

31 – 19

## Inhaltsverzeichnis

2. August 2019

### Kurz vor Redaktionsschluß:

Praxisketten: EuGH bringt „Heuschrecken“ zum Frohlocken Seite 2

### Gesundheitsmarkt:

(K)ein „Buch mit sieben Siegeln“: Wie die „Heuschrecken“ arbeiten Seite 4

A+S-Serie „Heuschrecken“ der Gesundheitswirtschaft (Teil 2): Nordic Capital Seite 7

### Zahnärzte:

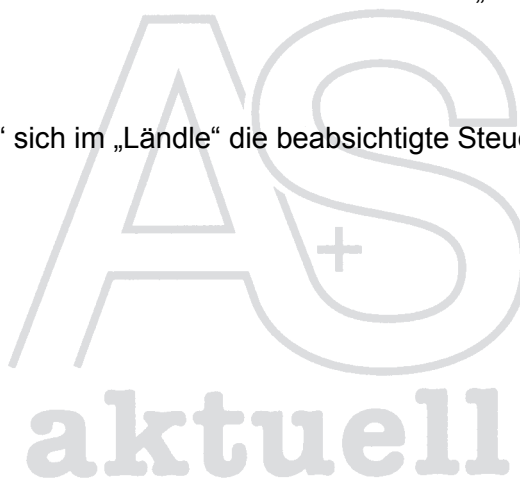
Z-MVZ: KZBV-Eßer mobbt einen anders handelnden seiner 17 „Jünger“ Seite 10

### Zahnärzte / Leserbrief:

Z-MVZ: Laut KZV „entfaltet“ sich im „Ländle“ die beabsichtigte Steuerungsfunktion Seite 13

### Personalia:

Seite 14



A + S aktuell - Ambulant und Stationär aktuell

gegr. 1978 von Dr. phil. Hanns Meenzen (+), vereinigt seit 2011 mit „DER KASSENARZT“ · ISSN 0178-0999

Chefredakteur: Wolfgang G. Lange · Redaktion und Verlag: MC.B Verlag GmbH · Hannoversche Str. 22 · 10115 Berlin-Mitte  
Telefon 0 30 / 275 965 90 · Telefax 0 30 / 275 965 92 · E-mail: [Lange@mcb-verlag.de](mailto:Lange@mcb-verlag.de) Internet: [www.a-und-s-aktuell.de](http://www.a-und-s-aktuell.de)

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) Konto-Nr. 000 344 56 58

IBAN: DE29 3006 0601 0003 4456 58 · BIC: DAAEEDXXX

Der „A + S aktuell“ ist nur im Jahresabonnement (p.a. € 456,00 inkl. Versand zzgl. Mwst.) erhältlich. Im Laufe des Jahres eingegangene Abonnements werden pro rata temporis abgerechnet.

Nur bis zum 30. September eines Jahres eingegangene schriftliche Kündigungen per Brief oder Fax werden zum 31. Dezember des gleichen Jahres gültig.

Der „A + S aktuell“ ist urheberrechtlich geschützt, jede Art des Kopierens, des Ab- und Nachdruckes, der Vervielfältigung, Speicherung auf elektronischem oder anderem Wege bzw. Weiterverbreitung bedarf der schriftlichen Genehmigung durch den Verlag. Es gelten die AGB-Bestimmungen des Verlages in der jeweils gültigen Fassung.

## **Kurz vor Redaktionsschluß:**

### **Praxisketten: EuGH bringt „Heuschrecken“ zum Frohlocken**

(A+S 31 – 19) Weitgehend unter Ausschluß der (Fach-)Öffentlichkeit fällte der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 29. Juli 2019 eine richtungsweisende Entscheidung, die bei sehr enger juristischer Auslegung erhebliche Auswirkungen auf das Berufsrecht der Freien Berufe haben könnte (Az.: C-209/18). Und sie dürfte Private Equity-Gesellschaften (PEG) bzw. andere Investoren frohlocken lassen, wenn es um das Anlegen ihrer Gelder im Gesundheitswesen geht. Denn, mit dem Spruch der 4. Kammer des EuGH im Rücken, dürften ihnen die Türen einen Spalt weiter geöffnet worden sein, um sich an Praxen oder deren Gemeinschaften, die in Form von juristischen Personen (GmbHs, GbRs) geführt werden, zu beteiligen. Insoweit stellten der erfahrene griechische Kammerpräsident Michael Vilaras (68) und seine vier Kollegen aus Estland, der Slowakei, Kroatien und Portugal die Ökonomie vor den von der Europäischen Union (EU) auch hochgehaltenen Gesundheitsschutz. Die mühevollen Abschottungstendenzen so mancher Interessensvertretung nicht nur der Heilberufe, wie z.B. der Vertragszahnärzteschaft (vgl. Beitrag in dieser A+S-Ausgabe), dürften damit eine schwere Niederlage erlitten haben. Auch wenn es in Luxemburg nur um den Fall des Anteilsbesitzes an österreichischen Tierarztketten ging.

Das Schöne an den EuGH-Verfahren ist deren Transparenz und Dienstleistungsfreude. Zwar dauern auch die Luxemburger Verfahren manchmal aus Sicht der Streitenden ewig, aber wenn der Spruch einmal gefällt ist, dann liegt auch sofort der vollständige Text mit seinen Begründungen vor. Ganz im Gegenteil z.B. zur deutschen Sozialgerichtsbarkeit, die sich bis zu drei Monate Zeit läßt, den vollständigen Urteilstext nach zu liefern. Beim Fall C-209/18 weiß man also seit dem 29. Juli 2019, was entschieden wurde.

Am 27. Dezember 2006 veröffentlichte die EU die „Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 12. Dezember 2006“. Sie wurde als so genannte „Dienstleistungsrichtlinie“ bekannt, weil mit ihr „die freie grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen“ geregelt werden sollte. Schon während der europäischen Beratungen in Brüssel und Straßburg liefen die Vertreter der Freien (Heil-)Berufe einiger Mitgliedsstaaten, oft geführt von den Deutschen, Franzosen, Niederländern und Österreichern, Sturm gegen einige der vorgesehenen Bestimmungen. Weil in ihren Ländern Regeln herrschten, die protektionistisch die Leistungserbringung von Dienstleistungen durch Fachfremde be- oder gar verhinderten. Angesichts der auch öffentlich vorgetragenen Proteste, in einigen Ländern kam es zu Demonstrationen, wurden in der Schlußphase der Beratungen einige Bereiche von der Gültigkeit ausgenommen. So u.a. die Bereiche Gesundheit und Gesundheitsschutz.

Zur Begründung des Ausschlusses formulierte man damals:

„Der Ausschluß des Gesundheitswesens vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie sollte Gesundheits- und pharmazeutische Dienstleistungen umfassen, die von Angehörigen eines Berufs im Gesundheitswesen gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, wenn diese Tätigkeiten in dem Mitgliedstaat, in dem die Dienstleistungen erbracht werden, einem reglementierten Gesundheitsberuf vorbehalten sind.“

Und man findet weiter im Art. 2. Abs. 2 Buchst. f und l der Richtlinie den Passus:

„diese Richtlinie findet auf folgende Tätigkeiten keine Anwendung auf ... Gesundheitsdienstleistungen, ob sie durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden, unabhängig davon, wie sie auf nationaler Ebene organisiert und finanziert sind ... und ob es sich um öffentlich oder private Dienstleistungen handelt.“

