

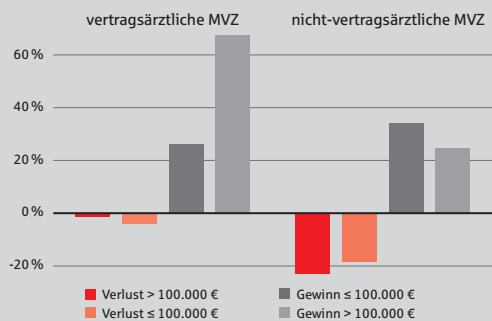
Praxis-Dossier

Informationen für die Heilberufe

Konzeptbewerbung für MVZ nicht erlaubt

Konzeptbewerbungen (nach § 103 Abs. 4 Satz 10 SGB V) in Form einer arztlosen Anstellungsbewerbung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auf einen nachzubesetzenden oder entsperreten Vertragsarztsitz sind in Ermangelung konkreter Regelungen derzeit noch nicht berücksichtigungsfähig. Dies geht aus einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 15.5.2019 hervor (Az. B 6 KA 5/18 R). Im vorliegenden Fall hatte sich ein MVZ auf einen halben, von der KV entsperreten Orthopädensitz beworben. Grundlage der Bewerbung war ein Versorgungskonzept ohne Benennung eines konkreten Arztes für die Umsetzung. Die Zulassungsgremien hatten daraufhin den Antrag des MVZ abgelehnt. Laut BSG hat der Gesetz- oder Ordnungsgeber das Verfahren der Konzeptbewerbung in Form detaillierter Regelungen nachzubessern. Ein Lösungsweg für die MVZ besteht darin, mit dem Arzt im Vorfeld einen Anstellungsvertrag zu schließen, der eine Nichtigkeitsklausel (für den Fall einer Ablehnung des Antrags) enthält.

Relative Häufigkeiten zur Gewinn- und Verlustsituation in MVZ



Vertragsärztliche MVZ in der Gewinnzone

Der Betrieb eines MVZ ist nicht zwangsläufig mit einer erhöhten Rentabilität verbunden. Dies belegt eine Onlinebefragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) unter bundesweit 376 MVZ. Im Berichtsjahr 2016 wies fast jedes dritte MVZ (32%) einen finanziellen Verlust aus. Dabei zeigten sich jedoch große Unterschiede zwischen vertragsärztlichen und nicht-vertragsärztlichen Trägern (insbes. Krankenhäuser). Während lediglich 6% der Vertragsarzt-MVZ einen Verlust hinnehmen mussten, lag dieser Anteil bei den nicht-vertragsärztlichen Einrichtungen mit 42% um ein Vielfaches höher. Auch die Gewinne fielen in den vertragsärztlichen MVZ deutlich höher aus (siehe Abb.). Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass die vielfältigen Varianten bezüglich Trägerschaft, Rechtsform und Nebenbetriebsstätten sowie die unterschiedlichen Formen des Jahresabschlusses (Bilanz, steuerliche Überschussrechnung) den direkten Vergleich erschweren. Die Umfrage konnte außerdem die Relevanz des Standortes aufzeigen. So hatten laut Umfrage städtische MVZ mit 74% die besten Chancen auf ein positives Ergebnis.

Über die Gründe, weshalb Krankenhaus-MVZ wirtschaftlich deutlich schlechter abschneiden, kann nur spekuliert werden. So könnten Kliniken mit dem Betrieb eines MVZ andere Ziele (z.B. die Sicherung der Zuweisungen, der Auslastung der [technischen] Infrastruktur, die Entlastung der stationären Bereiche) verfolgen als die Niedergelassenen. Hinzu kommen größere und komplexere administrative Strukturen, wohingegen vertragsarztgeführte MVZ flexibler agieren können und in der Regel größere Erfahrungswerte im ambulanten Bereich mitbringen.

Gehört die Zukunft dem Genossenschafts-MVZ?

Bereits seit 2012 ist die Rechtsform der Genossenschaft für eine MVZ-Trägersgesellschaft gestattet. Genossenschafts-MVZ finden sich in der Versorgungsrealität bislang jedoch äußerst selten. Laut aktueller KBV-Statistik firmieren die vertragsärztlichen Zentren fast ausschließlich in der Rechtsform einer GmbH (rund 60%) oder einer GbR (rund 40%). Insbesondere im Fall der Kapitalgesellschaft sind jedoch die im MVZ arbeitenden Ärzte selten oder nur im geringeren Ausmaß am erwirtschafteten Erfolg beteiligt. Die dem Genossenschaftsmodell zugrundeliegenden Prinzipien der Selbsthilfe und Selbstförderung bieten hingegen nicht nur eine optimale Grundlage für die Beteiligung der Mitglieder am wirtschaftlichen Erfolg, sondern auch an wichtigen unternehmerischen Entscheidungen.

