



Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH

Zukunft braucht Herkunft



Lukas Meindl Senior



*Dr. rer. pol. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH
Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen
Seit fast 45 Jahren im Dienste des Arztes*

PROGNOS-GUTACHTEN IM AUFTRAG DES GKV SPITZENVERBANDES

**Meine Meinung zum Prognos-Gutachten, Thema: "Der Kauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung"
Eine gesundheitspolitische Geisterfahrt ¹**

Schon allein der Titel des Gutachtens zeigt, was der Auftraggeber will und wie parteilich Prognos diesen Auftrag nimmt, um ihrem Auftraggeber nach dem Munde zu reden. Die sich selbst gesteckten Ziele dieses Gutachtens, nämlich

- a) wie viele Arztpraxen geschlossen werden können, ohne die Arztdichte abzusinken;
- b) wie hoch müsste das dafür erforderliche Investitionsvolumen (Kaufpreis) sein und
- c) welche Auswirkung hätte dies auf die vertragsärztliche Versorgung,

wurden nicht annähernd erreicht, weil

- 1. ein Ergebnis vom Auftraggeber erwartet wurde, das seinen wirtschaftlichen Interessen entspricht und
- 2. das für dieses Gutachten unbedingt erforderliche Fachwissen seitens der Gutachter fehlt (Dilettantismus), oder aus opportunistischen Erwägungen nicht angewandt wurde.

Die in diesem Gutachten unterstellten Varianten im Bezug auf die angenommenen Altersgrenzen (62 bzw. 65 Jahre, fragmentarisch auch 68 Jahre) und die angenommenen Versorgungsgrade (110 bzw. 130 %) zeigen a priori schon mangelnde Ernsthaftigkeit und Respekt vor der gesetzlich verankerten Entscheidungsfreiheit jedes niedergelassenen Arztes, sein Unternehmen Arztpraxis dann aufzugeben, wenn er es will. Der überwiegende Teil der niedergelassenen Ärzte/innen wird garantiert nicht mit 62 Jahren, und schon gar nicht bei den hier diskutierten Aufkaufpreisen (siehe später) ihre Praxen zum Verkauf anbieten. Auch zeigt sich bereits hier der **Dilettantismus** und der angestrebte **Opportunismus** der Gutachtenersteller, globale Versorgungsgrade zu unterstellen, wenn in vielen Passagen des Gutachtens die Relativität dieser Kennziffern aus bekannten Gründen immer in Frage gestellt werden. Aber nun der Reihe nach: (Ich versuche, das Gutachten analytisch zu bewerten).

Zur Zusammenfassung (Seite 1)

Zusammengefasst sollten 12.000 Ärzte mit einem Investitionsvolumen von 1,5 Mrd. € aufgekauft werden. Dies würde bedeuten, jede Praxis ist im Durchschnitt 125.000 € wert. (hierzu siehe später). Ich nehme dies vorweg und das Gutachten stellt sich durch die späteren Ausführungen zu diesem Thema bereits ins Abseits. Dies ist eine irrationale Größe.

Die getroffene Aussage, dass sich in unterversorgten Gebieten die Versorgungslage überproportional verbessern würde, ist realitätsfremd, denn gäbe es Gründe, würden Niederlassungsbeschränkungen hin, Niederlassungsbeschränkung her, die attraktiven Gebiete durch Ärzte besetzt werden.

In Anbetracht der exorbitant dilettantisch angesetzten Aufkaufpreise bedarf es schon einer großen Unverfrorenheit (oder Unwissenheit?), in diesem Kapitel von finanziellen Vorteilen zu sprechen, weil sich die Verkaufswerte der Praxen erhöhen dürften. Anmerkung: ein Durchschnittswert von 125.000 € über den Daumen für einen Praxiswert über **alle** Fachrichtungen (die in diese Größenordnung **garantiert** nicht passenden Radiologen wurden expressis verbis mit berücksichtigt) anzusetzen, kommt einer (Teil-)Enteignung gleich.

