

Machbarkeitsstudie zur Errichtung eines Regionalen Versorgungszentrums“ (RVZ) im Landkreis Lüchow-Dannenberg

Vertraulich – nicht zur Veröffentlichung zugelassen

Berlin, den 22. Dezember 2025 (überarbeitete Fassung vom 02.02.2026)

Inhalt

1. Ausgangslage und Vorhaben	03
2. Zielsetzungen und Projektschritte	05
3. Bestands- und Bedarfsanalyse	06
4. Kommunale Versorgungssituation und Ziele	38
5. Fokusthema	50
6. Standortanalyse	54
7. Realisierungspotenziale MVZ und RVZ	67
8. Kommunales MVZ – Gründung und Organisation	89
9. Regionales Versorgungszentrum (RVZ) im Landkreis Lüchow-Danneberg	103
10. Kommunales MVZ – Beispielhafte Finanzprognose für ein MVZ (5 Jahre)	107
11. Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen Strategien / Förderungen	111
12. Zeitschiene	115

Anlagen

1. Servicegesellschaft einschl. Checkliste
2. Beispielhafte Finanzplanung RVZ & MVZ im Landkreis Lüchow-Danneberg
3. Land Niedersachsen Kurzgutachten zu vorgelagerten Fragestellungen für die Gründung eines RVZ mit Bestandteil MVZ



1.1 Ausgangslage und Vorhaben

Der Landkreis Lüchow-Dannenberg (ca. 49.200 Einwohner) beabsichtigt mit der Gründung eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) die Entwicklung eines integrierten Zentrums, das verschiedene Dienstleistungen im Bereich der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung bündelt und damit einen umfassenden Beitrag zur Daseinsvorsorge für die Bevölkerung leistet. Eine Entscheidung zugunsten eines bestimmten Standortes ist im Vorfeld noch nicht gefallen. Das geplante RVZ soll dabei mehr sein als eine reine medizinische Einrichtung: Es soll ein Ort entstehen, an dem gesundheitliche Versorgung, Beratung, Prävention, Pflege, Teilhabe und Begegnung zusammengeführt werden – abgestimmt auf die Bedarfe der lokalen Bevölkerung. Dabei sollen bestehende Strukturen mitgedacht und die niedergelassene Ärzteschaft aktiv in die Planung eingebunden werden.

Kern des geplanten RVZ soll ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bilden, welches die hausärztliche Versorgung im Einzugsbereich des endgültigen Standorts langfristig absichert und zukunftsfähig gestaltet. In einem ersten Schritt wurde ein entsprechendes Versorgungskonzept entwickelt und auf seine wirtschaftliche Tragfähigkeit hin geprüft werden. Bestehende ärztliche Versorgungsstrukturen vor Ort werden aktiv in diesen Prozess eingebunden, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln, die auch auf die Akzeptanz der regional niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stoßen.

Die hausärztliche Versorgung im Landkreis Lüchow-Dannenberg wird seitens der KV Niedersachsen auf Ebene des Planungsbereiches Lüchow beplant. Der Planungsbereich weist mit Stand 30.12.2024 einen Versorgungsgrad von 93,5 % auf (aktuell 109,5 %, jedoch statistischer Fehler lt. Aussage der KVN). Die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung des Planungsbereichs lag zu dem genannten Stichtag bei 5,5. Im Planungsbereich sind aktuell 30,5 hausärztliche Kassensitze besetzt, lediglich vier Hausärztinnen und Hausärzte üben eine Tätigkeit in Anstellung aus. Laut aktueller Prognose ist ein Rückgang des Versorgungsgrades im Planungsbereich auf bis zu 80 % bis zum Jahr 2035 erwartet (drohende Unterversorgung).



2.1 Zielsetzungen und Projektschritte

Ziel der Machbarkeitsstudie war es, eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die politischen Gremien im Landkreis Lüchow-Dannenberg zu schaffen. Dabei wurden sowohl medizinische und infrastrukturelle Aspekte als auch wirtschaftliche, organisatorische und rechtliche Fragestellungen beleuchtet. Insbesondere war zu untersuchen, wie durch ein kommunales MVZ die hausärztliche Versorgung zukunftsfest gestaltet und gleichzeitig durch ergänzende therapeutische und soziale Angebote sinnvoll erweitert werden kann. Leitgedanke war hierbei die Integration bereits bestehender Angebote und nicht deren Verdrängung durch die geplanten Strukturen, zudem sollten Doppelstrukturen vermieden werden.

Im Fokus standen die Prüfung realistischer Standortoptionen im Landkreis, die Einbindung bestehender Versorgungsstrukturen, die Einschätzung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit und die Definition eines tragfähigen Betriebskonzepts. Ebenso galt es, die Frage zu beantworten, wie das RVZ in das kommunale Selbstverständnis eingebettet werden kann und welchen Beitrag es zur Attraktivität des ländlichen Raums sowie zur Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse leistet. Das ehemalige Rathaus in Lüchow ist als potenzieller RVZ-Standort eingehend bewertet und in den Planungen zu berücksichtigen worden.

In Abhängigkeit von der konkreten Bedarfslage vor Ort wurde bei der Prüfung der Machbarkeit eines Regionalen Versorgungszentrums neben der Bündelung medizinischer, therapeutischer, pflegerischer und beratender Angebote sowie weiterer Leistungen der Daseinsvorsorge ein besonderer Fokus auf ergänzende gesellschaftliche Funktionen gelegt. Hierzu zählten insbesondere die Integration von **Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe**, die Etablierung sogenannter „**Dritter Orte**“ und deren sinnvolle Einbindung in das soziale Gefüge der Kommune sowie die gezielte **Stärkung von Begegnung, Gemeinschaft und bürgerschaftlichem Engagement**. Diese Aspekte sind von zentraler Bedeutung, um das RVZ nicht nur als Versorgungseinrichtung, sondern auch als sozialen Ankerpunkt im ländlichen Raum zu verankern.

2.3 Zielsetzungen und Projektschritte

KW 38-39	Abstimmungstermine mit Auftraggeber vor Ort inkl. Kick-Off und Besichtigungen
KW 39-40	Analyse der hausärztlichen Versorgung
KW 40-44	Akzeptanzanalyse für ein kommunales MVZ
KW 41-43	Beschreibung der Bedarfe und Zielgruppen
KW 40-45	Standortanalyse inkl. Stärken-Schwächen-Analyse
KW 42-46	Darstellung der Bedarfe und Beiträge eines RVZ
KW 45-46	Darstellung Rechtsformen und Akteursrollen
KW 42-48	Identifizierung möglicher Akteure für ein RVZ
KW 45-47	Mögliches räumliches Nutzungskonzepts innerhalb des RVZ
KW 45-47	Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen Strategien
KW 47	Wirtschaftlichkeitsberechnung für MVZ und RVZ
KW 46-48	Finanzplanung einschl. Risikoanalyse
KW 47-48	Indikative Zeitplan zur Errichtung eines RVZ
KW 47-50	Umsetzungsszenarien und Abschlussbericht einschl. Handlungsempfehlungen
spätestens 11.12.2025	Übergabe Machbarkeitsstudie / Präsentationen der Ergebnisse



3. Bestands- und Bedarfsanalyse



3.1 Bestands und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (sozio-demografisch)

- Im Landkreis Lüchow-Dannenberg zeigen die drei Samtgemeinden deutliche demografische Unterschiede mit unmittelbarer Relevanz für die Planung eines Regionalen Versorgungszentrums. Die Samtgemeinde Elbtalaue weist mit 21.197 Einwohnern ein moderates Bevölkerungswachstum von 2,7 % in zehn Jahren auf, ist jedoch zugleich stark von Alterung geprägt. Der Altersdurchschnitt liegt bei 48,8 Jahren, das Medianalter bei 52,9 Jahren. Bereits 29,5 % der Bevölkerung sind 65 Jahre oder älter, knapp 10 % sogar über 80 Jahre. Der Gesamtquotient von 88,5 % signalisiert eine hohe demografische Belastung. Trotz negativer natürlicher Bevölkerungsentwicklung mit 7,1 Geburten und 17,5 Sterbefällen je 1.000 Einwohner stabilisiert ein deutlich positiver Wanderungssaldo (+16,1 je 1.000) – insbesondere durch Familienzuzüge – die Bevölkerungszahl. Elbtalaue eignet sich damit besonders als Standort mit hohem medizinischem Versorgungsdruck und großem Bedarf an ambulanten und geriatrischen Versorgungsstrukturen.
- Die Samtgemeinde Gartow ist demografisch wesentlich kritischer zu bewerten. Mit nur 3.423 Einwohnern und einem Bevölkerungsrückgang von über 11 % in 13 Jahren ist sie durch eine ausgeprägte Überalterung gekennzeichnet. Rund 48,7 % der Bevölkerung sind 60 Jahre oder älter, 11,6 % gehören zur Gruppe der Hochaltrigen über 80 Jahre. Gleichzeitig sind die jüngeren und erwerbsfähigen Altersgruppen deutlich unterrepräsentiert. Die demografische Struktur lässt auf einen sehr hohen medizinischen Versorgungsbedarf schließen, die geringe Bevölkerungszahl und die rückläufige Entwicklung sprechen jedoch gegen eine wirtschaftlich tragfähige RVZ-Zentralfunktion. Gartow ist daher primär als satellitärer Ergänzungsstandort geeignet.



3.2 Bestands und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (sozio-demografisch)

- Die Samtgemeinde Lüchow (Wendland) stellt mit 24.245 Einwohnern den bevölkerungsstärksten und zugleich demografisch ausgewogensten Standort im Landkreis dar. Zwar stagniert die Bevölkerungsentwicklung, jedoch liegt der Altersdurchschnitt mit 47,7 Jahren und das Medianalter mit 51,7 Jahren spürbar unter den Werten der anderen Samtgemeinden. Der Anteil der über 65-Jährigen beträgt 21,6 %, die Hochaltrigenquote liegt bei 7,4 % und damit deutlich unter der Elbtalaue und Gartow. Der Gesamtquotient von 81,5 % ist der niedrigste im Vergleich. Positive Wanderungseffekte (+10,2 je 1.000 Einwohner) bei stabiler Familienwanderung sichern die demografische Basis. Lüchow vereint damit die höchste strukturelle Stabilität mit einer ausreichend großen Bevölkerungsbasis und ist demografisch sowie wirtschaftlich der geeignetste Hauptstandort für die Ansiedlung eines Regionalen Versorgungszentrums.

3.3 Bestands und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (sozio-demografisch)

Standort	Bevölkerung	Altersstruktur	Demografischer Trend	Wirtschaftlichkeit	Strategische Rolle
Lüchow (Wendland)	24.245	moderat	stabil	hoch	Hauptstandort RVZ
Elbtalaue	21.197	sehr hoch	wachsend (Zuzüge)	mittel	Ergänzungsstandort
Gartow	3.423	extrem hoch	stark rückläufig	niedrig	Satellitenstandort



3.4 Bestands und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (Gesundheitszahlen)

- Ergänzend zur demografischen Entwicklung zeigt die Analyse der Krankheitsprävalenzen im Landkreis Lüchow-Dannenberg im Vergleich zu Niedersachsen und dem Bund eine deutlich erhöhte Krankheitslast in mehreren versorgungsrelevanten Indikationsbereichen. Auffällig hohe Prävalenzen bestehen insbesondere bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. So liegt der Anteil der Bevölkerung mit Bluthochdruck bei 40,02 % deutlich über dem Landes- und Bundeswert. Auch Herzinsuffizienz (5,76 %), koronare Herzkrankheit (9,30 %) sowie Schlaganfall (2,26 %) weisen eine signifikant erhöhte Häufigkeit auf. Damit bestätigt sich ein überdurchschnittlicher kardiovaskulärer Versorgungsbedarf, der zwingend in der Angebotsstruktur eines MVZ bzw. RVZ berücksichtigt werden sollte, insbesondere durch hausärztliche, internistisch-kardiologische sowie präventive und rehabilitative Module.
- Neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen sich auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen deutliche Mehrbelastungen. Hüftgelenksarthrose (5,36 %), Kniegelenksarthrose (8,85 %), Osteoporose (5,19 %) sowie Rückenschmerzen (34,32 %) liegen signifikant über den Vergleichswerten von Land und Bund. Dies unterstreicht die hohe Relevanz orthopädischer, schmerztherapeutischer, physiotherapeutischer und rehabilitativer Versorgungsangebote innerhalb eines integrierten Versorgungszentrums.



3.5 Bestands und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (Gesundheitszahlen)

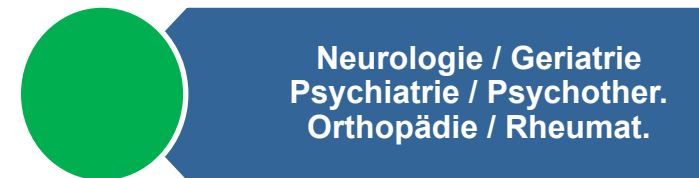
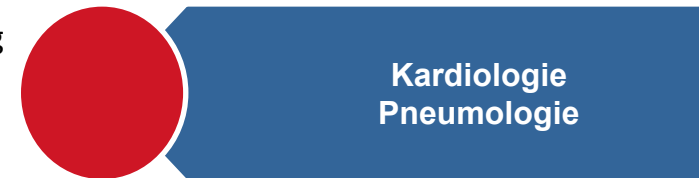
- Auch im Bereich der psychischen Erkrankungen bestehen relevante Auffälligkeiten. Die Prävalenz von Angststörungen (5,33 %) und Depressionen (13,14 %) liegt oberhalb der Landes- und Bundeswerte. Zusätzlich zeigen sich erhöhte Raten bei Stoffwechselerkrankungen wie Adipositas (12,18 %) und Typ-2-Diabetes (12,00 %). Dies spricht für einen strukturell erhöhten Bedarf an psychosomatischer, psychiatrischer, diabetologischer sowie ernährungsmedizinischer Mitversorgung im Rahmen eines interdisziplinären MVZ- bzw. RVZ-Konzepts.
- Die Todesursachenstatistik nach ICD-10 bestätigt diese strukturellen Belastungen zusätzlich. Im Landkreis Lüchow-Dannenberg liegen die tatsächlichen Todesfälle in mehreren Krankheitsgruppen teils deutlich über den statistisch zu erwartenden Soll-Werten. Besonders ausgeprägt ist die Übersterblichkeit bei Krankheiten des Kreislaufsystems (Soll: 211 / Ist: 308), bei Neubildungen (Soll: 139 / Ist: 196), bei Krankheiten des Verdauungssystems (Soll: 25 / Ist: 32), des Urogenitalsystems (Soll: 20 / Ist: 30) sowie bei unspezifischen Symptomen und abnormen klinischen Befunden (Soll: 19 / Ist: 45). Diese Abweichungen deuten auf strukturelle Defizite in Prävention, früher Diagnostik und sektorenübergreifender Versorgung hin.
- In der Gesamtschau ergibt sich daraus ein klarer Handlungsauftrag für die Angebotsstruktur eines Regionalen Versorgungszentrums. Insbesondere die Bereiche Kardiologie, Diabetologie, Orthopädie, Schmerztherapie, Psychosomatik/Psychiatrie, Geriatrie sowie chronische Multimorbidität sollten als medizinische Schwerpunkte fest im Leistungsspektrum eines MVZ bzw. RVZ verankert werden. Durch die demografisch fortschreitende Alterung der Bevölkerung ist zudem mit einer weiteren deutlichen Zunahme dieser Krankheitsbilder in den kommenden Jahren zu rechnen, wodurch sich die langfristige medizinische und wirtschaftliche Tragfähigkeit entsprechender Versorgungsangebote zusätzlich absichert.



3.6 Bedarfsgerechte Versorgung im Landkreis Lüchow-Dannenberg

Die vorhandenen Schwerpunktkrankheitsbilder erfordern vor allem Leistungen aus den folgenden Facharztgruppen

- **Kardiologie** (Bluthochdruck, KHK, Herzinsuffizienz und relevante Herzinfarktrate)
 - Echokardiographie, Belastungs-EKG, Herzinsuffizienz-Programm, Telemonitoring
- **Pneumologie** (COPD, Asthma und hohe Infektraten der unteren Atemwege)
 - Lungenfunktion, Spiroergometrie, Schulungen, Infektpfade
- **Diabetologie/Endokrinologie** (Typ-2-Diabetes und Adipositas)
 - DMP, Diabetes, Fußambulanz, CGM/Insulintherapie
- **Neurologie/Geriatrie** (Schlaganfall, Demenz, Parkinson – plus alternde Bevölkerung)
 - Memory-Clinic, Post-Stroke-Nachsorge, Parkinson-Ambulanz, Teleneurologie
- **Psychiatrie/Psychotherapie** (Depression, Angststörungen mit chronischen Erkrankungen)
 - Einzel- und Gruppentherapie, Kurzzeitinterventionen
- **Orthopädie/Rheumatologie** (Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerzen)
 - Gelenksprechstunden, multimodale Schmerztherapie
- **Onkologie** (Hautkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs über Landesniveau; Palliativbedarf)
 - Ambulante Systemtherapie, Tumorboards, supportive Versorgung



Basierend auf einer ausreichenden hausärztlichen Versorgung.



3.7 Bestands und Bedarfsanalyse – Demografische KPI – Gemeindesteckbrief SG Elbtalaue I

Bevölkerung gesamt

21.197

Δ 10 J.: + 2,7 %

Δ 5 J.: + 2,4 %

*Stand Dezember 2023

Altersdurchschnitt

48,8 Jahre

Δ 10 J.: + 0,9 Jahre

Medianalter

52,9 Jahre

Δ 10 J.: + 2,4 Jahre

Anteil 0–15

13,6 %

2.882 Personen

2013.: 13,3 %

Anteil 16–24

7,9 %

1.674 Personen

2013.: 8,6 %

Anteil 25–44

19,4 %

4.112 Personen

2013.: 19,4 %

Anteil 45–64

29,6 %

6.274 Personen

2013.: 31,3 %

Anteil 65–79

19,6 %

4.154 Personen

2013.: 20,1 %

Anteil 80+

9,8 %

2.077 Personen

2013.: 7,4 %

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.8 Bestands und Bedarfsanalyse – Demografische KPI – Gemeindesteckbrief SG Elbtalaue II

Gesamtquotient

88,5 %

unter 20-/ab 65-Jährige je 100 Pers.
der AG 20-64

Δ 10 J.: + 7,2

Jugendquotient

32,9 %

unter 20-Jährige je 100 Pers. der AG
20-64

Δ 10 J.: + 1,4

Altenquotient

55,6 %

ab 65-Jährige je 100 Pers. der AG 20-
64

Δ 10 J.: + 5,8

Wanderungssaldo

16,1

Je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 11,7

Familienwanderung*

29,9

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 19

Zuzüge

76,7

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 9,6

Fortzüge

60,6

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: - 2,0

Geburten

7,1

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 0,8

Sterbefälle

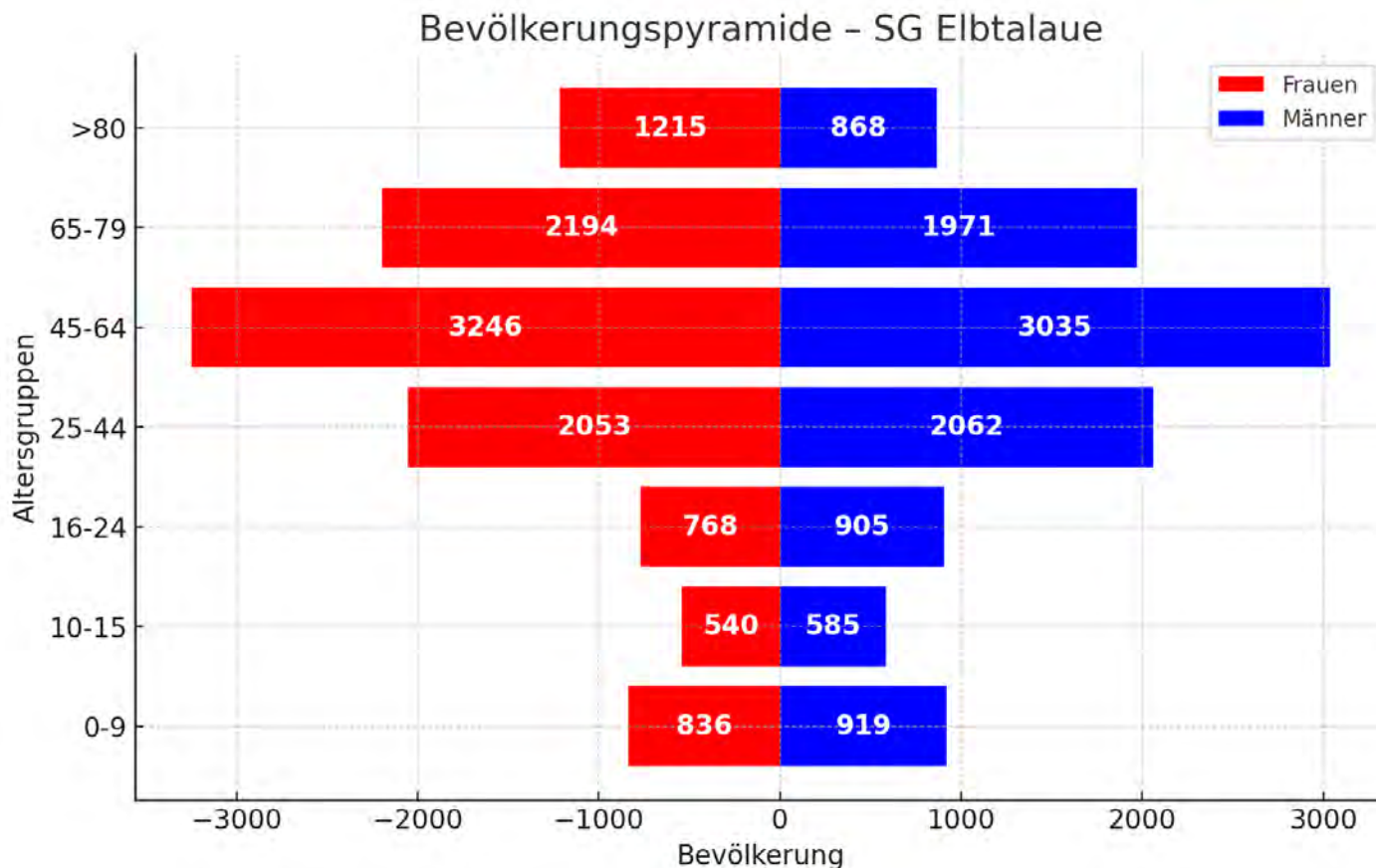
17,5

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 3,1

*Im Jahr z zogen x Personen der Altersgruppen der unter 18-Jährigen und der 30- bis 49-Jährigen (berechnet auf je 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe) mehr zu als daraus fortgezogen sind. Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.9 Bestands und Bedarfsanalyse – Alterspyramide SG Elbtalaue



Mehr als jede vierte Person (29,5 %) in der Samtgemeinde Elbtalaue ist 65 Jahre oder älter (bundesweit rd. 22 %), knapp 10 % sind in der Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahre. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 65-Jährigen voraussichtlich auf bis zu 40 % ansteigen. Bei den Hochaltrigen im Alter von über 80 Jahren dürfte sich der Anteil sogar mehr als verdoppeln.



3.10 Bestands und Bedarfsanalyse – Demografische KPI – Gemeindesteckbrief SG Gartow

Bevölkerung gesamt

3.423

Δ 13 J.: - 11,3 %

*Stand Dezember 2024

Altersdurchschnitt

ca. 53 Jahre

Aufgrund geringer Datenbasis keine genauere Aussage möglich

Medianalter

ca. 55 Jahre

Aufgrund geringer Datenbasis keine genauere Aussage möglich

Anteil 0–9

6,3 %

214 Personen

2013.: 13,3 %

Anteil 10–19

7,4 %

257 Personen

2013.: 8,6 %

Anteil 20–39

14,1 %

481 Personen

2013.: 19,4 %

Anteil 40–59

23,5 %

805 Personen

2013.: 31,3 %

Anteil 60–79

37,1 %

1.270 Personen

2013.: 20,1 %

Anteil 80+

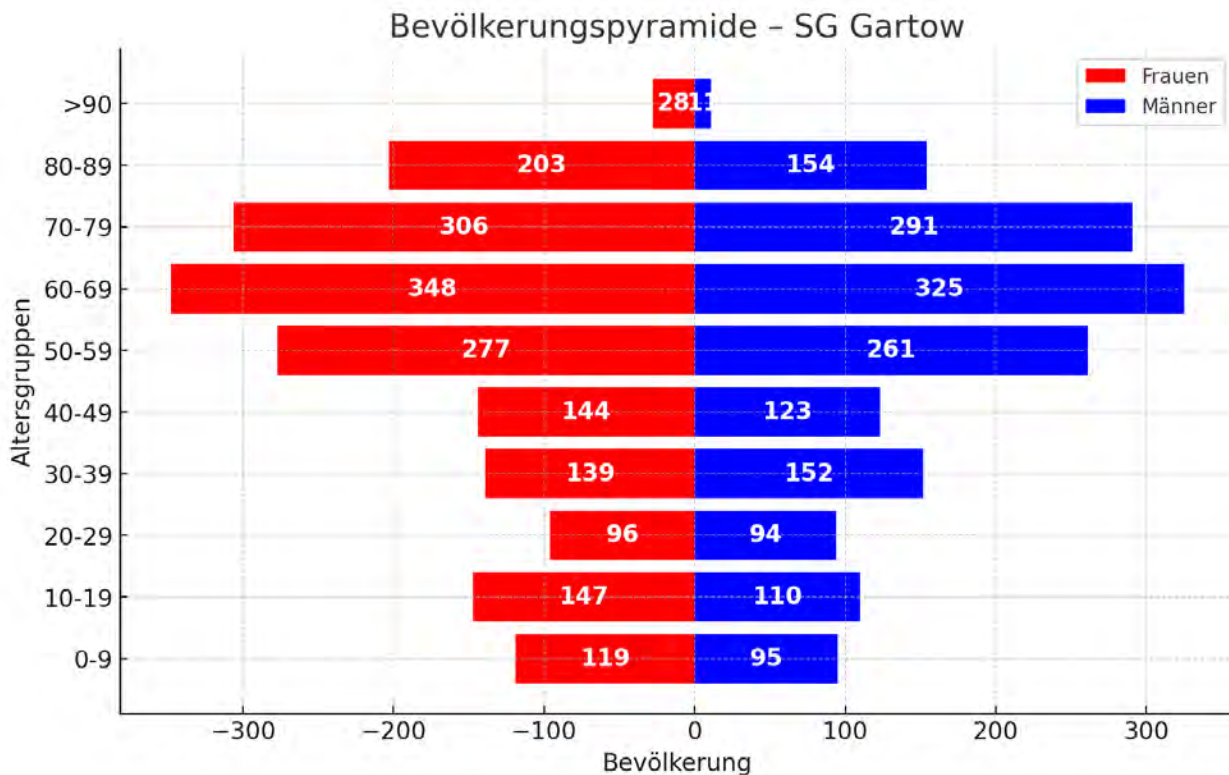
11,6 %

396 Personen

2013.: 7,4 %

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.11 Bestands und Bedarfsanalyse – Alterspyramide SG Gartow



Die Datenbasis für die Samtgemeinde Gartow ist aufgrund der geringeren Bevölkerungszahl der Gemeinden leider nur unterschiedlich aggregiert verfügbar, die Alterskohorten unterscheiden sich daher. Knapp jede 2. Person (48,7 %) in der SG Gartow ist 60 Jahre oder älter, 11,6 % sind in der Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahre. Die Bevölkerung in der SG Gartow ist demnach deutlich stärker von einer Überalterung betroffen als die übrigen Samtgemeinden im Landkreis Lüchow-Dannenberg.

3.12 Bestands und Bedarfsanalyse – Demografische KPI – Gemeindesteckbrief SG Lüchow I

Bevölkerung gesamt

24.245

Δ 10 J.: - 0,5 %

Δ 5 J.: - 0,8 %

*Stand Dezember 2023

Altersdurchschnitt

47,7 Jahre

Δ 10 J.: + 1,2 Jahre

Medianalter

51,7 Jahre

Δ 10 J.: + 3,0 Jahre

Anteil 0–15

13,9 %

3.370 Personen

2013.: 13,8 %

Anteil 16–24

8,3 %

2.012 Personen

2013.: 8,9 %

Anteil 25–44

20,6 %

4.994 Personen

2013.: 20,9 %

Anteil 45–64

30,0 %

7.273 Personen

2013.: 32,3 %

Anteil 65–79

18,9 %

4.582 Personen

2013.: 17,7 %

Anteil 80+

8,5 %

2.060 Personen

2013.: 6,4 %

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.13 Bestands und Bedarfsanalyse – Demografische KPI – Gemeinde Steckbrief SG Lüchow II

Gesamtquotient

81,5 %

unter 20-/ab 65-Jährige je 100 Pers.
 der AG 20-64

Δ 10 J.: + 8,5

Jugendquotient

32,0 %

unter 20-Jährige je 100 Pers. der AG
 20-64

Δ 10 J.: + 0,6

Altenquotient

49,6 %

ab 65-Jährige je 100 Pers. der AG 20-
 64

Δ 10 J.: + 8,0

Wanderungssaldo

10,2

Je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 12,0

Familienwanderung*

20,8

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 14,8

Zuzüge

74,7

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: - 6,2

Fortzüge

64,5

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: - 18,2

Geburten

6,8

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: +/- 0,0

Sterbefälle

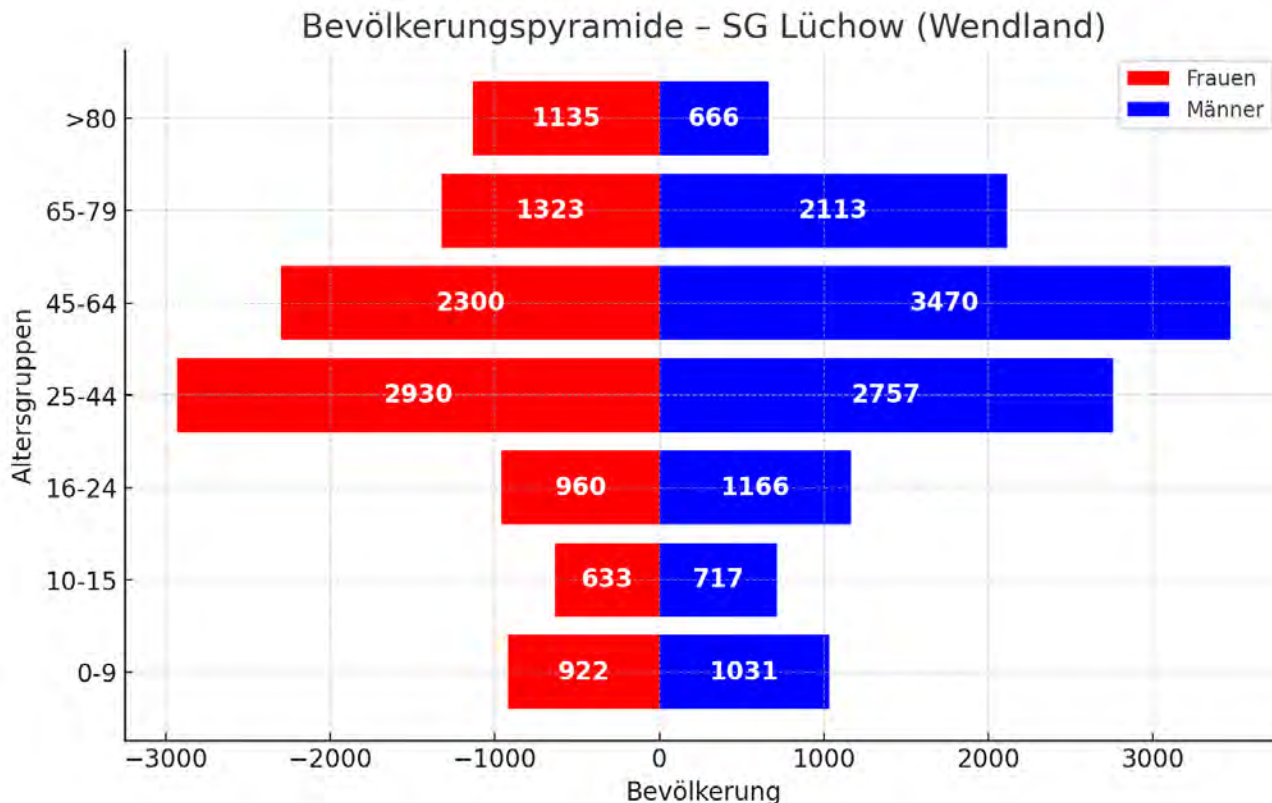
14,7

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 2,1

*Im Jahr z zogen x Personen der Altersgruppen der unter 18-Jährigen und der 30- bis 49-Jährigen (berechnet auf je 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe) mehr zu als daraus fortgezogen sind. Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.14 Bestands und Bedarfsanalyse – Alterspyramide SG Lüchow



Nur rd. jede 5. Person (21,6 %) in der Samtgemeinde Lüchow (Wendland) ist 65 Jahre oder älter (bundesweit rd. 22 %), 7,4 % sind in der Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahre. Die SG Lüchow hat damit die ausgewogenste Altersstruktur im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Altersdurchschnitt, Altenquotient, Medianalter), jedoch bei insgesamt stagnierender Bevölkerungsentwicklung.



3.15 Krankheitsbilder nach ICD10

EU-weit dient die Verschlüsselung der Erkrankungen nach ICD10-Nummern (auf Basis der an dieser Krankheit Verstorbenen) als Statistik zur Identifizierung und zum Vergleich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2024). Gleichzeitig liefert die, unglücklicherweise Todesursachenstatistik genannte Statistik, auch Anhaltspunkte zum vorzuhaltenden ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bedarf.

Für acht Krankheitsgruppen wurden strukturierte Versorgungsprogramme erarbeitet, die den Erfolg der Behandlung positiv beeinflussen und eine Wiedererkrankung unwahrscheinlicher machen. Dies erfordert aber eine hohe Compliance des Patienten, d.h. die Patienten müssen sich an die Behandlungsschritte halten, die Arzneimittel wie verschrieben einnehmen und auch die verschriebenen Heil- und Hilfsmittel entsprechend der Verschreibung nutzen. Die Unterstützung erfolgt über eine laufende persönliche Kontaktaufnahme zum Patienten (Casemanagement). Hierfür schließen die Krankenkassen eigene Verträge, sog. Selektivverträge mit entsprechenden Leistungsanbietern ab, da die Einhaltung der Behandlungspläne auch zu deutlich weniger Leistungskosten führt. Zu den Leistungsanbietern zählen neben ausgewählten Ärzten / Arztpraxen und Regionalen Versorgungszentren / Primärversorgungszentren z.B. auch die Gesundheitskioske

3.16 Krankheitsbilder nach Gesundheitsatlas

Erkrankung	Anteil Bevölkerung Bund	Anteil Bevölkerung Land	Anteil LK Lüchow-Dannenberg
Atemwegserkrankungen			
Asthma	4,35 %	4,64 %	4,94 %
COPD	6,73 %	6,88 %	7,06 %
Infektionskrankheiten			
Untere Atemwegsinfekte	8.800 je 100.000	9.300 je 100.000	9.900 je 100.000
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems			
Bluthochdruck	29,31 %	30,18 %	40,02 %
Herzinfarkt	320 je 100.000	340 je 100.000	340 je 100.000
Herzinsuffizienz	4,97 %	4,89 %	5,76 %
Koronare Herzkrankheit	7,99 %	7,63 %	9,30 %
Schlaganfall	1,80 %	1,89 %	2,26 %
Krankheiten des Nervensystems			
Demenz	2,97 %	2,93 %	2,98 %
Morbus Parkinson	0,63 %	0,63 %	0,74 %

Verlässliche Aussagen zur Krankheitshäufigkeit für die knapp 84 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in den Regionen Deutschlands werden auf Basis der Abrechnungsdaten der 27 Millionen AOK-Versicherten ermöglicht. Dafür wird ein Hochrechnungsverfahren eingesetzt, das für diesen Zweck vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt wurde. Mit dieser Methodik werden Unterschiede zwischen den AOK-Versicherten und der Gesamtbevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Krankheitshäufigkeit durch ein statistisches Verfahren herausgerechnet. Folglich stehen Informationen zu Krankheitshäufigkeiten in der Gesamtbevölkerung bis auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zur Verfügung.

Im Vergleich zum Land Niedersachsen weist der LK Lüchow-Dannenberg hohe Prävalenzen bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Erkrankungen, Psychischen Erkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen auf.

Quelle: Gesundheitsatlas Deutschland, Erkrankungen 2023

3.17 Krankheitsbilder nach Gesundheitsatlas

Erkrankung	Anteil Bevölkerung Bund	Anteil Bevölkerung Land	Anteil LK Lüchow-Dannenberg
Krebserkrankungen			
Brustkrebs	2,78 %	2,86 %	3,06 %
Darmkrebs	0,81 %	0,86 %	1,00 %
Heller Hautkrebs	2,95 %	2,92 %	3,91 %
Lungenkrebs	0,33 %	0,32 %	0,39 %
Prostatakrebs	2,91 %	3,02 %	3,41 %
Schwarzer Hautkrebs	0,49 %	0,53 %	0,59 %
Muskel-Skelett-Erkrankungen			
Hüftgelenksarthrose	3,73 %	3,82 %	5,36 %
Kniegelenksarthrose	7,19 %	7,09 %	8,85 %
Osteoporose	4,02 %	3,95 %	5,19 %
Rheumatoide Arthritis	1,19 %	1,26 %	1,74 %
Rückenschmerzen	31,60 %	31,78 %	34,32 %
Psychische Erkrankungen			
Angststörungen	4,69 %	4,56 %	5,33 %
Depression	12,12 %	11,48 %	13,14 %
Stoffwechselerkrankungen			
Adipositas	10,18 %	11,02 %	12,18 %
Typ-2-Diabetes	10,98 %	10,21 %	12,00 %

3.18 Krankheitsbilder nach ICD-10 (Todesursachenstatistik 2024)

Ausgewählte Todesursachen (ICD-10-Kapitel, ICD-10-Gruppen, ICD-10-Codes)

	Niedersachsen	LK Lüchow-Dannenberg Soll	LK Lüchow-Dannenberg Ist
A00-U49 Insgesamt	103.134	598	844
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.562	9	17
C00-D48 Neubildungen	23.912	139	196
darunter C00-C97 bösartige Neubildungen	(23.817)	(138)	(187)
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.878	22	27
darunter E10-E14 Diabetes mellitus	(2.367)	(13)	(20)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	8.271	48	58
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	3.474	(20)	(22)
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	36.444	211	308
darunter I11 Hypertensive Herzkrankheit (Hochdruck)	(2.678)	(15)	
darunter I21 akuter Myokardinfarkt	(3.965)	(23)	(21)
darunter I25 chronische ischämische Herzkrankheit	(8.156)	(47)	
darunter I50 Herzinsuffizienz	(5.020)	(29)	
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	8.556	49	54
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	4.301	25	32
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	3.526	20	30
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	3.292	19	45

3.19 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Lüchow-Dannenberg

Jahr	Einwohner	Geburten je 1.000	Sterbefälle je 1.000	Natürlicher Saldo je 1.000	Zuzüge je 1.000	Fortzüge je 1.000
2013	48.670	6,4	13,6	-7,2	43,7	42,4
2015	50.128	6,7	14,2	-7,5	57,7	45,1
2017	48.357	7,0	15,0	-8,0	62,2	55,9
2019	48.412	7,3	15,5	-8,3	51,0	51,6
2021	48.472	7,2	15,9	-8,7	45,7	36,2
2023	49.209	6,8	16,3	-9,5	49,5	35,8

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN)

Struktur der Bevölkerung und Bedeutung für das geplante RVZ

- Alterung: Der Anteil der über 65-Jährigen steigt kontinuierlich.
- Natürlicher Saldo: zunehmend fallend (mehr Sterbefälle als Geburten).
- Wachstumstreiber: Zuzüge sind entscheidend – jährlich ca. 50 Personen pro 1.000 Einwohner.
- Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis Lüchow-Dannenberg nicht vorhanden, jedoch wird von einem weiteren Absinken der Bevölkerungszahl ausgegangen

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2006

D.h. das Regionale Versorgungszentrum (RVZ) muss / sollte

- auf die Alterung reagieren → Schwerpunkt auf Pflege, Geriatrie, Prävention.
- Familienangebote bleiben wichtig, da Zuzüge oft junge Familien betreffen.
- Integration & soziale Dienste gewinnen an Bedeutung durch Migration als Wachstumsfaktor.





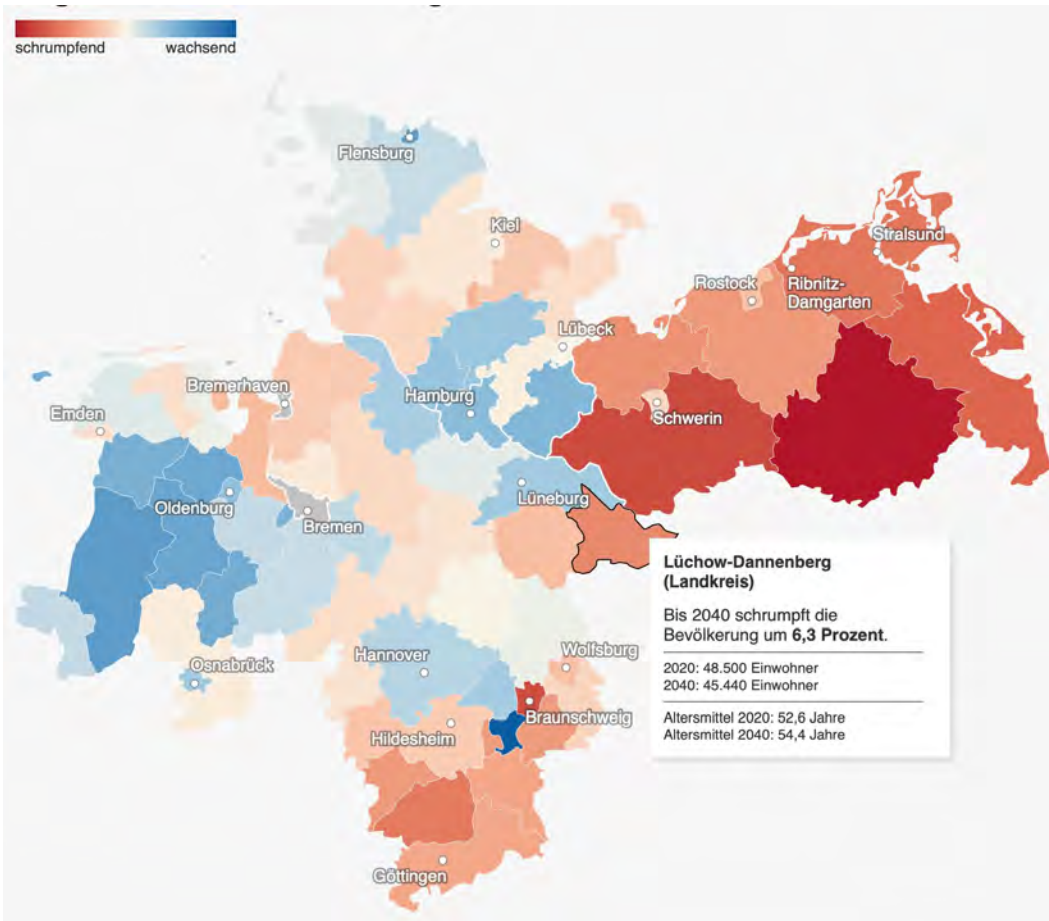
3.20 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Lüchow-Dannenberg

Das Landesamt für Statistik Niedersachsen konstatierte in seinem Bericht aus dem 2006 bereits die Bevölkerungsentwicklung und Zukunftsaussichten des Landkreises Lüchow-Dannenberg wie folgt:

„Der Kreis Lüchow-Dannenberg weist unter allen niedersächsischen Landkreisen die ungünstigste langfristige Bevölkerungsentwicklung auf. Der Zuwachs seit 1939 (Einwohnerzahl damals: 41 400) ist mit nur etwa 25 % der landesweit geringste, zweifellos ein Ergebnis der ausgeprägten peripheren und Zonen-Randlage Lüchow-Dannenburgs. Dabei stieg, bedingt durch den starken Zustrom von etwa 34 000 Flüchtlingen und Vertriebenen, die Einwohnerzahl bis 1950 zunächst auf 73 100 Personen. Infolge hoher Wanderungsverluste (vor allem durch den Wegzug von jungen Erwerbstätigen), seit Beginn der 1970er-Jahre noch durch ein Geburtendefizit verschärft, verlor der Landkreis dann bis 1997 fast 30 % seiner Bewohner – und auch „nur“ 30 %, weil zwischen 1987 und 1997 vor allem durch die Wanderungsgewinne infolge der Wiedervereinigung die Bevölkerung trotz des landesweit höchsten Geburtendefizits um 9,0 % zunahm und so einer noch negativeren Entwicklung entgegengewirkt wurde. Die jährlichen Zuwachsraten sind inzwischen wieder gesunken. Tendenziell stagniert die Bevölkerungsentwicklung seit Mitte der 90er-Jahre (Zuwachsraten im Jahrzehnt 1994/2004 insgesamt nur 0,8 %); Geburtendefizit und Zuwanderungsgewinne halten sich die Waage. Die demografische Situation des Kreises bleibt nach wie vor ungünstig. Mit einem überdurchschnittlich großen Anteil der über 65-Jährigen von 23,2 % im Jahr 2004 ist die Bevölkerung überaltert, in Anbetracht der relativ begrenzten Beschäftigungsmöglichkeiten besteht ein unverändert hoher Abwanderungsdruck. In Zukunft wird weiterhin die Ansiedlung neuer wachstumsorientierter Betriebe und somit die Schaffung sicherer Arbeitsplätze sowie eine verbesserte Anbindung an überregionale Verkehrsnetze vordringlich sein, um dadurch der Abwanderung der jungen Bevölkerung entgegenzuwirken und den Kreis auf eine wirtschaftlich und finanziell gesündere Basis zu stellen. Ein weiterer Schwerpunkt kommunalpolitischen Handelns und der Raumplanung liegt in der Förderung des Fremdenverkehrs. Ziel ist, durch den weiteren Ausbau der Fremdenverkehrsorte und des Naturparks sowie durch die Verlängerung der Saison das Kreisgebiet auch für Langzeiturlauber attraktiver zu machen. Einen Schwerpunkt in der Vermarktung des Landkreises als Fremdenverkehrsregion wird auch das Biosphärenreservat Niedersächsische Elbtalaue darstellen.“



3.21 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Lüchow-Dannenberg



Bevölkerungsentwicklung bis 2040

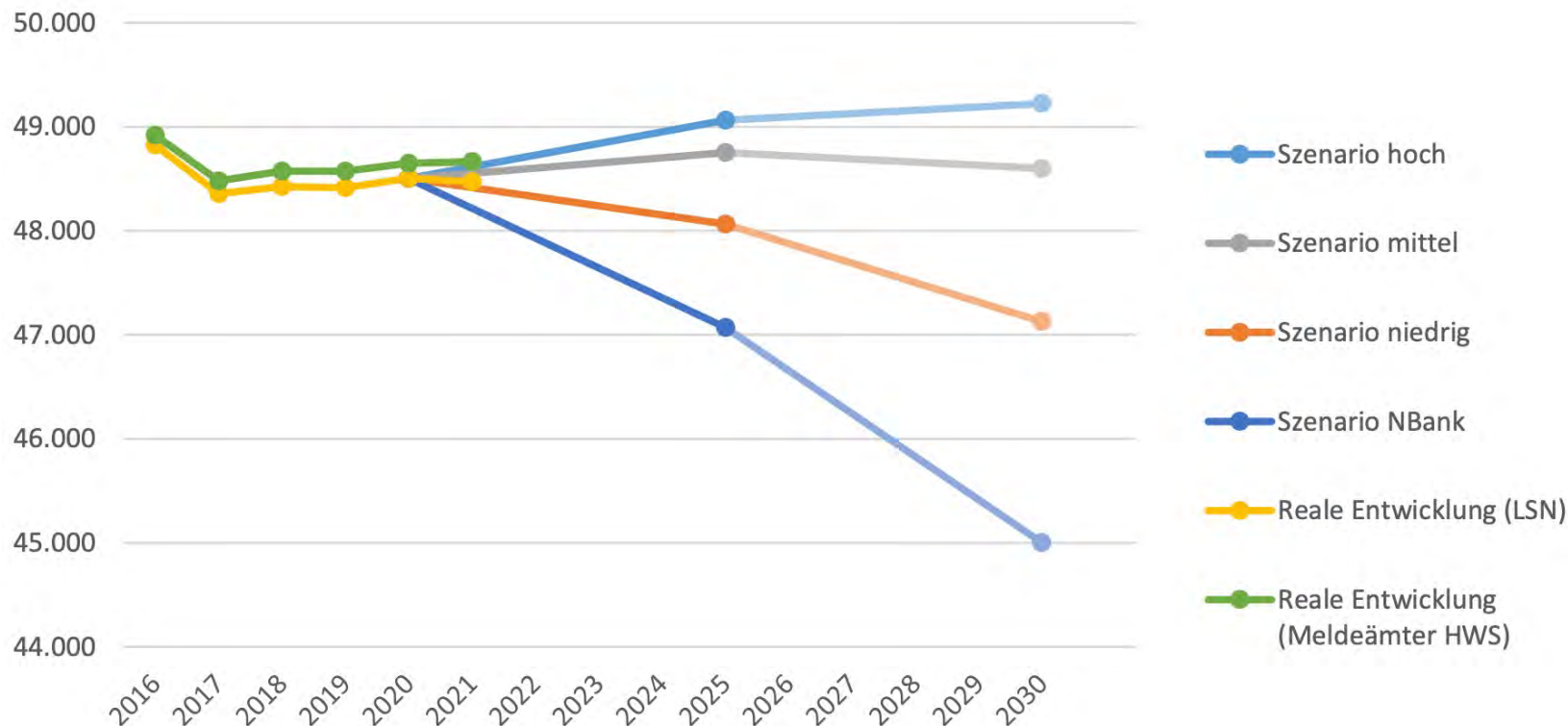
Die Bevölkerung des Landkreises Lüchow-Dannenberg wird gemäß der Prognose der Bertelsmann Stiftung (2024) bis zum Jahr 2040 um -6,3 % auf dann 45.440 Personen schrumpfen. Diese Bevölkerungsentwicklung zählt damit im Land Niedersachsen zu den schwächsten.

Diese Entwicklung wird durch weitere Bevölkerungsprognosen aus den Jahren 2019 und 2020 bestätigt (siehe Folgeseite).