Das klingt aus Sicht der deutschen Heilberufe bzw. Apotheker beruhigend. Irgendwie nach „noli me tangere“ – und dort wähnte man sich seither in (relativer) Sicherheit. Doch niemand hatte wohl mit der Beharrlichkeit der Brüsseler Kommissionsbeamten gerechnet. Diese überzieht noch heute Mitgliedsstaaten gerne mit Vertragsverletzungsverfahren, um den Bestimmungen der von ihnen mühevoll durchgesetzten „Dienstleistungsrichtlinie“ zu ihrer Umsetzung zu verhelfen. Nach einigem diplomatischem Hin und Her reichte die EU-Kommission am 23. März 2018 Klage gegen die Republik Österreich ein. Vordergründig sollte der EuGH prüfen, ob die protektionistischen Regeln für juristische Gesellschaften für „Ziviltechniker“ und Patentanwälte mit der Richtlinie 2006/123/EG vereinbar sind. Ziviltechniker? Den Beruf kennt man in Deutschland nicht, und Patentanwälte sind zwar ein freier Beruf, aber weit vom Bereich „Gesundheit“ entfernt. Kaum jemand wird bei der Aufzählung weitergelesen haben. Denn der EU-Kommission ging es auch um Beteiligungen an Tierärztesellschaften, die in einem Zug erlaubt werden sollten. Wie in Deutschland so halten es im Nachbarland weder die Österreichische Tierärztekammer (ÖTK) noch die Wiener Bundeskonzferenz der Freien Berufe (BuKo) für pralle, was vor allem ein Investor in ihrem Beritt so trieb. Also lobbyierte man bei der Wiener Regierung und „erhielt“ in Folge strenge, protektionistische Regeln wie: „Eine Beteiligung Berufsfremder an einer Tierärztesellschaft ist nur für stille Teilhaber möglich.“ Das sollte genau genommen die 2011 in Schweden gegründete und mittlerweile europaweit auftretende „Kette“ von Tierarztpraxen, -zentren und -kliniken namens AniCura vom Markt fernhalten. Diese betreibt 270 Einrichtungen, in denen rund 2.000 Tierärzte arbeiten. Und wurde 2018, wen wundert es, vom U.S.-Tierfutterhersteller Mars Corp. übernommen. In Deutschland koordiniert die Münchener AniCura Holding GmbH das Leistungsgeschehen. Das dürfte mit ein Grund dafür gewesen sein, daß die Bundesrepublik Deutschland den Österreichern in diesem Verfahren als Streithelferin beisprang.

Nun arbeiten Tierärzte zwar am „Patienten“ – aber nicht am menschlichen. Die Tierärzte gehören zwar zu den akademischen Heilberufen, aber ihre Klientel ist „spezifisch“. Daher ist verständlich, daß sich vorerst am 1. August 2019, kurz vor Redaktionsschluß dieser A+S-Ausgabe, der Bundesverband der Freien Berufe (BfB), die Bundesärztekammer (BÄK) wie auch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) auf Nachfragen der A+S-Redaktion hinter der Auskunft verschanzten, man „prüfe“ das Urteil aus Luxemburg noch. Auch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gab sich gelassen. Man verwies auf die Ausnahmen aus der Richtlinie und meinte: „Da Tierärzte dieser Gruppe nicht angehören, ist die Dienstleistungsrichtlinie auf ihre Tätigkeit anwendbar.“

Nur, sie alle dürften die Rechnung ohne den Wirt, in diesem Falle des findigen, kroatischen EuGH-Berichterstatters gemacht haben. Denn dieser stellte die ökonomischen Anforderungen einer Beteiligung an einer Gesellschaft von (Tier-)Ärzten über das hohe Gut des Gesundheitsschutzes. Man liest im Urteil:

„**Rz. 104:** Hierzu ist festzustellen, dass die legitime Verfolgung der Ziele des Gesundheitsschutzes und der Unabhängigkeit der Tierärzte nicht rechtfertigen kann, dass Wirtschaftsteilnehmern, die keine Tierärzte sind, die Beteiligung am Vermögen von Tierärztegesellschaften völlig unmöglich gemacht wird, da nicht ausgeschlossen ist, dass die Tierärzte über diese Gesellschaften auch dann eine wirksame Kontrolle ausüben können, wenn sie nicht das gesamte Gesellschaftsvermögen halten würden, denn die Beteiligung von Personen, die keine Tierärzte sind, an einem begrenzten Teil dieses Vermögens würde eine solche Kontrolle nicht zwangsläufig behindern (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 1. März 2018, CMVRO, C-297/16, EU:C:2018:141, Rn. 86).

**Rz.105:** Eine nationale Regelung, die sämtliche nicht berufsberechtigten Personen von jeglicher Beteiligung am Vermögen von Tierärztegesellschaften ausschließt, geht daher über das hinaus, was erforderlich ist, um die Ziele des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und der Unabhängigkeit der Tierärzte zu erreichen.

**Rz.106:** Nach alledem gehen die in Rede stehenden innerstaatlichen Anforderungen über das hinaus, was zur Erreichung der verfolgten Ziele notwendig ist, so dass sie gegen Art. 15 Abs. 3 der Richtlinie 2006/123 verstoßen.

**Rz 107:** Die Rüge eines Verstoßes gegen Art. 15 der Richtlinie 2006/123 ist demnach begründet. Unter diesen Umständen kann die Prüfung der fraglichen Rechtsvorschriften am Maßstab des Art. 49 AEUV dahinstehen.“

Wer die trick- und -listenreichen wie teuren Edel-Juristen kennengelernt hat, deren Stundensätze sich Konzerne so leisten können, der wird nicht nur vermuten, daß diese sich genau und mit Wonne auf diese vier Randziffern des EuGH-Urteiles stürzen und sich an diesen verbeißen werden. Wenn der EuGH nämlich aktuell die Beteiligung an einer Gesellschaft von (Tier-)Ärzten über die Ziele des Gesundheitsschutzes stellt, dann ist es bald mit der Forderung von Interessenvertretern nicht weit, daß dieses auch für andere „Ärzte“ gelten soll. Eine restriktive, protektionistische (Berufs-)Gesetzgebung in Deutschland wird durch den Luxemburger Spruch wesentlich schwieriger. Seit dem 29. Juli 2019 wird man höllisch aufpassen müssen, was man zum „Schutz“ der Berufsausübenden und damit zur Bewahrung der Markt-Fragmentierungen formuliert. Ähnliches dürfte für die Körperschaften der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte gelten. Verständlich ist es daher, wenn man an diesen Orten das Urteil noch „prüft“ – der EU-Schuß dürfte gegessen haben.

## Gesundheitswirtschaft:

(K)ein „Buch mit sieben Siegeln“: Wie die „Heuschrecken“ arbeiten

(A+S 31 – 19) Seit einigen Jahren mischen nationale wie internationale Anleger und Investoren weitgehend verschiedene Bereiche des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf. Überall dort, wo sich interessante Engagements bieten können, greift man beherzt zu. Dem Investitionsdrang scheinen keine Grenzen gesetzt. Nur Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (a.G.) als PKV-Genossenschaften sind vor ihren Zugriffen gesetzlich geschützt. Seit sich die A+S-Redaktion etwas intensiver mit diesen Vorgängen beschäftigt, forderten LeserInnen mehrfach, daß auch das Fachchinesisch, die Fach-Be-

griffe und das Vorgehen im Rahmen von Beiträgen erläutert werden sollen. Diesen Bitten kommt die A+S-Redaktion gerne nach.

Nicht erst seit der Finanzkrise 2008 schlummert auf vielen Konten in Deutschland, Europa, sondern auch weltweit viel bares Geld herum. Das will angelegt werden – und bitte nicht auf Sparbüchern oder „Beton-Gold“ wie Immobilien, sondern in Beteiligungen. Bei allen Firmen oder Vorgängen, bei denen plötzlich der Begriff „Private Equity“ (PE) auftaucht, ist man urplötzlich in diesem Bereich. Definitorisch können sogar Großeltern oder andere Verwandte, die ein Unternehmen mit barem Geld ausstatten oder mit ihren Zuschüssen zum Kauf von diesem beitragen, als Private-Equity-Investoren gelten. Sie geben außerbörsliches, also „privates (Beteiligungs-)Kapital“, das dann für das zu erwerbende oder auszubauende Unternehmen verwandt wird. Im Gesundheitswesen darf man daher das einströmende PE-Geld nicht mit „Venture Capital“ (= Wagnis- oder Risikokapital) verwechseln, das meist in Start up-Unternehmen vornehmlich im IT-Bereich landet. Und das auch schon einmal im Falle des Scheiterns buchstäblich „verbrannt“ sein kann. Auch darf man in diesem Zusammenhang die so genannten REITs (= Real Estate Investments Trusts) nicht außer Acht lassen, die immer dann zur Stelle sind, wenn Immobilien im Spiel sind. Oft genug werden nämlich große Zukäufe durch das „Sale and lease back“-Verfahren (= Verkaufen und zurückmieten) finanziert. Sogar große Krankenkassen wie z.B. die AOK Bayern nutzten in klammen Jahren das Verfahren.

