

## (KEINE!) MONOPOLE IN DER ZAHNMEDIZIN

### Ökonomische Anmerkungen zur aktuellen Diskussion über iZMVZ in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung

Stellungnahme im Auftrag des Bundesverbandes für Nachhaltige Zahnheilkunde e.V. (BNZK)

Dr. Michael Coenen und Prof. Dr. Justus Haucap

#### 1. Ausgangspunkte

Die Zahnärzteschaft betreibt eine Initiative mit dem Ziel, investorenbetriebene Zahnmedizinische Versorgungszentren (iZMVZ) in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung zurückzudrängen. **Die Zahnärzteschaft beklagt die Kommerzialisierung und Vergewerblichung der Zahnheilkunde** durch das Vordringen sogenannter versorgungsfremder Großinvestoren und Hedgefonds und fordert den Ausschluss von sogenannten versorgungsfremden Investoren von der Gründung und dem Betrieb von iZMVZ sowie eine räumliche Beschränkung des Betriebs auf die Umgebung des Trägerkrankenhauses (vgl. die gemeinsame Pressemitteilung von Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) vom 24. Juni 2022).

Wir haben im 19. September 2022 einen **Auftrag des Bundesverbandes für Nachhaltige Zahnheilkunde e. V. (BNZK)** entgegengenommen, aus wettbewerbsökonomischer Perspektive die ambulante zahnmedizinische Versorgung und die Bedeutung der iZMVZ für diese zu untersuchen und die nun vorliegende **Stellungnahme** zu erarbeiten. Wesentliche Gesichtspunkte hierbei sind die **Beurteilung von Konzentrationsgefahren** und der **Beitrag von iZMVZ zur zahnmedizinischen Versorgung**.

#### 2. Kurzgefasst

- Es bestehen **systematische Unterschiede** zwischen niedergelassenen Zahnärzten und ZMVZ und iZMVZ im Hinblick auf **Organisation und Angebot**. Privates Beteiligungskapital in iZMVZ knüpft bei der Übernahme von Praxisstandorten an bestehenden Strukturen an und konsolidiert diese.
- Marktbeherrschung durch iZMVZ kann auf den jeweils lokalen Bedarfsmärkten für allgemeine Zahnheilkunde durch die spezifisch für iZMVZ in § 95 Abs. 1b SGB V getroffenen Vorkehrungen ausgeschlossen werden.
- iZMVZ haben **Vorteile** bei Fixkostendegression, Innovationsanreizen und dem Monitoring von wirtschaftlichen und qualitativen Standards. ZMVZ und iZMVZ besitzen mehr fachliche Zusatzqualifikationen und Vorsprünge bei der Behandlungstechnik. Ihre Behandlungen haben eine höhere Fallkomplexität.
- ZMVZ und iZMVZ sind nicht als ein Substitut für die Zahnarztpraxen niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte zu verstehen, sondern – auch im Hinblick auf ihren Beitrag zur flächendeckenden Versorgung – als eine Variation, die zusätzliche Möglichkeiten eröffnet: iZMVZ bieten jungen

Zahnärztinnen und Zahnärzten vermehrte Möglichkeiten zahnärztlich tätig zu werden, ohne selbst die finanziellen Verbindlichkeiten der Investition in eine eigene Praxis eingehen zu müssen. Sie bieten Chancen für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Angestelltenverhältnis durch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Work-Life-Balance im Allgemeinen. Sie lösen Praxisnachfolgeprobleme und können finanzielle Herausforderungen besser angehen, die sich der Zahnmedizin durch kontinuierlichen medizinisch-technischen Fortschritt und fortschreitende Digitalisierung stellen.

- ZMVZ und iZMVZ haben **Standorte in dichter besiedelten Landkreisen und Städten**. Diese Standorte sind weitreichend **unabhängig vom regionalen Versorgungsgrad**, da in der zahnmedizinischen Versorgung „dicht besiedelt“ nicht notwendigerweise mit „mindestens bedarfsgerecht versorgt“ gleichzusetzen ist.

