werden soll. Dieser Vorschlag der GMK ist kein Papiertiger, sondern findet bereits konkrete Umsetzung.

Ein aktuelles Pilotprojekt in Baden-Württemberg, das der Hausärzteverband gemeinsam mit dem Gemeindetag, dem Baden-Württembergischen Genossenschaftsverband sowie dem Sozialministerium ins Leben gerufen hat, hat in 21 Städten und Gemeinden in Baden-Württemberg geprüft, ob MVZ in der Rechtsform der eingetragenen

Genossenschaft (MVZ eG) umsetzbar sind. [17]

Im Unterschied zu den investorengetragenen MVZ, müssen die Ärzte in den MVZ eG keine Umsatzrendite erwirtschaften, die dem Solidarsystem der GKV entzogen wird und an die Kapitalgesellschaften fließt.

Das Pilotprojekt setzt auf eine zweigliedrige Organisationsstruktur. Diese besteht aus einer (Bürger-) Beteiligungsgenossenschaft sowie MVZ. Die (Bürger-)Beteiligungs-eG stellt einen kaufmännischen Geschäftsführer sowie weiteres Personal zur Bewältigung der bürokratischen Aufgaben an. Zudem werden die Sicherstellung der Infrastruktur, das heißt, diverse Dienstleistungen sowie Bau und Vermietung eines Ärztehauses und ähnliche Aspekte durch die Genossenschaft geleistet. Hier besteht für Bürger und Kommunen die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen. Die MVZ leisten, optional unter vertraglicher Einbindung der BeteiligungseG, die eigentliche medizinische Versorgung vor Ort. Die angestell-

ten praktizierenden Ärzte können Mitglied der Genossenschaft sein.

Was wurde aus Telemos?

Der Finanzinvestor *Telemos Capital* hat am 19. April 2022 eine Vereinbarung zum Verkauf von *SANOPTIS* an die Investment-Holding *Groupe Bruxelles Lambert* unterzeichnet. Der neue Käufer stellt für diese Transaktion bis zu 750 Millionen Euro an Eigenkapital zur Verfügung. Der Vertragsabschluss wird in den kommenden Monaten erwartet. [4]

Der einäugige Riese Polyphem hat die Warnungen des Telemos vor dem listigen Odysseus in den Wind geschlagen. Sein Ende ist bekannt. Wie viele zusätzliche Warnhinweise benötigen Bundestag und Bundesregierung noch, um die ambulante ärztliche Versorgung dem Zugriff der Spekulation zu entziehen und die medizinische Daseinsvorsorge für die nachfolgenden Generationen nachhaltig zu sichern?

Univ.-Prof. Dr. med.
Peter Kolominsky-Rabas, MBA

- [1] Telemos Capital [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://telemoscapital.com/focus/investment-criteria/>
- [2] Telemos Capital [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://telemoscapital.com/team/>
- [3] Jacobs Holding AG [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <http://www.jacobsag.ch/people>
- [4] Mazars [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.mazars.de/content/download/1088428/56709325/version/file/Telemos-Capital-setzt-auf-die-Expertise-von-Mazars-bei-der-Ver%3CA4u%C3%9F-e-rung-der-Sanoptis-Gruppe.pdf>
- [5] Datenmarkt.de [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.datenmarkt.de/investorenprofil/sanoptis-gmbh/>
- [6] Artemis Augenkliniken [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.artemiskliniken.de/template/userfiles/files/ARTEMIS-Mitarbeiterbrosch%C3%BCre-2019.pdf>
- [7] Capitalmind [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://capitalmind.com/de/deals/verkauf-des-augenzentrum-heppenheim-an-die-artemis-augenkliniken/>
- [8] G Square Capital [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.gsquarecapital.com/artemis/>
- [9] Finance Daily Newsletter [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.finance-magazin.de/deals/ma-deals/pe-investor-montagu-kauft-augenlinik-artemis-29615/>
- [10] Datenmarkt.de, Montagu Private Equity [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.datenmarkt.de/investorenprofil/montagu-private-equity-gmbh/>
- [11] DentoDox MVZ GmbH [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.dentodox.com/ueber/>
- [12] Johannesbad Gruppe [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.johannesbad.com/historie>
- [13] Johannesbad Gruppe [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://johannesbad.newswork.de/?site=1&view=detail&id=4971>
- [14] SWR - Aktuell, Geht es in medizinischen Versorgungszentren nur um Profit? [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/stuttgart/kritik-an-medizinischen-versorgungszentren-100.html>
- [15] Vestradent MVZ GmbH, Standorte [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://vestradent.com/standorte-2/>
- [16] Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), Beschlüsse der Sonder-GMK 4. bis 5. November 2021 [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>
- [17] BWGW [Zugriff: 1. Mai 2022], URL: <https://www.wir-leben-genossenschaft.de/de/Genossenschaftlich-getragene-Aerzteversorgung-im-Laendlichen-Raum-entwickelt-sich-9330.htm>

MVZ - BESSERE VERSORGUNG ODER NUR KOSTENFAKTOR?

Eva Grill leitet das Münchner Netzwerk Versorgungsforschung und ist Professorin für Epidemiologie an der LMU München. In ihrem Gastbeitrag geht sie auf Basis des von der KVB in Auftrag gegebenen IGES-Gutachtens der Frage nach, was aus der vom Gesetzgeber ursprünglich intendierten Idee eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) geworden ist.

Eva Grill sieht die Zunahme von PEG-geführten MVZ, die auf lukrative medizinische Fachbereiche spezialisiert sind, nicht nur in Bayern als bedrohlich an.



Medizinische Versorgungszentren scheinen eine ausgezeichnete Idee, um medizinische Versorgung effizienter zu machen und gleichzeitig zu verbessern. Eine Behandlung in einem MVZ kann Vorteile für die Patienten bringen: Wenn mehrere Haus- und Fachärzte unter einem Dach eng zusammenarbeiten und vernetzt sind, kann die Planung und Behandlung effizienter ablaufen. Idealerweise bin ich also mit einem Gesundheitsproblem bei der Hausärztin in Behandlung, werde im Fall eines komplexeren Problems dann zum Beispiel an Fachärzte, Bildgebung, Physiotherapie weiterüberwiesen, bekomme ohne Reibungsverluste mithilfe optimaler Kommunikation zwischen den Ver-

sorgern schnell Termine im selben Haus, meine Befunde sind in einer gemeinsamen Akte abgelegt, und die Hausärztin behält den Überblick. Ich stelle mir auch vor, dass ein gemeinsames System von Aus- und Weiterbildung, von Qualitätssicherung und Qualitätsbewusstsein dafür sorgt, dass alle Beteiligten evidenzbasiert und rational handeln. So war das ursprünglich bei der Einrichtung der MVZ vom Gesetzgeber intendiert: eine Verbesserung der fachübergreifenden ambulanten Versorgung. Effizienter kann das MVZ handeln, weil mehrere Praxen verschiedener Fachärzte unter einem Dach sich Geschäftsführung, Infrastrukturen, Geräte und Personal teilen, weil zum Beispiel beim Einkauf von Verbrauchsmaterialien besser verhandelt werden kann oder weil gemeinsame Softwarelösungen und Standards möglich sind. Für Ärztinnen und Ärzte kann die Anstellung im MVZ in manchen Lebensphasen ein interessantes Modell sein, weil Teilzeitmodelle gut realisierbar sind und die organisatorischen Herausforderungen der eigenen Praxis wegfallen. Die Ärztestatistik der MVZ ist hierbei eindeutig: ein hoher Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in einem MVZ tätig sind, ist dort angestellt, also nicht als Vertragsärzte tätig. Wird damit nun die Versorgung inten-

tionsgemäß tatsächlich verbessert, oder sieht man nur Kosteneffekte? Die Gesundheitseffekte, die durch die Einführung der MVZ erzielt werden, sind bisher nur unzureichend verstanden und untersucht.