Hoher Unabhängigkeitsgrad: Das genossenschaftliche MVZ bleibt in der Hand der ärztlichen Mitarbeiter, was einen hohen Grad an beruflicher und unternehmerischer Selbstbestimmung – frei von externen Kapitalinteressen – erlaubt. Ziele wie ein qualitativ hochwertiges und rentables Leistungsangebot können ebenso verfolgt werden wie gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter. Eine Fremdbestimmung oder Übernahme ist ausgeschlossen, da Führungsaufgaben im Vorstand und gegebenenfalls im Aufsichtsrat (für kleinere Genossenschaften fakultativ) auf aktive ärztliche Mitglieder beschränkt sind. Dank des Organs der Generalversammlung sind alle Genossenschaftsmitglieder an unternehmerischen Entscheidungen (unabhängig von der Höhe ihrer Kapitalbeteiligung) gleichberechtigt beteiligt und können so Einfluss auf Gestaltung/Weiterentwicklung des MVZs nehmen.

Einstiegsmodell für Nachwuchsärzte: Über eine Anstellung haben Nachwuchsärzte die Möglichkeit, ohne unternehmerisches Risiko in den Betrieb einzusteigen. Auf Wunsch ist (gegebenenfalls nach einer Probezeit) der Erwerb eines Genossenschaftsanteils möglich, der die vollen Mitspracherechte bei unternehmerischen Entscheidungen des MVZ beinhaltet. Als Gesellschaft von nicht geschlossener Mitgliederzahl ist die Neuaufnahme von Ärzten unkompliziert (kein Notar erforderlich). Bei Ausscheiden aus

Steckbrief eingetragene Genossenschaft (eG)

- **Zweck:** Förderung des Erwerbs oder der Wirtschaft der Mitglieder oder deren sozialen oder kulturellen Belange mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs
- **Gründungsvoraussetzungen:** mind. drei Mitglieder, schriftliche Satzung (keine notarielle Beurkundung erforderlich), Gründungsprüfung, Eintragung in das Genossenschaftsregister
- **Kapital:** kein festes Kapital, jedes Mitglied zeichnet einen Geschäftsanteil (kein Mindestbetrag), auf den Einzahlungen zu leisten sind
- **Organe:** Vorstand (mind. zwei Personen) i. d. R. mit Gesamtgeschäftsführungsbefugnis, Aufsichtsrat (mind. drei Personen) und Generalversammlung (bei Genossenschaften ≤ 20 Mitgliedern genügt eine Person für den Vorstand, der Aufsichtsrat ist fakultativ), alle Organe sind aus dem Kreis der Mitglieder zu besetzen
- **Gesellschafter/Stimmrecht:** Ein- und Austritt der Mitglieder möglich, Möglichkeit der Kündigung und Beendigung der Mitgliedschaft durch Übertragung des Geschäftsanteils sowie des Ausschlusses eines Mitglieds zum Ende des Geschäftsjahres; jedes Mitglied hat unabhängig von der Kapitalbeteiligung eine Stimme
- **Haftung gegenüber Gläubigern:** Genossenschaftsvermögen (in der Satzung ist eine Verankerung einer Nachschusspflicht der Mitglieder im Insolvenzfall möglich)

dem MVZ wird der Genossenschaftsanteil an die Genossenschaft zurückgegeben und erstattet. Insbesondere für junge Ärzte bietet das Genossenschaftsmodell viele Vorteile. Die größeren Praxiseinheiten ermöglichen flexible Arbeitszeitmodelle und eine sichere berufliche Perspektive. Ärzte sind von administrativen Aufgaben befreit. Angestellte Genossenschaftsmitglieder erhalten attraktive Gehälter und eine zusätzliche Einkommensoption in Form der Ergebnisbeteiligungen. Im Vergleich zur Anstellung in einer Klinik sind die Freiheitsgrade und Mitspracherechte größer, wobei die Option besteht, eine aktive Rolle im Vorstand oder ggf. im Aufsichtsrat zu übernehmen.

Ausstiegsmodell für Seniorärzte: Praxisinhaber können ihren Sitz an die Genossenschaft verkaufen und als Angestellte im MVZ weiterarbeiten. Für Ärzte in der Nähe des Rentenalters sind flexible und individuell zugeschnittene Arbeitszeitmodelle mit einer schrittweisen Verringerung der Arbeitsbelastung möglich.

Geringes wirtschaftliches Risiko: Im Vergleich zur GmbH oder GbR haften Genossenschaften dem SGB V zufolge lediglich mit ihrem Genossenschaftsvermögen, für das keine Mindesthöhe gilt. Für den Genossenschaftsarzt bedeutet dies, dass er maximal mit seiner (im Vergleich zu anderen Rechtsformen geringen) Einlage haftet. Im Gegensatz zu Einzelpraxis- oder BAG-Inhabern trägt der Arzt keine Finanzierungsrisiken oder Risiken aus Regressforderungen.