Ergebnisse einer Studie des Datenportals "Wegweiser Kommune" der Bertelsmann Stiftung 2024

Grafik: NDR Data / Kartenmaterial: © GeoBasis-DE / BKG 2017

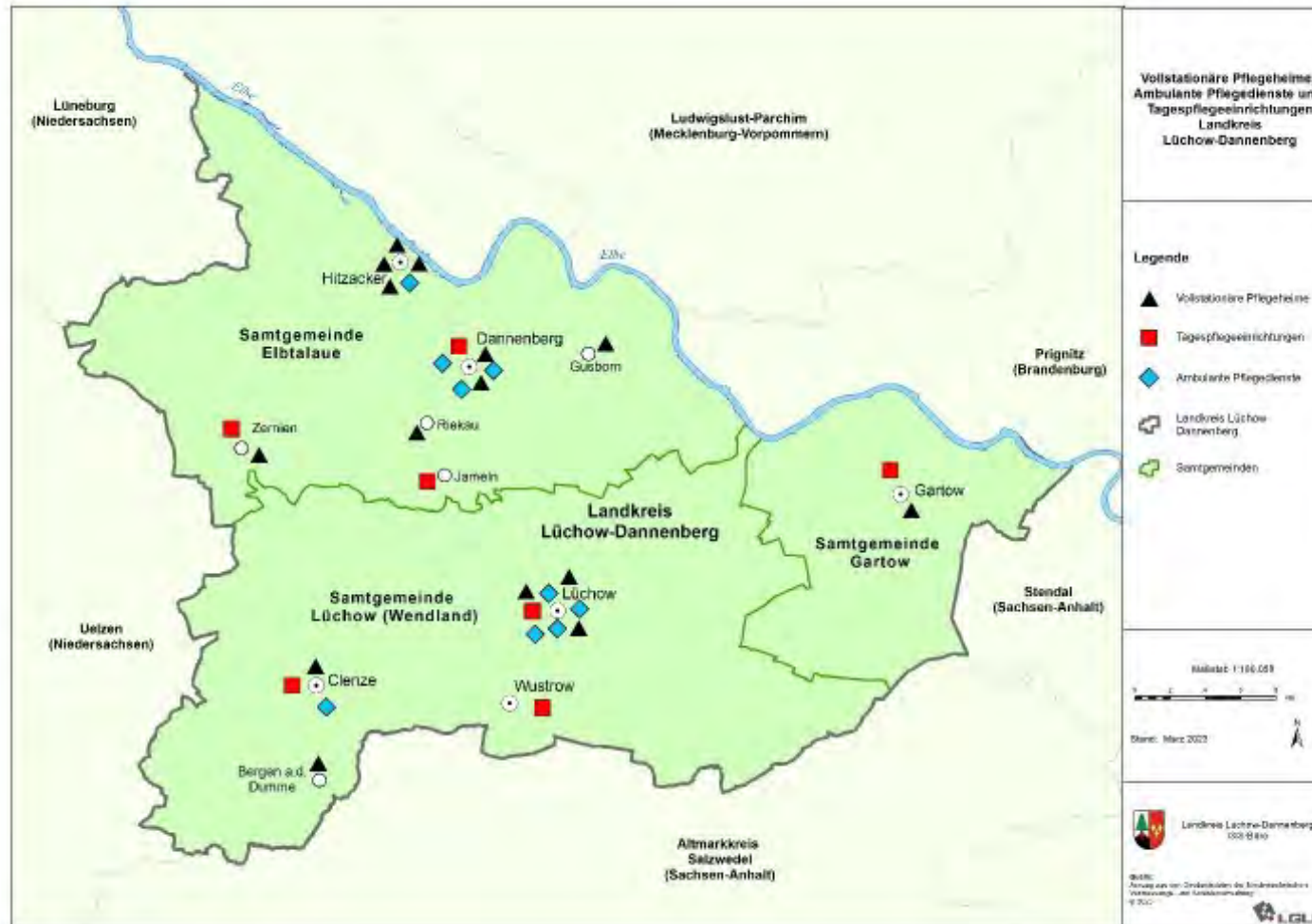
3.22 Bevölkerungsprognosen für den Landkreis Lüchow-Dannenberg



Die Prognose der Bertelsmann Stiftung (45.440 Personen bis 2040) liegt somit zwischen der Prognose der NBank sowie dem „Szenario niedrig“ des Landesamts für Statistik Niedersachsen. Entscheidend wird v.a. die weitere Entwicklung im Bereich der Fluchtbewegungen, so z.B. im Zuge des Ukrainekrieges, sein. Insgesamt erscheint ein Absinken der Bevölkerungszahl jedoch realistisch.

Quelle: Wohnraumentwicklungskonzept 2022

3.23 Verortung der vorhandenen pflegerischen Angebote



Anmerkung: Seit Erstellung des Pflegeberichts sind folgende Änderungen bekannt:

- Tagespflege Zernien geschlossen
- Es gibt seit dem 01.12.2025 einen neuen ambulanten Pflegedienst in Dannenberg
- Ein zusätzlicher ambulanter Pflegedienst in Hitzacker

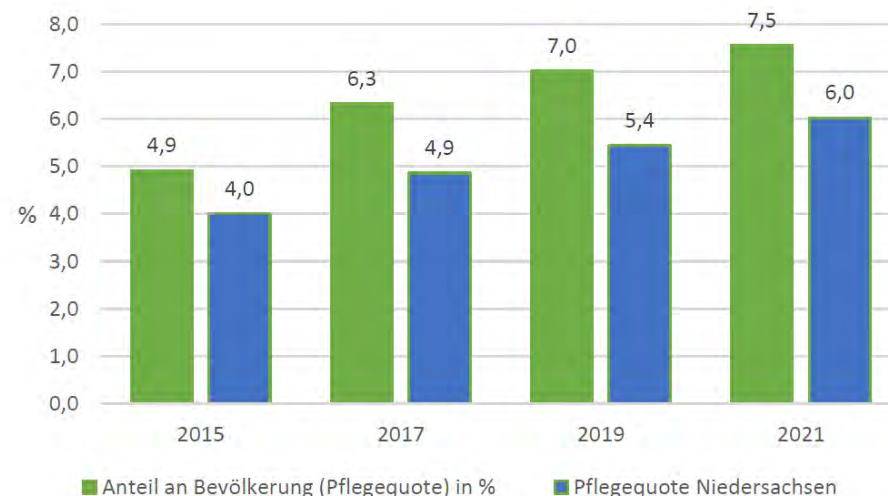
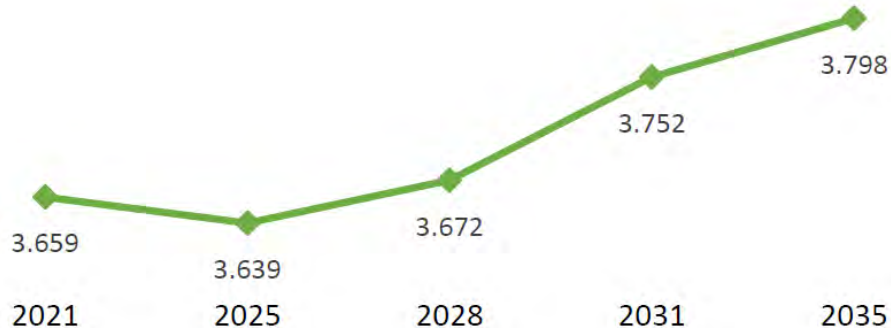
Quelle: Örtlicher Pflegebericht 2023, Landkreis Lüchow-Dannenberg, Fachdienst 57 – Soziales und wirtschaftliche Hilfen

3.24 Entwicklung der Leistungsempfänger nach Pflegearten und Pflegequote 2015-2021

Leistungsempfänger/innen nach Leistungsarten	2015	2017	2019	2021	Veränderung 2015 zu 2021 in %
ambulant	594	792	920	1.012	70,4
vollstationär	770	854	874	838	8,8
sonstiges ¹²	1.102	1.411	1.600	1.809	64,2
Pflegebedürftige insgesamt	2.466	3.057	3.394	3.659	48,4
Bevölkerung	50.128	48.357	48.412	48.472	-3,3
Anteil an Bevölkerung (Pflegequote) in %	4,9	6,3	7,0	7,5	2,6

Die Pflegequote im Landkreis Lüchow-Dannenberg liegt höher als die im Land Niedersachsen. Der Unterschied hat sich seit 2015 von 0,9 Punkte auf 1,5 Punkte erhöht (Unterversorgung).

Die Prognose der Pflegebedürftigkeit bis 2035 steigt entsprechend der demographischen Struktur der Landkreisbevölkerung an und wird im Jahr 2035 eine Pflegequote von 8,1 % erreichen.



3.25 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Tagespflege und ambulante Pflege

Bezeichnung des amb. Dienstes	Träger
ProSanitas GmbH Schützenholzstr. 13, 29459 Clenze	Privat
Diakonische Reha und Pflege Wendland GmbH Lüneburger Str. 29, 29451 Dannenberg	Diakonie
Häusliche Krankenpflege Riedel & Klappstein Lange Str. 18a 29451 Dannenberg	Privat
DRK-Sozialstation Lüneburger Str. 26, 29451 Dannenberg	Dt. Rotes Kreuz
Hauskrankenpflegedienst Behrens GmbH Kirchstr. 3, 29439 Lüchow	Privat
Mobiler Pflegedienst Jan Hanus Drawehner Str. 20, 29439 Lüchow	Privat
Medikom Ambulanter Pflegedienst Weinbergsweg 8-10, 29456 Hitzacker	Privat
Wendland Pflege Schiewe Stendaler Str. 27, 29439 Lüchow	Privat
Häusliche Krankenpflege Marion Meuter Lange Straße 36, 29439 Lüchow	Privat
Medipflege24 GmbH & Co. KG Glockenberg 13, 29439 Lüchow	Privat
Interclinica GmbH, Marschtorstraße 45 bis 46, 29451 Dannenberg	Privat

	2015	2017	2019	2021
Sonstige Pflegebedürftige	1.102	1.411	1.600	1.809
Ambulante Pflegebedürftige	594	792	920	1.012
Summe	1.696	2.203	2.520	2.821
Ausschließlich ambulanter Pflegedienst 7 %	119	154	176	197
Summe 2	1.577	2.049	2.344	2.624
An- und Zugehörige (x 2,06)	3.249	4.221	4.829	5.405

Gesamtbild

- „Im Landkreis Lüchow-Dannenberg werden in 2021 77% der 3.659 Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt. Von den 2.821 zu Hause Versorgten erhalten 1.809 (64%) Pflegegeld, d.h. sie werden in der Regel ausschließlich durch An- und Zugehörige gepflegt. 1.012 (36%) der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen beziehen Sachleistungen oder Kombinationsleistungen, d.h. sie werden durch ambulante Pflegedienste unterstützt.“
- Die ambulanten Pflegedienste pflegten im Jahr 2021 mit 1.012 Personen rd. 28% der pflegebedürftigen Personen. Hier ist erkennbar, dass immer mehr ältere Menschen im eigenen Zuhause durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Die Steigerung in der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre beträgt ca. 107%, in der Altersgruppe 85 bis 90 Jahre 85%.

Quelle: Pflegebericht 2023 LK Lüchow-Dannenberg

3.26 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – stationäre Pflege

Bezeichnung der stationären Einrichtung	Träger	Kapazitäten			
		2015	2017	2019	2021
Altenpflegeheim Friedrichheim Lüneburger Str. 7, 29456 Hitzacker	DRK	90	82	82	81
Altenpflegeheim Sanssouci, Weinbergsweg 7-9, 29456 Hitzacker	Privat	19	19	19	19
Bellevue Alten- und Pflegeheim, Prof.-Wohltmann-Str. 5, 29456 Hitzacker	Privat	56	56	56	56
Seniorenresidenz Elbtalaue GmbH, Osterberggrund 1, 29456 Hitzacker	Privat	72	72	72	72
Johanniterhaus Dannenberg, Lüchower Str. 69, 29451 Dannenberg	Die Johanniter	99	99	99	86
DRK-Seniorenheim, Hahnenberger Str. 9, 29471 Gartow	DRK	67	67	67	67
Haus Hoheneck GmbH, OT Riekau 7, 29451 Dannenberg	Privat	93	93	93	93
Alten- und Pflegeheim St. Georg, An der St. Johanniskirche 1c 29439 Lüchow	Kirchenkreis L-D	84	84	84	84
Senioren-Residenz Jeberjahn, Am Lindhop 12, 29468 Bergen/D.	Privat	64	64	64	64
Johanniterhausgemeinschaft Clenze, Im Sieleitzfeld 9, 29459 Clenze	Die Johanniter	22	22	22	22
Johanniterhausgemeinschaft Quickborn, Stüden 10, 29476 Gusborn	Die Johanniter	12	12	12	12
DRK-Seniorenresidenz Jeetzelgarten, Querdeich 18, 29451 Dannenberg	DRK	98	98	98	98
St. Elisabeth Alten- und Pflegeheim Dannenberger Str. 37, 29439 Lüchow	Privat	53	53	53	53
Seniorenresidenz Lüchow Betriebs GmbH Königsberger Str. 4, 29439 Lüchow	Privat	-	-	-	114

Gesamtbild

- Die Anzahl der stationären Plätze ist zwischen 2015 und 2021 um 126 Plätze gestiegen. Vor allem durch die private Seniorenresidenz Lüchow.
- Die 2021 vorhandenen 1008 Plätze decken den Bedarf von n = 838 ab.

Quelle: Pflegebericht 2023 LK Lüchow-Dannenberg

3.27 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Teilstationäre/Tages-Pflege

Bezeichnung der teilstationären Einrichtung	Träger	Kapazitäten			
		2015	2017	2019	2021
Tagespflege Lindenhof Medipflege 24 GmbH & Co.KG OT Breselenz, Dorfstr. 12 29479 Jameln	Privat	15	27	27	27
Seniorentagesstätte Riedel & Klappstein GbR Mühlenort 8b 29451 Dannenberg	Privat	18	18	18	18
Tagespflege Wustrow Medipflege 24 GmbH & Co.KG Schmiedestr. 1, 29462 Wustrow	Privat	10	10	20	20
Wendlandtagespflege Schiewe, Stendaler Str. 27, 29439 Lüchow	Privat	13	20	20	20
DRK-Seniorentagespflege, Lüchower Str. 10c 29459 Clenze	Deutsches Rotes Kreuz	-	-	16	16
DRK-Seniorentagespflege, Waldbadstr. 6, 29471 Gartow	Deutsches Rotes Kreuz	-	-	-	16
DRK-Seniorentagespflege, Am Kurpark 6 b in 29456 Hitzacker	Deutsches Rotes Kreuz	-	-	-	16

Gesamtbild

- Angebote der Nachtpflege sind nicht vorhanden.

Quelle: Pflegebericht 2023 LK Lüchow-Dannenberg

3.28 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Therapeutische Angebote

Kategorie	Name	Adresse
Physiotherapie Quelle: Pflegesuche.de	Physiotherapie im Wendland – Janine Rössel	Salzwedeler Str. 22, 29439 Lüchow
	Praxis Dahm Thomas	Im Dorfe 5, 29481 Karwitz, Lüchow, Dannenberg
	Krankengymnastik Rickmann/Workman	Drawehner Str. 13, 29439 Lüchow
	Physikalische Therapie Kirsten Schöllhorn	Lange Str. 53, 29439 Lüchow
	Therapie - Gesundheit & Sportzentrum Simone Zerbe	Adolfsplatz 3, 29451 Dannenberg
	Physiotherapie Maren Köpke	Mühlentor 14, 29451 Dannenberg
	Physiotherapie Seepassage, Gesine Ramm-Hermanski	Marschorstr. 45, 29451 Dannenberg
	Physiotherapie Daniela Hein	Lange Str. 15, 29451 Dannenberg
	Physiotherapiepraxis Stephanie Pouwels	Am Dömitzer Damm 16, 29451 Dannenberg
	Walter Gerrit Praxis für Krankengymnastik	Lüneburger Str. 24, 29451 Dannenberg
	Physiotherapie Elbtal, Schenk Nicole	Dannenger Str. 25B, 29456 Hitzacker
	Fischer Rosalinde Krankengymnastik	Penkefitz 42, 29451 Dannenberg
	Sabine Örményi, Praxis für Krankengymnastik	Bahnhofstr. 15A, 29456 Hitzacker
	Physiotherapie Ellen Schulze	Weinbergsweg 1, 29456 Hitzacker
	Physiotherapie Arwert	Waldweg 9a, 29459 Clenze
	MVZ Lüchow-Dannenberg GbR, Physiotherapie	Mühlenstr. 6, 29459 Clenze
	Physio + Therapie Clenze Inh. Marion Henning Physiotherapeutin	Lange Str. 7, 29459 Clenze
	Physiotherapie Volker Meyer-Weichelt	Am Helk 1, 29471 Gartow
	Physiotherapie Hahnenberge	Hahnenberger Str., 29471 Gartow
	Morgenstern K.B.	Uelzener Straße 61, 29451 Dannenberg
	Neumann Inge Krankengymnastin	Senator-Sandhagen-Straße 9, 29439 Lüchow
	Buchtien Ingegard Krankengymnastin	Lange Straße 26, 29451 Dannenberg
	Reynders Hans-Werner Praxis für Physikalische Therapie	Mokereiweg 11, 29451 Dannenberg
	Bröcker Krankengymnastik	Cacheriener Straße 6, 29484 Langendorf
	Jaruschek Krankengymnastik	Lilienweg 15, 29490 Neu Darchau
	Krankengymnastik Köpke – Bergmann	Eichenhang 25, 29451 Dannenberg
Schiebel Andreas Physiotherapie	Lange Straße 3, 29451 Dannenberg	

3.29 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Therapeutische Angebote

Kategorie	Name	Adresse
Ergotherapie	Praxis Karola Oldendörp	Hermann-Löns-Str. 5, 29451 Dannenberg
	Ergotherapie Geilich Thomas	Am Spring 5a, 29439 Lüchow
	Praxis Penkefitz (Gerdes/Törber/Schroeter)	Bahnhofstr. 7, 29451 Dannenberg
	Die Brücke e.V.	Marschtorstr. 44–46, 29451 Dannenberg
	Therapiezentrum ZISI Rega Schaeffgen	Breite Straße 69, 29468 Bergen (Dumme)
	t-era Ergo- & Rheumatherapie Heike Trüe	Tramitzer Str. 44, 29439 Lüchow
	Stiftung lebenleben. Rudolf – Schmidt – Haus in Uelzen	Von-Estorff-Str. 3, 29525 Uelzen
Logopädie	Praxis Anne Lorenz / Wesemann	Salzwedel Straße 26, 29439 Lüchow
	Praxis Dr. Lena Spitzer	Hermann-Löns-Str. 2, 29451 Dannenberg
	Logopädie Rohwedder Katharina	Lange Str. 6, 29451 Dannenberg
	Logopädie Meyer Ina	Drawehner Str. 48, 29439 Lüchow
	Therapiezentrum ZISI Rega Schaeffgen	Breite Straße 69, 29468 Bergen (Dumme)
	Barbara Dobers – Sprachtherapie	Salzwedeler Str. 26, 29439 Lüchow
	Cornelia Schußmann-Steffens	Drawehner Str. 32, 29439 Lüchow
	Matthias Nordmeyer	Am Langenberg 17, 29456 Hitzacker (Elbe)
	Stiftung lebenleben. Rudolf – Schmidt – Haus in Uelzen	Von-Estorff-Str. 3, 29525 Uelzen
Hebammen	Anne Heinert	Klemnower Rundling 22, 29462 Wustrow
	Hebammenpraxis Wendland	Burgstr. 2, 29439 Lüchow
	Hebammengemeinschaft „Rundling“	Elbe-Jeetzell-Klinik, Dannenberg
	Hebamme Judith Hartmann	Landkreis Lüchow-Dannenberg (Hausgeburten)

3.30 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – soziale Angebote

Beratung & Hilfe			
BBB - Beratung-Betreuung-Begleitung	Teichlosen 19		29479 Jameln
terra est vita gGmbH, Betreuung, Hauswirtschaftliche Hilfen	Salzwedeler Straße 21		29439 Lüchow
Senioren- und Pflegestützpunkt Lüchow-Dannenberg	Königsbergerstr. 10		29439 Lüchow (Wendland)
Evangelische Lebensberatung für Einzelne, Paare und Familien	An der Kirche 3		29451 Dannenberg
Kinder- und Jugendhilfestation AWOSOZIALE Dienste gGmbH	Georgstraße 2		29439 Lüchow (Wendland)
Elternforum - Mobile Familienbildung	Johannisstraße 4		29439 Lüchow (Wendland)
Kinder, Jugend und Familie - Familien-Service-Büro u. Kita - Fachdienst 51	Königsberger Straße 10		29439 Lüchow (Wendland)
Erziehungsberatungsstelle im Beratungsstellenzentrum Lüchow	Rosenstraße 19		29439 Lüchow (Wendland)
Schwangerenkonfliktberatung Diakonisches Werk	Johannisstr. 4		29439 Lüchow (Wendland)
Wohlfahrtsverbände			
Sozialverband VdK Niedersachsen Bremen e.V.	Theodor-Körner-Straße 3		29439 Lüchow (Wendland)
Sozialverband Deutschland (SoVD) Beratungszentrum Lüneburg	Bei der Ratsmühle 18		21335 Lüneburg
AWO Regionalverband Lüneburg/Uelzen/Lüchow-Dannenberg	Käthe-Krüger-Straße 15		21337 Lüneburg
Sozialberatung und unabhängige Erwerbslosenberatung Lüneburg/Lüchow-Dannenberg	Badestraße 1		29439 Lüchow (Wendland)
Der Paritätische Niedersachsen, Kreisgruppe Lüchow-Dannenberg	Schlossgraben 3		29451 Dannenberg
Caritasverband für die Landkreis Uelzen / Lüchow-Dannenberg e.V.	Dannenbergstraße 23		29439 Lüchow (Wendland)
Diakonisches Werk	Johannisstraße 4		29439 Lüchow (Wendland)
Deutsches Rotes Kreuz	Am Reiterstadion 1a		29451 Dannenberg
DRK-Suchtdienst	Am Reiterstadion 1a		29451 Dannenberg
Lüchow-Dannengerger Tafel e.V.	Bahnhofstraße		29439 Lüchow (Wendland)
Schuldnerberatung Lüneburger Heide e.V.	Johannisstr. 4		29439 Lüchow (Wendland)
Sucht			
Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V.	Schlossgraben 3		29451 Dannenberg
Freundeskreis Lüchow, Selbsthilfegruppe Suchtprobleme	An der St.-Johannis-Kirche		29439 Lüchow (Wendland)
Freundeskreis „Selbsthilfegruppe Suchtprobleme“	Breite Straße 8		29439 Lüchow (Wendland)

3.31 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – soziale Angebote

Selbsthilfegruppen/spezielle Beratung			
Deutscher Diabetiker-Bund Bezirksverband Lüchow-Dannenberg	Drawegertstraße 31	29456	Hitzacker
EUTB für die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Uelzen, Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	Veerßer Straße 92	29525	Uelzen
BISS e.V. Beratungs- und Interventionsstelle für Frauen / Frauen- und Mädchenberatungsstelle im Wendland	Lappstraße 4	29439	Lüchow
Stiftung Leben leben			
Ev. Dorfhelferinnenwerk Niedersachsen e.V.	Wilhelm-Seedorf-Str. 1	29525	Uelzen
Psychiatrische Klinik Uelzen	An den Zehn Eichen 50	29525	Uelzen
Gesundheitsberatung			
Netzwerk Demenz Lüchow-Dannenberg	Königsberger Straße 10	29439	Lüchow (Wendland)
Vorsorge und Betreuung			
Betreuungsverein Uelzen e.V. (StO Dannenberg)	Am Ostbahnhof 1	29451	Dannenberg



4. Kommunale Versorgungssituation und Ziele



4.1 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Niedersachsen

2035 werden mehr als 60 Prozent der rund 5.000 niedersächsischen Hausärzte im Rentenalter sein. Gleichzeitig wird jedoch aufgrund des demografischen Wandels der Versorgungsbedarf der Bevölkerung spürbar ansteigen, Mobilitätsprobleme in ländlichen Regionen für eine immer älter werdende Bevölkerung verlangen eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung.

Zum 1. Juli 2025 gab es 561 unbesetzte Hausarztsitze (01.07.2023: 546; 01.07.2022: 466; 01.07.2019: 355) in Niedersachsen. Das derzeitige Durchschnittsalter der jetzigen Hausärzte liegt bei rd. 55,6 Jahren. Die nachfolgenden Grafiken geben einen Einblick über den derzeitigen (2023) und zukünftigen (2035) Versorgungsstand in Niedersachsen. Der Versorgungsgrad im Mittelbereich Lüchow (Planungsbereich Nr. 56) wird sich bis zum Jahr 2035 auf dann nurmehr 80-90 % reduzieren. Derzeit liegt der Versorgungsgrad bei 93,5 %, 5,5 Hausarztsitze sind unbesetzt. Lediglich 15,7 % der Hausärzte sind als Angestellte tätig (Durchschnitt rd. 26 %).

Besser ist hingegen die Versorgung in Niedersachsen bei den übrigen Facharzttrichtungen, hier sind 113,0 Sitze (2023: 118,5) unbesetzt. Die von der KVN ermittelte prognostische Bedarfsplanung (siehe Folgeseite) für das 2035 macht diese Entwicklung deutlich. Mindestens 38 von 104 Planungsbereichen werden sich in der Unterversorgung befinden. Nur noch eine Handvoll Mittelbereiche wird weiterhin als regelversorgt gelten.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



Hausärzte
2020



Hausärzte
2035 (Prognose)



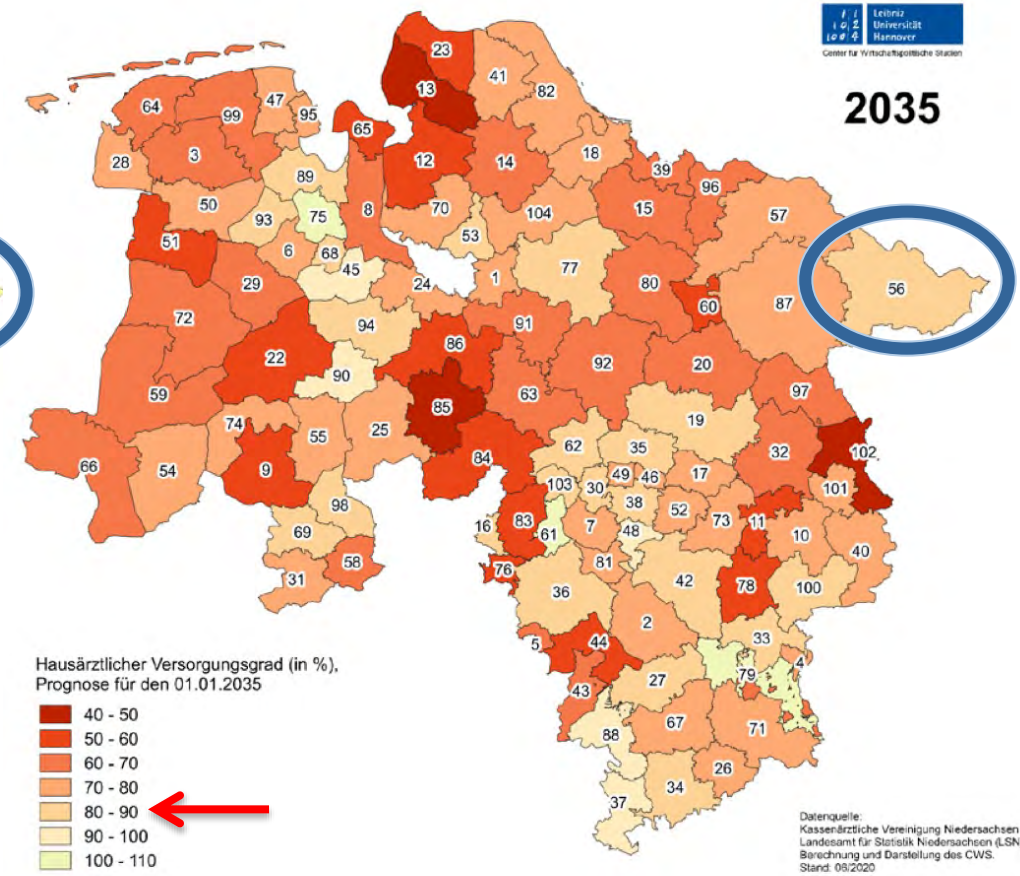
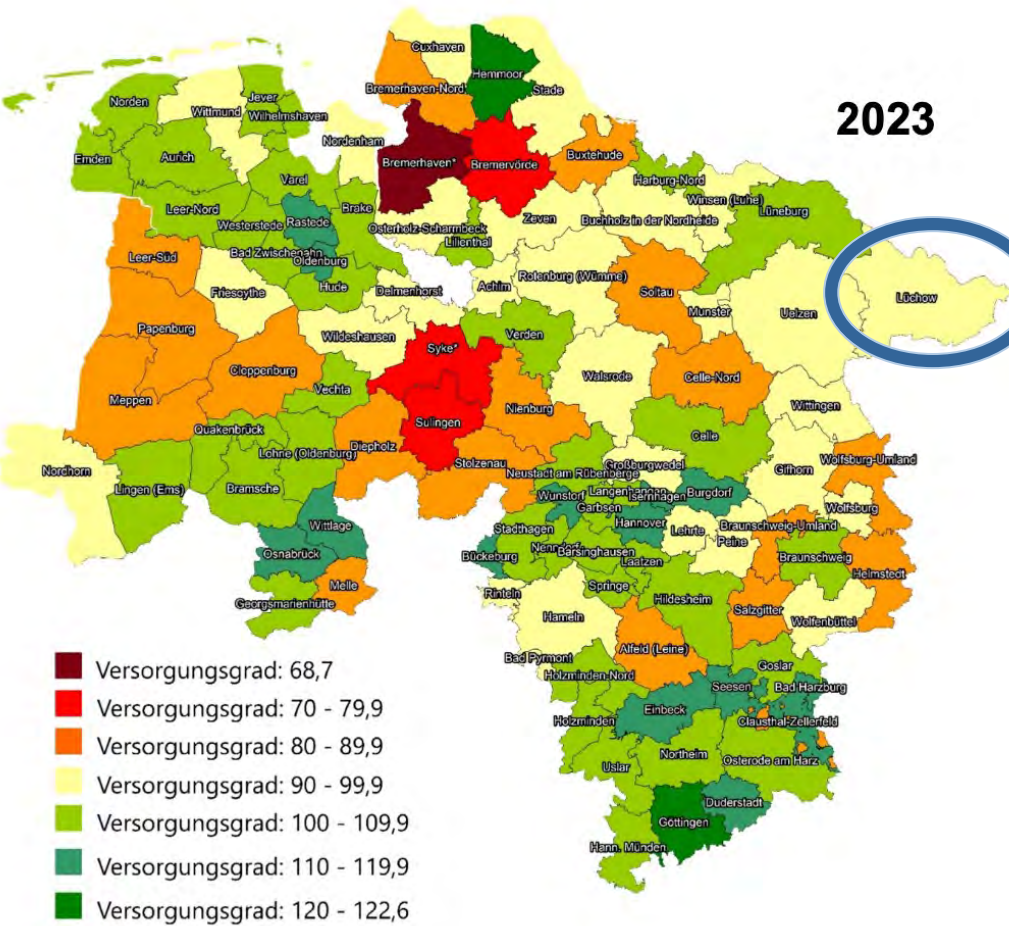
5.218



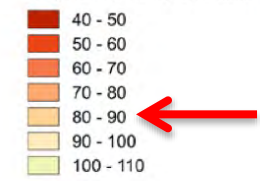
3.750



4.2 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Niedersachsen

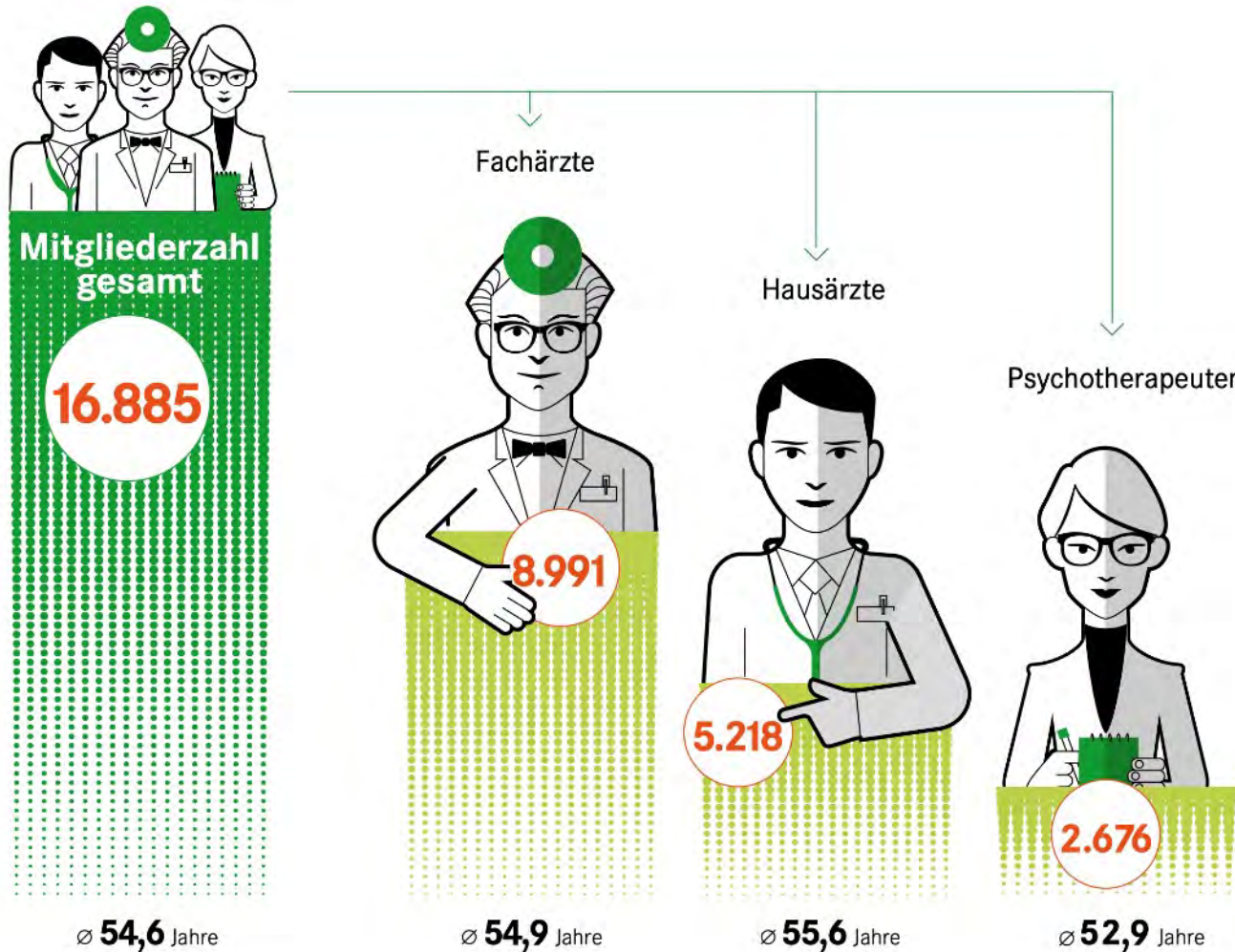


Hausärztlicher Versorgungsgrad (in %),
Prognose für den 01.01.2035



Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (K)
Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN)
Berechnung und Darstellung des CWS.
Stand: 05/2020

4.3 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Anzahl Ärzte/Ärztinnen



Landesweit gab es zum Stichtag 31.12.2023 16.885 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, davon:

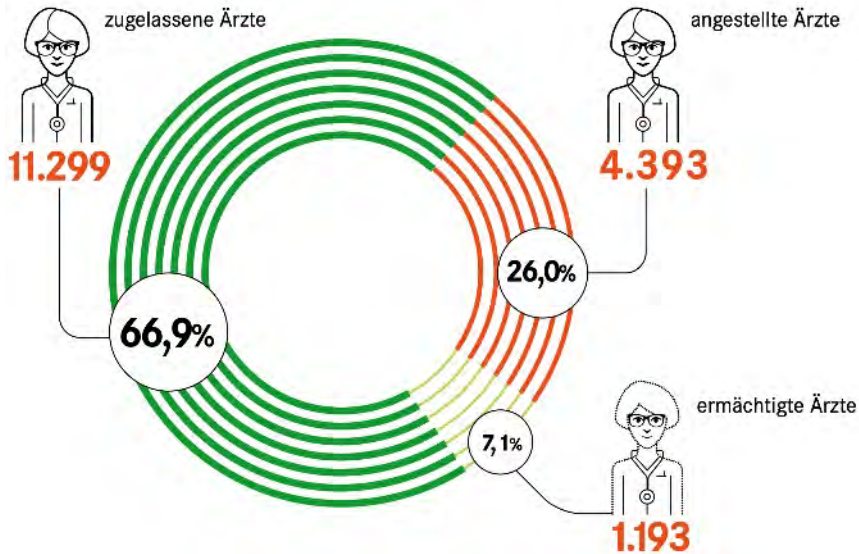
- 5.218 Hausärzte,
- 8.991 Fachärzte und
- 2.676 Psy. Psychotherapeuten sowie Kinderpsychotherapeuten.

Davon sind 11.299 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zugelassen, 4.393 angestellt und 1.193 ermächtigt.

In Niedersachsen existieren 6.662 Einzelpraxen, 1.858 Berufsausübungsgemeinschaften und 401 Medizinische Versorgungszentren.

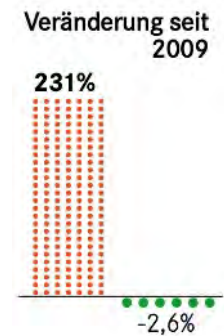
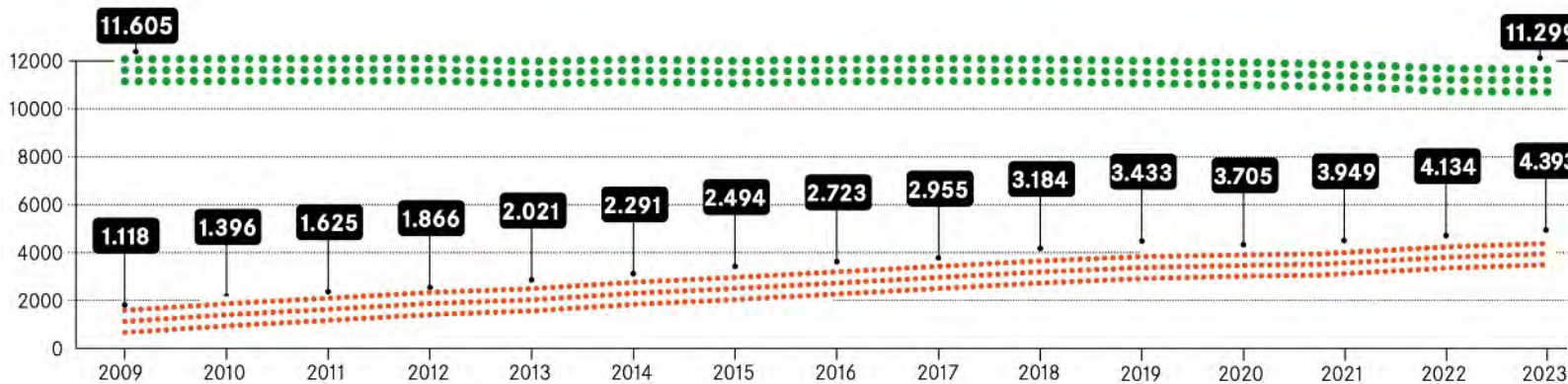
Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.4 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Anstellung



Junge Ärztinnen und Ärzte streben überwiegend eine Anstellung an

Vertragsärzte
 angestellte Ärzte



Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



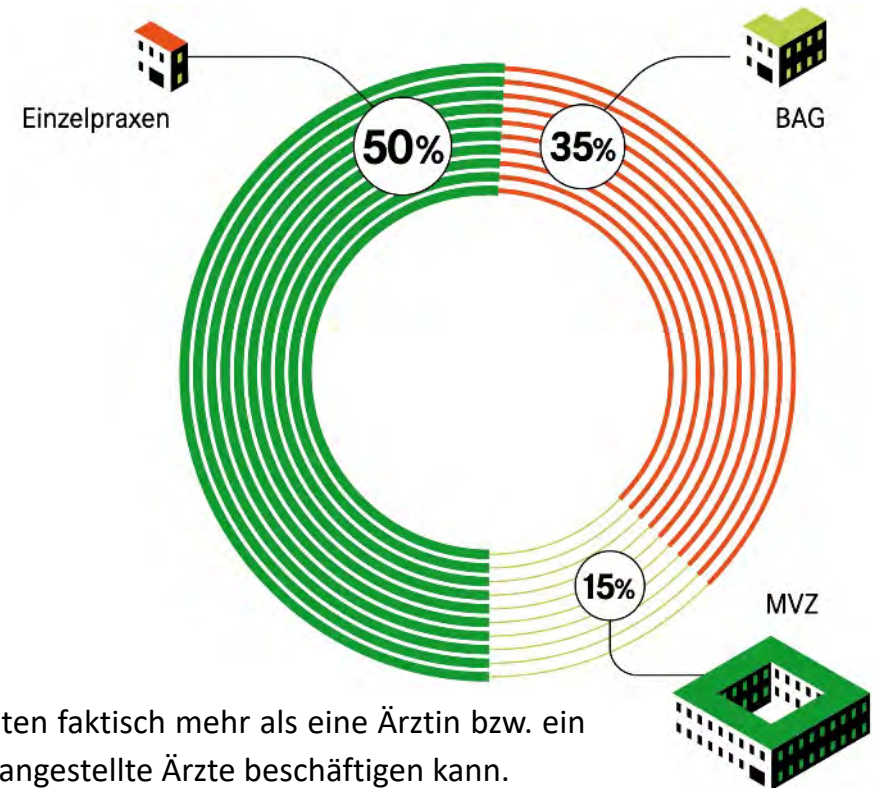
4.5 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Praxisformen

Der Trend zu Kooperationen zeigt sich auch in der vertragsärztlichen Versorgung. Zwar bleibt die Einzelpraxis mit 50 % aller Praxisstandorte die vorherrschende Form, doch ist die Praxislandschaft deutlich heterogener, als diese Zahl vermuten lässt. 50 % der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Einzelpraxen, 35 % in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und die übrigen 15 % in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte in allen Praxisformen gestiegen. Die Anzahl der Praxen nahm dagegen teils deutlich langsamer zu; bei den Einzelpraxen ist sie sogar gesunken, obwohl dort mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten. Ursache sind erweiterte Anstellungsmöglichkeiten: Heute arbeiten mehr Ärzte in weniger Praxen. Im Durchschnitt entfallen 1,74 Ärzte je Praxis; in Einzelpraxen sind es 1,17, in MVZ 6,00.

Auch die individuelle Praxisgröße variiert: In 12,7 % aller Einzelpraxen arbeiten faktisch mehr als eine Ärztin bzw. ein Arzt. „Einzelpraxis“ bedeutet hier, dass es einen Inhaber gibt, der zusätzlich angestellte Ärzte beschäftigen kann.

Für Niedersachsen gilt: Es existieren 401 MVZ – davon 196 in Trägerschaft von Krankenhäusern, 138 in Trägerschaft von Vertragsärzten und 67 mit sonstigen Trägern. In den MVZ arbeiten 2.409 Ärztinnen und Ärzte; 63,5 % in Krankenhaus-MVZ, 27,5 % in Vertragsarzt-MVZ und 9 % in MVZ sonstiger Träger.



Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

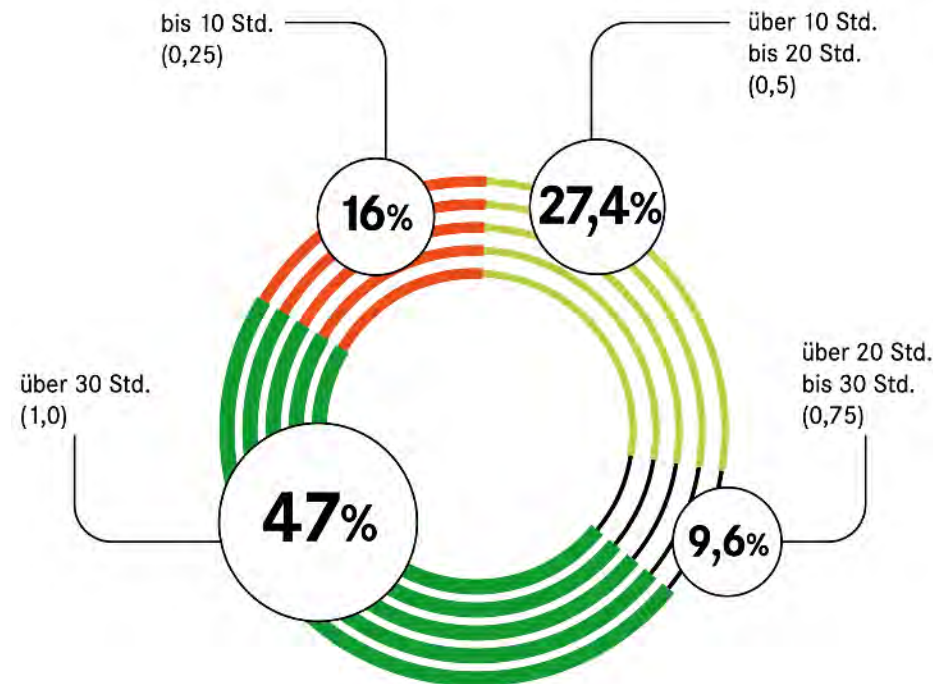


4.6 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Tätigkeitsumfang

Die steigende Zahl an Ärztinnen und Ärzten führt nicht automatisch zu mehr Versorgung, weil Teilzeit sowohl bei Zugelassenen als auch bei Angestellten zunimmt. Zwischen 2013 und 2023 wuchs die Zahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten um 13,9 %, ihr Tätigkeitsumfang in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) jedoch nur um 6,1 %. In Niedersachsen wurden 2014 noch 111 Ärztinnen/Ärzte benötigt, um 100 Vollzeitstellen zu besetzen; 2023 waren es bereits 119 – ein Mehrbedarf von 7,2 % Köpfen für dieselbe Arbeitszeit. Mit anderen Worten: Die Kopfzahl steigt, die verfügbaren Arztstunden jedoch nicht im gleichen Maß.

Aktuell arbeiten 27,2 % der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Teilzeit. In der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet das: Zugelassene nehmen mit $\frac{1}{2}$ oder $\frac{3}{4}$ Versorgungsumfang teil; Angestellte mit 0,75, 0,5 oder 0,25 Versorgungsumfängen. Der durchschnittliche Versorgungsumfang aller in Niedersachsen tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten lag 2023 bei 0,84 VZÄ; 2014 waren es im Schnitt noch 0,90 VZÄ. Bei den Angestellten arbeiteten 2023 53 % in Teilzeit, bei den Zugelassenen 17,9 %.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



Von 4.393 angestellten Ärztinnen und Ärzten in der sind 47 % in Vollzeit (Vorjahr: 47,8 %) tätig, 27,4 % halbtags (27 %), 9,6 % zwischen 20 und 30 Stunden (8,2 %) und 16 % bis zu 10 Stunden (17 %). Es entfallen 70,3 % der Angestellten auf Fachärzte und 29,7 % auf Hausärzte. 52,5 % sind in MVZ angestellt.

4.7 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Demografie



alle Ärzte



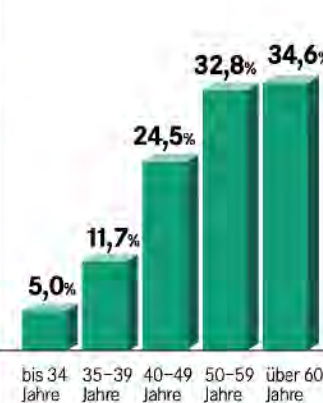
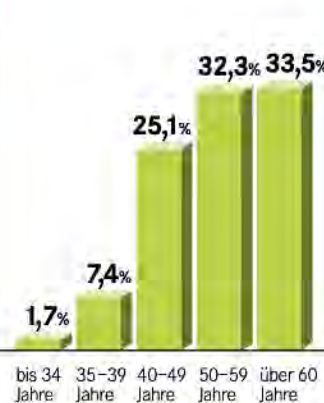
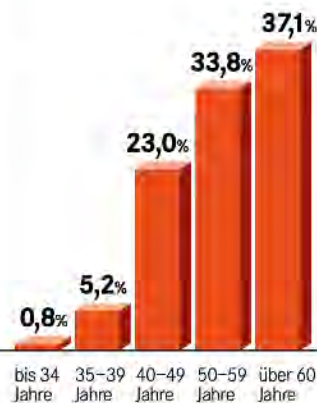
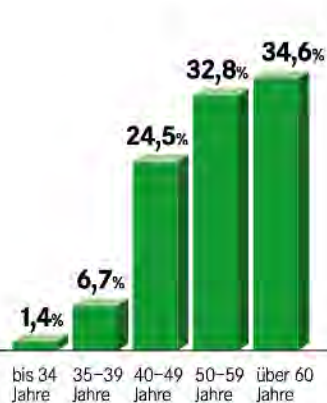
Hausärzte



Fachärzte



Psychotherapeuten



34,6 % der in Niedersachsen tätigen Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeuten sind **60 Jahre und älter**, nur **8 %** sind **unter 40**. **2005** lag der Anteil der über 60-Jährigen in dieser Gruppe noch bei **13 %**.

Das **Durchschnittsalter** der Zugelassenen und Angestellten beträgt aktuell **54,6 Jahre**, im **hausärztlichen Bereich** ist der >60-Anteil mit **37,1 %** am höchsten. Die Ärzteschaft ist damit deutlich gealtert. Hauptgrund ist eine unausgewogene Altersstruktur: Angekündigte Zulassungssperren führten Anfang der 1990er-Jahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom bei damals über 40-Jährigen. Diese Kohorte erreicht nun sukzessive das Ruhestandsalter – mit der Folge einer absehbaren **Abgangswelle**.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.8 Versorgungssituation und Gründungspotenzial – Hausärztinnen und Hausärzte (1)

Arzt / Ärztin	Fachrichtung(en)	Ort
Dr. med. Simone Süßmilch / Natalia Främcke-Homutaewa	Allgemeinmedizin	29451 Dannenberg
Heiko Schmidt	Allgemeinmedizin	29451 Dannenberg
Carla Hasselt / Maximilian Leisle	Allgemeinmedizin / Anästhesiologie	29451 Dannenberg
Dr. med. Christoph Matthias Bortels / Dr. med. Anne Ruth Oldenburg	Allgemeinmedizin / Strahlentherapie	29451 Dannenberg
Dirk Zingel / Dr. med. Lutz Oehlmann	Allgemeinmedizin	29439 Lüchow
Dr. med. Christine Tobinsky / Dr. med. Sven-Peter Augustin	Allgemeinmedizin / Anästhesiologie	29439 Lüchow
Dr. med. Marcus Netzel / Clara Holm	Allgemeinmedizin / Frauenheilkunde	29439 Lüchow
Marcus Hinner / Dr. med. Florian Gottesleben	Innere Medizin, HÄ	29439 Lüchow
Harald Letterer / Sebastian Letterer / Renato Heimann	Innere Medizin	29451 Dannenberg
Herbert Waltke	Allgemeinmedizin	29439 Lüchow
Christine Tobinsky	Allgemeinmedizin / Prakt. Ärztin	29439 Lüchow
Johannes-Carsten Haberecht	Allgemeinmedizin	29451 Dannenberg
Carla Hasselt	Allgemeinmedizin	29451 Dannenberg
Ulrike Anders	Allgemeinmedizin	29439 Lüchow
Swantje Ohlen	Allgemeinmedizin / Prakt. Ärztin	29439 Lüchow
Katharina Jacoby	Allgemeinmedizin	29494 Trebel
Nikolay Merts	Allgemeinmedizin	29462 Wustrow
Jörg Schwarzkopf	Allgemeinmedizin	29456 Hitzacker
Karin Baumgarten	Allgemeinmedizin / Prakt. Ärztin	29456 Hitzacker

4.9 Versorgungssituation und Gründungspotenzial – Hausärztinnen und Hausärzte (2)

Arzt / Ärztin	Fachrichtung(en)	Ort
Petra Damaschke	Allgemeinmedizin / Prakt. Ärztin	29456 Hitzacker
May-Britt Nick	Allgemeinmedizin	29456 Hitzacker
Mareen Freifrau v.d. Bussche-Haddenhausen	Allgemeinmedizin	29456 Hitzacker
Jonas Niemann	Allgemeinmedizin	29485 Lemgow
Lars Kämpfer	Chirurgie / Allgemeinmedizin	29471 Gartow
Ulrike Lappe	Allgemeinmedizin	29459 Clenze
Hanno Himmel / Claudia Bibergeil / Simon Philipp Ylo Schloon	Allgemeinmedizin	29459 Clenze
Friedrich Wilhelm von Gottberg	Allgemeinmedizin	29465 Schnega
Julia Margareta Elvers	Allgemeinmedizin	29490 Neu Darchau

4.10 Versorgungssituation und Gründungspotenzial – Fachärztinnen und Fachärzte

Arzt / Ärztin	Fachrichtung(en)	Ort
Marlies Burmester	Anästhesiologie	29439 Lüchow (Wendland)
Antje Imig	Kinder- und Jugendmedizin	29439 Lüchow (Wendland)
Dr. med. Ruth Nussbaum	Augenheilkunde	29439 Lüchow (Wendland)
Dr. med. Mayk Steiner / Dr. med. Anke Steiner	Augenheilkunde	29451 Dannenberg (Elbe)
Carsten Biel	Chirurgie	29451 Dannenberg (Elbe)
Dr. med. Bastian Siller / Christine Bohla / Dr. med. Susanne Borrek / Dr. med. Swen Geerken	Kinder- und Jugendmedizin	29451 Dannenberg (Elbe)
Dipl.-Med. Kerstin Müller-Engbertz	Frauenheilkunde	29439 Lüchow (Wendland)
Dr. med. Annegret Bornemann	Frauenheilkunde	29439 Lüchow (Wendland)
Bettina Delpiano	Frauenheilkunde	29451 Dannenberg (Elbe)
Antje Bielefeld	Frauenheilkunde	29451 Dannenberg (Elbe)
Dr. med. Harry Wurzer	HNO-Arzt	29451 Dannenberg (Elbe)



4.11 Ambulante Versorgungssituation im Planungsbereich Lüchow



Fachärztlicher Planungsbereich*

• Augenärzte	145,4 %
• Chirurgie/Orthopädie	133,8 %
• Frauenärzte	144,6 %
• Hautärzte	83,6 %
• HNO-Ärzte	72,5 %
• Kinderärzte	128,1 %
• Nervenärzte	125,8 %
• Psychotherapie	193,4 %
• Urologie	94,2 %

Hausärztlich: Mittelbereich Lüchow*

(Versorgungsgrad 109,7 % bzw. (Vorjahr: 93,5 %)

Laut Aussage der KVN besteht ein statistischer Fehler, der tatsächliche Versorgungsgrad liegt daher niedriger.

