

Udo H. Cramer und Bernd Maier

Praxisübergabe und Praxiswert (I)

Erfahrungsbericht unter Zulassungssperre – Fortschreibung des Beitrages aus MedR 1992, 312

Teil 1: Praxisübergabe unter Bedarfsplanung

I. Bedarfsplanung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (GSG)

1. Grund der Fortschreibung

Ein halbes Jahr, nachdem unser Beitrag „Praxiswert und Praxisbewertung heute“ 1992 in dieser Zeitschrift erschienen war, führte der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 die strikte Bedarfsplanung mit Niederlassungsbeschränkungen ein, wie sie mit den §§ 101 ff. SGB V seitdem Bestand hat¹. Eigentliches vorrangiges Ziel des Gesetzgebers auf Initiative des damaligen Gesundheitsministers *Seehofer* war es, das ärztliche Leistungsvolumen zu reduzieren. Ausgangslage war für den Gesetzgeber die von Krankenkassen und Gesundheitsökonomien aufgestellte These der „angebotsinduzierten Nachfrage“ ärztlicher Leistungen mit der Tendenz zur Leistungsausweitung bei steigenden Arztlizenzen, weshalb die Arztlizenzen reduziert werden müßten², eine These, die anschließend sehr kontrovers diskutiert wurde. Betriebswirtschaftlich gesehen bedeutet dies, daß ein hochbeschäftigter Arzt pro Patient weniger direkte bzw. veranlaßte Kosten verursacht. Seitdem sind in überversorgten Gebieten Arztpraxen nur noch im gesetzlich reglementierten Ausnahmefall veräußerbar. Dieser Schritt erfolgte für die meisten Betroffenen völlig überraschend. In den Referententwürfen aus dem Sommer und Herbst 1992 war von diesen Plänen in diesem Umfang nichts zu erkennen. Allerdings hat die Grundlage für diese Niederlassungssperre *Blüm* bereits im GRG formuliert³, ihre einschränkenden Wirkungen in Bezug auf die Niederlassungsbeschränkungen erlangten sie allerdings erst durch *Seehofer*.

2. Einflüsse auf die Abgabe von Arztpraxen

Es ist offensichtlich, daß die neue Bedarfsplanung mit Niederlassungssperre erheblichen Einfluß auf die Abgabe von Arztpraxen hatte und noch hat, dies sowohl im Hinblick auf das Prozedere der Abwicklung als auch den Praxiswert. Ziel des Gesetzgebers war es,

- die Arztlizenzen in niedergelassenen Praxen auf Dauer zu reduzieren,
- das Auswahlverfahren der Bewerber zu objektivieren, wie dies infolge der verfassungsrechtlichen Auswirkungen der Auswahlentscheidung erforderlich ist, und
- die Auswirkungen der Bedarfsplanung auf die Praxispreise wegen zu erwartender Knappheitszuschläge zu neutralisieren⁴.

3. Freie Regionen und ärztliche Gebiete

Überversorgung ist definiert als Überschreitung des allgemeinen Versorgungsgrades um mehr als 10 % (§ 101 Abs. 1 S. 2 SGB V). Dies gilt jedoch nur für ärztliche Fachgebiete mit mehr als 1.000 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten^{4a}. Zwischenzeitlich⁵ gab es auch die Öffnungsklausel des § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V a. F., wonach die Bundesausschüsse erforderlichenfalls zur Anpassung der Verhältniszahlen verpflichtet wurden, um einen Mindest-

zugang von Ärzten pro Fachgruppe zu gewährleisten. Das System geht damit davon aus, daß im Regelfall in jedem Fachgebiet Zulassungsmöglichkeiten bleiben, es sich also um eine „regionale Verteilungsregelung ohne absolute Zulassungsbeschränkung“⁶ handelt. Maßgebend war dabei die mit den Zulassungsbeschränkungen verbundene verfassungsrechtliche Problematik der Berufsausübungsbeschränkungen für Mediziner (Art. 12 GG), die angesichts der Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland großes Gewicht hat. Allerdings ist damit eine Niederlassung nicht mehr an jedem vom Arzt gewünschten Ort möglich. Ohne Interesse für den Gesetzgeber ist dabei, ob eine Niederlassung in freien Gebieten erfolgreich sein kann.

4. Marktauswirkungen

Schnell zeigten sich die Auswirkungen des Gesetzes auf den Markt: Bei potentiellen Käufern und Verkäufern brach Torschlußpanik aus. Viele wollten schnell eine geeignete Praxis finden, ältere Ärzte ihre Praxis früher als geplant abgeben, beide in der Sorge um das Ende des freien Marktes. Zu diesem Niederlassungsboom, in der Statistik als „*Seehofer-Bauch*“ eingegangen, trugen im Wesentlichen sog. „Teilzeit-Ärzte“ bei, die nie die Absicht hatten, Vollzeit zu arbeiten, sowie unentschlossene Klinikärzte. Abgabepunkt, Abgabemodalitäten und die Wert-/Preisfindung von Arztpraxen unterlagen ebenso wie die Neuniederlassung und der Standortwechsel plötzlich völlig geänderten, höchst negativ prognostizierten Rahmenbedingungen. An-

Rechtsanwalt *Udo H. Cramer*, Dipl.-Kfm., Justitiar und Geschäftsführer des Berufsverbandes der Deutschen Radiologen e. V., Gottfried-Keller-Straße 20, D-81245 München, und *Bernd Maier*, Öffentl. best. u. vereid. Sachverst. v. d. IHK München u. Obb. f. Bewertung v. medizintechnischen Geräten u. Arztpraxen; Wirtschaftlichkeitsbeurteilung d. Betriebes v. Krankenhäusern u. Kliniken (im Ruhestand), Richard-Tauber-Straße 8, D-81243 München

- 1) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) v. 21. 12. 1992 (BGBl. I S. 2266).
- 2) Vgl. Gesetzesbegründung zu § 102 SGB V, die auch von „nicht indizierten Gefälligkeitsleistungen sowie unnötigen Krankenhauseinweisungen“ spricht.
- 3) Vgl. die bis zum GSG geltende Fassung des § 103 SGB V und die Gesetzesbegründung zu § 103 SGB V neu.
- 4) Vgl. Gesetzesbegründung zum GSG (Fn. 1) zu § 103 Abs. 4 und 5 SGB V neu.
- 4a) § 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V i. V. mit Nr. 7 S. 3 BedarfspRL-Ärzte.
- 5) Vgl. § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V mit dem Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz, 2. GKV-NOG) v. 23. 6. 1997, BGBl. I S. 1520, wieder abgeschafft mit GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 v. 22. 12. 1999, BGBl. I S. 2626.
- 6) Vgl. Gesetzesbegründung zum 2. GKV-NOG (Fn. 5).

geheizt wurde dieses Szenario von Fachmedien, Praxismaklern und Finanzdienstleistern mit eigenen Interessen.

Zunächst brachen für Abgeber goldene Zeiten an. Diese konnten vor allem in bevorzugten Regionen ihre Praxen zu für sie äußerst günstigen Konditionen abgeben. Die Banken waren damals mit Krediten – noch – großzügiger. Viele Ärzte, damals wie heute, können dem einstigen Gesundheitsminister dankbar sein: Ohne Niederlassungssperren wäre vielfach der erzielte Praxispreis nie realisierbar gewesen. Vor allem in gefragten Ballungsräumen, wie z. B. München, das mit seiner Überversorgung in der Gesetzesbegründung ausdrücklich genannt ist⁷, wurden besonders hohe Praxispreise erzielt, ein Phänomen, das sich seitdem nicht wesentlich geändert hat⁸. Ohne Zulassungssperre wären Kleinstpraxen zunehmend unveräußerlich gewesen; weil sie inzwischen hoch bezahlte Konzessionen liefern, hat sich dies grundlegend geändert. Ein Großteil dieser Kleinstpraxen kam dabei *auch* von Ärzten, die weit über das übliche Pensionsalter tätig waren und unter die mit dem GRG ebenfalls eingeführte Altersgrenze von 68 Jahren (§ 95 Abs. 7 SGB V) fielen⁹.

5. Die Arztpraxis als Vermögensgegenstand

Wenn wir 1992 noch behauptet haben, die Praxis werde nicht in erster Linie als Vermögensobjekt gesehen, es ginge eher darum, sein Lebenswerk in kompetente Hände des Nachfolgers zu legen¹⁰, so hat sich diese Betrachtungsweise grundlegend geändert. Die Arztpraxis ist heute in erster Linie Vermögensobjekt, vor allem dann, wenn der Ruhestand naht! Man mag darüber irritiert sein oder dies als störend empfinden, aber so ist es nun einmal: Die Diskussion zu Arztzahlbegrenzung, Sperrgebieten, Enteignung versus Eigentumsschutz etc. hat ihre Spuren hinterlassen. Die Ärzteschaft begann, sich mit den beschriebenen Wirkungen als Folge der Zulassungsbeschränkungen und damit mit dem Thema auseinanderzusetzen. Im Laufe der Jahre hat sich der Markt auf die neuen Rahmenbedingungen eingestellt. Viele Kassandrurufe erwiesen sich jedoch als unbegründet. Rückschauend zeigt sich, daß die Routine Wege gefunden hat, die vor allem dem abgebenden Arzt gerecht werden und die Auswirkungen der Planwirtschaft erträglich machen. Dies gilt sowohl für das Abgabeverfahren als auch die Abgabepreise, an die man sich mittlerweile gewöhnt hat.

II. Praxisübergabe unter Bedarfsplanung

1. Gesetzliche Regelung der Praxisabgabe im gesperrten Gebiet (§ 103 Abs. 4 SGB V)

Die Besitzstandsregelung des § 103 Abs. 4 SGB V zur Praxisabgabe im gesperrten Gebiet ist eine unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlichen Eigentumsschutzes notwendige Ausnahme der Zulassungsbeschränkungen. Die Regelung ermöglicht dem abgebenden Arzt, seine Praxis an einen Nachfolger zu übergeben, der an seiner Stelle trotz Überversorgung zugelassen wird. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Vorschrift und ihres Schutzzwecks zu Gunsten des Abgebenden ist sie als Antragsverfahren ausgestaltet. Das Spannungsverhältnis zwischen dem Schutzgut „Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung“, den verfassungsrechtlich geschützten Berufsrechten der Betroffenen (Beschränkung der Niederlassungsfreiheit) und dem Eigentumsschutz wurde dadurch gelöst, daß das Gesetz einerseits Auswahlkriterien für die Nachbesetzung und andererseits Regelungen zur Sicherung des Praxiswertes, allerdings beschränkt auf den „Verkehrswert“, vorsieht.

Die dagegen zunächst erhobenen kritischen Stimmen¹¹ sind seit längerem leiser geworden. Dazu hat sicherlich auch beigetragen, daß man als Arzt schnell merkte: Hinter dem Schutzwall der Niederlassungssperre lebt es sich als

beatus possidens besser. Die KVen sind eifrig bedacht, daß dieser Schutzwall keine Löcher und Risse erhält. Vor allem mit der Entscheidung vom 27. 4. 2001¹², mit der auch das BVerfG die Bedarfsplanung für verfassungsgemäß erklärt hat, insbesondere keinen Verstoß gegen Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsausübungsfreiheit) und Art. 3 Abs. 1 GG (Gleichbehandlung) sieht, dürfte die Diskussion ihren Schlußpunkt gefunden haben.

2. Bestandsaufnahme

Zieht man dazu nach zehn Jahren Bilanz, zeigt sich, daß der Zuwachs niedergelassener Ärzte rückläufig, aber nicht zum Stillstand gekommen ist. Bis dato bezahlt der Gesetzgeber für den Eigentumsschutz den Preis der „Zementierung“ der Überversorgung, vor allem in Ballungsräumen. Nicht zuletzt deshalb wurde das Instrument der Bedarfszulassung nach § 102 SGB V mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000¹³ konkretisiert mit dem Ziel, eine weitere Angebotsverknappung nach Schaffung der dazu erforderlichen Voraussetzungen, nämlich vor allem des entsprechenden Bedarfsplanungsinstrumentariums, vorzubereiten¹⁴. Dagegen wurde das Ziel einer objektivierten Regelung der Praxisabgabe, nämlich einer, die die Belange beider Seiten (Käufer und Verkäufer) gleichmäßig berücksichtigt, nicht erreicht. Am Markt haben sich Gepflogenheiten herausgebildet, die die Eingriffe vor allem für den Praxisabgeber erträglich gestalten mit der Folge, daß die Bewerberauswahl nach objektiven Kriterien, wie sie sich der Gesetzgeber vorgestellt hat, zu kurz kommt.

3. Niederlassungen und Praxismarkt seit 1992

a) Statistik

Die Auswirkungen der Bedarfsplanung, sowohl in Bezug auf die regionale und fachbezogene Verteilungsstruktur der Praxen niedergelassener Ärzte als auch auf die Praxispreise lassen sich seit nunmehr acht Jahren fürs erste beurteilen. Sie sind deutlich.