Investoren haben MVZ als Anlageform entdeckt

Die Versorgungsform MVZ hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. War zunächst noch vorausgesetzt, dass mehrere Fachgebiete an einem MVZ beteiligt sind, ist es seit etwa sieben Jahren auch möglich, dass sich fachgleiche Spezialisten zu MVZ zusammenschließen. Seit geraumer Zeit ist es auch privaten Investoren gestattet, sich finanziell an MVZ zu beteiligen. Zunächst scheint das kein Problem: Ärztliche Versorgung ist rechtlich komplex und – wie es scheint – nicht besonders interessant für private fachfremde Investoren, es sei denn, man könnte hohe Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren. Dies ist im Krankenhaussektor geschehen, wo sich spezialisierte Konzerne auf bestimmte Fachbereiche und Diagnosen konzentrieren. Eine Spezialisierung ist grundsätzlich nicht negativ zu sehen, da damit ebenfalls potenziell die Versorgung optimiert werden kann. Auch die Investition von Kapital in wirksame

Strukturen ist grundsätzlich nicht negativ. Ärztliche Eigentümer von MVZ sind immer ihren berufsrechtlichen und berufsethischen Grundsätzen verpflichtet, eine extreme Gewinnmaximierung zulasten der Patienten sollte damit ausgeschlossen sein, auch wenn man nicht vergessen darf, dass auch Klinikkonzerne börsennotierte Unternehmen sein können, die natürlich den Aktienwert im Blick haben. Ob eine Börsennotierung oder die Gewinnorientierung in der stationären Versorgung letztlich für Patienten, Kostenträger und Gesundheitssystem zielführend ist, soll hier jedoch nicht weiter diskutiert werden. Mit den aktuellen Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt ist es für Private-Equity-Gesellschaften (PEG) interessanter geworden, sich im MVZ-Markt zu bewegen. Wie kann man sich diese Firmen vorstellen? Sie machen ihre Geschäfte im nichtregulierten Anlegermarkt, also außerhalb der Börsen. Ganz einfach beschrieben, sie kaufen Arztpraxen, verketteten sie zu MVZ, maximieren das Betriebsergebnis und verkaufen nach kurzer Zeit mit Gewinn weiter, beziehungsweise schöpfen Rendite ab. Das kann finanziell sehr lukrativ sein, wenn man sich auf umsatzstarke Fachgebiete, wie zum Beispiel die Zahnheilkunde oder die Augenheilkunde konzentriert. Und tatsächlich ist der Anteil der PEG-geführten MVZ stark gestiegen, in Bayern und bei einigen Facharztgruppen, wie zum Beispiel der Augenmedizin, sogar erheblich. Auch das zeigt eine typische Entwicklung: die Spezialisierung der PEG-geführten MVZ auf eine Fachgruppe, was betriebswirtschaftlich nachvollziehbar ist, aber nicht im Geringsten zur Verbesserung der fachübergreifenden, hausarztzentrierten Versorgung beiträgt, vielmehr zu sinnlosen Konzentrationen einer Arztgruppe in Ballungszentren führt: sinnlos

für die Versicherten und sinnlos für die Versorgungsqualität.

Neue Studie zeigt: höhere Honorarvolumina für Private Equity geführte MVZ

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass PEG die Absicht haben, maximale Gewinne zu erzielen. Die von der KVB in Auftrag gegebene, sehr belastbare Analyse des IGES Instituts hat hierzu 2022 dramatische Ergebnisse geliefert. PEG-geführte MVZ rechnen bei gleicher Morbiditätsstruktur der behandelten Patienten bei gleichen Behandlungsanlässen deutlich höhere Honorare ab als das in Einzelpraxen geschieht. Zusätzlich entstehen in der hausärztlichen Versorgung in PEG-geführten MVZ deutlich mehr Kosten durch mitversorgende Fachärzte, die tatsächlich auch überwiegend im selben MVZ tätig sind. Auch für den vertragszahnärztlichen Bereich wurde gezeigt, dass PEG-geführte MVZ ein grundsätzlich anderes Leistungs- und Abrechnungsverhalten an den Tag legen als Einzelpraxen. Es ist nicht bekannt, ob diese Unterschiede in ärztlicher Leistung und Abrechnung bessere oder schlechtere Ergebnisse und mehr oder weniger Gesundheit „produzieren“, auf alle Fälle sind sie mit höheren Kosten für die Solidargemeinschaft verbunden. Selbst bei wohlwollender Betrachtung dieser Tatsachen scheint es nicht plausibel, dass dieses erhöhte Honorarvolumen sachlich begründet ist und bedeutet, dass Patienten besser versorgt werden. Eine detaillierte Analyse sollte daher neben den entstehenden Kosten auch die Effekte auf Versorgung und Outcomes untersuchen. Die Gefahr besteht weiterhin, dass Ärztinnen und Ärzte in MVZ in diesem Zusammenhang nicht nur nach eigenem Fachwissen handeln, sondern kommerziellen Zielsetzun-

gen unterliegen. Und dies wäre das schlimmste Szenario, das man sich vorstellen kann.

Dringend notwendige Regulierung und Evaluation der Gesundheitseffekte

Das System der PEG-geführten MVZ hat die Gesundheitsministerkonferenz kürzlich dazu motiviert, stärkere Regulierung der MVZ zu fordern. Zuletzt hat auch der Deutsche Ärztetag Ende 2021 einen eindeutigen Beschluss zu den investorengetragenen MVZ verabschiedet („patientenzentriert statt renditeorientiert“). Der Deutsche Ärztetag drückt damit die Befürchtung aus, dass hier Leistungserbringung nicht mehr medizinisch-inhaltlich gesteuert sein könnte, sondern ökonomisch, und dass eine Konzentration der Versorgung auf Ballungsräume zulasten der ländlichen Versorgung geschieht. Ein erster Schritt zur Kontrolle der MVZ-Situation wäre die Etablierung eines MVZ-Registers, in dem transparent die Eigentumsverhältnisse und Kapitalströme dargestellt werden müssen. Hinzu kommen dringende gesetzgeberische Regulierungsaufgaben hinsichtlich Trägerpluralität und Monopolstellung. Versorgungssicherheit, Versorgungsqualität und das Wohl von Patientinnen und Patienten sollten im Mittelpunkt stehen, nicht Gewinnorientierung, damit die gute Idee des MVZ nicht zur Gelddruckmaschine für eine Minderheit pervertiert. Nicht zuletzt müssen nicht nur die Kosten, sondern auch die Gesundheitseffekte, die durch die Einführung einer Systemveränderung durch MVZ zwangsläufig entstehen, untersucht werden.

Prof. Dr. PH Eva Grill

TRANSPARENZ UND REGULIERUNG FÜR PRIVATE-EQUITY-MVZ

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaft, an der Universität Bayreuth und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der KVB. Vor dem Hintergrund vorwiegend gewinnorientierter Motive beim Betrieb eines MVZ durch Private-Equity-Gesellschaften begibt er sich in seinem Gastbeitrag auf die Suche nach einer klugen Wettbewerbsordnung.

Bis Ende 2011 konnte ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) von jedem nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer (neben Ärzten und Psychotherapeuten auch Apotheker, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer) gegründet werden, der durch Ermächtigung, Zulassung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten teilnahm. In der Praxis führte dieser große Kreis von Zulassungsberechtigten dazu, dass MVZ immer häufiger von Investoren gegründet

wurden, die als Kapitalgeber, zum Beispiel durch den Kauf eines Pflegedienstes, die Voraussetzungen zur Gründung eines MVZ erfüllten. Um dieser Gefahr zu begegnen, wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 geregelt, dass zur Gründung eines MVZ nur noch Vertragsärzte, Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen berechtigt sind. Bei MVZ-Neugründungen sind zudem nur noch Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften und Gesellschaften mit beschränkter Haftung er-

laubt. Nicht erlaubt sind Aktiengesellschaften.

Neue Wachstumsperspektiven in der Rechtsform einer GmbH

Mit einem Marktanteil in Höhe von 18 Prozent (etwa 45 Milliarden Euro) an den gesamten GKV-Leistungsausgaben und vergleichsweise stabilen Finanzierungsstrukturen ist der ambulante Behandlungssektor in Deutschland finanziell überaus attraktiv für internationale Investorgesellschaften. Wenig beachtet wurde vom Gesetzgeber, dass ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH ganz neue Wachstums-



perspektiven eröffnet, insbesondere für Kapitalinvestoren (Hedge-Fonds, Private-Equity-Fonds). So überrascht es nicht, dass das IGES-Institut in zwei Gutachten („Investorenbetriebene MVZ in der Vertragsärztlichen Versorgung 2020“ und „Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren 2022“) zeigen kann, dass von Private-Equity-Gesellschaften betriebene MVZ (PEG-MVZ) sowohl großstädtische Standorte bevorzugen als auch höhere Honorarvolumina auslösen und sich somit überwiegend am Ziel der Renditeoptimierung ausrichten. Diese Entwicklungen führen zu starken Veränderungen bei der Versorgung mit ärztlichen Leistungen, die zu einer Gefahr für das Gesundheitswesen in der jetzigen Form werden können, falls sich überzogene Renditeinteressen der häufig anonymen Kapitalgeber im Hintergrund durchsetzen.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus?

Aus ökonomischer Perspektive gibt es kein gutes oder schlechtes Kapital im Gesundheitswesen: Die Fonds besitzen auch eine Katalysatorwirkung, um den dringend benötigten Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen zu unterstützen und zu beschleunigen. Ein Verbot der PEG-MVZ wäre der falsche Ansatz. Der aus meiner Sicht richtige Ansatz lässt sich mit den Begriffen „Transparenz und Regulierung“ umschreiben: Gesucht ist daher eine kluge Wettbewerbsordnung, die überzogene Renditeerwartungen begrenzt, Rosinenpicken verhindert und PEG-MVZ in die sich wandelnden sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen einbettet – und zwar zum Vorteil der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Marktmacht im Gesundheitssystem

Überzogene Renditeziele sind kritisch zu sehen, da sie dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem Ressourcen entziehen. Durch Zusammenlegungen und Verknüpfungen mit anderen Versorgungsbereichen erlangen PEG-MVZ eine Marktmacht im Gesundheitssystem, wodurch eine Konzentration auf rentable Versorgungsbereiche und Regionen gefördert wird. Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation von Private-Equity-Gesellschaften besteht zudem die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen mehr und mehr zugunsten einer renditeorientierten Leistungserbringung beeinflusst werden.