In Rheinland-Pfalz und Hessen gibt es seit Kurzem jeweils ein MVZ in der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft. Noch bestehen in der Praxis teilweise größere Hürden. Diese betreffen u.a. die Haftung bei Regressen. So forderte die KV Rheinland-Pfalz eine selbstschuldnerische Bürgschaft der Genossen, um im Insolvenzfall nicht auf unerfüllten Honorar-/Verordnungsregressen „sitzen zu bleiben“. Laut Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums ist jedoch eine solche Bürgschaft nicht mit dem Gesetz und den für die Genossenschaft typischen Prinzipien der Selbsthilfe und Selbstförderung vereinbar und somit nicht Voraussetzung für eine Zulassung. Die MVZ-Gründer haben dennoch eine Lösung in Form einer Regresschutzversicherung gefunden, die auch den Zulassungsausschuss zufriedenstellt. Künftig könnte das Genossenschafts-MVZ somit ein fester Bestandteil regionaler Versorgungslösungen werden. Sofern die jeweiligen Satzungen dem nicht entgegenstehen, besteht grundsätzlich auch für Krankenhäuser und Kommunen die Möglichkeit, einer Genossenschaft beizutreten und so eine aktive Rolle in der Gestaltung der Versorgung vor Ort zu übernehmen. Die Landesregierung in Rheinland-Pfalz plant sogar die Förderung der Bildung von Ärztengenossenschaften in Form spezieller Genossenschaftsiloten sowie der Ausweitung des Gründungszuschusses für Praxen auf dem Land (bis zu 15.000 €).

MVZ und Ärztehaus – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Kooperationen bieten viele Vorteile. Dies zeigt auch das anhaltende Interesse an Strukturen wie dem Ärztehaus oder dem MVZ. Im Folgenden sollen diese beiden Versorgungsformen näher betrachtet werden.

Im Vergleich zum MVZ (nach § 95 des SGB V), gibt es für das Ärztehaus keine einheitliche

Fünf Unterschiede: MVZ und Ärztehaus

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Scheidet ein angestellter Arzt aus dem MVZ aus, kann die Stelle ohne Durchlaufen des Zulassungsverfahrens wieder besetzt werden.
- Verwaltungsaufgaben werden häufig durch das Management übernommen
- Flexibleres Arbeitszeitmanagement innerhalb des Angestelltenverhältnisses möglich.
- Minimales wirtschaftliches Risiko in der Tätigkeit als angestellter Arzt
- Zentralisiertes Marketing

Ärztehaus

- Scheidet der Inhaber aus einer Arztpraxis aus, läuft die Praxisnachfolge über das Nachbesetzungsverfahren (Zulassungsausschuss)
- Verwaltungsaufgaben, Personalmanagement und weitere praxisnahe Aufgaben liegen beim Arzt
- Die Gestaltungsmöglichkeiten der Arbeitszeit sind begrenzt (rechtliche Vorgaben wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz)
- Das wirtschaftliche Risiko liegt ausschließlich beim Praxisinhaber
- Meist dezentralisiertes Marketing

rechtliche Grundlage. Prinzipiell können die oben genannten Organisationsformen, aber auch weitere medizinische Dienstleister wie Apotheken oder Physiotherapeuten in einem Ärztehaus untergebracht sein. Üblicherweise ist aber mit einem Ärztehaus eine Ansammlung selbstständiger Einzelpraxen gemeint. Folglich unterliegen die hier tätigen Ärzte keinen wirtschaftlichen Vorgaben durch die Managementebene. Bei Fragen zur medizinischen Behandlung sind Ärzte (unabhängig von der Organisationsform) grundsätzlich weisungsfrei. Allerdings sind durch die Ausrichtung des MVZ häufig Leistungsschwerpunkte vorgegeben, die dem einzelnen Arzt nur eingeschränkter Gestaltungsspielraum ermöglichen. In einem Ärztehaus nach oben genannter Definition ist dies folglich nicht der Fall. Übereinstimmung findet man bei der Erlaubnis zur Anstellung. Sowohl die Einzelpraxis des Ärztehauses als auch das MVZ darf fachgleiche oder fachfremde Ärzte anstellen. Für jede Stelle, die in der Praxis geschaffen wird, wird allerdings ein vom Zulassungsausschuss genehmigter Arztsitz benötigt. Daneben kann der Arzt im MVZ auch vertragsärztlich tätig sein und somit seine Zu-

lassung behalten. Häufig arbeiten die Mediziner im MVZ als angestellte Ärzte. Insbesondere jüngere Ärzte schätzen die hiermit verbundene Flexibilität. Gleichzeitig unterliegen die Ärzte eines Versorgungszentrums keinem oder nur einem geringen wirtschaftlichen Risiko – ganz im Gegenteil zum Praxisinhaber im Ärztehaus, der für seinen wirtschaftlichen Erfolg verantwortlich ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Wahl der Versorgungsform nicht ganz einfach ist, individuelle Wünsche und Anforderungen an die Arbeitsstelle bestimmen hier die Auswahl, die es gut abzuwägen gilt.