Jeder Privatmann/frau, der/die über viel zu viel Geld zum Leben verfügt – es müssen schon extrem viele Millionen sein –, der will das nicht alleine verpulvern, sondern mit externem Sachverstand gezielt hohe Renditen erzielen. Gleiches gilt für die so genannten institutionellen Anleger, seien es nun in Deutschland Versorgungswerke z.B. der Freien Berufe oder der Kirchen, Pensions- oder Staatsfonds bzw. Assekuranzgesellschaften und Banken usw., die schon von Gesetzes- oder Satzungswegen zum gewinnbringenden Anlegen ihrer liquiden Mittel gezwungen sind. Bei privaten Anlegern spricht man oft von „Family Offices“ (FO), weil angestellte Manager über die Anlagen der AnlegerInnen bzw. dessen Clans wachen und diese weiter mehren sollen. Ansonsten sind wir bei den Externen bei den so genannten „Private Equity-Gesellschaften“ (PEG) gelandet. Diese arbeiten in der Regel für „Management-Fees“ – lassen sich also jährlich oder regelmäßig eine Honorar-Gebühr für ihre Arbeit überweisen. Diese ist meist von der Höhe des vorhandenen, einzusetzenden Kapitals abhängig – aber auch Erfolgsprämien sind bekannt geworden.

Während bei den FOs das Geld bereits vorhanden ist, so muß man sich die PEGen quasi als Kapitalsammelstellen vorstellen. Sie richten also „Töpfe“ ein – zur Not aus steuerlichen Gründen mit Sitz auf Jersey, den Caymans oder Singapur – mit dessen Hilfe sie dann „shoppen“ gehen. Also Unternehmen kaufen. Die so aufgelegten Fonds oder neudeutsch „Funds“ sind in der Regel zeitlich befristet. Die externen Investoren wollen also z.B. nach meist zehn Jahren „Geld sehen“ - oder schon früher einen finanziellen „Erfolg“. Daraus resultiert eine vergleichsweise kürzere Haltedauer als bei den so genannten strategischen Investoren. Die letzteren investieren aus Expansions- oder Wettbewerbsgründen in andere Unternehmen und haben letztendlich ein langfristigeres Interesse am erworbenen Unternehmen. Wer unter einem ungeheuren Erfolgs- wie zeitlichen Druck steht, wie die PEGen, der schießt meist nur auf den größtmöglichen Gewinn durch einen frühzeitigen, aber gewinnträchtigen Verkauf. Der „return of investment“ muß stimmen. Kurz gefaßt: Durch eine



schnelle Steigerung des Wertes des übernommenen Unternehmens kann der beabsichtigte rasche „Exit“ erfolgen, also der Ausstieg in Form eines Weiterverkaufes oder eines Börsenganges mittels IPO (= initial public offering).

Wie gehen nun die alert wirkenden Damen und Herren der PEGen vor, nachdem sie das Geld eingesammelt haben? Manchmal kennen sie aus früheren Tätigkeiten ihre „Zielfmärkte“ ausgezeichnet. Wissen also z.B., wo eine Verkaufsbereitschaft von ausscheidenswilligen Gründern besteht oder welchem Unternehmen man finanziell „auf die Sprünge“ helfen kann. Was die A+S-Redaktion „shoppen“ nennt, bezeichnet auf den Einzelfall gesehen die PE-Branche als „Transaktion“. Wenn es also um Transaktionsaktivitäten geht und die damit verbundenen Transaktionsvolumina, dann handelt es sich um nichts anderes als um die Zahl der Ein- bzw. Verkäufe und das dabei aufgebrauchte bzw. erhaltene Geld. Bleiben wir aber bei der Suche nach Objekten. Diese erfolgt bei den PEGen entweder durch die eigene Expertise der Mitarbeiter oder aber über „Advisory“-Boards bzw. externe Beratungsgesellschaften. „Shoppen“ gehen die PEGen also meist nicht alleine, sondern mit eingekauften Sachverstand. Das kostet zwar, erleichtert aber ungemein die „Zielfindung“. Dem „Shoppen“ geht also oft genug ein intensives „Monitoring“ (= Marktbeobachtung) voraus.

Die verschiedenen Bereiche des bundesdeutschen Gesundheitswesens sind bekanntlich stark fragmentiert. Viele kleine (Leistungs-)Anbieter haben sich kuschelig in ihren Zonen eingerichtet. Aber so richtige, marktbeherrschende Riesen im jeweiligen Markt findet man selten. Also müssen die PEGen zur „buy-and-build“-Methode greifen. Im Falle von (zahnärztlichen) Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZen) kauft man sich also als Einstiegsvehikel in den bundesdeutschen Markt erst einmal ein kleines Krankenhaus. Davon gibt es ja noch immer genug, manche sind auch preiswert zu haben. Sodann dürften Mediziner in einem schon bestehenden MVZ zu überzeugen sein, nicht nur aus Altersgründen ihre Gesellschaftsanteile zu verkaufen. Oft genug werden dann externe Manager zum Leiten des kleinen Konglomerates engagiert. Mit dem PEG-Kapital im Rücken erwerben diese dann weitere, ähnlich geartete Einrichtungen. Im Laufe der Zeit wird aus der Keimzelle eine mehr oder minder größere Gruppe. Die Keimzelle lautet im PEG-Sprech „Plattform“, weil man auf dieser stehend hübsch drum herum die weiteren Unternehmungen ansiedeln kann. In der Regel wollen die PEGen immer alle „Anteile“ (= shares) eines Unternehmens haben, weil sie dann ohne Widerstand anderer durchregieren können. Wichtig ist ihnen aber in jedem Falle die Mehrheit der Shares zu halten, um das Sagen zu haben. Man erinnere sich, auch CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (39) verhielt sich im Falle der gematik GmbH genauso. Manchmal geben sich die PEGen auch nur mit gewissen Teilen des Sach- und Anlagevermögens zufrieden. Dann spricht man von einem „Asset Deal“. Wenn das zu übernehmende Unternehmen zu groß, zu teuer oder der Preis zu hoch ist, um ihn alleine stemmen zu können, dann schließen sich PEGen im Einzelfall quasi auch zu Einkaufsgemeinschaften zusammen. Auch kann es mittels Leveraged BuyOuts (LBO) zu einer weitgehend kreditfinanzierten Übernahme kommen. Oder aber, REITs helfen aus.

Während der Haltezeit des Investments wird nicht nur an einer wertsteigernden Vergrößerung des Unternehmens gewerkelt – je größer, je mehr Umsatz, je mehr Gewinn, höhere Renditen, ein toller EBITA, alles läßt das Anlegerherz jubeln -, sondern auch schon am EXIT. Denn ein kleines MVZ nur so weiter betreiben, das lohnt sich nicht. Eine kleine Klinik unterhalten, ebenfalls. Da fehlen

aus Sicht der PEGen die so genannten „Skalenvorteile“, die man durch eine höhere Einkaufsmacht, optimaleren Personaleinsatz und Verwaltungseinsparungen erzielen kann. Wer z.B. für 20 MVZ Praxisbedarf ordert, der kann halt höhere Rabatte aushandeln als für ein einzelnes. Es müssen, aus der Sicht des Verkäufers schon größere Einheiten sein, wenn nicht schon marktführende Unternehmen, um hohe „return of investments“ zu erzielen. Also fügt man durch Zukäufe ein MVZ nach dem anderen ins Netz ein, das sind die so genannten „Add ons“. Hinzu tritt ein Effekt, der nicht zu verachten ist. Der so genannte „Multiple Arbitrage-Effekt“. Je größer eine Plattform durch angedockte weitere Zukäufe geworden ist, umso höher ist der Wiederverkaufswert. Man steigert also für eine spätere „Due Diligence-Prüfung“ von potentiellen Käufern nach und nach den Wert. Dafür gibt es Faustregeln. Ein MVZ ist meist für eine sechsstellige €-Summe zu haben, aber 20 MVZen nicht unter einer höheren siebenstelligen.