Zu Punkt 1: Hintergrund und Zielsetzung (Seite 2)

Den exorbitant hohen Anstieg der Vertragsärzte von 115.000 (1993) auf 138.000 (2010) zu erwähnen, ohne (außer einer kleinen Fußnote ²) darauf zu verweisen, dass die in der Zwischenzeit als Vertragsärzte anerkannten Psychotherapeuten/innen mit dabei sind, ist **Effekthascherei**.

Die Entscheidung, das Gutachten in Hände von Experten zu legen, die garantiert die Entwicklung des Gesundheitswesens in

¹ Einschätzung des KVB-Vorstandes

² gemäß dem damaligen Gesetz hätten Ärzte ab dem 01.01.1999 ihre Praxen in unterversorgten Gebieten nicht mehr verkaufen können

den letzten 20 Jahren nicht beobachtet haben können, zeigt sich schon allein als falsch, als dass in diesem Kapitel wieder einmal der Umstand **angeprangert** wird, dass die niedergelassenen Ärzte in gesperrten Gebieten bei Aufgabe ihrer Praxis diese weiter veräußern können. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat dies 1993 versucht zu verändern. Seehofer hat in seiner damaligen Eigenschaft als Bundesgesundheitsminister gebetsmühlenartig das GSG verteidigt, um dann 1997 vom Deutschen Ärztetag in Eisenach kommend zu verlauten, dass sehr wohl die Ärzte trotz GSG-Bestimmungen ihre Praxen in überversorgten Gebieten weiterverkaufen können. Das Grundgesetz wurde sehr schnell bemüht, denn das Recht auf Eigentum stand zur Diskussion.

Angesichts der durchschnittlichen Aufkaufpreise über **alle** Fachbereiche hinweg von 125.000 € davon zu sprechen, dass dem Eigentümer der Praxis kein finanzieller Verlust entstehen dürfte, zeigt die **Parteilichkeit** zum Einen, die **Unsensibilität** zum Anderen und die **Unkenntnis** zum Dritten und spricht bereits am Anfang dieses Gutachtens den Erstellern das Recht ab, ein derartiges Gutachten anzufertigen.

auch für Inhaber einer Arztpraxis gelten soll (meines Erachtens überhaupt nicht erwähnenswert, oder zeugt dies bereits bei dem empfohlenen durchschnittlichen Preis von 125.000 €/Praxis von schlechtem Gewissen?). Es spricht weiter, dass ein Zwang zum Verkauf in einer freiheitlich demokratischen Grundordnung nicht gegeben ist. Und jetzt kommt der größte Hammer, dass in der Analyse nur diejenigen Arztpraxen angeblich berücksichtigt werden, die von ihren Inhabern zum Verkauf angeboten werden, aber gleichzeitig man **klar und deutlich** die gesamten Modellrechnungen bei einem Abgabeverhalten mit dem 62. und mit dem 65. Lebensjahr aller bestehenden Arztpraxen berücksichtigt und – obwohl in diesem Absatz auch von dem 68. Lebensjahr gesprochen wird – wird dieses Szenario später nirgendwo mehr in Ansatz gebracht (natürlich, weil es dazu führen würde, wenn noch dazu ein 130%iger Versorgungsgrad angenommen wird, dass das vom Auftraggeber gewollte Szenario möglichst viele Arztpraxen zu unrealistischen Niedrigstpreisen aufzukaufen, sich nicht verwirklicht).

Es wird unterstellt, dass die Ärzte ihre Praxen anbieten, aber das gesetzlich zu regelnde Aufkaufsrecht lässt ja dem freien

und diejenigen, die von der Anbindung des Sitzes an das Konstrukt Gemeinschaftspraxis/MVZ Gebrauch gemacht haben, erfahren keine Zerstückelung. Das Grundgesetz lässt grüßen!

Zu Punkt 2.3: Wie viele Arztpraxen könnten in den nächsten fünf Jahren potenziell aufgekauft werden? (Seite 4)

Die Hereinnahme der Psychotherapeuten/innen ist hier nur als Effekthascherei zu beurteilen. Sie haben meines Erachtens nichts mit dem Auftrag des Gutachtens zu tun. Im übrigen verweise ich hierzu auf oben Erwähntes.