Fehlende Steuerregeln für Private-Equity-Gesellschaften

Ob dem Fiskus auch Steuergelder entgehen, lässt sich allgemein nicht sagen. Interessanterweise existieren in Deutschland auch keine expliziten gesetzlichen Regelungen zur Besteuerung von inländischen Private-Equity-Fonds. Die Besteuerung erfolgt im Wesentlichen anhand allgemeingültiger Regelungen und auf Grundlage eines Schreibens des Bundesfinanzministeriums aus dem Jahr 2003 zur „Einkommensteuerlichen Behandlung von Venture Capital- und Private-Equity-Fonds“.

Mit Blick auf die ausländischen Finanzinvestoren gilt grundsätzlich, dass für in Deutschland erzielte Erträge keine Doppelbesteuerung stattfindet. Geregelt wird dies über das deutsche Steuerrecht (Quellenbesteuerung) und bilaterale Doppelbesteuerungsabkommen, die Deutschland mit den meisten Ländern geschlossen hat, beziehungsweise über das sogenannte OECD-



Musterabkommen. Allerdings verhindern unklare Konzernstrukturen oft genaue Recherchen der Eigentumsverhältnisse. Nicht selten führen Spuren in Steueroasen, in denen sich die Fonds verstecken.

Fazit: Staatliche Regulierungen erforderlich

Angesichts der Tatsache, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte eine dauerhafte Anstellung der Einzelpraxis vorziehen, dürften Finanzinvestoren am Markt aktiv bleiben. Daher sind staatliche Regulierungen erforderlich. Auch die Eigentumsverhältnisse sollten offengelegt werden. Genehmigungen für ein MVZ könnten beispielsweise immer dann abgelehnt werden, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Denkbar sind gesetzliche Vorgaben, mit denen die Mehrheit der Stimmrechte und MVZ-Anteile den dort arbeitenden Ärzten zugesichert werden – als Gegengewicht zu kommerziellen Interessen der Betreiber (weitere Regulierungsmaßnahmen finden sich in meinem Beitrag im KVB FORUM 3/2021). Letztlich geht es nicht um gutes versus schlechtes Kapital, sondern um Transparenz und Regulierung.

Volker Ulrich sagt: „Aus ökonomischer Perspektive gibt es kein gutes oder schlechtes Kapital im Gesundheitswesen.“ Ein Verbot der PEG-MVZ sei daher der falsche Ansatz. Stattdessen plädiert er für Transparenz und Regulierung.

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

„DIE EXPANSION KÖNNTE NEUEN SCHWUNG BEKOMMEN“

Rainer Bobsin ist Freiberufler und arbeitet unter anderem als Hintergrundrechercheur und Autor in der Gesundheitsbranche, wo er sich seit Jahren auf die weitgehend geräuschlose Übernahme von Krankenhäusern und Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung durch Private-Equity-Gesellschaften spezialisiert hat. Ein Interview zu seiner Intention, Licht ins Dunkle zu bringen.

Rainer Bobsin hat sich dem Thema „Private-Equity“ verschrieben und recherchiert, welche Investoren hinter welchen Aufkäufen von Arztpraxen, MVZ und Kliniken stecken.



Herr Bobsin, Sie verfolgen bereits seit 2006 die Aktivitäten von Finanzinvestoren im Gesundheitswesen. Wie sind Sie zu diesem Thema gekommen?

Der Ausgangspunkt meiner Recherchen ist der Krankenhausmarkt. Nordic Capital und Apax Partners kauften 2006 den schwedischen Krankenhauskonzern Capio, der kurz zuvor die Deutsche Klinik GmbH übernommen hatte. Da ich niemanden kannte, der mir Näheres zu diesen, mir unbekanntem Käufern erzählen konnte, begann ich selbst zu suchen und kam zu dem Schluss, dass das Geschäftsmodell „Private Equity“ (PE) so speziell ist, dass es separat betrachtet werden sollte.

Dass PE-Gesellschaften auch Interesse an deutschen Arztpraxen ent-

wickelt hatten, verstand ich rund zehn Jahre später, als immer mehr einzelne kleine Krankenhäuser gekauft wurden – auch insolvente oder von der Schließung bedrohte. Da ich bei vielen dieser Käufe keinen betriebswirtschaftlichen Sinn erkennen konnte, musste ein anderer Grund vorliegen: die gesetzlich vorgegebene Notwendigkeit, eine zugelassene MVZ-Trägergesellschaft besitzen zu müssen, um Arztpraxen kaufen zu dürfen (Paragraf 95 SGB V). Zudem wurde klar: Diesen Weg zur Gründung von Arztpraxenkonzernen gingen und gehen auch Ärzte, Apotheker und andere Interessierte.

Die Fragen „Wer hat ein Krankenhaus gekauft?“, „Welche MVZ-GmbHs gehören diesem Krankenhaus?“ und „Welche Praxen betreibt

eine MVZ-GmbH?“ sind im Dschungel fantasievoll bezeichneter Besitzgesellschaften, die sich in verschiedensten Ländern, auch Steueroasen, finden lassen, nicht in jedem Fall zu beantworten, da der Gesetzgeber bisher versäumt hat, die Arztpraxenkonzerne zu verpflichten, die Eigentumsverhältnisse offenzulegen.

Im Sinne der öffentlichen Daseinsvorsorge sollten meines Erachtens mindestens die politischen Entscheidungsträger ausreichende Kenntnisse besitzen, die sie in die Lage versetzen, im gesundheitspolitischen „Wasserballett im Haifischbecken“ (Norbert Blüm) einen vernünftigen Interessenausgleich herbeizuführen.

Ich möchte also im Rahmen meiner Möglichkeiten dazu beitragen, ein wenig „Licht ins Dunkle“ zu bringen. Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich spreche mich nicht gegen MVZ als solche aus. Diese Form der Arztpraxis halte ich grundsätzlich für eine sinnvolle Ergänzung der bisher überwiegenden Versorgung durch selbstständige Ärztinnen und Ärzte in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Laut Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) arbeiten zurzeit etwa 14 Prozent aller ambulant tätigen Ärzte in MVZ. Diese können Vorteile sowohl für Patienten als

auch Beschäftigte bieten und zur Versorgungssicherheit beitragen.

Welche Strategien verfolgen Investoren? Möglichst viele Praxen aufkaufen? Konzentration auf teure Leistungen?

Ein PE-Manager ist in erster Linie seinen Kunden verpflichtet. Das sind vor allem sogenannte institutionelle Anleger (Pensionsfonds, Staatsfonds, Versicherungen, Banken), in Deutschland beispielsweise die Allianz-Versicherung, Apo-Bank, Bayerische Ärzteversorgung, Deutsche Ärzteversicherung AG oder KENFO. Institutionelle Anleger müssen bei ihrer Geldanlage eine ausgewogene Strategie zwischen möglichst geringem Risiko und möglichst hoher Rendite entwickeln, um eingegangene Zahlungsverpflichtungen, zum Beispiel zukünftige Rentenzahlungen, auch tatsächlich einhalten zu können. Daher kommt auch die Anlage in PE-Fonds infrage, verbunden mit der Hoffnung, hiermit hohe Renditen zu realisieren.

PE-Fonds erzielen diese Renditen überwiegend durch den Kauf und gewinnbringenden Weiterverkauf von Unternehmen verschiedenster Branchen. Ich sehe keine einheitliche, im Gesundheitswesen aber vorwiegend die sogenannte Buy-and-build-Strategie. Dabei wird zuerst ein Unternehmen gekauft, das im Laufe der Zeit mit weiteren Zukäufen zu einem immer größeren Konzern verschmolzen wird. Dieser Konzern wird durchschnittlich nach rund fünf Jahren wieder verkauft.

Ausschlaggebend für eine Kaufentscheidung dürfte daher eine Idee sein, wie oder an wen ein Unternehmen weiterverkauft werden kann. Hierbei spielen auch wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen eine Rolle, aber vor allem gilt: „Kein Kauf ohne Verkäufer“.

Die zahlreichen und zahlreicher werdenden verkaufswilligen Ärzte lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen: Einzelne Ärzte stoßen bei der Expansion ihrer eigenen Konzerne bei vielleicht zehn, 20 oder 30 Praxen an die Grenze der eigenen Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten, verkaufen die Mehrheit an ihrem Konzern und arbeiten als angestellte Manager weiter. Bei anderen Ärzten spielen Altersgründe die wesentliche Rolle. Sie verkaufen die Mehrheit an ihrer Praxis und arbeiten als angestellte Ärzte weiter, eventuell mit reduzierter Stundenzahl und sukzessivem Übergang in den Ruhestand. Der Verkaufserlös ist ein wesentlicher Bestandteil der eigenen Altersversorgung.

Welche aktuellen Entwicklungen sind für Sie beim Aufkauf von Kliniken, MVZ und Praxen durch Finanzinvestoren besonders auffällig?