Da immer die begrenzte Anlagezeit des Fonds zeitlichen Druck erzeugt, muß es zum Verkauf kommen! Deal-Verträge schließt man ja nicht über Nacht. Schon gar nicht, wenn irgendwann internationale Rechtsanwalts- oder Wirtschaftsprüfungsgesellschaften involviert sind. Da wird um jedes Komma, jeden Begriff gefeilscht. Und das dauert Wochen, wenn nicht Monate, manchmal vergeht ein Jahr. Den PEGen bleibt für die Akquise der Firmen, den Aufbau ihrer Kette oder Gruppe in der Regel nur fünf bis sechs Jahre „Haltezeit“. Also muß die Beteiligung „raus“ aus dem „Portfolio“, also dem Bestand. Nicht immer finden sich börsennotierte Konzerne oder andere, die das Verkaufsobjekt übernehmen wollen. Also reicht man es weiter, es kommt zum „BuyOut“ an eine andere PEG. Das passiert häufiger als man denkt. Bei manchen „Objekten der Begierde“ hat es schon einen „Secondary BuyOut“ gegeben, bei wenigen einen „Tertiary“. Insoweit müssen die Unternehmensführer damit leben, daß alle fünf oder sechs Jahre ein anderer PEG-Manager im „Board“, also den Kontrollgremien, das Wort führt und die Richtlinien der Geschäftspolitik bestimmt. Bisher ist es den PEGen in den seltensten Fällen gelungen, einen marktführenden oder gar marktbeherrschenden Konzern zu schmieden. Ausnahme ist z.B. der Bereich der Reha-Kliniken (MEDIAN), doch diesen dann wieder los zu werden, dürfte ob der Größe nicht einfach werden. Im stationären Pflegesegment sind diverse Investoren auf dem besten Wege. Aber, je größer ein Investment geworden ist, desto kleiner wird die Zahl potentieller Erwerber aus dem In- und Ausland. Bei MEDIAN beißt sich seit einem Jahr eine Investmentbank bereits die Zähne aus. Dann bleibt nur der IPO. Im Bereich der niedergelassenen Leistungsanbieter (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten) sind die bestehenden PEG-Plattformen alle noch zu klein. Schließlich verfügen diese Art von Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen) in ihrem eigenen Bereich noch über einen viel zu geringen Marktanteil.

## A+S-Serie „Heuschrecken“ der Gesundheitswirtschaft (Teil 3): Nordic Capital

(A+S 31 – 19) Seit einigen Jahren kaufen sich weitgehend geräuschlos Private-Equity-Firmen und andere Investoren wie Family Offices im bundesdeutschen Gesundheitswesen mehr oder minder große Gruppen von Leistungsanbietern zusammen (vgl. A+S 27 – 19, S. 2ff.). Meist noch im Wesentlichen unbeachtet von der Öffentlichkeit, da die so bewegten Investitionssummen noch relativ überschaubar sind. Die A+S-Redaktion hat sich vorgenommen, etwas Transparenz in diese besondere Szene zu bringen und in Form von kleinen Portraits die Akteure vorzustellen. Folge 3 der

Serie: Nordic Capital Advisory AB (NC) aus Stockholm und Nordic Capital Ltd. in St. Helier auf Jersey.

Die NC-Geschichte reicht dreißig Jahre zurück. 1989 machten sich in Stockholm zwei Spezialisten, Robert Andreen (76) und Morgan Olsson (68), selbständig. Sie hatten zuvor bei der Svenska Handelsbanken AB – einer der größten nordischen Kreditinstitute – gearbeitet. Der Start erfolgte mit finanzieller Unterstützung ihres ehemaligen Arbeitgebers und der ebenfalls nordischen Lebensversicherung Skandia Life Insurance AB. Sie legten ihren ersten Fonds auf, und der Nordic Capital Fund I umfaßte – aus heutiger Sicht – bescheidene 55 Mill. €. Der zweite Fonds verfügte bereits über die doppelte Summe. Aus den ersten Anfängen, man konzentrierte sich zuerst auf Schweden und griff dann auf den gesamten nordischen Raum aus, entwickelte sich eine der größten europäischen Private-Equity-Gesellschaften (PEG). Beim 2018 aufgelegten Nordic Capital Fund IX sammelte man bereits bei den Investoren 4,3 Mrd. € ein. Damit läßt sich rechtschaffen und locker „shoppen“ gehen. Allerdings, NC konzentrierte sich in seiner weiteren Entwicklung – nachdem man im nordischen Raum groß geworden war - vornehmlich auf Investments im so genannten DACH-Raum (= Deutschland, Österreich und die Schweiz). Aber, wohl nicht nur aus steuerlichen Gründen, verlegte man bereits den Sitz des NC Fund III nach St. Helier auf die britische Kanalinsel Jersey. Erst 2008 kam ein Büro in Frankfurt am Main hinzu, das seit dem 1. Juni 2019 vom ehemaligen Londoner Goldman Sachs-Banker Dr. rer. pol. Rainer Lenhard (48) geleitet wird, der 1998 seine Karriere beim U.S.-Beratungsunternehmen McKinsey Inc. gestartet hatte.

In den drei Dezennien verwaltete NC mehr als 105 Investitionen im Wert von 14 Mrd. €. Von Anfang an lag ein besonderer Schwerpunkt auf Beteiligungen im Gesundheitssektor. So findet man in der Liste der NC-Exits z.B. den norwegischen Pharmahersteller Nycomed Pharma Holdings AS, bei dem NC bereits 1999 einstieg, aus der über „buy-and-build“-Maßnahmen später die Luxemburger Nycomed S.a.r.l. wurde. Eine der Nycomed-Investitionen war die 2005 eingeleitete Übernahme der Pharmasparte des deutschen ALTANA-Konzernes für etwa 4,6 Mrd. €. In 2011 machten die NC-Investoren „Kasse“, Nycomed wurde für rund 9,6 Mrd. € an den japanischen Pharmariesen Takeda verkauft. Ein anderes bekanntes NC-Asset war der Göteborger Hilfsmittel-Hersteller Mölnlycke Health Care AB. Bei dem war man 1997 eingestiegen, um sich dann 2005 im Wege eines „secondary BuyOuts“ des durch Einbringen eigener Zukäufe vergrößerten Unternehmens zu entledigen. Käufer war damals die britische „Heuschrecke“ APAX Partners L.P.. Ähnlich erging es dem schwedischen Klinikkonzern CAPIO AB, der auch in Deutschland mit einigen Kliniken vertreten ist. Die ebenfalls in Göteborg domizilierende CAPIO war sogar an der Stockholmer Börse gelistet, bis im November 2006 drei Private-Equity-Firmen sich über ihn hermachten. Für NC fielen via seines Funds VI 44 Prozent der Anteile ab. 2014 brachte man das Klinik-Unternehmen wieder an die Börse, die letzten „shares“ sollten 2016 veräußert worden sein.

Aber zurück nach Deutschland, dort soll rund ein Viertel der NC-Mrd. € investiert worden sein. Aktuell fallen sechs Investments von NC auf, die im Gesundheitssektor zu lokalisieren sind:

- Einen deutschen „Hidden Champion“ angelte man sich im Sommer 2018. Und zwar den Ulmer Einkaufsdienstleister für Krankenhäuser Prospitalia GmbH. Die Gesellschaft nannte ein Krankenhaus-Medium bereits 2017 einen der „Könige der Einkaufsgemeinschaften“.



Denn laut Branchenlisten kaufen über Prospitalia rund ein Viertel aller deutschen Akuthäuser mit der Hilfe der Schwaben ein. Es sollen 553 Kliniken mit über 135.000 Betten auf der Kundenliste stehen, 60 Reha-Kliniken, 63 Klinik-Apotheken und einiges mehr. 400 Vertragslieferanten sorgen dafür, daß ein Verkaufsvolumen von 2,4 Mrd. € „bewegt“ wird. Mit einem eigenen Umsatz von rd. 60 Mill. € und 200 Mitarbeiter gehört Prospitalia allerdings zu den kleineren NC-Beteiligungen.