Herausforderungen für Ärztehäuser

Immer häufiger stehen Betreiber von Ärztehäusern vor neuen großen Herausforderungen. Scheitert der Verkauf von Praxen oder Zulassungen, führt dies zu einer Abwanderung der Patienten. In der Folge verlassen auch die vom Praxisbetrieb abhängigen Mieter, wie Apotheken, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten etc., den Standort. Durch den Leerstand wird die Immobilie unattraktiv. Dieses Risiko lässt sich im Vorfeld durch eine gute Planung reduzieren. Neben der Unterstützung durch Experten bietet eine vorherige Analyse des Standorts anhand umfassender und aktueller Daten, u.a. hinsichtlich der Wettbewerber und des Versorgungsbedarfs, das geeignete „Handwerkszeug“, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können.



Weitere Informationen unter www.arztzentren.de

Neue TI-Anschlusskonzepte für Ärztehäuser und MVZ

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet weiter voran. Erste Meilensteine des 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetzes sind umgesetzt. So sind Ärzte und Psychotherapeuten seit Juli 2019 verpflichtet, an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen zu sein. Weitere Akteure wie Krankenhäuser, Apotheken oder Pflegeheime werden in den nächsten Jahren folgen. Ziel ist es, durch die digitale Vernetzung der verschiedenen Akteure die medizinische Versorgung nachhaltig zu verbessern. Allerdings sind gegenwärtig die

technischen Voraussetzungen bzw. die auf dem Markt zugelassenen Komponenten vor allem auf die Anbindung von Einzelpraxen bzw. kleineren Einheiten ausgelegt.

Mittlerweile gibt es erste Anschluss-Konzepte für kooperative Strukturen und Krankenhäuser. Zentrales Element in der TI ist der Konnektor. Er ist Bindeglied zwischen den Kartenterminals, die zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benötigt werden, und der Praxisverwaltungssoftware. Eine hohe Verfügbarkeit und geringe Ausfallzeiten des Konnektors sind vor allem für größere kooperative Strukturen wie Ärztehäuser oder medizinische Versorgungszentren essenziell. Zudem reicht in Mehrbehandlerpraxen ein Konnektor nicht aus, da die Leistungsanforderungen durch die Vielzahl der Ärzte andere sind. Eine Lösung kann hier das innovative Konzept des Konnektor-Hostings oder -Farmings sein, das mittlerweile von mehreren Herstellern angeboten wird. Hierzu werden mehrere Konnektoren in einem Rechenzentrum gebündelt und durch eine Managementsoftware verwaltet. Fällt ein Konnektor aus, so kann ein Ersatz-Konnektor die Aufgaben problemlos übernehmen, ohne dass lange Ausfallzeiten zu erwarten sind. Zudem profitieren größere Einrichtungen davon, dass die Sicherheit und Wartung jederzeit garantiert ist – unbefugte Zugriffe durch Dritte in den Praxisräumen können so vermieden werden. Ein weiterer Pluspunkt des Konnektor-Hostings für Arztzentren liegt in der Möglichkeit, dass auf diese Weise auch große Praxisverbände mit mehreren Standorten verwaltet werden können (z.B. MVZ oder große überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften [BAG]). In den jeweiligen Praxen werden dann nur die entsprechenden Kartenterminals und ein sicherer VPN-Tunnel benötigt.

Konnektor-Hosting – welche Anbieter sind verfügbar?

Konnektor-Hosting erlaubt in der Regel eine schnelle und unkomplizierte Anbindung der Praxis. Eine aktuelle Übersicht über die Anbieter sowie weitere umfassende Informationen rund um den TI-Anschluss finden Sie unter:

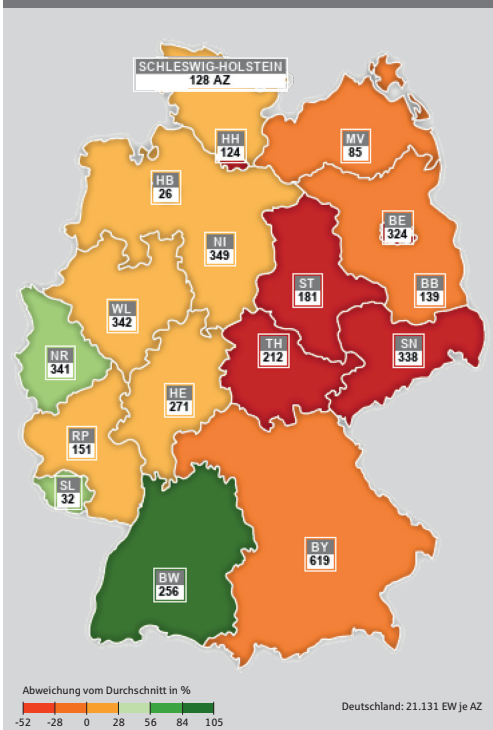


www.atlas-medicus.de/ti-komponenten

Trend zur MVZ-Gründung ungebrochen

Medizinische Versorgungszentren liegen im Trend. Unter Berücksichtigung der zahnärztlichen MVZ (zMVZ) und der Zweigstellen könnte diese spezielle Kooperationsform noch in diesem Jahr die Schwelle von 4.000 Einrichtungen überschreiten. Dies zeigt eine aktuelle Auswertung der Heilberufedatenbank ATLAS MEDICUS®, der zufolge im Mai 2019 die bundesweite Anzahl dieser Einrichtungen bereits bei 3.918 lag. Dabei verzeichnet Bayern mit über 600 Standorten mit Abstand die höchste Anzahl an Versorgungszentren, gefolgt von Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Nordrhein (vgl. Abb.). Thüringen verfügt als relativ kleines Bundesland über 212 (z)MVZ und damit über die bundesweit höchste MVZ-Dichte in Relation auf die Einwohner. Im Vergleich hierzu kommt in

MVZ-Anzahl und Dichte 2019



Hinweis: Die Farbstufen der Karte stellen Abweichungen vom bundesweiten Durchschnitt der Einwohner-MVZ-Relation. Rot eingefärbte Regionen sind dabei von einer hohen MVZ-Dichte gekennzeichnet, grün eingefärbte von einer niedrigen. Quelle: ATLAS MEDICUS® 2019 Grafik: REBMANN RESEARCH

Interaktive Karte: www.arztzentren.de

Baden-Württemberg mehr als das Vierfache an Einwohnern (ca. 43.000) auf ein MVZ. Auch im Saarland und in Nordrhein ist die einwohnerbezogene MVZ-Dichte mit rund 31.000 Einwohnern bzw. rund 28.000 je MVZ gering.

Neue Regeln für die MVZ: Das bringt das TSVG

Das im Mai dieses Jahres in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat für MVZ folgende Neuregelungen geschaffen:

- Bislang im MVZ angestellte Ärzte (auch jene, die nicht zugunsten ihrer Anstellung auf ihre Vertragsarztzulassung verzichtet haben) dürfen ohne Einschränkung Gesellschafter werden. *Dies verhindert, dass nach dem Ausscheiden aller originären Gründer dem MVZ die Zulassung entzogen wird und schafft mehr Flexibilität.*
- MVZ (und BAG) können auch dann eine Zweigpraxis errichten, wenn der Praxisinhaber seine Praxis nicht mehr selbstständig, sondern als angestellter Arzt weiterführt. Hierbei darf der angestellte Arzt weiterhin in dem Planungsbereich tätig sein, in dem er ursprünglich als Vertragsarzt zugelassen war, unabhängig davon, ob der entsprechende Sitz in einem anderen Planungsbereich liegt. *Ziel der Regelung ist es, Praxisschließungen zu vermeiden und so die Versorgung zu verbessern.*
- Anerkannte Praxisnetze (gemäß § 87b Abs. 2 SGB V) dürfen eigene MVZ gründen. *Die Verleihung der Gründungseigenschaft und somit auch der Möglichkeit, Ärzte anzustellen, bringt Praxisnetzen die seit Langem geforderte Kompetenzerweiterung hinsichtlich der aktiven Mitgestaltung der regionalen Versorgung.*

- Die Gründungsbefugnis nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen wird auf „fachbezogene MVZ“ beschränkt. Ein Fachbezug ist dann gegeben, wenn die ärztlichen Leistungen in Zusammenhang mit einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten stehen (z.B. Hausarzt, Urologie, Kardiologie, Radiologie). Bereits bestehende MVZ haben Bestandsschutz. *Mit dieser Einschränkung soll der Einfluss fachfremder Investoren limitiert werden. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie die obige Regelung im Detail von den Zulassungsausschüssen umgesetzt wird.*