Da der Zukauf von Praxen zur Bildung immer größerer Arztpraxenkonzerne Zeit in Anspruch nimmt, sind die am längsten bestehenden Konzerne in der Regel auch die mit den meisten Arztpraxen. Das zeigt sich einerseits in der Labormedizin, inklusive Endokrinologie, Genetik, Pathologie, Reproduktionsmedizin, Zytologie etc., andererseits in der Ophthalmologie. Amedes wurde 2007 zum ersten Mal verkauft, Synlab 2009, Artemis und OSG 2011. Ab 2015 folgten Käufe im Bereich Radiologie und Strahlentherapie sowie die durch eine Gesetzesänderung ermöglichten Käufe von Zahnarztpraxen. Seit 2021 sehe ich ein stärker werdendes Interesse an der Allgemeinmedizin, Kardiologie und Orthopädie und den „Trend“, sich nicht mehr auf eine Fachrichtung zu spezialisieren, sondern mehrere Fachrichtungen dazukaufen.

Da 2021 und Anfang 2022 auffällig viele PE-Gesellschaften einzelne Krankenhäuser gekauft haben und damit den juristischen Grundstein zur Bildung eines Arztpraxenkonzerns legen konnten und es zudem auffällig viele Weiterverkäufe ganzer Arztpraxenkonzerne gab, vermute ich, dass die Expansion mit „frischem Geld“ neuen Schwung bekommen könnte.

Außerdem ist ein Internationalisierungsprozess zu erkennen, indem ursprünglich deutsche Konzerne ins europäische Ausland expandieren und ursprünglich ausländische Konzerne Krankenhäuser und Praxen in Deutschland kaufen – zuletzt Mehiläinen (Finnland), Bergman Clinics (Niederlande), Medipass (Italien) und Centric Health (Irland).

Für eine seriöse Bewertung liegen mir zu wenige Informationen vor. Ich teile aber die von Dr. phil. Christoph Scheuplein und Richard Buzek beschriebenen Bedenken: „Die an sich wünschenswerte Kapitalzufuhr in das Gesundheitssystem ist jedoch an eine Reihe von problematischen Bedingungen und Nebenfolgen gebunden: Das Kapital wird in den meisten Fällen nur auf wenige Jahre befristet bereitgestellt, auf die neuen Arztpraxis-Ketten kommen weitere Eigentümerwechsel zu, es werden Renditeanforderungen in der Höhe von anderen ‚alternativen Investments‘ gestellt und die Gewinnabflüsse aus dem Gesundheitssystem werden deutlich intransparenter.“*

Herr Bobsin, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

* „Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern“, Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2021, Seite 36 bis 44

GROSSES MEDIENINTERESSE

Dass Investoren aus dem In- und Ausland Medizinische Versorgungszentren (MVZ) übernehmen, um damit möglichst hohe Rendite zu erzielen, war bis vor Kurzem fast ausschließlich ein Expertenthema. Das IGES-Gutachten der KVB sowie eine ARD-Dokumentation haben dies nun geändert.

Zwei Reporter des Norddeutschen Rundfunks (NDR) befragen einen Bürger neben einem Praxisschild in Kiel, ob er wisse, dass die Praxis einem Investor aus London gehöre. Dieser schaut irritiert, weil er dies kaum glauben kann. So wie dem ahnungslosen Passanten an der Kieler Förde ging es wohl vielen Menschen in Deutschland beim Thema „Private Equity in der ambulanten Versorgung“. Dies hat sich mittlerweile grundlegend geändert. Die NDR-Dokumentation „Spekulanten greifen nach Arztpraxen“, die im Rahmen des ARD-Magazins „Panorama“ ausgestrahlt wurde, hat großes Interesse bei Fach- und Publikumsmedien ausgelöst: Von der „Ärzte-Zeitung“ bis zur „Süddeutschen Zeitung“ griffen zahlreiche Publikationen das Thema auf.

Auch die „Heute Show“ mit Oliver Welke griff das Thema „investorengetragene MVZ“ pointiert und hintergründig auf.

Dass die Medien faktenbasiert über die Problematik berichten konnten, lag insbesondere am IGES-Gutachten der KVB (siehe Seite 6) und den jahrelangen Vorarbeiten, etwa dem KVB FORUM-Sonderheft aus dem März 2021. Als „Glücksfall“ für die Kommunikation des Themas in die breite Öffentlichkeit erwies sich, dass die Aussagen des Gutachtens und die Berichterstattung in den Medien sich ergänzten. So stellen die IGES-Experten eine Korrelation zwischen investorengetragene MVZ (iMVZ) und höheren Honorarumsätzen fest.

Unnötige Operationen

Die NDR-Dokumentation brachte dazu einen neuen Blickwinkel ein: So berichteten Ärztinnen und Ärz-

te, die in iMVZ gearbeitet haben, im Schutz der Anonymität und des journalistischen Quellenschutzes über den Renditedruck seitens der Geschäftsführung. Auch der Fall einer Patientin aus Düsseldorf ließ aufhorchen: Diese schilderte, wie sie von einer im Grunde medizinisch nicht notwendigen Kataraktoperation überzeugt werden sollte. Befragt nach den politischen Folgen des IGES-Gutachtens und der NDR-Recherchen forderte Dr. med. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der KVB, in der „Rundschau“ des Bayerischen Fernsehens: „Die finanziellen Einflüsse der Investoren in der ambulanten Versorgung müssen begrenzt werden.“

Pointierte Berichterstattung

Der Berichterstattung in den diversen Sendeformaten der ARD sowie in den Tageszeitungen und Fachmedien folgte Ende April auch das ZDF und nahm das Thema in der Satiresendung „Heute Show“ mit Oliver Welke auf. Solche Formate, die Nachrichteninhalte humorvoll und hintergründig aufbereiten, sind – wie in den USA – auch in Deutschland stark im Kommen und entfalten dank ihrer hohen Reichweite durchaus auch Wirkung bei den politischen Entscheidungsträgern. Ein Millionenpublikum sah zur besten Sendezeit am Freitagabend die eine oder andere Verballhornung des Themas („DocDividende“), konnte sich aber auch zusätzlich ernsthaft und vertiefend über das



Thema auf der Website der „Heute Show“ informieren.

Drohende Folge einer weiteren politischen Inaktivität

Der Vorstand der KVB – Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – schilderte in einer Presseinformation anlässlich der Veröffentlichung des Gutachtens am 7. April 2022 die Folgen, falls die Politik trotz intensiver Diskussion in der Öffentlichkeit nicht handelt: „Diese Entwicklung führt dazu, dass die Freiberuflichkeit massiv in Frage gestellt wird und dass für jüngere Kolleginnen und Kollegen die Übernahme eines Vertragsarztsitzes finanziell nicht mehr zu stemmen ist. Wichtig ist, dass klare Vorgaben in Bezug auf Transparenz der Gesellschafterstruktur, Zulassung und Gestaltung solcher iMVZ vom Gesetzgeber gemacht werden – mit dem Ziel, eine marktbeherrschende Stellung von iMVZ zu verhindern. Seit vielen Jahren warnen die Ärztinnen und Ärzte sowie deren Standesorganisationen vor einer solchen Entwicklung. Passiert ist bislang allerdings viel zu wenig. Das muss sich jetzt ändern, weil konkrete Zahlen auf dem Tisch liegen.“

Der Vorstand der KVB wird weiterhin alle Hebel in Bewegung setzen, um in Berlin gesetzliche Änderungen anzumahnen, damit die Patienten in Zukunft eben nicht mehr so ahnungslos sind, wie der Passant vor dem Arztschild in Kiel. Die mediale Aufmerksamkeit hat das Thema auf jeden Fall in ein größeres Scheinwerferlicht gerückt.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)

Holetschek zu iMVZ: „Passiert ist bisher nichts“



Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) hat nach dem „Panorama“-Bericht sofortige politischen Konsequenzen von der Bundesregierung gefordert. „Die Zahl solcher MVZ steigt stetig an, hier verändert sich aktuell schleichend und unumkehrbar unsere Versorgungslandschaft mit unabsehbaren Folgen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat dem Bund bereits im November 2021 Regulierungsvorschläge übermittelt und die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe gefordert – passiert ist bisher aber leider nichts.“



iMVZ in Sozialen Medien und Online-Kommentaren

Parallel zu klassischen Medien nutzt die KVB inzwischen auch diverse Social-Media-Kanäle, um gesundheitspolitisch Interessierte direkt über relevante Themen zu informieren. Insgesamt 30 Posts hat das Social-Media-Team zum Thema iMVZ bereits auf Twitter, Instagram, Facebook, LinkedIn und Xing erstellt. Auf Twitter gab es viel positive Resonanz. Dr. med. Christiane Groß, Allgemeinärztin aus Wuppertal und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein, tweetete beispielsweise: „Ja, das Thema haben wir Ärztinnen und Ärzte schon oft und seit Jahren in die Öffentlichkeit gebracht, kaum jemand wollte es hören. Es betrifft auch andere Fächer. Schön wäre es, wenn endlich etwas passiert. Ohne Unterstützung der Politik geht’s nicht. Erkennt die Brisanz!!!“

Interessant ist auch ein Blick in die Kommentarspalten des Onlineportals von BR24. Dort haben überdurchschnittlich viele Interessierte mit über 130 Kommentaren an der Diskussion über Private-Equity-Investoren im Gesundheitswesen teilgenommen.

TEILNAHMEKAPAZITÄTEN AM PROJEKT PoiSe AUSGEBAUT

Das vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt PoiSe ist vor einem Jahr in den ärztlichen Praxen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte im Rahmen einer Pilotstudie gestartet. Seit Februar 2022 läuft die Hauptstudie des Projekts. Nun wurden die Verlängerung der Laufzeit sowie die Erhöhung der Anzahl der teilnehmenden Haus- und Fachärzte vom G-BA bewilligt.



