

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor oder
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buer@bmvz.de

Autor: **Christian Pinnow**

Sonderregelungen für die Gründung von Zahn-MVZ

– EIN KOMMENTAR

Der Regelungsgehalt und -neuwert

Im Zuge des TSVG hat der Gesetzgeber die Möglichkeit von Krankenhäusern eingeschränkt, zahnärztliche MVZ zu gründen. Ein zahnärztliches MVZ kann von einem Krankenhaus zukünftig nur noch gegründet werden, wenn der Versorgungsanteil der insgesamt von dem Krankenhaus gegründeten bzw. betriebenen zahnärztlichen MVZ in dem betreffenden Planungsbereich eine bestimmte Quote nicht überschreitet.

Insgesamt ist jedoch zu konstatieren, dass grundlegende Folgen der Neuregelung im Vergleich zur alten Rechtslage nicht zu erwarten sind. Denn die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch zugelassene Krankenhäuser bleibt weiterhin möglich. Auch ein Fachbezug des Krankenhauses zur zahnmedizinischen Versorgung – wie er nunmehr bei *Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen* gesetzlich normiert ist – ist unverändert nicht erforderlich.

Rechtlicher Hintergrund

Die Versorgungslandschaft im vertragszahnärztlichen Bereich hat sich in der jüngeren Vergangenheit deutlich verändert. Zwar konnten Zahnärzte seit jeher MVZ gründen. Auf Grund des gesetzlich angeordneten Erfordernisses der „fachübergreifenden“ Einrichtung war dieses Gestaltungsmodell in der vertragszahnärztlichen Versorgung jedoch von äußerst geringer praktischer Bedeutung. Im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VSG), welches zum 23.7.2015 in Kraft trat, wurde das Merkmal 'fachübergreifend' jedoch ersatzlos gestrichen. Seitdem ist es zulässig, auch arztgruppengleiche, d.h. fachgleiche zahnärztliche MVZ zu gründen. In der Folge stieg die Zahl der rein zahnärztlichen MVZ erheblich an: Ausweislich des KZBV-Jahrbuchs 2018 gab es im zweiten Quartal 2018 bereits 555 Z-MVZ mit insgesamt 1.751 angestellten Ärzten.

Diese Entwicklung hat den Gesetzgeber auf den Plan gerufen. Die Geschäftsaktivität von Private-Equity-Gesellschaften auf dem deutschen Gesundheitsmarkt hat nach seiner Ansicht

Zahn-MVZ im Fokus von Private-Equity-Gesellschaften:

Da es nicht erforderlich ist, dass allein oder zumindest mehrheitlich Zahnärzte die Anteile an der MVZ-Trägersgesellschaft halten, haben Private-Equity-Gesellschaften in der Vergangenheit (meist kleinere) Plankrankenhäuser erworben, welche über die erforderliche MVZ-Gründereigenschaft verfügten.

Mittels dieser Krankenhäuser hatten die Investoren durch Neugründung von MVZ bzw. Kauf vorhandener Zahnarztpraxen faktisch unbegrenzten Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Entwicklung wurde dadurch begünstigt, dass eine restriktive Bedarfsplanung, d.h. eine lokale und quantitative Reglementierung der Zulassungen im zahnärztlichen Bereich faktisch nicht erfolgt. Vielmehr besteht eine weitestgehende Niederlassungsfreiheit. Ebenso war eine Beschränkung auf eine Höchstmenge an zahnärztlichen MVZ, die von einem Krankenhaus betrieben werden dürfen, gesetzlich nicht vorgesehen.

Ein zugelassenes Krankenhaus mit nur kleinem Versorgungsauftrag konnte also Ursprung von Zahnarzt-MVZ-Ketten mit vielen Gliedern sein.