Zu Punkt 2.3.2: Zahl und Struktur potenziell aufkaufbarer Arztpraxen (Seite 5)

Die unterschiedlichen Szenarien (sechsfach) basierend auf Versorgungsgraden von 110 % und 130 % und Aufkaufalter von 62, 65 (und 68) Jahren verunsichern und verwirren nur und legen die Vermutung nahe, Prognos will damit Seiten füllen, und bewusst das gewünschte attraktive Ergebnis (12.000 Praxen für "nur" 1,5 Mrd. €) zu verwässern, da man weiß, dass dieses „gewünschte“ Ergebnis **keiner realistischen Überprüfung** standhält.

Der größte Angriff in diesem Gutachten fokussiert sich auf die fachärztlich tätigen Internisten, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, dass der Internist nicht mehr in einer Gruppe als fachärztlich tätiger Internist, sondern in seiner Subspezialisierung analysiert und wahrgenommen werden muss.

Ein weiterer Beweis für die **Oberflächlichkeit** dieses Gutachtens stellt der Hinweis dar, dass München und Berlin die höchste Anzahl potentiell aufkaufbarer Praxen hat, wobei sich bei der Betrachtung des Gutachtens etwas Bemerkenswertes ergibt, nämlich dass, je weiter man im Gutachten fortschreitet, desto weniger wird noch das Aufkaufsszenario mit dem 68. Lebensjahr durchgespielt (meines Erachtens wieder Respektlosigkeit vor der absolut eigenständigen Entscheidung, die Praxis aufgeben zu können, wann immer der Arzt/die Ärztin es will).

Bei dieser exemplarischen Darstellung von München und Berlin zeigt sich wieder einmal, je "angepasster" die Zahlen unterstellt werden (Altersgrenze 65) bzw. je verwirrender sie dargestellt werden (zuerst sind die psychotherapeutischen Praxen drin..., dann draußen), desto besser erreicht man das Wunschziel.

Ist es **Vorsatz** oder **Dilettantismus**, denn

www.verrechnungsstelle.de

Ein weiteres, durch das Gutachten erklärtes Ziel, den Aufkauf von Arztpraxen als Instrument der Reduktion der regionalen Ungleichverteilung zu analysieren, ist voll und ganz fehlgeschlagen, denn es fehlt jeglicher Beweis, dass durch den **erzwungenen** Aufkauf von Arztpraxen, im Durchschnitt zu 125.000 € (!) regionale Ungleichverteilungen wegfallen würden. Die von mir schon erwähnte **Respektlosigkeit** vor der eigenständigen Entscheidung, die Praxis dann aufzugeben, wenn der Arzt/Ärztin dies will, ist darin manifestiert, dass die Szenarien auf das 62., respektive 65. Lebensjahr abgestellt werden und man gar nicht daran denkt, den Arzt weiter praktizieren zu lassen. Wobei nachfolgendes meine Einschätzung manifestiert. **Anfänglich** wird auch noch mit dem 68. Lebensjahr gerechnet.

Zu Punkt 2.2: Welche Arztpraxen würden mit dem Instrument aufgekauft werden? (Seite 2)

Das Gutachten spricht hier davon, dass der Schutz des privaten Eigentums natürlich

Marktmechanismus zwischen Angebot und Nachfrage keinen Spielraum, sonst könnte man nicht 125.000 € im Durchschnitt pro Praxis ansetzen.