- Beim Düsseldorfer Alten- und Pflegeheimbetreiber Alloheim Senioren-Residenzen SE stiegen die Schweden auch erst 2018 ein. Es sollen 1,3 Mrd. € gewesen, die man der U.S.-Private-Equity-Gesellschaft (PEG), The Carlye Group aus Washington (D.C.), hinblättern mußte. Alloheim gilt in seinem Angebotssegment mit mehr als 210 Einrichtungen, 75 Standorten mit Einrichtungen des Betreuten Wohnens sowie 26 Ambulanten Pflegediensten als zweitgrößtes Unternehmen seiner Branche.
- Bereits seit 2014 ist man beim Ahrensburger Dienstleister GHD GesundHeits GmbH Deutschland dabei. Dieser versorgt bundesweit Patienten mit Hilfsmitteln aller Art, vereint aber Produktion, Logistik und produktbegleitende Dienstleistungen unter einem Dach. Vor allem im renditeträchtigen Onkologiesektor. Das 1992 vom ehemaligen Handball-Profi und schillernden Ex-HSV-Präsidenten Andreas Rudolph (64) gegründete Unternehmen ging seit 2007 schon durch mehrere Hände. NC kaufte es für angebliche 500 Mill. € den schwedischen „Kollegen“ von IK Investments Partners ab. Laut einem Bericht der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (F.A.Z.) vom 17. April 2019 plant NC bereits den Exit. Der geforderte Preis dürfte sich vermutlich an den neunstelligen Bereich heranrobben, denn der Ahrensburger Umsatz übersprang bereits die 500 Mill. €-Grenze.
- Kein Private-Equity-Unternehmen von Ruf, daß sich in der heutigen Zeit nicht eine Gruppe von Anbietern aus der Zahnmedizin „hält“, sprich nicht über eine Anzahl von Zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) verfügt. NC macht da keine Ausnahme. Dafür muß man ins niederländische Hilversum schauen, die dort beheimatete European Dental Group (EDG) soll der Grundstein für eine der führenden europäischen Zahnklinik-Plattformen werden, liest man in Branchenblättern. EDG setzt bereits laut NC-Eigenangaben 380 Mill. € um, verfügt über fast 2.900 Mitarbeiter, die in Holland, der Schweiz und in Deutschland arbeiten. Aber auch den großen Hamburger Zahnersatzdienstleister Flemming Dental mit Dentallaboren an 40 Standorten bundesweit platzierte man 2018 unter dem EDG Dach. Akquiriert wurde die DPH Dental Partner Holding GmbH von der Münchener „Heuschrecke“ AUCTUS Capital Partners AG. DPH war und ist auf Zahntechnik fokussiert und hinter ihr stand die Fleming Dental Gruppe. Dazu gehören neben den Dentallaboren von Fleming Dental auch die Marken Flemming International (Auslandszahnersatz), Flemming Tec, die norwegische Laborkette Artinorway, das Dental-Labor Ronald Wulff GmbH in Hamburg und die Baltic Dental Group Ltd. in Riga. Über eine Minderheitenbeteiligung ist die Gruppe an der Medipay GmbH/Paydent beteiligt, die Patienten Finanzierungen für medizinische Leistungen anbietet. Für Dentalleistungen benötigt man Zuweiser bzw. zahnärztliche Auftraggeber. Kein Wunder, daß zur EDG-Gruppe u.a. die Kölner Zahnstation GmbH mit sechs Z-MVZen und die 22 Schweizer Zahnarztzentren betreibende Adent Cliniques Dentaires

Groupe SA gehören. Wer die Wichels-Story (vgl. A+S 29 – 19, S. 3f.) verinnerlicht hat, der fragt sicherlich, welches Krankenhaus gehört als Träger der Z-MVZen dazu? Die Frage beantwortet EDG selbst. Es ist die St. Franziskus-Krankenhaus GmbH, die das gleichnamige 100-Betten-Haus im rheinischen Eitorf bei Bonn betreibt.

- Bleiben wir im MVZ-Bereich. Die Gründer einer 1982 gegründeten Fürther Augenklinik, die bis heute zur Ober Scharrer Gruppe GmbH (OSG) ausgeweitet wurde, waren schon immer für wegweisende Ideen und damit Branchen-Schlagzeilen gut. Mit 150 Mill. € Umsatz in 2018 und fast 1.000 Mitarbeitern in 80 Standorten bundesweit, gehören sie zu den Großen der MVZ-Szene. Im März 2018 kaufte NC die Gruppe von der Londoner Palamon Capital Partners Ltd., die bekanntlich nichts Besseres zu tun hatte, als sich öffentlich brüstend über ihren 3,6-fachen „return of investment“ zu freuen.
- Daß sich NC in orthopädische MVZ eingekauft hätte, davon ist noch nichts bekannt. Aber seit 2015 engagieren sie sich beim U.S.-Rollstuhlhersteller Sunrise Medical Inc.. Und der verfügt über eine starke Tochter in Malsch bei Heidelberg.

## Zahnärzte:

### Z-MVZ: KZBV-Eßer mobbt einen anders handelnden seiner 17 „Jünger“

(A+S 31 – 19) Seit rund zwanzig Jahren pflastern viele „Opfer“ den berufspolitischen Aufstieg und die Amtsführung des seit 2013 amtierenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. med. dent. Wolfgang Eßer (64). Meist erfolgte das Beiseiteschieben oder ins Abseits stellen durch den Mönchengladbacher nicht auf offener Bühne oder gar mit offenem Visier, sondern auf die so genannte „rheinische Tour“. Also im Rahmen von in Hinterzimmer ausgekugelten Intrigen und damit verbundenen Kampagnen. Es sei nur an die unsäglich Begleitumstände erinnert, als es am 18. und 19. März 2011 zum ersten Male darum ging, daß er den KZBV-Sessel erklimmen wollte und die Vertragszahnärzteschaft zwei Tage lang „qualvoll Demokratie“ übte und „fast ihre Glaubwürdigkeit verlor“ (vgl. A+S 12 – 11, S. 2ff.). Inzwischen scheinen dem Zahnarzt, der sein „Reich“ machtbewußt verwaltet und ab und an mit „glänzenden“, abgehobenen Auftritten garniert, so langsam die Fäden seiner Herrschaft zu entgleiten. Ob er, der laut KZBV-Website seine niedergelassene Tätigkeit aufgab, noch weiß, was in den Praxen „abgeht“, das mag man bezweifeln. Berufspolitische Fehler häufen sich, wie z.B. jüngst die Lobby-Kalamitäten zu den zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) in den TSVG-Passagen (vgl. A+S 28 – 19, S. 6ff.). Andersdenkende, so gewinnt man den Eindruck, sollen „vom Hofe“ gemobbt werden. Mit allen Mitteln – vor allem wenn es um das Zukunfts-Thema Z-MVZ geht.

Die pfälzische Industrie- und Universitätsstadt Kaiserslautern kämpft seit 1945 mit den Folgen des II. Weltkrieges. Die beschauliche Großstadt mit heute knapp 100.000 Einwohnern wurde zu gut zwei Dritteln zerbombt. Und irgendwie hat man den Eindruck, daß trotz eines zentralen Mehrspartentheaters namens „Pfalztheater“, eines Orchesters und anderer Einrichtungen der Wiederaufbau nicht so recht geklappt hat. Auch mit dem einst so traditions- wie erfolgreichen Fußball-Team der

Stadt, dem 1. FC Kaiserslautern, ist heute kein Staat mehr zu machen. Sprich: Die Stadt verspricht noch nicht einmal den morbiden Charme, auf den die nachwachsenden Zahnärztegenerationen regelrecht „anspringen“ würden und sich spontan entschlossen, sich dort nieder zu lassen. Das mußten auch die Gesellschafter einer aus vier Zahnärzten bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) erfahren, als sie 2016 begannen, aus Altersgründen nach Nachfolgern zu suchen. Sie wollten nicht nur die Praxis abgeben, sondern ihren 18, zum Teil in die Jahre gekommenen Mitarbeitern die Arbeitsplätze sichern. Anfang 2018 dürften nach den der A+S-Redaktion vorliegenden Informationen dann Abgesandte der Colosseum Dental Deutschland GmbH angeklopft haben. Wir erinnern uns, das ist die Gesellschaft, die das „Family Office“ (FO) der früheren Kaffee-Dynastie Jacobs als „Plattform“ nutzt, um ein europäisches Dentalnetzwerk aufzubauen (vgl. A+S 27 – 19, S. 2ff.). Zum Reich der Jacobs Holding AG gehören mittlerweile über 260 zahnärztliche Einrichtungen europaweit, in denen über 1.000 Zahnärzte arbeiten. Der erste Besuch war nicht umsonst. Die Praxis wurde, nach Genehmigung durch den Zulassungsausschuß, am 17. April 2019 in ein Z-MVZ umgewandelt. „Im Zuge dessen sind die Geschäftsanteile an einen Investor verkauft worden“. So heißt es in einem persönlichen, vierseitigen Schreiben vom 16. Juli 2019 an alle Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KZV RLP), das der A+S-Redaktion vorliegt. Der Verkauf einer Praxis ist in der heutigen Zeit ein nicht ungewöhnlicher Vorgang. Die berufspolitischen Begleitumstände schon.