*Bei Versorgungsgraden unter 110% sind Neuniederlassungen von Ärzten möglich. Liegt der Versorgungsgrad zwischen 110 und 140% ist der Planungsbereich „gesperrt“. Nachbesetzungen von Arztsitzen sind jedoch möglich. Bei über 140% sind auch Nachbesetzungen nur in besonderen Ausnahmefällen gestattet.

Quelle: KVN 31.05.2025



5. Fokusthemen



5.1 Fokusthemen

1. Integration von Maßnahmen im Rahmen der Teilhabe

- Zusammenführen verschiedener Unterstützungsangebote, um Menschen mit Behinderungen oder Benachteiligungen eine gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.
- Dies bedeutet üblicherweise eine nachhaltige Verzahnung von Maßnahmen aus unterschiedlichen Bereichen (Bildung, Arbeit, Gesundheit, Soziales)

2. Dritte Orte, sind Orte außerhalb von Zuhause (Erster Ort) und Arbeitsplatz/Schule (Zweiter Ort) damit Menschen, unabhängig von Herkunft, Alter oder Status zusammenkommen können.

- Dies sind nicht nur physische Räume, sondern auch soziale Netzwerke
- Meist werden in Kooperation von Kommune, Vereinen und Initiativen lokale Entwicklungen angestoßen (z.B. Kulturprogramme), welche die Bürger aktiv mitgestalten.

3. Stärkung von Begegnung, Gemeinschaft und Ehrenamt

- Freiwilligenserver Niedersachsen – zentrale Fördermitteldatenbank
- Mikroförderung über den Förderatlas Niedersachsen – Zuschüsse bis zu 2.500 Euro, Unterstützt Fortbildungen oder Projekte zur Stärkung der Gemeinschaft
- Freiwilligenakademie Niedersachsen – Fortbildungen für Ehrenamtliche und Koordinatoren, Themen: Vereinsmanagement, Integration, Seniorenbegleitung, Dorfmoderation, politische Bildung

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



5.2 Fokusthemen „Integration von Maßnahmen“ – Förderprogramme Niedersachsen

- 1. Richtlinie zur Förderung von Projekten zur Inklusion, Partizipation und Bewusstseinsbildung** (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung)
 - ❖ Projekte, die die aktive Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft fördern – z. B. durch Bildungsangebote, Freizeitgestaltung, kulturelle Aktivitäten oder barrierefreie Infrastruktur
 - ❖ Gemeinnützige Organisationen, Vereine, Verbände:
 - ❖ Bis zu 50.000 Euro pro Projekt, maximal 80 % der Gesamtausgaben.
- 2. Förderatlas Niedersachsen**
 - ❖ Menschen mit Behinderungen, mit Zuwanderungsbiografie, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Familien
 - ❖ Förderbereiche: Schule und Bildung, Arbeitsmarkt und Qualifizierung, Sprachförderung, Demokratieförderung, Kunst und Kultur, Sport und Gesundheit, politische Teilhabe.
- 3. NBank – Programm „Inklusion durch Bildung und Teilhabe“**
 - ❖ Fördert Projekte, die die Bildungsbeteiligung aller Kinder und Jugendlichen verbessern durch den Aufbau von Bildungsnetzwerken, Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote, inklusive Bildungsprojekte.
 - ❖ Zuschüsse bis zu mehreren zehntausend Euro möglich.



Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



5.3 Fokusthemen „Dritte Orte“ – Förderprogramme Niedersachsen

1. Vital Village (Stiftung Niedersachsen)

- ❖ Ziel: Unterstützung von Dörfern und Kleinstädten bei der Revitalisierung durch Kultur.
- ❖ Förderung: Gemeinnützige Kulturinstitutionen und Gemeinden erhalten jeweils 30.000 Euro für einen zweijährigen Entwicklungsprozess.
- ❖ Begleitung: Neben finanzieller Förderung gibt es Beratungs- und Vernetzungsangebote.



2. Zukunftsräume Niedersachsen (Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung.)

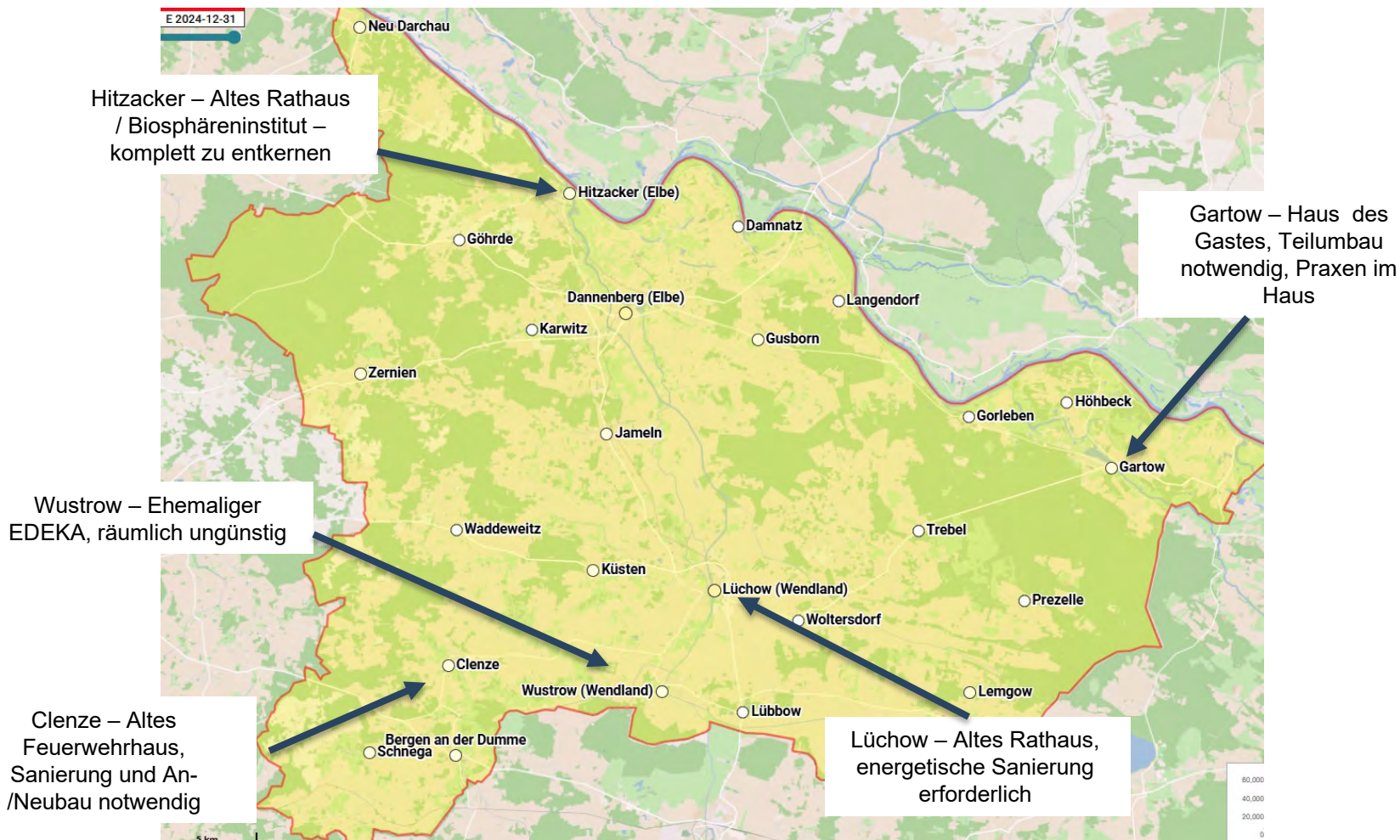
- ❖ Ziel: Stärkung von Mittel- und Grundzentren in ländlichen Räumen, um die Attraktivität und Lebensqualität zu steigern.
- ❖ Förderung: Kommunen können Projekte einreichen, die Begegnungsräume, kulturelle Infrastruktur oder soziale Teilhabe fördern.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024



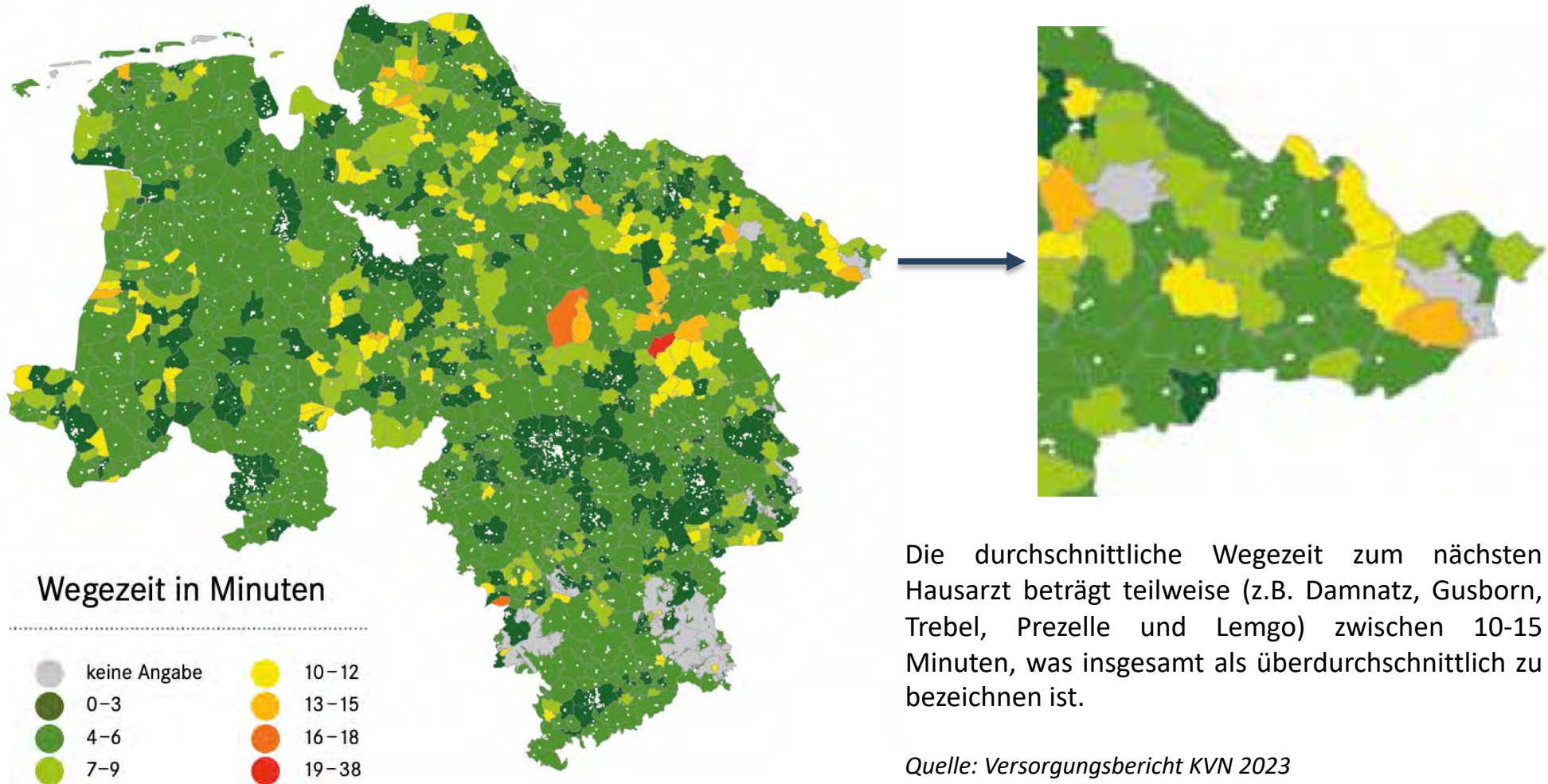
6. Standortanalyse

6.1 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg





6.2 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg



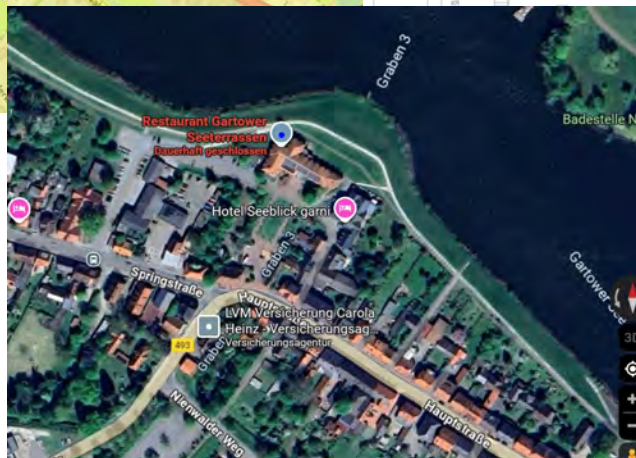
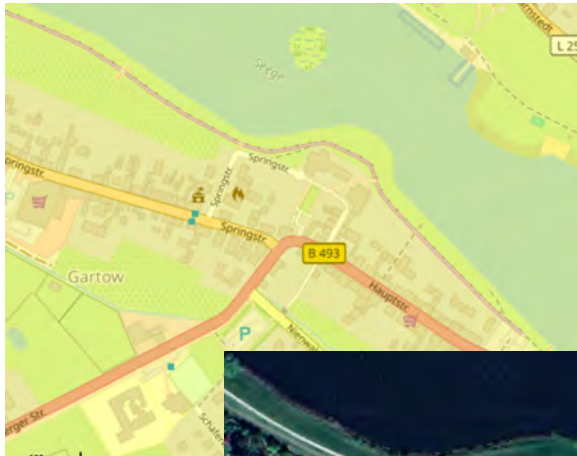
Die durchschnittliche Wegezeit zum nächsten Hausarzt beträgt teilweise (z.B. Damnatz, Gusborn, Trebel, Prezelle und Lemgo) zwischen 10-15 Minuten, was insgesamt als überdurchschnittlich zu bezeichnen ist.

Quelle: Versorgungsbericht KVN 2023

6.3 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg – ÖPNV-Netz



6.4 Standortanalyse RVZ im LK Lüchow-Dannenberg – Gartow, Haus des Gastes

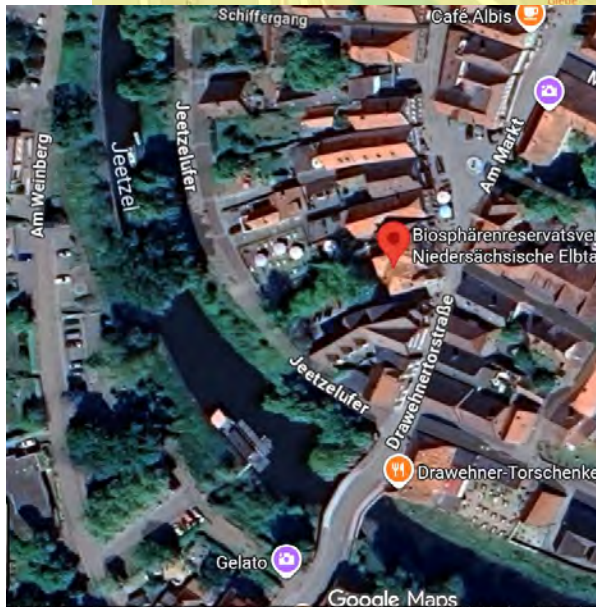


Steckbrief

- 1.460 Einwohner (2021)
- Stabile Bevölkerungszahl
- Rd. 119 Personen leben und arbeiten in Gartow
- Pendlersaldo mit -58 auf 1.000 Beschäftigte geringer als in anderen Kommunen des Landkreises
- 33% der Einpendler aus anderen Landkreisen.
- Insgesamt ca. 520 Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig)
- Im Vergleich zum LK hoher Altersdurchschnitt
- Grundschule
- Wanderungszuwächse
- Haus des Gastes mit Haus- und Zahnarztpraxis und tlw. ausbaubarem Dachgeschoss mit RVZ-Potenzial

Quelle: Nahverkehrsplan 2025 – 2029, VON Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, pendleratlas.de, BA-Statistik, Jahresstand 2021, eigene Berechnungen

6.5 Standortanalyse RVZ im LK Lüchow-Dannenberg – Hitzacker, Biosphärenzentrum

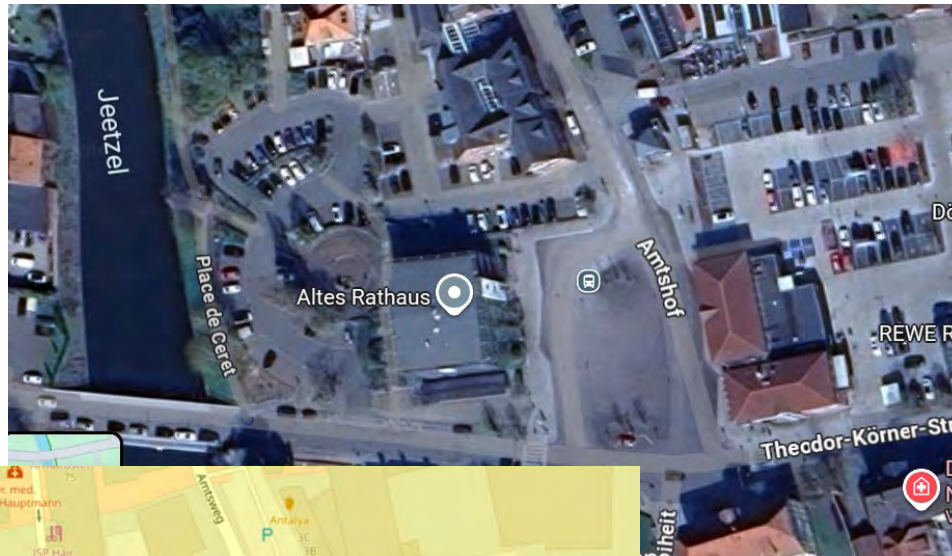


Steckbrief

- Denkmalgeschützte Innenstadt
- Stabile Bevölkerungszahl
- 4.566 Einwohner (2021)
- Rd. 558 Personen leben und arbeiten in Hitzacker
- Pendlersaldo mit -142 auf 1.000 Beschäftigte durchschnittlich im Landkreis
- Insgesamt ca. 1.340 Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig)
- Geringfügiges Einwohnerwachstum
- Vergleichbarer Altersdurchschnitt
- Leichter Zuzug jüngerer Familien
- Biosphärenzentrum im denkmalgeschützten Zentrum, nicht geeignete Raumstruktur

Quelle: Nahverkehrsplan 2025 – 2029, VON Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, pendleratlas.de, BA-Statistik, Jahresstand 2021, eigene Berechnungen

6.6 Standortanalyse RVZ im LK Lüchow-Dannenberg – Lüchow, Altes Rathaus



Steckbrief

- 9.388 Einwohner (2021)
- Leicht steigende Bevölkerungszahl
- Rd. 1550 Personen leben und arbeiten in Lüchow
- Pendlersaldo ist mit +365 auf 1.000 Beschäftigte deutlich besser als der Durchschnitt im Landkreis.
- Insgesamt rd. 4.600 Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig)
- 26% Einpendler aus anderen Landkreisen
- Altes Rathaus, energetisch zu sanieren, tlw. räumlicher Umbau notwendig

Quelle: Nahverkehrsplan 2025 – 2029, VON Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, pendleratlas.de, BA-Statistik, Jahresstand 2021, eigene Berechnungen

6.7 Standortanalyse RVZ im LK Lüchow-Dannenberg – Wustrow, ehem. Edeka



Steckbrief

- 2.812 Einwohner (2021)
- Leicht steigende Bevölkerungszahl
- 123 Personen leben und arbeiten in Wustrow
- Pendlersaldo mit -523 auf 1.000 Beschäftigte höher als in anderen Kommunen des Landkreises
- Insgesamt ca. 780 Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig)
- Im Vergleich zum LK niedrigerer Altersdurchschnitt
- Grundschule
- Früherer Luftkurort mit touristischem Angebot
- Ehemaliger EDEKA (rd. 700qm) als möglicher Standort für ein RVZ/MVZ, räumlich ungünstig, geringe Entwicklungsfähigkeit

Quelle: Nahverkehrsplan 2025 – 2029, VON Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, pendleratlas.de, BA-Statistik, Jahresstand 2021, eigene Berechnungen

6.8 Standortanalyse RVZ im LK Lüchow-Dannenberg – Clenze, ehem. Feuerwehrhaus












Steckbrief

- 2.156 Einwohner (2024)
- Sinkende Bevölkerungszahl
- 129 Personen leben und arbeiten in Clenze
- Pendlersaldo mit -367 auf 1.000 Beschäftigte höher als in anderen Kommunen des Landkreises
- Geprägt von Landwirtschaft, Kleingewerbe, wenige Unternehmen
- Insgesamt ca. 419 Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig)
- Im Vergleich zum LK leicht höherer Altersdurchschnitt
- Grundschule
- Ehemaliges Feuerwehrhaus in der Ortsmitte, diente lange als Gerätehaus, nennenswerte Um- vor allem aber Anbauten notwendig

Quelle: Nahverkehrsplan 2025 – 2029, VON Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, pendleratlas.de, BA-Statistik, Jahresstand 2025, eigene Berechnungen



6.9 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Danneberg im Überblick – Ergebnis

	Standorte	Ergebnis	Score	
	Gartow Haus des Gastes	MVZ-Filiale, RVZ-Campus	4	
	Hitzacker Biosphärenz.	MVZ mit RVZ-Angebot	3	
	Lüchow Altes Rathaus	MVZ mit RVZ-Angebot	6	
	Wustrow Edeka	MVZ-Filiale, RVZ-Campus	2	
	Clenze Altes Feuerwehrh,	MVZ-Filiale, RVZ-Campus	2	

6.10 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg im Einzelnen

	Bauliche Realisierbarkeit	Entwicklungsfähigkeit	Standortqualität / Erreichbarkeit	Vernetzungspotential	Score
Gartow Haus des Gastes	Kommunales Eigentum, Ausbau notwendig	Begrenzt	Eingeschränkte Erreichbarkeit, nennenswertes Einzugsgebiet	Ausbaufähiges Vernetzungspotential	
	2	0	1	1	4
Hitzacker Biosphärenzentrale	Kommunales Eigentum, Entkernung notwendig	Nennenswerte aber begrenzte Entwicklungsfähigkeit	Altstadtlage, begrenzte Erreichbarkeit	Lage im Versorgungsgebiet mit hohem Vernetzungspotential	
	0	1	0	2	3
Lüchow Altes Rathaus	Kommunales Eigentum, hohe Sanierungskosten	Ausreichende Fläche für MVZ-Entwicklung und RVZ	Zentrale Lage, ÖPNV- und PKW-Erreichbarkeit	Lage im Versorgungsgebiet mit hohem Vernetzungspotential	
	0	2	2	2	6
Wustrow Edeka	Miet- bzw. Pachtvertrag, Entkernung notwendig	Deutliche begrenzt	Eingeschränkte Erreichbarkeit ÖPNV	Geringes Vernetzungspotential	
	1	0	0	1	2
Clenze Altes Feuerwehrhaus	Abriss und Neubau notwendig	Ausreichende Fläche für MVZ-Entwicklung und RVZ	Eingeschränkte Erreichbarkeit ÖPNV,	Erkennbares Vernetzungspotential	
	0	1	0	1	2
Bewertungskriterien	0 = schwierig 1 = lösbar 2 = ohne Hürden	0 = nicht erweiterbar 1 = begrenzt 2 = gut skalierbar	0 = gering 1 = moderat 2 = hoch	0 = ungenügend 1 = eingeschränkt 2 = ohne Einschränkung	

6.11 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg – Scoringkriterien

- **Bauliche Realisierbarkeit** (Wie leicht lässt sich das Gebäude/Objekt baulich für ein RVZ/MVZ nutzbar machen?)
 - 0 = schwierig
 - Es bestehen wesentliche bauliche Hürden, die Zeit, Geld und Risiko deutlich erhöhen.
 - Typisch: umfangreiche Sanierung, statische Probleme, problematische Gebäudesubstanz (z.B. energetische Sanierung), unklare Genehmigungsfähigkeit, hoher Umbauanteil,
 - Praktische Folge: lange Realisierungszeit, hohe Unsicherheiten, Kosten schwer kalkulierbar.
 - 1 = lösbar
 - Umbau ist machbar, aber mit klaren, relevanten Maßnahmen verbunden.
 - Typisch: Anpassung von Grundriss/Technik nötig, mittlere Sanierung, Brandschutz/Barrierefreiheit erfordert Investitionen, aber grundsätzlich planbar.
 - Praktische Folge: mittlerer Aufwand, Risiken überschaubar, Kosten und Termin sind mit Planung gut steuerbar.
 - 2 = ohne Hürden
 - Bauliche Voraussetzungen sind weitgehend passend; es sind nur geringe Anpassungen erforderlich.
 - Typisch: gute Substanz, funktionale Flächen, Technik/Brandschutz grundsätzlich kompatibel, Umbau eher „Innenausbau/Anpassung“.
 - Praktische Folge: schnell realisierbar, Kosten gut kalkulierbar, geringe Projektrisiken.
- **Entwicklungsfähigkeit** (Wie gut lässt sich das Vorhaben später erweitern/mitwachsen?)
 - 0 = nicht erweiterbar
 - Die Fläche/Struktur lässt keine sinnvolle Erweiterung zu.
 - Typisch: zu klein, keine Reserveflächen, bauliche Grenzen (tragende Struktur), keine Erweiterungsmöglichkeit am Grundstück, feste Nutzungsgrenzen.
 - Praktische Folge: Der Standort bleibt dauerhaft „auf Kante genäht“; Wachstum führt schnell zu Engpässen.
 - 1 = begrenzt
 - Eine Erweiterung ist teilweise möglich, aber nur in engen Grenzen.
 - Typisch: kleine Reserven, Erweiterung durch Umorganisation möglich, zusätzliche Räume mit deutlichen Umbaumaßnahmen bzw. nicht optimaler Lösung.
 - Praktische Folge: Wachstum ist möglich, aber nicht beliebig, und verursacht mittelfristig nennenswerten Aufwand.
 - 2 = gut skalierbar
 - Der Standort bietet klare Reserven für Wachstum.
 - Typisch: zusätzliche Flächen verfügbar (im Objekt/auf Grundstück), Grundriss erlaubt Modul-Erweiterungen, technische Infrastruktur lässt Mehrbedarf zu.
 - Praktische Folge: Leistungsangebot kann schrittweise ausgebaut werden, ohne dass ein Umzug schnell notwendig wird.

6.12 Standortanalyse RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg – Scoringkriterien

- **Standortqualität / Erreichbarkeit** (Wie gut ist der Standort praktisch erreichbar und alltagstauglich?)
 - 0 = gering
 - Die Erreichbarkeit ist deutlich eingeschränkt.
 - Typisch: schlechte ÖPNV-Anbindung, ungünstige Wege/Umstiege, schwierige PKW-Zufahrt, wenig/keine Parkplätze, unklare Ausschilderung, ungünstige Lage für Laufkundschaft.
 - Praktische Folge: Höhere Hürde für Patienten und Personal; Nutzung bleibt unter Potenzial.
 - 1 = moderat
 - Erreichbarkeit ist grundsätzlich gegeben, aber mit spürbaren Einschränkungen.
 - Typisch: ÖPNV oder PKW funktioniert, aber nicht ideal (z. B. längere Wege, begrenzte Parkplätze, Lage nicht zentral, Spitzenzeiten problematisch).
 - Praktische Folge: Für viele machbar, aber nicht „bequem“, was die Nachfrage dämpfen kann.
 - 2 = hoch
 - Der Standort ist sehr gut erreichbar – sowohl für Patienten als auch Mitarbeitende.
 - Typisch: zentrale Lage, gut angebunden, kurze Wege, gute ÖPNV- und PKW-Erreichbarkeit, ausreichende Parkmöglichkeiten, klare Orientierung.
 - Praktische Folge: geringe Zugangshürden, bessere Auslastung und Attraktivität als Arbeitsplatz.
- **Vernetzungspotential** (Wie gut lässt sich fachlich/organisatorisch mit Partnern kooperieren?)
 - 0 = ungenügend
 - Kooperationen sind kaum sinnvoll oder nur mit hohen Reibungsverlusten möglich.
 - Typisch: kaum relevante Partner in Reichweite, geringe Einbindung in Versorgungsstrukturen, wenig Zuweiser-/Kooperationsmöglichkeiten, „Insellage“.
 - Praktische Folge: Weniger Synergien, schwerer integrierte Versorgung, geringere Systemwirkung.
 - 1 = eingeschränkt
 - Es gibt einige Kooperationsoptionen, aber nicht durchgängig bzw. nur für bestimmte Themen.
 - Typisch: einzelne Partner vorhanden (z. B. Pflege, Apotheke, Therapie, einzelne Praxen), aber kein dichtes Netzwerk oder lange Wege/Abstimmungsaufwand.
 - Praktische Folge: Kooperation möglich, aber nicht automatisch effizient; Potenzial wird nicht immer ausgeschöpft.
 - 2 = ohne Einschränkung
 - Ein starkes, funktionierendes Netzwerk ist realistisch und leicht aufbaubar.
 - Typisch: relevante Akteure in räumlicher/organisatorischer Nähe, klare Schnittstellen, hohe Einbindung in lokale Versorgung, gute „Andockfähigkeit“.
 - Praktische Folge: Synergien und integrierte Versorgung lassen sich schnell und stabil etablieren.



7. Realisierungspotenziale MVZ und RVZ

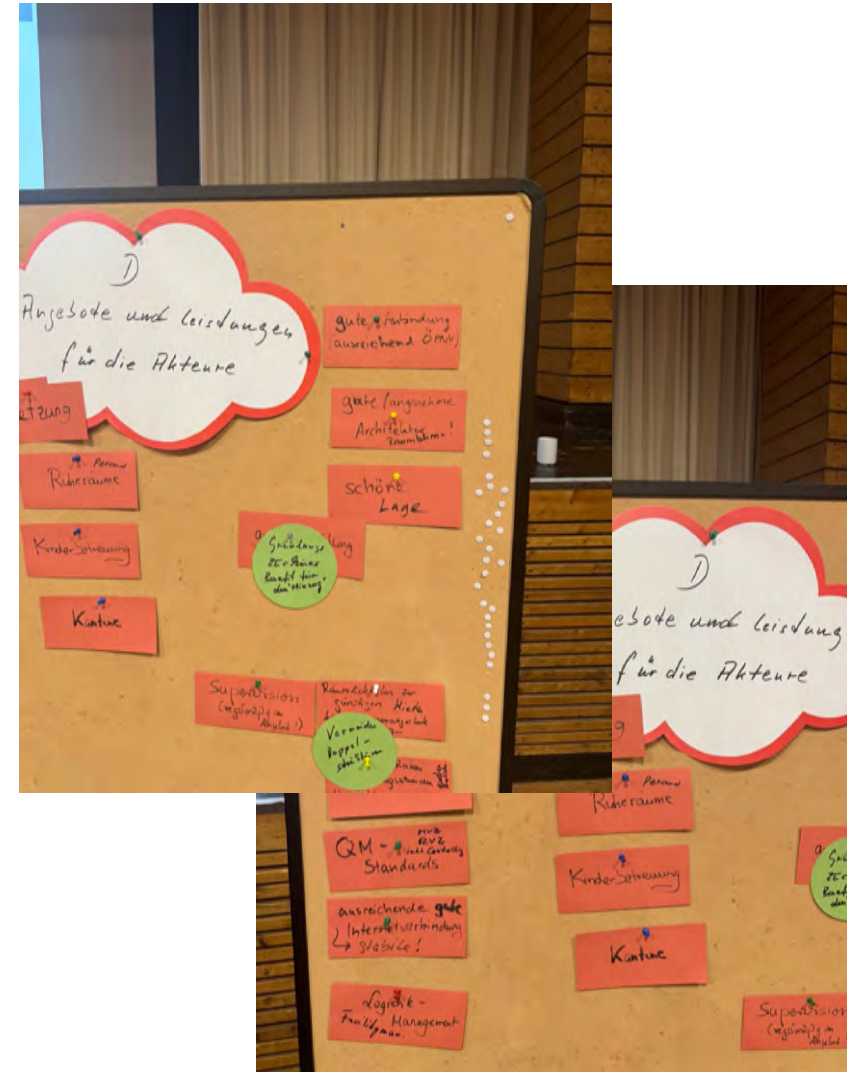


7.1 Ergebnis – Workshop am 03.12.2025



7.2 Ergebnis – Angebote für Akteure

- **Arbeitsbedingungen und Attraktivität**
 - Reduktion der Bürokratie für Ärzte
 - Teilzeitmodelle und flexible Arbeitszeiten
 - Verlässliche, stabile Internet- und IT-Infrastruktur
 - Gute ÖPNV-Anbindung und Erreichbarkeit des Standorts
 - Angenehme Architektur und hochwertige Raumqualität
- **Unterstützende Infrastruktur**
 - Ruheräume für Personal
 - Kantine / Verpflegungsangebote
 - Kinderbetreuung
 - Logistik- und Facility-Management
 - Zentrale Organisation von QM-Standards (MVZ / RVZ-übergreifend)
- **Qualifikation und Vernetzung**
 - Fort- und Weiterbildungsangebote (intern und extern)
 - Regelmäßige Supervision
 - Vernetzungsangebote zwischen Akteuren
 - Geschützte Facharzt-Settings als Anreiz
 - Gute Zusammenarbeit zwischen ambulanten und weiteren Akteuren



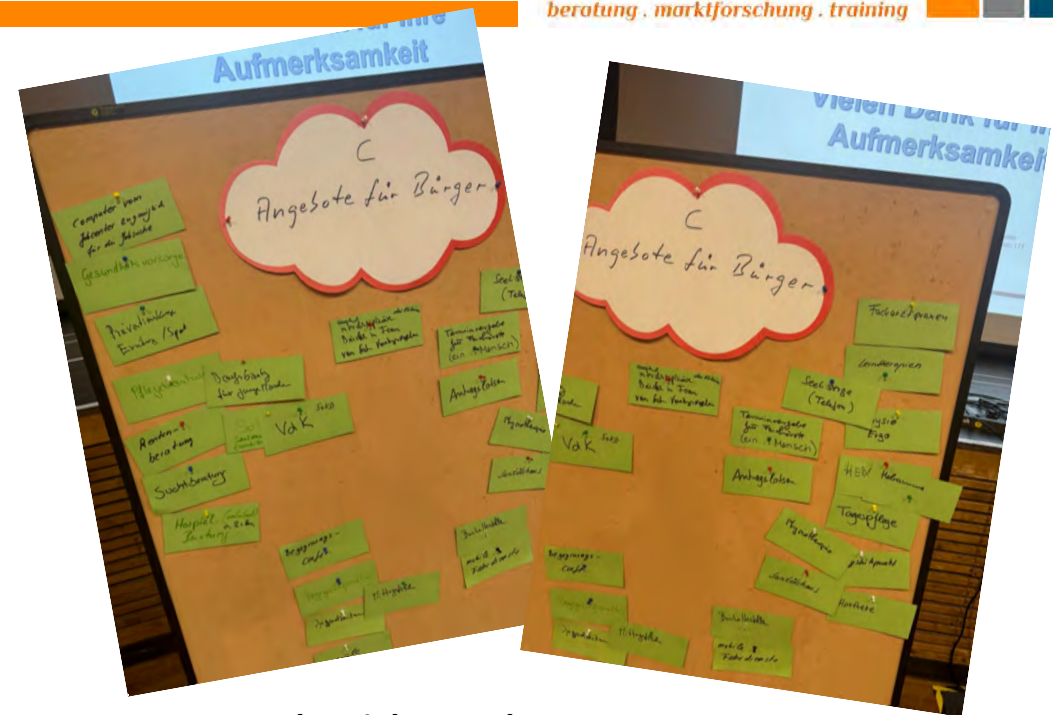
7.3 Ergebnis – Angebote für Bürger/-innen

■ Gesundheit und Pflege

- Hausärztliche Versorgung (z. B. mehrere Ärzte an einem Ort)
- Facharztpraxen
- Physio- und Ergotherapie
- Logopädie
- Hebamme
- Apotheke
- Sanitätshaus
- Tagespflege und Pflegestützpunkt
- Hospiz- und Palliativberatung

■ Gemeinwesen und Teilhabe

- Begegnungscafé
- Begegnungsstätte
- Jugendzentrum
- Mittagstisch
- Beratungsstellen
- Mobile Fahrdienste
- Computerarbeitsplätze (z. B. vom Jobcenter) zur Unterstützung bei Jobsuche und Anträgen

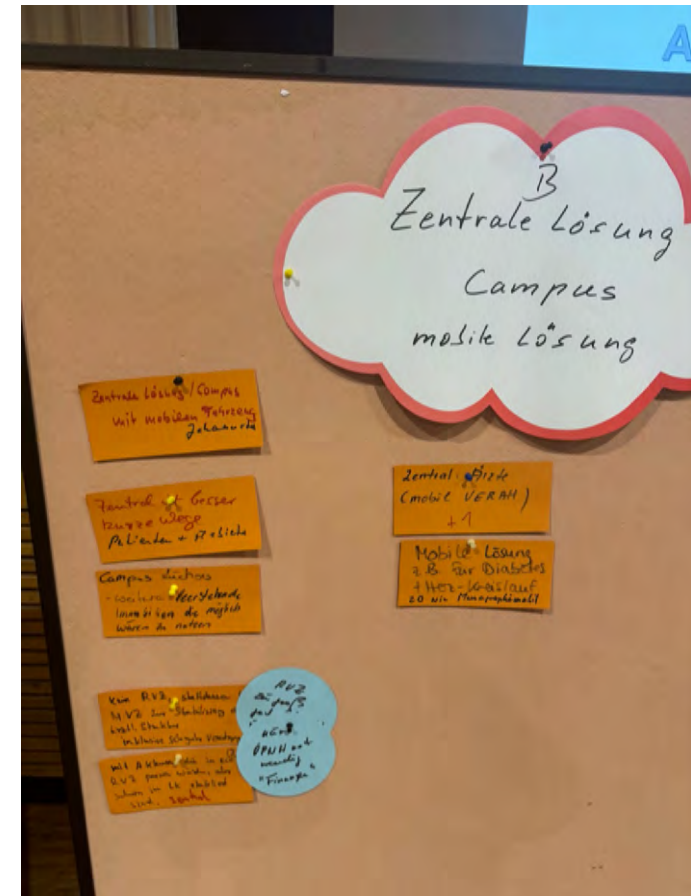


■ Beratung und soziale Angebote

- Gesundheitsvorsorge
- Präventionsangebote (Ernährung, Sport)
- Suchtberatung
- Rentenberatung
- Sozialberatung / Sozialdienst
- Antragslotsen
- Terminvergabe für Fachärzte mit persönlicher Unterstützung („ein Mensch“)
- Seelsorge (auch telefonisch)
- Interdisziplinäre Brückenfunktion zw. Versorgungssystemen

7.4 Ergebnis – Zentrale Lösung vs. Campus vs. mobile Lösung

- **Campus- / Zentrallösung**
 - Zentrale Lösung mit kurzen Wegen für Patienten und Personal
 - Bessere Zusammenarbeit und Austausch zwischen Akteuren
 - Campus-Charakter ermöglicht Erweiterungen und Weiterentwicklung
 - Zentraler ärztlicher Kern mit mobilen Angeboten (z. B. VERAH)
 - Bündelung von Infrastruktur, Verwaltung und QM
 - Attraktiver Arbeits- und Versorgungsort mit hoher Sichtbarkeit
- **Mobile und hybride Lösungen**
 - Mobile Angebote für spezielle Zielgruppen (z. B. Diabetes-, Herz-Kreislauf-Programme)
 - Kombination aus zentralem Campus und dezentraler Versorgung
 - Mobile Fahrdienste zur Anbindung peripherer Ortsteile
- **Standortkriterien (MVZ / RVZ)**
 - Zentrale Lage im Landkreis, für alle gut erreichbar
 - Nähe zu ÖPNV, Bus- und ggf. Bahnhof
 - Gute Parkplatzsituation
 - Bestehende Infrastruktur nutzbar (z. B. Umbau statt Neubau)
 - Signalfunktion im Ortskern / Innenstadt
 - Möglichkeit zur schrittweisen Erweiterung
 - Dezentral nur dort sinnvoll, wo zentrale Versorgung nicht erreichbar ist

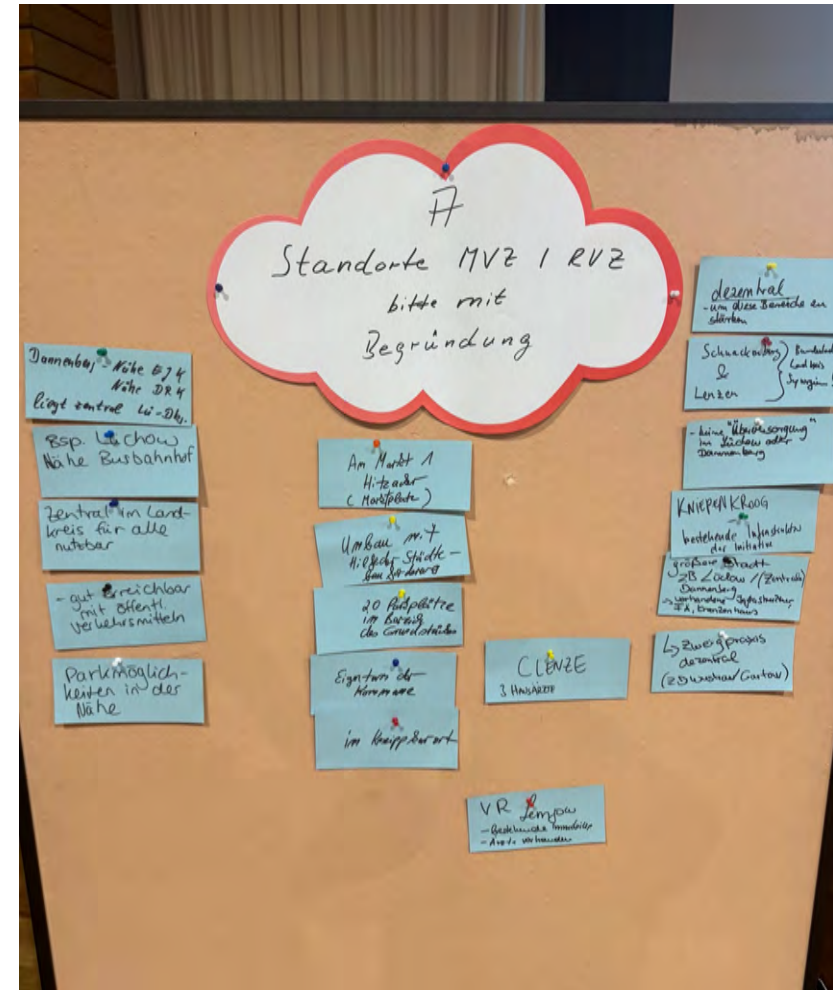


7.5 Ergebnis – Standortkriterien und erste Ideen

- **Standortkriterien**
 - Zentral im Landkreis
 - Gute ÖPNV-Erreichbarkeit
 - Nähe Busbahnhof
 - Parkmöglichkeiten (ca. 20 Stellplätze)
 - Umbau statt Neubau / Nutzung Bestand
 - Kommunales Eigentum

- **Genannte Orte**
 - Lüchow – Nähe Busbahnhof
 - Dannenberg – Nähe DRK / EJK
 - Hitzacker – Am Markt 1, Kneippkurort
 - Clenze – 3 Hausärzte
 - KneipenKroog – bestehende Infrastruktur
 - Schnackenburg / Lenzen – Randlage
 - VR Lemgow – Immobilie, Arzt vorhanden

- **Dezentrale Ergänzung**
 - Zweigpraxis zur Stärkung einzelner Bereiche
 - Beispiele: Wustrow, Gartow





7.6 Ergebnis Einzelgespräche – Stimmungsbild

- Die Nachbesetzung von Praxen ist bereits jetzt hochproblematisch.
- Junge Ärztinnen und Ärzte streben fast ausschließlich ein Angestelltenverhältnis an, nicht mehr die Selbständigkeit.
- Ein MVZ wird daher als zukunftsfähige Versorgungsform angesehen.
- Gleichzeitig bestehen erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit, insbesondere in Bezug auf:
 - Personalgewinnung
 - Standortwahl
 - Organisationsstruktur
 - Wirtschaftliche Rahmenbedingungen





7.7 Ergebnis Einzelgespräche – Zentrale Sorgen & Kritikpunkte

a) Ärztemangel & Personalbeschaffung

- Nahezu alle Gesprächspartner sehen die Personalgewinnung als das größte strukturelle Risiko . Zusätzlich besteht Sorge, dass:
 - ein kommunal gefördertes MVZ bestehenden Praxen Personal abwirbt,
 - dadurch ein verzerrter Wettbewerb entsteht.

b) Standortproblematik

- Die Standortfrage wird durchweg als kritisch bewertet:
 - Lüchow wird als zentraler, aber bereits relativ gut versorgter Standort gesehen.
 - Hitzacker wird als unterversorgt eingeschätzt, liegt jedoch randständig.
 - Wustrow wird ebenfalls als unterstützungsbedürftig genannt.
 - Randlagen und sehr kleine Orte werden als ungeeignet beurteilt.
- Mehrfach wurde eine dezentrale Struktur mit Filialpraxen statt eines monozentralen RVZ angeregt.





7.8 Ergebnis Einzelgespräche – Zentrale Sorgen & Kritikpunkte

c) Skepsis gegenüber Umfang und Erwartungen

- Einzelne Ärzte empfinden die Erwartungen an ein RVZ als überzogen und realitätsfern.

d) Hausärztliche Versorgung & Patientenbindung

- Es bestehen Bedenken, ob in einem MVZ:
 - klassische Hausbesuche weiterhin gewährleistet sind,
 - Patienten weiterhin einen festen ärztlichen Ansprechpartner behalten.





7.9 Alternative: Servicegesellschaft

Idee: Kommunal getragene Servicegesellschaft zur Entlastung der Ärzte. Aufgaben (Beispiele):

- Verwaltung & Organisation
 - Abrechnung, Controlling, Fördermittel
 - Personalverwaltung, Dienstpläne, QM, IT
- Entlastung von „Care-Arbeit“
 - Wundmanagement
 - Case Management / Versorgungskoordination
 - Unterstützung beim Praxismanagement (auch für bestehende Praxen)

Ziel:

- Ärzte können sich stärker auf medizinische Tätigkeit konzentrieren
- Standort wird für junge Ärzte attraktiver





7.10 Alternative: Servicegesellschaft (Springer-Pool)

Problem:

- MFA-Gewinnung und -Bindung schwierig
- Konkurrenz durch größere MVZ (attraktivere Gehälter)
- Vorschlag (aus Ärzteschaft):
 - Kommunalen MFA-Pool („Springer-Pool“)
 - Springer zur Abdeckung von Engpässen (Krankheit, Urlaub, Schwangerschaft)
 - Einsatz in RVZ und bestehenden Praxen möglich

Nutzen:

- Stabilere Versorgung
- Entlastung kleiner Praxen, ohne dauerhaftes Mehrpersonal
- Stärkung des gesamten Standortes



7.11 Alternative: Servicegesellschaft – schematische Darstellung

Entlastung für niedergelassene Ärzte ohne medizinische Anstellung.



- Konzept:**
Übernahme administrativer Lasten, damit Ärzte sich auf Patienten konzentrieren können.
- Bewertung:**
Geringeres wirtschaftliches Risiko, aber weniger direkter Einfluss auf die Sicherstellung der Arztsitze („Fragil, da personenabhängig“).



7.12 Realisierungspotenzial Regionales Versorgungszentrum



A. RVZ bestehend aus

- Funktionen des Gesundheitskioskes
 - Koordination von Facharztterminen
 - Case Management für chronisch Kranke
 - Pflegefachkraft + Sozialberater
 - Gesundheitsberatung, Impfaktionen
- Telemedizinischem Netzwerk Videosprechstunden für Fachärzte (gemeinsame Schnittstellenplanung über Ärztenetz / -genossenschaft oder Servicegesellschaft, Partner: Kliniken, Fachärzte im Landkreis.
- Ziel: Reduzierung von Wartezeiten und Fahrwegen, Halten der Patienten und Fördern einfließender Verkehr

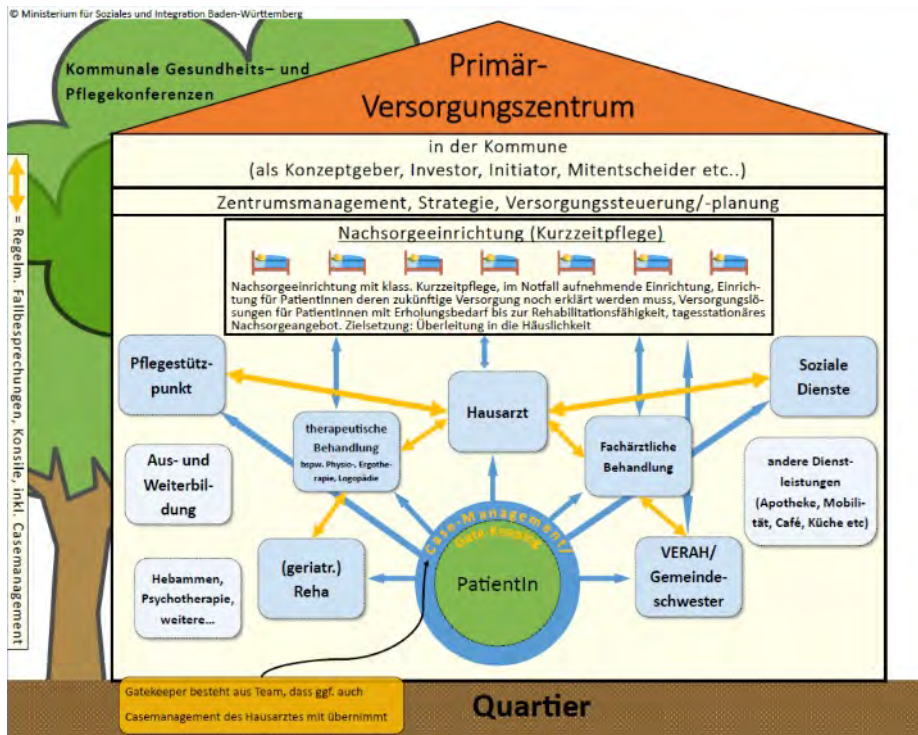
B. Digitale Diagnostikstation

- Blutdruck, EKG, Labor-Schnelltests
- Vernetzung mit Ärzten für Befundübermittlung
- Nutzen: Entlastung von Praxen, schnelle Ergebnisse.