Völlig an der Realität geht die Unterstellung einher, einen Arztsitz aus Gemeinschaftspraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren heraus aufzukaufen. Wie soll dies denn in diesen Konstrukten wirtschaftlich bewerkstelligt werden können? Wie soll die Organisation in diesen oftmals als Großkonstrukte dastehenden Gemeinschaftspraxen respektive MVZ erledigt werden und – hier zeigt sich wiederum der **Dilettantismus** – was ist mit den Arztsitzen, die auf Grund der derzeitigen Gesetzeslage nicht mehr dem einzelnen Arzt, sondern der Gemeinschaftspraxis, in juristischer Form der BGB-Gesellschaft bzw. dem MVZ gehören? Diese Sitze stehen ja nicht mehr zum Verkauf, das heißt, Gemeinschaftspraxen die diese Form der Praxissitzuordnung nicht gewählt haben, werden zerstückelt, weil ihnen die Ärzte durch Aufkauf genommen werden

Unsere nächste Veranstaltung am 14.09.2011 in München

18:30 bis 20:30 Uhr Verrechnungsstelle (Seminar-Nr. 14/11)	Abrechnungstipps zur GOÄ/UV-GOÄ-IGeL – sofort umsetzbar Joachim Zieher Aktuelles aus dem Medizinrecht Florian Braitingner
--	--

Anmeldung unter 0911 98478-43 oder 089 51399924 – E-Mail: info@verrechnungsstelle.de

es gibt längst eigene Analysen der KVB, die zeigen, dass nicht einmal in großen Städten Bayerns eine **hausärztliche** Überversorgung zu verzeichnen ist. Vielmehr macht sich mancherorts bereits heute ein Mangel in der Grundversorgung bemerkbar. Die KVB ist dabei ähnliche Analysen auch zu ausgewählten **fachärztlichen** Bereichen darzustellen. Je größer die Städte, desto höher ist deren Einzugsgebiet. Bei den Städten wird mit dem Rasenmäher argumentiert, das heißt, es werden keine lokalen Gegebenheiten berücksichtigt, was bei ländlichen Gebieten gefordert wird. Wo ist die Grenze zu ziehen? Wie ist dies zu verantworten? Das Gutachten lässt hier nicht nur viele Fragen offen. Dafür wird plakativ in der Tabelle 2 (Planungsbereiche mit dem größten Potential an aufkaufbaren Arztpraxen, Seite 10) frisch darauf los mit dem 65. (!) Lebensjahr argumentiert.

Zu Punkt 2.4: Bestimmung des Wertes einer Arztpraxis (Seite 16)

Dieser Punkt befasst sich mit der Methode der Bewertung der aufzukaufenden Praxen und ich sage bereits klar und deutlich in meiner Eigenschaft als öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen, auf Basis meiner annähernd 45-jährigen Erfahrung auch in diesem Bereich, dieses Kapitel entbehrt jeglicher **Realität**, jeglichem **Expertenwissen**, jeglicher **Sensibilität**.

Es ist ein Nichtbeachten herkömmlicher und in hunderten Literaturhinweisen dargelegter Bewertungsmethoden. Meines Erachtens ist dieses Kapitel als **grob fahrlässiges Handeln** einzustufen, wenn ungeachtet der anerkannten Bewertungsmethoden hier ausschließlich und nur auf die Ärztekammermethode verwiesen wird (alle Experten in diesem Bereich, die sich seit 20 und mehr Jahren sehr stark um die objektive, ehrliche, faire Beurteilung des Unternehmenswertes einer Arztpraxis bemüht haben, werden zu Lehrlingen degradiert. Spätestens hier drängt sich auch die Frage nach dem Preis dieses Gutachtens auf (wer zahlt es? Auftraggeber ist der Spitzenverband der GKV!)). Im Detail möchte ich nur exemplarisch einige hanebüchene Aussagen aufgreifen.

6.1. Der ideelle Wert sei in **hohem Maße** von der Fachrichtung und der geographischen Lage der Praxis abhängig und **dies** wären die **Parameter**, welche die wesentlichen Determinanten des zukünftig zu erzielenden Umsatzes sind. Die Verfasser haben noch nichts von Verflüchtigungszeitraum, Kapitalisierungszins, Wahrscheinlichkeitsannahme, Prognosemultiplikator und kalkulatorischen Unternehmerlöhnen gehört ¹.

6.2. Die exponierte Fachrichtung Radiologie in der Substanzbewertung aus dem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen aller Fachrichtungen zu interpretieren, ist gelinde gesagt **grob fahrlässig**, einfach nicht hinnehmbar.