- Die Gründungsberechtigung für Krankenhäuser von Zahnarzt-MVZ und die Erweiterung bestehender zMVZ richtet sich nach dem regionalen Versorgungsbedarf. Der Anteil aller zMVZ einer Klinik an der zahnmedizinischen Versorgung in einem Planungsbereich wird auf maximal 10% beschränkt. Sofern der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50% unterschritten ist, sind mindestens fünf Vertragszahnarztstühle/Anstellungen erlaubt. Ist der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50% unterschritten, gilt eine Grenze von maximal 20%; bei Überversorgung von 5%. Die KZVen erstellen zu diesem Zweck jährlich am 31.12. umfassende und vergleichbare Übersichten, die bis zum 30.6. des Folgejahres in den amtlichen Mitteilungsblättern der jeweiligen KZV zu veröffentlichen sind. Bereits bestehende Krankenhaus-zMVZ haben Bestandsschutz. *Da für die zMVZ-Gründung weiterhin kein Fachbezug der Kliniken zur zahnmedizinischen Versorgung erforderlich ist, bleibt der Markt für strategische Investoren offen. Eine Expansion – insbesondere in gut versorgten Gebieten – gestaltet sich jedoch schwieriger. Der Gesetzgeber verspricht sich von der Regelung, dass Krankenhäuser künftig dazu übergehen werden, zMVZ auch in weniger gut versorgten Planungsbereichen zu gründen.*

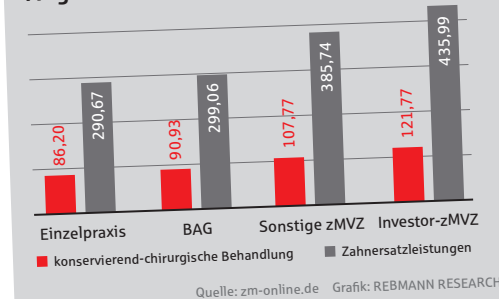
Ambulanter Bereich bietet flexible kooperative Berufseinstiegsmodelle

Auf dem ambulanten Versorgungsmarkt zeichnet sich ein Strukturwandel ab. Allein zwischen 2014 und 2018 sank die Zahl der reinen Einzelpraxen um 10,5% auf rund 52.300. Gleichzeitig nahm die Zahl der Anstellungen um 45,3% zu. Bis zum Jahr 2030 rechnen Ständesvertreter damit, dass rund 55% aller im ambulanten Bereich tätigen Ärzte als Angestellte arbeiten werden. Die Anstellung – mit ihren flexiblen Arbeitszeitmodellen, der besseren Planungssicherheit und dem geringen wirtschaftlichen Risiko – kommt den Präferenzen der jüngeren Ärztegeneration entgegen. Viele Nachwuchsärzte sind sich jedoch nicht bewusst, dass der ambulante Bereich mit Ärztezentren, Praxisgemeinschaften und MVZ eine ganze Reihe flexibler Ausgestaltungsmöglichkeiten der Niederlassung bietet. Diese erlauben nicht nur einen maßgeschneiderten Einstieg in die ärztliche Tätigkeit, sondern auch eine selbstständige

GUT ZU WISSEN: Investoren-zMVZ rechnen mehr ab

Einem Bericht der zm-online.de zufolge lagen die zMVZ von Private Equity Gesellschaften (PEG) hinsichtlich der abgerechneten Punktmengen je Fall nicht nur deutlich über den Einzelpraxen und BAG, sondern auch über den zMVZ in zahnärztlicher Hand. Dies geht aus einer Auswertung der KZBV der Daten zur konservierend-chirurgischen Behandlung und den Zahnersatzleistungen während des Abrechnungszeitraums 1. Januar 2018 bis 30. Juni 2019 hervor.

Abgerechnete Punktmengen je Fall:



und selbstbestimmte Berufsausübung bei reduziertem Risiko und bieten den Vorteil, dass der Arzt über das von ihm erwirtschaftete Ergebnis verfügen kann.

Reduktion von Investitionsrisiken: In Bezug auf die Praxisinfrastruktur bietet sich die Möglichkeit, komplett (nach individuellen Wünschen) ausgestattete Praxisräume z.B. in einem Ärztehaus anzumieten. Das Kapital stammt dabei je nach Modell z.B. von anderen Vertragsärzten, weiteren Investoren und ggf. Fördermitteln. Hierbei sind auch Mischfinanzierungen (u.a. mit Kommunen) denkbar. Darüber hinaus bieten einige KVen und Kommunen in Planungsbereichen mit Versorgungsproblemen einen risikofreien Einstieg über eine reine Anstellung/Anmietung mit Option einer späteren Übernahme der Praxis. Generell erlaubt die gemeinsame Nutzung von Flächen/Räumen (z.B. Empfang, Wartezimmer, Personalaufenthaltsräume oder OP-Räume) und gegebenenfalls von Personal (z.B. Empfang) eine Reduktion der Betriebskosten.