Der Innovationsausschuss des G-BA hat im Herbst 2019 das Projekt PoiSe – Prävention, online-Feedback und interdisziplinäre Therapie akuter Schwindelerkrankungen mittels e-Health – zur Förderung im Bereich „neue Versorgungsformen“ ausgewählt. Mit dem Innovationsfonds werden seit 2016 Projekte zu neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, sowie Versorgungsforschungsprojekte unterstützt. Ziel von PoiSe ist – unter Einsatz einer digitalen Versorgungsinnovation – die Optimierung der Diagnostik und Therapie akuter Schwindelerkrankungen im haus- und fachärztlichen Bereich, um eine Chronifizierung zu verhindern und die Versorgungswege zu vereinfachen.

Nach der positiven Resonanz im Rahmen der ersten Rekrutierungsphase von Haus- und Fachärzten konnten die Plätze ärztlicher Teilnehmer aufgestockt werden, sodass nun eine Teilnahmeerklärung für die Hauptstudie des Projekts wieder möglich ist. Zusätzlich wur-



de die Laufzeit um sechs Monate verlängert. Die Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit akuten Schwindelerkrankungen ist somit bis 30. Juni 2023 vorgesehen. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten im Rahmen von PoiSe ist nach diesem Datum noch für vier weitere Monate möglich.

Neben den Leistungen der Regelversorgung können in Rahmen von PoiSe zusätzliche Projektleistungen an den Patienten erbracht und abgerechnet werden. Dazu gehören für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte der Interventions- beziehungsweise der Kontrollgruppe die Vergütung der Teilnahme an der initialen ärztlichen Fortbildung sowie die Projekteinschreibung der Patientinnen und Patienten. Für

teilnehmende Ärztinnen und Ärzte der Interventionsgruppe wird zusätzlich die projektbezogene Betreuung der Patientinnen und Patienten vergütet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Bei Fragen zum Projekt PoiSe oder zu den Teilnahmemöglichkeiten können sich interessierte Ärztinnen und Ärzte gerne an das Team Zusatzverträge der KVB im Referat Versorgungsinnovationen wenden. Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 84, E-Mail PoiSe@kvb.de. Weitere Informationen finden sich auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/ Buchstabe „P“/PoiSe/*

Mareike Franz (KVB)

„DIE PATIENTEN ENTWICKELN EINEN STARKEN LEIDENSDRUCK“

Professor Dr. Dr. med. Karl-Friedrich Hamann ist niedergelassener Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in München. Ein Gespräch über seine Motivation, das Innovationsfondsprojekt PoiSe als ärztlicher Fachexperte zu unterstützen.

Herr Professor Hamann, worin liegen die besonderen Herausforderungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten Schwindelerkrankungen?

Die besonderen Herausforderungen liegen vor allem darin, dass die Patienten einen starken Leidensdruck entwickeln, da Schwindel, vor allem, wenn er vorher noch nicht erlebt wurde, mit einem Panikgefühl einhergeht. Der Patient meint, „die Welt geht unter“. Für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bedeutet dies, dass möglichst schnell eine Diagnose gestellt werden muss. Insbesondere müssen ernste Erkrankungen wie ein Schlaganfall rasch erkannt werden, um den Patienten einer entsprechenden Behandlung zuzuführen. Eine weitere Herausforderung besteht darin, den Patienten bei einer ungefährlichen Diagnose darüber aufzuklären und ihm Angst und Panikgefühle zu nehmen.

Warum haben Sie sich für die Unterstützung des Innovationsfondsprojekts PoiSe als ärztlicher Fachexperte entschieden?

Da Schwindel auch weiterhin von vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als „schwierig“ und noch nicht genügend aufgeklärt betrachtet wird, möchte ich dazu beitragen, die in den letzten 40 Jahren gewonnenen, gesicherten

Erkenntnisse weiterzugeben. Damit kann den Kolleginnen und Kollegen ein Rüstzeug mit Empfehlungen an die Hand gegeben werden, die eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

Worin sehen Sie die Vorteile in der Versorgungsinnovation im Projekt PoiSe für die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte? Warum sollten diese am Projekt teilnehmen?

Der Hauptvorteil der Versorgungsinnovation PoiSe liegt in der Möglichkeit, Patienten mittel- und langfristig mithilfe einer App zu begleiten und so den Krankheitsverlauf zu überwachen. Das Projekt richtet sich an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, da sie die erste Anlaufstelle in der Akutversorgung sind. Eher wenige Patientinnen und Patienten wenden sich bei akuten Beschwerden sofort an die Notaufnahme einer Klinik. Durch die strukturierte Weiterbildung erfolgt darüber hinaus ein wichtiger Wissenstransfer.

Worin sehen Sie aus ärztlicher Sicht die Vorteile in der neuen Versorgungsform für Ihre Patientinnen und Patienten?

Für mich als ärztlichen Fachexperten liegen die Vorteile in der neuen Versorgungsform für meine Patienten darin, dass durch die First-Line-



Karl-Friedrich Hamann ist von den Projektvorteilen, die PoiSe für niedergelassene Kollegen, aber vor allem für teilnehmende Patienten bietet, überzeugt.

Betreuung durch andere Kolleginnen und Kollegen eine Vorselektion erfolgen kann, die dazu führt, dass gezielt Patienten mit einer komplizierten Problematik überwiesen werden. Nicht jeder Lagerungsschwindelpatient oder Menière-Patient muss zum Fachexperten, dessen Expertise eher bei kombinierten oder seltenen Krankheitsbildern wie beispielsweise dem Lindsay-Hemenway-Syndrom gefragt ist. Auch die Kombination von Schwindelbeschwerden mit Kopfschmerzen, hinter der sich eine vestibuläre Migräne verbergen kann, stellt noch ein Problem dar, weil entscheidende Erkenntnisse erst seit wenigen Jahren verbindlich publiziert wurden. Durch die verbesserte Erstdiagnostik kann gezielt weiter behandelt werden und eine Rücküberweisung an den Zuweiser erfolgen.

Herr Professor Hamann, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Mareike Franz (KVB)

MEHR FLEXIBILITÄT FÜR ANTRAGSTELLER

Mit Beschluss der Vertreterversammlung der KVB am 19. März 2022 wurde die Richtlinie der KVB zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung nach Paragraph 75a SGB V angepasst. Antragstellende Praxen profitieren zukünftig von einer höheren Flexibilität.

Hintergrund für die Anpassung der Richtlinie sind die Änderungen der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß Paragraph 75a SGB V durch die Vereinbarungs-partner auf Bundesebene. Die Bundesvorgaben wurden durch den Beschluss der Vertreter-versammlung in das KV-Recht überführt.

So wurde die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte von zwölf auf drei Monate in Vollzeit abgesenkt. Auch kürzere Rotationsmöglichkeiten in die ambulante Versorgung, insbesondere im Rahmen von geplanten und dokumentierten Rotationen in fachärztlichen Weiterbildungsverbänden, können ermöglicht werden. Weitere Informationen zur Idee fachärztlicher Weiterbildungsverbände sowie zum Beratungsangebot der Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung finden Sie unter www.kostf-bayern.de.

Zudem wurden die Möglichkeiten zur Förderung von Abschnitten in anderen Fachgebieten, sofern diese auf das angestrebte Weiterbildungsziel innerhalb der förderfähigen Fachgruppen anrechenbar sind, erweitert. Auf diese Weise wird es Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ermöglicht, auch Erfahrungen in anderen Fachgebieten zu

Die grundlegenden Fakten im Überblick

- In Bayern sind im Jahr 2022 **316,04** Stellen förderfähig. Für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte ist gesetzlich eine Mindestquote von 12,5 Prozent der pro Förderjahr verfügbaren Stellen vorgesehen.
- Die nächste Ausschreibung fachärztlicher Förderstellen startet zum 1. Juli 2022 und endet am 31. August 2022. Das Antragsformular wird rechtzeitig zum Start der Ausschreibung um 9.00 Uhr online verfügbar sein.
- Grundsätzlich förderfähig sind folgende Bedarfsplanungsarztgruppen beziehungsweise Facharztweiterbildungen:
 - Augenärzte
 - Frauenärzte
 - Hautärzte
 - HNO-Ärzte (inklusive Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)
 - Kinder- und Jugendärzte
 - Kinder- und Jugendpsychiater
 - Fachärzte für Allgemeinchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie
 - Nervenärzte
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Urologen
- Die Höhe der Förderung beträgt für einen in Vollzeit beschäftigten Arzt in Weiterbildung **5.000 Euro** monatlich (Teilzeit entsprechend anteilig)
- Bei dem beantragten Förderzeitraum muss es sich um einen Weiterbildungsabschnitt handeln, der nach der aktuell geltenden Weiterbildungsordnung auf die jeweilige Weiterbildung **anrechnungsfähig** ist. Die Prüfung der Anrechnungsfähigkeit erfolgt durch die Bayerische Landesärztekammer.
- Weiterbildungen, die in einer der förderfähigen Fachgruppen erfolgen, sind förderfähig, wenn die weiterbildende Praxis gemäß den Vorgaben auf Bundesebene „überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig“ ist. Näheres hierzu sowie zu den weiteren Fördervoraussetzungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Nachwuchs/Weiterbildung/Förderung fachärztliche Weiterbildung/Gesetzliche Förderung nach § 75a*



sammeln, ohne dass die Zeit in Bezug auf die Anrechnungsfähigkeit auf die Weiterbildung „verloren“ wäre.