Das Besondere an dem Sendschreiben: Die rund 2.500 Briefe tragen die Unterschrift des seit 2016 amtierenden Vorstandsvorsitzenden der KZV RLP, Dr. med. dent. Peter Matovinovic (55). Der Zahnarzt stammt aus Kaiserslautern und war bis zum Verkauf der BAG an dieser mit 24,5 Prozent beteiligt. Er selbst hatte, wie er dezidiert seinen KZV-Mitgliedern seine Beweggründe und die Hintergründe für den Verkauf offenlegt, bereits 2017 selbst für seinen Anteil neue zahnärztliche Eigentümer gesucht. Schließlich belasten die heutigen hauptamtlichen Aufgaben eines Chefs einer Körperschaft nicht nur das Zeitbudget des Mandatars. Und: Mehr als 13 Stunden Wochenarbeitszeit in einer Praxis lassen auch die Aufsichten nicht mehr zu. Aber auch der oberste rheinland-pfälzische Vertragszahnarzt fand keinen Kollegen als Nachfolger. Heute arbeitet Matovinovic als angestellter Zahnarzt in seiner ehemaligen Praxis, hat also noch Patientenkontakt und weiß, welche Anforderungen heute von den „Kunden“ an die zahnärztlichen Therapeuten gestellt werden. Das hat kein Geschmäckle, sondern erweitert den Erfahrungshorizont. Im Gegensatz zu KZBV-Chef Eßer, der laut offiziellem Lebenslauf bereits 2012 die „Niederlassung in eigener Praxis“ aufgab. Erst 2013 rückte er auf den so heiß begehrten Stuhl des KZBV-Chef nach.

So offen sich Matovinovic mit den Umständen rund um den Praxisverkauf gibt, so verschlossen wirken andere zahnärztliche Berufspolitiker, wenn man sie auf die „Nachfolgen“ des Deals anspricht. Dann wird nur noch gewispert – hinter vorgehaltener Hand Informationen heraus gerückt. Fürchten sie doch alle, daß es ihnen so ergehen wird, wie dem KZV-Kollegen aus dem Pfälzischen. Denn seit dem 9. Mai 2019 soll KZBV-Eßer „voller Wut“ und „verletzter Eitelkeit“, die auch seine (Maß-)Anzüge nicht mehr verdecken, alles versuchen, Matovinovic aus allen Ämtern zu drängen. An diesem Tag, so wird kolportiert, soll ihn der Pfälzer persönlich informiert haben. Und seit diesem Tag, so die zahnärztlichen Informanten, alles daran setzen, diesen „vom Hofe zu jagen“. Es geht das Gerücht unter Zahnärzten herum, daß Eßer nicht nur im kleinen Kreise die 17 Vorsitzenden der KZVen als „seine Jünger“ bezeichnet, die ihm, wie einst einem Propheten, „blind

zu folgen“ hätten. Einen „Judas“ unter ihnen dürfe es nicht geben. Das kratze an der vielfach gezeigten persönlichen Eitelkeit des obersten „Standesherrn“ aus Mönchengladbach. Schriftliche Beweise für diese Statements fehlen der A+S-Redaktion, sie ist daher auf die Lauterkeit der Informanten angewiesen.

Zugegeben, für einen standesbewußten Vorstandsvorsitzenden wie Eßer muß die Vorstellung, daß unter seinen 60 Arbeitgebern – also den Mitgliedern der Vertreterversammlung (VV) der KZBV – ein als angestellter Zahnarzt arbeitender Berufsgenosse sitzt, etwas horrend Ungewöhnliches sein. Nur, der Vorsitzende einer KZV gehört qua Gesetzesvorgaben zu den „geborenen“ Mitgliedern der VV. Für die gesamte, sechsjährige Wahlperiode. Auch wenn dessen Arbeitgeber buchstäblich zu den von der KZBV viel geschmähten „Heuschrecken“ gehört. Eigentlich ist das ein „normaler“, wie demokratischer Zustand. Vermutlich auch noch sanktioniert durch jüngste Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), der gesellschaftsrechtlichen Restriktionen einen Riegel vorschob (vgl. Beitrag in dieser A+S-Ausgabe). Arbeits- und Mandatsverhältnisse à la Matovinovic wird es daher vermutlich in den kommenden Jahren noch des öfteren geben. Denn der „Markt“ ändert sich ja aufgrund der veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und des Bevorzugens der „work-live-balance“ durch die nachwachsenden Generationen. Das müssen auch sich kurz vor dem Rentenalter befindliche Berufspolitiker einsehen. Sie werden diese Tendenz wohl kaum aufhalten können.

Nicht jedoch in der KZBV. Um diesen riesigen Stachel im Fleisch also loszuwerden, muß und mußte Eßer also subtiler vorgehen. Er tat es. Auf der jüngsten KZBV-VV am 25. und 26. Juni 2019 verabschiedeten die Delegierten in Köln – wohl gegen die Stimmen der rheinland-pfälzischen Mandatäre – eine Resolution. Mit dieser wurden „alle Vertreter des KZV-Systems“ aufgefordert, „persönlich gemäß den Beschlüssen der VV“ in Sachen Z-MVZ zu handeln. Die Resolution kulminierte in der juristisch mehr als bedenklichen Feststellung: „Ein Verkauf der Praxis an einen Fremdinvestor und/oder eine Angestelltentätigkeit in einem fremdinvestorengesteuerten MVZ ist nach Auffassung der VV daher mit dem Amt eines KZV-Vorstandsmitgliedes unvereinbar.“ Gegen wen sich dieses, nicht groß in der Öffentlichkeit angekommene, Papier richtet, kann man sich vorstellen. Jeder Jurist, der sich halbwegs in den Windungen des Sozialgesetzbuches (SGB) auskennt, der fragt sich jedoch, „ob das so rechtlich sauber bei einem per Wahl zugesprochenem Mandat ist“. Und jeder überzeugte Demokrat schüttelt sich vor Grauen. Eßer, den berufspolitische Kenner als den „Meister der zahnärztlichen Intrige“ bezeichnen, dürfte das jedoch wenig anfechten. Wenn die Informationen stimmen, die der A+S-Redaktion zugetragen worden sind, dann sieht sich Matovinovic seit dem 9. Mai 2019 einem „Mobbing-Feuerwerk“ per Brief und Telefonaten ausgesetzt. Nicht aus Rheinland-Pfalz, sondern von bundesweiten Mandatären. So soll ihm angedroht worden zu sein, ihn aus dem Bundesschiedsamt zu „kegeln“, die Sitze dort vergibt ja die KZBV. Man wolle ihm alle weiteren Ämter und Funktionen nehmen, träte er nicht bis zur nächsten KZBV-VV im November 2019 zurück. Es werden auch Namen von Personen genannt, die sich als besonders folgsame „Eßer-Jünger“ ausgezeichnet haben sollen. Nur, die A+S-Redaktion vermag diese Informationen nicht zu verifizieren. Man gewinnt aber den Eindruck, der Pfälzer Matovinovic wird sich nicht einschüchtern lassen – er steht für Transparenz und übte sie. Und einem Druck à la Eßer dürfte er so schnell nicht weichen.