C. Mobile Versorgung

- Fahrdienst: Für Hausbesuche bei immobilen Patienten.
- Kooperation: Mit Pflegediensten und Apotheken.
- Praxismobil für Versorgung der nicht an den Hauptachsen liegenden Kommunen

7.13 Erfahrungen mit Vernetzungsmodellen – PVZ / PORT



Förderung von Projekten zur Konzeptualisierung und zum Aufbau von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken. Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

Das beste Modell ist eine Kombination aus PORT-Zentrum + Gesundheitskiosk + Community Health Nurses, ergänzt durch:

- Telemedizinische Plattform für Facharztkonsile,
- Digitale Diagnostikstationen,
- Integrierte Versorgung über Selektivverträge.

Dieses Hybridmodell:

- schafft eine wohnortnahe Versorgung,
- entlastet Ärzte,
- stärkt Prävention und Gesundheitskompetenz,
- ist förderfähig über Innovationsfonds und Landesprogramme.

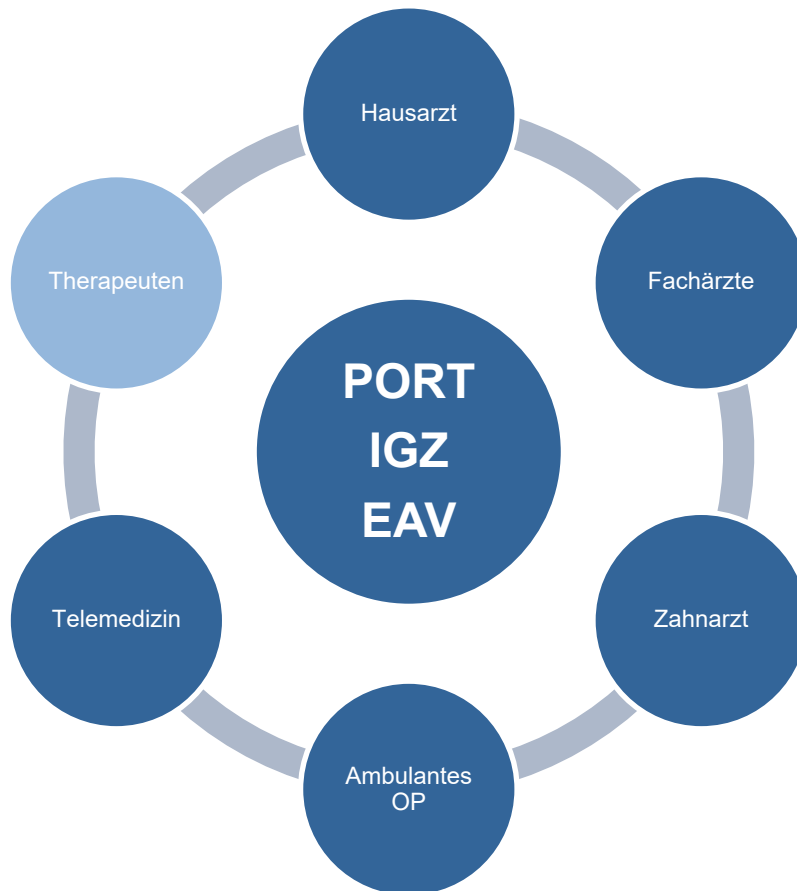
Inhaltliche und angebotsseitige Vernetzung von stationären, ambulanten oder aufsuchenden Anbietern aus Medizin, Gesundheit, Pflege und Soziales. Lotsung der Nutzer

Phase 1: Vernetzung der Anbieter und erste Synergien

Phase 2: Definition Schnittstellen und Vereinheitlichung der Informations- und Überleitungsprozesse

Phase 3: Aufbau „Dach“ mit Services, Weiterbildung, QM usw.

7.14 Versorgungsmodell PORT – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs



Fokus einzelne Kommunen oder im engeren regionalen Umfeld Interkommunal

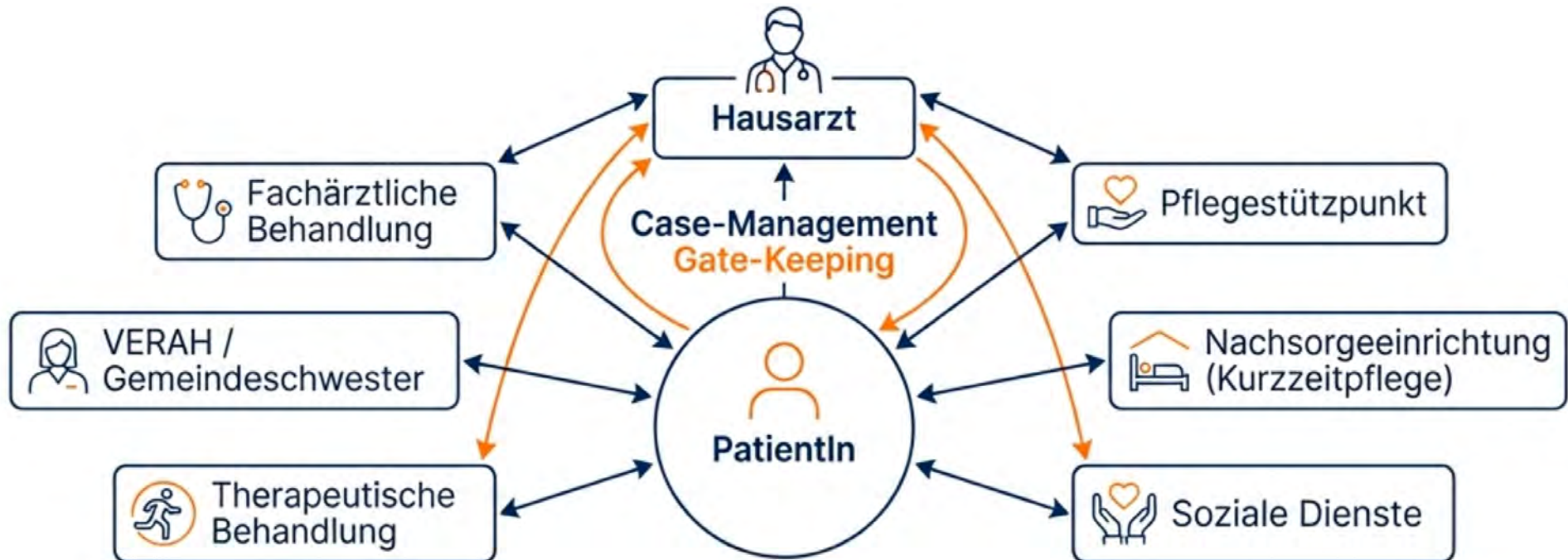
Im Rahmen des Programms "PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" stellt die Robert Bosch Stiftung fünf Projekten bis zu zwei Millionen Euro zur Verfügung. Modell stehen lokale Gesundheitszentren in Kanada und Schweden. Sie verbinden medizinische mit therapeutischer Versorgung und integrieren weitere Gesundheitsangebote.

Träger der fünf PORT-Zentren sind der Landkreis Calw und die Gemeinde Hohenstein in Baden-Württemberg, das Gesundheitskollektiv e.V. in Berlin, der Landkreis Waldeck-Frankenberg in Hessen und die Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein (s. unten).

Synonyme:

- IGZ – Intersektorales Gesundheitszentrum
- EAV – Erweiterte ambulante Versorgung
- PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
- **Die vorgesehenen Kooperationen von Kommunen mit PVZ (sofern kein Kiosk besteht) können noch nicht beziffert werden.**
- **Da der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für nichtärztliche Leistungen angehoben werden soll, ist hier mit Mehrausgaben für die GKV zu rechnen.**

7.15 Versorgungsmodell PORT – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs



Kontext: Getrieben durch die Krankenhausreform (Rückbau kleiner Häuser).

Förderung: Programme wie "PORT" (Robert Bosch Stiftung) oder Landesförderung BW.

Beispiele: PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb, PORT-Zentrum Brüggen-Schwalmtal.

7.16 Versorgungsmodell PVZ / PORT – Beispiele, Auslöser, Anschubfinanzierung

Gründer/Träger	Betreiber	Ärztl. Ausrichtung	Ausrichtung	Gründungsjahr	Region, Stadt/Land
PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein					
Auslöser: Ausschreibung supPORT- Auf dem Weg zu patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung Zuschlag auf Basis regionaler Gegebenheiten					
Landkreis	PVZ intern	haus- und fachärztlich	Lotsin, nicht-ärztliche Praxisassistentin	2017	ländlich
PORT-Zentrum Brüggen-Schwalmtal					
Ärzte, Übergang in kommunale Trägerschaft	Ärzte	haus- und fachärztlich	Case-Manager, nicht- ärztliche Praxisassistentin	seit 2018	LK Viersen, ländlich / kleinstädtisch

Anschubfinanzierung bei Gründung über Förderprogramme Bundesland oder Stiftungen (z.B. PORT) sowie Kommunen notwendig (Laufzeit 2 – 3 Jahre). Förderhöhe abhängig von Art, Umfang und Angebotspalette des PVZ von 500.000 € (BW/PORT) für das „Basis-Modul“.



7.17 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Niederschwellige Lotsenfunktion – Ein Exkurs



Lotsung

Steuerung von betreuungsintensiven Patienten.



Prävention

Gesundheitsförderung im Quartier.



Entlastung

Reduzierung von unnötigen Arztbesuchen und Klinikeinweisungen.



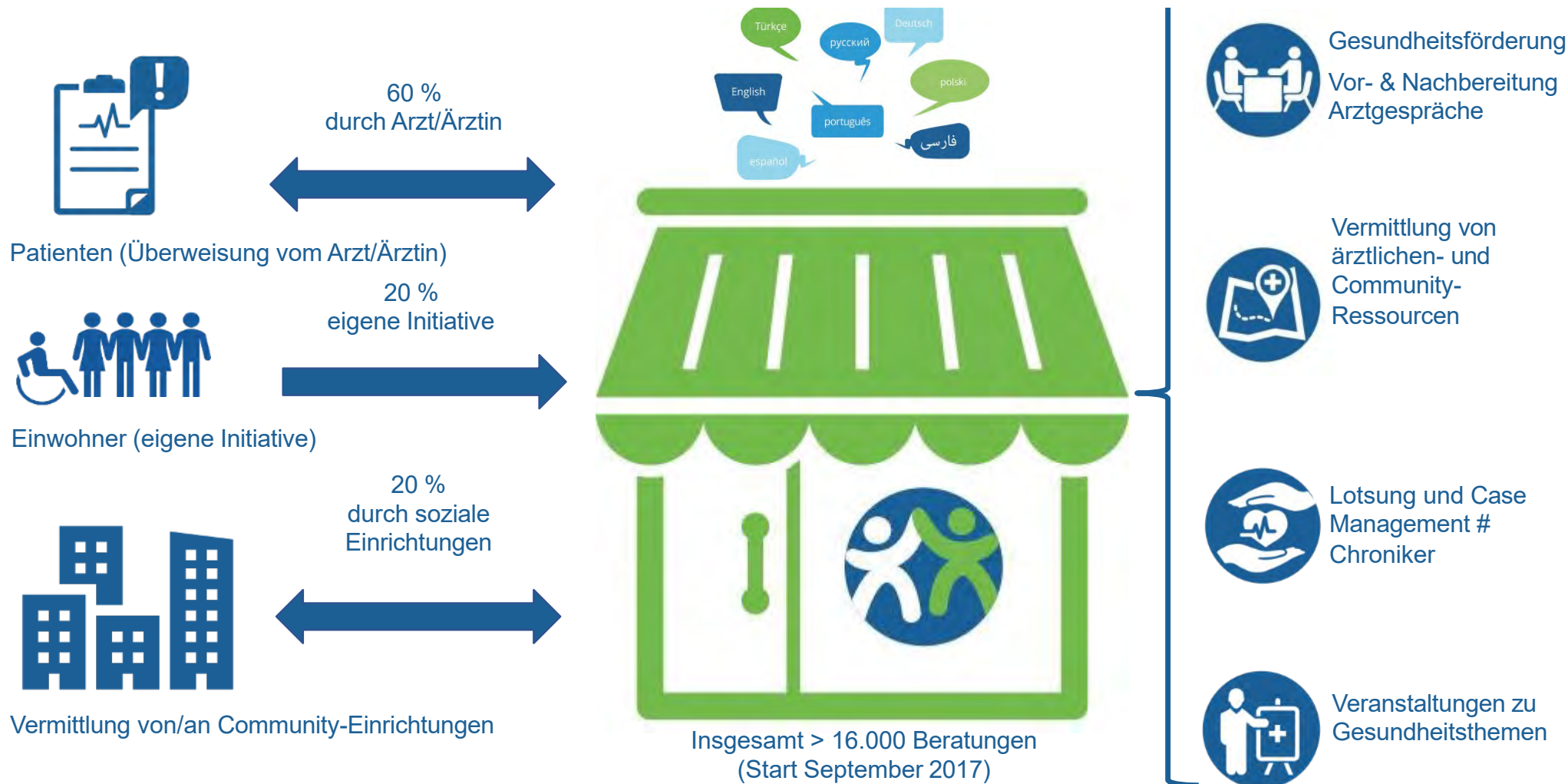
Vernetzung

Bindeglied zwischen medizinischen und sozialen Akteuren.

Zielgebiete: Soziale Brennpunkte (z.B. Hamburg-Billstedt) oder ländliche Räume (z.B. Landkreis Hörter – „Smarte Gesundheitsversorgung“).

Finanzierung: Oft Mischfinanzierung aus GKV, Kommunen und Förderprogrammen.

7.18 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs



7.19 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Auslöser und Finanzierung

Gründer/Träger	Betreiber	Berater	Gründungsjahr	Region, Stadt/Land
Gesundheitskiosk Billstedt-Horn, Hamburg				
Auslöser: 120.000 Einwohner, jeder Fünfte lebt von Hartz IV, mehr als jeder Vierte hat keinen deutschen Pass, sterben rd. 11 Jahre früher, erkranken ø 7 Jahre früher an Krebs (Leistungskosten)				
Ärztennetze, div. Träger, GKV	Privatwirtschaftlicher Betreiber	>10	2017	großstädtisch
Gesundheitskiosk Altenessen (die Kümmerei)				
Auslöser: Rd. 83.000 Einwohner, mehr als 23.000 AOK-Versicherte, Marktanteil 28%, Duplikation Billstedt-Horn und private Initiative von HerzNetzCenter GmbH				
AOK Rheinland/Hamburg und IKK Classic	HerzNetzCenter GmbH	9	2021	Großstädtisch
Gesundheitskiosk Landkreis Hötter				
Auslöser: Rd. 142.000 Einwohner, niedrigste Bevölkerungsdichte aller Kreise in NRW, 30 Dörfer als Ortsteile in 10 Städten, Modellvorhaben „Smarte Gesundheits- und Pflegeversorgung für ländliche Räume“				
Landkreis, WiFö GmbH	VHS Dieme-Egge-Weser	Je 2 pro Dorf	2022	ländlich

Anschubfinanzierung bei Gründung durch Förderprogramme oder Kommune notwendig (Laufzeit 1 - 2 Jahre). Förderhöhe abhängig von Art, Umfang und Angebotspalette ab 200.000 € - 6,3 Millionen € für 3 Jahre.

7.20 Versorgungsmodelle – Abrechnungsarten ergänzend zur Förderung

Haupt-Abrechnungsarten	(k)MVZ	PVZ	RVZ	Kiosk
Abrechnung nach EBM über GKV	x	x	x	
Abrechnung nach GOÄ über PKV	x	x	x	
Selektivverträge GKV § 140 SGB V	x	x	x	x
Privatliquidationen (individuelle Gesundheitsleistungen = IGeL)	x	x	x	
sonstige Abrechnungen	x	x	x	
Belegfinanzierung (z.B. MRT, amb. OP)		x		
Koop-Verträge Prävention mit ÖGD, Therapeuten, Anbietern Kurse und Beratung			x	x
Koop-Verträge Primärprävention mit Arztpraxen (z.B. Versorgung chron. Wunden)		x	x	x
Servicegebühren für Räume, Veranstaltungen (z.B. Job-Center, Rentenberatung, Nachhilfe, Sprachschule)			x	x
Koop-Verträge Krankenhäuser (Senkung Wiedereinweisungen)				x
Koop-Verträge Pflege (ambulant und stationär)				x
Kommunen, GKV, PKV Zuschuss Investitions- und Betriebskosten	?	x	x	x

7.21 Priorisierung Modell – Basis-Kennzahlen zur Bestimmung

Kriterien	(k)MVZ	PVZ	RVZ	Kiosk
Anzahl Hausärzte im Verhältnis zur kommunalen Bevölkerung	X	X	X	
Versorgungsgrade Mittelbereich, freie Arztstellen	X	X	X	
Kommunales Wettbewerbsumfeld	X	X	X	X
Psychotherapeuten und Hebammen sowie weitere Berufsgruppen / Therapeuten im Gesundheitswesen im Verhältnis zur Bevölkerung		X	X	X
Anzahl Fachärzte im Verhältnis zur kommunalen Bevölkerung (Umfeld 20 km)	X	X	X	
Versorgungsgrade Fachärzte im Planungsbereich (Kreis), freie Arztstellen	X	X	X	
Stationäre Versorgung, Stand und Entwicklung		X		
Sozioökonomische Kennzahlen (z.B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger, Migranten, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen oder anhand eines regionalen Deprivationsstatus, Senioren			X	X
Anzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen		X		X
Finanzielle Kennzahlen wie Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, rechnerisches Kostensenkungspotential				X
Förderungen KV, Kreise (Förderrichtlinie), Landesministerien	X	X	X	X



8. Kommunales MVZ – Gründung und Organisation



8.1 Kommunales MVZ im RVZ – Gründung und Zulassung

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können gegründet werden durch
 - Vertragsärzte / Psychotherapeuten,
 - Krankenhäuser,
 - Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen,
 - Gemeinnützige Träger mit Versorgungsauftrag,
 - Kommunen.
- Für die Gründung sind mindestens zwei hälftige Arztsitze notwendig und zwei Vertragsärzte notwendig.
- MVZ benötigen eine Zulassung durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss.
- Die Tätigkeit von Ärzten im MVZ unterliegt der Bedarfsplanung (Voraussetzungen erfüllt).
- MVZ können facharztgleich oder -übergreifend geführt werden. Bei kommunalen MVZ überwiegen – zumindest bei Gründung – die hausärztliche Versorgung.
- Die Gründung eines MVZ mit zwei oder mehr Standorten ist generell möglich, allerdings muss zu diesem Zeitpunkt sichergestellt sein, dass mindestens deutlich über 50% der ärztlichen Leistungen in der Zentrale erfolgen.



8.2 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich – Empfehlung

Rechtsformempfehlung (MVZ & RVZ): GmbH bzw. gGmbH

- Die GmbH/gGmbH bietet beiden Einrichtungen strukturelle Flexibilität. Sie ermöglicht die spätere Beteiligung Dritter und damit eine optionale Weiterentwicklung der Leistungsbereiche. Diese Öffnung ist bei einer Anstalt des öffentlichen Rechts (AÖR) regelmäßig nicht gegeben – insbesondere für das RVZ ist dieser Punkt strategisch relevant.
- Besonderheit MVZ – zulässiger Gesellschafterkreis: Der Kreis der gründungs- und beteiligungsfähigen Personen ist gesetzlich definiert. Nur diese gründungsberechtigten Akteure können später ohne Gefährdung der MVZ-Zulassung als Mitgesellschafter aufgenommen werden. Nicht berechtigte Personen können weder gründen noch später Anteile an der MVZ-GmbH halten.
- Risikotrennung / Krisenfestigkeit: Tritt ein (unvorhersehbarer) wirtschaftlicher Worst Case ein, ist die GmbH/gGmbH – anders als die AÖR – insolvenzfähig. Bei zwei getrennten Gesellschaften (MVZ und RVZ) kann Sanierung bzw. Insolvenz gesellschaftsgetreunt erfolgen und Risiken lassen sich klarer isolieren.



8.3 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich – Empfehlung



- Betreiberrolle der Kommune: Mit einem thematisch zuständigen Geschäftsführer in Teilzeit behält die Kommune unmittelbaren, projektbezogenen Einfluss und verkürzt Entscheidungswege. Die ärztliche Leitung des MVZ übernimmt ein im MVZ tätiger Arzt.
- Hinweis zu Sicherheiten (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V): Sind Kommunen Gesellschafter einer GmbH bzw. gGmbH, ist regelmäßig eine Bürgschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu stellen. Aufgrund des möglichen Durchgriffshaftungsrisikos ist hierfür die Genehmigung der Kommunalaufsicht erforderlich; zudem können spürbare Zinslasten entstehen. Empfehlung: Frühzeitige Abstimmung mit der Kommunalaufsicht, ob die Sicherheitsleistung für eine kommunale GmbH nach § 95 Abs. 2 S. 6 bewilligt wird.



8.4 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht I)

- **Kommunale MVZ** können in folgenden Rechtsformen gegründet werden (Siehe Rechtsgutachten Kanzlei Göhmann):
 - **Regie- und Eigenbetriebe**
durch fehlende eigene Rechtspersönlichkeit **kaum geeignet**.
 - **Anstalt des öffentlichen Rechts**
kaum Entwicklungsfähig, d.h. für den dynamischen Markt der ärztlichen Versorgung **nicht zu empfehlen**.
 - **Körperschaften des öffentlichen Rechts und Kommunalunternehmen**
durchaus **möglich und marktadäquat**. Sie begrenzen zwar die Art der Träger, sind jedoch wachstumsfähig.
 - **Genossenschaften**
leiden an der Unverbindlichkeit der Mitgliedschaft und der projektbezogenen Organisation, von daher **nur unter bestimmten Voraussetzungen zu empfehlen**.
 - **GmbH**
als unternehmerisch geeignetste Rechtsform **eindeutig zu empfehlen**. Volle Handlungsfähigkeit der Gesellschafter.

8.5 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht II)

Kommunen können bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren auf mehrere Rechtsformen zurückgreifen. Die Rechtspersönlichkeit der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist dabei die dominierende Unternehmensform.

Mögliche Rechtsformen und deren Bewertung im Überblick:

- **Regie- und Eigenbetriebe** sind durch die fehlende eigene Rechtspersönlichkeit kaum geeignet.
- Die **Anstalt des öffentlichen Rechts** ist kaum entwicklungsfähig, da sie nur Kunden und keine Mitglieder hat. So kann z.B. keine weitere Kommune mit angeschlossen werden, ohne dass die AöR geschlossen und neu gegründet

	<u>Regiebetrieb</u>	<u>Eigenbetrieb</u>
<u>Positiv</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache Gründung, gemeindlicher Organisationsakt • Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschl. Unternehmen • daher Sondervermögen • Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig
<u>Negativ</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Keine eigene Rechtspersönlichkeit • Organisatorische und inhaltliche Überforderung • Keine Unternehmensversicherungen möglich 	
	Kein eigenes Vermögen	Stammkapital üblicherweise 30-40% des Geschäftsvolumens
<u>Gesamt</u>	nicht zu empfehlen	nur in wirklichen Ausnahmefällen zu empfehlen

8.6 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht III)

Körperschaften des öffentlichen Rechts und **Kommunalunternehmen** sind durchaus mögliche und marktadäquate. Sie begrenzen zwar die Art der Träger, sind jedoch wachstumsfähig. Sie begrenzen zwar den Kreis der Träger auf Kommunen, dies steht jedoch nicht im Widerspruch zur Leitidee.

	<u>AöR</u>	<u>KdöR</u>
<u>Positiv</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Umgründung in Kommunalunternehmen möglich • Stammkapital durch Träger (30-40% Geschäftsvolumen) • Eigenes Vermögen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gründung als Betrieb gewerblicher Art in Form einer Körperschaft durch einen öffentlich-rechtlichen Gründungsakt • Hat Mitglieder, die gem. der Statuten wechseln können • Gründungskapital durch Mitglieder
<u>Negativ</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Mitglieder, nur Nutzer • Begrenzte und aufwendige Umgründung • Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand 	<ul style="list-style-type: none"> • Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand
<u>Gesamt</u>	Für einen dynamischen Markt im Wandel zu starr	klar definierte Geschäftsbasis eingeschränkte Weiterentwicklung



8.7 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht IV)

Genossenschaften leiden an der Unverbindlichkeit der Mitgliedschaft und der projektbezogenen Organisation und sind von daher nur unter bestimmten Voraussetzungen zu empfehlen. Die in der Leitidee entwickelte Struktur ließe zwar in der Aufbauphase die Form der Genossenschaft zu, jedoch nicht im anschließenden Regelbetrieb mit klar abgegrenzten Organisationseinheiten.

	(g)GmbH	(g) e.G.
Positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Gründer genügt • Geschäftseinfluss (üblicherweise) abhängig von Gesellschaftsanteilen • Stammkapital min. 25.000 €, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Eigenes Vermögen • Nachschusspflicht nach Ges.-Vertrag • Kurze Entscheidungswege und Gesamtzuständigkeiten GF 	<ul style="list-style-type: none"> • Drei Gründer notwendig • Eigenes Vermögen, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Nachschusspflicht nach Satzung • (noch) keine Sicherheitsleistung für KV
Negativ	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsleistung für KV, aber Bankbürgschaft nach § 232 BGB möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Genossen unabhängig von ihren Anteilen gleichberechtigt (Gewinnverteilung) • Leichter Ein- und Ausstieg möglich, Risiko Untergang bei weniger als drei Genossen • Kein festes Kapital • Formenstrenge des Genossenschaftsrechts, Anpassung an MVZ kaum möglich
Gesamt	klar definierte Geschäftsbasis, zukunftsfähig	Struktur und Interessen ggf. volatil

Die **GmbH** ist als unternehmerisch geeignetste Rechtsform eindeutig zu empfehlen. Volle Handlungsfähigkeit der Gesellschafter und die absolute Flexibilität der Gesellschafterzusammensetzung – natürlich im Kreis der befugten Träger – erleichtert den sukzessiven Aufbau der geplanten Strukturen.



8.8 Fazit Rechtsformvergleich (Kurzgutachten im Auftrag des Landes Niedersachsen, Anlage 3)

Für RVZ gibt es keine spezielle Rechtsformvorgabe. Die Rechtsformwahl erfolgt nach allgemeinen Grundsätzen. Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist dagegen gesetzlich geregelt und unterliegt Zulassungsanforderungen.

Die Rechtsanwaltskanzlei Göhmann empfiehlt in seinem Gutachten im Auftrag des Landes Niedersachsen für die Gründung eines RVZ aus den geprüften Alternativen (AÖR, (g)GmbH, Genossenschaft) die Rechtsform der GmbH – sowohl bei Alleingründung durch eine Kommune als auch bei gemeinsamer Gründung mit weiteren (auch privaten) Trägern. Für die Gründung eines MVZ wird ebenfalls primär die GmbH empfohlen; bei dauerhafter Alleinträgerschaft der Kommune kann alternativ eine Anstalt des öffentlichen Rechts (AÖR) in Betracht kommen. Ergebnis im Überblick:

a) Zukunftsfähigkeit und Beteiligung Dritter

Ein zentrales Abwägungskriterium ist die spätere Beteiligung weiterer Träger (z.B. weitere Kommunen, Kliniken, ggf. private Partner). Bei einer AÖR ist die spätere Beteiligung Dritter an einem von der Kommune allein gegründeten MVZ/RVZ ausgeschlossen; die Zukunftsfähigkeit „mit späterer Einbeziehung Dritter“ sei nur bei zivilrechtlichen Formen wie der GmbH gewährleistet. Gerade bei einem RVZ als Plattform-/Kooperationsmodell kann diese Öffnungs- und Skalierungsfähigkeit langfristig entscheidend sein.

b) Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten

Die GmbH bietet kommunalen Trägern eine direkte Steuerbarkeit über Gesellschafterbeschlüsse / Weisungen an die Geschäftsführung sowie eine hohe Satzungs- / Vertragsflexibilität (Satzungsfreiheit), insbesondere bei gemischten Trägerstrukturen.

Demgegenüber weist das Gutachten für die Genossenschaft erhebliche Nachteile aus: Eingeschränkte Steuerbarkeit: Der Vorstand ist ähnlich wie bei einer AG nicht unmittelbar durch Mitglieder anweisbar; die kommunale Einflussnahme ist dadurch strukturell begrenzt. Formenstrenge: Die Satzung kann nicht in vergleichbarer Weise maßgeschneidert werden (Satzungsstrenge), was Kooperations- und Beteiligungsmodelle erschwert. Zusätzlich sind Genossenschaften förderwirtschaftlich geprägt; Anreize/Mechanik unterscheiden sich von einer GmbH und können bei beteiligten privaten Dritten (Einsatz-/Ergebnisorientierung) nachteilig sein.

c) Insolvenzfähigkeit als „geordnetes Exit-Szenario“

Als praktisches Vorteil hebt das Gutachten hervor, dass eine GmbH insolvenzfähig ist und bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Insolvenzverfahren abgewickelt werden kann. Das wird als Vorteil gegenüber öffentlich-rechtlichen Trägerformen gewertet.



8.9 Fazit Rechtsformvergleich (Kurzgutachten im Auftrag des Landes Niedersachsen, Anlage 3)

Spezifische MVZ-Themen: § 95-Sicherheiten vs. Strukturvorteile

Ein relevanter Praxisnachteil der MVZ-GmbH ist die Sicherheitsleistung / Bürgschaft nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V. Für ein MVZ in GmbH-Form sind selbstschuldnerische Bürgschaften oder andere Sicherheiten nach § 232 BGB zu stellen. Bei Kommunen kollidiert dies mit kommunalrechtlichen Beschränkungen zur Sicherheitsbestellung und erfordert eine kommunalaufsichtliche Genehmigung.

Trotz dieses Punktes kommt das Gutachten zur Abwägung: Die Vorteile der AöR (u.a. keine KV-Sicherheiten, Haftungsabschirmung) überwiegen regelmäßig nicht die „strukturellen Nachteile“ der AöR (insb. fehlende Dritt-Beteiligungsfähigkeit). Als pragmatischen Weg nennt das Gutachten die Vorabklärung mit der Kommunalaufsicht, ob eine Sicherheitsleistung für eine kommunale GmbH bewilligt wird.

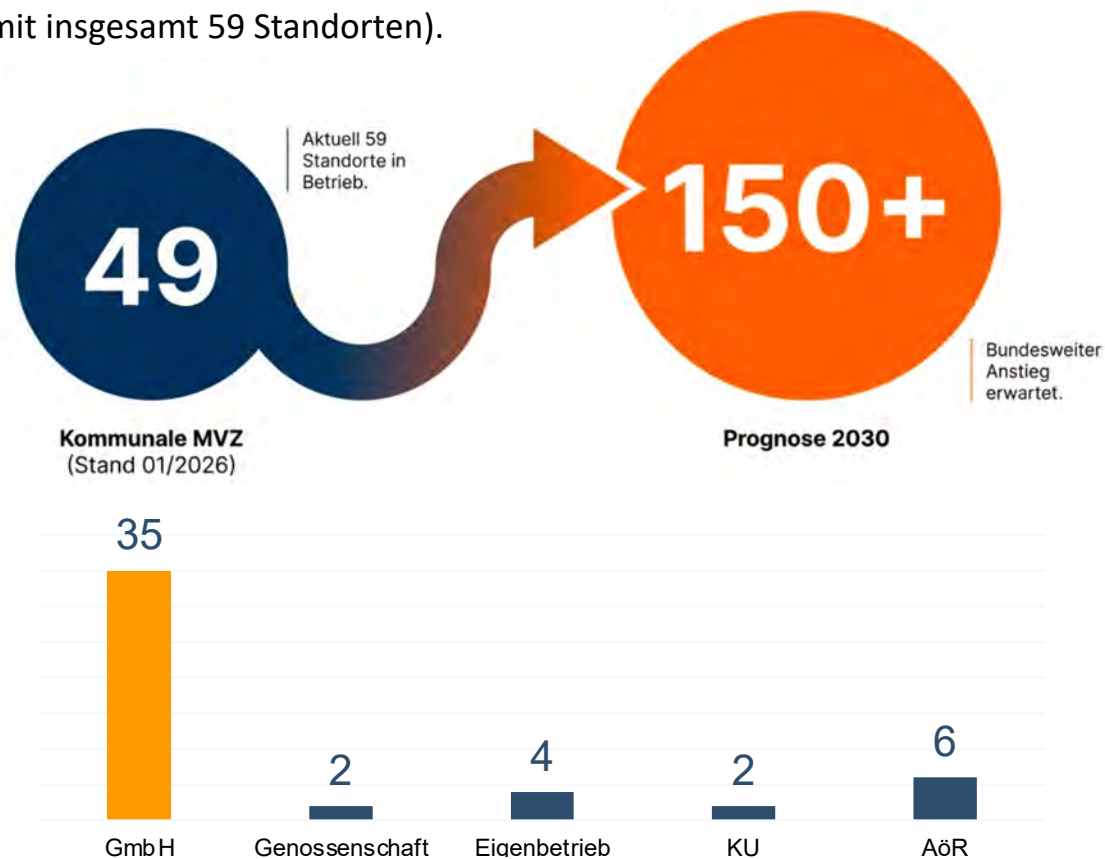
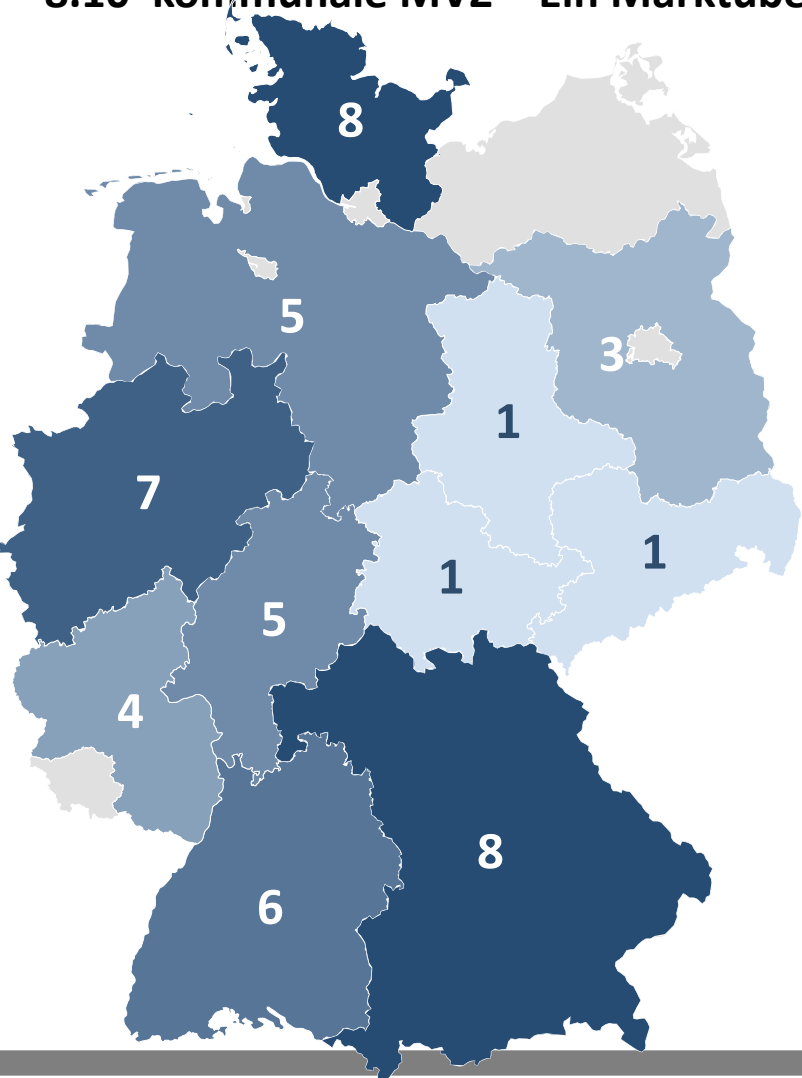
(g)GmbH: nur eingeschränkt passend

Eine gemeinnützige GmbH ((g)GmbH) kommt nach dem Gutachten allenfalls für das MVZ, nicht aber für das RVZ in Betracht, weil das RVZ typischerweise keinen überwiegend gemeinnützigen Zweck verfolgt. Zudem kollidiert Gemeinnützigkeit mit Rendite-/Ausschüttungsinteressen privater Mitträger (keine Dividendenausschüttung).



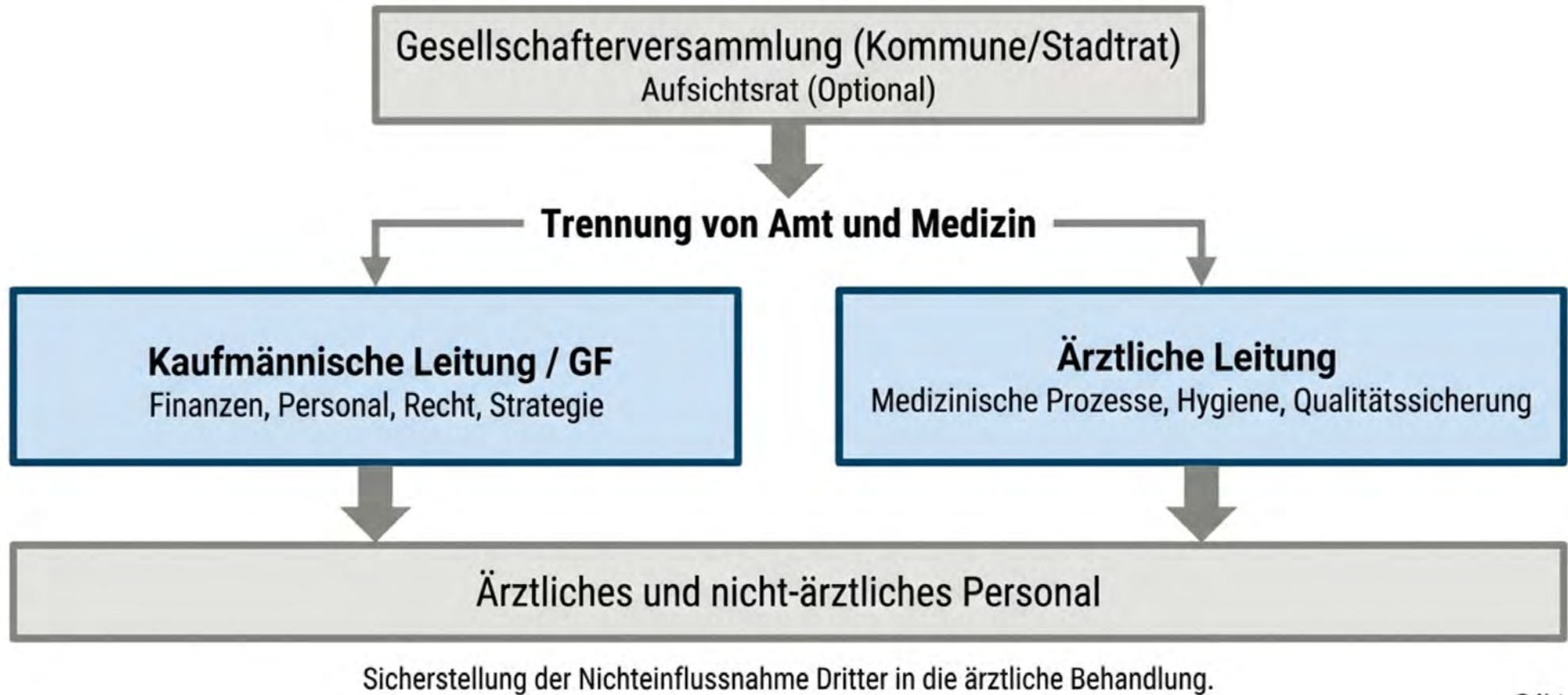
8.10 kommunale MVZ – Ein Marktüberblick

Mit Stand 12/2025 existieren 49 kommunale MVZ (mit insgesamt 59 Standorten).



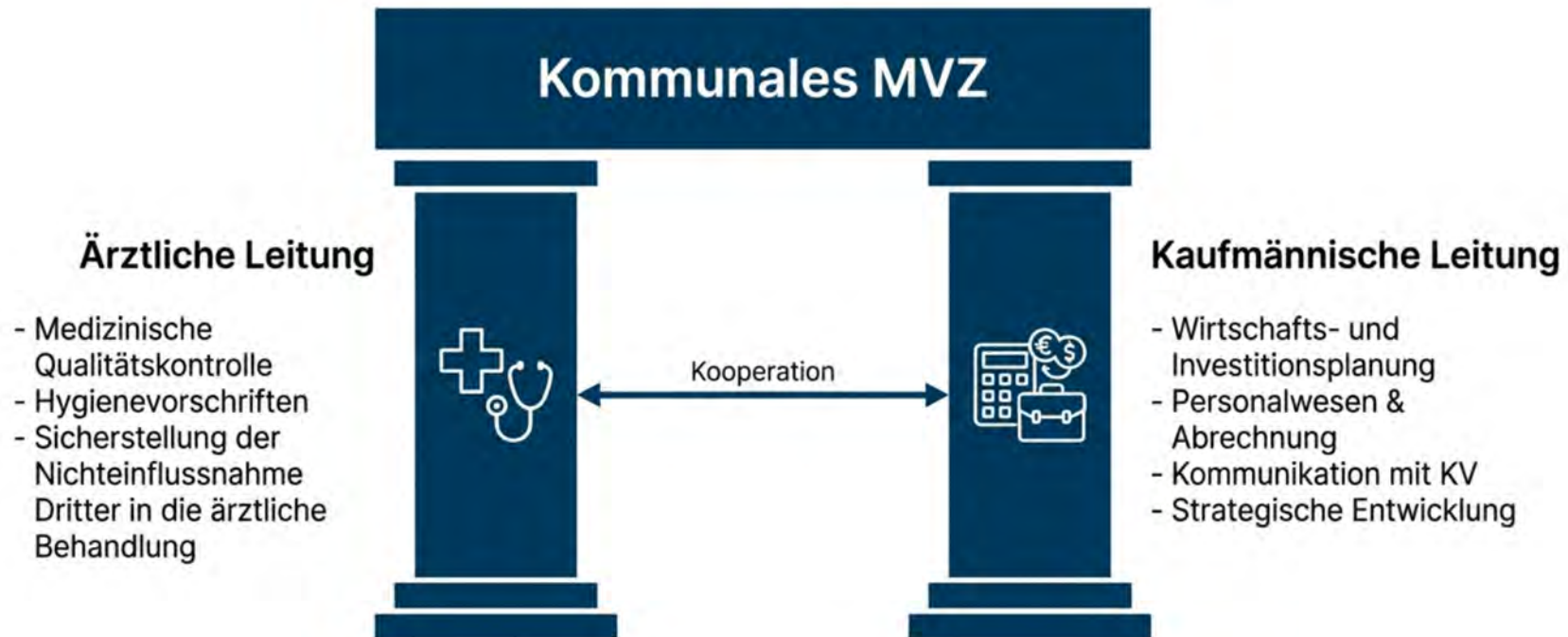
Unterstützt von Bing
 © GeoNames, Microsoft, TomTom

8.11 Unternehmensstruktur – Beispielhafte Organisation eines MVZ



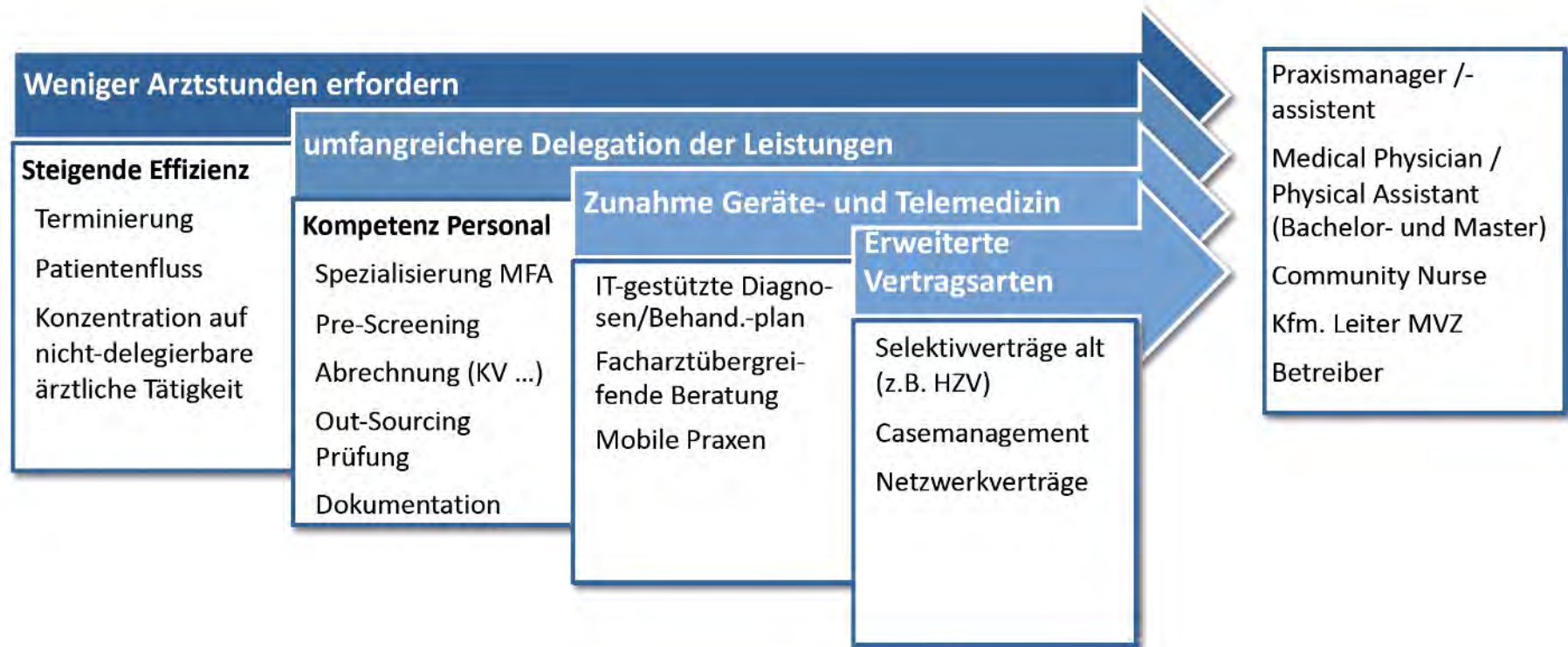
8.12 Organisatorischer Aufbau MVZ – Verantwortlichkeiten

Dabei ist die Ärztliche Leitung zulassungsrelevant, die Kaufmännische Leitung nicht. Gerade in der Trennung dieser beiden Funktionen liegt jedoch die Stärke eines MVZ. Durch die strikte Trennung von ärztlichen und kaufmännischen Aufgaben werden die Ärzte – soweit wie möglich – von den Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entlastet. Dies kommt den bereits geschilderten Markttendenzen entgegen.



8.13 Grundlegende Projektinformationen / -schritte – organisatorischer Aufbau MVZ

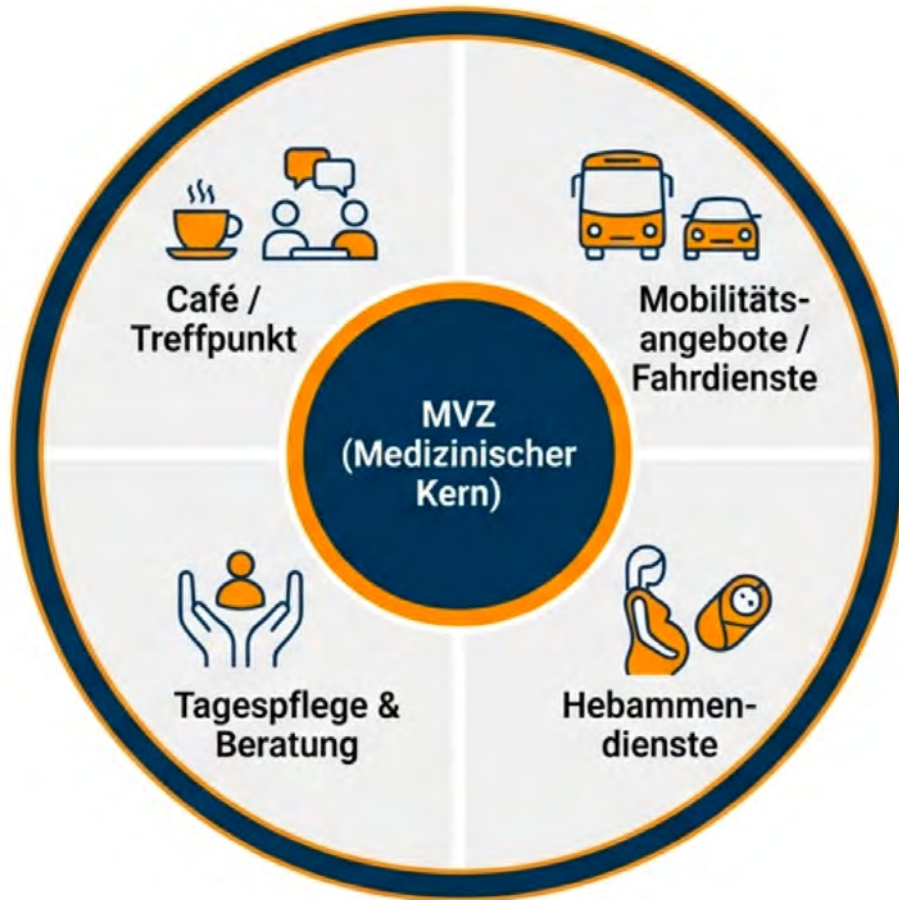
Gleichzeitig kann die höhere Anzahl an Praxismitarbeitern durch den Aufbau breiterer Kompetenzen den Arzt auch bei delegierbaren nicht-ärztlichen Tätigkeiten entlasten. Die Folge sind u.a. neue Berufsbilder (siehe rechter Kasten).





9. Regionales Versorgungszentrum (RVZ) im Landkreis Lüchow-Dannenberg

9.1 Was ist ein Regionales Versorgungszentrum? (1)



Gemeindenaher Gesundheitszentren, die von der Prävention bis zur Sozialarbeit möglichst viele Angebote rund um das Gesundbleiben und Gesundwerden im gewohnten Lebensumfeld bereithalten, gibt es in Deutschland in der Regel nicht. Genau solche Zentren könnten aber eine bessere Versorgung chronisch kranker Menschen aus einer Hand ermöglichen.