### 3. Ökonomische Anmerkungen

#### 3.1. Marktkonzentration

Für iZMVZ kann **Marktmacht**, wie zum Zwecke der Missbrauchsaufsicht im GWB definiert, nicht vermutet werden wegen der für iZMVZ spezifischen Vorkehrungen in **§ 95 Abs. 1b SGB V**. Die in der zahnärztlichen Bedarfsplanung für die Gründung und den Betrieb von iZMVZ vorgesehenen Schranken stellen weitreichend sicher, dass Marktanteile durch iZMVZ nicht erreicht werden, die eine Vermutung von Marktmacht nach juristischer wie ökonomischer Lesart auslösen würden. So dürfen einzelne iZMVZ in Planungsbereichen der kassenzahnärztlichen Versorgung mit bedarfsgerechtem Versorgungsgrad lediglich 10 Prozent Versorgungsanteil übernehmen. In unterversorgten Planungsbereichen, von denen es in Deutschland zum Stichtag 31. Dezember 2021 jedoch keinen gab, lediglich 20 Prozent. Auf ganz Deutschland gesehen ist der Marktanteil der iZMVZ mit weniger als einem Prozent Zahnarztstellenanteil vernachlässigbar im Hinblick auf Konzentrationsbefürchtungen. Zur Feststellung von **Marktbeherrschung** müssen zusätzlich marktstrukturelle Kriterien erfasst werden, vor allen Dingen mögliche Marktzugangsbeschränkungen, Finanzierungsbedingungen und Marktverschlussmöglichkeiten auf vorgelagerten und nachgelagerten Märkten.

Zur wettbewerbsökonomischen Regulierung ist eine spezifische **Schadenstheorie** zu erfassen. Diese kann für unterschiedliche ambulante Versorgungsbereiche unterschiedlich ausfallen. Ambulante Versorgungsstrukturen brauchen daher einen differenzierten Blick. Für das Beispiel der ambulanten onkologischen Versorgung hatten wir die Anreize von Krankenhausunternehmen dargelegt, über MVZ in die ambulante Versorgung vorzudringen und diese in der räumlichen Umgebung des Krankenhausstandortes zu konzentrieren, um schließlich sämtliche Wertschöpfungsstufen der langfristigen Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten unter dem eigenen Krankenhausdach zu integrieren (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott: Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung – Analyse und Reformansätze, Düsseldorf 2016). **Eine vergleichbare Gefahr sehen wir in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung ausdrücklich nicht. In der Zahnmedizin ist der Besitz eines Krankenhausunternehmens für einen Investor das gesetzlich geforderte Vehikel für sein Engagement.**

Zukünftig sollte im Hinblick auf die ungleichen Wettbewerbsbedingungen für niedergelassene Zahnarztpraxen und ZMVZ und iZMVZ gegebenenfalls die Governance-Struktur der vertragszahnärztlichen Versorgung einer Überprüfung unterzogen werden. Den KZVen und den Krankenkassen unterliegt gemeinsam die vertragszahnärztliche Bedarfsplanung. Sie bestimmen gemeinsam Planungsbereiche, ermitteln Versorgungsgrade, erteilen Zulassungen und unternehmen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu den Leistungsabrechnungen. Diese Entscheidungen gelten bindend in gleicher Weise für niedergelassene Zahnärzte, ZMVZ und iZMVZ. Den die Entscheidung treffenden KZVen gehören jedoch nur die zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte an, bislang jedoch nicht die iZMVZ als eigene Rechtspersonlichkeiten.

#### 4. Flächendeckende Versorgung

Die Zahnärzteschaft behauptet, dass iZMVZ wenig zur flächendeckenden Versorgung beitragen und ihre Standortwahl vor allen Dingen in der Renditeerwartungen begründet ist. Diese Verdächtigung beruht aus unserer Sicht auf handwerklichen Schwächen der zugrundeliegenden statistischen Betrachtungen, die vor allen Dingen nur einzelne Korrelationen, nicht aber sämtliche und in jedem Fall keine Kausalitäten in den Blick nehmen (vgl. IGES Institut: Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Berlin 2020, Abschnitt 3 und KZBV: MVZ und iMVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Stand: 31.12.2021), Köln 2022). Es wird die Korrelation von Standortwahl und Medianeinkommen betrachtet. **Standortwahl und Einwohnerdichte korrelieren aber ebenso gut, wenn nicht sogar mit einem höheren Erklärungsgehalt. Außerdem sind Standortwahl und der Versorgungsgrad eines Planungsbereiches weitreichend unabhängig voneinander.**