## Zahnärzte / Leserbrief:

### Z-MVZ: Laut KZV „entfaltet“ sich im „Ländle“ die beabsichtigte Steuerungsfunktion

(A+S 31 – 19) In der A+S-Ausgabe 28 – 19 vom 12. Juli 2019 beschäftigte sich die A+S-Redaktion mit den TSVG-Folgen auf zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ). Dabei stützte die A+S-Redaktion sich im Wesentlichen auf einige Ausgaben der monatlich erscheinenden, kommentierenden Aus- und Bewertungen „Dentalmarkt in Deutschland“ des Berliner Büros eines europäischen Corporate Finance-Beratungsunternehmens, das spezialisiert ist auf Mergers & Akquisitionen (M&A)-Vorgänge im Gesundheitswesen und diese mit Expertenwissen „begleitet“. Das Unternehmen bekennt sich dazu, daß sie ihre Kunden auch „bei Bedarf beim Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses als Trägervehikel zum Aufbau nachhaltiger Trägerstrukturen“ unterstützt. Die wesentlichen Bewertungen der „Insider“ wurden dabei von der A+S-Redaktion wörtlich, sowie ausdrücklich als Zitate gekennzeichnet, abgedruckt. Laut Eigenangaben der Berater „beruhen“ die Publikationen „auf Informationen und Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen“ (KZVen), die öffentlich verfügbar sind oder den Externen „zur Verfügung gestellt“ wurden. Die monatlichen Berichte verfügen über einen Bekanntheits- und Verbreitungsgrad unter den berufspolitisch tätigen Zahnärzten. Am 30. Juli 2019 erreichte die A+S-Redaktion die finale Fassung eines Leserbriefes des Leiters der Pressestelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW), den wir nur unwesentlich gekürzt dokumentieren:

*„Der Fachinformationsdienst setzt sich in der Ausgabe 28 - 19 unter dem Titel „Z-MVZ: „Wir haben es ja nur gut gemeint“ – Versagen der KZBV-Lobby!“ mit den Auswirkungen des TSVG in Bezug auf zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) auseinander. Dabei kommt der Artikel zu Schlussfolgerungen, die sich aus Sicht der KZV BW nicht belegen lassen.*

Anzumerken wäre zunächst, dass die vom TSVG in § 95 Abs. 1b SGB V festgelegte Quotenregelung nicht, wie vom Verfasser dargestellt, „pro Investor“ gilt, sondern pro Krankenhaus mit der Folge, dass ein Investor, der über mehrere Krankenhäusern verfügt, die Quote in einem Planungsbereich durchaus auch mehrfach ausschöpfen könnte. Ob die Investoren hierauf mit dem Einkauf von weiteren Krankenhäusern reagieren werden, bleibt allerdings abzuwarten.

In Bezug auf die Regelung des § 95 Abs. 1b Satz 2 SGB V, die besagt, dass der Versorgungsanteil eines Krankenhauses in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 50 bis 99,99 Prozent mindestens 5 Zahnarztstellen umfasst, unterstellt der Verfasser dann sogar Lobbyismus zugunsten der Investoren. Die von dieser Regelung betroffenen Planungsbereiche lägen größtenteils in Baden-Württemberg, was darauf hindeute, dass diese Regelung bewusst dafür geschaffen wurde, um baden-württembergische Planungsbereiche für Investoren „offenzuhalten“.

Anstatt sich hierbei auf die Aussage eines „Insiders“ zu verlassen, wäre es einer sachlichen Klärung dienlich gewesen, das Angebot der KZV BW, für alle Anfragen von Journalisten betreffend die vertragszahnärztliche Versorgung in Baden-Württemberg zur Verfügung zu stehen, anzunehmen.

Fakt ist nämlich, dass die Planungsbereiche in Baden-Württemberg, die von der 5-Stellen-Mindestquote des § 95 Abs. 1b Satz 2 SGB V betroffen sind, sich in solchen Regionen befinden, die von MVZ-Gründern im Regelfall eher gemieden werden. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung handelt es sich hierbei um die folgenden Planungsbereiche:



Herrenberg, Geislingen, Künzelsau, Öhringen, Bad Mergentheim, Giengen, Ellwangen, Rottenburg, Albstadt, Balingen, Hechingen, Riedlingen, Bad Saulgau, Stadt Mühlacker, Stadt Freudenstadt, Stadt Horb, Freudenstadt Land, Stadt Gaggenau, Stadt Rastatt, Titisee-Neustadt, Wolfach, Oberndorf/Schramberg, Donaueschingen, Furtwangen, Spaichingen-Trossingen, Tuttlingen, Schopfheim.

In diesen Planungsbereichen befinden sich derzeit insgesamt lediglich 6 MVZ-Standorte. Von diesen 6 MVZ-Standorten befinden sich aber nur 2 MVZ-Standorte in der Hand von Investoren. Bei den 4 übrigen handelt es sich jeweils um Praxen von ortsansässigen Zahnärzten. Gemessen an der Gesamtsumme von derzeit 145 MVZ in Baden-Württemberg, wobei sich hiervon 32 MVZ-Standorte Investoren zuordnen lassen, ist dies eine Zahl, die nicht als Beleg dafür dienen kann, dass es sich bei den oben genannten Planungsbereichen um solche handelt, die für Investoren besondere Attraktivität besitzen. Sonst wäre die Anzahl von Investoren-MVZ in diesen Gebieten erheblich höher.

Vor diesem Hintergrund erscheint es fernliegend, dass hier die Lobbyisten der Investoren die Feder geführt haben. Und unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der Versorgung offenbart sich hier die Stärke des neuen Gesetzes: Durch die 5-Stellen-Mindestquote werden Anreize geschaffen, Standorte in tendenziell nicht optimal versorgten Regionen zu gründen.

Auf der anderen Seite gewährleistet die Quotenregelung des TSVG, dass überversorgte Planungsbereiche, die bislang im Fokus der Investoren standen, für diese nun weniger attraktiv werden. Hierbei handelt es sich um Planungsbereiche im Einzugsbereich von Metropolen und einkommensstarken ländlichen Regionen. Die in diesen Planungsbereichen geltende 5-Prozent-Regelung führt dazu, dass geplante Übernahmen von bestehenden Zahnarztpraxen durch Investoren scheitern, weil der zulässige Anteil des Investoren-Krankenhauses zu gering ist, um die zu übernehmenden Praxen im bestehenden Umfang weiterzuführen.

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte „Steuerungsfunktion für eine ausgewogene und flächendeckende Versorgung“ entfaltet damit ihre Wirkung.

Die „kleinen baden-württembergischen Planungsbereiche“ in den, vom Verfasser als fragmentiert bezeichneten Bezirken der KZV BW, erweisen sich bei genauerer Betrachtung dann eben doch als Vorteil: die an den Mittelbereichen orientierten Planungsbereiche der KZV BW stellen ein präzises Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung dar.

Florian Wahl  
Leiter Kommunikation und Politik“

## **Personalia:**

### **Universitätsklinikum Heidelberg: Zwei Vorständinnen demissionieren**

(A+S 31 – 19) Die so genannte „HeiScreen-Bluttest-Affaire“ zur Brustkrebsfrüherkennung am Universitätsklinikum Heidelberg forderte am 30. Juli 2019 zwei weitere, prominente Opfer. Zuvor war schon der Dekan der Medizinischen Fakultät zurückgetreten. Die seit Juni 2017 amtierende Vorstands vorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg, Prof. Dr. med. Annette Grütters-Kieslich (64) und ihre Stellvertreterin, die langjährige Kaufmännische Direktorin, Irmtraut Gürkan (66), er-

klären gegenüber dem Aufsichtsrat, „ihr Amt vorzeitig niederzulegen“. Der Aufsichtsrat nahm diese Entscheidungen „mit Respekt entgegen“ und sah sich den beiden Frauen „für das Geleistete zu großem Dank verpflichtet“. Laut der Auffassung des Kontrollgremiums machen diese Schritte „den Weg frei für einen Generationswechsel an der Spitze des Universitätsklinikums“. Während die Pädiaterin erst am 30. Oktober 2019 ausscheiden will, wirkte die Demission der bundesweit bekannten und als Klinik-Expertin geachteten Gürkan schon zum 31. Juli 2019. Die diplomierte Volkswirtin hatte 16 Jahre an der Spitze der Verwaltung des Klinikums gestanden. Ihre Leistungen in der Kurpfalz waren 2014 mit der Auszeichnung „Klinik-Managerin des Jahres“ geehrt worden. Die vom Aufsichtsrat geforderten „strukturellen Änderungsnotwendigkeiten“ an der Uniklinik umzusetzen wird vorerst Aufgabe von Hartmut Masanek sein, bisher Geschäftsbereichsleiter Finanzen der Uniklinik. Ihn beförderte man zum Stellvertretenden Kaufmännischen Direktor der Klinik. Der diplomierte Kaufmann übernimmt Gürkans Amt vorerst kommissarisch, denn ihre Stelle soll mit Hilfe einer Personalberatung neu besetzt werden.