6.3. Bei der Definition dieses Gesamtfinanzierungsvolumens Neugründungen mit Übernahmen gleichzustellen und den ideellen Wert mit einzurechnen, um dann auf den für Radiologen anzusetzenden entsprechenden **Substanzwert** zu kommen, ist nicht einmal grob fahrlässig, sondern einfach **nicht nachvollziehbar**.

6.4. Die als Basis herangezogenen Umsatzwerte, die der Prognos AG durch die GKV zur Verfügung gestellt wurden, sind nicht interpretiert. Von den „so ermittelten“ (wie?) Gesamtumsätzen ein Drittel als individuellen Wert anzusetzen. Purer Wahnsinn! Und woher die in die Berechnung einzugliedernden PKV-Umsätze generieren, wird völlig offen gelassen.

6.5. Individuelle Unternehmungen in Form von Arztpraxen, nach statistischen bundesweiten Gesamtinvestitionsvolumina einzuordnen und dies als elementaren Determinanten für die Bewertungsgröße herzunehmen, ist **unfair**, dilettantisch und auch grob fahrlässig. Insbesondere durch die Aussage, dass sich daraus, aus dieser bundesweiten Durchschnittsrechnung sich ergebenden Gesamtumsätze, der ideelle Wert der „jeweiligen Praxis“ ergibt, passt in das Bild. **Schwachsinn!**

6.6. So gesehen sind die tabellarisch aufgeführten, nach Bundesländern aufgeteilten Übernahmekosten von Arztpraxen völlig an **jeglicher Realität** vorbei veröffentlicht worden. Dieses Thema kennen wir auch schon aus den Veröffentlichungen des Zentralinstitut (ZI) und ich verweise hier auf meine Ausführungen (in früheren Publikationen), was die Werthaltigkeit und Praktikabilität derartiger Zahlen betrifft. Die hier aufgezeigten Zahlen entbehren jeglicher Realität und jeglicher Marktgegebenheit.

6.7. Zusammenfassung

Die Ärztekammermethode ist eine von vielen möglichen, peripher in Ansatz zu

bringenden, um eine gewisse Plausibilitätsprüfung durchzuführen, anzuwendende Bewertungsmethode. Unstrittig ist und bleibt das (modifizierte) Ertragswertverfahren (hauptsächlich basierend auf den nachhaltig erzielbaren Gewinn), das von sämtlichen, in Deutschland etablierten Verbänden, Experten und sonstigen Institutionen als das **alleinige** Bewertungsverfahren für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen herangezogen wird ².

Ich selbst bin in meiner Eigenschaft als öffentlich vereidigter Sachverständiger sehr oft auch vor Gericht vertreten und keines der Gutachten, die zur Debatte stehen, sind ausschließlich und nur auf die Ärztekammermethode fokussiert, denn die namhaften Verbände, insbesondere das IdW (!) empfiehlt ausschließlich und nur die (modifizierte) Ertragswertmethode. Und diese hat so viel wie gar nichts mit der Ärztekammermethode zu tun.

Zu Punkt 2.5: Geschätztes Investitionsvolumen des Aufkaufs von Arztpraxen in Deutschland (Seite 20)

Angesichts der pauschaliert kalkulierten Ankaufsumme von 1,5 Mrd. € für 12.000 Praxen und des sich daraus ergebenden durchschnittlichen Kaufpreises von 125.000 € pro Arztpraxis die Berechtigung zu ziehen, dem GKV-Spitzenverband zu sagen, wie hoch der Investitionsbedarf in Deutschland sein wird, dazu gehört eine Menge Chuzpe!! (... oder ist es doch Dilettantismus?)

Wie ein roter Faden zieht sich das auch in diesem Kapitel weiter fort. Woher kann explizit erklärt werden, dass genau zwischen den Jahren 2013 und 2015 „relativ viele“ radiologische Praxen auf dem Markt sind, wenn bei der Bestimmung des Substanzwertes, bezogen auf die Radiologie, in Ermangelung weiterer Fakten mit Durchschnittswerten gerechnet wurde.