Nach dem „Seehofer-Bauch“ mit einer Zunahme der ambulant tätigen Ärzte 1992 und 1993, also in zwei Jahren, von 11.678 (d. s. 13,5 %) brauchte es anschließend fast sechs Jahre, um in etwa den gleichen Zuwachs zu erreichen. Vor dem GSG betrug die jährlichen Zuwachsraten in etwa 4,5 % p. a. im Mittel¹⁵. Damit zeigt sich, daß das Gesetz insoweit im wesentlichen gegriffen hat. Die Zuwachsrate wäre geringer gewesen, wenn es die Altersgrenzen-Regelung des § 95 Abs. 7 SGBV nicht gegeben hätte. Nicht alle Vertragsärzte über 68 Jahre hätten ihre Praxis abgegeben, wozu sie nun gezwungen waren.

Trotzdem gab es Anfang 2002 noch zahlreiche offene Planungsbereiche¹⁶. In insgesamt 406 Planungsbereichen in

7) Vgl. Gesetzesbegründung zu § 102 SGB V mit dem GSG (Fn. 1).

8) Damit bestätigt sich die empirisch abgesicherte Erfahrung, daß Praxispreise sich auch nach persönlichen, insbesondere Standortpräferenzen unabhängig von der Ertragskraft bilden.

9) Und wodurch sich das Angebot an Praxen zeitweise erhöhte, was das Preisniveau wahrscheinlich etwas gebremst hat.

10) Vgl. Cramer, MedR 1992, 313, 314.

11) Z. B. Rieger, MedR 1993, 131; ders., MedR 1994, 213; Hufen, MedR 1996, 394 m. w. N.

12) BVerfG (1. Senat), MedR 2001, 639 mit Anm. v. Wahl; zudem BSG, MedR 1999, 232.

13) Vgl. Fn. 5.

14) Zu der inzwischen sich abzeichnenden geringeren Notwendigkeit der Umsetzung näher unten, sub III. 3. und im 2. Teil sub VIII (im nächsten Heft).

15) Zahlen aus der Beilage zum DÄBl. Nr. 38/2002.

16) Wie Fn. 15.

Deutschland waren in beispielhaften Fachgebieten folgende Planungsbereiche (in %) offen¹⁷:

Hausärzte:	64 %
Intern-Fachärzte:	4 %
Frauenärzte:	14 %
Chirurgen:	4 %
HNO-Ärzte:	13 %
Hautärzte:	9 %
Kinderärzte	8 %

Zudem ist die Bedarfsplanung nicht ohne Auswirkungen auf die gesamte ärztliche Versorgung in Deutschland geblieben: Unterversorgung, wenn man sie denn wirklich so bezeichnen will¹⁸, in Flächenbereichen ging zurück. Ärzte wanderten in freie Bezirke ab, wenn sie in gesperrten Bereichen nicht zum Zuge kamen oder sich aus sonstigen Gründen, z. B. wegen vergleichsweise besserer wirtschaftlicher Bedingungen, zu einer Niederlassung dort entschieden. Inzwischen liegt aber auch in nicht gesperrten Gebieten eine „wirtschaftliche Überversorgung“ vor. In allen Fächern werden nach den Planzahlen oft noch freie Praxis-sitze dort ausgewiesen, wo tatsächlich eine Praxis wirtschaftlich nicht mehr rentabel geführt werden kann. Auffällig ist z. B., daß 54 Planungsbereiche in der Radiologie offen sind¹⁹. Wir wagen die Behauptung, daß davon 53 keine existenzfähige Grundlage für eine Niederlassung darstellen. Damit genügt die Bedarfsplanung zwar den formalen verfassungsrechtlichen Anforderungen, hat jedoch mit der tatsächlichen medizinischen Notwendigkeit und ärztlich-betriebswirtschaftlichen Situation manchmal wenig zu tun. Ob die veröffentlichten Bedarfszahlen dem tatsächlichen Bedarf entsprechen, wird bezweifelt, keiner hat dies je bewiesen und belegt.

Der ärztliche unternehmerische Erfolg ist deshalb nicht mehr gesichert. Stagnierende Arzteinkommen bei weiter steigenden Kosten und zunehmender Wettbewerb prägen inzwischen das Bild. Auch im freien Gebiet ist eine Praxis in aller Regel nur dann überlebensfähig, wenn sie von einem Vorgänger übernommen wurde. Diese grundlegenden Änderungen in den wirtschaftlichen Aussichten für ärztliche Niederlassungen veranlaßten in den neunziger Jahren viele junge Ärzte, andere berufliche Alternativen zu suchen, der Anteil der Ärzte, die nicht direkt ärztlich „am Patienten“ tätig sind, erreichte einen Höchststand und hat die Nachfrage nach Übernahmen gebremst²⁰.

b) Anstieg der Übernahmen

Die Übernahmen von Praxen sind seit 1992 angestiegen, auch in ländlichen Gebieten. Ausnahme waren zahlreiche Gebiete in den neuen Bundesländern mit noch vielen weißen Flecken. Z. B. gibt es in Sachsen bis auf die Kinderheilkunde in allen Gebieten noch freie Planungsbereiche²¹. Ursache dafür sind u. E. einerseits aus Sicht der möglichen Übernehmer unattraktive Standorte, sowohl aus fachlicher (vergleichsweise hohe berufliche Belastung) als auch privater Sicht (Freizeitwert und Familie).

Der aus Rechtsgründen unzulässige „Handel“ mit Kasernenarzt-sitzen war schon mit Inkrafttreten des GSG voraus-zusehen. Inzwischen hat sich erwiesen, daß die Abgaberegung nach § 103 Abs. 4 SGB V und die mit dem Vollzug betrauten Zulassungsausschüsse nicht in der Lage – und vielleicht auch nicht immer willens – sind, den Konzessionshandel wirksam zu unterbinden. Demzufolge besteht der Praxiswert – wirtschaftlich gesehen – neben dem Sach- und ideellen Wert nun auch noch aus dem Wert für die Konzession „Vertragsarztsitz“ oder in besonderen Fällen nur noch aus diesem. Dies zeigt sich besonders deutlich, wenn weit über die übliche Altersgrenze tätige Ärzte, erstmals seit dem 1. 1. 1999 durch die Regelung des § 95 Abs. 7 SGB V gezwungen, ihre Seniorenpraxis – die Patienten sind mit ihrem Arzt alt geworden – abgeben müs-

sen. Mit einem Mal gewinnen diese Kleinstpraxen einen Wert, der nicht in ihrer durch Art. 14 GG geschützten ein-gerichteten und ausgeübten Praxis liegt, sondern im Vertragsarztsitz als notwendiger Voraussetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Nachfolgers, der sich in diesen Fällen im übrigen meist in eine größere Gemeinschaft einbindet²².

c) Die Position des Praxiserwerbers

Deutlich geändert hat sich auch die Position des Praxiserwerbers im Verhältnis zum Abgeber. Der Senior wird im Gegensatz zu früher umworben, Ausnahme seit einiger Zeit – z. B. die Einzel-Hausarztpraxis in ländlichen und strukturschwachen Regionen – bestätigen die Regel. Neuniederlassungen haben sich in den alten Bundesländern sehr reduziert. Die mit dem „Geschäft Arztpraxis“ befaßten Berufe kommen fast nur noch über den Abgeber in den Markt: Provisionen für Lebensversicherungen²³, Kredit- und Praxisvermittlung lassen sich nur dann verdienen, wenn es gelingt, den älteren Arzt mit Abgabe vertraglich einzubinden und dann den Übernehmer zum Abschluß solcher Geschäfte zu bewegen.

d) Strukturwandel, neue Praxisformen

Entscheidende Veränderungen zeigen sich auch durch den Strukturwandel bei ärztlichen Organisationsformen. In Folge der verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nimmt der Trend zu größeren Einheiten zu. Es spricht sich langsam herum, daß die Einzelpraxis keine Zukunft mehr hat. Dies zeigt sich schon seit langem in Spezial-fächern wie z. B. der Radiologie, dort ist die Einzelpraxis fast gänzlich passé. Ähnliches gilt bald für die Zweier-Gemeinschaftspraxis. Aussichtsreich ist hier nur noch die Gemeinschaftspraxis mehrerer Partner, möglichst mit Spezialisierung des Einzelnen oder Anbindung an Krankenhäuser, meist mit Übernahme spezifischer stationärer Versorgungsaufgaben, wie der Computertomographie oder Kernspintomographie²⁴. Damit steigt die Bedeutung des Vertragsarztsitzes für die Praxisplanung: Unternehmerische Konzepte wie z. B. Spezialisierung in der inneren Medizin mit Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie etc. können ohne zusätzliche Vertragsarztsitze nicht umgesetzt werden. Dabei kann das bisherige Leistungsspektrum des Abgebers zweit-rangig sein. Es kam vor der Hausarzt-/Facharzt-trennung des § 73 SGB V durchaus vor, daß sich die Patienten eines hausärztlichen Internisten nach der Abgabe verließen, da vor allem dessen KV-Zulassung zum Aufbau einer Abteil-ung Herzkatheter in einer größeren internistischen Praxis benötigt wurde. Mit tatsächlicher Trennung Hausarzt/Facharzt wurden die Karten wieder neu gemischt. Fach-artzulassungen sind hochbegehrt und kosten im Raum München durchaus über 100.000 Euro.

17) Wie Fn. 15.

18) Darüber, wann Unterversorgung wirklich, also nicht nach bürokratischen Zahlen, vorliegt, läßt sich trefflich streiten.

19) Wie Fn. 15; zu den daraus folgenden Gesetzeskorrekturen s. unten, sub II. 5., zu den daraus folgenden Defiziten bei der Anwendung s. unten, sub II. 6. d).

20) Nach *Bludau/Bludau*, DÄBl. 2002, C-82, arbeitet heute jeder sechste Arzt nach abgeschlossenem Studium in einem alternativen Berufsbild – Tendenz steigend.

21) S. oben, sub II. 3. a) und b).

22) Zu den Gründen dafür s. auch unten, sub II. 6. e).

23) Provisionsorientiertheit geht dann oft einher mit fehlender Objektivität, worunter dann u. U. der Übernehmer leidet, vgl. dazu z. B. den in der *Ärztezeitung* (ÄZ) v. 3./4. 12. 1999, S. 17, geschilderten Fall.

24) S. auch ÄZ v. 12. 11. 2001, S. 15: „Facharzt im Osten sucht hartnäckig Nachfolger“; Praxisgründung 1999/2000, Das Investitionsverhalten von Ärztinnen und Ärzten, Sonderdruck zum DÄBl.

4. Neue ergänzende Tätigkeitsformen

Mit den laufenden Gesetzesnovellierungen sind auch neue Formen der vertragsärztlichen Tätigkeit geschaffen worden, die Auswirkungen auf den Praxisabgabemarkt haben wie:

- Sonderbedarfszulassung nach § 101 Nr. 3 SGB V und den BedarfspRL-Ärzte mit dem GSG²⁵,
- Beschäftigung angestellter Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V mit dem GSG,
- Job-Sharing und Angestelltentätigkeit mit Leistungsmengenbeschränkung (vgl. § 101 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 SGB V) mit dem 2. GKV-NOG²⁶,
- Belegarztzulassung im gesperrten Gebiet (§ 103 Abs. 7 SGB V) mit dem 2. GKV-NOG.

Die Intention der Beschäftigung von angestellten Ärzten oder Partnern im Rahmen des Job-Sharing war, Arbeitsplätze für Ärzte im niedergelassenen Bereich zu schaffen. Während diese Regelung in den allerdings relativ wenigen realisierten Fällen in der Verwaltungspraxis weitgehend problemlos umgesetzt wurde und soweit bekannt keine nennenswerten Rechtsstreitigkeiten auslöste, gilt für die Sonderbedarfszulassung und die Belegarztregelung anderes. Der Gesetzgeber wollte mit der Belegarztzulassung die ärztliche Versorgung in Belegabteilungen von Krankenhäusern ohne Einspruchsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen auch in gesperrten Gebieten sicherstellen, wogegen sich diese in der Umsetzung vehement wehrten^{26a}. Die Sozialgerichte haben inzwischen klärende Worte zu Lasten dieser Defensivhaltung gefunden und klargestellt, daß Belegkliniken weitgehend ohne Einflußnahme der KV agieren können²⁷. Man hört aber von Kassenärztlichen Vereinigungen, die Regelung erneut zum Gegenstand weiterer Gerichtsverfahren machen zu wollen.