## Dr. med. Klaus Penndorf (1933 – 2019)

(A+S 31 – 19) Es kommt sehr oft einer „damnatio memoriae“ gleich, wenn man sich als ehrenamtlicher Berufspolitiker plötzlich aus allen Funktionen zurückzieht und nicht mehr im Hintergrund mitmischte. Und dann noch ein segenreiches Greisenalter erreicht. Mehr als einmal vergessen dann die direkten Nachfolger, z.B. auch in vertragsärztlichen Körperschaften wie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KV S-A), das Wirken ihres Vorgängers zumindest im Tode mittels einer Pressemitteilung zu würdigen. Dann „sickert“ die Todesnachricht nur durch. Die „Stimme der ostdeutschen Kassenärzte“, Dr. med. Klaus Penndorf, starb bereits am 29. Juni 2019 im Alter von 86 Jahren. Für den Magdeburger Chirurgen war die ärztliche Tätigkeit immer untrennbar auch mit einer freiberuflichen Tätigkeit verbunden. Zu DDR-Zeiten gelang das nur mit vielen Schwierigkeiten, auch Penndorf dürfte nur aus versorgungstechnischen Gründen „geduldet“ worden sein. Seine Stunde schlug nach der Wende 1989. Da berief man ihn zum Leiter des Zentralen Honorarausschusses. Im April 1990 erfolgte die Wahl von Penndorf zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der neu gegründeten „KVen in der DDR“. Als Gründungsvorstandsvorsitzender lenkte er bis 2000 die Geschicke der KV Sachsen-Anhalt, zog naturgemäß in den damals noch ehrenamtlich arbeitenden Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ein. Wenn es um die Belange der fünf Bundesländer „rechts der Elbe“ ging, da konnte man nicht nur auf den Sitzungen der KBV-Vertreterversammlung (VV) sicher sein, daß ein glatzköpfiger gedrungener wirkender Mann mit Vehemenz, Eloquenz und viel Mutterwitz die Vertretung des Ostens übernahm. Für seine Verdienste erhielt er nicht nur das Bundesverdienstkreuz (BVK), sondern auch die Ehrennadel der Landesärztekammer seines Bundeslandes. Nachdem er 2000 den KV-Vorsitz dem Schönbecker Allgemeinarzt Dr. med. Burkhard John (61) übergeben hatte, wurde es zunehmend stiller um ihn. Auch die A+S-Redaktion erfuhr nur per Zufall von seinem Ableben.

## Dr. rer. soc. Herbert Reichelt (1951 – 2019)

(A+S 31 – 19) Nach langem und mit unendlicher Geduld ertragenem Leiden verlor er am 23. Juli 2019 seinen Kampf gegen den Krebs. Der ehemalige Vorstandsvorsitzende der AOK Bundesverband GbR, Dr. rer. soc. Herbert Reichelt, starb im Alter von 67 Jahren. Der promovierte Sozialwis-

senschaftler stand von 1983 – nach einigen wissenschaftlichen Jahren an der Bochumer Ruhr-Universität – bis zu seinem vorgezogenen Ruhestand im Jahr 2011 in den Diensten der Ortskrankenkassen. Zuerst arbeitete er beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO). Ab 1992 leitete er die Abteilung Finanzen, Controlling des Bundesverbandes, um dann 2000 zum Bevollmächtigten des Vorstandes ernannt zu werden. Reichelt zeichnete in dieser Funktion für die Steuerung der Datenverarbeitung und Softwareentwicklung des „grünen Lagers“ verantwortlich. Insoweit erlebte er alle Höhen und Tiefen beim Entstehen der Branchensoftware oscar®. AOK-intern erhielt er daher den Spitznamen „Mister oscar“. Der aus Herne stammende, stets etwas introvertiert und in sich gekehrt wirkende Kassenmanager stieg 2007 zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der AOK Bundesverband GbR auf. Er folgte in dieser Position auf Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg (68), der gerade als Vize-Chef zum neu geschaffenen Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gewechselt war. 2009 rückte er in Nachfolge von Dr. iur. Hans Jürgen Ahrens (78) auf den Chefsessel nach. Bereits 2011 schied er vorzeitig und ohne Groll, sondern unter dem Bedauern der Selbstverwaltung aus. Reichelt zog sich in seine Wahlheimat Bonn zurück – und kümmerte sich um seine Hobbies. Dazu gehörte das Schreiben von Lyrikbänden genauso wie das von Krimis. Auf dem glatten gesundheitspolitischen Hauptstadtparkett erblickte man ihn nur selten. Meistens nur dann, wenn sich die AOK-, „seine“, Familie traf.

## Fritz Schösser (1947 – 2019)

(A+S 31 – 19) Der knorrig wirkende, wortgewaltig wie streitgeübte Gewerkschafter Fritz Schösser tauchte seit seinem Rückzug aus allen Ämtern in der Sozialen Selbstverwaltung auf dem glatten Hauptstadtparkett nicht mehr auf. Wie in Berlin erst später bekannt wurde, starb er bereits am 28. Mai 2019 in München im Alter von 71 Jahren. Schösser absolvierte bei den Innwerken eine Ausbildung zum Industriekaufmann und engagierte sich recht früh in der Gewerkschaft. Bereits 1990 stieg er zum bayerischen Landeschef des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) auf – und blieb es bis 2010. In dieser Funktion fiel ihm auch später der alternierende Arbeitnehmer-Vorsitz im Verwaltungsrat der AOK Bayern zu. Als Vertreter der größten Ortskrankenkasse nahm er den alternierenden Vorsitz im Aufsichtsrat der AOK Bundesverband GbR genauso ein wie man ihn im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) quasi als Fraktionschef der Arbeitnehmer-Vertreter des „grünen Lagers“ laut und deutlich vernehmen konnte. Gleichzeitig war der überzeugte Sozialdemokrat „der alten Schule“ politisch tätig. 1994 zog er zum ersten Male in den Bayerischen Landtag ein, 1998 bezog er zum ersten Male seinen Sitz im Plenarsaal des Deutschen Bundestages. Naturgemäß gehörte er schon auf Grund seiner sozial- und gesundheitspolitischen Expertise dem Ausschuß für Gesundheit an. Um dann 2005 nicht mehr zu kandidieren. Nicht immer liefen die SPD-Entscheidungen wie z.B. die „Agenda 2010“ so, wie er es sich vorgestellt hatte. Auch artikulierte er den Unmut vieler Gewerkschafter über den Kurs der Partei, die sie lange als natürliche Verbündete gesehen hatten, die sie aber auch nicht - wie andere – verlassen wollten. Schösser prophezeite schon frühzeitig der SPD sinkende Wahlergebnisse. Und mußte sich daraufhin von seinen Genossen anhören, er sei ein „verbitterter, alter Mann“. Ob das stimmte, das wird man heute nicht mehr herausfinden, aber die unnachahmliche Art „das offene, ehrliche Wort“, wie es Schösser auszusprechen vermochte, findet man in der heutigen Politikerkaste selten. Nationale wie europäische Auszeichnungen wie das Bundesverdienstkreuz (BVK), das Große Goldene Ehrenzeichen der Republik Österreich blieben trotzdem nicht aus.