In den RVZ sollen Dienstleistungen zur Daseinsvorsorge an gut erreichbaren Orten gebündelt werden.

Die Basis der RVZ bildet ein kombiniertes Angebot aus hausärztlicher Versorgung – über ein kommunales MVZ – und unterschiedlichsten Angeboten aus dem Bereich der Daseinsvorsorge.

Das können beispielsweise Tagespflege und Beratungsangebote sein – von der Familien- über die Senioren-, Pflege- bis hin zur Suchtberatung, Hebammendienste oder Präventionskurse, Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder auch ein Café als Treffpunkt zum Austausch, Multifunktionsräume z.B. für Nachbarschaftsinitiativen oder Fahrdienste. Was genau am jeweiligen Standort benötigt wird, legen die Akteure vor Ort fest.

9.2 Was ist ein Regionales Versorgungszentrum? (2)



Quelle: InWIS, Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen

Existierende Regionale Versorgungszentren:

- RVZ Nordenham (LK Wesermarsch)
- RVZ Auetal (LK Schaumburg)
- RVZ Baddeckenstedt (LK Wolfenbüttel)
- RVZ Alfeld (Leinebergland)
- RVZ Wurster Nordseeküste



9.3 Mögliches Angebotsportfolio RVZ im Landkreis Lüchow-Dannenberg

- Im Bereich der gesundheitsbezogenen, pflegerischen und sozialen Angebote trifft das RVZ auf hohen Zuspruch und hohe Beteiligungsbereitschaft.
- Neben Anbietern mit dauerhaften Mietverhältnissen besteht gerade von kleineren Anbietern mit punktuell bzw. periodischem Raumbedarf hohes Interesse.
- Kernbereiche des RVZ sind nach heutigem Stand
 - Physio- und Ergotherapie
 - Logopädie
 - Hebamme
 - Apotheke / Sanitätshaus
 - Tagespflege, Pflegestützpunkt
 - Hospiz- und Palliativberatung
 - Beratung (Jobcenter, Sucht-, Renten-, Sozialberatung)
 - Ggf. Casemanagement

„Mittagstisch und
Jugendzentrum“

- Physio- und Ergotherapie
- Logopädie
- Hebamme
- Apotheke / Sanitätshaus
- Tagespflege, Pflegestützpunkt
- Hospiz- und Palliativberatung
- Beratung (Jobcenter, Sucht-, Renten-, Sozialberatung)
- Ggf. Casemanagement

Hausärztliches Medizinisches Versorgungszentrum

Hinweis: Die noch nicht konkretisierbaren zur Verfügung stehenden räumlichen Kapazitäten erlauben aktuell noch keine Finanzplanung / -prognose des RVZ



10. Kommunales MVZ – Finanzprognose

10.1 Beispielhafte Finanzprognose MVZ – Ausgangsbedingungen

In der nachfolgenden **beispielhaften** Finanzplanung wurde von einer Zulassung eines kommunalen MVZ im 4. Quartal 2026 sowie einer Inbetriebnahme zum 02. Januar 2027 ausgegangen. Des Weiteren wurden die folgenden Annahmen getroffen:

- Übernahme von zwei bestehenden hausärztlichen Praxen zur Inbetriebnahme mit durchschnittlichen Scheinzahlen und Fallwerten, Übernahme des bestehenden Personalstamms
- Maximale Ausbaustufe im 5. Betriebsjahr mit 5 Ärztinnen und Ärzten auf 4,0 Kassensitzen erreicht.
- Umsatzsteigerungen in den Jahren 2027ff. durch Erweiterung der abrechenbaren Leistungen sowie durch ein externes Abrechnungscontrolling. Dabei ist noch unklar, welche zusätzlichen Qualifikationen die Ärzte mit einbringen werden/können. Hautärztliche Fortbildungen (z.B. Hautscreening) sowie kardiologische Qualifikationen (z.B. Echokardiographische Untersuchung, Doppler-Echokardiographie, sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße etc.) würden eine sinnvolle Ergänzung darstellen und könnten über den hausärztlichen Kassensitz erbracht und abgerechnet werden.

Vollzeitäquivalente (VZÄ) Ärzte

	2027	2028	2029	2030	2031
Arzt/Ärztin A	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75
Arzt/Ärztin B	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Arzt/Ärztin C		1,00	1,00	1,00	1,00
Arzt/Ärztin D			0,50	0,50	0,50
Arzt/Ärztin E					0,75
VZÄ Gesamt	2	3	3,5	3,5	4

10.2 Beispielhafte Finanzprognose MVZ bis 2031 – Gewinn-und-Verlust-Rechnung

GUV-Rechnung

Erträge	2027	2028	2029	2030	2031
Umsatzerlöse GKV	640.000,00 €	880.000,00 €	1.030.000,00 €	1.100.000,00 €	1.200.000,00 €
Umsatzerlöse Privateinnahmen / Sonstige	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €
Bruttoertrag	680.000,00 €	940.000,00 €	1.100.000,00 €	1.175.000,00 €	1.280.000,00 €
Aufwendungen					
Personalaufwand	- 540.000,00 €	- 680.000,00 €	- 750.000,00 €	- 770.000,00 €	- 850.000,00 €
Raum- & Energiekosten	- 50.000,00 €	- 52.000,00 €	- 54.000,00 €	- 55.000,00 €	- 56.000,00 €
Versicherungen, Beiträge, Abgaben	- 5.000,00 €	- 6.000,00 €	- 6.500,00 €	- 7.000,00 €	- 7.500,00 €
Leasing Gebühr Ausstattung	- 30.000,00 €	- 34.000,00 €	- 34.000,00 €	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €
Gebühren Bürgschaft	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €
Werbe- und Reisekosten	- 15.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €
Praxis- & Laborbedarf einschl. Fremdleist.	- 9.000,00 €	- 12.000,00 €	- 13.000,00 €	- 14.000,00 €	- 15.000,00 €
verschiedene betriebl. Aufwendungen	- 47.500,00 €	- 66.000,00 €	- 71.000,00 €	- 77.000,00 €	- 82.000,00 €
Berufsbekleidung	- 5.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €
Bankgebühren	- 500,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €
Internet, EDV, Hosting, Web	- 16.000,00 €	- 20.000,00 €	- 22.000,00 €	- 23.000,00 €	- 24.000,00 €
Steuer- / Lohnbüro	- 6.000,00 €	- 14.000,00 €	- 15.000,00 €	- 16.000,00 €	- 17.000,00 €
Abrechnungscontrolling AAC	- 5.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €
Sonstiges	- 15.000,00 €	- 18.000,00 €	- 20.000,00 €	- 24.000,00 €	- 27.000,00 €
externe kaufmännische Leitung	- 60.000,00 €	- 61.000,00 €	- 63.000,00 €	- 65.000,00 €	- 65.000,00 €
Abschreibungen Praxiskauf	- 75.000,00 €	- 75.000,00 €	- 75.000,00 €	- 75.000,00 €	- €
Abschreibungen Sonstige	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €
Zinsen Bankkredit	- 7.000,00 €	- 12.000,00 €	- 10.500,00 €	- 9.000,00 €	- 7.500,00 €
Betriebsaufwendungen gesamt	- 853.500,00 €	- 1.018.000,00 €	- 1.097.000,00 €	- 1.132.000,00 €	- 1.143.000,00 €
Einkünfte aus Betrieb	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	137.000,00 €
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	- €	- €	- €	- €	- €
in das Jahresüberschuss-/&Ablauftrag	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	137.000,00 €
Gewinnbeteiligung Ärzte i.H.v. 20%	- €	- €	- €	- €	- €
	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	137.000,00 €
VZA Ärzte	2	3	3,5	3,5	4
aufgelaufener Verlustvortrag	- 173.500,00 €	- 251.500,00 €	- 248.500,00 €	- 205.500,00 €	- 68.500,00 €

- Robuste wirtschaftliche Tragfähigkeit durch Integration von zwei Bestandspraxen bereits im 3. Jahr.
- Positiver Jahresüberschuss im 3. (spätestens 4.) Betriebsjahr, ausgeglichener Verlustvortrag im 6. Betriebsjahr.
- Die im MVZ angestellten Ärztinnen/Ärzte werden üblicherweise am Gewinn beteiligt, z.B. 20 % p.a. Gewinnausschüttungen werden erst nach Erreichen eines Gewinnvortrages gezahlt.
- Neuausstattung durch Leasing.
- Die Abschreibung der Praxiskaufsummen erfolgt im vorliegenden Beispiel innerhalb von 4 Jahren.

10.3 Beispielhafte Finanzprognose MVZ bis 2029 – Liquiditätsplanung

Liquiditätsplanung	Jahre				
	2027	2028	2029	2030	2031
GKV-Honorarvolumen gesamt	640.000,00 €	880.000,00 €	1.030.000,00 €	1.100.000,00 €	1.200.000,00 €
KV-Abschläge	448.000,00 €	808.000,00 €	985.000,00 €	1.079.000,00 €	1.170.000,00 €
Privateinnahmen	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €
Stammkapital	250.000,00 €				
Bankkredit	500.000,00 €				
Kontokorrent	50.000,00 €				
Summe Mittelzufluss	1.288.000,00	868.000,00	1.055.000,00	1.154.000,00	1.250.000,00
Summe Mittelzufluss kumuliert	1.288.000,00	2.156.000,00	3.211.000,00	4.365.000,00	5.615.000,00
Personalaufwand	540.000,00	680.000,00	750.000,00	770.000,00	850.000,00
Raumkosten	50.000,00	52.000,00	54.000,00	55.000,00	56.000,00
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	5.000,00	6.000,00	6.500,00	7.000,00	7.500,00
Werbe-, Reisekosten sowie Fort- und Weiterbildungen	15.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Praxis- und Laborbedarf einschl. Fremdleistungen	9.000,00	12.000,00	13.000,00	14.000,00	15.000,00
verschiedene betriebliche Aufwendungen					
Berufsbekleidung	5.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Bankgebühren	500,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Internet, EDV, Hosting, Web	16.000,00	20.000,00	22.000,00	23.000,00	24.000,00
Steuer- / Lohnbüro	6.000,00	14.000,00	15.000,00	16.000,00	17.000,00
Abrechnungscontrolling AAC	5.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Sonstiges	15.000,00	18.000,00	20.000,00	24.000,00	27.000,00
kaufmännische Leitung	60.000,00	61.000,00	83.000,00	65.000,00	65.000,00
Praxiskäufe	300.000,00				
Investitionen in EDV und IT	15.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Bankbürgschaft	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Leasing Praxisausstattung	30.000,00	34.000,00	34.000,00	40.000,00	40.000,00
Gew.Beteiligung Ärzte 20%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zinsen Bankdarlehen	7.000,00	12.000,00	10.500,00	9.000,00	7.500,00
Tilgung Bankdarlehen	0,00	29.000,00	30.000,00	31.000,00	32.000,00
Steuern (ohne Vorauszahlungen)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe Mittelabfluss	1.088.500,00	977.000,00	1.057.000,00	1.093.000,00	1.180.000,00
Summe Mittelabfluss kumuliert	1.088.500,00	2.065.500,00	3.122.500,00	4.215.500,00	5.395.500,00
Liquiditätssaldo	199.500,00	-109.000,00	-2.000,00	61.000,00	70.000,00
Summe Liquiditätssaldo kumuliert	199.500,00	90.500,00	88.500,00	149.500,00	219.500,00

- Die Entrichtung der Kaufpreissummen für die Bestandspraxen erfolgt im Jahr der Inbetriebnahme, unterstellt wurden leicht erhöhte Ablösesummen, aufgrund voraussichtlich schwieriger Verhandlungen.
- Im Betrachtungszeitraum erhöht sich das kumulierte Liquiditätssaldo auf rd. 220 TEUR. (Steuervorauszahlungen unberücksichtigt)
- Förderungen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nicht berücksichtigt.
- Das Stammkapital beträgt 250 TEUR. Eine Anschubfinanzierung von 500 TEUR dient in erster Linie zur Finanzierung der Praxisübernahme sowie zur Abfederung der geringeren Abschläge seitens der KV im ersten Jahr.



11. Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien



11.1 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Gesundheitsregionen Niedersachsen

- Ziel: Vernetzung von Akteuren zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung.
- Förderung: Zuschüsse für Projekte zur Prävention, Pflege, Fachkräftegewinnung und Aufbau von Gesundheitsnetzwerken.
- Aktuelle Projekte: Coaching für Pflegeauszubildende, Hebammen-Bereitschaftsdienst, Demenzunterstützung

Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses

- Förderhöhe: Bis zu 30.000 € pro Jahr für drei Jahre (max. 90.000 €).
- Zielgruppen: Ältere Menschen, pflegende Angehörige, Kinder aus belasteten Familien.
- Nutzen: Finanzierung von Gesundheitskiosk, Präventionskursen, sozialer Beratung im RVZ. [gkv-buendnis.de]



11.2 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Innovationsfonds des G-BA

- Fördervolumen: Jährlich 200 Mio. € bundesweit.
- Relevante Projekte:
 - NAVIGATION: Interprofessionelle Versorgung im PVZ (Hausärzte, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie).
 - Ziel: Überführung in die Regelversorgung nach erfolgreicher Evaluation. [\[epidemiolo...charite.de\]](http://epidemiolo...charite.de), [\[navigation-im-pvz.de\]](http://navigation-im-pvz.de)
- Nutzen: Finanzierung für digitale Vernetzung, Telemedizin, CHN.

Ärzteansiedlungsförderung Niedersachsen

- Instrumente:
 - Niedersachsenfonds: Bis zu 50.000 € Investitionskostenzuschuss für Niederlassung oder Anstellung in unterversorgten Regionen.
 - KVN-Förderung: Bis zu 60.000 € Zuschuss für Praxisgründung, 30.000 € für Zweigpraxis, Umsatzgarantie für 2 Jahre. [\[niederlass...sachsen.de\]](http://niederlass...sachsen.de), [\[ms.niedersachsen.de\]](http://ms.niedersachsen.de)
- Nutzen: Gewinnung von Hausärzten für das RVZ.



11.3 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Förderprogramme für Pflege und Kurzzeitpflege

- Zuschüsse für Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen und Stärkung ambulanter Pflege im ländlichen Raum.
- Ergänzend: Förderung von Selbsthilfegruppen und Alltagsunterstützung nach § 45d SGB XI. [ms.niedersachsen.de]

EU- und Landesprogramme (ZILE)

- ZILE-Richtlinie: Förderung integrierter ländlicher Entwicklung, inkl. Gesundheitsinfrastruktur.
- Nutzen: Finanzierung von Bau und Ausstattung des RVZ. [demografie-portal.de]





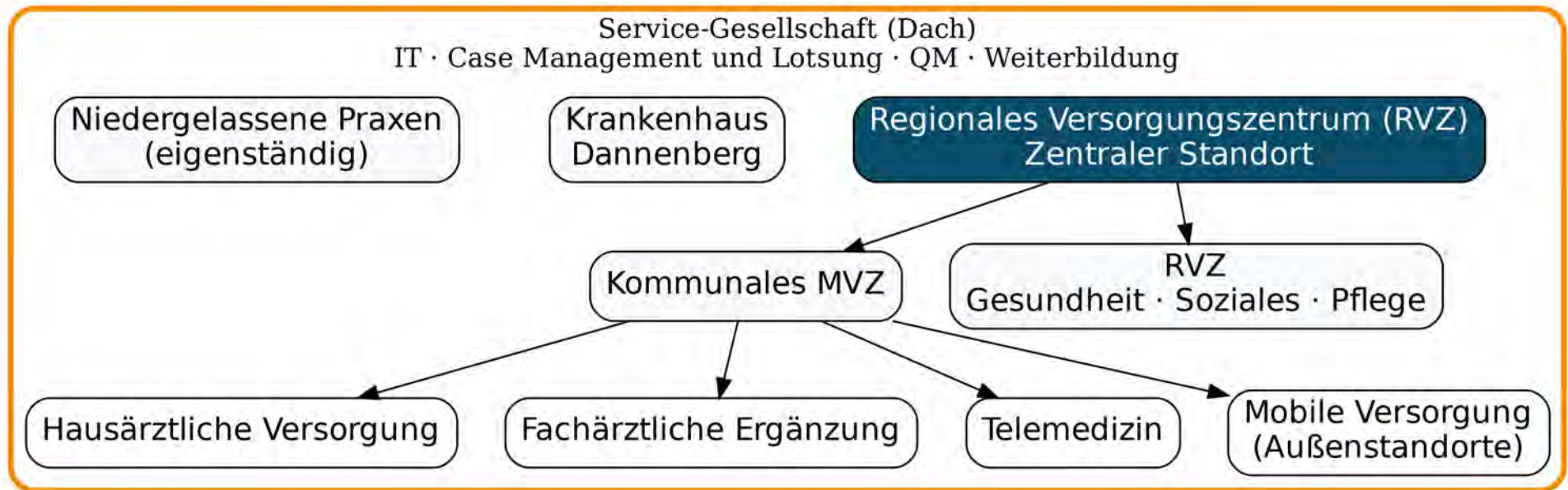
12. Ergebnis / Empfehlung



12.1 Ergebnis und Handlungsempfehlung - Grundlagen

- Für den Aufbau des Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) kann zurückgegriffen werden auf
 - die noch gute ärztliche Versorgungssituation,
 - das Vorhandensein von einigen größeren Praxiseinheiten (z.B. Clenze und Hitzacker),
 - den Krankenhausstandort in Dannenberg, der allerdings hinsichtlich des Leistungsangebots zurückgefahren wird
 - und das nennenswerte Interesse von Akteuren aus dem sozialen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bereich.
- Damit ist eine (noch) gesunde und eigenständige Versorgungslandschaft gegeben.
- Die demografische Entwicklung (Bevölkerung und Ärzte), die Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft (Krankenhausreform), der bestehende Ärztemangel, die sinkende Niederlassungsbereitschaft junger Ärzte und die anstehenden Probleme bei der Leistungshonorierung im ambulanten Bereich erfordern die Entlastung der Akteure. Dies vor allem in Bereichen, die nicht den medizinisch/ärztlichen, gesundheitsbezogenen und pflegerischen Kernaufgaben zugeordnet werden können (z.B. IT, Abrechnung, Dokumentation, sonstige Services und Patientensteuerung).

12.2 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Grundgedanke Servicegesellschaft



Eine übergreifende „Service-Gesellschaft“ bildet das organisatorische und tlw. infrastrukturelle Dach und stellt

- zentrale Services zur Verfügung für die kommunalen sowie weiterhin selbstständigen Arztpraxen und sonstigen Akteure
- und erbringt eigene abrechenbare Leistungen (z.B. Casemanagement, Lotsung usw.)



12.3 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Formaler Aufbau der Servicegesellschaft

Eine übergreifende „Service-Gesellschaft“ bildet das organisatorische und tlw. infrastrukturelle Dach

- **Mögliche Rechtsformen**
 - Ein loses Netzwerk – hohe und dauerhafte „Treiberfunktion“ des Landkreises / der einzelnen Kommunen
 - Ein Verein mit mehr Formalität, jedoch für den Regelbetrieb nicht zu empfehlen.
 - Eine Genossenschaft – entweder dauerhaft oder um den Übergang in eine GmbH einzuleiten (siehe Folie 90)
 - In der letzten Ausbaustufe werden insbesondere die GmbH oder gGmbH empfohlen.
- **Mögliche Serviceleistungen**
 - Verwaltung & Organisation: Abrechnung, Controlling, Fördermittelmanagement, Personalverwaltung, Dienstpläne, Qualitätsmanagement, IT-Betrieb, Datenschutz.
 - Praxismanagement: Unterstützung bei Dokumentation, Materialbeschaffung, Digitalisierung, Case Management, Versorgungskoordination.
 - Personalmanagement: Springer-Pool für MFA, Recruiting, Fortbildungsorganisation.
 - Weitere Services: Einkauf, Facility Management, Öffentlichkeitsarbeit, zentrale Patientenservices (z.B. Terminmanagement, Hotline), Controlling & Reporting.



12.4 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Förderung freiberuflich tätiger Ärzte

Ziel: Entlastung der Ärzte von nichtärztlichen Aufgaben. Mögliche Entlastungsfelder sind u.a.:

- Entlastung von Bürokratie: Digitalisierung, IT-Sicherheit, Datenschutz, Materialbeschaffung, Controlling
- Abrechnung: Unterstützung bei der Abrechnung von Leistungen
- Dokumentation: Übernahme von Dokumentationsaufgaben
- Personalmanagement: Mitarbeiterbeschaffung und -verwaltung
- Praxismanagement: Zentrale Dienste und Expertenbereitstellung
- Delegation ärztlicher Leistungen: Einsatz neuer Berufsfelder für nichtärztliches Personal
- Case Management & sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Förderung der Kooperation im Gesundheitswesen



12.5 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Rolle des RVZ innerhalb der Servicegesellschaft

- Als RVZ-Einheit mit ärztlicher, medizinischer, gesundheitsbezogener, pflegerischer und sozialer Funktion ist ein starker Standort mit Möglichkeiten der fachärztlichen Ergänzung und guter Erreichbarkeit der stationären Versorgung notwendig. Darüber hinaus ist die mobile und telemedizinische Versorgung der Fläche unter Einbezug der bestehenden lokalen Angebote sicherstellen.
- Als Standort des RVZ wird Lüchow empfohlen:
 - bevölkerungsstärkste und demografisch ausgewogenste Ort im Landkreis.
 - Gute ÖPNV- und PKW-Anbindung, zentrale Lage im Landkreis, Nähe zu Busbahnhof und ausreichend Parkmöglichkeiten.
 - Das Alte Rathaus bietet ausreichend Fläche für die Entwicklung eines MVZ und weiterer RVZ-Angebote. Das Gebäude ist in kommunalem Eigentum, was die Umsetzung erleichtert.
 - Hohes Vernetzungspotenzial zu anderen Akteuren (Praxen, Pflege, soziale Dienste).
 - Lage zwischen den Krankenhäusern in Dannenberg (Übergang durch Fremdveräußerung mit potenziellen Leistungskürzungen infolge strategischer Restrukturierung. Einfluss des Kreises begrenzt) und Salzwedel (Konzentration der stationären Notfall- und Basisversorgung, Verstärkung der Versorgung am Hauptstandort durch Spezialisierung und Verlagerung von Leistungen aus kleineren Einrichtungen)



12.6 Ergebnis und Handlungsempfehlung – SSCR unabhängig vom Standort: SWOT-Analyse

Stärken

Bündelung medizinischer, pflegerischer & sozialer Angebote an einem Ort. Proaktive Sicherung der Versorgung, zentrale Lage mit ÖPNV, Synergien & Entlastung der Ärzte, flexible Anpassung an regionale Bedarfe.

Chancen

Zugang zu Innovationsfonds & Förderungen. Steigender Bedarf durch alternde Bevölkerung, Telemedizin & digitale Beratung, Beitrag zur Lebensqualität, Aufbau lokaler Netzwerke.

Schwächen

Hohe Anfangsinvestitionen für Umbau & Ausstattung. Schwierige Rekrutierung von Fachpersonal, Skepsis bei Ärzten, komplexe Abstimmungsprozesse & Abhängigkeit von Fördermitteln.

Risiken

Unsichere Fördermittel, hohe laufende Kosten, wechselnde politische Prioritäten, Widerstand von Ärzten, schwer zu besetzende Schlüsselpositionen & komplexe Genehmigungsprozesse.



12.7 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Aufbau Servicegesellschaft

➤ Aufbau Servicegesellschaft

- **Phase 1 – Vernetzung der Anbieter und erste Synergien**
 - Gemeinsamer Workshop mit den niedergelassenen Ärzten zur Klärung der Aufgaben und Erwartungen an die Servicegesellschaft.
 - Erstellung einer Checkliste: Welche Aufgaben sollen ausgelagert werden? (z.B. Abrechnung, Personalmanagement, IT, Qualitätsmanagement, Einkauf, Facility Management)
 - Auswahl der passenden Rechtsform
- **Phase 2 – Definition Schnittstellen und Vereinheitlichung der Informations- und Überleitungsprozesse**
 - Aufbau der zentralen Verwaltungsstrukturen (Backoffice, IT, Personalverwaltung).
 - Entwicklung von Standardprozessen und Schnittstellen zu den Praxen und dem MVZ.
- **Phase 3 – Implementierung und Betrieb**
 - Start mit ersten ausgelagerten Dienstleistungen (z.B. Terminmanagement, Abrechnung).
 - Laufende Evaluation und Anpassung der Serviceangebote.
 - Rekrutierung und Schulung von Personal für zentrale Dienste (z.B. Dolmetscherdienst, Casemanagement).



12.8 Ergebnis und Handlungsempfehlung – Aufbau Regionales Versorgungszentrum (RVZ)

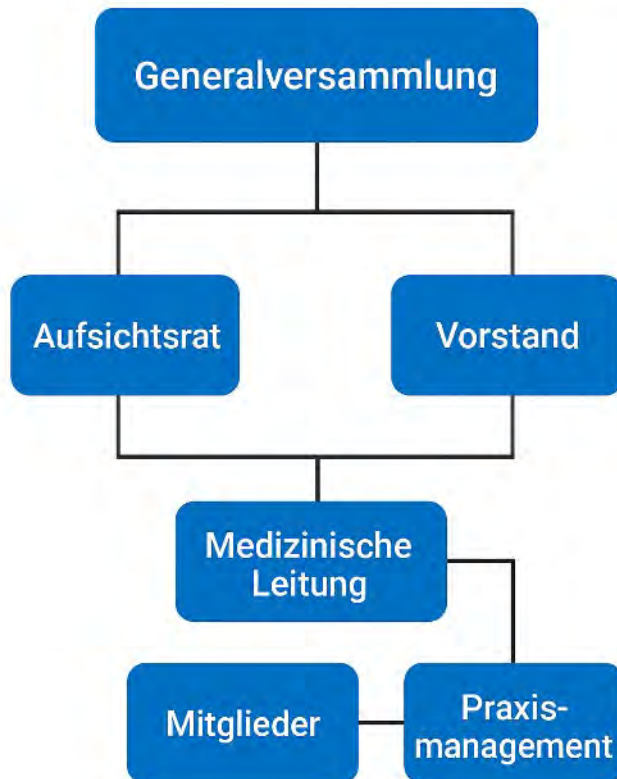
➤ Aufbau Regionales Versorgungszentrum

- **Phase 1 – Vernetzung und Konzeptentwicklung**
 - Vernetzung der bestehenden Anbieter (Ärzte, Pflege, soziale Dienste).
 - Auswahl und Sicherung des Standorts (z.B. Altes Rathaus Lüchow).
 - Entwicklung eines Raum- und Nutzungskonzepts für das RVZ.
- **Phase 2 – Planung und Genehmigung**
 - Detaillierte Planung der baulichen Maßnahmen (Sanierung/Umbau).
 - Beantragung von Fördermitteln (Innovationsfonds, Landesprogramme, EU-Förderungen).
 - Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und anderen Behörden.
 - Abschluss von Miet- und Kooperationsverträgen mit den künftigen Nutzern (z.B. Ärzte, Therapeuten, soziale Dienste).
- **Phase 3 – Umsetzung und Inbetriebnahme**
 - Bauliche Umsetzung und Ausstattung der Räume.
 - Schrittweise Ansiedlung der verschiedenen Anbieter (MVZ, Tagespflege, Apotheke, Therapieangebote etc.).
 - Aufbau der digitalen Infrastruktur (Telemedizin, Diagnostikstationen).
 - Öffentlichkeitsarbeit und Eröffnung des RVZ.



Anlage 1

Anlage 1 – Servicegesellschaft – Genossenschaftsstruktur



1. Generalversammlung

- Alle Mitglieder haben **eine Stimme**, unabhängig von der Kapitalbeteiligung.
- Aufgaben:
 - Wahl des Aufsichtsrats
 - Beschlussfassung über Satzungsänderungen
 - Entlastung von Vorstand und Aufsichtsrat
 - Genehmigung des Jahresabschlusses

2. Aufsichtsrat (3-9 Mitglieder)

- Wird von der Generalversammlung gewählt.
- Aufgaben:
 - Überwachung des Vorstands
 - Bestellung und Abberufung des Vorstands
 - Bericht an die Generalversammlung

3. Vorstand (vom Aufsichtsrat bestellt)

- Führt die Geschäfte der Genossenschaft.
- Aufgaben:
 - Operative Leitung
 - Vertretung der Genossenschaft nach außen
 - Erstellung des Jahresabschlusses
 - Umsetzung der Beschlüsse der Generalversammlung

4. Mitglieder

- Tragen zur Finanzierung durch Geschäftsanteile bei.
- Nutzen die Leistungen der Genossenschaft (z. B. ärztliche Versorgung, gemeinsame Infrastruktur).
- Haben Mitbestimmungsrechte und profitieren ggf. von Rückvergütungen oder Dividenden.

Anlage 1 – Servicegesellschaft – Welche Leistungen soll / kann die Genossenschaft übernehmen?

Ausgelagerte Aufgaben	Anmerkungen
<p>Patientenservice & Terminorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Telefon- und Terminservicecenter (Hotline, Rückrufe, Online-Termine, Erinnerungen/No-Show-Management) • Rezept-/Überweisungsanfragen, Befundkopien, Attest-/Formularvorbereitung • Recallprogramme (Impfungen, DMP-Kontrollen, Vorsorge) 	
<p>Abrechnung & Erlösmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • EBM/HzV/Selektivverträge/GOÄ-Abrechnung, Vorab-Plausibilitätsprüfung, Korrekturläufe • KV-Korrespondenz (Wirtschaftlichkeits-/Plausiprüfungen), Regressprävention • PKV/IGeL-Rechnungsstellung, Mahn-/Zahlwesen; Rückläufer-/Ablehnungsmanagement 	
<p>Dokumenten- & Formularmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Scancenter (Posteingang, OCR, eAkte), eArztbriefe/KIM-Postfachpflege • Vorbefüllen von eAU/eRezept-Daten, Verordnungen und Bescheinigungen • Standardisierte Formularesätze, Textbausteine, Bescheinigungs-Workflow 	

Anlage 1 – Servicegesellschaft – Welche Leistungen soll / kann die Genossenschaft übernehmen?

Ausgelagerte Aufgaben	Anmerkungen
<p>IT/TI-Betrieb & Datenschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrieb/Support von PVS, TI, KIM, eRezept/eAU, eArztbrief; Updates, Backup, Helpdesk. • Externer Datenschutzbeauftragter, Rechte-/Rollenkonzepte, Schulungen. • Informationssicherheits- und Notfallkonzept (inkl. Wiederanlauf). 	
<p>Qualitätsmanagement & Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrales QM: Handbuch, SOPs, Schulungen, interne Audits, Beschwerdemanagement • Medizinprodukteverwaltung: Bestandsverzeichnis, Wartungs-/STK/MTK-Termine, Nachweise • Vorbereitung von Begehungen/Prüfungen (Dokumente, Checklisten) 	
<p>Personal & Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recruiting/Bewerbermanagement, gemeinsame Nutzung Medical Assistant, Dienst- und Urlaubsplanung, Springer-Pool (MFA) zur Vertretung. • Lohn-/Gehaltsvorbereitung (mit StB), Zeitwirtschaft, Arbeitsmedizin/Arbeitssicherheit, Pflichtunterweisungen. • Fortbildungsorganisation (CME-Punkte, Schulungskalender). 	

Anlage 1 – Servicegesellschaft – Welche Leistungen soll / kann die Genossenschaft übernehmen?

Ausgelagerte Aufgaben	Anmerkungen
<p>Einkauf, Logistik & Verträge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenverträge/Sammelbestellungen (Impfstoffe, Praxisbedarf, Energie, Entsorgung) • Lager-/Bestandsmanagement, Verfallskontrolle (v. a. Impfstoffe), Laborkurier-Koordination • Vertragsmanagement (Miete, Service, IT-Lizenzen), Fristenüberwachung 	
<p>Facility & Technik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordination Reinigung, Hausmeister, Haustechnik; Prüf- und Wartungspläne • Flächen-/Raumplanung für kleine Umbauten, Beschilderung, Barrierefreiheit 	
<p>Controlling & Reporting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monatsreporting: Termine, Auslastung, Wartezeiten, Kosten je Fall, Erlöse je Fall • KV-Honorarstatistik-Auswertung, Benchmarks zwischen den Praxen (anonymisiert) 	
<p>Öffentlichkeitsarbeit & Patienteninfo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxiswebseiten, Terminportale, Aushänge, Patientenmerkblätter, lokale Pressehinweise – standardisiert und DSGVO-konform 	



Anlage 2



Anlage 2 – Beispielhafte Finanzplanung MVZ & RVZ

Es wurde im Folgenden von folgender Belegung / Ausgestaltung des MVZ bzw. RVZ ausgegangen

- Mind. 2 Hausärzte (entsprechend der Voraussetzungen für ein MVZ), für 2 Ärzte 120-160qm, wirtschaftlich tragbar erst ab 3-4 Ärzten, d.h. 200qm
- 1 Zahnärztin, freiberuflich in Einzelpraxis tätig, 100-120qm
- 1 Apotheke, als Filialapotheke min. 110-112qm (lt. ApBetrO nicht kleiner), Höhe 2,50m
- 1 Tagespflege, ca. 220qm
- 1 Multifunktionsraum für Beratungsangebote, 16-20qm
- 1 Logopädie, 80-90qm
- 1 Physiotherapie, 100-200qm

Es wurde ferner davon ausgegangen, dass das RVZ als Mieter des Gesamtobjekts auftritt und die jeweiligen Flächen mit einem geringen Aufschlag an die o.g. Mieter weitervermieten kann.

Das MVZ schüttet darüber hinaus 50 % seines Gewinns an die RVZ-Trägersgesellschaft aus, der Rest verbleibt zur Sicherung der Liquidität im Unternehmen.

Anlage 2 – Beispielhafte Finanzplanung MVZ & RVZ

Liquiditätsplanung MVZ	Jahre & Anzahl Kassensitze					
	Jahr 1 3,00	Jahr 2 3,25	Jahr 3 3,00	Jahr 4 3,00	Jahr 5 3,00	Jahr 6 3,00
Arzt/Ärztin I (Übernahme Bestandspraxis)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Scheinzahlen kumuliert	4.000,00	4.100,00	4.100,00	4.200,00	4.200,00	4.200,00
Fallwert kumuliert / Quartal	79,00 €	80,58 €	82,19 €	83,84 €	85,51 €	87,22 €
GKV-Honorarvolumen	316.000,00 €	330.378,00 €	336.985,56 €	352.108,81 €	359.150,99 €	366.334,01 €
Arzt/Ärztin II (Übernahme Bestandspraxis)	1,00	0,75	0,50	0,00	0,00	0,00
Scheinzahlen kumuliert	3.600,00	2.900,00	1.900,00			
Fallwert kumuliert / Quartal	79,00 €	80,58 €	82,19 €			
GKV-Honorarvolumen	284.400,00 €	233.682,00 €	156.164,04 €			
Arzt/Ärztin III (ohne Bestandspraxis)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Scheinzahlen kumuliert	2.400,00	3.200,00	3.600,00	4.300,00	4.300,00	4.300,00
Fallwert kumuliert / Quartal	72,00 €	78,44 €	80,40 €	82,41 €	84,47 €	86,58 €
GKV-Honorarvolumen	257.900,00 €	251.008,00 €	289.443,60 €	354.367,41 €	363.226,59 €	372.307,28 €
Arzt/Ärztin IV	0,00	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00
Scheinzahlen kumuliert		1.200,00	1.800,00	3.200,00	4.000,00	4.200,00
Fallwert kumuliert / Quartal		74,00 €	80,48 €	82,09 €	83,73 €	85,41 €
GKV-Honorarvolumen		88.800,00 €	144.864,00 €	262.686,72 €	334.925,57 €	358.705,28 €
GKV-Honorarvolumen gesamt	858.300,00 €	903.868,00 €	927.457,20 €	969.162,94 €	1.057.303,15 €	1.097.346,55 €
KV-Abschläge	600.810,00 €	890.197,60 €	920.380,44 €	956.651,22 €	1.030.861,09 €	1.085.333,53 €
Privateinnahmen	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
Stammkapital	250.000,00 €					
Bankkredit	500.000,00 €					
Kontokorrent	50.000,00 €					
Summe Mittelzufluss	1.440.810,00	950.197,60	990.380,44	1.031.651,22	1.110.861,09	1.165.333,53
Summe Mittelzufluss kumuliert	1.440.810,00	2.391.007,60	3.381.388,04	4.413.039,26	5.523.900,35	6.689.233,88
Personalaufwand	670.000,00	710.000,00	720.000,00	730.000,00	740.000,00	760.000,00
Raumkosten	45.000,00	47.000,00	49.000,00	51.000,00	53.000,00	55.000,00
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	4.000,00	4.500,00	5.000,00	5.500,00	6.000,00	6.500,00
Werbe-, Reisekosten sowie Fort- und Weiterbildungen	10.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Praxis- und Laborbedarf einschl. Fremdleistungen	9.000,00	12.000,00	13.000,00	14.000,00	15.000,00	16.000,00
verschiedene betriebliche Aufwendungen						
Berufsbekleidung	5.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Bankgebühren	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00
Internet, EDV, Hosting, Web	15.000,00	20.000,00	21.000,00	22.000,00	23.000,00	24.000,00
Steuer- / Lohnbüro	6.000,00	14.000,00	15.000,00	16.000,00	16.500,00	17.000,00
Abrechnungscontrolling	5.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Sonstiges	15.000,00	10.000,00	12.000,00	14.000,00	16.000,00	17.000,00
kaufmännische Leitung	60.000,00	60.000,00	60.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00
Praxiskäufe	200.000,00					
Investitionen in EDV und IT	15.000,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00
Bankbürgschaft	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Leasing Praxisausstattung	30.000,00	30.000,00	30.000,00	32.000,00	32.000,00	32.000,00
Zinsen Bankdarlehen	7.000,00	12.000,00	10.500,00	9.000,00	7.500,00	5.800,00
Tilgung Bankdarlehen	0,00	29.000,00	30.000,00	31.000,00	32.000,00	33.000,00
Steuern (ohne Vorauszahlungen)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.927,39
50%-Gewinnausschüttung an RVZ-Trägersgesellschaft	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	61.437,88
Summe Mittelabfluss	1.106.500,00	984.500,00	1.001.500,00	1.025.500,00	1.042.000,00	1.135.665,27
Summe Mittelabfluss kumuliert	1.106.500,00	2.091.000,00	3.092.500,00	4.118.000,00	5.160.000,00	6.295.665,27
Liquiditätssaldo	334.310,00	-34.302,40	-1.119,56	6.151,22	68.861,09	29.668,26
Summe Liquiditätssaldo kumuliert	334.310,00	300.007,60	288.888,04	295.039,26	363.900,35	393.568,61

Anlage 2 – Beispielhafte Finanzplanung MVZ & RVZ

GUV-Rechnung MVZ						
Erträge	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
Umsatzerlöse GKV	858.300,00 €	903.868,00 €	927.457,20 €	969.162,94 €	1.057.303,15 €	1.097.346,55 €
Umsatzerlöse Privateinnahmen / Sonstige	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
Bruttoertrag	898.300,00 €	963.868,00 €	997.457,20 €	1.044.162,94 €	1.137.303,15 €	1.177.346,55 €
Aufwendungen						
Personalaufwand	- 670.000,00 €	- 710.000,00 €	- 720.000,00 €	- 730.000,00 €	- 740.000,00 €	- 760.000,00 €
Raum- & Energiekosten	- 45.000,00 €	- 47.000,00 €	- 49.000,00 €	- 51.000,00 €	- 53.000,00 €	- 55.000,00 €
Versicherungen, Beiträge, Abgaben	- 4.000,00 €	- 4.500,00 €	- 5.000,00 €	- 5.500,00 €	- 6.000,00 €	- 6.500,00 €
Leasing Gebühr Ausstattung	- 30.000,00 €	- 30.000,00 €	- 30.000,00 €	- 32.000,00 €	- 32.000,00 €	- 32.000,00 €
Gebühren Bürgschaft	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €
Werbe- und Reisekosten	- 10.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €
Praxis- & Laborbedarf einschl. Fremdleist.	- 9.000,00 €	- 12.000,00 €	- 13.000,00 €	- 14.000,00 €	- 15.000,00 €	- 15.000,00 €
<u>verschiedene betriebl. Aufwendungen</u>	- 46.500,00 €	- 57.500,00 €	- 61.500,00 €	- 65.500,00 €	- 69.000,00 €	- 71.500,00 €
Berufsbekleidung	- 5.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €
Bankgebühren	- 500,00 €	- 500,00 €	- 500,00 €	- 500,00 €	- 500,00 €	- 500,00 €
Internet, EDV, Hosting, Web	- 15.000,00 €	- 20.000,00 €	- 21.000,00 €	- 22.000,00 €	- 23.000,00 €	- 24.000,00 €
Steuer- / Lohnbüro	- 6.000,00 €	- 14.000,00 €	- 15.000,00 €	- 16.000,00 €	- 16.500,00 €	- 17.000,00 €
Abrechnungscontrolling AAC	- 5.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €
Sonstiges	- 15.000,00 €	- 10.000,00 €	- 12.000,00 €	- 14.000,00 €	- 16.000,00 €	- 17.000,00 €
externe kaufmännische Leitung	- 60.000,00 €	- 60.000,00 €	- 60.000,00 €	- 65.000,00 €	- 65.000,00 €	- 65.000,00 €
Abschreibungen Praxiskauf	- 50.000,00 €	- 50.000,00 €	- 50.000,00 €	- 50.000,00 €	- €	- €
Abschreibungen Sonstige	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €
Zinsen Bankkredit	- 7.000,00 €	- 12.000,00 €	- 10.500,00 €	- 9.000,00 €	- 7.500,00 €	- 5.800,00 €
Betriebsaufwendungen gesamt	- 946.500,00 €	- 1.003.000,00 €	- 1.019.000,00 €	- 1.042.000,00 €	- 1.007.500,00 €	- 1.030.300,00 €
Einkünfte aus Betrieb	- 48.200,00 €	- 39.132,00 €	- 21.542,80 €	2.162,94 €	129.803,15 €	146.546,55 €
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	Verlust	Verlust	Verlust	Verlustvortrag	- 6.927,39 €	- 43.963,97 €
Netto-Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 48.200,00 €	- 39.132,00 €	- 21.542,80 €	2.162,94 €	122.875,76 €	102.582,59 €
VZÄ Ärzte	3,00	3,25	3,00	3,00	3,00	3,00

Anlage 2 – Beispielhafte Finanzplanung MVZ & RVZ

Liquiditätsplanung RVZ	Jahre					
	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
Mieteinnahmen MVZ	45.000,00	47.000,00	49.000,00	51.000,00	53.000,00	55.000,00
Mieteinnahmen Apotheke	20.000,00	20.500,00	21.000,00	21.500,00	22.000,00	22.000,00
Mieteinnahmen Zahnmedizin (Einzelpraxis)	20.000,00	20.500,00	21.000,00	21.500,00	22.000,00	22.000,00
Mieteinnahmen Tagespflege	38.000,00	39.000,00	40.000,00	40.500,00	41.000,00	41.000,00
Mieteinnahmen Logopädie & Physiotherapie	34.000,00	34.500,00	35.000,00	35.500,00	36.000,00	36.000,00
Mieteinnahmen Multifunktionsraum	4.000,00	6.000,00	6.500,00	6.500,00	7.000,00	7.000,00
Gewinnausschüttung MVZ einschl. Steuerabzug	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58.365,99
Stammkapital	150.000,00					
Summe Mittelzufluss	311.000,00	167.500,00	172.500,00	176.500,00	181.000,00	241.365,99
Summe Mittelzufluss kumuliert	311.000,00	478.500,00	651.000,00	827.500,00	1.008.500,00	1.249.865,99
RVZ-Manager/-in	30.000,00	31.000,00	32.000,00	33.000,00	34.000,00	34.000,00
Raumkosten	128.000,00	131.000,00	134.000,00	137.000,00	140.000,00	140.000,00
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
Werbe- und Reisekosten	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Investitionen in EDV und Büroausstattung	20.000,00	10.000,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00
Facility Management	8.000,00	8.000,00	8.500,00	8.500,00	9.000,00	9.000,00
Steuern (ohne Vorauszahlungen)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe Mittelabfluss	193.000,00	187.000,00	189.000,00	193.500,00	198.000,00	198.000,00
Summe Mittelabfluss kumuliert	193.000,00	380.000,00	569.000,00	762.500,00	960.500,00	1.158.500,00
Liquiditätssaldo	118.000,00	-19.500,00	-16.500,00	-17.000,00	-17.000,00	43.365,99
Summe Liquiditätssaldo kumuliert	118.000,00	98.500,00	82.000,00	65.000,00	48.000,00	91.365,99

Anlage 2 – Beispielhafte Finanzplanung MVZ & RVZ

GUV-Rechnung RVZ

Erträge	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
Mieteinnahmen	161.000,00 €	167.500,00 €	172.500,00 €	176.500,00 €	181.000,00 €	183.000,00 €
Gewinnausschüttungen von MVZ*	- €	- €	- €	- €	- €	58.365,99 €
Bruttoertrag	161.000,00 €	167.500,00 €	172.500,00 €	176.500,00 €	181.000,00 €	241.365,99 €
Aufwendungen						
RVZ-Manager/-in	- 30.000,00 € -	- 31.000,00 € -	- 32.000,00 € -	- 33.000,00 € -	- 34.000,00 € -	- 34.000,00 €
Raumkosten	- 128.000,00 € -	- 131.000,00 € -	- 134.000,00 € -	- 137.000,00 € -	- 140.000,00 € -	- 140.000,00 €
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	- 2.000,00 € -	- 2.000,00 € -	- 2.000,00 € -	- 2.500,00 € -	- 2.500,00 € -	- 2.500,00 €
Werbe- und Reisekosten	- 5.000,00 € -	- 5.000,00 € -	- 5.000,00 € -	- 5.000,00 € -	- 5.000,00 € -	- 5.000,00 €
Investitionen in EDV und Büroausstattung	- 20.000,00 € -	- 10.000,00 € -	- 7.500,00 € -	- 7.500,00 € -	- 7.500,00 € -	- 7.500,00 €
Facility Management	- 8.000,00 € -	- 8.000,00 € -	- 8.500,00 € -	- 8.500,00 € -	- 9.000,00 € -	- 9.000,00 €
Betriebsaufwendungen gesamt	- 193.000,00 € -	- 187.000,00 € -	- 189.000,00 € -	- 193.500,00 € -	- 198.000,00 € -	- 198.000,00 €
Einkünfte aus Betrieb	- 32.000,00 € -	- 19.500,00 € -	- 16.500,00 € -	- 17.000,00 € -	- 17.000,00 € -	43.365,99 €
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	Verlust	Verlust	Verlust	Verlust	Verlust	Verlustvortrag
Netto-Jahresüberschuss/Fehlbetrag	- 32.000,00 € -	- 19.500,00 € -	- 16.500,00 € -	- 17.000,00 € -	- 17.000,00 € -	43.365,99 €

*Der Einfachheit halber wurden die Steuern bereits berücksichtigt



Anlage 3

Kurzgutachten

**zu vorgelagerten Fragestellungen
für die Gründung eines RVZ mit dem Bestandteil MVZ**

Ralf Stötzel LL.M.
Dr. Florian Hartl LL.M.
Dr. Michael Burrack

Hannover / Berlin, den 31.08.2020

INHALTSÜBERSICHT	Seite
KERNAUSSAGEN DER PRÜFUNGSERGEBNISSE	3
I. SACHVERHALT	9
II. FRAGESTELLUNGEN	11
III. RECHTLICHE BEWERTUNG	14
1. Rechtsform	14
2. Kommunalrecht	35
3. EU-Beihilferecht	42
4. Vergaberecht	58
5. Kartellrecht	72

KERNAUSSAGEN DER PRÜFUNGSERGEBNISSE

1. Rechtsform

- a) Aus den Rechtsformen der Anstalt öffentlichen Rechts, der (g)GmbH und der Genossenschaft empfehlen wir für die Gründung eines Regionalen Versorgungszentrums die Rechtsform der GmbH.

Das gilt sowohl für den Fall der Allein Gründung durch eine Kommune als auch für den Fall der Gründung gemeinsam mit weiteren – auch privaten – Trägern. Alternativ käme auch aus ev. ertragsteuerlichen Gründen des beteiligten privaten Dritten, die gemeinsame Gründung in Form einer GmbH & Co. KG in Betracht.

- b) Für die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums empfehlen wir aus diesen Rechtsformen ebenfalls diejenige der GmbH - oder bei Allein Trägerschaft der Kommune - die Gründung als Anstalt des öffentlichen Rechts.

Bei der Abwägung zwischen der Gründung in der Rechtsform einer GmbH im Verhältnis zur Gründung in der Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts ist zu bedenken, dass die spätere Beteiligung Dritter an einem von der Kommune allein gegründeten MVZ (oder auch RVZ) bei einer Anstalt öffentlichen Rechts ausgeschlossen ist. Die Zukunftsfähigkeit mit ev. späterer Einbeziehung Dritter wäre also nur bei der Rechtsform der GmbH (oder andere zivilrechtliche Rechtsformen) gewährleistet. Nur wenn eine Kommune auf Dauer keine Dritten beteiligen will, kommt also eine Anstalt des öffentlichen Rechts in Frage.

Andererseits bietet die Anstalt des öffentlichen Rechts den Vorteil, der durch den Ausschluss der Gewährträgerhaftung bewirkten weitgehende Haftungsabschirmung der Kommunen und auch, dass keine Sicherheiten an die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V zu leisten sind. Diese Vorteile dürften aber wohl nicht die strukturellen Nachteile der Anstalt des öffentlichen Rechts im Verhältnis zur GmbH überwiegen. Bei der Entscheidung könnte vorab die Kommunalaufsicht angefragt werden, ob sie die Sicherheitsleistung für eine kommunale GmbH gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 bewilligen werde.

Schließlich ist noch zu bedenken, dass eine GmbH insolvenzfähig ist, das heißt bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten mit einem RVZ oder MVZ kann die GmbH im Insolvenzverfahren abgewickelt werden. Das dürfte ein weiterer Vorteil gegenüber der Trägerschaft in der Rechtsform des öffentlichen Rechts sein.

Es käme hier noch als Alternative – jedoch nur bei Beteiligung Dritter - die Gründung des MVZ in Form einer GbR (Kommune mit z. B. Ärzten) in Betracht, vor allem um die Verpflichtung der GmbH zur Erteilung von Sicherheiten an die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V zu vermeiden. Dies hätte aber den Nachteil der persönlichen Haftung der Kommune als GbR-Gesellschafterin.

Die Trägerschaft in der Rechtsform einer GmbH als gemeinnützige (g)GmbH kommt nur für das MVZ, nicht für das RVZ, das wohl keinen überwiegend gemeinnützigen Zweck hat, in Betracht. Auch für das MVZ dürfte Gemeinnützigkeit allenfalls bei Alleinträgerschaft durch die Kommune in Frage kommen, da private Dritte als Träger Dividenden erhalten wollen und eine gemeinnützige Körperschaft Dividenden nicht ausschüttet.