5. Gesetzeskorrekturen

Im Wesentlichen blieben die Datengrundlagen der Bedarfsplanung seit 1992 unverändert. Mit dem 2. GKV-NOG und 1997 durch den Bundesausschuß wurden erstmals kleinere Korrekturen vorgenommen, indem z. B. früher getrennt ausgewiesene städtische Planungsbereiche mit den umliegenden Landkreisen zusammengelegt wurden²⁸. Damit zog der Bundesausschuß die Konsequenz aus der Erkenntnis, daß in mittleren Städten die Trennung der Planungsbereiche von Stadt und Land der tatsächlichen Patientenversorgung und deren Realitäten nicht Rechnung trug. Des weiteren wurden auch die Verhältniszahlen für einzelne ärztliche Gebiete²⁹ und die raumordnungsspezifischen Planungskategorien, also die Zuordnung der jeweiligen Planungsbereiche nach Regionstypen je nach ihrer Verdichtung³⁰ geändert.

Interessante Unterschiede ergeben sich in Bezug auf das Vorgehen bei Entsperrungen. Während bei den Ärzten infolge entsprechender Beschlüsse der Planungsausschüsse inzwischen³¹ dafür Sorge getragen ist, daß das entsperrte Gebiet nicht völlig frei wird, sondern nur für so viele Bewerber offen bleibt, bis das Plansoll erreicht ist, wurde bis 1999 bei den Zahnärzten das betroffene Gebiet frei mit der Folge, daß sich so lange Bewerber niederlassen konnten, bis eine erneute Sperrung bei Erreichung der Voraussetzungen erfolgte³². Nachteil für die Ärzte: Es kommt zu einem sog. „Windhundrennen“, wenn sich um meist nur einen Platz mehrere Ärzte streiten³³ – mit dem Gefühl der Manipulation.

6. Praxis der Praxisabgabe

a) Abgeber und Übernehmer

Fast zehn Jahre Bedarfsplanung haben Modalitäten der Praxisabgabe herausgebildet, die sich der Gesetzgeber sicherlich anders vorgestellt hatte. Es ist zu konstatieren: In jedem Praxisabgabe-/übernahmeseminar – meist initiiert von den

o. a. Interessenten³⁴ – wird zwischenzeitlich empfohlen, daß sich der abgebende Arzt nach wie vor den passenden Bewerber für seine Praxis bereits im Vorfeld der Ausschreibung durch die KV suchen solle. Letztlich läßt er sich diesen vom Zulassungsausschuß als seinen Nachfolger bestimmen, was in der Regel Erfolg hat. Instrument dafür ist ein unter der aufschiebenden Bedingung der Einsetzung des Praxiskäufers durch den Zulassungsausschuß geschlossener Praxisübergabevertrag. Solche Ratschläge fielen auf fruchtbaren Boden, waren damit doch den Ärzten viele Bedenken genommen.

Damit ist die Intention des Gesetzgebers geradezu umgekehrt worden. Es spricht vieles dafür, daß nach dessen Willen das Praxisabgabeverfahren eher in der Hand des Zulassungsausschusses liegen sollte, indem sich die Interessenten um die Praxis im Ausschreibungsverfahren bewerben, der Zulassungsausschuß aus diesen den geeignetsten i. S. der Kriterien des § 103 Abs. 4 S. 4 SGB V aussucht und der Praxisabgeber dann schließlich mit diesem einen endgültigen Praxisübergabevertrag schließt³⁵.

b) Der Markt hilft sich selbst

Damit haben sich viele mit Einführung der Bedarfsplanung geäußerte Bedenken erledigt. Der Markt hilft sich selbst. Es ist weder zu entschädigungslosen Enteignungen, Wertverlusten infolge langer Verfahrensdauern oder zu schwierigen Bewertungsfragen gekommen, wie dies anfangs befürchtet wurde³⁶. Allenfalls ist das Abgabeverfahren mit bürokratischen Erschwernissen verbunden. Der Übergeber kann bis zum Ende der Ausschreibung nicht sicher sein, ob und wie viele Bewerber sich melden. Er erhält lediglich eine Bewerberliste. In der Regel hat er einen Wunschkandidaten und muß versuchen, den anderen Bewerbern zu verdeutlichen, daß seine Praxis nicht die ihre ist. Da kann es helfen, andere angeblich ideal geeignete Bewerber vorzuschieben, die eigene Praxis „herunterzureden“, je nach Profil des ungeliebten Bewerbers Praxisschwerpunkte entweder hervorzuheben oder zurückzudrängen, an der Preisschraube zu drehen, die Verhandlungsatmosphäre nach den eigenen Wünschen zu steuern, gezielte Rücknahme und Wiederholung der Ausschreibung, je nach Bewerbern u. a. m. Es

25) Vgl. Fn. 1.

26) Vgl. Fn. 5.

26a) Dies paßt in das Bild des Schutzzauns (s. oben, sub II. 1.).

27) LSG Bad.-Württ., NZS 2001, 455; BSG, ArztR 2002, 65; LSG Schlesw.-Holst., NZS 2001, 558.

28) S. Änderung der Anlage 3.1 gem. Abschnitt 2 Ziff. 5 der BedarfspRL durch Bek. v. 8. 7. 1997 (BAnz. 1997 Nr. 151), geändert durch Bek. v. 10. 12. 99 (BAnz. 2000 Nr. 56) und m. W. v. 1. 1. 2001 durch Bek. v. 6. 2. 2001 (BAnz. 2001, Nr. 102).

29) 3. Abschnitt Nr. 7 der BedarfspRL, erstmals geändert durch Bek. v. 8. 7. 1997 (BAnz. 1997 Nr. 151).

30) 3. Abschnitt Nr. 9 BedarfspRL v. 7./21. 9. 1999 gem. § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV, s. auch oben, sub II. 3 a).

31) Dieses Verfahren hat sich flächendeckend erst nach einiger Zeit herausgebildet.

32) Bis zur Änderung der BedarfspRL Zahnärzte v. 12. 3. 1993 in der am 21. 9. 1999 geänderten Fassung (Abschn. F. Nr. 3), gültig ab 9. 12. 1999 (BAnz. 1999 Nr. 232 v. 8. 12. 1999, S. 1972).

33) Dies hat des öfteren zu unbilligen Entscheidungen geführt, weshalb inzwischen andere Lösungswege vorgeschlagen worden sind und entsprechend judiziert wird, vgl. z. B. SG Frankfurt a. M., MedR 2001, 272.

34) S. oben, sub II 3. c).

35) Vgl. dazu auch die Diskussionen anläßlich der Veranstaltung des Medizinrechtlichen Forums e. V. am 22. 1. 1994 in Frankfurt und die Tagungsbeiträge dazu in MedR 1994, 213 ff.; ausführlich dazu auch *Preißler*, in: *Ehlers* (Hrsg.), Fortführung von Arztpraxen, 2. Aufl. 2001, Kap. 2. V., Rdnrn. 98 ff.

36) Vgl. z. B. *Seer*, DStR 1995, 377; zu den Auswirkungen auf den Praxiswert vgl. unten, sub III. 1. g).

bleibt dann zu hoffen, daß interessierte Bewerber keinen Zulassungsantrag stellen, diesen wieder zurücknehmen oder ihre Bewerbung zurückziehen. Es kommt auch vor, daß sich unerwünschte Bewerber den Rücktritt abkaufen lassen³⁷. Hierzu gehört auch der Fall, daß umgekehrt der „Abgeber“ gegen entsprechende Entschädigung darauf verzichtet, den Ausschreibungsantrag zu stellen und damit sein Vertragsarztsitz verfällt, zu Gunsten des oder der anderen³⁸ Wettbewerber in seinem Umfeld als generöse Spender.

In Gemeinschaftspraxen kommt das Recht der Partner hinzu, auch ihrerseits Einfluß auf die Nachbesetzung zu nehmen (§ 103 Abs. 4 und 6 SGB V)³⁹. Ein Abgeber, dessen Zulassung für eine Gemeinschaftspraxis bestimmt ist, zieht also günstigerweise dorthin vorher um und assoziiert sich vor Ausschreibung. Diese Handlungsalternative empfiehlt sich außerdem, weil viele Zulassungsausschüsse Nachfolgern Schwierigkeiten bei der Praxissitzverlegung kurz nach Übernahme machen.

Sicherlich gut gemeinte Ratschläge zur rundum abgesicherten Praxisabgabepflicht inkl. des Abschlusses mehrerer Praxisübergabeverträge mit den in Frage kommenden Bewerbern⁴⁰ werden von den Ärzten oft als unnötig angesehen. Meist gelingt es, mit einigen Telefonaten den ins Auge gefaßten Bewerber ohne größeren Beratungsaufwand beim Zulassungsausschuß „durchzubringen“. Ein großer administrativer Beratungs- und Vertragsaufwand lohnt sich eigentlich allenfalls in problematischen Ausnahmefällen, wie die wenigen Gerichtsverfahren ausschließend in den unteren Instanzen beweisen⁴¹. Die Krux ist nur: Welcher Fall zum „Notfall“ wird, weiß man leider meistens erst nach der „Kirche“. Das individuelle Sicherheitsbedürfnis in der Ärzteschaft ist höchst unterschiedlich.

Dazu sollte man sich vergegenwärtigen, daß es sich bei der Arztpraxis um ein grundlegend anderes Regelungsobjekt als z. B. eine Taxikonzession, einen Marktstand oder sonstige Gegenstände staatlicher Mangelverwaltung handelt. Ohne Übertreibung kann die Arztpraxis sicherlich als eines der sensibelsten Transaktionsobjekte gesehen werden. Sie lebt von dem Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt. Dieser hat in seinem Berufsleben daraus je nach Eignung und Neigung sein mehr oder weniger erfolgreiches Lebenswerk gemacht. Bei dessen Weitergabe möchte er sich ungern hineinreden lassen. Neben der zentralen Patientenbeziehung prägen persönlich aufgebaute Erfolgsfaktoren die Praxis: das Leistungsspektrum, das eingespielte Personal, der Praxisstandort – evtl. mit Eigentumsräumen –, langlaufende wichtige zu übernehmende Vertragsbeziehungen wie z. B. Leasing und bei Gruppenpraxen der oder die Praxispartner mit oft engen persönlichen Bindungen. Dieses hochsensible Gebilde „Praxis“ gilt es, ohne größere – auch zeitliche – Reibungsverluste an den Mann oder die Frau zu bringen, damit sich der ideelle Wert nicht verflüchtigt.

Deshalb ist leicht nachzuvollziehen, daß man eine solche Praxis doch gerne dem Nachfolger zügig übergeben möchte, den man wohl am besten als bester Kenner dieser Praxis beurteilen kann, und nicht an einen, der von einer Behörde ausgesucht wird. Man kann dann auch zwanglos die Frage anschließen, ob diese Auswahl nicht auch im Sinne der ärztlichen Versorgung die bessere ist⁴².

Auch aus Selbstverwaltungssicht spricht vieles dafür, bei der Nachbesetzung „die Kirche im Dorf zu lassen“ und dem „einigen Paar“ nicht zu große Schwierigkeiten entgegen zu setzen. Viele Kassenärztliche Vereinigungen und Zulassungsausschüsse haben zwischenzeitlich gelernt und versuchen, das Verfahren formal zu verschlanken und zeitlich zu verkürzen, mit einigem Erfolg. Hatte die Zwangsverwaltung zunächst erheblichen administrativen Aufwand⁴³ – verbunden auch mit einer entsprechenden Personalvermehrung und den damit einhergehenden Kosten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen – zur Folge, hat sich

jetzt seit längerem das Verfahren eingespielt. Man muß dabei auch berücksichtigen, daß die Ärztevertreter in den Zulassungsausschüssen die Situation des Abgebers emotional gut verstehen und auch selber einmal ihre Praxis abgeben möchten – und zwar auch an ihren Wunschnachfolger.

c) Die Position des Bewerbers

Wo steht in diesem Szenario der Bewerber? Auf den ersten Blick scheint es, als ob dessen Rechte in diesem Verfahren zu kurz kommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn er Kandidat unter vielen ist und – vielleicht sogar mehrmals – abgewiesen wird, sei es durch Abgeber, Kassenärztliche Vereinigung⁴⁴ oder Zulassungsausschuß.

Aber: Auch dem Bewerber muß an einem schnellen Verfahren gelegen sein. Nach langen Jahren der Weiterbildung will er eine schnelle Entscheidung, ist der Entschluß für die Niederlassung erst einmal getroffen. Da ist u. U. ein mehrere Jahre dauernder Rechtsstreit absolut kontraproduktiv⁴⁵. Es gilt in der Regel die Devise: „Neues Spiel – neues Glück“⁴⁶. Zudem ist Diskretion oberstes Gebot. Der junge Arzt bewirbt sich vielfach aus einer – unkündbaren oder unbefristeten – Stelle am Krankenhaus. Er ist darauf angewiesen, daß die causa „Praxiseinstieg“ vertraulich behandelt wird, drohen doch sonst, z. B. in der Klinik, erhebliche Konsequenzen, wenn er im Bewerbungsverfahren nicht den Zuschlag erhält. Da ist die breite Erörterung der Kandidaten in – zahlreich besetzten – Gremien, unter miteilsamen Abgebern und anderen Kandidaten nicht förderlich. Auch dies mag dazu geführt haben, daß die Bewerberzahlen in einigen Zulassungsbereichen rückläufig sind⁴⁷.