Diese Beobachtungen sind erklärlich durch die gegenüber Einzel- und Gemeinschaftspraxen deutlich verschiedenen **Strukturen von ZMVZ und iZMVZ**. Typischerweise werden **iZMVZ** nicht auf der grünen Wiese errichtet, sondern **knüpfen mit Übernahmen an bereits bestehenden Strukturen an und konsolidieren diese**. Der wirtschaftliche Betrieb einer Zahnarztpraxis ist durch die Marktzugangsbeschränkungen der kassenzahnärztlichen Bedarfsplanung und die für alle Zahnarztpraxen einheitlich vorgegebenen Bestimmungen der zahnärztlichen Vergütung unabhängig von ihrem Standort in Deutschland möglich. Daher macht die höhere Einwohnerdichte für ZMVZ – mit ihren deutlich finanz- und personalaufwendigeren Strukturen durch fachliche Vertiefungen – einen Unterschied. Zudem ist städtisch, d.h. dichter besiedelt, in der zahnärztlichen Versorgung nicht notwendigerweise mit überversorgt gleichzusetzen. **Damit tragen ZMVZ zur flächendeckenden Versorgung bei, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass sie – in dem Maße, in dem sie komplexere Fälle als der Durchschnitt der Einzel- und Gemeinschaftspraxen versorgen – das Behandlungsangebot der niedergelassenen Zahnärzte in der Fläche ergänzen und verbessern.**

#### 5. Investoren

KZBV kritisiert die Ökonomisierung der zahnmedizinischen Versorgung durch iZMVZ und bemüht das Bild der Heuschrecke für sogenannte versorgungsfremde Investoren. Aus ökonomischer Sicht macht das Bild der **Heuschrecke** Sinn in Industrien, in denen durch Umstrukturierung, Zerschlagung und Veräußerung außerordentliche Gewinne erzielbar sind, weil die Summe der Teile größer ist als das Ganze. **Dies ist in der**

ambulanten zahnmedizinischen Versorgung mit ihrem stabilen Marktumfeld nicht typisch, auch weisen Untersuchungen zum kurzfristigen Investorenverhalten nicht in diese Richtung (vgl. WifOR Institute: Rolle der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der zahnärztlichen Versorgung, Darmstadt 2020, insbesondere Abschnitt 4.2).

iZMVZ rechnen im Durchschnitt für einen Behandlungsfall größere Mengen und höherwertige Leistungen ab als Praxen niedergelassener Zahnärzte im selben Planungsbereich (vgl. IGES Institut: Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Berlin 2020, Abschnitt 3.4). Diese zunächst sachliche Feststellung wird dann implizit mit der Verdächtigung verbunden, Investoren würden – anders als niedergelassene Zahnärzte – ihr Angebot systematisch zulasten der Krankenkassen und der Privatzahler auf durch Überversorgung von Patientinnen und Patienten ausgestalten. Diese Verdächtigung berücksichtigt unzureichend die begründeten systematischen Unterschiede zwischen den Behandlungen in einem ZMVZ und den Behandlungen in Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften. Wie in der fachärztlichen Humanmedizin, in der MVZ zu einem deutlich höheren Anteil Behandlungen aufgrund von Überweisungen vornehmen als der Durchschnitt der niedergelassenen Fachärzte in Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften, werden auch von ZMVZ im Durchschnitt die komplexeren Behandlungsfälle neu- und weiterversorgt. ZMVZ sind im Durchschnitt mit moderneren Geräten ausgerüstet und beim ärztlichen Personal in der Summe mit einer größeren Zahl fachlicher (Zusatz-)Qualifikationen versehen als der Durchschnitt der niedergelassenen Zahnärzte.

Dass sich diese Unterschiede auch im Durchschnitt der Abrechnungen spiegeln, ist keine Spezifität von iZMVZ. Die Zahlen der von Zahnärzten getragenen ZMVZ weichen in sehr ähnlicher Weise und aus den gleichen Gründen von den Durchschnitten der niedergelassenen Zahnärzte ab. Insofern ist eine Unterscheidung zu machen zwischen ZMVZ auf der einen und niedergelassenen Ärzten auf der anderen Seite, nicht jedoch zwischen Zahnarztpraxen, die sich im Eigentum von Investoren befinden, und solchen, die Zahnärzten gehören.