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor oder
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buer@bmvz.de

Autor: **Christian Pinnow**

vor allem in den vergangenen eineinhalb Jahren stark zugenommen (*BT-Drs. 19/8351, S. 187*). Der Gesetzgeber befürchtete, dass sich bei ungehinderter Fortentwicklung die Zahl der MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften bei dem vorher herrschenden Wachstumstempo der Zahnarztketten zukünftig weiter massiv erhöht hätte.

Die Anzahl der vertragszahnärztlichen MVZ in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften sei allein im Zeitraum vom 30. September 2017 bis 30. September 2018 um knapp 79% gestiegen. Damit sei der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung von bestehenden Übernahmeprozessen besonders stark betroffen. In der Folge seien Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung in Investoren-MVZ zu beobachten gewesen.

Auch wenn diese apodiktische Beurteilung des Zahnarztmarktes nicht allseits geteilt wurde und wird, sah sich der Gesetzgeber veranlasst, die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern zu beschränken.

Zu diesem Zweck wurde in den bestehenden § 95 SGB V mit der Nummerierung 1b) ein zusätzlicher Absatz eingefügt, der sich ausschließlich spezifischen Fragen der Zulassungsfähigkeit von Zahnarzt-MVZ widmet. Die zugehörige Gesetzesbegründung ist dabei ebenso wie der eigentliche Gesetzestext auffällig lang und detailliert formuliert und ist damit Ausdruck der komplexen Zwangslage, die den Gesetzgeber – ob zu Recht oder Unrecht sei hier dahingestellt – veranlasste eine Lex Zahnarzt-MVZ zu schaffen, was von ihm ursprünglich grundsätzlich abgelehnt worden war.

Die Auswirkungen auf den Alltag von MVZ und Bestands-MVZ

Per Definition ist der neue Absatz 1b ausschließlich für Krankenhäuser relevant, die ein MVZ mit Zahnärzten planen und/oder bereits betreiben. Insoweit handelt es sich um eine typische *lex specialis*.

Die Zahl der zulässig in Trägerschaft eines Krankenhauses möglichen MVZ ist nunmehr in Abhängigkeit von den Versorgungsgraden des jeweiligen Planungsbereiches beschränkt. Je nach konkret ermitteltem Versorgungsgrad sind dabei gemäß § 95 Absatz 1b SGB V vier Varianten der den zugelassenen Krankenhäusern zugebilligten Gründungsberechtigungen zu unterscheiden.

(1)

§ 95 Absatz 1b S. 1 SGB V sieht im Ausgangspunkt vor, dass ein zugelassenes Krankenhaus nur dann berechtigt ist, ein zahnärztliches MVZ zu gründen, wenn nach der Gründung alle von diesem Krankenhaus im betroffenen Planungsbereich betriebenen MVZ einen Anteil an der Versorgung von weniger als 10 % haben. Maßgebliche Größe für den Versorgungsanteil

Zahnärztliche Bedarfsplanung

Häufig wird angenommen, dass es eine Bedarfsplanung bei den Zahnärzten nicht gäbe oder zumindest nicht gegeben habe. Richtig ist aber, dass diese Zahlen auch in den vergangenen Jahren flächendeckend erhoben wurden. Anders als bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sind daraus nur keinerlei quantitative oder örtliche Zulassungsbeschränkungen erwachsen.

Vielmehr gilt eine umfassende Niederlassungsfreiheit, die nun für den klar abgegrenzten Bereich der MVZ in Krankenhausträgerschaft spürbar reduziert wurde.

Ausgangspunkt für die Unterscheidung sind die Verhältniszahlen der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Zahnärzte (Bedarfspl-RL-ZÄ) des Gemeinsamen Bundesausschusses und die sich daraus ergebenden bedarfsgerechten Versorgungsgrade eines Planungsbereiches.

Konkret ist nach § 95 Absatz 1b Satz 4 SGB V zu ermitteln, bei welcher Zahnarztzahl nach den Vorgaben der Bedarfspl-RL-ZÄ ein bedarfsgerechter Versorgungsgrad von 100 % vorliegt. Diese Zahl ist mit den tatsächlichen Zahnarztzahlen zu vergleichen, um dann den tatsächlichen Versorgungsgrad zu ermitteln.