Aber es kommt noch viel schlimmer. Was soll es heißen, dass relativ viel radiologische Praxen auf dem Markt sein werden.

¹ *Medizinische Versorgungszentren (Ein Leitfaden für Gründer), 2. überarbeitete Auflage, Hrsg. KBV, S 84 ff*

² *ebenda*

Glauben Sie mir, dies in **diesem Bereich** zu sagen, ist Blödsinn! Radiologische Praxen sind heute Großkonstrukte, in denen mindestens drei, aber im Normalfall mehr als fünf Ärzte tätig sind. Und wenn einer der fünf, oder auch mehrere Ärzte das selbstgewählte Ruhestandsalter bestimmen, werden die Praxen garantiert nicht aus dem Markt kommen.

Auch die Fokussierung auf die Jahre zwischen 2013 und 2015 geht absolut an der Realität vorbei. Niemand weiß heute, wie das „Ruhestandsverhalten“ der niedergelassenen Ärzte, aber insbesondere der Radiologen, sein wird. Keiner weiß, ob der – falls überhaupt vorhanden – Kraft Statistiken ins 62. oder 65. Lebensjahr kommende Radiologe auch tatsächlich aufhören wird. Dies im Bezug auf die Radiologie zu behaupten, ist – und ich wiederhole mich – grob fahrlässig. Aus dieser völlig falschen Beurteilung des Radiologenmarktes zu folgern, dass im 130%-Szenario die Kosten nur von 2013 bis 2015 steigen werden, ist letztendlich auch wieder unlogisch. Denn es gibt keine Logik für die Aussage der relativ vielen radiologischen Praxen, die sich gerade in diesem Zeitraum auf dem Markt befinden werden (Seite 21), und schon gar nicht, dass sie durch (Teil-)Aufkäufe von Sitzen vom Markt verschwinden werden!

Keine Bedeutung messe ich der Auswertung nach KV-Bezirken bei. Denn alles bisher Gesagte führt dazu, dass auch die Konklusion, Bayern wäre das teuerste und irgendein neues Bundesland wäre das billigste Aufkaufland, somit hinfällig ist.

Der Hinweis, dass das Umsatzpotential von PKV-Patienten zu „gewissen Verzerrungen“ auf der KV-Ebene führen kann, ist falsch. PKV-Einnahmen, die ja nirgendwo statistisch erfasst sind, einfach nicht zu berücksichtigen, aber bei der Bewertungsmethode den Umsatz zum Gegenstand des Firmenwertes zu machen, der dann zu einer Durchschnittsgrößenordnung von 125.000 € pro aufkaufbarer Praxis führt, ist die Fortführung des **Dilettantismus** dieses Gutachtens.

Im Fazit dieses Kapitels zeigt sich wieder einmal auf, wie unsicher sich die Gutachter sind, indem sie eine **Volatilität** des Gesamtaufkaufvolumens von 0,45 Mrd. € zu 1,5 Mrd. € darstellen. Was hat ein Gutachten für einen Sinn, wenn die Spanne den **Multiplikator 3** zulässt?!

Zu Punkt 3.2: Das geschätzte Investitionsvolumen liegt zwischen 0,45 und 1,5 Mrd. € (Seite 25)

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass der Kauf von Arztpraxen ein Instrument ist, mit dessen Hilfe die KVen

wirksam und nachhaltig die langjährig bestehende Überversorgung in Deutschland „abbauen“ können. Und, um es der KV schmackhaft zu machen, wird ein für meine Begriffe nicht erlaubter und sehr populistischer Argumentationshintergrund aufgebaut, in dem die hier zur Diskussion stehenden 1,5 Mrd. € (für 12.000 Praxen = 125.000 € pro Praxis) ins Verhältnis zu den 32,4 Mrd. € (KBV Honorar für das Jahr 2012 in der ambulanten Versorgung) gesetzt werden (es wird auch von 3,3% des jährlichen Honorarvolumens gesprochen). Dies zu tun ist nicht nur dilettantisch, opportunistisch, sondern auch unlauter. Das Eine hat mit dem Anderen nichts zu tun. Ich glaube nicht, dass irgendein niedergelassener Arzt einverstanden ist, dass 3,3% seines KV-Honorars dafür verwendet wird, um Arztpraxen, **und letztendlich seine Praxis**, zu einem nicht marktgerechten Preis aufgekauft werden (ich finanziere doch nicht meinen eigenen Dolchstoß). Oder ist hier wieder einmal zu erkennen, dass eine gewisse Art an Funktionären "Ihre" Ärzte nicht für vollnehmen.