- c) Der Rechtsform der Genossenschaft steht vor allem entgegen, dass diese sich durch beteiligte Kommunen und andere Genossenschaftsmitglieder nicht unmittelbar steuern lässt, da der Vorstand der Genossenschaft ähnlich dem Vorstand einer Aktiengesellschaft nicht direkt angewiesen werden kann. Außerdem spricht gegen die Genossenschaft das Prinzip der Formenstrenge im Genossenschaftsrecht, das heißt die Satzung kann nicht individuell auf den vorliegenden Fall angepasst werden. Ein allgemeiner Vergleich der Rechtsformen der GmbH und der Genossenschaft ist Gegenstand der **Anlage** dieses Kurzgutachten.
- d) Für den Fall, dass ein separates Medizinisches Versorgungszentrum in einer eigenen Gesellschaft gegründet wird, halten wir es für sinnvoll, das Regionale Versorgungszentrum in einer eigenen Gesellschaft zu organisieren und einen sogenannten Grundlagenvertrag zwischen beiden Zentren abzuschließen, der die Zusammenarbeit regelt.

2. Kommunalrecht

- a) Das kommunale Wirtschaftsrecht steht weder der Gründung von MVZ noch von RVZ sowie deren Trägerschaft durch Kommunen grundsätzlich entgegen. Die Kommunen unterliegen auch bei derartiger wirtschaftlicher Betätigung den Allgemeinen Haushaltsgrundsätzen sowie den Grundsätzen der Finanzmittelbeschaffung. Sie unterliegen auch inhaltlichen Grenzen bei der Führung von und Beteiligung an Unternehmen in privater Rechtsform.
- b) Zur Darlegung des voraussichtlichen Bedarfs sind Informationen in der Art und Menge nötig, die nach Lage der Dinge im Einzelfall den Rat in die Lage versetzen, auf Grundlage hinreichender Informationen über das relevante Marktumfeld eine zutreffende Prognose- und Abwägungsentscheidung zu treffen.
- c) Zwecks Wahrung der Leistungsfähigkeit sind der für ein MVZ und/oder RVZ erforderliche Kapitalbedarf, Gewinn- und Verlufterwartungen sowie mögliche Finanzierungs- und Haftungsrisiken auf der einen Seite gegenüberzustellen der jeweiligen Finanzausstattung der Kommune unter Beachtung des Schuldenstandes und des verbleibenden finanziellen Spielraums auf der anderen Seite.
- d) Eine Kommune, die Gesellschafterin einer GmbH oder auch (g)GmbH ist, kann als Trägerin (Gründerin) eines MVZ die gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V erforderliche Bürgschaft übernehmen. Diese Übernahme dürfte aber v.a. wegen des möglichen Risikos der Durchgriffshaftung der Genehmigung durch die Kommunalaufsicht bedürfen.

3. EU-Beihilferecht

Um das Risiko einer Rückforderung auszuschließen, sollte die geplante Anschubfinanzierung für das RVZ/MVZ zwingend unter Berücksichtigung des EU-Beihilferechts erfolgen. Es gibt verschiedene rechtliche Möglichkeiten, um die Anschubfinanzierung so auszugestalten, dass sie mit den Bestimmungen des Europäischen Beihilferechts in Einklang steht.

- a) Zunächst könnte die geplante Anschubfinanzierung so ausgestaltet werden, dass bereits der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV nicht erfüllt ist. In diesem Fall mangelt es an einer verbotenen staatlichen Beihilfe i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV, sodass die grundsätzlich bestehende Notifizierungspflicht bei der Europäischen Kommission entfallen würde. Zum einen könnte die Voraussetzung der Begünstigung entfallen, wenn eine marktübliche Gegenleistung gewährt wird. Zudem können die im Einzelfall zu prüfenden rein lokalen Auswirkungen des einzelnen RVZ / MVZ dazu führen, dass keine Handelsbeeinträchtigung vorliegt. Darüber hinaus können transparente Beihilfen, die bestimmte formale Kriterien erfüllen, zudem bis zu einem Betrag von 200.000,00 Euro in drei Steuerjahren bzw. bei DAWI-Beihilfen bis zu einem Betrag von 500.000,00 Euro in drei Steuerjahren, ohne beihilferechtliche Notifizierungspflicht gewährt werden. Es ist stets im Einzelfall zu prüfen, ob die einzelne Versorgungsdienstleistung als DAWI eingestuft werden kann. Von einer Ausnahme im Sinne der Altmark-Trans-Kriterien wird abgeraten, da diese Lösung mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist.
- b) Für diejenigen Versorgungsleistungen, die eine DAWI darstellen, kann die Anschubförderung auch auf Grundlage des DAWI-Freistellungsbeschlusses (2012/21/EU) gewährt werden. Werden dessen Voraussetzungen eingehalten, entfällt die grundsätzlich bestehende Notifizierungspflicht bei der Europäischen Kommission. Neben der Voraussetzung, dass die geförderte Versorgungsleistung eine DAWI darstellen muss, ist insofern auch zu berücksichtigen, dass die inhaltlichen Vorgaben an den Betrauungsakt erfüllt sind und die Kommune bzw. das geförderte MVZ / RVZ die bestehenden Dokumentationspflichten erfüllt.

4. Vergaberecht

Im Hinblick auf das Vergaberecht ist zwischen der Gründungsphase und der Betriebsphase zu unterscheiden.

- a) Die Gründung eines **öffentlichen Unternehmens** durch einen öffentlichen Auftraggeber stellt unabhängig von der gewählten Rechtsform grundsätzlich keine staatliche Beschaffung dar. Vorliegend können die Kommunen das RVZ / MVZ mithin grundsätzlich ohne Beachtung des Vergaberechts gründen. Entsprechend gilt dies für eine etwaige Beteiligung (beispielsweise durch den Verkauf von Unternehmensanteilen) eines weiteren öffentlichen Trägers an dem RVZ / MVZ

nach dessen Gründung. Die Betrauung des RVZ / MVZ mit einer Dienstleistung im allgemeinen öffentlichen Interesse (DAWI) führt vergaberechtlich nicht zu einer anderen Bewertung, solange die Voraussetzungen für ein vergaberechtfreies Inhouse-Geschäft gegeben sind. Da diese Voraussetzungen vorliegen, legt die mit der Gründung eines öffentlichen Unternehmens angedachte Struktur des RVZ / MVZ nahe. Auch aus der Zulassung des MVZ nach § 95 SGB V folgt nichts anderes, da die Zulassung ohne Auswahlentscheidung erfolgt. Entsprechend greift das Inhouse-Privileg für Leistungen, die im Rahmen des RVZ / MVZ erbracht werden und die keine DAWI darstellen.

Wird das RVZ / MVZ als **gemischt-wirtschaftliches Unternehmen** durch die Kommune und einen privaten Dritte gegründet oder werden nach dessen Gründung weitere private Dritte beteiligt, findet das Vergaberecht uneingeschränkt Anwendung. Zwar sprechen gute Gründe dafür, eine DAWI-Betrauung nicht als öffentlichen Auftrag einzuordnen. Eine Bestätigung dieser Sichtweise durch die Rechtsprechung der europäischen und nationalen Gerichte ist aber bisher noch nicht erfolgt. Somit ist die Auffassung, dass eine DAWI-Betrauung nicht als öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 GWB einzuordnen ist und auf eine derartige Betrauung das Vergaberecht mithin keine Anwendung findet, zwar vertretbar, aber nicht rechtssicher. Der sicherste Weg ist bei Gründung eines gemischt-wirtschaftlichen RVZ / MVZ deshalb, die Gründung des RVZ / MVZ unter Beteiligung eines privaten Dritten mit DAWI-Betrauung als ausschreibungspflichtigen Vorgang einzuordnen einem entsprechenden Vergabeverfahren zu unterstellen. Für Tätigkeiten, die Rahmen des RVZ / MVZ betrieben werden sollen und die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen, greift weder das Inhouse-Privileg, noch die im Zusammenhang mit einer DAWI diskutierte Ausnahme vom Begriff des öffentlichen Auftrages. In dieser Konstellation ist die Durchführung eines entsprechenden Vergabeverfahrens daher zwingend.

- b) In der Betriebsphase unterliegen Beschaffungen durch ein RVZ / MVZ, das als öffentliches oder gemischt-wirtschaftliches Unternehmen gegründet wurde, unterliegen ungeachtet der gewählten Rechtsform (AöR, (g)GmbH oder Genossenschaft) dem Vergaberecht. Bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen im jeweiligen Beschaffungsfall sind Vergaben durch ein RVZ / MVZ daher EU-weit oder national unter Beachtung des förmlichen Vergaberechts durchzuführen.

5. Kartellrecht

Im Hinblick auf das Kartellrecht ist zwischen der Gründungsphase und der Betriebsphase zu unterscheiden.

- a) Eine allgemeine kartellrechtliche Verpflichtung, bestehende Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Gründungsphase in das MVZ aufzunehmen (Kontrahierungszwang) besteht nicht. Es empfiehlt sich gleichwohl, gewissermaßen vorbeugend für die Aufnahme von bestehenden Ärztinnen und Ärzten zumindest eine Markterkundung, oder besser noch ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren durchzuführen und das Vorhaben entsprechend bekannt zu machen. Damit würde bereits in der Gründungsphase dem (potentiellen) Vorwurf entgegengetreten, es könnte eine unbillige Behinderung derjenigen bestehenden Ärztinnen und Ärzte vorliegen, deren Chancen auf eine Aufnahme in das MVZ durch die begrenzte Infrastruktur des MVZ beeinträchtigt werden. Dies gilt in besonderem Maße für die Vermietung oder Verpachtung von Räumlichkeiten für Leistungen und Tätigkeiten, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen.

- b) Auch im Rahmen des laufenden Betriebes des RVZ / MVZ findet das Kartellrecht uneingeschränkt Anwendung. Dementsprechend gelten auch in der Betriebsphase die für die Gründungsphase genannten Grundsätze und Empfehlungen. Scheidet beispielsweise ein Arzt aus dem MVZ aus oder wird die MVZ-Infrastruktur erweitert, sodass (im ersteren Fall) ein Nachfolger gesucht wird oder weitere Ärztinnen oder Ärzte aufgenommen werden können, sollte zur Besetzung dieser Stellen erneut zumindest eine Markterkundung, oder besser noch ein entsprechendes transparentes und diskriminierungsfreies Verfahren durchgeführt werden. Dies gilt wiederum in besonderem Maße für die Vermietung oder Verpachtung von Räumlichkeiten für Leistungen und Tätigkeiten, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen.

A. SACHVERHALT

I. Ausgangslage

In Folge des demografischen Wandels ist festzustellen, dass die in Teilen unzureichende Infrastruktur, verbunden mit einer im Alter abnehmenden Mobilität, die ländlichen Räume im Vergleich zu urbanen Gebieten als Lebensräume unattraktiver machen. Dies hat auch Folgen für die soziale Daseinsvorsorge. Die ländlichen Regionen sind für junge Ärztinnen und Ärzte vielfach keine attraktiven Standorte, um eine Praxis zu übernehmen oder zu eröffnen. Zum anderen gibt es in den ländlichen Räumen zwar verschiedene Beratungs- und Versorgungsangebote, aber diese sind vielfach nicht hinreichend oder über den ÖPNV nur schwer zu erreichen und damit gerade für mobilitätseingeschränkte Personen nicht ausreichend.

Das Konzept der Regionalen Versorgungszentren (**RVZ**) soll dazu beitragen, die Versäulung zwischen unterschiedlichen Versorgungsleistungen zu überwinden und sie stattdessen, zumindest räumlich zusammenzuführen, um Anlaufpunkte zu schaffen. Es soll eine attraktive und den pragmatischen Bedürfnissen der Menschen entsprechende Infrastruktur der sozialen Daseinsvorsorge geschaffen und dabei auch ein Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung geleistet werden.

Im Rahmen einer Modellphase soll in Niedersachsen die konzeptionelle Ausarbeitung und die Errichtung von bis zu vier solcher RVZ erprobt werden. Derzeit sind bereits drei RVZ in der Konzeptionierung, die folgende Mindestanforderungen erfüllen sollen:

- Die RVZ sollen von der Landkreis- bzw. Gemeindeebene in einer Form (mit-) getragen werden, sodass ein kommunales Versorgungszentrum erkennbar ist.
- In allen Modellregionen sind unbesetzte Arztsitze vorhanden. In den Versorgungszentren sollen deshalb Hausärztinnen und Hausärzte im Beschäftigungsverhältnis arbeiten, um auch Teilzeitmodelle zu ermöglichen und die Attraktivität zu erhöhen. Dazu muss ein Medizinisches Versorgungszentrum (**MVZ**) gegründet oder eingegliedert werden.

- Unter demselben Dach sollen sich – voraussichtlich über ein Miet- oder Pachtverhältnis – weitere Versorgungsleistungen finden, die von einem Zentrumsmanagement koordiniert werden. Das können beispielsweise Einrichtungen der Tagespflege sein aber auch Apotheken, Pflegestützpunkte, eine Pflegeplatzvermittlung, Sozialstationen, Präventionsangebote, Hebammen, physiotherapeutische Angebote, Telemedizin et cetera. Die konkreten Leistungen sollen sich an den jeweiligen regionalen Bedürfnissen und Möglichkeiten orientieren. Auch kommunale Beratungsangebote könnten, ebenso wie Treffpunkte in Cafés, mit untergebracht werden.
- Die Standorte sollen zudem verkehrstechnisch gut angebunden sein oder es soll eine Anbindung sichergestellt werden, das heißt insbesondere über den ÖPNV oder über Alternativen wie Ruftaxen.

Die Modellphase gliedert sich in zwei Abschnitte:

1. Modellabschnitt: Erarbeitung von förderfähigen Konzepten zu den RVZ in regionalen Projektgruppen.
2. Modellabschnitt: Umsetzung der Konzepte im Rahmen einer Modellförderung durch das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung **(MB)**.

Mit dem ersten Modellabschnitt wurde im Frühjahr 2020 begonnen, der zweite Modellabschnitt wird ab Herbst 2020 angestrebt. Die Gesamtlaufzeit der Modellphase ist zunächst bis zum 31.12.2021 angelegt. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus der Modellphase soll geprüft werden, ob und in welcher Form eine Förderung der Errichtung Regionaler Versorgungszentren verstätigt werden kann.

B. FRAGESTELLUNGEN

Für die Gründung eines RVZ mit dem Bestandteil MVZ stellen sich aktuell verschiedene vorgelagerte Fragestellungen im Bereich des niedersächsischen kommunalen Wirtschaftsrechts, des Beihilferechts, des Vergaberechts und des Kartellrechts.

Die in einem ersten Schritt bereits aufgelaufenen, nachstehend wiedergegebenen Fragestellungen sollen in Form eines Kurzgutachtens geklärt werden. In diesem Gutachten sollen die gestellten Fragen tragfähig beantwortet werden, eine wissenschaftliche Ausarbeitung wird jedoch nicht erwartet.

Zu den Fragestellungen:

I. Rechtsform

Frage 1: Was sind die Vor- und Nachteile der Rechtsformen auch mit Blick auf Haftung, Bürgschaften, Beteiligung Dritter, Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen et cetera der AöR, der (g)GmbH und der Genossenschaft? Ist es, für den Fall, dass ein separates MVZ in einer eigenen Gesellschaft gegründet wird, sinnvoll, für den Rest des RVZ noch eine eigene Gesellschaft zu gründen (s.u. zu den verschiedenen Modellen hinsichtlich der Beteiligung Dritter)?

Frage 2: Welche anderen Rechtsformen sind ggf. zu empfehlen?

Frage 3: Teilweise möchten die Kommunen als Partner Dritte mit zum Betrieb des RVZ hinzunehmen in einer gemeinsamen Trägerschaft, wobei bei den Kommunen die Mehrheit der Anteile liegen soll. Angedacht sind in einem Projekt eine Klinik und in einem anderen Projekt andere gemeinnützige Träger von Pflegeeinrichtungen.

- Welche Auswirkungen hat das auf die Gründung eines MVZ? Ist der Anteil der Kommune an einer Trägerschaft relevant oder sind Dritte, die nicht selbst allein ein MVZ gründen könnten, auch von einer Beteiligung an einer Trägerschaft pauschal ausgeschlossen?

- Sind zwei Gesellschaften notwendig? Welche Konstrukte sind denkbar zwischen RVZ und MVZ? (Voraussetzung ist, dass auch das MVZ von den Kommunen (mit-) getragen wird.)

II. Kommunalrecht

Kommunalwirtschaftliche Zulässigkeit:

Frage 1: Was ist ggf. nötig, um Bedarf darzulegen (Markerkundung et cetera)?

Frage 2: Was ist wichtig, um die Leistungsfähigkeit zu wahren an Begrenzung der Dimensionierung, Prognose der Einnahme- und Ausgabesituation et cetera?

Frage 3: Wie wirkt sich hier die Übernahme einer Bürgschaft aus bei einer (g)GmbH?

III. EU-Beihilferecht

Aus Landesmitteln (gegebenenfalls über 1 Mio. Euro pro Projekt) und gegebenenfalls auch aus kommunalen Mitteln soll der Anschub gefördert werden. Derzeit ist vorgesehen, dass die Landesmittel an die kommunale Ebene fließen. Die bisherige Kommissionspraxis geht von einer fehlenden Handelsbeeinträchtigung aus, wenn nur eine lokale Versorgung besteht und keine Patienten aus dem Ausland angezogen werden, sodass keine Beihilfe vorliegt. Dennoch soll auch mit Blick auf den weiteren Betrieb die Zulässigkeit als Förderung einer DAWI (Dienstleistungen von Allgemeinem Wirtschaftlichem Interesse) geprüft werden. Hierbei ist die konkrete Ausgestaltung noch offen, z.B. ob eine Verlustdeckung vorgenommen wird. Es ist vorgegeben, dass die kommunale Ebene eine alleinige Trägerschaft oder eine Mitträgerschaft zu mindestens 50,1 % übernimmt. Das Zurverfügungstellen von Gebäuden seitens der Kommunen ist denkbar.

Im Rahmen der Prüfung soll auch auf folgende Punkte eingegangen werden:

Frage 1: Was ist für eine beihilferechtlich zulässige DAWI-Betrauung notwendig (gegebenenfalls hinsichtlich verschiedener Rechtsformen)?

Frage 2: Was ist bei der Aufnahme Dritter in eine Trägerstruktur zu beachten?

Frage 3: Wie verhält es sich mit Zahlungen der Kommune an bestehende Arztpraxen im Rahmen Ihrer Aufnahme in das kommunale MVZ?

IV. Vergaberecht

Frage 1: Was ist je nach gewählter Rechtsform (AöR, (g)GmbH, Genossenschaft) zu beachten (Gründungsphase und Betriebsphase)?

V. Kartellrecht

In dem RVZ bzw. dem MVZ-Teil sollen neue Ärzte, die bisher in dem Gebiet nicht zugelassen sind, angestellt werden, das MVZ soll aber gegebenenfalls auch für bestehende Ärzte offenstehen (das wird aus Kapazitätsgründen aber nicht für alle gehen können):

Frage 1: Was ist gegenüber den bestehenden Ärztinnen und Ärzten vor Ort zu beachten mit Blick auf die MVZ-Infrastruktur?

C. RECHTLICHE BEWERTUNG

I. Rechtsform

1. Begriff des „Regionalen Versorgungszentrums“ (RVZ)

Regionale Versorgungszentren (RVZ) sind kombinierte Angebote aus hausärztlicher Versorgung, Tagespflege und Beratungsangeboten (z.B. Hebammendienste, Präventionskurse, Ergo-/ Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder auch ein Café als Treffpunkt).

Spezifische rechtliche Rahmenbedingungen für RVZ gibt es keine, das heißt RVZ sind kein unmittelbarer Gegenstand gesetzlicher Regelungen. Fragen der Rechtsform eines RVZ müssen daher nach allgemeinen Grundsätzen bestimmt werden.

2. Begriff des „Medizinischen Versorgungszentrums“ (MVZ)

- a)** Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind (Legaldefinition § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V). Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist regelmäßig eine Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung. Medizinische Versorgungszentren sind berechtigt an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen (kassenärztlichen) Versorgung teilzunehmen.

Medizinische Versorgungszentren sind gesetzlich seit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 zugelassen und geregelt. Rechtsgrundlage bildet § 95 SGB V sowie seit 2012 Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, die Gegenstand von § 95 Abs. 1a SGB V sind.

Die Zulassung durch die Zulassungsausschüsse der kassenärztlichen Vereinigungen setzt bestimmte Kriterien voraus:

- Mindestens zwei vertragsärztliche halbe Zulassungen.
- Vorlage eines Gesellschaftsvertrages und Benennung eines ärztlichen oder psychotherapeutischen Leiters. Der ärztliche Leiter ist keinen Weisungen unterworfen. Die ärztliche Wertung muss jedoch nicht mit Geschäftsführungsbefugnissen ausgestattet sein.
- Übernahme einer Bürgschaft durch alle Gesellschafter (Gründer) für die Forderungen der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung für das MVZ (gilt nur für Gründung in Rechtsform einer GmbH oder (g)GmbH gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V). Kommunen dürfen andere Formen der Sicherheitsleistung erbringen. Eingetragene Genossenschaften sind von dieser Sicherheitsleistung oder Bürgschaftsverpflichtungen nicht betroffen.

In einem MVZ können beliebig viele zugelassene Ärzte oder Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis arbeiten. Das ist der wesentliche Unterschied zu herkömmlichen niedergelassenen Praxen. Medizinische Versorgungszentren können fachübergreifend Fachärzte unterschiedlicher Richtungen beschäftigen.

b) Neugründungen von MVZ dürfen seit 2012 gemäß § 95 Abs. 1 a, S. 3 SGB V nur noch in der Rechtsform von

- Personengesellschaften,
- eingetragenen Genossenschaften,
- Gesellschaften mit beschränkter Haftung und
- öffentlich-rechtlichen Rechtsformen

errichtet werden.

Gründer dürfen gemäß § 95 Abs. 1 a, S. 1 SGB V sein:

- zugelassene Ärzte,
- Psychotherapeuten,
- zugelassene Krankenhäuser,

- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen,
- gemeinnützige Träger, die an der medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen sowie
- seit 2015 auch Kommunen (siehe GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23.07.2015 bzw. § 95 Abs. 1 a, S. 1 SGB V).

3. Frage 1 (Teil 1 – erster Frageteil):

Was sind die Vor- und Nachteile der Rechtsformen auch mit Blick auf Haftung, Bürgschaften, Beteiligung Dritter, Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen et cetera der AöR, der (g)GmbH und der Genossenschaft?

a) Vor- und Nachteile zivilrechtlicher Rechtsformen

aa) Haftung bei (g)GmbH und eingetragenen Genossenschaften

Das Haftungsregime gegenüber Dritten ist bei diesen zivilrechtlichen Gesellschaftsformen grundsätzlich gleich. In beiden Fällen haftet bei den Gläubigern nur das Gesellschaftsvermögen. Nur in wenigen Ausnahmefällen haften die Mitglieder der Genossenschaften und der GmbH persönlich (Betrugsfälle, nicht eingezahltes Kapital, Konzernstrukturen in Ausnahmefällen).

bb) Bürgschaften

Die Möglichkeit, Bürgschaften zu begeben sind grundsätzlich bei GmbH und Genossenschaft aus Sicht der Mitglieder bzw. Gesellschafter relativ gleich.

Auch eine gemeinnützige GmbH (g)GmbH kann grundsätzlich Bürgschaften zu Gunsten Dritter erteilen. Sie muss aber beachten, dass die verbürgten Ansprüche bei Inanspruchnahme der (g)GmbH nicht zum schädlichen Abfluss gemeinnützig gebundenen (ideellen) Vermögens führen können.

Die nachstehende Erörterung der Bürgschaft gemäß § 95 SGB V betrifft aber nicht eine solche Bürgschaft der (g)GmbH, sondern eine Bürgschaft der Gesellschafterin (u. a. Kommune) als Bürgin an die Kassenärztliche Vereinigung zugunsten der Hauptschuldnerin in Form einer GmbH oder ggf. (g)GmbH.

cc) Sonderfall: Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen als Voraussetzung für die Zulassung eines MVZ gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V

Im Rahmen der Zulassung eines MVZ stellt sich die Frage der Sicherheitsleistung zur Forderung der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenhäusern gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V.

Hier unterscheidet das Sozialgesetzbuch nach den Rechtsformen der Trägerschaft des MVZ und begünstigt die Genossenschaft (und auch andere öffentlich-rechtliche Rechtsformen der Trägerschaft) gegenüber derjenigen in der Rechtsform einer GmbH bzw. auch (g)GmbH.

Die Gründung eines MVZ in der privat-rechtlichen Gesellschaftsform der GmbH (oder (g)GmbH) bereitet insbesondere Kommunen in der Praxis Schwierigkeiten wegen der nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V beizubringenden Sicherheiten.

Voraussetzung für die Zulassung eines MVZ in Form einer GmbH ist nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V, dass die Gesellschafter - unbegrenzt - entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben. Diese Pflicht kollidiert mit dem für die Kommunen bestehenden Verbot des § 121 Abs. 1 NKomVG, Sicherheiten zugunsten Dritter zu bestellen.

Um den Kommunen insoweit entgegenzukommen, wurde zwar durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V die Möglichkeit ergänzt, neben Bürgschaften auch "*andere Sicherheitsleistungen nach*

§ 232 BGB" zu erbringen. Ob dies für die Praxis allerdings eine signifikante Erleichterung darstellt, darf aber bezweifelt werden. Nach § 232 BGB kann Sicherheit bewirkt werden durch Hinterlegung, Verpfändung von Forderungen, Verpfändung beweglicher Sachen, Bestellung von Schiffshypotheken, Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken oder durch die Verpfändung von Forderungen, für die eine Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht, oder durch Verpfändung von Grundschulden oder Rentenschulden an inländischen Grundstücken. Hinsichtlich all dieser Möglichkeiten, von denen tatsächlich ohnehin nur die Bestellung von Hypotheken oder die Verpfändung von Grundschulden in Betracht kommen dürften, verbleibt es aber bei dem in § 121 Abs. 1 S. 1 NKomVG statuierten Verbot der Sicherheitsbestellung zugunsten Dritter, das nur ausnahmsweise - im Wege der Zulassung durch die Kommunalaufsicht im Einzelfall - durchbrochen werden darf. Dazu, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen eine derartige Zulassung durch die Kommunalaufsicht erfolgt, sind bisher keine Entscheidungen ersichtlich.

Darüber, in welchem Umfang die Sicherheitsmittel die Forderungen der KVen und der Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abdecken müssen, sagt § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V nichts aus (vgl. dazu *Joussen* in: Becker/Kingreen, SGB V, Kommentar, 7. Aufl. 2020, § 95, Rn. 14), so dass wohl überwiegend vertreten wird, weder betragsmäßige Beschränkungen noch Befristungen oder Kündigungsmöglichkeiten seien zulässig (vgl. *Cansun-Labenski* in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2019, § 10, Rn. 63 m.w.N.). Da die Sicherungsmittel nach § 232 BGB ihrer Natur nach betragsmäßig begrenzt sind, ist die erforderliche Höhe der Sicherheit zwischen den Parteien (zwischen Zulassungsausschuss und MVZ-Gründer) abzustimmen (vgl. *Cansun-Labenski* a.a.O., Rn. 68).

Hinzu kommt, dass nach der Konzeption der Vorschrift nicht auszuschließen ist, dass bei Eintritt weiterer Ärzte bzw. bei Erweiterung des vertragsärztlichen Leistungsspektrums des MVZ eine Erhöhung der Sicherheitsmittel erfolgen muss.

Es besteht daher durch den Gesetzgeber eine Begünstigung der Organisationsform der Mitglieder der Genossenschaft, da keine Verpflichtung der Mitglieder der Genossenschaft besteht, selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern gegen das MVZ aus der vertragsärztlichen Tätigkeit abzugeben. Dieses Kriterium ist also nur Voraussetzung für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH (siehe oben in § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V).

dd) Beteiligung Dritter (neben der Kommune als Gründerin) an der (g)GmbH und Genossenschaft

Grundsätzlich können neben Kommunen dritte Parteien sowohl an einer Genossenschaft als auch an einer GmbH oder (g)GmbH beteiligt werden. Bei einem MVZ ist aber zu beachten, dass der Kreis der beteiligungsfähigen Personen (Gründer) gesetzlich beschränkt ist auf die oben bezeichneten Ärzte, Krankenhäuser und Erbringer nicht ärztlicher Dialyse-Leistungen et cetera. (§ 95 Abs. 1 a, S. 1 SGB V).

Eine GmbH (oder (g)GmbH) kann als Ein-Person-Gesellschaft einer z. B. Kommune als Alleingesellschafterin gegründet werden.

Bei einer Genossenschaft stellt sich die Frage, ob die Gründung nicht notwendigerweise nicht nur unter Beteiligung Dritter überhaupt möglich ist, denn gemäß § 4 Genossenschaftsgesetz muss die Zahl der Mitglieder einer Genossenschaft mindestens drei betragen. Eine Genossenschaft als Trägerin eines RVZ oder MVZ käme für die Kommunen daher nur in Betracht, wenn sich mehrere Kommunen oder eine Kommune und weitere nach § 95 Abs. 1a SGB V mögliche Gründer zu ihrer Gründung zusammenschließen.

ee) Nachteil der Formenstrenge des Genossenschaftsrechts

Bei der Abwägung der Wahl der zivilrechtlichen Rechtsform spricht für die GmbH (oder (g)GmbH) die Möglichkeit der Flexibilität der Ausgestaltung der Satzung, da im GmbH-Recht das Prinzip der Satzungsfreiheit besteht

(§ 45 GmbH-Gesetz), das heißt die internen Gesellschaftsorganisationsformen können abweichend vom Gesetz geregelt werden. Das ist insbesondere bei Beteiligung Dritter neben der Kommune einer GmbH ein erheblicher Vorteil und bietet Gestaltungsmöglichkeiten.

Bei der Genossenschaft gilt dagegen das Prinzip der Satzungsstrenge (§ 18 S. 2 Genossenschaftsgesetz). Von den Bestimmungen des Genossenschaftsgesetzes darf in der Satzung also nur insoweit abgewichen werden, als dies im Gesetz ausdrücklich auch zugelassen ist.

Gerade bei der Zusammenarbeit der Kommunen mit Ärzten im Rahmen eines MVZ dürfte die Formenstrenge des Genossenschaftsgesetzes ein erheblicher Gestaltungsnachteil im Verhältnis zur GmbH sein.

Beispielsweise gäbe es bei der GmbH die Möglichkeit der Abdingbarkeit des Kopfstimmrechtes von der auch in der Praxis erheblicher Gebrauch gemacht wird und die Abstimmung nach Anteil an Nominalkapital übliche Regelung ist. Bei der Genossenschaft dagegen hat jedes Mitglied ohne Rücksicht auf die Zahl seine Geschäftsanteile oder die Höhe des Geschäftsguthabens grundsätzlich nur eine Stimme und Mehrstimmenrechte sind nur in geringem Umfang und nur bis zu drei Stimmen zulässig (§ 43 Abs. 3 Genossenschaftsgesetz).

ff) Eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten bei der Genossenschaft gegenüber dem Vorstand

Ein wesentlicher Unterschied und Nachteil der Genossenschaft im Verhältnis zur GmbH ergibt sich bei den Steuerungsmöglichkeiten der Gesellschafter und speziell der beteiligten Kommunen.

Bei der Rechtsform der GmbH kann die Kommune als Gesellschafter unmittelbar unter Ausübung ihres Stimmrechtes Weisungen der Gesellschafterversammlung an die Geschäftsführung steuern. Bei der Genossenschaft ist der Vorstand der Genossenschaft ähnlich dem Vorstand einer Aktiengesellschaft nicht an Einzelweisungen gebunden. Die Steuerungsfähigkeit durch die Kommunen ist damit erheblich eingeschränkt.

gg) Bindung der Genossenschaft an ihren Förderzweck

Genossenschaften sind *förderwirtschaftliche* Vereinigungen, die ihren Mitgliedern nutzen sollen (d.h. den beteiligten Genossenschaftsmitgliedern nutzen sollen). Sie unterliegen einer kollektiven Selbstkontrolle durch einen genossenschaftlich gegründeten und getragenen genossenschaftlichen Prüfungsverband. Die Leitung der Genossenschaften obliegt dem Vorstand in eigener Verantwortung unter Ausschluss eines geschäftspolitischen Weisungsrechtes der Genossenschaftsversammlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Genossenschaftsgesetz). Bei Ausscheiden eines Mitgliedes aus einer Genossenschaft erhält diese regelmäßig nur sein Geschäftsguthaben, aber keine Beteiligung an stillen Reserven. Der Anreiz für Genossenschaftsmitglieder zur Gewinnmaximierung und Förderung der Genossenschaft ist daher geringer als es der Anreiz für einen Gesellschafter einer GmbH wäre. Das dürfte sich nachteilig für die Einsatzfreude der an einem RVZ oder MVZ in der Rechtsform einer Genossenschaft gegründeten privaten Dritten auswirken.

Diese Regelungen schränken die Möglichkeiten für Kommunen im Zusammenhang insbesondere der Beteiligung Dritter erheblich ein. Die Bindung der Genossenschaften an ihren förderwirtschaftlichen Zweck wäre insbesondere wohl bei einem Regionalen Versorgungszentrum je nach dessen Tätigkeitsfeldern hinderlich.

hh) Allgemeiner Rechtsformvergleich GmbH, (g)GmbH und Genossenschaft)

Für eine allgemeine Übersicht der Unterschiede bzw. der Vor- und Nachteile der Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft im Verhältnis zu einer GmbH verweisen wir auf die in der **Anlage** beigefügte schematische Darstellung (für öffentlich-rechtliche Organisationsformen einschließlich Anstalt öffentlichen Rechts wird auf die nachstehend gesonderte Darstellung verwiesen).

ii) Ergebnis der Vor- und Nachteile des zivilrechtlichen Rechtsformvergleiches

Im Ergebnis sind wir der Auffassung, dass die Nachteile der Rechtsform der Genossenschaft hinsichtlich insbesondere eingeschränkter Steuermöglichkeiten der Kommunen und auch hinsichtlich eingeschränkter Gewinnmaximierung der Beteiligten (zumindest bei beteiligten Ärzten und MVZ als relevanter Gesichtspunkt) die Vorteile der Genossenschaft, die u.a. in der Begünstigung als Träger als MVZ und dem Verzicht auf die Erteilung von spezifischen Bürgschaften liegen mögen, überwiegen (ebenso zum Beispiel auch vertreten von *Cansun-Labenski*, in: *Anwaltshandbuch, Medizinrecht*, 3. Auflage 2019, § 10 Rn. 46 ff. für Medizinische Versorgungszentren).

jj) GmbH und Genossenschaft im Gemeinnützigkeitsrecht

Für die Frage der Gemeinnützigkeit gilt, dass sowohl die GmbH als auch die Genossenschaft gemeinnützig sein können. Zwar ist seit 2006 die Möglichkeit der Förderung ideeller Zwecke auch für Genossenschaften eine Möglichkeit gemeinnütziger Betätigung. Gemeinnützige Genossenschaften sind jedoch sehr selten, es steht die Formlichkeit des Genossenschaftsrechtes und auch der Förderzweckgedanke der Mitglieder der Gemeinnützigkeit entgegen (siehe *Wallenhorst*, Die Besteuerung gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Körperschaften, Teil A, Randzeichen 74).

Die Finanzverwaltung darf die Gemeinnützigkeit auch nur anerkennen, wenn die Satzung dieser Körperschaften (GmbH oder Genossenschaft) die allgemeinen Anforderungen aus der Abgabenordnung erfüllt, d.h. die Körperschaft entweder kirchliche, mildtätige oder gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung fördert (hier insbesondere denkbar der gemeinnützige Förderzweck des öffentlichen Gesundheitswesens und -pflege gemäß § 52 Abs. 2 Nr. 3 AO für ein MVZ). Die Satzung müsste der gesetzlichen Mustersatzung entsprechen (siehe Anlage 1 zu § 60 Abgabenordnung) und insbesondere bestimmen, welcher steuerlich begünstigte Körperschaft oder juristische Person des öffentlichen Rechts das Vermögen bei Auflösung der gemeinnützigen Genossenschaft oder gemeinnützigen

GmbH zufallen soll, d.h. das Vermögen der gemeinnützigen Körperschaft fällt nicht den Genossenschaftsmitgliedern oder Gesellschaftern zu. Ebenso ist es ausgeschlossen, diesen Personenkreisen Gewinne auszuschütten.

Dafür verzichtet der Fiskus auf die Erhebung von Körperschaftssteuer – bzw. Gewerbesteuer für die ideellen Zwecke, Vermögensverwaltung und Zweckbetriebe der gemeinnützigen Einrichtung. Für die Umsatzsteuer gelten die allgemeinen Grundsätze. Die gemeinnützigen Körperschaften sind also nicht generell von der Umsatzsteuer befreit.

Soweit die Körperschaft einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb neben der Förderung ideeller Zwecke hat (z.B. ein Café betrieben wird) unterliegt der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb auch bei Gemeinnützigkeit der Ertragssteuerpflicht.

b) Vor- und Nachteile öffentlich-rechtlicher Rechtsformen

aa) Eigenbetrieb

Dem Organisationstypus nach handelt es sich bei Eigenbetrieben um nicht-rechtsfähige öffentlich-rechtliche Anstalten (s. dazu umfassend *Hellermann* in: Hoppe/Uechtritz/Reck, Handbuch Kommunale Unternehmen, 3. Aufl. 2012, § 7, Rn. 33 m.w.N.).

Für Niedersachsen sind die rechtlichen Anforderungen an die Errichtung und Führung von Eigenbetrieben durch die Kommunen in § 140 NKomVG sowie durch die Eigenbetriebsverordnung (EigBetrVO) vom 12. Juli 2018 (Nds. GVBl. 2018, S. 172) geregelt.

Die Form des kommunalen Eigenbetriebs erscheint im Zusammenhang mit einem MVZ / RVZ allerdings problematisch. Denn die rechtliche Unselbstständigkeit des Eigenbetriebs würde auch für MVZ rechtliche Unselbstständigkeit bedeuten und darüber hinaus keine gleichrangige Beteiligung privater Leistungserbringer erlauben. Damit ist keine Übertragung der Einrichtung auf private Leistungserbringer möglich. Folglich wäre eine Integra-

tion von Ärzten in ein solches MVZ erheblich erschwert, wenn nicht gar ausgeschlossen. Zudem haftet die Kommune mit dieser Trägerform vollständig für eventuelle Regresse (vgl. *Hellermann a.a.O.*, Rn. 49).

bb) Regiebetrieb

Der Regiebetrieb ist eine Organisationsform kommunaler (wirtschaftlicher) Betätigung ohne eigene Rechts- und Parteifähigkeit. Im Unterschied zum Eigenbetrieb bleibt der Regiebetrieb Teil der unmittelbaren Verwaltung. Er ist damit strikt dem kommunalen Haushalts-, Rechnungs- und Prüfungswesen unterworfen. Einnahmen und Ausgaben sowie Kredite des Regiebetriebes sind vollständig in den Haushalt der jeweiligen Kommune einzubeziehen. Damit gilt für Regiebetriebe auch das haushaltsrechtliche Gesamtdeckungsprinzip: erzielte Erlöse verbleiben nicht bei der konkreten Verwaltungsaufgabe, sondern können jedweden Haushaltszweck zugeführt werden (vgl. dazu umfassend *Hellermann a.a.O.*, Rn. 23 ff.).

Die Organisationsform des Regiebetriebes erscheint daher für die Trägerschaft bei einem MVZ / RVZ ungeeignet.

cc) Kommunale Anstalt des öffentlichen Rechts

Im Unterschied zu Eigenbetrieben und Regiebetrieben der Gemeinde sind kommunale Anstalten des öffentlichen Rechts rechtsfähig und besitzen oft die Dienstherrnfähigkeit, können also eigene Beamte ernennen. Typische Beispiele für kommunale Anstalten sind Sparkassen oder Verkehrsbetriebe (vgl. umfassend zu kommunalen Anstalten: *Hellermann a.a.O.*, § 7, Rn. 63 ff.).

In Niedersachsen sind die Anforderungen an die Errichtung und Ausgestaltung von rechtsfähigen Anstalten des öffentlichen Rechts (kommunale Anstalten) durch die Kommunen in §§ 141 bis 147 NKomVG geregelt. Die Anforderungen an deren Wirtschaftsführung und Rechnungswesen werden bestimmt durch die Verordnung über kommunale Anstalten (KomAnstVO) vom 18. Oktober 2013 (Nds. GVBl. 2013, S. 244). Die kommunale Anstalt unterliegt zudem gemäß § 147 Abs. 1 i.V.m. §§ 110 Abs. 1 und 2, 111 Abs.

6 NKomVG ebenfalls den Allgemeinen Grundsätzen der kommunalen Haushaltsführung und den Beschränkungen bei der Kreditaufnahme (s. dazu nachstehend Ziff. II. 1. lit. b)).

Die Kommune kann bestehende Einrichtungen oder Unternehmen in eine kommunale Anstalt umwandeln (§ 141 Abs. 1 NKomVG). Die in einigen Bundesländern gegebene Möglichkeit, eine kommunale Anstalt später z.B. in eine GmbH umzuwandeln (z.B. § 86a Abs. 7 GemO RP), besteht in Niedersachsen nicht.

Eine Beteiligung privater Dritter ist bei der kommunalen Anstalt regelmäßig ausgeschlossen, ebenso wie die unmittelbare Beteiligung anderer Kommunen. Allerdings können nach niedersächsischem Zweckverbandsrecht mehrere Kommunen zur gemeinsamen Aufgabenerfüllung eine gemeinsame kommunale Anstalt gründen, sich als weitere Träger an einer solchen beteiligen sowie bestehende Unternehmen und Einrichtungen in eine solche einbringen, §§ 1, 3 Niedersächsisches Gesetz über die kommunale Zusammenarbeit (NKomZG) v. 21.12.2011 (Nds. GVBl. 2011, S. 493). Ferner kann sich die kommunale Anstalt ihrerseits nach Maßgabe der Unternehmenssatzung an anderen Unternehmen beteiligen, wenn der öffentliche Zweck der Anstalt das rechtfertigt, § 141 Abs. 3 NKomVG.

In Niedersachsen ist die ansonsten übliche Gewährträgerhaftung der Kommune für Verbindlichkeiten der kommunalen Anstalt gemäß § 144 Abs. 2 S. 2 NKomVG ausgeschlossen. Trotz ursprünglich anderer Regelungszweckung noch im Gesetzentwurf (vgl. LT-Drs. 14/3720, S. 2), hat sich der Gesetzgeber aus vergaberechtlichen Gründen gegen eine solche Gewährträgerhaftung entschieden (vgl. LT-Drs. 14/4097, S. 3, noch zu § 113d GO), nachdem der Vergabesenat des OLG Celle festgestellt hatte, dass eine Anstalt öffentlichen Rechts als Bieterin in einem Vergabeverfahren ausgeschlossen sei, weil dies den Wettbewerb verzerre; es verstoße gegen das Gebot der Chancengleichheit, wenn ein Unternehmen, das keinem Insolvenzrisiko ausgesetzt sei, in Wettbewerb mit Unternehmen trete, die dieses Risiko tragen müssten (vgl. OLG Celle Vergabesenat, Beschl. v. 3.9.2001 - 13 Verg 9/01 - juris). Es verbleibt danach nur ein möglicher

Rückgriff des Landes auf die Träger-Kommune wegen der nach § 12 Abs. 2 InsO zu erbringenden Leistungen an die Arbeitnehmer der kommunalen Anstalt. Die sich damit ergebende, weitgehende Risikoabschirmung kann aus Sicht der Kommunen durchaus einen Vorteil dieser Organisationsform darstellen.

Soweit allerdings hier im Vordergrund die Suche nach einer Organisationsform steht, welche die Anforderungen des § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V erfüllt und zudem die Beteiligung Privater - neben der Kommune - ermöglicht, dürfte sich danach die kommunale Anstalt nicht aufdrängen. Ihre Organisationsvorteile (neben der rechtlichen Selbständigkeit v.a. die Möglichkeiten von Dienstherrenfähigkeit, Anschluss- und Benutzungszwang, Erhebung von Kommunalabgaben) bringen in der konkreten Konstellation keinen Nutzen, während es einen erheblichen Nachteil darstellt, dass sich private Dritte nicht direkt beteiligen können.

dd) Beachtung allgemeiner Haushaltsgrundsätze

Allen Formen wirtschaftlicher Betätigung von Kommunen ist ungeachtet ihrer Organisationsform gemein, dass für sie besondere kommunalrechtliche Anforderungen bestehen. Eine Darstellung der wichtigsten Anforderungen findet sich nachstehend unter Ziffer II.

4. Frage 1 (Teil 2 – zweiter Fragenteil):

Ist es, für den Fall, dass ein separates MVZ in einer eigenen Gesellschaft gegründet wird, sinnvoll, für den Rest des RVZ noch eine eigene Gesellschaft zu gründen (s.u. zu den verschiedenen Modellen hinsichtlich der Beteiligung Dritter)?

a) Allgemeines

Wie ausgeführt ist der Kreis der zulässigen Gründer – neben der Gründung durch Kommunen – eines MVZ auf bestimmte ärztliche Personenkreise beschränkt (siehe oben in § 95 Abs. 1 a SGB V). Damit dürfte es schon zwingend

sein für ein separates MVZ eine eigene Gesellschaft mit diesem Gründerkreis zu errichten.

Ob dann für den Personenkreis, die außerhalb des MVZ das RVZ begründen, eine eigene Gesellschaft errichtet werden sollte, bestimmt sich maßgeblich nach dem Umfang der Tätigkeiten dieser weiteren das RVZ bildenden Personenkreise. Wenn es nur noch wenige weitere Aktivitäten im RVZ geben sollte (z.B. nur eine Physiotherapie und ein Café, das Angebot des MVZ ergänzen sollten), dann mag man auf die Gründung einer weiteren Gesellschaft verzichten. Je größer das RVZ im Verhältnis zum MVZ in seinem Leistungsbereich und den beteiligten Personen wird, desto eher sollte eine eigene Gesellschaft diese Aktivitäten bündeln. Dafür würde auch sprechen, dass im Verhältnis zwischen MVZ und RVZ die Gründung einer eigenen RVZ-Träger-Gesellschaft die Ausgestaltung vereinfachen dürfte (ein Ansprechpartner, eine Haftungsmasse, einen Geschäftsführer, der die Beziehung zum MVZ ordnet etc.).

Anderenfalls würde in einer Vielzahl von Fragen der Leistungsbeziehungen ein Geflecht von schuldrechtlichen Verträgen errichtet werden müssen (jeder Leistungserbringer der RVZ würde einen eigenen Mietvertrag abschließen, es müsste eine Bürogemeinschaft bzw. Praxisgemeinschaft zur Kostenaufteilung der Beteiligten errichtet werden).

b) Empfehlung: Grundlagenvertrag RVZ – MVZ

Grundsätzlich dürfte es sich anbieten, die Beziehungen zwischen der Trägergesellschaft des MVZ und der eigenen Trägergesellschaft des RVZ in einem Grundlagenvertrag zu regeln. Wesensmerkmale des Grundlagenvertrages könnten im Grund solche Bestimmungen sein, die üblicherweise in Gesellschaftervereinbarungen geregelt werden. Beispiele könnten sein:

- Bestimmungen zum Leistungsaustausch zwischen MVZ und RVZ (auch unter Berücksichtigung steuerlicher Gegebenheiten, wie z.B. dem Leistungsaustausch nur nach unter Dritten üblichen Entgelten),
- Gemeinsame Beschaffung bestimmter Leistungen Dritter (gemeinsame Anmietung von Flächen, gemeinsamer Warenbezug et cetera unter Berücksichtigung des Vergaberechtes),

- Ggf. Beschränkungen der Beteiligung Dritter am RVZ zur Berücksichtigung der Interessen der an MVZ beteiligten Ärzte – Wettbewerbsschutz,
- Vereinbarung von Vorkaufsrechten der Mitglieder des MVZ an Gesellschaftsrechten ausscheidender Mitglieder der RVZ Träger-Gesellschaft,
- Stimmbindungsabreden zumindest auf Ebene der Mitglieder des RVZ zur Wahrung der Einflussnahme der Rechte bestimmter Gesellschafter / Mitglieder (z.B. der Kommunen) über den Betrag ihrer nominalen Beteiligung am Gesellschaftskapital hinaus,
- Ggf. auch Regelungen zum gemeinsamen Außenauftritt des RVZ und des MVZ bei Werbung und Öffentlichkeitsarbeit unter Berücksichtigung berufsständischer Bindungen der Mitglieder des MVZ.

5. Frage 2:

Welche anderen Rechtsformen sind ggf. zu empfehlen?

a) Andere Rechtsformen des Zivilrechts

aa) Keine Kapitalgesellschaften der AG oder SE

Von den grundsätzlichen zulässigen weiteren Rechtsformen neben Genossenschaften und GmbH kommen für ein MVZ nicht in Betracht die Aktiengesellschaft, die Europäische Gesellschaft (SE). Dies sind Körperschaften, die bei dem MVZ als Trägergesellschaften gesetzlich nicht zugelassen sind (§ 95 Abs. 1a SGB V).

Auch für das RVZ sind sie wenig geeignet, schon, weil der Vorstand dieser Rechtsformen nicht weisungsunterworfen gegenüber den Hauptversammlungen / Aktionären wäre.

bb) Personengesellschaft in Form der GbR für MVZ denkbar

Personengesellschaften in GbR – an der eine Kommune beteiligungsfähig wäre – könnten Träger des RVZ oder MVZ sein.

Die GbR wäre eine zugelassene Beteiligungsform, wenn sich mehrere Kommunen oder eine Kommune mit weiteren privaten Gründern für die Gründung des RVZ oder auch MVZ zusammenschließen

Erheblicher Nachteil der GbR ist die unbeschränkte Haftung der GbR-Gesellschafter für Verbindlichkeiten des RVZ/MVZ (siehe näher unter cc)).

Der wesentliche weitere Unterschied der GbR als Personengesellschaftsformen zur Genossenschaft oder GmbH liegt aus unserer Sicht weniger in den zivilrechtlichen Unterschieden der Personengesellschaft zur Kapitalgesellschaft (diese gibt es, sie dürften nicht entscheidend sein und können auch satzungsmäßig oft fast angeglichen werden). Der Unterschied liegt viel mehr in der Besteuerung.

Während Genossenschaft und GmbH ertragssteuerlich für die Zwecke also der Körperschaftsteuer oder Gewerbesteuer eigene Steuersubjekte sind, die mit ihren Ergebnissen zunächst keine steuerlichen Folgen auf der Ebene der Mitglieder bzw. Gesellschafter begründen, ist die Personengesellschaft ertragssteuerlich transparent. Die von der Personengesellschaft erzielten Gewinne und Verluste wirken sich grundsätzlich unmittelbar steuerlich auf Ebene der beteiligten Gesellschafter aus.

Das kann ein Vor- oder Nachteil der Personengesellschaft sein und kann hier nicht abschließend abstrakt beurteilt werden. Erzielt beispielsweise ein Gesellschafter aus anderen Einkunftsquellen höhere Gewinne, dann kann er an der unmittelbaren steuerlichen Auswirkung von Verlusten der Personengesellschaft (Anlaufverluste in der Gründungsphase) ein steuerliches Interesse haben, da ihm dies im bestimmten Rahmen ein freies Verrechnungsrecht mit seinen positiven Einkünften für die Besteuerung eröffnet. Andererseits könnten höhere Gewinne aus der Beteiligung an einer Personengesellschaft als Träger des RVZ oder MVZ auch ein Nachteil für den Gesellschafter begründen, der anders als bei der GmbH oder Genossenschaft nicht durch Entscheidungen der Dividendenausschüttung steuern kann, welche steuerlichen Auswirkungen diese Erträge haben. Sie bilden sich eben transparent auf seiner persönlichen Steuerebene ab.

Die Personengesellschaft dürfte daher wohl dann aus steuerlicher Betrachtung nur in Betracht kommen, wenn sich die steuerlichen Interessen der Beteiligten stark unterscheiden sollten und daher zunächst auf der ersten Beteiligungsebene ein Interesse daran besteht, eine steuerlich transparente Trägerschaft zu begründen (also eine Personengesellschaft).