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor *oder*
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buerero@bmvz.de

Autor: **Christian Pinnow**

ist die Zahl der bedarfsplanerisch erfassten Zulassungen und genehmigten Angestelltenstellen. Von dieser Grundregel sind in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad Ausnahmen geregelt.

(2)

Um den Versorgungsbedürfnissen vor allem in Planungsbereiche mit niedrigen Einwohnerzahlen gerecht zu werden, dürfen Krankenhäuser nach § 95 Abs. 1b S. 2 SGB V in Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50% unterschritten ist, zwar durchaus MVZ gründen, ein solches zahnärztliches MVZ muss dann aber mit insgesamt mindestens fünf Vertragszahnarztsitzen bzw. Anstellungen gegründet werden. Hierdurch soll gewährleistet sein, dass auch in diesen Planungsbereichen wirtschaftlich tragfähige MVZ-Strukturen bestehen.

(3)

In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50% unterschritten ist, können von einem Krankenhaus gegründete MVZ in Ausnahme zu Grundregel einen größeren Versorgungsanteil haben. In einem solchen Planungsbereich darf die Summe der vom Krankenhaus betriebenen zahnärztlichen MVZ einen Versorgungsanteil von bis 20 % haben. Auf die von jeweils einem Krankenhaus getragenen MVZ dürfen somit maximal 20 % der Zulassungen bzw. Angestelltenstellen im Planungsbereich entfallen. Die Erhöhung des zulässigen Höchstversorgungsanteils soll der Verbesserung der Sicherstellung der Versorgung dienen.

(4)

Schließlich ist die Gründungsberechtigung besonders streng in Planungsbereichen beschränkt, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 % überschritten ist. Gemäß § 101 Abs. 1 S. 3 SGB V ist Überversorgung bei einem Versorgungsgrad von mehr als 110 % anzunehmen. In einem überversorgten Planungsbereich dürfen Krankenhäuser insgesamt zahnärztliche MVZ nur in einem Umfang betreiben, der dazu führt, dass alle vom jeweiligen Krankenhaus im Planungsbereich betriebenen zahnärztlichen MVZ höchstens einen Versorgungsanteil von 5% haben. Die Absenkung des Höchstversorgungsanteils soll dem geringeren Versorgungsbedürfnis im Planungsbereich Rechnung tragen.

Der Planungsbereich als Bezugsgröße:

Während es bei den Humanmedizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung verschieden große geografische Bezugsrahmen für die Bedarfsplanung gibt, sind bei der zahnärztlichen Bedarfsplanung grundsätzlich die kreisfreien Städte, die Landkreise oder Kreisregionen Bezugspunkte.

Großstädte können zudem untergliedert werden. In vielen Fällen ist aber davon kein Gebrauch gemacht. So sind beispielsweise Berlin, Hamburg, München und Köln trotz ihrer Größe und Einwohnerzahl jeweils nur ein Planungsbereich.

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor *oder*
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buero@bmvz.de

Autor: **Christian Pinnow**

Zusammengefasst:

Versorgungsgrad im Planungsbereich	Grenzwerte (jeweils inkl. des zu gründenden MVZ)
über 100 % und unter 110 %	Maximal 10 % Versorgungsanteil
mindestens 50 % und unter 100 %	maximal 10 % Versorgungsanteil, mindestens jedoch 5 Vertragszahnarztsitze oder Angestelltenstellen
unter 50 %	maximal 20% Versorgungsanteil
über 110 %	Maximal 5% Versorgungsanteil

Schließlich wird mit der Regelung in § 95 Abs. 1b S. 7 SGB V klargestellt, dass die Begrenzung der Zahnarztstellen in von einem Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen MVZ nicht nur für die Gründung von MVZ, sondern auch für die Erweiterung bereits bestehender zahnärztlicher MVZ eines Krankenhauses gilt.