Bürokratische Entlastung: Damit sich Ärzte in einer Kooperation auf die Patientenversorgung konzentrieren können, ist es möglich, alle nicht-medizinischen Leistungen (wie Abrechnung, Terminvergabe, Personal, Einkauf, Buchführung usw.) an einen angestellten professionellen Praxismanager oder externen Dienstleister zu übertragen. Die Zentralisierung und Ausgliederung dieser Funktionen führen zu einer Entlastung der Ärzte, Kostenvorteilen im Bereich Praxismanagement/-verwaltung und zu höheren Ressourcen für Freizeit/Patientenversorgung.

Synergien durch Konzentration von Ärzten und ggf. weiterer Gesundheitsdienstleister an einem Standort: Eine gemeinschaftliche Vermarktung (u.a. Namensgebung der Kooperation, Webauftritt), die höhere Frequenzierung, der bessere Bekanntheitsgrad und die einfachere Zuweisung an Kollegen anderer Fachrichtungen fördern und beschleunigen den Aufbau des eigenen Patientenstamms.

Flexible Kooperationsmöglichkeiten: Die gemeinsame Tätigkeit unter einem Dach bietet die Grundlage für offene oder vertraglich festgeschriebene Kooperationen mit Kollegen (von der Abstimmung der Sprechstundenzeiten oder Schwerpunkte über die Gerätegemeinschaft bis hin zur BAG/MVZ), trägt zur Vereinfachung der Kommunikation sowie des fachlichen Wissensaustauschs bei und erlaubt ggf. einfache interne Vertretungslösungen sowie einen verbesserten Patientenservice (z.B. in Form längerer Öffnungszeiten).

Die obigen Modelle bieten attraktive Alternativen zur Anstellung und erlauben jungen Ärzten über die Entlastung von betriebswirtschaftlichen Aufgaben und über ein reduziertes Risiko einen einfachen Einstieg in die Niederlassung. Nicht zuletzt erhöhen sie die Chancen auf eine erfolgreiche Praxisabgabe und tragen so zur Wert- und Standortsicherung bei. Je nach organisatorischer Ausgestaltung der Kooperation und Wahl der Rechtsform ergeben sich unterschiedliche steuerliche und haftungsrechtliche Konsequenzen, weshalb sich Ärzte vor einer Niederlassungsentscheidung fachlichen Rat einholen sollten.

(z)MVZ: Wer bestimmt den Markt?

Seit der Einführung im Jahr 2004 haben sich die MVZ zu einem festen Bestandteil der ambulanten Versorgung entwickelt. Laut KBV-Statistik erhöhte sich die Anzahl der Versorgungszentren zwischen 2016 und 2017 um 13,3% auf 2.821. Doch hinter dieser Zahl verbergen sich verschiedene Akteure mit teilweise stark divergierenden Interessen.

Unübersichtliche Trägerstrukturen: Laut Statistik der KBV befanden sich Ende 2017 insgesamt 42,8% der MVZ in vertragsärztlicher Hand. Krankenhäuser waren mit einem Anteil von 40,0% in ähnlicher Größenordnung an der Trägerschaft beteiligt. Die restlichen Träger (u.a. Kommunen) kamen auf 17,2%. Weitere Informationen zur Trägerschaft lassen sich jedoch der offiziellen Statistik nicht entnehmen. Doch insbesondere hinter den zahlenmäßig jährlich leicht wachsenden Krankenhaus-MVZ stecken unterschiedliche Akteure. Neben kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern treten hier unter anderem große private Klinikkonzerne in Erscheinung. Allein Branchenführer

Buy and Build-Strategie der PEG

1. Erwerb eines Plattformunternehmens: Kauf eines (kleineren) Plankrankenhauses (nach § 108 SGB V); dieses kann in Bezug auf die aufzubauende Kette vollkommen fachfremd sein (z. B. Orthopädieklinik und zMVZ).
2. Erweiterung des Investitions-Clusters: Mit dem Ziel der Vergrößerung der Marktmacht werden mithilfe des Krankenhauses bereits vorhandene MVZ und/oder (Zahn-)Arztpraxen (Umwandlung in MVZ) aufgekauft.
3. Integration und Optimierung: Aufbau eines Dachmarkenkonzepts, Zentralisierung betriebswirtschaftlicher Bereiche (Abrechnung, Rechnungswesen, IT, Einkauf, Personalwesen etc.), standortübergreifender medizinischer Wissensaustausch, betriebswirtschaftliche Optimierung der Standorte, ggf. Spezialisierung
4. Vertikale Integration von Wertschöpfungspartnern (Fachärzte, Labore und Klinik in einer Hand)
5. Ausbau der internationalen Kooperation.

Fresenius Helios als europaweit größter privater Klinikkonzern ist beispielsweise an knapp 50 MVZ beteiligt, Asklepios an rund 40 MVZ.