Wie diese Ausführungen zeigen, würde aber eine Berücksichtigung solcher partikularer Steuerinteressen zu einer komplexeren Trägerstruktur mit evtl. mehrstufigen Beteiligungsmodellen führen und dürfte aus Gründen der zu vermeidenden Komplexität daher nicht zu empfehlen sein.

cc) Persönliche Haftung der Gesellschafter der GbR – keine Sicherheitsleistungspflicht der GbR als MVZ-Trägerin gemäß § 95 SGB V

Bei Personengesellschaften in Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ist zudem zu beachten, dass die Gesellschafter einer GbR persönlich haften. Bei den anderen genannten Personengesellschaften bestände grundsätzlich ein der Kapitalgesellschaft vergleichbarer Haftungsschutz bzw. eine Haftungskonzentration auf das Gesellschaftsvermögen und keine persönliche Haftung der beteiligten (Personen-) Gesellschafter.

Wesentlicher Vorteil der GbR wäre der Wegfall der Pflicht zur Sicherheitsleistung bei Gründung eines MVZ (siehe § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V *e contrario*) Dieser Vorteil ergäbe sich ebenso für Anstalt öffentlichen Rechts (s.o.).

dd) RVZ in Rechtsform der GmbH & Co KG zulässig

Bei einem RVZ – nur der Trägerin Kommune oder auch gemeinsam mit Dritten - kommt zudem die Gründung der Personengesellschaft als GmbH & Co. KG in Betracht. Das dürfte jedoch nur von Interesse sein, wenn ein Dritter steuerliche Gründe anführt.

ee) MVZ in Rechtsform der GmbH & Co KG (ggf. zulässig bei Alleinkommanditistin einer Kommune)?

Eine GmbH & Co. KG ist eine Personalgesellschaft und dabei grundsätzlich eine solche der Personenhandelsgesellschaft ist. Für ein MVZ ergeben sich Restriktionen für die Gründung in Form von Personenhandelsgesellschaften. Bedenken für die Gründung einer MVZ GmbH & Co. KG bestehen aus dem Begriff der „*Personengesellschaft*“ als Trägerin in § 95 Abs. 1 a SGB V sowie vor allem aus dem ärztlichen Zulassungsrecht.

„Personengesellschaft“ im Sinne von § 95 SGB V meint danach nur nicht-gewerbliche Gesellschaften, meint also nicht die Personenhandelsgesellschaften der OHG und der KG.

Die Handelsgesellschaften der OHG und eben der Kommanditgesellschaften sollen also aus dem Begriff der „Personengesellschaft“ in § 95 SGB V und mehr noch aus dem ärztlichen Zulassungsrecht und deren berufsrechtlicher Ablehnung aller gewerblichen Rechtsformen keine zulässige Gründerin eines MVZ sein dürfen.

Dies wird von der wohl (noch) herrschenden Meinung vertreten (Frage unkommentiert bei *Rademacker*, Kasseler Kommentar, SGB V § 95 Rn. 74; Frage unkommentiert bei *Jaeger*, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Auflage 2018 SGB V § 95 Rn. 30, 84 – ausdrücklicher Ausschluss nur für Aktiengesellschaft; ausdrücklich ablehnend für Rechtsform der GmbH & Co. KG Clemens, in: QuaaS/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Auflage 2018, § 17 Rn. 37). Schwachstelle der Kommentatoren ist, dass alle Referenzfundstellen vor 01.01.2012 – der Reform des § 95 Abs. 1 a SGB V – datieren und der Begriff „Personengesellschaft“ in § 95 Abs. 1 a SGB V an sich auch Personenhandelsgesellschaften als Oberbegriff umfassen würde.

Es wird von *Sodan* vertreten, dass die GmbH & Co. KG bei einem MVZ ganz ohne Beteiligung von Ärzten zulässig sei (so wohl *Sodan*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 33 ff (35 m. w. N.)). Das erscheint richtig, denn dann kann das ärztliche Berufszulassungsrecht kaum entgegenstehen.

Wenn erwogen wird die GmbH & Co. KG-Variante mit einer Kommune oder mehreren Kommunen als Alleinkommanditisten zu gründen, müsste mit der

Ärztekammer und der KV auch erörtert werden, ob ev. eine nicht-gewerblich geprägte GmbH & Co. KG mit der Kommune als einer oder alleiniger Kommanditistin als MVZ-Trägerin akzeptiert würde. Der o. g. Aufassung dazu von Sodan ist m. E. zuzustimmen.

ff) Ergebnis

Im Ergebnis dürften als sicherer Weg die GmbH (und ggf. die Genossenschaft mit den allerdings oben beschriebenen Nachteilen) und bei Allein-gründung der Kommune eine Anstalt des öffentlichen Rechts zu empfehlen sein – außer eben steuerliche Gegebenheiten erzwingen die Gründung in der Rechtsform einer Personengesellschaft in GbR.

Die Rechtsform der GmbH & Co. KG kommt nur für ein RVZ in Betracht; bei einem MVZ kommt sie nur in Frage ohne Beteiligung anderer Kommanditisten als der Kommune und auch nur nach Einzelabklärung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer.

b) Andere öffentlich-rechtliche Rechtsformen

Andere öffentlich-rechtliche Rechtsformen neben den bereits vorbezeichneten dargestellten Möglichkeiten der Anstalt öffentlichen Rechts sind nicht erkennbar.

6. Frage 3 (Teil 1):

Teilweise möchten die Kommunen als Partner Dritte mit zum Betrieb des RVZ hineinnehmen in einer gemeinsamen Trägerschaft, wobei bei den Kommunen die Mehrheit der Anteile liegen soll. Angedacht sind in einem Projekt eine Klinik und in einem anderen Projekt andere gemeinnützige Träger von Pflegeeinrichtungen.

Welche Auswirkungen hat das auf die Gründung eines MVZ? Ist der Anteil der Kommune an einer Trägerschaft relevant oder sind Dritte, die nicht selbst allein ein MVZ gründen könnten, auch von einer Beteiligung an einer Trägerschaft pauschal ausgeschlossen?

Zunächst dürfen wir auf die vorbezeichneten Ausführungen insbesondere Frage 2 verweisen. Bei Gründung in Formen des Zivilrechtes ist die Beteiligung Dritter neben der Kommune möglich.

Wenn das Ziel der Mehrheit der Anteile besteht, dürfte sich hier die GmbH anbieten, da die Genossenschaft tendenziell nicht auf dem Prinzip der Beherrschung durch ein Mitglied angelegt ist (auch wenn es doch von mehrstimmrechten und unterschiedlichen Geschäftsguthaben gibt, gibt es doch das Prinzip „ein Mitglied – ein Beteiligungsrecht“).

Grundsätzlich ist es auch denkbar, dass sich an einer gemeinsamen Trägerschaft in der Rechtsform einer GmbH Kommunen, gemeinnützige Körperschaften und private Dritte nebeneinander beteiligen.

An einem MVZ können sich jedoch nicht solche Parteien beteiligen, die keine zulässigen Gründer eines MVZ im Sinne von § 95 SGB V sind (s.).

Wenn es sich bei den gemeinnützigen Trägern von Pflegeeinrichtungen nicht um solche handelt, wie an der medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, dann dürften diese Pflegeeinrichtungen kein MVZ gründen und können sich auch nicht gemeinsam mit einer Kommune an einem MVZ beteiligen.

Bei einem RVZ beständen solche Beschränkungen nicht, da hier § 95 SGB V keine Anwendung findet.

7. Frage 3 (Teil 2):

Sind zwei Gesellschaften notwendig? Welche Konstrukte sind denkbar zwischen RVZ und MVZ? (Voraussetzung ist, dass auch das MVZ von den Kommunen (mit-)getragen wird.)

Für diese Frage erlauben wird uns auf die Ausführungen ob zur Frage 1 – Teil 2 zu verweisen.

Wir empfehlen die Gründung eines separaten MVZ in einer eigenen Gesellschaft und für den restlichen Tätigkeitsbereich des RVZ ebenfalls eine eigene (separate) Gesell-

schaft zu gründen. Wir empfehlen weiter zwischen RVZ und MVZ einen Grundlagenvertrag abzuschließen. Diese Empfehlung würden wir auch dann geben wollen, wenn die Kommune beispielhaft nur das RVZ und nicht das MVZ tragen sollte, da in jedem Fall wohl ein Interesse an einer vertraglichen Regelung der Beziehungen beider Zentren bestehen wird. Zum Inhalt des Grundlagenvertrages verweisen wir auf die Darstellung unter Ziffer 4 b) der Frage 1.

Im Hinblick auf kommunalrechtliche Anforderungen ergibt sich nichts Anderes.

II. Kommunalrecht

1. Kommunalwirtschaftliche Zulässigkeit im Allgemeinen

a) sog. "Schrankentrias"

Nach § 136 Abs. 1 S. 2 NKomVG dürfen Kommunen Unternehmen nur errichten, übernehmen oder wesentlich erweitern, wenn und soweit

- der öffentliche Zweck das Unternehmen rechtfertigt,
- das Unternehmen nach Art und Umfang in einem angemessenen Verhältnis zu der Leistungsfähigkeit der Kommune und zum voraussichtlichen Bedarf steht und
- der öffentliche Zweck nicht besser und wirtschaftlicher durch einen privaten Dritten erfüllt wird oder erfüllt werden kann.

Im Hinblick auf einen späteren Betrieb eines RVZ / MVZ ist darauf hinzuweisen, dass diese Voraussetzungen des § 136 Abs. 1 S. 2 NKomVG vorliegen müssen im Zeitpunkt der Errichtung, der Übernahme oder der wesentlichen Erweiterung eines entsprechenden Unternehmens; dies gilt jedoch nicht für dessen Fortbestand. Selbst wenn z.B. Jahre nach Errichtung des MVZ wieder Ärzte in ausreichender Zahl die Niederlassung vor Ort beantragen sollten, wirkt sich das nicht auf die Legitimität des Fortbestandes des MVZ aus.

aa) durch öffentlichen Zweck gerechtfertigt

Nach der ständigen Rechtsprechung in der Verwaltungsgerichtsbarkeit (vgl. u.a. (BVerwG, Urt. v. 22.2.1972 - I C 24.69 - juris) besteht ein weites Begriffsverständnis hinsichtlich des erforderlichen öffentlichen Zwecks (§ 136 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 NKomVG); dieser Begriff ist weit gefasst. Er umgreift jedweden im Aufgabenbereich der Gemeinde liegenden Gemeinwohlbelang und schließt - in negativer Abgrenzung - lediglich die reine Gewinnerwirtschaftung als öffentlichen Zweck aus (vgl. *Uechtritz/Otting/Olgemüller* in: *Hoppe/Uechtritz/Reck* a.a.O., § 6, Rn. 51 m.w.N.). Vielmehr reicht es - ähnlich wie im Planungsrecht - aus, dass die Betätigung für den öffentlichen Zweck objektiv erforderlich im Sinne von "vernünftigerweise geboten" ist (vgl. u.a. OVG Münster, Beschl. v. 13.8.2003 - 15 B

1137/03 -; OVG Münster, Beschl. v. 1.4.2008 - 15 B 122/08 - beide zitiert nach juris).

Angesichts des vorstehenden Maßstabs und weil es bei der Gründung von MVZ (und RVZ) um die Gewährleistung einer medizinischen Basisversorgung geht, bezüglich derer der Bundesgesetzgeber in § 95 Abs. 1a SGB V ausdrücklich das Tätigwerden von Kommunen vorsieht, steht der erforderliche öffentliche Zweck konkret nicht in Frage.

bb) angemessenes Verhältnis zu Leistungsfähigkeit und Bedarf

Durch die Forderung nach einem angemessenen Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Kommune und zum voraussichtlichen Bedarf (§ 136 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 lit. a) und b) NKomVG) soll die Kommune vor Aktivitäten geschützt werden, die ihre Verwaltungs- und Finanzkraft überschreiten (vgl. auch *Freese* in: Blum/Häusler/Meyer, Niedersächsisches Kommunalverfassungsgesetz, Kommentar, 4. Aufl. 2017, § 136, Rn. 18). Eine besondere eigenständige Bedeutung kommt diesem Zulässigkeitsmerkmal zwar kaum zu, da der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ohnehin jegliches Verwaltungshandeln dirigiert (vgl. *Uechtritz/Otting/Olgemüller* a.a.O., § 6, Rn. 77 m.w.N.).

Gleichwohl muss die Kommune (bzw. die zur Entscheidung berufene Vertretung, § 58 Abs. 1 Nr. 11, 12 NKomVG) bei der Entscheidung über die Aufnahme einer wirtschaftlichen Betätigung die Frage der Leistungsfähigkeit und des voraussichtlichen Bedarfs sorgfältig prüfen.

Danach ist einerseits im Einzelfall vorab abzuschätzen, welcher tatsächliche Bedarf für die Leistungserbringung besteht, wobei absehbare künftige Entwicklungen zu berücksichtigen sind; insoweit können die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerungs- sowie die Versorgungsstruktur maßgebliche Faktoren sein. Andererseits bedarf es einer Abwägung zwischen der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kommune und den mit der wirtschaftlichen Betätigung verbundenen wirtschaftlichen Risiken. Zu berücksichtigen sind hier etwa der Kapitalbedarf, Gewinn- und Verlussterwartungen sowie mögliche Finanzierungs- und Haftungsrisiken, die mit der Tätigkeit voraussichtlich verbunden

sein werden (vgl. u.a. *Tomerius* in: Schumacher/Benedens u.a., Kommunalverfassungsrecht Brandenburg, Kommentar, Loseblatt Stand Okt. 2018, § 91, Rn. 3.3. m.w.N.). Dabei ist die jeweilige Finanzausstattung der Kommune unter Beachtung des Schuldenstandes und des verbleibenden finanziellen Spielraums jeweils im Einzelfall zu berücksichtigen.

Auch die Abwägung zum voraussichtlichen Bedarf weist - wie die zur angemessenen Leistungsfähigkeit - stark wertende und prognostische Elemente auf, so dass dafür eine Einschätzungsprärogative der Kommune angenommen werden kann. Die Gemeinde trifft hierbei jedoch eine Substantiierungspflicht hinsichtlich der tatsächlichen Umstände (*Tomerius a.a.O.*). Zwar enthält das NKomVG keine ausdrückliche prozedurale Vorgabe wie z.B. § 107 Abs. 5 GO NRW, wonach vor der Entscheidung über die Gründung von bzw. die unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an Unternehmen der Rat auf der Grundlage einer **Marktanalyse** über die Chancen und Risiken des beabsichtigten wirtschaftlichen Engagements zu unterrichten ist. Nichts desto trotz ist die mit einem weiten Beurteilungsspielraum versehene Entscheidung des Rates (so auch *Freese a.a.O.*, § 136, Rn. 20) von der Rechtsaufsicht und von der Verwaltungsgerichtsbarkeit auf offenkundige Fehleinschätzungen, Ermittlungsdefizite und Abwägungsfehler hin zu überprüfen. Mit anderen Worten muss der Rat sich gleichwohl in die Lage versetzen, auf Grundlage hinreichender (Markt-)Informationen eine zutreffende Abwägungsentscheidung zu treffen. Ob im Falle von MVZ diese Informationen den Dichtegrad einer umfassenden Marktanalyse erreichen müssen, oder ob fachkundige Markteinschätzungen z.B. der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Industrie- und Handelskammern nicht auch ausreichen können, ist - soweit ersichtlich - bislang nicht abschließend entschieden.

Jedenfalls ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die Kommune gut beraten ist, fachkundige Stellungnahmen einzuholen, aufgrund derer sie nachvollziehbar die Angemessenheitsprüfung nach § 136 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 NKomVG durchführen kann.

cc) öffentlicher Zweck nicht besser durch Dritten erreichbar (Subsidiaritätsklausel)

§ 136 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 NKomVG verlangt, dass die fragliche Aufgabe "*nicht besser und wirtschaftlicher durch einen privaten Dritten erfüllt werden kann*". Die kommunale wirtschaftliche Betätigung muss einer entsprechenden privatwirtschaftlichen Betätigung also mindestens gleichwertig sein. Die Sicherstellung medizinischer Grundversorgung über MVZ sowie das Angebot komplementärer Dienstleistungen über RVZ ist nicht durch § 136 Abs. 1 S. 3 NKomVG von diesem Subsidiaritätsvorbehalt ausgenommen.

Das nicht ganz eindeutige Verhältnis von § 136 Abs. 1 S. 3 NKomVG (danach könnte es sich bei einem MVZ um eine "Einrichtung" handeln; s. auch *Freese a.a.O.*, § 136, Rn. 36) zu § 136 Abs. 3 NKomVG muss an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden.

Da kommunale RVZ mitsamt MVZ gerade dort entstehen sollen, wo die Versorgung durch Private nicht oder nicht in hinreichendem Maße gewährleistet ist, wird die Anforderung an die Subsidiarität ohnehin regelmäßig erfüllt sein.

b) Allgemeine Haushaltsgrundsätze, Grundsätze der Finanzmittelbeschaffung

Unabhängig von Vorstehendem haben die Kommunen bei jedweder wirtschaftlichen Betätigung den ihnen vorgegebenen haushaltsrechtlichen Rahmen, insbesondere die Allgemeinen Haushaltsgrundsätze und die Grundsätze der Finanzmittelbeschaffung nach §§ 110, 111 NKomVG, einzuhalten. Danach und nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts Lüneburg (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 22.7.2020 - 10 ME 129/20 - m.w.N., juris) unterliegen die Kommunen dabei insbesondere den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit und dem Ziel eines ausgeglichenen Haushalts.

Sie unterliegen zudem Einschränkungen in Bezug auf die Aufnahme von Krediten sowie auf die Bestellung von Sicherheiten. Gemäß §§ 120 Abs. 1 S. 1, 111 Abs. 6 NKomVG dürfen Kredite nur aufgenommen werden, wenn eine andere Finanzierung

nicht möglich oder wirtschaftlich unzweckmäßig ist. Nach § 121 Abs. 1 NKomVG dürfen Kommunen keine Sicherheiten zugunsten Dritter bestellen; Ausnahmen bedürfen der Zulassung durch die Kommunalaufsicht. Schließlich ist auch die Übernahme von Bürgschaften und Verpflichtungen aus Gewährverträgen nur im Rahmen der Aufgabenerfüllung der Kommunen zulässig; auch derartige Rechtsgeschäfte müssen durch die Kommunalaufsicht genehmigt werden, § 121 Abs. 2 NKomVG.

c) Führung von Unternehmen in Rechtsform privaten Rechts, Vertretung

§ 137 Abs. 1 NKomVG zieht der Führung von und Beteiligung an Unternehmen in privater Rechtsform weitere inhaltliche Grenzen. Neben der Einhaltung der Schrankentrias (s.o., lit. a)) muss im Ergebnis gewährleistet sein, dass der Einfluss der Kommune sowie die Begrenzung ihrer wirtschaftlichen Risiken sichergestellt sind.

Ferner statuiert § 138 NKomVG Anforderungen an die Vertretung der Kommune in den Organen entsprechender Unternehmen, die bei der Errichtung zu beachten sind. Auch dabei geht es wesentlich um die Wahrung von Einflussmöglichkeiten und um die Begrenzung von wirtschaftlichen Risiken.

2. Konkrete Fragen

a) Was ist ggf. nötig, um Bedarf darzulegen (Markterkundung etc.)?

Die Frage der Darlegung und Markterkundung stellt sich im Zusammenhang mit der Anforderung nach einem angemessenen Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Kommune und zum voraussichtlichen Bedarf gemäß § 136 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 lit. a) und b) NKomVG (s. dazu bereits vorstehend unter 1. a) bb)).

Es ist dasjenige nötig, was nach Lage der Dinge im Einzelfall erforderlich ist, um den Rat in die Lage zu versetzen, auf Grundlage hinreichender Informationen über das relevante Marktumfeld eine zutreffende Abwägungsentscheidung zu treffen. Es kann dies eine vertiefte Marktanalyse sein; vorstellbar sind aber auch sachverständige Markteinschätzungen, z.B. durch die Kassenärztliche Vereinigung, die IHK etc., aufgrund derer Chancen und Risiken für ein entsprechendes MVZ sowie dessen künftige Träger prognostiziert werden können. Die Prognose wird in der Regel durch nicht marktkundige

Personen (Ratsmitglieder) erfolgen, so dass der Detaillierungsgrad der Markteinschätzungen dies wird berücksichtigen müssen.

b) Was ist wichtig, um die Leistungsfähigkeit zu wahren an Begrenzung der Dimensionierung, Prognose der Einnahme- und Ausgabesituation et cetera?

Hier bedarf es jeweils im Einzelfall einer Abwägung zwischen der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kommune und den mit der wirtschaftlichen Betätigung verbundenen wirtschaftlichen Risiken. Zu berücksichtigen sind einerseits für das MVZ / RVZ der Kapitalbedarf, Gewinn- und Verlusterwartungen sowie mögliche Finanzierungs- und Haftungsrisiken, die mit der Tätigkeit voraussichtlich verbunden sein werden. Dem gegenüberzustellen ist die jeweilige Finanzausstattung der Kommune unter Beachtung des Schuldenstandes und des verbleibenden finanziellen Spielraums.

c) Wie wirkt sich hier die Übernahme einer Bürgschaft aus bei einer (g)GmbH?

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2014 sind in dem Fall, dass die alleinige Gesellschafterin eines MVZ, das in der Rechtsform einer GmbH betrieben wird, wiederum eine GmbH ist, die für die Zulassung des MVZ erforderlichen Bürgschaftserklärungen nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V von dieser GmbH und nicht von den dahinterstehenden natürlichen oder juristischen Personen abzugeben (BSG, Urf. v. 22.10.2014 - B 6 KA 36/13 R - juris). Nach dieser Auffassung des BSG kann die selbstschuldnerische Bürgschaft auch durch eine Krankenhaus (g)GmbH erklärt werden. Es gebe - so das Gericht - keine rechtliche Grundlage dafür, dass Bürgschaftserklärungen entweder zusätzlich oder stattdessen von den Gesellschaftern der Gesellschafter verlangt werden könnten (BSG a.a.O.).

Ausdrücklich nicht entschieden hat das BSG damit allerdings die Frage, ob die hinter der Gründung eines unterkapitalisierten MVZ stehenden Personen, die mit einer derartigen gesellschaftsrechtlichen Gestaltung das Ziel verfolgen, die Haftung für absehbare Ansprüche von KVen und Krankenkassen zu vermeiden, sich dem Risiko einer persönlichen Haftung aussetzen (BSG a.a.O., mit weiteren Hinweisen zur Durchgriffshaftung "*in entsprechender Anwendung des § 826 BGB als Ausnahme von der Haftungsbegrenzung nach § 13 Abs. 2 GmbHG vgl. Basteck, GesR 2008, 14, 17 m.w.N.; zu den Voraussetzungen vgl. Baumbach/Hueck, GmbHG, 20. Aufl. 2013, Schlussanhang Rn. 118 f, 324 ff; zur Durchgriffshaftung für Beitragsrückstände zur Unfallversicherung, vgl.*

BSG SozR 3-2200 § 723 Nr. 2; für Sozialversicherungsbeiträge vgl. BSGE 75, 82 = SozR 3-7685 § 13 Nr. 1; vgl. auch BSGE 95, 275 = SozR 4-2600 § 2 Nr. 7 m.w.N.).

Verbürgt sich mithin eine (g)GmbH, deren Gesellschafterin eine Kommune ist, als Trägerin eines MVZ nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V, so ist zu beachten:

- die Übernahme der Bürgschaft scheitert zwar nicht an § 121 Abs. 1 S. 1 NKomVG (s.o.);
- die Übernahme der Bürgschaft dürfte aber, v.a. wegen des möglichen Risikos der Durchgriffshaftung, gemäß § 121 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 S. 2 NKomVG der Genehmigung durch die Kommunalaufsicht bedürfen.

Schließlich ist bei dieser Konstruktion zu beachten, dass die Höhe der geforderten Sicherheit nicht im Belieben des MVZ-Trägers steht, sondern zwischen den Parteien - zwischen Zulassungsausschuss und MVZ-Gründer - abzustimmen ist (vgl. *Cansun-Labenski* a.a.O., Rn. 68).

III. EU-Beihilferecht

Das RVZ / MVZ soll aus staatlichen Mitteln in Form einer Anschubfinanzierung gefördert werden. Die konkrete Form der Begünstigung ist bislang noch offen. In Betracht kommen neben direkten Zuschüssen an das RVZ / MVZ auch die Zurverfügungstellung von Gebäuden oder eine Verlustdeckung durch die Kommune. Beihilferechtliche Fragestellungen können sich im Rahmen der Anschubfinanzierung eines RVZ / MVZ in vielfältiger Art und Weise ergeben. Unter anderem können Zahlungen einer Kommune an das RVZ / MVZ oder auch Zahlungen der Kommunen an bestehende Arztpraxen beihilferechtlich relevant sein.

Die folgenden Ausführungen erläutern deshalb allgemein die zu berücksichtigenden beihilferechtlichen Parameter und berücksichtigen in diesem Zusammenhang auch die folgenden drei Fragen:

Frage 1: Was ist für eine beihilferechtlich zulässige DAWI-Betrauung notwendig (ggf. hinsichtlich verschiedener Rechtsformen)?

Wenn eine DAWI-Betrauung auf Grundlage des DAWI-Freistellungsbeschlusses angestrebt ist, müssen die Vorschriften dieses Beschlusses der Europäischen Kommission eingehalten werden. Hierzu gehören insbesondere die inhaltlichen Anforderungen an den Betrauungsakt als solchen. Nähere Ausführungen finden sich hierzu **unter Ziffer 3. a) cc).**

Frage 2: Was ist bei der Aufnahme Dritter in eine Trägerstruktur zu beachten?

Die Aufnahme Dritter in die Trägerstruktur führt dazu, dass neben der öffentlichen Hand auch Private am MVZ / RVZ beteiligt werden. Dies hat im konkreten Einzelfall auch Auswirkungen auf die Wahl der Rechtsform.

Aus EU-beihilferechtlicher Sicht spielen die konkrete Rechtsform und die Beteiligungsverhältnisse im MVZ / RVZ keine entscheidende Rolle. Der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV setzt lediglich die Begünstigung eines Unternehmens, unabhängig von der Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung voraus. Die konkrete Ausgestaltung der Beteiligungsverhältnisse hat somit keine Auswirkungen auf die Einordnung als staatliche Beihilfe i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV. Weitere allgemeine Ausführungen zu dem Unternehmensbegriff finden sich **unter Ziffer 2. a).**

Sollte eine Aufnahme Dritter in die Trägerstruktur geplant sein, ist dies auch bei der Gestaltung der beihilferechtlichen Nebenbestimmungen zu beachten. So sollten diese nicht an eine konkrete Inhaberschaftsstruktur geknüpft sein bzw. die Möglichkeit einer gemischten Inhaberstruktur vorsehen. Sonst droht die Rechtswidrigkeit der gewährten Beihilfe.

Frage 3: Wie verhält es sich mit Zahlungen der Kommune an bestehende Arztpraxen im Rahmen Ihrer Aufnahme in das kommunale MVZ?

In diesen Fällen liegt die beihilferechtliche Leistungsbeziehung zwischen der Kommune und der bestehenden Arztpraxis als bisher tätigem Unternehmen. Wenn für die Aufnahme der Arztpraxis in das MVZ jedoch nur das marktübliche Entgelt gezahlt wird und insofern keine zusätzlichen Leistungen an den Inhaber der bestehenden Arztpraxis erbracht werden, liegt aus beihilferechtlicher Sicht bereits keine Begünstigung i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV vor. Die Bestimmung des marktüblichen Entgelts hat auf Basis des sog. „Private-Investor-Tests“ zu erfolgen. Liegt keine Begünstigung vor, ist bereits der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV nicht erfüllt, sodass es bereits aus diesem Grund an der erforderlichen Notifizierungspflicht mangelt. Nähere Ausführungen zur Begünstigung im Allgemeinen und dem sog. „Private-Investor-Tests“ finden sich **unter Ziffer 2. b).**

1. Einführung

Staatliche Beihilfen im Sinne des Art. 107 Abs. 1 AEUV sind grundsätzlich geeignet den unionsinternen Wettbewerb zu verfälschen, da diese nationale Unternehmen selektiv begünstigen. Sie sind deshalb grundsätzlich verboten und müssen vor ihrer Gewährung bei der Europäischen Kommission angemeldet werden (sog. Notifizierung). Die Kommission prüft dann, ob eine Genehmigungsvorschrift eingreift, auf deren Grundlage sie die Beihilfe genehmigen kann. Eine Anmeldung ist nur dann nicht erforderlich, wenn ausnahmsweise die Voraussetzungen einer sogenannten Freistellungsregelung eingreifen. Werden diese EU-beihilferechtlichen Grundsätze nicht eingehalten, kann dies zu einer Rückforderung der gewährten Beihilfe führen.

Um das Risiko einer Rückforderung auszuschließen, sollte die geplante Anschubfinanzierung für das RVZ / MVZ zwingend unter Berücksichtigung des EU-Beihilferechts erfolgen. Es gibt verschiedene rechtliche Möglichkeiten, um die Anschubfinanzierung so auszugestalten, dass sie mit den Bestimmungen des Europäischen Beihilferechts in Einklang steht. Zum einen besteht die Möglichkeit die Anschubfinanzierung so auszugestalten, dass der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV nicht erfüllt ist und somit bereits aus diesem Grund keine Notifizierungspflicht besteht (**hierzu unter 2.**). Zum anderen könnte die Anschubfinanzierung so ausgestaltet werden, dass sie im Einklang mit einem sog. Freistellungsbeschluss der Europäischen Kommission steht und die Notifizierungspflicht somit auf dieser Grundlage entfällt (**hierzu unter 3.**).

In beihilferechtlicher Hinsicht kommt es an verschiedenen Punkten darauf an, ob die Anschubfinanzierung eine Ausgleichsleistung für die Erbringung einer Dienstleistung im allgemeinen öffentlichen Interesse (sog. **DAWI**) sein kann. Der Begriff der DAWI ist europarechtlich nicht legaldefiniert. Allgemein versteht man hierunter jedoch die Erbringung öffentlicher Aufgaben, mit denen Verpflichtungen für das Gemeinwohl einhergehen. Zudem wird ein gewisses Marktversagen gefordert. (vgl. **DAWI-Mitteilung**, 2012/C 8/02, Rn. 47 und 50). Dem einzelnen Mitgliedstaat steht bei der Festlegung konkreter DAWI und der Gewährung von Ausgleichsleistungen ein weiter Ermessensspielraum zu. Die Befugnisse der Kommission beschränken sich insofern alleine darauf zu überprüfen, ob dem Mitgliedstaat bei der Festlegung der DAWI ein offenkundiger Fehler unterlaufen ist.

Im Bereich der Krankenhäuser erkennt die deutsche Rechtsprechung eine globale Betreuung der gesamten medizinischen Versorgungstätigkeiten an (vgl. BGH Urteil vom 24.03.2016, I ZR 263/14). Die europäische Entscheidungspraxis fordert hingegen eine Gemeinwohlverpflichtung die über die allgemeine medizinische Versorgungstätigkeit hinausgeht und die so von einem Privaten nicht im gleichen Umfang erbracht wird (EuG vom 07.11.2012, T-137/10, Entscheidung der EU-Kommission vom 05.07.2016, Rs. SA.19864 (IRIS)). Für die Gründung des RVZ / MVZ bedeutet dies, dass stets nach der Art der Versorgungsleistung und dem konkreten Bedarf zu differenzieren ist. Eine pauschale Zuordnung zum Bereich der DAWI kann nicht erfolgen.

- Die Dienstleistungen eines MVZ sind der Gesundheitsfürsorge zuzuordnen. Zudem sind die RVZ / MVZ in Regionen in Niedersachsen geplant, in denen ein Marktversagen vorherrscht, da diese gezielt regionale Engpässe in der Versor-

gungsleistung ausgleichen und zur flächendeckenden hausärztlichen Versorgung beitragen sollen. Es sprechen deshalb gute Argumente dafür, dass die Versorgungsleistungen des MVZ als DAWI eingeordnet werden können.

- Ob dies auch für die übrigen Versorgungsleistungen gelten kann, die über das RVZ geplant sind, muss im jeweiligen Einzelfall geprüft werden. Zum einen kann abhängig von der konkreten Versorgungsleistung fraglich sein, ob tatsächlich eine Gemeinwohlverpflichtung erfüllt wird. Es sprechen gute Argumente dafür, dass dies zum Beispiel für Pflegestützpunkte, physiotherapeutische Leistungen oder Dienstleistungen einer Hebamme gelten kann. Ob dies auch für sonstige Präventionsangebote gilt, muss im Einzelfall überprüft werden. Nicht gelten wird dies sicherlich für Cafés oder sonstige Dienstleistungen, die eindeutig keine Gemeinwohlverpflichtung darstellen. Gleiches gilt für die erforderliche Bedürftigkeit. Diese ist stets im konkreten Einzelfall und unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Bedürftigkeit der konkreten Versorgungsleistung zu bewerten.

Im Bereich der DAWI hat die EU-Kommission eine Vielzahl von Regelwerken veröffentlicht, die gemeinsam als sog. DAWI-Paket bezeichnet werden. Hiervon sind umfasst:

- die sog. **DAWI-Mitteilung** (2012/C 8/02) in der Schlüsselbegriffe für staatliche Beihilfen im Zusammenhang mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse definiert werden;
- die **De-minimis Verordnung für DAWI** (VO 360/12), die regelt, dass Ausgleichsleistungen für bis zu 500.000 Euro in drei Steuerjahren nicht unter den Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV fallen;
- der **DAWI-Freistellungsbeschluss** (2012/21/EU), der Ausgleichsleistungen für die Erfüllung von DAWI unter bestimmten Voraussetzungen von der Anmeldepflicht ausnimmt;
- und der **DAWI-Rahmen** (2012/C 8/03), der Voraussetzungen aufstellt unter denen Ausgleichsleistungen für DAWI, die der Notifizierungspflicht unterfallen, von der Kommission als für vereinbar mit dem Binnenmarkt erklärt werden können.

2. Staatliche Beihilfen i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV

Der Beihilfetatbestand des Artikel 107 Abs. 1 AEUV lautet:

„Soweit in den Verträgen nicht etwas Anderes bestimmt ist, sind staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen gleich welcher Art, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, mit dem Binnenmarkt unvereinbar, soweit sie den Handel zwischen Mitgliedstaaten beeinträchtigen.“

Damit eine kommunale Maßnahme eine staatliche Beihilfe im Sinne dieser Vorschrift darstellt, muss sie somit folgende fünf Voraussetzungen kumulativ erfüllen:

- Es muss sich um eine Maßnahme zugunsten eines **Unternehmens** handeln;
- die Maßnahme muss das Unternehmen **begünstigen**;
- die Maßnahme muss aus **staatlichen Mitteln** finanziert werden;
- die Maßnahme muss bestimmte Unternehmen (oder Produktionszweige) begünstigen, d. h. sie muss **selektiv** sein und
- die Maßnahme muss den **Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen** und eine **Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels** hervorrufen.

a) Selektivität, Unternehmen, staatliche Mittel

Mit der geplanten Anschubfinanzierung wird ein **bestimmtes Unternehmen** (= konkretes RVZ / MVZ) aus **staatlichen Mitteln** (= Landesmittel oder kommunale Mittel) unterstützt.

Die konkrete Ausgestaltung des Unternehmens, d.h. deren privatrechtliche- oder öffentlich-rechtliche Ausgestaltung, deren Rechtsform und die konkrete Beteiligungshöhe des Staates bzw. Dritter hat keinen Einfluss auf die beihilferechtliche Bewertung. Nach der ständigen Entscheidungspraxis des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und der Kommission ist unter einem Unternehmen **jede organisatorisch selbstständige Einheit, die eine wirtschaftliche Tätigkeit** ausübt, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung, zu verstehen.

Die Kommission misst dem Abgrenzungskriterium der organisatorischen Selbstständigkeit des Beihilfeempfängers mittlerweile nahezu keine Bedeutung mehr bei, sondern bezieht ausdrücklich auch Stellen der öffentlichen Verwaltung in den Anwendungsbereich des Beihilferechts mit ein, sofern sie eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Dem entspricht es, dass die Kommission in ihrer Entscheidungspraxis ausdrücklich auch Regiebetriebe als Unternehmen im Sinne des Beihilfetatbestands qualifiziert hat.

Die Tätigkeit des RVZ / MVZ ist auch als eine wirtschaftliche Tätigkeit einzustufen. Dies wäre nur dann nicht der Fall, wenn die öffentliche Hand in ihrer Eigenschaft als Träger öffentlicher Gewalt handelt, wenn sie also originär hoheitliche Tätigkeiten wahrnimmt. Im Bereich der Gesundheitsfürsorge kommt es maßgeblich darauf an, ob die verschiedenen Gesundheitsdienstleister in einem Marktumfeld miteinander im Wettbewerb stehen. Insofern sind vor allem die nationalen Besonderheiten zu berücksichtigen. Der EuGH und das EuG haben in diesem Zusammenhang entschieden, dass niedergelassene Ärzte, private Mediziner und Apotheker, die ihre Dienstleistungen gegen Entgelt und auf eigenes Risiko erbringen, wirtschaftlich tätig sind (EuGH vom 12.09.2000, u.a. C 198/98 – *Pavel Pavlov*; siehe auch: DAWI-Mitteilung, 2012/C 8/02 Ziffer 25). Öffentliche Krankenhäuser, die direkt über die Sozialversicherungsbeiträge sowie aus sonstigen staatlichen Mitteln finanziert werden und Versicherte unentgeltlich behandeln, sind hingegen nicht als Unternehmen einzustufen (EuG vom 04.03.2003, T 319/99 – *FENIN/Kommission*; siehe auch: DAWI-Mitteilung, 2012/C 8/02 Ziffer 22). Da das RVZ / MVZ in einem Marktumfeld auftritt und in diesem Zusammenhang abhängig von der konkreten Ausgestaltung im Wettbewerb mit anderen niedergelassenen Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten, Hebammen, Apotheken oder sonstigen medizinischen Dienstleistern steht, ist unabhängig von der Beteiligung der öffentlichen Hand und der Rechtsform des Unternehmens eine wirtschaftliche Tätigkeit anzunehmen. Dies gilt sowohl für diejenigen Versorgungsleistungen, die über das MVZ erbracht werden, als auch für die Versorgungsleistungen, die dem RVZ zuzuordnen sind.

b) Begünstigung

In bestimmten Leistungsverhältnissen kann die Gewährung der Anschubförderung jedoch so ausgestaltet werden, dass keine **Begünstigung** vorliegt und somit in der Folge keine von der Notifizierungspflicht erfasste staatliche Beihilfe i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV gegeben ist.

In diesem Zusammenhang ist zunächst zu betonen, dass es auf die konkrete Form der Begünstigung nicht ankommt. Denn die Begünstigung erfasst nicht nur positive Leistungen (verlorene Zuschüsse), sondern **jeden wirtschaftlichen Vorteil ohne angemessene Gegenleistung, den ein Unternehmen unter normalen Marktbedingungen nicht erhalten hätte**. In Betracht kommen etwa direkte Zuschüsse; Kapitaleinlagen oder Verlustübernahmen; Grundstücksverkäufe, Miet- / Pachtverträge unterhalb der Marktpreise; Dienstleistungsverträge mit einer Vergütung oberhalb des Marktpreises; Bürgschaften und zinslose oder zinsgünstige Darlehen zu Konditionen, welche das Unternehmen auf dem privaten Kapitalmarkt in dieser Form nicht erhalten würde oder Befreiungen / Ermäßigungen von kommunalen Gebühren, Abgaben und sonstigen Betriebskosten.

Eine Begünstigung liegt jedoch nicht vor, wenn der konkreten Anschubförderung eine marktübliche Gegenleistung gegenübertritt (hierzu aa)). Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn bestehende Arztpraxen gegen Entgelt in das kommunale MVZ bzw. RVZ aufgenommen werden. Solange für die Aufnahme dieser Arztpraxen lediglich ein marktübliches Entgelt gezahlt wird, fehlt es an der erforderlichen Begünstigung. Zum anderen könnte es bei den staatlichen Leistungen allgemein an dem Erfordernis der Begünstigung fehlen, wenn diese die sog. Altmark-Trans-Kriterien berücksichtigen. (hierzu bb)).

aa) Marktübliche Gegenleistung

Als Maßstab für die Marktüblichkeit vergleichen der EuGH und die Europäische Kommission das Verhalten der Kommune mit dem (hypothetischen) Verhalten eines fiktiven privaten Wirtschaftsteilnehmers in der jeweiligen Konstellation, d. h. mit einem privaten Käufer, Verkäufer, Gläubiger, Investor oder Kreditgeber. Dieser sogenannte „Private-Investor-Test“ ist letztlich nichts anderes als ein Drittvergleich, wie er auch aus anderen Rechtsgebieten - etwa dem Steuerrecht - bekannt ist (Fremdvergleichsgrundsatz).

Wenn bestehende Arztpraxen in das kommunale MVZ bzw. RVZ aufgenommen werden, liegt keine staatliche Beihilfe vor, wenn ein marktübliches Entgelt bezahlt wird. Dies kann parallel auf alle Begünstigungsformen übertragen werden. Die Bewertung aller Begünstigungen und möglicherweise gewährter Gegenleistungen, werden anhand des „Private-Investor-Tests“ berechnet. Hierzu empfiehlt es

sich, im jeweiligen Einzelfall eine oder mehrere unabhängige Wirtschaftlichkeitsberechnungen nach der *Internal Rate of Return*- oder der *Discounted Cash Flow-Methode* einzuholen. Da die Kommission eine vor der Entscheidung über die Investition erstellte Rentabilitätsprognose verlangt (ex-ante-Maßstab), ist darüber hinaus eine sorgfältige Dokumentation der Investitionsentscheidung zu empfehlen. Nachträgliche Bewertungen und Rechtfertigungen erkennt die Kommission in aller Regel nicht an. Sie geht davon aus, dass ein privater Wirtschaftsteilnehmer seine Investitionsentscheidung nur auf der Grundlage ausführlicher Informationen und Unterlagen, etwa in Form von Wirtschaftsplänen, treffen würde. Das Fehlen entsprechender Dokumentationen spricht daher zumeist dafür, dass die fragliche Investitionsmaßnahme eine Beihilfe darstellt.

bb) Altmark Trans

Die Anschubförderung an das RVZ / MVZ könnte zudem keine Begünstigung im beihilferechtlichen Sinne darstellen, wenn die vom EuGH in der Altmark-Trans-Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erfüllt wären (EuGH vom 24.07.2003, Rs. C-280/00 – *Altmark Trans*). Hiernach liegt keine Begünstigung vor, wenn:

- das begünstigte Unternehmen mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut ist und diese Verpflichtungen klar definiert sind;
- die Parameter, anhand derer der Ausgleich berechnet wird zuvor objektiv und transparent aufgestellt wurden;
- der Ausgleich nicht über das hinausgeht, was erforderlich ist, um die Kosten der Erfüllung der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtung zu decken und
- das bezuschusste Unternehmen entweder im Rahmen eines offenen Vergabeverfahrens beauftragt wird oder für den in Fall in dem die Durchführung eines solches Vergabeverfahrens nicht möglich ist, die Höhe der jeweiligen Begünstigung auf der Grundlage einer Kostenanalyse bestimmt wird.

Unabhängig von der Frage, ob die jeweilige Dienstleistung als DAWI einzuordnen ist und als solche betraut wurde, scheitert eine Beihilfengewährung im Rahmen der Altmark-Trans-Kriterien im Regelfall an dem vierten Kriterium. Hiernach wäre eine Anschubförderung begrenzt auf die Kosten, die ein durchschnittliches, gut geführtes Unternehmen, das so angemessen mit Sachmitteln ausgestattet ist,

dass es die in Rede stehenden Daseinsvorsorge-Aufgaben erfüllen kann, bei der Erfüllung der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen hätte. Dabei sind die erzielten Einnahmen und ein angemessener Gewinn aus der Erfüllung dieser Verpflichtungen zu berücksichtigen. Das vierte Altmark-Trans-Kriterium erfordert somit einen Nachweis in Form einer Benchmark-Untersuchung oder eines analytischen Kostengutachtens und häufig auch eine aufwändige Anpassung der Kostenstrukturen, um die vorgegebene Kostenobergrenze einzuhalten.

Die Altmark-Trans-Lösung bietet den „Vorteil“, dass sie ein Notifizierungsverfahren bei der Kommission, dessen Ergebnis unter Umständen nicht in jeder Hinsicht vorhersehbar ist, vermeidet. Der „Nachteil“ liegt in der erläuterten Begrenzung der Anschubförderung auf die Kosten eines durchschnittlichen, gut geführten Unternehmens. Zudem hat die Kommission soweit ersichtlich seit 2003 in keinem einzigen Beihilfeverfahren den Nachweis der Kosten eines durchschnittlichen, gut geführten Unternehmens mit der Folge akzeptiert, dass bereits tatbestandlich keine Beihilfe gegeben war. Dies mag auch politische Gründe haben, weil in diesem Fall die Kontrollkompetenz der Kommission von vorneherein entfallen würde. Dessen ungeachtet ist einzuräumen, dass in den wenigsten Fällen belastbare Vergleichsdaten anderer Unternehmen der jeweiligen Branche in ausreichender Zahl vorhanden sein dürften, die eine Kostenermittlung in der vom EuGH geforderten Form erlauben. Insgesamt ist die Altmark-Trans-Lösung daher mit erheblichen Unsicherheiten verbunden.

c) Wettbewerbsverfälschung und Handelsbeeinträchtigung

Die Anschubförderung könnte zudem so ausgestaltet werden, dass es an der erforderlichen **Wettbewerbsverfälschung** und der **Beeinträchtigung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten** fehlt. Eine Möglichkeit wäre insofern eine Begrenzung auf die nach der De-minimis Verordnung (hierzu aa)) oder der De-minimis Verordnung für DAWI (hierzu bb)) geregelten Höchstbeträge. Zudem kann im jeweiligen Einzelfall eine Beeinträchtigung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten ausscheiden, wenn die Begünstigung rein lokal wirkt (hierzu cc)).

aa) De-minimis Verordnung (VO 1407/2013)

Wenn die Anschubförderung die Voraussetzungen der De-minimis Verordnung (VO 1407/2013) erfüllt, fehlt es an der erforderlichen Wettbewerbsverfälschung und der Beeinträchtigung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten. Der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV wäre dann nicht erfüllt, sodass keine Notifizierung bei der Europäischen Kommission erforderlich ist. Voraussetzung hierfür ist unter anderem, dass das RVZ sogenannte transparente Beihilfen erhält, die bestimmte formale Kriterien erfüllen und in drei Steuerjahren den Gesamtbetrag von 200.000,00 Euro nicht übersteigen (Art. 3 Abs. 2 VO 1407/2013).

bb) De-minimis Verordnung für DAWI (VO 360/12)

Dieser Betrag ist im Bereich der DAWI auf 500.000,00 Euro über einen Zeitraum von insgesamt drei Steuerjahren erhöht. Dies ergibt sich aus der De-minimis Verordnung für DAWI (VO 360/12). Wie zuvor dargelegt, sprechen gute Argumente dafür, dass die vom MVZ angebotenen Dienstleistungen als DAWI eingeordnet werden können. Im Hinblick auf die weiteren Dienstleistungen des RVZ ist eine Prüfung im Einzelfall erforderlich. Sollte es sich bei der jeweiligen Dienstleistung im Einzelfall um eine DAWI handeln, ist darüber hinaus erforderlich, dass das begünstigte Unternehmen schriftlich mit der jeweiligen DAWI betraut wurde. Die Anforderungen an den Betrauungsakt sind jedoch im Vergleich zur Betrauung nach dem DAWI-Freistellungsbeschluss 2012/21/EU reduziert (vgl. De-minimis Verordnung für DAWI VO 360/12, Rn. 6). Wenn eine Beihilfe auf dieser Grundlage gewährt werden soll, sind entsprechende Prüfpflichten des Mitgliedstaates (z.B. Einhaltung der maximalen Beihilfenhöhe, sowie Einhaltung des Kumulierungsverbotes) und entsprechende Dokumentationspflichten zu berücksichtigen.

cc) Rein lokale Auswirkungen

Die geplanten Anschubförderungen für MVZ bzw. RVZ sind auch dann nicht als staatliche Beihilfen im Sinne des Art. 107 Abs. 1 AEUV einzuordnen, wenn diese rein lokale Auswirkungen entfalten. Insofern ist jedoch zu beachten, dass eine Handelsbeeinträchtigung zwischen den Mitgliedstaaten nicht nur dort in Betracht kommt, wo das begünstigte Unternehmen selbst grenzüberschreitend tätig ist, weil es etwa in einer grenznahen Region angesiedelt ist. Vielmehr genügt es

nach der Rechtsprechung des EuGH ausdrücklich, wenn es für die Tätigkeit des Unternehmens einen gemeinschaftsweiten Markt mit (privaten) Anbietern aus anderen Mitgliedstaaten gibt. Denn in diesem Fall führt die Finanzierung des Unternehmens vor Ort dazu, dass es den Anbietern aus anderen Mitgliedstaaten erschwert oder unmöglich gemacht wird, ihre Leistungen vor Ort anzubieten.

In der jüngeren Entscheidungspraxis hat die Europäische Kommission eine Reihe von staatlichen Förderungen als rein lokal bewertet und in der Folge eine Beeinträchtigung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten abgelehnt (vgl. Pressemitteilung der EU-Kommission vom 29.04.2015 mit einer Zusammenschau der Entscheidungen: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/IP_15_4889).

Ein Teil dieser Entscheidungen betraf auch den Gesundheitssektor:

- Keine Handelsbeeinträchtigung hat die Europäische Kommission so etwa bei der Förderung von **öffentlichen Krankenhäusern** in der Region Hradec Králové in der Tschechischen Republik angenommen. Begründet hat sie dies mit dem überwiegend regionalen Einzugsgebiet der Patienten und den fehlenden Hinweisen auf einschlägige grenzüberschreitende Investitionen in Krankenhäuser oder auf die Niederlassung von Gesundheitsdienstleistern aus anderen Mitgliedstaaten in der Region. (EU Kommission, SA.37432)
- Aus Sicht der Kommission stellte auch die Vermietung eines Gebäudes unterhalb des Mietzinses an ein **MVZ** in Durmersheim in Deutschland keine Handelsbeeinträchtigung zwischen den Mitgliedstaaten dar, da es sich um eine rein lokale Leistung handele. Auch sei ein grenzüberschreitender Wettbewerb bei medizinischen Standardleistungen aufgrund der bestehenden Sprachprobleme und der Besonderheiten des nationalen Gesundheits- und Versicherungssystems unwahrscheinlich. Weitere Argumente waren die kleine Größe des MVZ und die geringe Begünstigung. (EU Kommission, SA.37904)
- Keine Handelsbeeinträchtigung nahm die Kommission auch im Zusammenhang mit dem Ausgleich von Verlusten einer **Reha-Klinik** im niedersächsischen Bad Nenndorf an. Im konkreten Einzelfall kam keiner der im Jahr 2013 behandelten 3080 Patienten aus einem anderen Mitgliedstaat. Zudem entstanden durch die Förderungen keine konkreten Hindernisse zur Niederlassung in der Region. (EU Kommission, SA 38035)

Diese Entscheidungen dürfen jedoch nicht pauschal auf die einzelnen geplanten Anschubförderungen für MVZ bzw. RVZ übertragen werden. Vielmehr ist eine konkrete Einzelfallbetrachtung erforderlich. Hierzu hat auch das EuG in einer aktuellen Entscheidung angemahnt, vgl. EuG vom 14.09.2019, T 728/17 – *Marinvest/Kommission*. Mögliche Kriterien sind hierbei die Lage des MVZ bzw. RVZ, das jeweilige Einzugsgebiet sowie mögliche grenzüberschreitende Investitionen in der konkreten Region. Insofern kann es erforderlich sein, zwischen den einzelnen Versorgungsleistungen zu differenzieren. Wie bei jeder Einzelfallprüfung bleiben Restrisiken, die im jeweiligen Fall ausgeschlossen werden müssen, bevor empfohlen werden kann, auf dieser Grundlage von einer Notifizierung abzusehen.

d) Ergebnis

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, die geplanten Anschubfinanzierungen so auszugestalten, dass bereits der Tatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV nicht erfüllt ist. Zum einen kann eine Begünstigung entfallen, wenn eine marktübliche Gegenleistung gewährt wird. Zudem können die rein lokalen Auswirkungen des einzelnen RVZ / MVZ dazu führen, dass keine Handelsbeeinträchtigung vorliegt. Darüber hinaus können transparente Beihilfen, die bestimmte formale Kriterien erfüllen, zudem bis zu einem Betrag von 200.000,00 Euro in drei Steuerjahren bzw. bei DAWI-Beihilfen bis zu einem Betrag von 500.000,00 Euro in drei Steuerjahren, ohne beihilferechtliche Notifizierungspflicht gewährt werden. Von einer Ausnahme im Sinne der Altmark-Trans-Kriterien wird abgeraten, da diese Lösung mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist.