Dabei gilt: Künftig sind neben Weiterbildungsabschnitten, die im Gebiet der angestrebten Facharzt- richtung in einer der förderfähigen Fachgruppen absolviert werden, auch Abschnitte in anderen Gebieten grundsätzlich förderfähig, soweit diese von der Weiterbildungs- ordnung für die Ärzte Bayerns in der jeweils geltenden Fassung für die angestrebte Facharztanerkennung **verpflichtend** vorgesehen sind. Hierdurch können sich erweiterte Kooperationsmöglichkeiten für Weiterbilder unterschiedlicher Fachrichtungen ergeben.

Der Vorstand der KVB hat zudem von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, auch fakultative Abschnitte (also Abschnitte, die auf die Weiter- bildung im angestrebten Fachge- biet anrechnungsfähig sind, aber nicht verpflichtend zur Erlangung der Facharztbezeichnung abge- leistet werden müssen) als förder- fähig zu erklären, sofern diese in der jeweils geltenden Weiter- bildungsordnung im Rahmen der angestrebten Facharztanerken- nung möglich und alle weiteren Fördervoraussetzungen erfüllt sind. Für den Fall, dass die Zahl der beantragten Stellen die Zahl der förderfähigen Plätze über- steigt, werden in einem Auswahl- verfahren jedoch verpflichtend

abzuleistende Weiterbildungs- abschnitte vorrangig gefördert.

Als maximale Förderdauer einer fachärztlichen Weiterbildung gelten die in der jeweils aktuellen Fassung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vorgesehenen Min- dest-Weiterbildungszeiten für die jeweiligen förderfähigen Facharzt- anerkenntnisse. Während dies für Weiterbildungen auf Basis der der- zeit noch gültigen Fassung der Weiterbildungsordnung aufgrund der Begrenzung der ambulanten Weiterbildung in vielen Fachgebie- ten faktisch weiterhin mit der ma- ximalen ambulanten Weiterbildungs- zeit gleichzusetzen ist, ist bei Fach- gebieten ohne maximale ambu- lante Weiterbildungszeit sowie bei Weiterbildungen auf Basis der neuen Weiterbildungsordnung, die zum 1. August 2022 in Kraft tritt, auch eine längere Förderdauer denk- bar, sofern die Weiterbildungsstätte die Kompetenzen entsprechend ihres Befugnisumfangs vermitteln und nachweisen kann.

*Dr. rer. pol. Matthias Fischer,
Stephanie Koller (beide KVB)*

Neufassung der Weiterbildungsordnung

Der Bayerische Ärztetag hat im Oktober 2021 die Neufassung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns beschlossen. Sie wird zum 1. August 2022 in Kraft treten. Wesentliche Neuerung ist die Umstellung sämtlicher Weiterbildungsgänge hin zur so- genannten Kompetenzorientierung. Unterschieden wird zukünftig zwischen „Kognitiven Kompetenzen und Methodenkompetenzen“ sowie „Handlungskompetenzen“.

Für weitere Informationen zur Neufassung der Weiterbildungs- ordnung sowie zur Beantragung einer Befugnis verweisen wir auf die Informationsangebote der BLÄK.

SCHWANGERSCHAFT UND BERUF

Wenn sich Familienzuwachs ankündigt, ist dies in aller Regel ein großer Grund zur Freude. Doch wie sind schwangere Ärztinnen und Psychotherapeutinnen in dieser Zeit abgesichert? Welche Auswirkungen hat die Covid-19-Pandemie? Diese Fragen, und wie sich die Situation für Angestellte und Selbstständige unterscheidet, klärt der nachfolgende Artikel.

Für Schwangere, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis stehen, gelten die gesetzlichen Vorschriften des Mutterschutzes (MuSchG). Sie dürfen in den letzten sechs Wochen vor und in den ersten acht Wochen nach der Geburt (bei Früh- und/oder Mehrlingsgeburten in den ersten zwölf Wochen nach der Geburt) gar nicht beschäftigt werden. Für Selbstständige finden die Bestimmungen des Mutterschutzes zwar keine Anwendung, jedoch bestehen verschiedene vertragsärztliche Angebote, die für Entlastung sorgen können.

Die Vertretung im zeitlichen Zusammenhang mit der Entbindung ist für selbstständige Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen für zwölf Monate genehmigungsfrei per Anzeige bei der KVB möglich und darüber hinaus genehmigungspflichtig. Für Psychotherapeutinnen gilt, dass eine Vertretung nur möglich ist, wenn der Vertreter im angezeigten Zeitraum die aufgenommenen Therapien auch beenden kann. Sofern die schwangere Ärztin durch andere Kollegen innerhalb der Praxis vertreten wird, ist dies für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten möglich. Für einen darüberhinausgehenden Zeitraum müsste ein praxisexterner Vertreter gefunden werden. Eine weitere Möglichkeit der Unterstützung stellt die genehmigungspflichtige

Anstellung einer Sicherstellungsassistenz dar. Diese Unterstützung ist bis zu drei Jahre wegen Kindererziehung möglich. Der Vorteil liegt hier in der Option einer gleichzeitigen Tätigkeit von Ärztin/Therapeutin und Assistenten. Dies kann auch einen schrittweisen Wiedereinstieg in den Praxisalltag nach der Babypause ermöglichen. Für die Suche einer Vertretung oder eines Sicherstellungsassistenten nutzen Sie gerne unser Angebot der KVB Börse unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Börse*.

Sollte der Einsatz eines Vertreters oder einer Sicherstellungsassistenz nicht möglich sein, weil zum Beispiel die Arztsuche nicht erfolgreich war, kann für maximal zwei Jahre das (vollständige oder teilweise) Ruhen der Zulassung beim Zulassungsausschuss beantragt werden. Das Ruhen sollte gut abgewägt werden, da laufende Kosten der Praxis, wie zum Beispiel Mietzahlungen, während des Ruhens in der Regel weitergetragen werden müssen. Für angestellte Ärztinnen und Psychotherapeutinnen bestehen grundsätzlich dieselben Möglichkeiten wie für Selbstständige – Vertretung, Sicherstellungsassistenz, Ruhen.

Zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung ist für den Praxisinhaber die Beschäftigung eines

Vertreters oder Assistenten oft die bessere Variante im Gegensatz zum Ruhen der Anstellung. Vorbehalte bezüglich der gleichzeitigen Gehaltszahlung an die Sicherstellungsassistenz sowie an die Angestellte im Mutterschutz sind nachvollziehbar, können aber ausgeräumt werden. Zwar ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Nettogehalt der letzten drei Monate vor Beginn des Beschäftigungsverbots und dem Mutterschaftsgeld weiterhin zu tragen. Diese Aufwendungen werden aber auf Antrag von der Krankenkasse der Arbeitnehmerin erstattet – unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert ist.

Mutterschaftsgeld

Arbeitnehmerinnen, die gesetzlich krankenversichert sind, erhalten während der Schutzfristen in Abhängigkeit vom Versichertenstatus Mutterschaftsgeld. Privatversicherte angestellte Ärztinnen und Psychotherapeutinnen haben in der Regel keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld, außer dies wäre im Versicherungsvertrag vereinbart. Auch privatversicherte selbstständige Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sollten einen möglichen Anspruch frühzeitig prüfen. Sind in der Vergangenheit Zusatzbeiträge für ein Kranken- und damit Mutterschaftsgeld vereinbart worden? Oder greift

eine private Krankentagegeldversicherung? Die Höhe des Anspruchs richtet sich dabei nach der Höhe des Einkommens vor der Mutterschutzfrist.

Elterngeld

Grundsätzlich haben Arbeitnehmerinnen die Möglichkeit, nach der Entbindung und nach Ablauf des Mutterschutzes freigestellt zu werden – unbezahlt und befristet auf drei Jahre. Für diesen Zeitraum kann eigenständig und schriftlich Elterngeld bei der für sie zuständigen Behörde beantragt werden. Die Zeit der Freistellung kann der Arbeitgeber durch die beschriebenen Mittel der Beschäftigung eines Vertreters oder einer Sicherstellungsassistenz überbrücken.

Beim Elterngeld wird nicht zwischen Arbeitnehmerinnen und Selbstständigen unterschieden. Elterngeld wird nach dem Nettoeinkommen des betreuenden Elternteils vor der Geburt des Kindes bemessen. Bei abhängig Beschäftigten erfolgt im Allgemeinen die Berechnung auf Basis des Einkommens der letzten zwölf Monate. Selbstständige müssen in der Regel die Gewinneinkünfte über den Steuerbescheid des Kalenderjahres vor der Geburt bei ihrer zuständigen Elterngeldstelle nachweisen. Weitere Informationen zu diesem Thema sowie einen Elterngeldrechner finden Sie unter <https://familienportal.de/>.