§ 95 Absatz 1b SGB V enthält jedoch kein ausdrückliches Übergangsrecht. Vieles spricht deshalb dafür, dass ein schon bestehendes zahnärztliches MVZ eines Krankenhauses, das die in einem Planungsbereich geltenden Grenzwerte überschreitet, auch weiterhin im bisherigen Umfang bestehen bleiben könne und sogar die Nachbesetzung von Vertragszahnarztsitzen oder Anstellungen in solchen MVZ weiterhin möglich bleibt.

Welche neuen (oder alten Fragen) lässt das TSVG offen

Die Neuregelung wirft im Detail zahlreiche Fragen auf, von denen die erste ist, wie der vom Gesetzgeber eingeführte Begriff des *zahnärztlichen MVZ* im Detail zu verstehen ist. Konkret: Wie ist zum Beispiel ein fachübergreifendes MVZ, also ein MVZ in Krankenhausträgerschaft mit z.B. vier Zahnärzten und einem Allgemeinmediziner, bei der Bemessung der im Einzelfall geltenden Grenzen einzubeziehen und ist ein solches MVZ überhaupt ein Anwendungsfall des Absatzes 1b)? Trotz aller Ausführlichkeit des Gesetzesbegründung wurde das 'zahnärztliche MVZ' tatsächlich an keiner Stelle definiert.

Im Weiteren stellt sich beispielsweise auch die Frage, wie der Fall zu beurteilen ist, wenn in eine bestehende Zahnarzt-MVZ-Trägersgesellschaft in der Rechtsform einer GmbH ein Plankrankenhaus als neuer Mit- oder Alleingesellschafter eintritt. Nach gegenwärtiger Rechtslage lässt der Wechsel der Gesellschafter einer Trägersgesellschaft die Zulassung des MVZ unberührt, sofern die Trägersgesellschaft als solche ihre Identität wahrt. Ob aber beim Gesellschafterwechsel die Einschränkungen des § 95 Abs. 1b SGB V gelten, ist ungewiss und ebenfalls nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt. Da ein Gesellschafterwechsel dem Zulassungsausschuss nur anzuzeigen ist, der Ausschuss ihn also nicht genehmigen muss, bleibt auch offen, in welchem Verfahren die Versorgungssituation überhaupt überprüft werden könnte. Für Rechtssicherheit wird wohl in beiden Fragen erst die Rechtsprechung sorgen.

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor *oder*
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buero@bmvz.de

Autor: **Christian Pinnow**

Bis dahin gehen die Neugründung und der Erwerb eines zahnärztlichen MVZ für potenziell verkaufswillige Praxisinhaber einerseits sowie für kauf- bzw. gründungswillige Krankenträger andererseits mit großen Unsicherheiten einher.

Hinsichtlich des vom Gesetzgeber benannten Regelungsziels, MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften zu beschränken, ist zudem darauf hinzuweisen, dass es einer Private-Equity-Gesellschaft unbenommen ist, in einem Planungsbereich mehrere Krankenhäuser zu erwerben, um auf diese Weise seine prozentualen Versorgungsanteile zu erhöhen. Weiterhin sieht § 95 Abs. 1b S. 1 SGB V keinerlei Höchstgrenzen hinsichtlich der insgesamt von verschiedenen Krankenhäusern gehaltenen Versorgungsaufträge innerhalb eines Planungsbereichs vor.

Vor diesem Hintergrund ist mit einiger Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Gesetzgeber die Norm früher oder später nachregulieren wird, sollte die eingangs beschriebene hochdynamische Marktentwicklung anhalten.

Christian Pinnow

Fachanwalt für Medizinrecht

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Telefon: 0211 - 41557780

Mailanschrift: pinnow@db-law.de

www.db-law.de