Abgelehnte Bewerber müssen Flexibilität zeigen. Es kommt vor, daß ein solcher im ins Auge gefaßten Niederlassungsbereich zu Ärzten über 60 Jahren des eigenen Fachgebietes Kontakt aufnimmt, um Wunschkandidat zu werden. Bei vielen fördert das Abgabeverfahren auch Neuüberlegungen in Bezug auf den Standort. Sieht man als Praxisbewerber erst einmal augenscheinlich, wie eng die Verhältnisse geworden sind – z. B. in der attraktiven Großstadt –, beginnt man sich doch noch mit der Niederlassung in freien Gebieten anzufreunden, vorausgesetzt, die Familie oder das sonstige private Umfeld lassen eine solche Flexibilität zu. Dies ist vom Gesetzgeber durchaus gewollt und i. S. einer flächendeckenden Versorgung zu begrüßen.

Fazit: Junge Ärzte müssen geschickt zu Werke gehen und sich den Marktansätzen anpassen. Unsere Erfahrungen zeigen: Dies spricht sich herum und so wird inzwischen auch gehandelt. Also: Auch der Nachfragemarkt hilft sich selbst im Arrangement und ohne Gericht⁴⁸.

37) S. dazu im einzelnen auch *Karst*, MedR 1996, 554 ff.

38) Dazu auch *Preißler* (Fn. 35), Kap. 1, Rdnr. 39.

39) Gestärkt durch BSG, MedR 1999, 383 – eigenes Antragsrecht der Gemeinschaftspraxispartner.

40) Vgl. z. B. *Preißler* (Fn. 35), Kap. 2, S. 15 ff.

41) SG Aachen v. 19. 1. 1994 – S 7 Ka 10/93 –; SG Detmold, MedR 1995, 214; SG Karlsruhe v. 9. 7. 1997 – S 1 Ka 3482/95 –; SG München, MedR 1995, 295; LSG Berlin, MedR 1997, 518; LSG Bad.-Württ., MedR 1997, 143; SG München v. 22. 9. 1998 – S 42 Ka 1736/97 –; LSG Nordrhein.-Westf., MedR 1998, 377; LSG Nordrhein.-Westf., MedR 1999, 237; SG Münster, MedR 1999, 581; SG Dortmund, MedR 1999, 92 und MedR 2002, 100.

42) Zum Wandel in der Einstellung zur Abgabe s. oben, sub I. 5.

43) Vgl. *Arzt und Wirtschaft* 10/1994, S. 25 ff.

44) Z. B. im Beratungsgespräch.

45) Ein Stimmungsbild gibt *ärztepost* – Das PVS-Magazin 10/2001, S. 18.

46) Zum Aspekt: „Lieber mitbieten als prozessieren“, vgl. unten, sub III. 7.

47) Vgl. *ÄZ* v. 12. 12. 2001, S. 12.

48) Wie oben, sub II. 6. b) und in den Beiträgen gem. Fn. 35 geschildert.

d) Alternativen

Aus der Sicht von Abgeber und Übernehmer sind die oben sub II. 4. erwähnten neuen Tätigkeitsformen „Krücken“, die genau besehen selten funktionieren: Der Abgeber muß mitspielen⁴⁹ und eine besondere Praxis haben, die sich kasenzärtlich ohne großen Schaden „einfrieren läßt“⁵⁰. Der Angestellte bzw. Job-Sharing-Partner ist vom Praxisinhaber völlig abhängig und trägt damit ein großes Risiko, insbes. im Hinblick auf eine Praxisnachfolge. Die des öfteren als vorteilhaft herausgestellte bevorzugte Stellung im Auswahlverfahren⁵¹ ist ihm nämlich erst nach fünf Jahren sicher. Wenn schon eine Job-Sharing-Partnerschaft mit Übernahmeplanung eingegangen wird, sollte vor Tätigkeitsaufnahme die weitere Abwicklung (Übernahmezeitpunkt, Preisfindungsmaßstab inkl. Abgrenzung zur eigenen Leistung) bis zur Übernahme eindeutig festgelegt sein, damit beide Partner von fairen Bedingungen ausgehen können.

Sonderbedarfszulassungen kommen nur in besonderen Versorgungsfällen, ohne die der Sicherstellungsauftrag nicht zu erfüllen ist, in Betracht und werden auf Druck der KVen^{51a} von den Zulassungsausschüssen zunehmend restriktiv gehandhabt, obwohl es aus tatsächlicher Sicht des öfteren entsprechende Versorgungslagen gibt⁵². Es dauert lang, bis die KVen besondere Versorgungsschwerpunkte innerhalb von Fachgebieten, die in einer Region nicht vorhanden sind, als Sonderbedarf anerkennen. Die nächste Härte bedeutet dann, daß dieser Arzt nur Ziffern dieses Sonderbedarfs abrechnen kann und damit ohne größere Gemeinschaftsanbindung nicht existenzfähig ist⁵³. Manchmal wird auch einfach nur gemauert.

Auch die Belegarztzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V ist Alternative nur in besonderen Fällen. Das Fachgebiet, das eigene Leistungsbild, die Klinik und die Klinikstruktur müssen genau passen. Manchmal kann es lohnend sein, entsprechende Verhältnisse, z. B. entsprechende fachbezogene Belegbetten zu schaffen. Trotzdem ist zu beachten, daß auch in diesen Fällen zehn Jahre Abhängigkeit besteht, erst dann wird die Zulassung fest (§ 103 Abs. 7 S. 3 SGB V).

Damit zeigt sich, daß diese Tätigkeitsformen keine echte Alternative zum Erwerb einer vertragsärztlichen Zulassung werden konnten und der Abgabemarkt davon fast unbeeinflusst geblieben ist.

e) Konzessionshandel

Es ist gängige Praxis der Zulassungsausschüsse geworden, Ausschreibungsverfahren unter gleichzeitiger Verlegung des Praxissitzes mit Vorsicht zu begegnen. In diesem Falle wird leicht ein Konzessionshandel^{53a} vermutet. Im Grunde gelingt es nur, den Zulassungsausschuß bei triftigen Gründen davon zu überzeugen, daß eine Verlegung des Praxissitzes zum Zeitpunkt der Übernahme wirklich notwendig ist. Dazu gehören unternehmenskonzeptionelle Gründe wie auch zu kleine alte oder günstigere neue Räume sowie Einbringung in eine neu zu gründende oder bereits bestehende Gemeinschaftspraxis. Voraussetzung ist die Verlegung im näheren Umkreis der Praxis. Solch legitime Praxisfortführung, auch im Sinne der ständigen unternehmerischen Notwendigkeit der Existenzsicherung, ist kein Konzessionshandel. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, daß solche Vorhaben sich mit rechtlichen⁵⁴ und politischen Forderungen nach Strukturwandel, Verzahnung und Rationalisierung decken.

Sollte eine Standortverlegung in einem weiteren Umkreis innerhalb des Planungsbezirks angedacht sein, sollte zumindest die Rechtskraft der Zulassungsübertragung abgewartet werden. Vor allem bei kritischen Zulassungsausschüssen kann es sich als sinnvoll erweisen, noch ein bis zwei Quartale am alten Praxisstandort weiter zu praktizieren. Es ist dann ungleich schwieriger, wegen des eingetretenen Vertrauensschutzes den Zulassungsbescheid nach den

Grundsätzen der Rücknahme von Verwaltungsakten aufzuheben.

f) Gemeinschaftspraxen

In Ergänzung zur gesetzlich vorgesehenen Mitsprache der verbleibenden Gemeinschaftspraxispartner (§ 103 Abs. 6 SGB V) haben sich für diese zur weiteren Sicherung der Praxisnachfolge zwischenzeitlich rechtswirksame Instrumente entwickelt. Damit wird die systembedingte Diskrepanz zwischen sozialrechtlichem Nachbesetzungsverfahren mit verfassungsrechtlichem Belang und gesellschaftsrechtlichen Erfordernissen i. S. der Bestandssicherung der Praxis aufgehoben oder doch minimiert⁵⁵. Die Rechtsprechung hat hier überraschend schnell die Notwendigkeiten erkannt. Dies begann mit der Entscheidung des BSG vom 25. 11. 1998, mit der das eigene Ausschreibungsrecht der Praxispartner in Ausfüllung der Regelung des § 103 Abs. 6 SGB V gesichert wurde⁵⁶, und setzte sich fort durch aktuelle Entscheidungen der ordentlichen Gerichte zur Billigung zivilrechtlicher Vollmachtsregelungen im Ausschreibungsverfahren zu Gunsten der Praxispartner als Pflicht des Ausscheidenden mit Bindung an seine Abfindungsrechte nach § 738 BGB⁵⁷. Nach unserer Auffassung muß jedenfalls danach differenziert werden, ob der aus der Gemeinschaftspraxis Ausscheidende seine Zulassung noch benötigt, also im Planungsbereich bleibt, oder z. B. wegen Wegzugs oder Alters darauf verzichten kann, ohne daß sein Berufsrecht aus Art. 12 GG tangiert ist⁵⁸. Dies gilt im Interesse der Geltungserhaltung in der Kautelaritätigkeit zumindest so lange, wie diese Frage nicht gerichtlich entschieden ist. Diese Abwägungen rechtssicher zu treffen und in Gesellschaftsverträgen sachgerecht zu regeln, ist neue und herausfordernde Aufgabe der Vertragsgestaltung. Der Schaden, den z. B. ein ausscheidender Partner unter Mitnahme seiner Zulassung in der zurückgelassenen Praxis hinterläßt, kann immens sein, insbesondere, wenn die Aufrechterhaltung von Leistungsbereichen der Praxis davon abhängig ist⁵⁹. Dieser Schaden hat übrigens mit dem eigentlichen immate-

49) ÄZ v. 10. 12. 2001, S. 22: „Job-Sharing führt zu einem Qualitätssprung“.

50) Wegen der Leistungsmengenbeschränkung gem. § 101 Abs. 1 Nrn. 4 u. 5 SGB V, umgesetzt durch die AngÄrzteRL des Bundesausschusses v. 1. 10. 1997 (BANz. 1998 Nr. 9, S. 372). Dazu gehört zwar seit der Änderung der Richtlinie v. 8. 1. 1999 mit Wirkung zum 31. 3. 1999 (BANz. 1999 Nr. 61 v. 30. 3. 1999) inzwischen formal nicht mehr die Leistungsbildbeschränkung (vgl. dazu auch Kamps, MedR 1998, 103; Gleichner, MedR 2000, 399), faktisch besteht sie jedoch weiter, weil ein neues Leistungsbild mit der Beschränkung zwangsläufig zu Lasten des bestehenden geht. In Zeiten von Budgets in den Honorarverteilungsmaßstäben denkt allerdings mancher inzwischen anders.

51) Vgl. § 103 Abs. 4 S. 4 SGB V: „angestellter Arzt“ und „Arzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde“.

51a) S. oben, sub II. 1. – Schutzzaun.

52) Auch dies u. E. eine Folge der arg bürokratischen Bedarfsplanung mit manchmal wenig Bezug zur tatsächlichen Versorgungslage.

53) Dazu auch BSG v. 19. 3. 1997 – 6 RKA 43/96 –, sonst Ermächtigung.

53a) Näher zum Konzessionshandel Dahm, MedR 2000, 551.

54) Vgl. z. B. § 105 Abs. 2, §§ 140a ff. SGB V.

55) Ansonsten trennt das Sozialrecht das rechtliche Schicksal der Abrechnungseinheit „sozialrechtliche Gemeinschaftspraxis“ nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV streng von dem der zivilrechtlichen „BGB-Gesellschaft Gemeinschaftspraxis“, vgl. BSG, MedR 1993, 279.

56) Wie Fn. 39.

57) Vgl. nur OLG Hamm, MedR 2000, 427; OLG Stuttgart, MedR 2001, 519.

58) Dies liegt auf der Hand, ist aber soweit ersichtlich obergerichtlich noch nicht entschieden.

59) Man denke z. B. an Partner mit Sonderqualifikationen, z. B. nach § 135 SGB V.

riellen Wert der Praxis nichts zu tun, kann diesen auch weit übersteigen⁶⁰.

g) Beratungsbedarf

Es besteht erheblicher Beratungs- und Gestaltungsbedarf, sowohl für das Thema Praxisabgabe bzw. -übernahme insgesamt als auch im besonderen in gesperrten Gebieten. Die Welt ist auch insoweit komplizierter geworden. Nicht zuletzt ist ein Praxisübergabevertrag, der die vielschichtigen Verzahnungen zwischen Vertragsarztrecht, Berufsrecht, Zivilrecht und nicht zuletzt dem Steuerrecht maßgeschneidert regelt, absolute Notwendigkeit. Dies gilt für beide Seiten – Käufer und Verkäufer. Es steht viel auf dem Spiel: Für den Abgeber sein Lebenswerk, insbesondere als Vermögensgegenstand⁶¹, für den Übernehmer seine Lebensplanung. So nimmt es nicht Wunder, daß an diesen Transaktionen auch die Veranstalter immer zahlreicherer Seminare mit mehr oder weniger qualifizierten Referenten⁶² sehr interessiert sind: Bei Käufer und Verkäufer sind Honorare oder Provisionen im fünfstelligen Bereich (Euro!) durchaus realisierbar.

