

## R. Meindl

### Das GKV-VSG und die Freiberuflichkeit: Ein Angriff auf diese? – JA!

Das Gesetz wurde beschlossen, es wird umgesetzt und zwar mit dem Segen von Bundesgesundheitsminister Gröhe, und – der Schulterschluss ist bemerkenswert und lässt für die Zukunft nichts Gutes ahnen (Bürgerversicherung!! von Herrn Lauterbach; Auflösung der Sektorengrenzung; Nichtbeachtung bis hin zur Ignoranz der Fachärzte).

#### Wo liegen die Ziele des Angriffs auf die Freiberuflichkeit?

- 1. Termin Servicestelle** Diese völlig überflüssige Regelung (nach repräsentativer Umfrage sind ca. 80 % der Patienten mit der Terminvergabe und den Fristen einverstanden), greift elementar in geordnete Praxisabläufe ein, missachtet den eigenen Vorschlag, dies durch eigene Computersysteme in die Hand zu nehmen, und spült den Krankenhäusern ambulantes Patientengut (eine Woche ohne Termin, Verpflichtung des Krankenhauses zur ambulanten Versorgung), zu.
- 2. Sitzaufkauf** Bei einem Sättigungsgrad von 140 Patienten, ist aus einer KANN eine SOLL (SOLL ist MUSS, wenn nicht gewisse Gründe dagegen sprechen) geworden. Freiberuflichkeit bedeutet, sich den Herausforderungen des Marktes zu stellen und dem bipolaren Spannungsfeld als Arzt und Unternehmer, über die gesamte Lebenszeit hinweg, gerecht zu werden. Kein anderer Freiberufler (Steuerberater, Rechtsanwälte usw.) wird am Ende seiner Lebensleistung, die er ver-

dienter Maßen auch verkaufen möchte, voll- oder teilenteignet. Das GKV-VSG ermöglicht dies, ungeachtet aller professionellen Expertenwarnungen, dass dies eine verfassungswidrige Enteignung sei (das wegen der Verfassungswidrigkeit geänderte Gesundheitsstrukturgesetz [GSG], aus dem Jahre 1993, lässt grüßen!).

#### Wie wird bewertet?

Keine schlüssige Regelung, insbesondere kein Hinweis auf die allein übliche Praxis, dass Bewertungen nach der (modifizierten) Ertragswertmethode zu bewerten sind\*.

Es heißt lapidar, zum Verkehrswert.

Die Bewertung der Lebensleistung ist dadurch ein Lotteriespiel. Ich frage mich, wie so bei allen Gerichtsverfahren, bei der Frage nach dem Wert einer Praxis, die (modifizierte) Ertragswertmethode als allein zu akzeptierende Wertfeststellungsmethode gilt?

Also: Der Verkehrswert ist die Abfindungssumme.

#### Was geschieht mit dem Sachwert?

Die KVB Bayern sagt: der Sachwert ist mit dem Verkehrswert nicht abgegolten, verbleibt also in der verwaisten Praxis und die Entsorgung obliegt dem (Teil)-Enteigneten!

Ein unglaublicher Tatbestand, der auch

---

\* Hier war ich bis zum 70. Lebensjahr als öffentlich vereidigter und bestellter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen tätig (und werde noch immer als Experte gebraucht).

nicht entkrampft wird, dass bei einem derartigen Vorgang laufende Verträge (Leasing, Miet- und sonstige Verträge) durch den Aufkäufer GKV, restvergütet werden müssen.

Ein weiterer Enteignungstatbestand kommt hinzu: Der Privatanteil (das Salz in der Suppe jeglicher Praxis) ist bei der Bewertung nach dem Verkehrswert außen vorzuhalten.

Zumindest in überdurchschnittlichen Privatanteilspraxen (ungefähr ab 20 %), führt diese Art der Bewertung dazu, den Verkehrswert in letzter Konsequenz mit „Null“ anzusetzen. Und wer zahlt demnach, die im folgenden realistischen Beispiel aufgeführten Summen? Sie, liebe Ärztinnen und Ärzte, aus Ihrem Budget!

### Beispiel

In den nächsten 8 bis 10 Jahren stehen 25 000 Vertragsarzt- und Physiotherapeutesitze zum Kauf, davon wären bereits in den nächsten 2 Jahren, 10 Praxen betroffen.

Beim einem angenommenen Wert von 50 000 € (viel zu wenig), sind dies 500 Millionen. Bei dem wesentlich realistischeren anzusetzenden Durchschnittspreis von 100 000

(und das ist noch viel zu wenig), da in überversorgten Gebieten meistens die hochwertigen subspezialisierten Fachärzte betroffen sind, wären dies 1 Milliarde, die durch sie in den nächsten 2 Jahren bezahlt würden.

### Was geschieht in der Realität?

Angenommenes Szenario: BAG bzw. MVZ, bestehend aus mindestens 2 Ärzten (die Anzahl ist nebensächlich). Einer der Ärzte/innen hört altersmäßig bzw. BU-bedingt auf. Der Sitz wird nach dem Verkehrswert abgeboten. Alle Verträge bestehen weiter. Das Konstrukt ist auf die Anzahl vor dem Zangsauf-

kauf ausgerichtet. Eine Einkommensquelle fehlt, die Fixkosten bleiben. Das Konstrukt ist bei zwei bis drei Ärzten überhaupt nicht lebensfähig. Bei mehreren Ärzten wirtschaftlich sehr angeschlagen.

Jeder Betriebswirtschaftler weiß, dass dies aufgrund der gegebenen Fixkostensituation, die nicht geändert werden kann, der wirtschaftliche (Teil)-Tot ist. Turboisiert wird die ganze Angelegenheit dann, wenn der Partner, der aufhörte und der zwangsgekauft wurde,

über Subspezialitäten mit hohem Einnahmepotenzial, bei hoher materieller Ausstattung, verfügte, die vom Rest der Ärzte nicht erbracht werden können.

Meine Meinung: hier wird der aufgebende Arzt teilentzogen und die noch verbleibenden Ärzte, evtl. beim wirtschaftlichen Crash, nach einem gewissen Zeitraum, vollenteignet. (Meine Erfahrung als Kaufmann: die kaufmännischen Gesetze sind irreversibel. Ein kaufmännisches Konstrukt lebt vom Grenzertrag. Ist dieser nicht mehr gegeben, wie in dem hier geschilderten Fall, geht dem Restkonstrukt irgendwann die Luft aus. Das ist Fakt!)

### FAZIT

*Solidarisierung; Bereitschaft zur Teamfähigkeit; sensibles Betrachten; Wissen was folgt; genaues Hinschauen auf tatsächliche Zwangskäufe; wie und unter welchen Umständen diese geschehen sind; und permanent am Ball zu bleiben, vielleicht auch bei den zuständigen Stellen im Vorfeld anzufragen – aber keine Angst zu haben.*

Dr. Rudolph Meindl