Der anreizökonomische Vergleich unterschiedlicher Praxisformen spricht im Hinblick auf die verbesserte Fixkostendegression, die gegebenenfalls nachhaltigeren Innovationsanreize und ein besseres Monitoring zu Qualitätsvorgaben und zur sozialrechtlichen Compliance der eigenen Behandlungstätigkeit (Kontrolle von Über- und Unterversorgung) eher für als gegen die Beteiligung von Investoren als Träger von Zahnarztpraxen. Es ist vor allen Dingen auch nicht ohne weitere Argumente zu verstehen, weswegen angestellte Zahnärzte, die ein Gehalt beziehen und gegebenenfalls am Umsatz eines ZMVZ beteiligt sind, einen anderen Anreiz zu unwirtschaftlicher Abrechnung haben sollten als die Inhaber von Zahnarztpraxen, die von den Überschüssen ihrer Behandlungstätigkeit vollumfänglich profitieren. Mit anderen Worten: Aus ökonomischer Sicht lässt sich nicht erklären, weswegen nutzenmaximierendes Verhalten bei niedergelassenen Zahnärzten Benevolenz und Altruismus auslösen sollte, bei ZMVZ, die sogenannten versorgungsfremden Investoren gehören, hingegen Renditeorientierung.

## 6. Vorgehensweise

Prof. Dr. Justus Haucap und Dr. Michael Coenen untersuchten die **Rolle der iZMVZ in der zahnmedizinischen Versorgung aus wettbewerbsökonomischer Perspektive**. Referenzpunkt war der weithin anerkannte Stand ökonomischer Erkenntnis. Die Untersuchung stützt sich auf öffentlich verfügbare Daten. Wesentliche Gesichtspunkte waren die Beurteilung von Konzentrationsgefahren in der zahnmedizinischen Versorgung und der Beitrag von iZMVZ zur zahnmedizinischen Versorgung. Ausgangspunkt waren u.a. die Vorhaltungen der Zahnärzteschaft gegenüber iZMVZ und ihrer Rolle in der zahnmedizinischen Versorgung sowie die Forderung der Zahnärzteschaft nach einer strengen Regulierung des Marktzugangs für iZMVZ: Ausschluss von „versorgungsfremden“ Investoren sowie räumliche Beschränkung auf die Umgebungen von Trägerkrankenhäusern. Die Autoren würdigten hierbei das durch die KZBV in Auftrag gegebene ökonomische Gutachten des IGES Institut (2020) sowie das Zahlenwerk der KZBV zu MVZ in der zahnmedizinischen Versorgung (KZBV, 2022).

## Autoren

**Prof. Dr. Justus Haucap** ist Direktor des Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE) und Partner der DICE Consult GmbH. Von Juli 2006 bis Juni 2014 war er Mitglied der Monopolkommission, die die Bundesregierung in Fragen der Wettbewerbspolitik und Marktregulierung berät, von 2008 bis 2012 hatte er auch ihren Vorsitz inne. Darüber hinaus ist er Mitglied im Kronberger Kreis der Stiftung Marktwirtschaft und in zahlreichen anderen wissenschaftlichen Gremien und Gesellschaften wie etwa der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech). Professor Haucap ist Mitglied im Herausgeberrat von diversen wissenschaftlichen Fachzeitschriften (beispielsweise Wirtschaft und Wettbewerb (WuW)). Er war gutachterlich und beratend für zahlreiche private und öffentliche Institutionen tätig, wie bspw. das Bundesfinanzministerium (BMF), das Bundeswirtschaftsministerium (BMWi), die Bundesnetzagentur, das Europäische Parlament, die Deutsche Telekom AG, die Deutsche Post AG, Vodafone Deutschland, die RWE AG, den Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) und viele mehr. Von der FAZ wurde er seit 2013 jährlich in die Liste der 30 einflussreichsten Ökonomen in Deutschland aufgenommen.

**Dr. Michael Coenen** ist seit 2009 Geschäftsführer des Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und unterstützt die DICE Consult GmbH als Academic Affiliate. Herr Coenen studierte Volkswirtschaftslehre in Bonn und in Edinburgh, UK und promovierte an der Universität zu Köln. Vor seiner Tätigkeit am DICE hat Herr Coenen den Bereich Wettbewerb auf Gesundheitsmärkten im Wissenschaftlichen Stab der Monopolkommission federführend betreut. In seiner Forschung beschäftigt er sich regelmäßig mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen. So hat er Forschungsbeiträge zu wettbewerblichen Strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung, zum Vertragswettbewerb von Krankenkassen sowie zu einer effizienten Ausgestaltung des deutschen Apothekenmarktes verfasst.

## Kontakt

DICE Consult GmbH  
Berliner Allee 48  
40212 Düsseldorf

[www.dice-consult.de](http://www.dice-consult.de)