III. Praxiswert und Praxiswertermittlung unter Bedarfsplanung

Mit Einführung der „Seehofer-Reform“⁶³ sind neben der Einschränkung der Kontrahierungsfreiheit auch die Möglichkeiten der freien Preisvereinbarung beim Praxisverkauf in den bisherigen rechtlichen Grenzen⁶⁴ reduziert worden. Nach Art. 14 GG ist der Gesetzgeber zum Schutz des Eigentums verpflichtet, dazu gehört auch der Wert der Praxis des Abgebers, nicht jedoch die freie Auswahl des Nachfolgers. Dieser Schutz umfaßt aber nicht Knappheitszuschläge, im Gegenteil, diese sind wegen der gleichzeitig tangierten Berufsausübungsfreiheit sogar zu verhindern. Der Gesetzgeber hat dieses Spannungsverhältnis dadurch gelöst, daß die wirtschaftlichen Interessen des abgebenden Arztes nach § 103 Abs. 4 S. 6 SGB V bei der Veräußerung nur bis zur Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu berücksichtigen sind⁶⁵. Mit der Beschränkung auf den Verkehrswert sollte ausgeschlossen werden, daß sich durch erhöhte Nachfrage nach Kassenpraxen und der mit der Praxisübernahme verbundenen Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der Kaufpreis für die Praxis ungerechtfertigt erhöht. Der Gesetzgeber wollte erreichen, daß die Praxispreise von der Zulassungssperre unbeeinflusst bleiben, und damit den schutzwürdigen Interessen des Übernehmers Rechnung tragen. Dies ist nicht gelungen.

Gleichzeitig wurde mit dem neuen § 102 SGB V eine „Bedarfszulassung“ ab 1999 durch gesetzliche Verhältniszahlen und Festlegung der Hausarzt-/Facharztrelation angekündigt. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000⁶⁶ wurde die Frist auf 2003 verlängert und gesetzlich geregelt (§ 102 Abs. 2 SGB V), daß ein wissenschaftliches Institut die Datengrundlagen für die Verhältniszahlen erstellen soll^{66a}. Mit der Streichung des § 103 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V⁶⁷, der eine Änderung der Verhältniszahlen durch den Bundesausschuß zur Gewährleistung einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen vorsah, kann gegenüber der bisher nur regionalen Verteilungsregelung⁶⁸ eine absolute Zulassungssperre für einzelne Fachgebiete kommen⁶⁹.

1. Verkehrswert nach § 103 Abs. 4 SGB V als Wert- und Preisfaktor im geltenden Markt

a) Gesetzesdefinition des § 103 Abs. 4 S. 6 SGB V

Was ist unter dem Verkehrswert des SGB V zu verstehen? Weder das Gesetz noch die Motive im Gesetzgebungsverfahren geben dazu eine Definition, letztere nur im Hinblick

auf den Gesetzeszweck wie vorstehend dargelegt. Dies wäre aber eigentlich notwendig als Vorgabe für die praktische Handhabung durch die damit Befassten wie KVen, Zulassungsausschüsse, Gerichte, Rechtsanwälte, Sachverständige etc.

b) Regelung in anderen Rechtskreisen

Ähnliche Begriffe und Festlegungen sind in anderen Gesetzen geregelt, so z. B. in § 194 BauGB, § 9 BewertG und § 7 WertV 88.

• Nach § 9 BewertG ist der gemeine Wert der Wert, der dem Preis entspricht, der zum anwendbaren Bewertungsstichtag im gewöhnlichen Geschäftsverkehr nach den rechtlichen Gegebenheiten und tatsächlichen Eigenschaften sowie sonstigen Beschaffenheiten des Unternehmens für dieses als Einheit ohne Rücksicht auf ungewöhnliche oder persönliche Verhältnisse erzielt werden kann.

• Nach § 194 BauGB wird der Verkehrswert „durch den Preis bestimmt, der in dem Zeitpunkt, auf den sich die Ermittlung bezieht, im gewöhnlichen Geschäftsverkehr nach den rechtlichen Gegebenheiten und tatsächlichen Eigenschaften, der sonstigen Beschaffenheit und der Lage des Grundstücks oder des sonstigen Gegenstands der Wertermittlung ohne Rücksicht auf ungewöhnliche oder persönliche Verhältnisse zu erzielen wäre“. Als Hilfsmittel zur Feststellung ist eine Kaufpreissammlung vorgesehen (§ 199 BauGB).

• Nach § 7 WertV 88 ist der Verkehrswert aus Vergleichspreisen und Bodenrichtwerten ggf. unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen aufgrund von Abweichungen zum Vergleichsobjekt zu ermitteln.

Alle diese Definitionen schaffen eine Verbindung zwischen Wert und Preis auf dem entsprechenden Markt.

c) Rechtsprechung zur Marktorientierung

Auch nach der Rechtsprechung haben sich Praxiswerte nach den am Markt zu erzielenden Kaufpreisen zu orientieren⁷⁰. Damit soll verhindert werden, daß Bewertungen theoretisch, also ohne Abgleich mit den tatsächlichen Marktgegebenheiten erfolgen. Mit dieser Frage hat sich sogar das BVerfG beschäftigt, nämlich in Bezug auf die er-

60) Damit ergeben sich z. B. erhebliche Schwierigkeiten, vertraglich wirksame und greifende Sanktionen zu regeln. Bisher war es üblich, Wettbewerbsverstöße mit dem Verlust der Abfindung für den ideellen Wert zu ahnden, dies kann bei Zulassungsbeschränkungen und dieser Sachlage nicht ausreichend sein. Es ist also zu wünschen, daß zum Spannungsfeld der verfassungsrechtlich geschützten Berufsausübung einerseits, Bestands- und Eigentumsrechte der Praxis andererseits auch in dieser Hinsicht möglichst bald gerichtliche Klärung erfolgt.

61) S. oben, sub I. 5.

62) Meist zur Initiierung von Koppelungsgeschäften, s. oben, sub II. 3. c).

63) Durch das GSG (s. Fn. 1).

64) Wonach nur noch der überhöhte Kaufpreis, der zur Polypragmasie verleiten soll, problematisch ist, vgl. Hess, in: Narr, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl., Rdnr. B 445, insbes. auch unter Hinweis auf BGH, NJW 1973, 98 ff.

65) Vgl. Gesetzesbegründung zum GSG (Fn. 1) zu § 103 Abs. 4 SGB V.

66) S. oben, Fn. 5; näher dazu Haage, MedR 2000, 262; Cramer/Merk, Radiologie up 2date 2001, 5; kritisch aus verfassungsrechtlicher Sicht Möller, MedR 2000, 555.

66a) Vorher wurde nicht gerechnet, s. oben, sub II. 3. a).

67) I.d.F. des 2. GKV-NOG (s. oben, Fn. 5).

68) BSG, SozR 3-2500 § 103 SGB V Nr. 1, S. 7; BSG, SozR 3-2500 § 103 SGB V Nr. 2, S. 12.

69) Vgl. Begründung zu § 101 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (oben, Fn. 5).

70) Vgl. nur BGH, FamRZ 1980, 37; BGHZ 17, 136; BGH, NJW 1992, 892, 895; BGH, NJW 1994, 312; zum zeitlichen Zusammenhang von Bewertung und Veräußerung vgl. BGH, NJW 1982, 2497.

forderliche Berücksichtigung des Börsenkurses bei der aktienrechtlichen Abfindung, wobei das Gericht feststellt, daß der Verkehrswert einer Aktie regelmäßig mit dem Börsenkurs identisch ist⁷¹.

d) Betriebswirtschaftliche Literatur

In der betriebswirtschaftlichen Literatur zur Unternehmensbewertung steht der Verkehrswert nicht (mehr) im Mittelpunkt der Betrachtung^{71a}. Dies hat seine wesentliche Ursache darin, daß nach der neueren Unternehmensbewertungstheorie ein objektiver Wert eines Unternehmens – und damit auch der Arztpraxis – gelehrt wird: Der Unternehmenswert ist danach vielmehr abhängig von dem Nutzen, den der jeweilige Erwerber daraus ziehen kann, und damit subjektiv, jeder Käufer hat andere Nutzenerwartungen^{71b}. Deshalb gibt es auch den Verkehrswert mit seiner engen Verbindung zum Markt wie oben dargestellt nicht schlechthin, vielmehr bildet sich der – individuell ausgehandelte – Preis im Einigungsbereich von Käufer und Verkäufer zwischen deren Preisober- und -untergrenze. Dies ist auch bei der Bewertung durch Dritte, also Gutachter, zu berücksichtigen.

Aus den Äußerungen speziell zur Arztpraxisbewertung seien zwei – teilweise divergierende und weiter interpretierbare – Beispiele zitiert:

- Nach *Schneider*⁷² ist der Verkehrswert einer Arztpraxis der „unter normalen Bedingungen jederzeit am Markt erzielbare Kaufpreis“: Er resultiert aus dem Ergebnis von Angebot und Nachfrage, kann deshalb im Zeitablauf schwanken, weist für ein und dieselbe Praxisstruktur an unterschiedlichen Standorten möglicherweise extrem abweichende „Werte“ auf und reagiert äußerst sensibel auf Dinge wie Zulassungsbeschränkungen, Großgeräterichtlinien etc. (weil die ansonsten verfügbare Alternative der Neuniederlassung entfällt oder eingeschränkt ist).

- Nach dem Expertensymposium zur Arzt- und Zahnarztpraxisbewertung unter Federführung von *Goetzke* muß der Verkehrswert im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Marktgeschehen stehen⁷³. Verkehrswerte sind danach Werte, die sich am Markt unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen und Wertvorstellungen, gesammelter Erfahrungswerte und Informationen von potentiellen Praxisübernehmern und Praxisabgebern ergeben. Verkehrswerte sind also insbesondere nicht objektive Praxiswerte für bestimmte Arztpraxen des jeweiligen Fachgebietes.

Allerdings wird auch in der neueren subjektiven betriebswirtschaftlichen Unternehmensbewertungslehre anerkannt, daß bei bestimmten Bewertungsanlässen „neutrale“ Wertfestlegungen erfolgen müssen, so z. B. beim Zugewinnausgleich, bei Erb- oder gesellschaftsrechtlichen Auseinandersetzungen. Auch hier wird aber nicht vom Verkehrswert gesprochen, sondern vom „objektivierten“, „Arbitrium-“ oder „Schiedswert“. Dabei wird versucht, mit Annahmen über durchschnittliche Käufer- und Verkäufer-eigenschaften und -situationen den Bewertungs- und Preisbildungsvorgang^{73a} zu „objektivieren“, also vom ansonsten individuellen Vorgang zu lösen. Die sonst in der neueren Unternehmensbewertung so wichtigen Nutzenaspekte der Kontrahenten treten hier in den Hintergrund, womit unweigerlich die objektiven Fakten, also das Unternehmen und auch die Praxis, wie sie „steht und liegt“, wieder größeren Einfluß auf die Bewertung haben. Damit kommen diese drei Begriffe dem Verkehrswert i. S. von § 103 Abs. 4 SGB V wieder näher^{73b}. Der in diesem Zusammenhang ebenfalls verwendete Begriff des „fairen Einigungspreises“^{73c} kommt wegen seiner Lösung von der individuellen Situation auch dem vorerwähnten marktorientierten Preis in der gesetzlichen und Rechtsprechungsterminologie wieder näher. So betont jetzt *Englert*^{73d} in Anlehnung an die von *Moxter* dazu erarbeiteten theoretischen Grundlagen,

daß aufgrund des relativ homogenen Marktes freiberuflicher Praxen im Verhältnis zu gewerblichen Unternehmen und bei empirisch nachweisbarer Wertermittlung nach Branchendaten und Standesrichtlinien Marktpreise Wertbereiche zumindest „eingrenzen“ können. Allerdings widmet man sich teilweise auch in der Bewältigung dieser Schiedssituation rein theoretischen Modellen zur Nutzenobjektivierung und der Aufstellung von Gerechtigkeitspostulaten, als der Frage, inwieweit Marktpreise vor dieser Fragestellung relevant werden können^{73e}.

e) Übertragbarkeit auf § 103 Abs. 4 SGB V

Weder die gesetzlichen oder gerichtlichen noch die betriebswirtschaftlichen Definitionen helfen also für unsere Thematik weiter, alle bestimmen sich letztlich am (freien) Markt oder lehnen einen Bezug dazu ab. § 103 SGB V will aber gerade – und das ist neu –, daß ein Wert ohne Knappheitszuschlag Basis für Praxisveräußerungen sein soll. Dieser nennt sich zwar Verkehrswert, kann aber schon naturgemäß ein solcher nach dem üblichen Verständnis nicht sein, weil er durch den beschränkten Markt beeinflusst ist. Die Marktteilnehmer können nicht frei agieren, der Marktzugang der Nachfragenden ist – einseitig – begrenzt.