Wofür steht das Mutterschutzgesetz?

Grundsätzlich untersteht der Arbeitgeber der Fürsorgepflicht für die Angestellten. Er ist verpflichtet, sie vor körperlichen, seelischen und materiellen Schäden zu bewahren. Im MuSchG wird dies für die schwangeren Arbeitnehmerinnen

konkretisiert. Arbeitgeber sind für die Verringerung und/oder Vermeidung der Gefahren verantwortlich, die einen Bezug zur Tätigkeit der schwangeren Angestellten haben. Relevant sind nur die im Beruf entstehenden Risiken, die zudem das allgemeine Lebensrisiko übersteigen. Nur in solchen Fällen kann eine Gefährdung im mutterschutzrechtlichen Sinn festgestellt werden.

Beschäftigungsverbot immer häufiger direkt mit Bekanntwerden der Schwangerschaft ausgesprochen wird. Dies zwingt Praxisinhaber zunehmend zu kurzfristigen Reaktionen. Wir empfehlen hierfür, nach Möglichkeit bereits präventiv Maßnahmen zu treffen. Sollte nach Bekanntwerden der Schwangerschaft noch kein ärztliches Beschäftigungsverbot vorliegen, ist der Praxisinhaber verpflichtet, die Gefährdungsbeurteilung individuell im berufli-



Was ist in Verbindung mit Corona zu beachten?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht diesbezüglich Hinweise zur Bewertung von Gefährdungen. Während der Corona-Pandemie ist immer dann von einer relevanten Gefährdung auszugehen, wenn die Beschäftigten beruflich einen besonderen Personenkontakt haben und die jeweils geltenden Infektionsschutzvorgaben nur teilweise oder gar nicht eingehalten werden können. Mit der Tätigkeit in einer Arztpraxis zählen sowohl Ärztinnen als auch die in der Praxis beschäftigten Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu der Fallgruppe mit besonderem Personenkontakt. Seit Beginn der Corona-Pandemie beobachten wir, dass ein ärztliches

Zusammenhang zu treffen. Wenn eine unverantwortbare Gefährdung festgestellt wird, ist das Beschäftigungsverbot die Ultima Ratio – mehr noch ist der Praxisinhaber dazu angehalten, Maßnahmen zur Gewährleistung eines ausreichenden Schutzes zu entwickeln. Zum Beispiel könnte eine schwangere MFA schwerpunktmäßig bei administrativen Tätigkeiten wie Rückrufen, Terminvereinbarungen oder der Abrechnungsbearbeitung eingesetzt werden, anstelle der Patientenaufnahme und -koordination. So kann die schwangere Angestellte möglichst lange unter sicheren Umständen in der Praxis eingesetzt werden.

*Amelie Novacek, Lorenz Hartl,
Vivica Geringer (alle KVB)*

UNTERVERSORGUNG IM FOKUS DES POLITISCHEN AUSTAUSCHES

Die KVB hat für drohend unterversorgte sowie für unterversorgte Planungsbereiche viele wirkungsvolle Fördermaßnahmen, um eine flächendeckende Sicherstellung der ambulanten ärztlichen wie auch psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten. Dabei spielen nicht nur monetäre Aspekte eine Rolle, sondern auch Gespräche mit den politischen Akteuren vor Ort.

Über den regelmäßigen Austausch mit der KVB erhalten Politikerinnen und Politiker vertiefte Einblicke in die Situation der haus- und fachärztlichen Versorgung mit aktuellen Zahlen und Fakten aus ihrem Wahlkreis. Zudem können sie drängende Fragen der Bürgerinnen und Bürger an die KVB herantragen. Die KVB kann in solchen Gesprächsrunden den Politikern auch Hinweise liefern, wie einem drohenden oder bestehenden Ärzte- beziehungsweise Psychotherapeutenmangel in ihrer Region präventiv begegnet werden kann. Mit anderen Worten: Was die Politik selbst tun kann, um die ambulante Versorgung vor Ort zu verbessern.

Dabei ist es besonders wichtig, den Bürgermeistern, Landräten oder Abgeordneten zu verdeutlichen, dass gerade im ländlichen Raum nicht nur monetäre Anreize für eine Niederlassung von Bedeutung sind, sondern auch eine vorhandene Infrastruktur, Betreuungsangebote für Kinder, attraktive Freizeitmöglichkeiten und Arbeitsplätze für den Lebenspartner.

Der Großteil der Kommunen, mit denen wir im Austausch sind, verfügt über all diese sogenannten Standortfaktoren. Teilweise suchen aber sogar Gemeinden mit traumhaften Landschaften und wunderschönen Altstädten nach Ärzten oder Psychotherapeuten – nicht zuletzt, weil sie in der öffentlichen Wahrnehmung relativ unbekannt sind.

Werbetrommel für ländlichen Raum

Dies kennzeichnet ein wichtiges Problem: Da die „Ressource“ Arzt/Psychotherapeut begrenzt ist, müssten sich gerade ländliche Kommunen im Sinne des in der Privatwirtschaft proklamierten „War for Talents“ als lebenswerte Ortschaften für niederlassungssuchende Mediziner darstellen, um sich insbesondere gegen die Konkurrenz der Großstädte zu be-

haupten. Daher raten wir den politischen Vertretern immer wieder, die Werbetrommel zu rühren, beispielsweise über Social-Media-Kanäle, um ihren Wahlkreis als attraktive Region ins Bewusstsein der Mediziner zu bringen.

Gegenwärtig haben wir insgesamt 106 bayerische Bundestagsabgeordnete von SPD, GRÜNE, FDP und CSU angeschrieben, die in den neuen Bundestag gewählt wurden, und ihnen einen fachlichen Austausch zur ambulanten Versorgung in ihrem Wahlkreis angeboten. Einige Gespräche haben bereits stattgefunden, in denen wir den Abgeordneten die Versorgungssituation, Bedarfsplanung sowie Fördermöglichkeiten in ihren Regionen näherbringen konnten. Gleichzeitig haben wir in den Treffen Themen angesprochen, die die niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte bewegen, in der Hoffnung, dass diese Forderungen von den Bundestagsabgeordneten nach Berlin getragen werden. Der Austausch zwischen KVB und Politik soll dadurch letztendlich sowohl für die ambulante Versorgung als auch für die Interessen unserer Mitglieder hilfreich sein.

Benjamin Laub (KVB)



FÖRDERPROGRAMME SETZEN GEZIELT ANREIZE

Nicht nur der Dialog mit der Politik ist wichtig, um auf eine verbesserte regionale ambulante Versorgung hinzuwirken. Die KVB setzt zudem mit ihren Förderprogrammen in drohend unterversorgten sowie unterversorgten Regionen gezielt finanzielle Anreize, um den Schritt in die vertragsärztliche Versorgung oder zur Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes zu erleichtern.

Zum Beispiel gibt es bis zu 90.000 Euro Investitionskostenzuschuss bei einer Niederlassung in einem unterversorgten Planungsbereich und bis zu 60.000 Euro in einem drohend unterversorgten Planungsbereich, oder einmalig bis zu 22.500 Euro beziehungsweise 15.000 Euro für die Errichtung einer Zweigpraxis.

Bis zu 4.000 Euro pro Quartal erhalten Praxen in drohend unterversorgten sowie unterversorgten Planungsbereichen für die Anstellung eines weiteren Hausarztes.

Alle Fördermaßnahmen finden Sie in der Tabelle. Grundlage für die finanzielle Unterstützung ist die Feststellung des Landesausschusses zur Versorgungssituation im Planungsbereich. Bei einer Aufhebung der Unterversorgung durch den Landesausschuss muss die KVB die Förderungen beenden.

Benjamin Laub (KVB)

Finanzielle Fördermaßnahmen der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Zuschuss zu den Investitionskosten für eine vertragsärztliche Niederlassung

- einmalig bis zu 90.000 Euro bei Unterversorgung
- einmalig bis zu 60.000 Euro bei drohender Unterversorgung

Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis bis zu 85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe

Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis

- einmalig bis zu 22.500 Euro bei Unterversorgung
- einmalig bis zu 15.000 Euro bei drohender Unterversorgung

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von angestellten Ärztinnen/Ärzten bis zu 4.000 Euro pro Quartal

Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung einer Ärztin/eines Arztes einmalig für die nachgewiesenen Kosten bis zu 15.000 Euro

Zuschuss zur Beschäftigung von hausärztlichen Versorgungsassistenten, Präventionsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin oder nichtärztlichen Praxisassistenten

einmalig bis zu 1.500 Euro

Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus

bis zu 4.500 Euro pro Quartal

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung

bis zu 2.500 Euro pro Monat beziehungsweise 16,03 Euro pro Stunde

Regionale finanzielle Förderungen

Die KVB bietet Förderungen für Niederlassungen oder Zweigpraxen an. Mit den finanziellen Zuschüssen werden der Praxisaufbau oder die Praxisfortführung gefördert. Die Fördergelder aus dem Strukturfonds, der zu gleichen Teilen von der KVB und den Krankenkassen finanziert wird, können auch verwendet werden, um Ärztinnen und Ärzte oder eine Assistenz anzustellen.