3. Keine Notifizierungspflicht nach der DAWI-Freistellungsverordnung

Wenn die Einzelfallprüfung ergibt, dass die Anschubförderung trotz der zuvor aufgezeigten Möglichkeiten als Beihilfe i.S.d. Art. 107 Abs. 1 AEUV anzusehen ist, kann die Förderung nichtsdestotrotz nach einer sog. Freistellungsverordnung von der Notifizierungspflicht befreit sein. Eine Befreiung nach der Allgemeinen Gruppenfreistellungsverordnung wird im Regelfall nicht in Betracht kommen, da diese für den Bereich der Gesundheitsfürsorge nicht anwendbar ist und die geplanten Versorgungsleistungen des geplante RVZ / MVZ überwiegend diesem Bereich zuzuordnen sind. Für sämtliche Versorgungsleistungen des RVZ / MVZ, die als DAWI einzuordnen sind, kommt jedoch eine Befreiung nach dem **DAWI-Freistellungsbeschluss (2012/21/EU)** in Betracht.

a) Voraussetzungen des DAWI-Freistellungsbeschlusses (2012/21/EU)

Wenn die Voraussetzungen des DAWI-Freistellungsbeschlusses erfüllt sind, entfällt die Notifizierungspflicht bei der Europäischen Kommission.

aa) Anwendungsbereich

Die Eröffnung des Anwendungsbereiches des DAWI-Freistellungsbeschlusses setzt zunächst voraus, dass es sich bei der jeweiligen Versorgungsleistung um eine DAWI handelt. Hierbei muss streng nach der Art der jeweiligen Versorgungsleistung differenziert werden. Wie unter Ziffer 1 ausgeführt, kommt es insofern darauf an, ob die Dienstleistung eine Gemeinwohlverpflichtung erfüllt und ob für die konkrete Dienstleistung in der konkreten Region ein Marktversagen angenommen werden kann. Insofern bedarf es für jede Versorgungsleistung einer Einzelfallprüfung. Für die Dienstleistungen des MVZ in den betroffenen Regionen sprechen gute Argumente dafür, dass diese eine DAWI darstellen, da sie eine Gemeinwohlverpflichtung erfüllen und die MVZs gezielt in Regionen angesiedelt werden sollen, in denen ein Marktversagen besteht. Insbesondere bei den weiteren Dienstleistungen, die dem RVZ zuzuordnen sind, ist dies wie unter Ziffer 1 ausgeführt allerdings nicht zwingend der Fall. Für die geplanten Pflegestützpunkte, physiotherapeutischen Leistungen oder Dienstleistungen einer Hebamme wird zumindest die Gemeinnützigkeit begründet werden können. Ob auch hier ein Marktversagen besteht, muss im Einzelfall geprüft werden. Sollte man zu dem Ergebnis kommen, dass einzelne Versorgungsleistungen nicht als DAWI eingeordnet werden können, ist der DAWI-Freistellungsbeschluss auf diese nicht anwendbar, sodass eine Förderung durch freigestellte Beihilfen nicht zulässig ist. Insofern ist auch zu beachten, dass eine getrennte Buchführung erforderlich ist.

Die finanzielle Grenze von 15 Mio. Euro pro Jahr (Art. 2 Abs. 1 lit. a) DAWI-Freistellungsbeschluss) ist nur einzuhalten, wenn die Anschubförderung nicht als Ausgleichsleistung für DAWI ausgeschüttet wird, die zur Deckung des sozialen Bedarfs im Hinblick auf Gesundheitsdienste erforderlich sind. Für die Versorgungsleistungen des MVZ und des RVZ, die der Gesundheitsfürsorge zugeordnet werden können, besteht mithin keine jährliche Fördergrenze.

bb) Höhe der Ausgleichsleistung

Aus Art. 5 Abs. 1 des DAWI-Freistellungsbeschlusses folgt, dass die Höhe der Ausgleichsleistung nicht über die verursachten Nettokosten hinausgehen darf. Hierunter versteht man gemäß Art. 5 Abs. 2 des DAWI-Freistellungsbeschlusses die Differenz zwischen Kosten und Einnahmen (Art. 5 Abs. 3, 4). Berücksichtigungsfähig ist auch ein angemessener Gewinn (Art. 5 Abs. 5). Hierbei ist zwingend zu beachten, dass Art. 5 Abs. 9 des DAWI-Freistellungsbeschlusses eine getrennte Buchführung zwischen Ausgleichsleistungen für DAWI und sonstigen Tätigkeiten erfordert. Eine Überkompensation stellt eine verbotene Beihilfe dar.

cc) Betrauungsakt

Aus Art. 4 lit. a) - f) des DAWI-Freistellungsbeschlusses ergibt sich, dass der Betrauungsakt inhaltlich genau bestimmt sein muss. Folgenden Inhalt muss ein solcher Betrauungsakt hiernach enthalten:

Art. 4 lit. a) - Gegenstand und Dauer der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtung

- Der Gegenstand der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtung ist zu bestimmen. Nur diejenigen Tätigkeiten, die als DAWI eingeordnet werden können, dürfen von dem Betrauungsakt erfasst werden. Der Niedersächsische Landesrechnungshof empfiehlt in seiner Prüfungsmitteilung aus dem Jahr 2019 eine konkrete Abgrenzung und Aufnahme der Tätigkeiten, die nicht von der Betrauung umfasst werden sollen. Hierbei ist zu beachten, dass die DAWI-Tätigkeiten hinreichend konkret bestimmt werden müssen, da sonst die Gefahr besteht, dass die Kommission ein förmliches Prüfverfahren eröffnet.
- Zudem ist die Dauer der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtung anzugeben. Diese soll gemäß Art. 2 Abs. 2 nicht mehr als 10 Jahre betragen.

Art. 4 lit. b) - Unternehmen und Gebiet

- Das betraute Unternehmen und das betreffende Gebiet sind anzugeben.

Art. 4 lit. c) - Hinweis auf gewährte ausschließliche und besondere Rechte

Art. 4 lit. d) - Bestimmung der Parameter für die Ausgleichsleistungen

- Der Betrauungsakt muss möglichst präzise die Grundlagen für die Berechnung der zukünftigen Ausgleichsleistungen enthalten. Hierzu müssen die Kosten und Einnahmepositionen, die Grundlage für die Ermittlung der Ausgleichsleistungen sind, so genau wie möglich angegeben werden. Sollte der Wirtschaftsplan der RVZ diese Parameter enthalten, kann auf diesen verwiesen werden.
- Insofern sind die Vorgaben des Art. 5 des DAWI-Freistellungsbeschlusses zu beachten. Siehe hierzu die Ausführungen unter Ziffer 3 a) bb).

Art. 4 lit. e) - Vermeidung von Überkompensation und Kontrolle

- Der Betrauungsakt muss Regelungen enthalten, die eine Überkompensation durch die gewährte Ausgleichsleistung vermeiden. In der Praxis werden dem betroffenen Unternehmen hierzu Sorgfaltspflichten auferlegt und zudem geregelt, dass eine Überkompensation zurückgezahlt werden muss.
- Mindestens alle 3 Jahre muss eine Kontrolle der Überkompensation erfolgen, Art. 6 DAWI-Freistellungsbeschluss.

Art. 4 lit. f) - Verweis auf DAWI-Freistellungsbeschluss

dd) Dokumentationspflichten

Aus Art. 8 des DAWI-Freistellungsbeschlusses folgt, dass die Dokumente zur Beihilfengewährung für mindestens zehn Jahre nach Ende des Betrauungszeitraums aufzubewahren sind und auf Verlangen der Kommission vorgelegt werden müssen. Die betrauten Unternehmen haben entsprechende Dokumentationspflichten.

Alle zwei Jahre übermittelt jeder Mitgliedstaat gemäß Art. 9 des DAWI-Freistellungsbeschlusses der Kommission einen Bericht über die Umsetzung des Freistellungsbeschlusses. In Deutschland wird dieser Bericht über das Bundeswirtschaftsministerium koordiniert. Zuständige Stelle in Niedersachsen ist das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung (Referat Z3).

b) Ergebnis

Für diejenigen Versorgungsleistungen, die eine DAWI darstellen, kann die Anschubförderung unter Beachtung der Voraussetzungen des DAWI-Freistellungsbeschlusses an das konkrete RVZ / MVZ gewährt werden, sodass eine Notifizierungspflicht bei der Europäischen Kommission entfällt. In der Praxis greifen die staatlichen Stellen häufig auf externe Berater zurück. Der Niedersächsische Landesrechnungshof empfiehlt zudem eine intensive Auseinandersetzung mit den beihilferechtlichen Regelungen durch die öffentliche Stelle selbst. In Einzelfällen kann eine proaktive Abstimmung mit der Europäischen Kommission zielführend sein.

4. Rechtsfolgen einer europarechtswidrigen Beihilfegewährung

Sollte die geplante Anschubförderung trotz der obigen Ausführungen im Einzelfall unter den Beihilfetatbestand des Art. 107 Abs. 1 AEUV fallen und auch die Voraussetzungen der Freistellungsbeschlüsse nicht erfüllen, so ist sie gemäß Art. 108 Abs. 3 AEUV vor ihrer Durchführung bei der Kommission zur Prüfung und Genehmigung anzumelden. Solange die Kommission keine abschließende Entscheidung erlassen hat, darf die Maßnahme nicht durchgeführt werden. Dieses Durchführungsverbot besitzt unmittelbare Wirkung, das heißt es ist von der bürgenden Kommune wie ein Gesetz des deutschen Gesetzgebers zu beachten.

Im Falle einer Verletzung kann ein Wettbewerber im Wege einer Konkurrentenklage vor einem deutschen Zivilgericht auf Unterlassung und verzinsliche Rückzahlung des rechtswidrig gewährten Vorteils klagen. Daneben kann die Kommission - sei es auf eigene Initiative etwa infolge von Presseberichten, oder aufgrund einer Beschwerde eines Wettbewerbers - ein Beihilfeverfahren einleiten und hieraufhin gegenüber dem betreffenden Mitgliedstaat ebenfalls die verzinsliche Rückforderung der Beihilfe von dem begünstigten Unternehmen anordnen.

IV. Vergaberecht

Frage 1: Was ist je nach gewählter Rechtsform (AöR, (g)GmbH, Genossenschaft) zu beachten (Gründungsphase und Betriebsphase)?

1. Gründungsphase

a) Gründung eines öffentlichen Unternehmens in der Rechtsform AöR, (g)GmbH oder Genossenschaft

Die Gründung eines öffentlichen Unternehmens durch einen öffentlichen Auftraggeber stellt unabhängig von der gewählten Rechtsform grundsätzlich keine staatliche Beschaffung dar. Insofern werden Leistungen nicht nachgefragt. Entsprechend gilt dies für die Veräußerung von Unternehmensanteilen an weitere öffentliche Dritte.

Vgl. von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 54 mit weiteren Nachweisen.

Vorliegend können der Landkreis respektive die Gemeinde als Gebietskörperschaften und damit als öffentliche Auftraggeber nach § 99 Nr. 1 GWB das RVZ / MVZ mithin grundsätzlich ohne Beachtung des Vergaberechts gründen. An das RVZ / MVZ werden grundsätzlich keine Aufträge von der Kommune erteilt werden, so dass gerade keine Beschaffung erfolgt. Entsprechend gilt dies für einen etwaigen Verkauf von Unternehmensanteilen an einem öffentlichen Unternehmen (also bei Beteiligung eines weiteren öffentlichen Trägers) nach dessen Gründung.

Sofern das RVZ / MVZ mit einer Dienstleistung im allgemeinen öffentlichen Interesse (**DAWI**) betraut wird, dürfte dies vergaberechtlich nicht zu einer anderen Bewertung führen. Sollte die DAWI-Betrauung also solche als öffentlicher Auftrag einzuordnen sein, was in der Rechtsprechung und Praxis der Kommission bislang nicht abschließend geklärt ist, unterläge die Erteilung dieses Auftrages dennoch nicht dem Vergaberecht, solange die Voraussetzungen für ein vergaberechtsfreies Inhouse-Geschäft gegeben sind. Das diese Voraussetzungen vorliegen, legt die mit der Gründung eines öffentlichen Unternehmens angedachte Struktur des RVZ / MVZ nahe. Die Frage, ob die DAWI-Betrauung als öffentlicher Auftrag einzuordnen ist, kann hier deshalb unbeant-

wortet bleiben. Auch aus der Zulassung des MVZ nach § 95 SGB V folgt nichts anderes, da die Zulassung ohne Auswahlentscheidung erfolgt. Entsprechend greift das In-house-Privileg für Leistungen, die im Rahmen des RVZ / MVZ erbracht werden und die keine DAWI darstellen.

Hierzu im Einzelnen:

aa) DAWI-Betrauung als ausschreibungspflichtiger Vorgang

Ob es sich bei einer DAWI-Betrauung als solcher um einen ausschreibungspflichtigen Vorgang handelt, ist in der vergaberechtlichen Spruchpraxis der Vergabekammern und Gerichte sowie dem vergaberechtlichen Schrifttum nicht abschließend geklärt. Vergabe- und Beihilferecht liegen unterschiedliche Zielsetzungen, Tatbestände und Rechtsfolgen zugrunde, so dass sie grundsätzlich gesondert zu betrachten sind und auch parallel angewendet werden können. Daher kann eine öffentliche Auftragsvergabe sowohl dem Beihilferecht als auch dem Vergaberecht unterliegen und bildet die Beihilfe im Sinne des Art. 106 Abs. 1 AEUV grundsätzlich keine Außengrenze des Begriffs des öffentlichen Auftrags.

Vgl. EuG, Urteil vom 26.06.2008 – Rs. T-442/03, Rn. 147; von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 23.

Eine pauschale Befreiung vom Vergaberecht kann aus der Qualifizierung einer Leistung als DAWI folglich nicht abgeleitet werden. Solche Dienstleistungen werden zwar durch Artikel 14 AEUV besonders geschützt, da es im Protokoll zu Artikel 14 AEUV hierzu heißt:

„Zu den gemeinsamen Werten der Union in Bezug auf Dienste von allgemeinen wirtschaftlichem Interessen [...] zählen [...] – [...] der weite Ermessensspielraum der [...] regionalen Behörde, wie Dienste von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse [...] in Auftrag zu geben sind.“

Im Sinne der praktischen Wirksamkeit des Europarechts bedeutet dies jedoch nur, dass die öffentliche Hand, in Deutschland insbesondere die Kommunen, in der Entscheidung frei sind, wie sie ihre Aufgaben der Daseinsvorsorge organisieren. Sie können diese Aufgaben insbesondere durch Eigenleistung erbringen.

Entscheiden sie aber, Leistungen am Markt zu beschaffen, so gilt grundsätzlich das Vergaberecht. Aus Artikel 14 AEUV kann mithin keine Ausnahme der Vergabe von Diensten der Daseinsvorsorge (und somit der DAWI-Betrattung) von den unionsrechtlichen Bindungen der Vergaberichtlinien abgeleitet werden.

Vgl. von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 24.

In gleicher Weise gilt dies im Hinblick auf § 116 Abs. 1 Nr. 6 GWB. Hiernach sind Dienstleistungen, die an einen öffentlichen Auftraggeber vergeben werden, der ein auf Gesetz oder Verordnung beruhendes ausschließliches Recht hat, die Leistung zu erbringen, vom Anwendungsbereich des Kartellvergaberechts ausgenommen. Betrauungsakte im Zusammenhang mit DAWI-Leistungen dürften aber grundsätzlich ungeeignet sein, den Tatbestand dieser Ausnahmeregelung zu erfüllen. Im Ergebnis handelt es sich bei einem Betrauungsakt um eine Delegation / Mandatierung öffentlicher Aufgaben im allgemeinem wirtschaftlichem Interesse im Wege eines Verwaltungsakts. Verwaltungsakte im Rahmen von DAWI-Leistungen dienen vor allem den beihilferechtlich konformen Ausgestaltungen nach Maßgabe des sogenannten Freistellungsbeschlusses (vgl. vorstehend Ziffer III.3), gewähren aber kein auf Gesetz- oder Rechtsverordnung beruhendes Monopol im Sinne dieser Ausnahmeregelung.

Der sogenannten DAWI-Leitfaden der Europäischen Kommission behandelt das Verhältnis von EU-Beihilfenrecht und EU-Vergaberecht. Der Leitfaden beschränkt sich aber mit Blick auf die Frage der Ausschreibungspflichtigkeit auf die Aussage, dass sich diese ausschließlich nach dem EU-Vergaberecht richtet und der DAWI-Charakter eine Ausschreibungspflichtigkeit weder begründet noch ausschließt.

Vgl. DAWI-Leitfaden, SWD (2013) 53 Final/2 v. 29.04.2013; Ziffer 168.

Die Europäische Kommission geht in jüngerer Zeit scheinbar davon aus, dass die bloße Subventionierung einer Leistung, auch wenn sie im öffentlichem Interesse erfolgt und die Kompensation vertraglich definiert zur Schließung einer Finanzlücke gezahlt wird, keinen ausschreibungspflichtigen Vorgang begründet.

Vgl. Europäische Kommission, Beschluss vom 08.10.2014 über die vom Vereinigten Königreich geplante staatliche Beihilfe SA.34947 (2013/C) (ex 2013/n) zugunsten des Kernkraftwerks Hinkley Point C - C/2014/7142 Final COR, ABI. EU 2015 L109, Seite 44.

Auch Artikel 4 Abs. 1 Satz 1 der Richtlinie 2014/23/EU bestimmt ausdrücklich, dass die Freiheit der Mitgliedstaaten bei der Festlegung von DAWI-Leistungen zu wahren ist. Die Kommissionspraxis legt daher den Schluss nahe, dass die Kommission nicht davon ausgeht, dass eine DAWI-Betrauung stets einen ausschreibungspflichtigen Vorgang darstellt. Damit korrespondiert die von *von Engelhardt/Kaelble* vertretene Auffassung, dass im Falle von Zuwendungen und Finanzhilfen der Beschaffungsbezug in der Regel fehlt und Art. 103 Abs. 1 GWB deshalb nicht einschlägig ist.

Vgl. von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 23.

In jedem Falle können DAWI-Betrauungsakte aber bei Vorliegen der hierfür geltenden Voraussetzungen im Rahmen des § 108 Abs. 1 und 3 GWB als vertikale Inhouse-Vergabe privilegiert sein.

Vgl. Schneevogel, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 116, Rn. 93; Pfannkuch, NZBau 2015, 743ff.

Betrauungsakte im Zusammenhang mit DAWI-Leistungen setzen dabei vergaberechtlich zunächst lediglich voraus, dass zuvor in beihilferechtlich konformer Weise derjenige (einzige) Dienstleistungserbringer ermittelt worden ist, der mit der Erbringung der DAWI-Leistung betraut wird. Insofern kann ein wettbewerbliches Vergabeverfahren als Beleg für eine marktkonforme Beschaffung sein und eine Beihilfe ausschließen.

Vgl. hierzu vorstehend die beihilferechtlichen Ausführungen unter Ziffer III.2.b.bb.

Vertretbar, aber nicht rechtssicher ist folglich die Auffassung, dass eine DAWI-Betrauung nicht als öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 GWB einzuordnen ist

und auf eine derartige Betrauung das Vergaberecht mithin keine Anwendung findet. Da auf der Grundlage der zur Verfügung gestellten Informationen vorliegend die Voraussetzungen für eine vertikale Inhouse-Vergabe erfüllt sind,

- hierzu sogleich nachstehend unter Ziffer bb)

muss die Frage, ob eine DAWI-Betauung als einen ausschreibungspflichtigen Vorgang darstellt, an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden.

bb) Zulässigkeit einer vertikalen Inhouse-Vergabe, § 108 GWB

§ 108 GWB betrifft vergaberechtsfreie Inhouse-Vergaben und setzt die Regelungen des Europäischen Richtlinienrechts nahezu wortgleich um.

Vgl. Gesetzesbegründung der Bundesregierung, BT-Drs. 18/628, 80. So auch die Empfehlung des DAV Vergaberecht 2014, 384 (385).

Die Regelung stellt klar, dass das GWB (sprich das Kartellvergaberecht) auf die öffentlich-öffentliche Zusammenarbeit „*nicht anzuwenden*“ ist. Mit § 108 GWB wurde mithin eine Bereichsausnahme geschaffen. In § 108 Abs. 1 und 2 GWB wird die Grundkonstellation geregelt, namentlich die Vergabe eines öffentlichen Auftrags an ein Tochterunternehmen des öffentlichen Auftraggebers, das von ihm beherrscht wird (auch als „Bottom-down-Geschäfte“ bezeichnet).

Erste Voraussetzung für eine ausschreibungsfreie Vergabe ist, dass es sich bei dem Auftraggeber um einen öffentlichen Auftraggeber im Sinne des § 99 Nr. 1 bis 3 GWB handelt.¹ Das beauftragte Unternehmen kann nach § 108 Abs. 1 GWB eine juristische Person des öffentlichen oder des privaten Rechts sein, wobei es – wie im Fall des § 99 Nr. 2 GWB, sprich der funktionell öffentlichen Auftraggeber – auf die gesellschaftsrechtlichen Differenzierungen im deutschen Recht nicht ankommt. Auch teilrechtsfähige privatrechtliche Rechtsträger fallen unter § 108 GWB.

¹ § 108 Abs. 1 GWB erstreckt die Anwendbarkeit der Bereichsausnahme auf Sektorauftraggeber im Sinne des § 100 Abs. 1 Nr. 1 GWB und Konzessionsgeber nach § 101 Abs. 1 Nr. 2 GWB. Diese Fallkonstellationen sind vorliegend nicht relevant.

Vgl. Brockhoff VergabeR 2014, 625 (629); Voll, in: BeckOK Vergaberecht, § 108 Rn. 7; anderer Auffassung: von Engelhardt / Kaelble, in: Müller-Wrede, § 108 Rn. 19, die Gesellschaften bürgerlichen Rechts für nicht In-house-fähig halten.

Die Beauftragung ist sodann unter drei weiteren kumulativen Voraussetzungen vergaberechtsfrei:

- Kontrollkriterium: Erstens muss der öffentliche Auftraggeber über den Auftragnehmer eine „*ähnliche Kontrolle wie über seine eigene Dienststelle*“ ausüben (§ 108 Abs. 1 Nr. 1 GWB). Dazu stellt § 108 Abs. 2 GWB eine Vermutungsregelung auf.
- Tätigkeitskriterium (früher Wesentlichkeitskriterium): Zweitens müssen mehr als 80 % der Tätigkeiten des Auftragnehmers der Ausführung von Aufgaben dienen, mit denen er vom Auftraggeber „*betraut*“ wurde (§ 108 Abs. 1 Nr. 2 GWB). In § 108 Abs. 7 GWB werden nähere Vorgaben darüber getroffen, wie der prozentuale Anteil der Tätigkeit zu berechnen ist.
- Keine Beteiligung Privater: Schließlich darf keine direkte private Kapitalbeteiligung bestehen (§ 108 Abs. 1 Nr. 3 GWB).

§ 108 Abs. 4 und 5 GWB sehen eine Ausnahme vom Vergaberecht auch dann vor, wenn der öffentliche Auftraggeber über den Auftragnehmer zwar für sich genommen keine hinreichende Kontrolle ausübt, ihn aber gemeinsam mit anderen öffentlichen Auftraggebern in hinreichendem Maße kontrollieren kann (sogenannte gemeinschaftliche vertikale Inhouse-Vergabe). Für diese Konstellation modifizieren § 108 Abs. 4 und 5 GWB das Kontroll- und das Tätigkeitskriterium. An der Beurteilung des Ausschlusskriteriums der direkten privaten Kapitalbeteiligung, das in § 108 Abs. 4 GWB unter Verweis auf § 108 Abs. 1 Nr. 3 GWB nochmals festgeschrieben wird, ändert sich durch die gemeinschaftliche Kontrolle dagegen nichts.

Vgl. Gesetzesbegründung der Bundesregierung, BT-Drs. 18/6281, 81; Brockhoff Vergaberecht 2014, 625 (626); Hofmann Vergaberecht 2016, 189 (195).

Auf den vorliegenden Fall:

Vorliegen eines öffentlichen Auftrags im Sinne des § 103 GWB

Voraussetzung für die Anwendung der Inhouse-Ausnahme ist das Vorliegen eines öffentlichen Auftrages. Ein vergaberechtsrelevanter Vertrag liegt nach Maßgabe des § 103 GWB jedenfalls dann vor, wenn eine Vereinbarung zwischen zwei im Sinne des Vergaberechts zu unterscheidenden Personen getroffen wird. Das ist dann zu bejahen, wenn der entgeltliche Vertrag zwischen einer staatlichen Gebietskörperschaft und einer rechtlich von diesen verschiedenen Personen abgeschlossen werden soll. Nach Maßgabe dieser Grundsätze könnte die DAWI-Betrachtung als öffentlicher Auftrag über die Beschaffung von Dienstleistungen eingeordnet werden (vergleiche vorstehend Ziffer aa)).

Einordnung der Kommune als öffentlicher Auftraggeber nach § 99 Nr. 1 bis 3 GWB

Die Eigenschaft des öffentlichen Auftraggebers bestimmt sich nach § 99 Nr. 1 bis 3 GWB und umfasst gemäß § 99 Nr. 1 GWB die Gebietskörperschaften und deren Sondervermögen, sodass die Eigenschaft einer Kommune als öffentlicher Auftraggeber ohne Weiteres zu bejahen ist.

Einordnung des RVZ / MVZ als Auftragnehmer im Sinne des § 108 GWB

Das beauftragte Unternehmen kann nach § 108 Abs. 1 GWB eine juristische Person des öffentlichen oder des privaten Rechts sein, an dem eine direkte beherrschende private Beteiligung nicht besteht. Das RVZ / MVZ soll als öffentliches Unternehmen und damit als eine juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts gegründet werden, ohne dass eine direkte private Kapitalbeteiligung besteht, die einen beherrschenden oder maßgeblichen Einfluss auf die das RVZ / MVZ vermittelt. Damit ist das RVZ / MVZ tauglicher Auftragnehmer im Sinne des § 108 Abs. 1 und Abs. 2 GWB.

Kontrollkriterium / Tätigkeitskriterium

Die Ausübung einer Kontrolle im Sinne von § 108 Abs. 1 Nr. 1 GWB wird gemäß § 108 Abs. 2 GWB vermutet, wenn der öffentliche Auftraggeber einen ausschlaggebenden Einfluss auf die strategischen Ziele und die wesentlichen Entscheidungen der juristischen Person ausübt. Die Kontrolle kann auch durch eine andere juristische Person ausgeübt werden, die von dem öffentlichen Auftraggeber auf gleiche Weise kontrolliert wird. Mit Blick auf ein öffentliches Unternehmen ist unabhängig von der gewählten Rechtsform dieses Kriterium erfüllt.

Die Erfüllung des sogenannten Tätigkeitskriteriums (früher Wesentlichkeitskriterium) als Voraussetzung für die Zulässigkeit der Inhouse-Vergabe ist einzelfallbezogen im Hinblick auf den jeweiligen Beschaffungsvorgang (auf Auftrag) zu beurteilen. Auf der Grundlage der zur Verfügung gestellten Informationen und Vorgaben wäre aber zu erwarten, dass das Tätigkeitskriterium erfüllt wird.

Modifiziertes Kontroll- und Tätigkeitskriterium

Die vorstehenden Ausführungen zum Kontrollkriterium respektive Tätigkeitskriterium gelten im Hinblick auf das modifizierte Kontroll- und Tätigkeitskriterium bei Vorliegen einer gemeinschaftlichen vertikalen Inhouse-Vergabe entsprechend. Dem modifizierten Kontrollkriterium wäre durch eine entsprechende Ausgestaltung der Satzung respektive Anstaltsordnung Rechnung zu tragen.

Die DAVI-Betrauerung als solche ist als vertikale (gemeinsame) Inhouse-Vergabe somit grundsätzlich vergaberechtsfrei möglich.

cc) Zulassungsentscheidung als ausschreibungspflichtiger Vorgang

Die Regelungen in den §§ 95 Abs. 2, 69 Abs. 3 SGB V bestimmen Näheres über die Zulassung eines MVZ. Im Einzelnen bestimmt § 69 Abs. 3 SGB V für die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, dass das Kartellvergaberecht Anwendung findet. Das Zulassungsrecht ist Teil dieser Rechtsbeziehungen. Zwar erfolgt die Zulassung von MVZ nicht durch die Krankenkassen, sondern gemäß § 96 SGB V durch den Zulassungsausschuss. In

diesem sind die Krankenkassen aber paritätisch vertreten, sodass davon auszugehen ist, dass es sich auch insoweit um Entscheidungen der Krankenkassen handelt. Hinzu kommt, dass das Zulassungsrecht im 4. Kapitel des SGB V geregelt ist und damit vom sachlichen Anwendungsbereich des § 69 Abs. 3 SGB V erfasst sein dürfte.

Gleichwohl dürfte für die Zulassungsentscheidung keine Ausschreibungspflicht bestehen. Denn wesentliches Merkmal eines öffentlichen Auftrages ist die Einräumung einer Auswahlentscheidung.

Vgl. EuGH, Urteil vom 02.06.2016, Rs. C-410/14 – Falk Pharma/DAK.

Dieses Tatbestandsmerkmal folgt unmittelbar aus der gesetzlichen Regelung des öffentlichen Auftrages in § 103 GWB, der ausdrücklich klarstellt, dass das oder die Unternehmen „ausgewählt werden“ und damit die Regelung in Artikel 1 Abs. 2 der Richtlinie 2014/24/EU aufnimmt. Um eine Auftragsvergabe handelt es sich daher nicht, wenn alle Unternehmen, die festgelegte Bedingungen erfüllen, zur Erbringung bestimmter Leistungen berechtigt sind. Voraussetzung ist, dass dies nicht nur für bestimmte, sondern alle Wirtschaftsteilnehmer gilt und somit eine Selektivität nicht vorliegt. Typischer Anwendungsfall dieser Ausnahme sind die sogenannten Open-House-Modelle beim Abschluss von Arzneimittel-Rabattverträgen.

Vgl. von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 89 mit weiteren Nachweisen.

Auch im vorliegend relevanten Zusammenhang fehlt es im Hinblick auf die Zulassungsentscheidung an einer „Auswahlentscheidung“ im Sinne des § 103 GWB. Der Zulassungsausschuss trifft – außer bei Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung nach § 103 SGB V – keine Auswahlentscheidung, sondern lässt Leistungserbringer bei Erfüllung der subjektiven Zulassungsvoraussetzungen nach den §§ 95, 95a SGB V zu. Damit erfolgt jedenfalls keine Beschaffung im Sinne des Kartellvergaberechts. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Zulassung im Rahmen eines MVZ oder anderweitig erfolgt.

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eines MVZ ist kein öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 Abs. 1 GWB, weil keine Auswahlentscheidung erfolgt, sodass das Vergaberecht auf die Zulassungsentscheidung keine Anwendung findet.

dd) Leistungen, die keine DAWI darstellen

Im Rahmen des RVZ / MVZ werden möglicherweise Tätigkeiten betrieben werden, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen und die deshalb nicht als DAWI zu qualifizieren sind. Gleichwohl führt auch dieser Befund dann nicht zu einer Ausschreibungspflicht in der Gründungsphase, sofern die Voraussetzungen für eine Inhouse-Vergabe erfüllt sind.

b) Gründung eines gemischt-wirtschaftlichen Unternehmens in der Rechtsform einer (g)GmbH oder Genossenschaft

Auch die Gründung eines gemischt-wirtschaftlichen Unternehmens durch einen Auftraggeber und einen privaten Dritte stellt unabhängig von der gewählten Rechtsform ((g)GmbH oder Genossenschaft; die Rechtsform der AöR scheidet im Hinblick auf eine gemischt-wirtschaftliche Organisation aus) zunächst grundsätzlich keine staatliche Beschaffung dar. Auch hier werden Leistungen nicht nachgefragt. Entsprechend gilt dies für einen etwaigen Verkauf von Unternehmensanteilen an einem gemischt-wirtschaftlichen Unternehmen (also bei Beteiligung eines privaten Dritten) nach dessen Gründung. Ausnahmsweise ist die Gründung des gemischt-wirtschaftlichen Unternehmens aber ausschreibungspflichtig, wenn das Unternehmen auftragsgemäß Leistungen für den öffentlichen Auftraggeber erbringt und die Voraussetzungen eines vergaberechtsfreien Inhouse-Geschäfts nicht (mehr) gegeben sind.

Vgl. von Engelhardt/Kaelble, in: Müller-Wrede, GWB Vergaberecht, § 103, Rn. 54 mit weiteren Nachweisen.

Im Unterschied zur Gründung und Betrauung eines öffentlichen Unternehmens findet das Inhouse-Privileg bei gemischt-wirtschaftlichen Unternehmen aufgrund der Beteiligung eines (oder mehrerer) privater Dritter keine Anwendung. Der Gründungs- und DAWI-Betrauungsakt unterliegt in dieser Konstellation folglich nur dann nicht dem

Vergaberecht, wenn mit Blick auf die DAWI-Betrauerung das Vorliegen eines öffentlichen Auftrages verneint werden könnte.

Zwar sprechen – wie vorstehend unter Ziffer a) aufgezeigt – gute Gründe dafür, die DAWI-Betrauerung nicht als öffentlichen Auftrag einzuordnen. Eine Bestätigung dieser Sichtweise durch die Rechtsprechung der europäischen und nationalen Gerichte ist aber bisher noch nicht erfolgt. Somit ist die Auffassung, dass eine DAWI-Betrauerung nicht als öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 GWB einzuordnen ist und auf eine derartige Betrauerung das Vergaberecht mithin keine Anwendung findet, zwar vertretbar, aber nicht rechtssicher. Der sicherste Weg ist bei Gründung eines gemischt-wirtschaftlichen RVZ / MVZ also, die Gründung des RVZ / MVZ unter Beteiligung eines privaten Dritten mit DAWI-Betrauerung als ausschreibungspflichtigen Vorgang einzuordnen einem entsprechenden Vergabeverfahren zu unterstellen.

Für Tätigkeiten, die Rahmen des RVZ / MVZ betrieben werden sollen und die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen greift weder das Inhouse-Privileg, noch die im Zusammenhang mit einer DAWI diskutierte Ausnahme vom Begriff des öffentlichen Auftrages. In dieser Konstellation ist die Durchführung eines entsprechenden Vergabeverfahrens daher zwingend.

c) Ergebnis

Die Gründung eines öffentlichen Unternehmens durch einen öffentlichen Auftraggeber stellt unabhängig von der gewählten Rechtsform grundsätzlich keine staatliche Beschaffung dar. Vorliegend können die Kommunen das RVZ / MVZ mithin grundsätzlich ohne Beachtung des Vergaberechts gründen. Entsprechend gilt dies für eine etwaige Beteiligung (beispielsweise durch den Verkauf von Unternehmensanteilen) eines weiteren öffentlichen Trägers an dem RVZ / MVZ nach dessen Gründung. Die Betrauerung des RVZ / MVZ mit einer Dienstleistung im allgemeinen öffentlichen Interesse (DAWI) führt vergaberechtlich nicht zu einer anderen Bewertung, solange die Voraussetzungen für ein vergaberechtsfreies Inhouse-Geschäft gegeben sind. Das diese Voraussetzungen vorliegen, legt die mit der Gründung eines öffentlichen Unternehmens angedachte Struktur des RVZ / MVZ nahe. Auch aus der Zulassung des MVZ nach § 95 SGB V folgt nichts anderes, da die Zulassung ohne Auswahlentscheidung erfolgt. Entsprechend greift das Inhouse-Privileg für Leistungen, die im Rahmen des RVZ / MVZ erbracht werden und die keine DAWI darstellen.

Wird das RVZ / MVZ als gemischt-wirtschaftliches Unternehmen durch die Kommune und einen privaten Dritte gegründet oder werden nach dessen Gründung weitere private Dritte beteiligt, findet das Vergaberecht uneingeschränkt Anwendung. Zwar sprechen gute Gründe dafür, eine DAWI-Betrauung nicht als öffentlichen Auftrag einzuordnen. Eine Bestätigung dieser Sichtweise durch die Rechtsprechung der europäischen und nationalen Gerichte ist aber bisher noch nicht erfolgt. Somit ist die Auffassung, dass eine DAWI-Betrauung nicht als öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 GWB einzuordnen ist und auf eine derartige Betrauung das Vergaberecht mithin keine Anwendung findet, zwar vertretbar, aber nicht rechtssicher. Der sicherste Weg ist bei Gründung eines gemischt-wirtschaftlichen RVZ / MVZ deshalb, die Gründung des RVZ / MVZ unter Beteiligung eines privaten Dritten mit DAWI-Betrauung als ausschreibungspflichtigen Vorgang einzuordnen einem entsprechenden Vergabeverfahren zu unterstellen. Für Tätigkeiten, die Rahmen des RVZ / MVZ betrieben werden sollen und die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen, greift weder das Inhouse-Privileg, noch die im Zusammenhang mit einer DAWI diskutierte Ausnahme vom Begriff des öffentlichen Auftrages. In dieser Konstellation ist die Durchführung eines entsprechenden Vergabeverfahrens daher zwingend.

2. Betriebsphase

a) Beschaffungen durch das RVZ / MVZ als öffentliches Unternehmen

Beschaffungen durch ein RVZ / MVZ, das als öffentliches Unternehmen gegründet wurde, unterliegen ungeachtet der gewählten Rechtsform (AöR, (g)GmbH oder Genossenschaft) dem Vergaberecht.

Zum Kreis der öffentlichen Auftraggeber gehört nach § 99 Nr. 2 GWB auch eine AöR, soweit dieser Außenrechtsfähigkeit zukommt; anderenfalls ist eine AöR Sondervermögen im Sinne des § 99 Nr. 1 GWB und somit gleichfalls als öffentliche Auftraggeber einzuordnen. Nach § 99 Nr. 2 GWB sind ferner andere juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts, die zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art zu erfüllen, sofern sie eine besondere „Staatsnähe“ alternativ im Sinne einer überwiegenden Finanzierung durch die öffentliche Hand, durch Ausübung von Aufsichtsrechten über deren Leitung oder im

Hinblick auf ein Bestimmungsrecht über die Mehrheit der Mitglieder eines zur Geschäftsführung oder Aufsicht berufenen Organs ergibt.

Hierunter sind auch die in der Rechtsform einer (g)GmbH oder Genossenschaft organisierten RVZ / MVZ zu fassen. Auf der Grundlage der mitgeteilten Information liegt es nahe davon auszugehen, dass die RVZ / MVZ mit dem Zweck gegründet werden, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor Ort zu gewährleisten und von den Kommunen entweder überwiegend finanziert werden, als öffentliche Unternehmen deren Aufsicht unterliegen oder deren geschäftsführende Organe insgesamt mehrheitlich von den Trägern / Gesellschaftern bestimmt werden.

Bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen im jeweiligen Beschaffungsfall sind Vergaben durch ein RVZ / MVZ daher EU-weit oder national unter Beachtung des förmlichen Vergaberechts durchzuführen.

b) Beschaffungen durch das RVZ / MVZ als gemischt-wirtschaftliches Unternehmen

Auch Beschaffungen eines gemischt-wirtschaftlichen, in der Rechtsform der (g)GmbH oder Genossenschaft organisierten RVZ / MVZ unterliegen dem Vergaberecht, solange die Tatbestandmerkmale des § 99 Nr. 2 GWB erfüllt sind, insbesondere also alternativ die vorstehend beschriebene besondere „Staatsnähe“ feststellbar ist. Insoweit gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend. Entscheidend ist mithin die konkrete satzungsrechtliche Ausgestaltung der Beteiligungen im jeweiligen Einzelfall.

Bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen im jeweiligen Beschaffungsfall sind Vergaben durch ein RVZ / MVZ, das als gemischt-wirtschaftliches Unternehmen organisiert ist, daher gleichfalls EU-weit oder national unter Beachtung des förmlichen Vergaberechts durchzuführen.

c) Ergebnis

Beschaffungen durch ein RVZ / MVZ, das als öffentliches oder gemischt-wirtschaftliches Unternehmen gegründet wurde, unterliegen ungeachtet der gewählten Rechtsform (AöR, (g)GmbH oder Genossenschaft) dem Vergaberecht. Bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen im jeweiligen Beschaffungsfall sind Vergaben durch ein

RVZ / MVZ daher EU-weit oder national unter Beachtung des förmlichen Vergaberechts durchzuführen.

V. Kartellrecht

Frage 1: Was ist gegenüber den bestehenden Ärztinnen und Ärzten vor Ort zu beachten mit Blick auf die MVZ-Infrastruktur?

1. Kartellrechtliche Rahmenbedingungen

Das Kartellrecht kennt keinen allgemeinen Kontrahierungszwang. Dementsprechend bietet das Kartellrecht auch keine Grundlage, einen allgemeinen Anspruch auf Zulassung oder Zugang zu privaten oder öffentlichen Einrichtungen geltend zu machen. In engen Grenzen kann sich eine Ausnahme von diesem Grundsatz im Hinblick auf die missbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung ergeben. So ist nach Art. 102 AEUV die missbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung verboten. In gleicher Weise verbieten §§ 19 und 20 GWB marktbeherrschenden Unternehmen jede missbräuchliche Ausnutzung dieser marktbeherrschenden Stellung, und zwar sowohl als Anbieter als auch als Nachfrager von Waren und gewerblichen Dienstleistungen. Diese Grundsätze gelten gemäß § 185 Abs. 1 S. 1 GWB grundsätzlich auch für Unternehmen der öffentlichen Hand, wenn sich diese im Wettbewerb unternehmerisch betätigen.

Soweit dies im Hinblick auf die vorliegend denkbaren Fallkonstellationen relevant ist, hat die vorstehend angesprochene Ausnahme in der Rechtsprechung der europäischen und nationalen Gerichte sowie den kartellrechtlichen Bestimmungen folgende Ausprägungen erhalten:

a) **Vermietung von gewerblich genutzten Räumen durch einen marktbeherrschenden öffentlichen Vermieter, § 20 Abs. 1 GWB**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs liegt ein Verstoß gegen das Verbot unbilliger Behinderung im Sinne des § 20 Abs. 1 GWB vor, wenn bei der Vermietung von geeigneten, nur in begrenzter Zahl bereitstehenden Räumen die Auswahl unter den in Frage kommenden Interessenten nicht unter angemessenen und fairen Bedingungen vorgenommen wird. Der marktbeherrschende Vermieter ist in dieser Konstellation nicht nur verpflichtet, den aktuellen Bedarf auf mittels einer Ausschreibung zu ermitteln, er darf, wenn er entsprechende Gewer-

beflächen vermietet, den Marktzutritt für aktuelle und potenzielle Wettbewerber des Mieters nicht für einen längeren Zeitraum als 5 Jahre blockieren, sondern muss die Räumlichkeiten in entsprechenden Abständen neu ausschreiben.

Ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu den sogenannten „Schilderprägerfällen“: vgl. nur Urteil vom 14.07.1998 – KZR 1/97, WuW/E DE-R201 ff. – Schilderpräger im Landratsamt; Urteil vom 28.09.1999 – KZR 18/98, WuW/E DE-R395 ff. – Beteiligungsverbot für Schilderpräger I; Urteil vom 03.07.2001 – KZR 11/00, juris KORE742842001 – Beteiligungsverbot für Schilderpräger II; Urteil vom 24.09.2002 – KZR 4/01, WuW/E DE-R1003 – Kommunaler Schilderprägebetrieb.

b) Missbrauch durch Zugangsverweigerung zu einer wesentlichen Einrichtung, § 19 Abs. 2 Nr. 4 GWB

Die Fallgruppe des Zugangs zu einer wesentlichen Einrichtung ist von der europäischen Rechtsprechung entwickelt worden („essential facilities doctrine“).

Vgl. statt vieler: Europäische Kommission, Entscheidung vom 21.12.1993, ABl. 1994 L 55/52 – Hafen von Rødby.

Der deutsche Gesetzgeber hat diese Fallgruppe in § 19 Abs. 4 Nr. 4 GWB kodifiziert. Hiernach liegt ein Missbrauchstatbestand vor, wenn sich ein marktbeherrschendes Unternehmen weigert, einem anderen Unternehmen gegen angemessenes Entgelt Zugang zu den eigenen Netzen oder anderen Infrastruktureinrichtungen zu gewähren. Voraussetzung ist, dass es den anderen Unternehmen aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen ohne die Mitbenutzung nicht möglich ist, auf den vor- oder nachgelagerten Markt als Wettbewerber des marktbeherrschenden Unternehmens tätig zu werden. Das marktbeherrschende Unternehmen kann die Mitbenutzung abwenden, wenn es nachweist, dass die Mitbenutzung aus betriebsbedingten oder sonstigen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

c) Verhältnis zu Spezialgesetzen

Zahlreiche branchenspezifische Gesetze enthalten Regelungen über die Inanspruchnahme fremder Netze oder Infrastruktureinrichtungen und gewähren unmittelbar oder mittelbar einen Zulassungs- oder Zugangsanspruch.

Vgl. die Darstellung bei Bechthold/Bosch, GWB - Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, § 19 Rn. 82.

Die Existenz solcher Spezialregeln schließt die Anwendung der kartellrechtlichen Bestimmungen nicht aus, es sei denn, dies ist spezialgesetzlich anders geregelt. Grundsätzlich kann also zu etwaigen spezialgesetzlichen Ansprüchen auch der allgemeine kartellrechtliche Zulassungsanspruch (nach Maßgabe der vorstehend beschriebenen Grundsätze des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung) geltend gemacht werden.

Ob im vorliegend relevanten Zusammenhang ein spezialgesetzlich geregelter Anspruch auf Zulassung oder Zugang besteht, ist nach Maßgabe der Aufgabenstellung nicht zu prüfen. Jedenfalls im Hinblick auf die Bestimmungen des SGB V und die Gründung eines MVZ durch eine Kommune ist ein derartiger spezialgesetzlicher Zulassungsanspruch aber auch nicht ohne weiteres erkennbar.

2. Kein allgemeiner Zulassungsanspruch in der Gründungsphase

a) Anwendbarkeit der Grundsätze auf den vorliegenden Fall

Soweit im Rahmen des MVZ Tätigkeiten betrieben werden, die der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen im Sinne des § 95 SGB V dienen, ist ein kartellrechtlich begründeter Anspruch auf Zulassung oder Zugang bestehender Ärztinnen und bestehender Ärzte im Rahmen der Gründungsphase nicht ohne weiteres ersichtlich. Sofern unterstellt werden kann, dass diese Ärztinnen und Ärzte bereits zugelassen sind und in entsprechenden Räumlichkeiten praktizieren, dürfte ein solcher Anspruch bereits daran scheitern, dass die Tätigkeit auch ohne Nutzung des MVZ ausgeübt werden kann. Unterstellt, das MVZ wäre als Infrastruktureinrichtung im Sinne der genannten kartellrechtlichen Bestimmungen und die Kommune

wäre als marktbeherrschendes Unternehmen einzuordnen, müsste gleichwohl kein Zugang zum MVZ gewährt werden, wenn die Zugangsverweigerung sachlich gerechtfertigt ist. Insbesondere fehlende Kapazitäten rechtfertigen eine derartige Zugangsverweigerung. Ob und in welchem Umfang vorliegend derartige Zugangshindernisse bestehen, wäre anhand der Umstände des jeweiligen Einzelfalles zu beurteilen.

Die vorstehenden Überlegungen gelten entsprechend für Leistungen und Tätigkeiten, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen. Soweit im konkreten Einzelfall insbesondere alternative Gewerbeflächen zur Verfügung stehen, dürfte ein allgemeiner Anspruch auf Zulassung oder Zugang nicht begründet werden können.

Soweit im Einzelfall eine marktbeherrschende Stellung der Kommune nicht sicher ausgeschlossen werden kann, empfiehlt es sich, gewissermaßen vorbeugend für die Aufnahme von bestehenden Ärztinnen und Ärzten zumindest eine Markterkundung, oder besser noch ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren durchzuführen und das Vorhaben entsprechend bekannt zu machen. Damit würde bereits in der Gründungsphase dem (potentiellen) Vorwurf entgegengetreten, es könnte eine unbillige Behinderung derjenigen bestehenden Ärztinnen und Ärzte vorliegen, deren Chancen auf eine Aufnahme in das MVZ durch die begrenzte Infrastruktur des MVZ beeinträchtigt werden.

b) Ergebnis

Eine allgemeine kartellrechtliche Verpflichtung, bestehende Ärztinnen und Ärzte in das MVZ aufzunehmen (Kontrahierungszwang) besteht nicht. Es empfiehlt sich gleichwohl, gewissermaßen vorbeugend für die Aufnahme von bestehenden Ärztinnen und Ärzten zumindest eine Markterkundung, oder besser noch ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren durchzuführen und das Vorhaben entsprechend bekannt zu machen. Damit würde bereits in der Gründungsphase dem (potentiellen) Vorwurf entgegengetreten, es könnte eine unbillige Behinderung derjenigen bestehenden Ärztinnen und Ärzte vorliegen, deren Chancen auf eine Aufnahme in das MVZ durch die begrenzte Infrastruktur des MVZ beeinträchtigt werden. Dies gilt in besonderem Maße für die Vermietung oder Verpachtung von Räumlichkeiten für Leistungen und Tätigkeiten, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen.

3. Kein allgemeiner Zulassungsanspruch in der Betriebsphase

Auch im Rahmen des laufenden Betriebes des RVZ / MVZ findet das Kartellrecht uneingeschränkt Anwendung. Dementsprechend gelten auch in der Betriebsphase die für die Gründungsphase genannten Grundsätze und Empfehlungen. Scheidet beispielsweise ein Arzt aus dem MVZ aus oder wird die MVZ-Infrastruktur erweitert, sodass (im ersteren Fall) ein Nachfolger gesucht wird oder weitere Ärztinnen oder Ärzte aufgenommen werden können, sollte zur Besetzung dieser Stellen erneut ein entsprechendes transparentes und diskriminierungsfreies Verfahren durchgeführt werden. Dies gilt wiederum in besonderem Maße für die Vermietung oder Verpachtung von Räumlichkeiten für Leistungen und Tätigkeiten, die über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen hinausgehen.

Hannover / Berlin, den 31.08.2020

gez. Stötzel / Dr. Hartl / Dr. Burrack

*** **