Der Markt läßt sich auch nicht in einen reglementierten und einen unreglementierten – z. B. in den freien Gebieten – aufteilen. Denn beide sind voneinander abhängig, wie wir oben dargestellt haben⁷⁴ (Interdependenz der Märkte). Nach den Gesetzen der Ökonomie muß dies zu Preiserhöhungen führen, wenn nicht eine Korrektur durch entsprechende Vorgaben, Definitionen und Kontrollen erfolgt. Dies leistet das derzeitige Praxisabgabeverfahren nicht, so daß der Übergeber auch in Bezug auf den Praxiswert begünstigt ist. Daß dies tatsächlich so auch eingetreten ist, wird noch zu zeigen sein.

Die in der Betriebswirtschaft erarbeiteten Vorgaben bieten auch deshalb keine Grundlage für die nähere Festlegung und Ermittlung des Verkehrswertes nach § 103 Abs. 4 SGB V, weil sie entweder schon definitionsgemäß subjektiv sind und damit den objektiven Wert i. S. des Gesetzes nicht ab-

71) BVerfG, DB 1999, 1693.

71a) Das Wirtschaftsprüfer-Handbuch, Band 2, 11. Aufl. 1998, verwendet den Begriff „Verkehrswert“ bei der Darstellung der Unternehmensbewertung nicht, nicht einmal im Stichwortverzeichnis ist er aufgeführt; ebensowenig *Gatzen*, Bewertung von Arztpraxen, 1992; *Gablers Wirtschaftslexikon*, 15. Aufl. 2000, und *Vahlens Großes Wirtschaftslexikon*, 1994, verweisen beide auf § 9 des Bewertungsgesetzes (gemeiner Wert) mit Bezugnahme auf den Verkauf unter normalen Umständen, auch mit diesem Rückgriff auf die Gesetze (s. oben, sub III. 1. b)) ohne Kommentar aus betriebswirtschaftlicher Sicht wird das Desinteresse deutlich.

71b) S. *Cramer* (Fn. 10), S. 317; grundlegend dazu *Großfeld*, Unternehmens- und Anteilsbewertung, 1994, S. 21; *Sieben*, Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, 1993, Sp. 4315; *Wirtschaftsprüfer-Handbuch* (Fn. 71a), S. 1; *Münstermann*, Wert und Preis der Unternehmung, 1966, S. 11.

72) *Schneider*, DÄBl. 1990, 19 ff.

73) *Goetzke*, Grundsätze ordnungsgemäßer Praxiswertermittlung, Protokoll der Konsensus-Konferenz v. 16. 3. 1995 in Düsseldorf.

73a) Grundlegend dazu *Moxter*, Grundsätze ordnungsgemäßer Unternehmensbewertung, 2. Aufl. 1983. Danach markieren subjektive Entscheidungswerte Verhandlungsgrenzen, Arbitriumwerte dagegen Verhandlungsergebnisse (S. 22).

73b) Durch diese deutlichen Unterschiede im Methodenansatz wird sichtbar, wie wichtig die Klarstellung der Funktion des Gutachters ist (sog. „funktionale Bewertungslehre“), aus praktischer Sicht dazu Teil 2, sub VI. 4 (im nächsten Heft).

73c) *Moxter* (Fn. 73a), S. 16 f.; *Sieben* (Fn. 71b), Sp. 4318.

73d) *Englert*, BB 1997, 142, 148 f.; und *Moxter* (Fn. 73a), S. 132.

73e) So *Gatzen* (Fn. 71a), S. 231 ff. (auf 32 Seiten).

74) S. oben, sub I. 3. und II. 3. a).

bilden. Oder sie nehmen – so in der Schiedsfunktion des Bewerbers – ohne eigenen Regelungsgehalt auf die gesetzlichen Vorgaben Bezug bzw. leugnen einen Bezug zum Markt auch hier^{74a}.

f) Bereinigung um Knappheitszuschläge

Man könnte angesichts dieses Dilemmas daran denken, die Knappheitszuschläge aus den „falschen“ Marktpreisen herauszurechnen, um einerseits dem von § 103 Abs. 4 SGB V gewollten Verkehrswert nahezukommen und andererseits die Marktbezogenheit nach Gesetz und Recht herzustellen. Es wäre zunächst denkbar, daß damit ein „knappheitszuschlagbereinigter Verkehrswert“ darstellbar wäre. Dies würde der Systematik der Zugewinnausgleichsermittlung ähneln, den Praxiswert zum Zeitpunkt der Eheschließung unter den zu diesem Zeitpunkt geltenden Bedingungen festzustellen, um das Ergebnis mittels Index auf den gegenwärtigen Stichtag hochzurechnen⁷⁵.

Bei der Umsetzung zeigt sich aber, daß dies nicht zu korrekten Ergebnissen führen kann. Der Knappheitszuschlag ist keine feste Größe, sondern kann regional, nach Fachgebiet, Praxisgröße, Praxisorganisation, insbesondere aber auch im Zeitablauf u. a. m. stark schwanken. Er ist auch nicht zuverlässig feststellbar, da zuverlässige Statistiken, die diese Einzelheiten berücksichtigen und genau genug abbilden, zumindest derzeit nicht zur Verfügung stehen. Der Gesetzgeber hat auch nicht – wie z. B. im BauGB – entsprechende Vorgaben zur Schaffung einer Kaufpreissammlung o. ä. gegeben. Damit scheidet dieses Verfahren für eine durchgängige Praxisbewertung unter Bedarfsplanung zumindest derzeit aus.

g) Folgen aus damaliger Sicht

Diese Defizite des Gesetzes wurden schon mit dem Inkrafttreten gesehen. Die mangelnden Vorgaben aufgrund der unklaren Gesetzesdefinition, fehlender Berechenbarkeit, Ausführungsbestimmungen, Kaufpreissammlungen oder einer anderen Art zuverlässiger Praxiswertermittlung im beschränkten Markt ließen die Literatur folgende Auswirkungen befürchten:

- aus Sicht des Verkäufers:
 - keine Gewährleistung des vollen Wertes für den Vermögensgegenstand „Praxis“⁷⁶,
 - Gefahr einer auf Dauer zu gering entschädigten Entzignung aufgrund der Sorge, daß § 103 SGB V nur Übergangsregelung sei und am Ende durch § 102 SGB V (Bedarfszulassung) die Übertragung auf einen Nachfolger völlig blockiert werden würde^{76a},
 - und schließlich – wegen zu langer Verfahrensdauer – Verflüchtigung des ideellen Werts⁷⁷.
- aus Sicht des Käufers:
 - exorbitant hohe Preise, damit Praxiseinstieg nur für den, der über großes Vermögen verfügt oder sich erheblich verschuldet⁷⁸.

2. Preisentwicklung und -struktur unter Bedarfsplanung

Weder die Vorstellungen des Gesetzgebers noch die Besorgnisse in der Literatur – dies zeigt sich im Rückblick – wurden in dieser Konsequenz Wahrheit. Das Preisgefüge für Arztpraxen hat sich nicht an den dem Gesetz zugrunde liegenden theoretischen Vorgaben orientiert, sondern sich am Markt, d. h. am Zulassungsausschuß vorbei, gebildet – ebenso wie das oben sub II. dargestellte Abgabeverfahren. Im wesentlichen bilden Angebot und Nachfrage den Preis. Der Markt und damit die Preise für Arztpraxen haben sich trotzdem bei weitem nicht so stark verändert wie ursprünglich vermutet. Insbesondere, wenn man aber die Praxispreise ins Verhältnis zu den erzielten Überschüssen setzt, sind die Preiserhöhungen klar erkennbar. Neu war zudem, daß der vor allem in Ballungsräumen bedeutsame „Konzessi-

onshandel“ zu Preisen geführt hat, die für solche Praxen ohne Zulassungssperren nie erzielt worden wären: Wie oben bereits erwähnt, hätten viele Praxen ohne Veräußerungsmöglichkeit geschlossen werden müssen.

Dies wird an den Investitionsanalysen für die alten Bundesländer der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer zumindest ansatzweise verdeutlicht⁷⁹. Diese Statistik berücksichtigt nicht die vielen unterschiedlichen Fachspezifika und Schwerpunkte wie z. B. operative Tätigkeit o. ä., Organisationsformen, Strukturen innerhalb der Fachgruppen, den erwähnten Konzessionshandel, die Trennung Hausarzt/Facharzt mit Auswirkung auf Internistenpraxen u. ä. m., läßt aber trotzdem im Trend Aussagen zu. Von 1992/1993 bis 2000/2001 ergaben sich bei den statistisch erfaßten Arztgruppen die nachfolgenden Wertveränderungen. Dabei sind auch die ideellen Werte von Interesse, so daß sie neben den Gesamtwerten aufgeführt sind⁸⁰.

	Gesamtwert	Ideeller Wert
Allgemeinärzte	+ 20 %	+ 29 %
Augenärzte	- 2 %	- 23 %
Chirurgen	- 1 %	+ 37 %
Gynäkologen	+ 29 %	+ 55 %
Dermatologen	- 18 %	- 15 %
HNO-Ärzte	+ 44 %	+ 150 %
Internisten	+ 24 %	+ 27 %
Kinderärzte	+ 43 %	+ 68 %
Nervenärzte	- 5 %	± 0 %
Orthopäden	+ 48 %	+ 77 %
Urologen	+ 20 %	+ 45 %

Über alle vorerwähnten Fachgebiete errechnet sich ein durchschnittlicher Anstieg der Praxiswerte von 22 % sowie des ideellen Wertes von etwas über 37 % bei deutlichen Unterschieden je nach Fachgebiet. Zudem schwanken die Werte deutlich über die Jahre.

Für die durchschnittliche Zahnarztpraxis (Spezialstrukturen und Gemeinschaften sind ebenfalls nicht berücksichtigt) hat sich der ideelle Wert von 1992/1993 bis 2000/2001 um 43 % erhöht, wobei der Anstieg bis 1998 sehr stark und dann wieder etwas rückläufig war.

74a) S. oben, Fn. 73d und 73e.

75) Aufgrund des Stichtagsprinzips dürfen Werteinflüsse nach den Stichtagen (Eheschließung/Scheidungsantragszeitpunkt) nur insoweit berücksichtigt werden, als sie in ihren Wurzeln erkennbar waren (BGH, DB 1973, 563).

76) Rieger, MedR 1993, 131; Goetzke, Zahnärzte-Wirtschaftsdienst 2/1993.

76a) So z. B. die Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Zulassung und Praxisverkauf, 1997; Maus, DÄBl. 1997, A-1789.

77) S. auch Karst (wie Fn. 37); MedForum (Dahm, Möller, Steinhilper) (Fn. 35); sowie Seer (wie Fn. 36); Schiele/Rosset, MedR 1995, 313; Hess, in: KassKomm., § 103 SGB V, R.dnr. 28.

78) Seer (wie Fn. 36); ÄZ v. 16. 10. 1997, S. 28.

79) Die Standesbank der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ermittelt diese Daten jährlich. Diese Auswertung weicht von den Zahlen im DÄBl. 2002, 2127 und Medical Tribune (MT) v. 30. 8. 2002 (Zeitraum 1988/89 – 2000/01) ab, die deutlich höhere Steigerungen ausweisen. Entscheidend sind aber die Zahlen ab dem Inkrafttreten des GSG 1993 (oben, Fn. 5), s. auch oben, sub I. 1. Im Vergleich läßt sich sagen, daß die Praxiswerte (Gesamtwert und ideeller Wert) vor dem Inkrafttreten der Zulassungssperren 1993 viel stärker angestiegen sind als in der Zeit danach.

80) Die Aufteilung hat für die ersten Jahre allerdings nur eingeschränkten Aussagewert, da oft Bewertungsspielräume aus steuerlichen und bewertungstechnischen Gründen zu Lasten des Sachwertes wahrgenommen wurden. Dies änderte sich nach der Rechtsprechung des BFH zur kürzeren Abschreibung des ideellen Wertes (Urt. v. 24. 2. 1994, BStBl. II 590; und sich dem anschließend Schreiben des BMF v. 15. 1. 1995, BStBl. I 14), seitdem bestehen keine großen Unterschiede mehr zwischen Abschreibung des ideellen und des Sachwertes.