MVZ-Ketten treiben die Bildung von „Konzernstrukturen“ voran: Neben den Klinikkonzernen verfügen auch MVZ-Ketten über größere Marktanteile. MVZ-Ketten gelten als eines der Marktmodelle branchenfremder Finanzinvestoren; zum Teil mit Sitz in ausländischen Steueroasen. Ziel der Private-Equity-Gesellschaften (PEG) ist es, Renditeinteressen auf dem – als risikoarm und stabil wachsend eingestuft – deutschen Gesundheitsmarkt zu realisieren (zum Markteintrittsmodell der PEG vgl. Infobox). Die Ketten finden sich bevorzugt in der Labormedizin, Radiologie, Nuklearmedizin, Dialyse, Augenheilkunde und Dermatologie. Besonders ausgeprägt sind sie auch im zahnmedizinischen Bereich. Wie Untersuchungen zeigen, befinden sich MVZ-Ketten jedoch nicht zwingend im Besitz der fachfremden PEG, sondern zum Teil auch in der Hand der (Zahn)Ärzteschaft.

Der MVZ-Markt und die dahinter liegenden Trägerstrukturen sind unübersichtlich. Die verfügbaren Einzelerhebungen (siehe Infobox) zu (z) MVZ-Ketten und den Eigentümerverhältnissen lassen den Schluss zu, dass die gegenwärtigen PEG-Anteile bei den (z)MVZ geringer sind als befürchtet. Expertenschätzungen kommen auf einen Anteil der PEG am Gesamtmarkt (inkl. zMVZ) zwischen maximal 10 und 15% aller (z)MVZ. Ein valider Gesamtüberblick über die tatsächliche Marktmacht der einzelnen Akteure ist jedoch nicht verfügbar. Hierzu wären genauere Informationen darüber erforderlich, wer sich hinter den jeweiligen Trägern verbirgt. Da sich MVZ in ihrer Größe zum Teil erheblich unterscheiden, ist ferner die Anzahl der in den jeweiligen Einrichtungen tätigen Ärzte von Interesse. Darüber hinaus wäre eine genauere regionale Betrachtung sinnvoll. So ist trotz bundesweit relativ geringer Dichte eine regionale „Monopolbildung“ möglich. Im Zuge der Neuregelungen des TSVG ist davon auszugehen, dass die Expansion PE-getriebener (z)MVZ erschwert wird. Fachleute rechnen deshalb damit, dass die aktuellen Versorgungszentren, für die das TSVG einen Bestandsschutz vorsieht, länger als für PEG-Geschäftsmodelle

üblich in der Hand von Investoren verbleiben werden.

(z)MVZ-Ketten und PEG: verfügbare Zahlen

- **MVZ-Deals:** Zwischen Januar und April 2018 gab es 58 MVZ-Deals von PEG (die Zahl der aufgekauften Einrichtungen kann dabei höher liegen)
- **Klinik-Buy-outs:** seit 2012 gab es 20 Übernahmen von Krankenhäusern, die im Anschluss als MVZ-Trägersgesellschaft dienten. 12 der Transaktionen entfielen auf PEG.
- **zMVZ:** Ende 2018 gab es bundesweit mehr als 93 Ketten mit 296 zMVZ-Standorten. Von diesen entfielen mindestens 75 (bzw. rund 25%) auf private Investoren. Rund 12,9% aller zMVZ-Standorte entfielen auf Ketten mit mindestens fünf Standorten. Die zwölf größten zMVZ-Ketten verfügen über 98 Standorte mit insgesamt 30 Vertragszahnärzten und 289 angestellten Zahnärzten.
- **Top-Ten-zMVZ-Ketten:** Im August 2018 waren lediglich zwei der bundesweit 10 größten Zahnarztketten in der Hand der PEG – die restlichen entfielen auf die Zahnärzte selbst.
- **Radiologische MVZ:** Im März 2019 gab es bundesweit 12 Radiologie-MVZ (mit insgesamt 35 Standorten) mit PEG-Beteiligung.

Quelle: ATLAS DENTAL, Radiologen Wirtschaftsforum, LabourNet, iat

Impressum

Herausgeber und Verlag: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 70547 Stuttgart, Tel: +49 711 782-0

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: Dr. rer. pol. Elisabeth Leonhard, Dr. oec. Bernd Rebmann

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der Deutschen Sparkassen Verlag GmbH dar. Die Deutsche Sparkassen Verlag GmbH übernimmt keine Haftung für die Verwendung dieser Publikation oder deren Inhalte.

Diese Publikation enthält keine Finanzanalysen beziehungsweise Informationen mit Empfehlungen nach § 34b WpHG. Wertpapiere sind Risikoanlagen, die überdurchschnittliche Kapitalerträge abwerfen, aber auch erhebliche Verluste verursachen können. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Angaben keine Anlageempfehlungen darstellen.

Redaktionsschluss: 30. August 2019

© REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „Praxis-Dossier“ gebeten.