Auf Seite 25, letzter Satz, wird diese opportunistische Argumentation noch bunter betrieben. Ich lehne es ab, noch einmal darauf einzugehen.

Zu Punkt 3.3: Ärzte, Patienten und die Versicherungsgemeinschaft profitieren vom Abbau der Ungleichverteilung (Seite 26)

Warum Ärzte vom Abbau, im Gutachten als Ungleichverteilung bezeichnet, profitieren sollen, ist mir auch nicht klar. Die Konklusion Ärzte in überversorgten Gebieten nicht mehr niederzulassen, damit sie dann in unterversorgte Gebiete gehen, ist schlichtweg gegen jegliche freiheitliche Gesinnung. Sie zeigt höchst bedenkliche sozialistische Züge. Soll das etwa heißen, dass der Arzt/Ärztin etwa mit Gewalt in ein Gebiet "versetzt" wird, in das er/sie partout nicht gehen möchte? Die Ungleichverteilung findet grundsätzlich nicht statt.

Wer heute in subspezialisierte Praxen geht und versucht, sofort einen Termin zu bekommen, erkennt, wie stark auch in objektiv festgestellten überversorgten Gebieten, insbesondere die Fachärzte gefragt sind. Die Patienten würden in Ballungsgebieten noch längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und kaum ein junger Arzt lässt sich unter dem Gesichtspunkt, sogar unter Druck gesetzt worden zu sein, in Gebieten nieder, in denen er und seine Familie **einfach nicht leben wollen**.

Der Verweis auf eine gewisse Planungssicherheit beim Kauf der Praxen durch

die KVen ist die logische **Inkonsequenz** des gesamten Gutachtens. Wie viel mehr soll denn eine Arztpraxis noch an Wert verlieren, wenn sie in diesem Gutachten im Durchschnitt mit 125.000 € angegeben wird. Was bleibt da für den hausärztlich tätigen Mediziner übrig, wenn in der Bewertungssumme auch der Substanzwert mit berechnet wurde und wir die Verlagerung der Substanzwerte in subspezialisierte Facharztpraxen ja kennen. Hier von einer Planungssicherheit zu reden! Nein wirklich nicht!

Und zum Schluss verstehe ich die Welt schon gar nicht mehr und es ist exemplarisch für das gesamte Gutachten. Auf Seite 27 wird – aus welchen Gründen auch immer – davon gesprochen, dass der zu erwartende Verkaufswert entsprechend gesenkt wird, um auf der allerletzten Seite im drittletzten Absatz davon zu reden, dass zum Teil Ärzte davon profitieren könnten, da sich der Verkaufswert ihrer Praxen erhöhen dürfte.

GESAMTURTEIL

Dilettantisch, opportunistisch, zum Teil unlogisch, fragmentarisch, unrealistisch, unlauter, fahrlässig (z.T. grob) und mit Sicherheit absolut ungeeignet als Basis zur Lösung der sicherlich unstrittig vorhandenen Probleme im ambulanten Versorgungsbereich zu fungieren.

*Dr. Rudolf Meindl
DiplomKaufmann
Seit fast 45 Jahren im Dienste des Arztes*

IMPRESSUM

**Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH**

Willy-Brandt-Platz 20
90402 Nürnberg
Tel. 0911 98 478-59
info@verrechnungsstelle.de
www.verrechnungsstelle.de

80333 München
Karlstraße 7
im Haus der Salzburg München Bank

Verantwortlich für den Inhalt dieser Ausgabe:
Gabriele Popp

Der Infobrief basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen.

Eine Haftung kann jedoch auf Grund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.