In den neuen Bundesländern gibt es Statistiken erst ab 1996/97, und dies nur für einzelne wenige Arztgruppen. Soweit diese aussagekräftig sind, ergeben sich bis 2000/2001 folgende Wertentwicklungen:

	Gesamtwert	Ideeller Wert
Allgemeinärzte	- 32 %	- 26 %
Augenärzte	- 2 %	+ 46 %
Gynäkologen	- 9 %	- 23 %
Dermatologen	+ 19 %	± 0 %
Internisten	- 14 %	+ 72 %
Kinderärzte	- 17 %	+ 15 %

Über alles zeigt sich im Osten ein Rückgang von - 11 % beim Gesamtwert und ein Anstieg von + 10 % beim ideellen Wert. Die Praxiswerte haben sich also völlig anders als im Westen und deutlich schlechter entwickelt. Naheliegender ist, daß sich genügend freie Gebiete für Neuniederlassungen aus den obengenannten Gründen fanden⁸¹. Dazu kommen nach unseren Erfahrungen z. B. überteuerte Einrichtungen/Ausstattungen, restriktive Banken, Risikoangst und - neuerdings - Mangel an Nachfolgern. Die starken Unterschiede nach Arztgruppen und die sich aus den Zahlen ergebenden Jahresschwankungen sind sicher auch der größeren Varianz bei vergleichsweise geringerer Erhebungsbreite zuzuschreiben^{81a}.

3. Vorzieheffekt wegen § 102 SGB V (Bedarfszulassung)

Es gab eine Zeit, in der der Markt für Praxisabgaben auch durch die Pläne des Gesetzgebers beeinflusst wurde, die Bedarfszulassung einzuführen (s. oben, sub III. 1.). Ebenso wie beim „Seehofer-Bauch“ in Bezug auf die Niederlassung⁸² entschlossen sich Ärzte, vor allem solche, die sich ohnehin schon mit dem Gedanken ans Aufhören trugen, ihre Praxis früher abzugeben aufgrund der Sorge, ihre Praxis könnte - mit oder ohne Entschädigung - eingezogen werden. Dazu trug auch bei, daß entweder die gesetzgeberischen Pläne vielen nicht genau bekannt waren, man „dem Staat“ mißtraute oder solche Ängste von interessierten Dritten mit geschäftlichen Motiven geschürt wurden^{82a}.

Vielfach halfen gegen solche oft vorschnellen Entschlüsse Hinweise auf die Verfassungslage (Eigentumschutz nach Art. 14 GG) oder die Tatsache, daß die Einziehungspläne ohnehin nur kleine und Praxen in Ballungsgebieten (extreme Überversorgung) treffen würden⁸³. Die Sorgen haben sich inzwischen gelegt, und so wird sich die Situation weiter entspannen, je länger sich herumspricht, daß es möglicherweise zu diesen Plänen aufgrund der sich inzwischen immer deutlicher abzeichnenden Arztknappheit, vor allem im hausärztlichen Bereich und im Osten, die sich aber fachbezogen und regional ausweiten wird, gar nicht kommen wird⁸⁴.

4. Wirtschaftlicher Erfolg von Arztpraxen seit 1992

Zieht man die Kostenstrukturanalysen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) für den Zeitraum 1991-1999, also über neun Jahre (BRD alt) heran, ergibt sich folgendes Bild zu der Entwicklung der Überschüsse:

Allgemeinärzte	+ 10,8 %
Augenärzte	- 12,2 %
Chirurgie	+ 3,8 %
Gynäkologie	- 3,6 %
Dermatologie	- 20,3 %
HNO	- 14,0 %
Internisten	+/- 0 %
Kinderärzte	+ 12,2 %
Nervenärzte	- 13,1 %
Orthopäden	- 10,1 %
Urologen	- 13,5 %

Über alle Arztgruppen errechnet sich ein Anstieg der Überschüsse von 1,3 %. Dazu informell: Die Umsätze sind

um 5,9 % und die Kosten um 9,4 % gestiegen⁸⁵. Damit bestätigt sich, daß insgesamt die ärztlichen Praxisüberschüsse seit der Einführung von Zulassungsbeschränkungen teilweise rückläufig, über alle Gebiete aber nicht gesunken sind.

5. Praxiswerte im Verhältnis zum Überschuß

Setzt man diese Zahlen ins Verhältnis zu den vorstehend dargestellten Praxiswertveränderungen, läßt sich die Aussage treffen, daß in Relation zum Überschuß, insbesondere wenn man eine durchschnittliche Inflationsrate mit einbezieht, deutlich höhere Praxiswerte realisiert wurden.

6. Die Banken

Vor dieser Sachlage - sinkende Überschüsse bei steigenden Praxispreisen - trat in etwa Mitte der 90er Jahre zunehmend ein Preisdämpfer, Preiskorrektor und Preisprüfer auf den Markt, sozusagen als „weißer Ritter“ der Übernehmer: das finanzierende Kreditinstitut. Banken begannen systematisch, die zu finanzierenden Praxisübernahmen mit verschiedenen Systemen auf ihre Refinanzierbarkeit kritischer zu prüfen^{85a}. Diese werden in der Regel immer noch ohne oder mit nur wenig Eigenkapital, also weitgehend fremd finanziert. Damit ist der übernehmende Arzt auf eine Kreditzusage der Bank angewiesen, mit deren Ablehnung wird die Übernahme unmöglich. Ursache für das Umdenken der Banken waren die verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit zunehmenden Schiefagen. Die Banken nahmen - wenn auch zögernd -, nachdem sie sich lange auf ihre Kreditsicherheiten und die bis Ende der 1980er Jahre unproblematische Ertragskraft der Praxen verlassen hatten, Notiz von geänderten Bestimmungen zur Kreditvergabe nach dem Kreditwesengesetz - Stichwort: Basel I⁸⁶. Die Prüfungserfordernisse wurden verschärft und höhere Eigenkapitalquoten in Bezug auf die ausgeschickten Kredite zur Pflicht gemacht⁸⁷. Auch wenn § 18 KWG von

81) Vgl. auch MT v. 23. 11. 2001, S. 49: „Praxen haben schon 20 % an Wert eingebüßt“; MT v. 2. 11. 2001: „Landarztpraxis läßt sich nicht mal verschenken“; s. auch oben, sub II. 3. a) und b).

81a) Die Dt. Apotheker- und Ärztekasse ist im Osten nicht so stark vertreten wie im Westen Deutschlands.

82) S. oben, sub I. 4.

82a) Dazu auch DÄBl. 1997, A-1787: „Spielräume werden enger“.

83) S. dazu ausführlich Cramer/Merk (wie Fn. 66).

84) S. z. B. auch die Studie von Kopetsch (KBV), DÄBl. 2002, C 415 ff.: „Überaltert und zu wenig Nachwuchs“, *ders.*, DÄBl. 2002, 78 ff.: „Gehen dem Deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?“; Lehnen, ÄZ v. 2. 7. 2002, S. 2; KBV-Kontext v. Okt. 2001, S. 11: „Ärztemangel - Praxen ohne Nachfolger“; Medizin heute 11/2001, S. 6: „Ärztemangel in Ostdeutschland“ (Interview mit Wolfgang Eckert, KV-Vorsitzender Mecklenburg-Vorpommern); MT v. 8. 2. 2002, S. 29: Interview mit Kossow: „Der Honorarrückstand muß weg“; MT v. 26. 4. 2002, S. 17: „Sofortprogramm gegen Hausärzte-Notstand im Osten“; ÄZ v. 12. 11. 2001, S. 8: „In Mecklenburg-Vorpommern droht ein Mangel an Ärzten“; ÄZ v. 12. 12. 2001: „Gibt es wirklich bald einen Medizinerangel?“; ÄZ v. 14./15. 12. 2001, S. 6: „Nach der Ausbeutung folgt nun Ärztemangel“; Flintrop, DÄBl. 2002, C 120: „Zeitbombe Ärztemangel“; ÄZ v. 14. 3. 2002: „In Sachsen-Anhalt gibt es einen Ärztemangel“; ÄZ v. 12. 3. 2002, S. 4: „Die Lage der hausärztlichen Versorgung wird immer ernster“; ÄZ v. 6. 5. 2002: „Kein Nachfolger - auf dem Land ist das die Regel“; Wiegand, DÄBl. 2002, C-1055: „Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel“.

85) Die Kosten wurden ohne Berücksichtigung von Abschreibungen und kalkulatorischen Kosten ermittelt.

85a) Vgl. z. B. die Programme INKO und STATUS der Dt. Apotheker- und Ärztekasse.

86) S. auch MT v. 5. 10. 2001, S. 54: „Neue Bonitätsanforderungen an Ärzte“.

87) Vgl. ÄZ v. 12. 12. 2001, S. 3; und Pressemitteilung der Dt. Apotheker- und Ärztekasse v. Nov. 2001.

den Banken unterschiedlich angewendet wurde, übernahmen sie mit den i.d.R. durchgeführten Kalkulationen zum Praxiswert – ungewollt aber trotzdem wirksam – Schutzfunktionen für den Übernehmer, quasi als Ersatz für den Gesetzgeber, der dies wie dargestellt nicht wirksam geleistet hat. Die Situation wird sich zukünftig noch verschärfen, das neue Kreditsicherungsverfahren unter dem Begriff Basel II⁸⁸ verfolgt noch mehr das Ziel, die Bonität des Kreditsuchenden zu entschlüsseln, einzuordnen und das Risiko für die Bank zu klassifizieren. Für den Kreditnehmer bedeutet gute Bonität letztlich einen besseren Zinssatz und damit erleichterten Start in die Niederlassung und Übernahme.

7. Der Zulassungsausschuß

Dagegen hielten sich die Zulassungsausschüsse von Anfang an aus der Preisprüfung heraus⁸⁹. Die Parallelen zum oben dargestellten Auswahlverfahren sind auffällig. Dies gilt im wesentlichen auch noch heute. Wenn letztlich zur Ausschußsitzung nur ein Bewerber antritt, Abgeber und Bewerber Einigkeit demonstrieren, besteht keine Veranlassung, den vereinbarten Preis zu überprüfen. Insoweit trifft sich ein solches Vorgehen mit den Interessen der Beteiligten. Beide sind wie dargestellt doch an einer zügigen und reibungslosen Abwicklung interessiert, vor allem angesichts der inzwischen auch der Ärzteschaft bekannten langen Verfahrensdauer von sozialgerichtlichen Streitigkeiten. Bei diesem Bild unter Berücksichtigung auch von Verfahrenskosten⁹⁰ darf dann die Praxis wohl etwas mehr kosten.

Diese praktische Handhabung beruht auch auf einer uneres Erachtens fehlverstandenen Interpretation des Regelungszwecks und -umfangs des § 103 Abs. 4 SGB V. Es wird die Ansicht vertreten, nur im Falle der Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern bestünde für den Zulassungsausschuß die Veranlassung, den vereinbarten Kaufpreis zu *überprüfen*⁹¹. Dies entspricht nicht den Intentionen des Gesetzgebers, der – klar zum Ausdruck gebracht in der Gesetzesbegründung zu § 103 Abs. 4 SGB V – ausschließen will, „daß sich durch die erhöhte Nachfrage nach Kassenpraxen und der mit der Praxisübernahme verbundenen Kassenzulassung der Kaufpreis für die Praxis ungerechtigt erhöht“. Dies ist eine eindeutige Äußerung des gesetzgeberischen Willens, Planwirtschaftsgewinne generell zu vermeiden und dabei nicht etwa zwischen einzigem und konkurrierendem Bewerber zu unterscheiden. Die Berücksichtigung einerseits und die Beschränkung der wirtschaftlichen Interessen des Ausscheidenden auf den Verkehrswert andererseits bezieht sich auf das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V als solches, nicht auf die Bewerberauswahl nach S. 4 dieser Vorschrift. Auch bei nur einem Bewerber muß der Zulassungsausschuß im Antragsverfahren – und nur dann – als Übertragungsinstitution der Zulassung tätig werden und hat die gesetzgeberischen Vorgaben zu beachten. Die praktizierte und auch in der Literatur vertretene unterschiedliche Behandlung ist auch vom Ergebnis gar nicht zu rechtfertigen, denn auch der einzige Bewerber soll vor einem Knappheitszuschlag geschützt werden. Zwar ist richtig, daß sich bei nur einem Bewerber die Berufsausübungsbeschränkungsproblematik nur in einem geringeren Maße stellt – er ist ggf. „nur“ mit einem höheren Kaufpreis belastet und erhält, anders als der abgewiesene Bewerber, eine Zulassung. Aber auch er unterliegt der Asymmetrie des Marktes, der von vergleichsweise wenigen Übernahmechancen und im Verhältnis dazu größeren Bewerberzahlen geprägt ist mit der Folge, de facto ggf. einen höheren Preis bezahlen zu müssen. Nur allein darauf stellt das Gesetz ab.

Die ursprünglichen Sorgen, der Praxiswert als sich schnell verflüchtigendes Gut werde durch zu lange Verfahrensdauer gefährdet oder gar vernichtet, haben sich nicht realisiert. Im Laufe der Zeit wurde sogar die durchschnitt-

liche Verfahrensdauer kürzer, nämlich nachdem die „Spielregeln“ bekannt waren und sich das *Procedere* eingespielt hatte⁹².