Einen Überblick über die neuen und bereits bestehenden Fördermaßnahmen sowie Informationen zu allen Förderprogrammen und Anträge finden Sie in der Tabelle rechts oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/finanzielle Fördermaßnahmen/Regionale finanzielle Förderungen*. Ausführliche Informationen zu den einzelnen geförderten Regionen werden in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Region sucht Arzt* vorgestellt. Unsere Beraterinnen und Berater vor Ort unterstützen Sie gerne bei Ihren Fragen.

KISS INTENSIVIERT ZUSAMMENARBEIT MIT ARZTPRAXEN

Der gemeinnützige Verein Selbsthilfekontaktstellen Kiss Mittelfranken e. V. bildet das Dach von über 900 Selbsthilfegruppen und ist die zentrale Plattform für die Selbsthilfelandchaft in der mittelfränkischen Region. Elisabeth Benzing, Geschäftsführerin von Kiss Mittelfranken, berichtet über aktuelle Maßnahmen, mit denen die Zusammenarbeit mit den Haus- und Facharztpraxen der Region künftig intensiviert werden soll.

Im hektischen Praxisalltag bleibt Ärztinnen und Ärzten oft wenig Zeit für intensivere Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten. In solchen Fällen kann ein Austausch mit Gleichbetroffenen ein zusätzliches und ergänzendes Angebot darstellen. Kiss Mittelfranken geht deswegen in diesem Frühjahr verstärkt mit Informationsmaterial auf mittelfränkische Haus- und Facharztpraxen zu, um den positiven Nutzen einer Selbsthilfegruppe für den ärztlichen Praxisalltag in den Fokus zu rücken.

Denn Selbsthilfegruppen bereichern neben der fachlichen Beratung und Information die Versorgungslandschaft vor allem durch eine persönliche Komponente: die Sichtweise der Betroffenen. Verständnis und Beistand durch andere, das Gefühl,



nicht allein zu sein, und die individuellen Herausforderungen oder Schwierigkeiten mit Gleichbetroffenen ausführlich austauschen zu können, sind für die Gesunderhaltung und Problembewältigung nahezu unbezahlbar. Ärztinnen und Ärzte, die eine Selbsthilfegruppe empfehlen, können sich daher in der Beratung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten entlasten und schaffen gleichzeitig eine gute Basis für die weitere Behandlung. In Mittelfranken können sich Ärztinnen und Ärzte bei Fragen rund um die Themen Selbsthilfe und

Selbsthilfegruppen an Kiss Mittelfranken e. V. wenden. Die sechs im Verein organisierten Kontaktstellen vermitteln an rund 900 Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus unterstützen sie bei der Gründung neuer Gruppen zu allen Krankheitsbildern und zu sozialen Themen – in Präsenz und online, in englischer, russischer, türkischer oder in arabischer Sprache.

In den Jahren 2022/2023 sollen kurze Informationsveranstaltungen für interessierte Haus- und Facharztpraxen von Kiss Mittelfranken angeboten werden, um über die verschiedenen Möglichkeiten der Selbsthilfe zu berichten und die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten zu stärken.

Bei Interesse können sich Arztpraxen vorab an uns wenden. Gerne schicken wir Ihnen bereits jetzt unser Informationsmaterial – Flyer, kleine Plakate, Videoclips oder Lesematerial für den Wartebereich – zu.

Bitte wenden Sie sich hierfür telefonisch unter 09 11 / 2 34 94 49 an uns oder senden Sie uns eine E-Mail an nuernberg@kiss-mfr.de.

Elisabeth Benzing, Geschäftsführerin Kiss Mittelfranken



BAYERISCHER HERZ- INFARKTBERICHT

Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek hat Ende April den ersten umfassenden Bericht „Herzinfarkte in Bayern“ vorgestellt. Dieser enthält die aktuellsten Zahlen und Erkenntnisse über Herzinfarkte, Risikofaktoren und die ambulante sowie stationäre Versorgung in Bayern. „Der Bericht widmet sich unter anderem den Auswirkungen der Corona-Pandemie, weil das Coronavirus auch das Herz befallen kann“, so der Minister. Der Bericht zeige, dass Herzinfarktpatienten in Bayern trotz Pandemie zeitgerecht medizinisch versorgt werden konnten. Vermehrte Sterbefälle infolge möglicher versäumter Behandlungen ließen sich anhand der Daten nicht belegen. „Wir behalten die weitere Entwicklung im Blick. Fest steht, dass die Herzinfarkt-Sterblichkeit in Bayern deutlich zurückging“, betonte Holetschek.

Erstmals wurden in dem Bericht Zahlen der KVB veröffentlicht. Demzufolge zeichnete sich für das Jahr 2021 eine stabile Lage bei den ambulanten Patientenzahlen aufgrund eines Herzinfarkts ab, mit geringfügigem Anstieg zum Vorjahr. Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen der Corona-Pandemie und dem Auftreten akuter Herzinfarkte lässt dies nicht zu.

Fachlich begleitet wurde der Bericht vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Er ist auch Grundlage für die diesjährige Kampagne „Hand aufs Herz – Aktiv gegen Herzinfarkt“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums. Weitere Infos unter handaufsherz.bayern.de und unter www.stmipg.bayern.de/vorsorge.

Redaktion

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz,
Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)
Dr. phil. Axel Heise (CvD)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95
E-Mail KVBFORUM@kvb.de
Internet www.kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG, 80939 München
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier



Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Seite 23), Illustratorin Simone Fass (Seite 4), Privat (Seite 16, 20, 25), stock.adobe.com/Dilok (Titelseite), stock.adobe.com/Coloures-Pic (Seite 2), stock.adobe.com/Tryfonov (Seite 2), stock.adobe.com/photokozyr (Seite 2), stock.adobe.com/pathdoc (Seite 3), stock.adobe.com/rocketclips (Seite 3), stock.adobe.com/REDPIXEL (Seite 3), stock.adobe.com/wladimir1804 (Seite 5), stock.adobe.com/lenets_tan (Seite 6), stock.adobe.com/everythingpossible (Seite 9), stock.adobe.com/lucid_dream (Seite 14), stock.adobe.com/MQ-Illustrations (Seite 18), stock.adobe.com/Siniechina (Seite 24), stock.adobe.com/momius (Seite 25), stock.adobe.com/rocketclips (Seite 29), stock.adobe.com/PhotographyByMK (Seite 30), stock.adobe.com/megaflopp (Seite 32), stock.adobe.com/Tobif82 (Seite 36), stock.adobe.com/zinkevych (Seite 36), stock.adobe.com/SawBear (Seite 36), ZDF Heute Show (Seite 22), KVB (alle weiteren)



KVB Servicetelefonie

Ihre Erste Wahl

Sie wünschen eine Telefonberatung zu einer konkreten Frage aus dem Praxisalltag?
Wir sind für Sie da!

Sie erreichen die KVB Servicetelefonie

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Abrechnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Seminare 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Verordnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Technik 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40




Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)


Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

Unter-, Mittel- und Oberfranken


 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10

 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11

 Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

 Dienstaenderung.vbzn@kvb.de





Dienstplanung – DPP-online (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 88 90

 0 89 / 5 70 93 – 88 85

 info.dpp@kvb.de




Notarzt-Abrechnung – emDoc (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

 emdoc@kvb.de




KVB Beratungszentrum Ihr Kontakt vor Ort


Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Sie erreichen die KVB Beratungszentren

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr


Beratungszentrum München

 0 89 / 5 70 93 - 24 99

 bc-muenchen@kvb.de


Beratungszentrum Bayreuth (Oberfranken)

 09 21 / 2 92 - 4 99

 bc-bayreuth@kvb.de


Beratungszentrum Würzburg (Unterfranken)

 09 31 / 3 07 - 4 99

 bc-wuerzburg@kvb.de


Beratungszentrum Straubing (Niederbayern)

 0 94 21 / 80 09 - 4 99

 bc-straubing@kvb.de


Beratungszentrum Oberbayern

 0 89 / 5 70 93 - 25 99

 bc-oberbayern@kvb.de

Beratungszentrum Nürnberg (Mittelfranken)

 09 11 / 9 46 67 - 3 99

 bc-nuernberg@kvb.de

Beratungszentrum Regensburg (Oberpfalz)

 09 41 / 39 63 - 4 99

 bc-regensburg@kvb.de

Beratungszentrum Augsburg (Schwaben)

 08 21 / 32 56 - 3 99

 bc-augsburg@kvb.de

Ihre persönlichen Berater vor Ort finden Sie unter www.kvb.de/service/beratung/beratungszentrum/ oder Sie scannen mit Ihrem Smartphone nebenstehenden QR-Code.



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

Sie wollen eine Abwesenheit melden, Dokumente sicher übermitteln, Sprechzeiten ändern oder eine Genehmigung beantragen? Das und mehr bietet Ihnen „Meine KVB“ – einfach online, zeitlich und örtlich flexibel! Den Einstieg finden Sie unter www.kvb.de.

VORSCHAU



BEREITSCHAFTSDIENST
Zusätzliches Engagement
während der Pandemie



UNTERVERSORGUNG
Landesausschuss gibt
neue Gebiete bekannt



PSYCHOTHERAPIE
Studie analysiert Patienten-
nachfrage und Auslastung



WARNUNG
Gabapentinoide und Opioid
vorsichtig einsetzen