Wenn ausnahmsweise nicht alle mitspielen und keine Einigkeit – auch nicht mit mildem Zwang – über den Wert/Preis erzielt werden kann, wird die Kassenärztliche Vereinigung entweder selbst aktiv und rechnet, meist anhand der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten, oder es wird ein Gutachter auf Kosten der Parteien empfohlen bzw. vom Zulassungsausschuß von Amts wegen beauftragt. Aber das ist selten. „Hilfreich“ bei diesem Pragmatismus sind auch hier die unklaren Vorgaben des Gesetzgebers. Dabei könnte man es durchaus als Aufgabe der Selbstverwaltung ansehen, klare Maßstäbe zur Ausfüllung der Verkehrswertermittlung, auch bezogen auf die unterschiedlichen ärztlichen Gebiete, zu schaffen. Ansätze dazu gab es, allerdings wurden diese mit Hinweis auf die seit langem favorisierte *Ärztammermethode*⁹³ blockiert. Dieses „pragmatische“ System – und dies ist bei der ansonsten hohen Streitfreudigkeit der Ärzte bemerkenswert – funktioniert nun fast zehn Jahre mit nur wenigen gerichtlichen Verfahren.

8. Rechtsstreitigkeiten zum Verkehrswert

Wurden in Bezug auf die Bewerberauswahl noch einige Verfahren bekannt⁹⁴, ist soweit ersichtlich das Verfahren vor dem SG Dortmund⁹⁵ das einzige zur Verkehrswertermittlung im gesperrten Gebiet⁹⁶. Das Gericht sah die Ermittlung des Verkehrswertes als entscheidungserheblich an, weil zwei Bewerber für eine gynäkologische Praxis vorhanden waren. Ein Bewerber wurde in das Verfahren nicht einbezogen, weil er den geforderten Kaufpreis nicht bezahlen wollte. Sein Argument war, der geforderte Preis sei zu hoch und entspreche nicht dem Verkehrswert nach dem Gesetz. Der Verkehrswert war mittels eines Berechnungsbogen „Verkehrswert-Check-up zur Begründung der Vermutung der Preisobergrenze“ – angeblich – anhand der *Ärztammermethode* ermittelt worden. Die Berechnungsmethode überprüfte das Gericht nicht etwa durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, sondern sah sich in der Lage, dies selbst zu leisten. Das Ergebnis ist haarsträu-

88) Dazu auch *ÄZ* v. 12. 12. 2001, S. 2: „Ohne Praxisanalyse werden Ärzte in Zukunft kaum noch Kredite von ihrer Bank bekommen“; *Süddeutsche Zeitung* v. 27. 12. 2001, S. 2: „Wenn Techniker politisieren – Viele Ungereimtheiten bei den Vereinbarungen von Basel/Finanzmarktrisiken, die nicht eintreten dürfen“; *DÄBl.* 2002, A-137 ff.; *MT* v. 21. 12. 2001, S. 28: „Schärfere Bonitätsprüfungen – Ihre Abwehrstrategie“.

89) *Arzt und Wirtschaft* (wie Fn. 43).

90) Verschärft ab 2002 durch die eingeführten Gerichtskosten vor den Sozialgerichten und die Kostenerstattung durch die unterlegene Partei gem. dem 6. *ÄndG* zum *SGG* v. 17. 8. 2001 (*BGBI.* I S. 2144).

91) Vgl. nur *Henkel*, *MedR* 2002, 100, 101 f.; *Gasser* und auch *Küntzel*, in: *Ehlers* (Hrsg.) (Fn. 35), Rdnrn. 930 und 738; *Schallen*, *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte* ..., Kommentar, 3. Aufl. 2001, Rdnrn. 286 ff.

92) Deshalb hat auch der Vorschlag von *Hesral* (in: *Ehlers* [Hrsg.] [Fn. 35], Kap. 3, Rdnr. 343) keine größere Bedeutung in der Vertragsgestaltung gewonnen, den Kaufpreis mit einer Neuverhandlungsklausel für den Fall des Widerspruchs oder der Klage zu koppeln.

93) S. Stellungnahme der A.S.A. (Arbeitsgemeinschaft Sachverständiger für Arztpraxen) 1994 in Zusammenwirken mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, bestimmt für die Kassenärztliche Bundesvereinigung – unveröffentlicht.

94) S. oben, Fn. 41.

95) *SG Dortmund*, *MedR* 2002, 100 ff. m. Anm. *Henkel/Merk*.

96) Zu den Konstellationen im einzelnen, die zur Überprüfung des vereinbarten Kaufpreises führen, s. *Gasser* (Fn. 91), Kap. 9, Rdnrn. 930 ff.

bend und zeigt, daß die Zulassungsausschüsse mit der komplexen Aufgabe der Praxisbewertung überfordert sind.

9. Der Bewertungsmarkt: Wert- und Preisfindung

Manche mit Praxisbewertungen befasste Gutachter hatten ursprünglich mit Einführung des GSG die Hoffnung, wegen des § 103 Abs. 4 SGB V als eine Art Schiedsstelle im größeren Umfang Bewertungsaufträge abwickeln zu müssen. Aus den genannten Gründen ist diese Perspektive nicht eingetreten: Aufgrund des Arrangements aller Beteiligten blieben „Mangelverwaltungsengagements“ aus. Indirekte Folge: Auch aus diesem Grund konnte sich die faktische Erhöhung des Preisniveaus behaupten, denn eine fachliche Überprüfung der am Markt orientierten Praxisverkaufspreise nach dem Maßstab des § 103 Abs. 4 SGB V blieb aus. Fakt ist: Sowohl an den Bewertungsaufgaben⁹⁷ als auch an den Auftragszahlen der Sachverständigen hat sich im Verhältnis zur Gesamtentwicklung des Marktes in den letzten zehn Jahren nicht sehr viel geändert:

- Der Praxiswert für normale Abgaben bzw. Übernahmen einer Einzelpraxis wird meist von Banken, Maklern oder ähnlichen Institutionen wie z. B. provisionsorientierten Finanzierungsvermittlern oder den beteiligten Ärzten allein im Rahmen der Abgabeverhandlungen ermittelt. Sachverständige werden dann allenfalls noch für ergänzende objektive Stellungnahmen und Plausibilitätsrechnungen gebraucht.

- Bei Abgabe oder Übernahme größerer, spezialisierter, „exotischer“ Praxen oder deren Anteilen werden Sachverständige schon eher eingeschaltet, insbesondere weil die Banken gerade bei diesen Praxen im Rahmen der Finanzierung genauer hinschauen und ihnen die dazu notwendige Marktkenntnis fehlt.

- Die weiteren Bewertungsfälle wie Auseinandersetzungen zwischen Partnern bei Ausscheiden oder sonstigen streitigen Fällen (Ehescheidungen, Erbfällen u. ä.) bleiben schon eher Aufgabe von Sachverständigen. Gerade bei Partnertrennungen hat der Gesellschaftsvertrag erhebliche Auswirkungen auf die Zahl der sachverständigen Praxisbewertungen. Ist die Auseinandersetzungsregelung im Vertrag nicht aussagefähig, wird gestritten. Andererseits verbreitet sich eine Sachverständigenklausel immer mehr, weil das Problembewußtsein für Fragen der Wertauseinandersetzung bei den Ärzten und Beratern gestiegen ist.

Die professionelle Praxisbewertung ist im Regelfall, also der Einzelpraxis der großen Gebiete, nach wie vor der Ausnahmefall. Viele Ärzte orientieren sich in ihren Wertvorstellungen an Empfehlungen von Kollegen, besuchen Seminare und fragen Praxismakler u. ä. Institutionen mit mehr oder weniger Kompetenz⁹⁸.

In bestehenden, aus Einzelpraxen hervorgehenden oder neu gegründeten Gemeinschaftspraxen dient die Bewer-

tung nach wie vor vor allem dem Zweck, einen fairen Einigungswert für den Einstieg des Neupartners zu erhalten. Es hat sich herumgesprochen, daß es vorteilhaft ist, auch in späteren Jahren die Grundlagen für den Einstieg des Neupartners nachvollziehen zu können. Damit werden oft später mögliche Diskussionen zu Wert oder Preis des Einstiegs vermieden, z. B. mit dem Argument des Altpartners, „da sei der Kollege aber billig davongekommen“, oder dem des Einsteigers, zuviel bezahlt zu haben. Eine sachgerechte Bewertung kann für sich beanspruchen, nach Jahren mit den Worten: „Nachdem mir Ihr Gutachten wieder in die Hände fiel, bin ich erstaunt, wie richtig Sie gelegen haben“, gewürdigt zu werden. Zudem dient eine solche Ermittlung dem reibungsloseren Ausscheiden, weil sehr oft das Gutachten aus Anlaß des Einstiegs nach den gleichen Ermittlungsgrundsätzen (Schlagwort: „Einstieg = Ausstieg“) fortgeschrieben werden kann⁹⁹. In Anbetracht der gravierenden Auswirkungen, die in diesen Fällen die Praxiswertermittlung hat, braucht nicht näher ausgeführt zu werden, daß es gerade hier darauf ankommt, fachlich hochversierte, seriöse und unabhängige Bewerter einzuschalten. Die Fachkenntnis sollte sich dabei neben fundierten Kenntnissen der Bewertungsverfahren auch auf detaillierte und langjährige Vertrautheit mit den Gegebenheiten der ärztlichen niedergelassenen Praxis erstrecken¹⁰⁰.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß wegen der vom Markt entwickelten „Spielregeln“ die Bewertungsanlässe für Sachverständige nicht nennenswert zugenommen haben, auf jeden Fall nicht infolge hoheitlicher Aufträge, allenfalls aufgrund der komplizierteren Sachlage, die manchen zum Einschalten eines Sachverständigen veranlaßte nach dem Motto: „Was ist meine Praxis jetzt im geschützten Markt wert?“ Dies erklärt aber auch aus dieser Sicht, warum der Markt sich trotz der gesetzlichen Vorgaben durchsetzen konnte: Aufgrund der ungenügenden Verkehrswertregelung wurde es den Kontrahenten leicht gemacht. Andererseits war dadurch das Risiko der Selbstverwaltung (zu) hoch, die Preisprüfung durch dafür an sich vorhandene Fachleute zu veranlassen.

97) Dazu vgl. auch: Maier, in: Scheuffler/Deutsch (Hrsg.), Die Arztpraxis als Unternehmen, 1990, H 18 ff.

98) Auch die fachliche Kompetenz und Neutralität mancher Sachverständiger wird zwischenzeitlich wegen Provisionsorientierung und Intransparenz angezweifelt.

99) Hier sollte berücksichtigt werden, daß die Trennungsrate von Partnern letztlich 100 % beträgt, denn jedes gemeinsame Berufsleben endet irgendwann aus den verschiedensten Gründen mit den entsprechenden Finanzdiskussionen, s. dazu auch Teil 2, sub IV. 1. (im nächsten Heft).

100) Dazu näher Teil 2, sub IV. 3. und VI. (im nächsten Heft).

BUCHBESPRECHUNGEN

Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen, dargestellt anhand ausgewählter Regelungen im Sozialgesetzbuch V. Teil (SGB V). Von Eibe Riedel und Ulrich Derpa. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, XIX u. 130 S., kart., € 64,95

Das Buch gibt ein Gutachten der Landesärztekammer Baden-Württemberg wieder, in dem die Autoren an den verfassungsrechtlichen Grundlagen zahlreicher Normen des Gesundheits-, Arzt- und Medizinrechts rütteln. Nach ihrer Auffassung usurpiert der Bund grundgesetzlich geschützte Gesetzgebungszuständigkeiten der Länder. Hauptbeispiele hierfür sind Regelungen zur Berufsausübung, zum ärztlichen Notfalldienst, der (gegenwärtig) dreijährigen Weiterbildungszeit als Voraussetzung für die Arztregistrierung, die Hausarzt/Facharzt-Aufteilung und bestimmte Qualifikationserfordernisse. Selbst die Zu-

ständigkeit des Bundes für die SGB V-Regelung zum Vertragsarztrecht wird bezweifelt. Grundgedanke ist, das Regel-Ausnahmeverhältnis nach Artt. 30 und 70 GG Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sei keine umfassende Kompetenznorm für den Bund. Die Autoren bestreiten die Bundeszuständigkeit auch dort, wo das BVerfG sie für Einzelbereiche ausdrücklich schon bejaht hat.

Die Arbeit hat angesichts zuständigkeitsbestätigender Rechtsprechung des BVerfG und auch des BSG nur begrenzte unmittelbare praktische Bedeutung in der Rechtsanwendung. Die Untersuchung wird aber rechtswissenschaftliche Diskussionen auslösen und die höchstrichterliche Rechtsprechung in Zukunft einem höheren Begründungszwang in Zuständigkeitsfragen aussetzen.

Dr. iur. Gernot Steinhilper, Dortmund