

Praxis-Management

MVZ - wer ergreift die Chancen, wer scheut das Risiko?

Von Dr. Bernd Alles

Heute kam ein Fax: "Sehr geehrter Herr Kollege, zunächst danke ich Ihnen für die jahrelange gute Zusammenarbeit. Ich möchte Sie über meine nächsten beruflichen Schritte informieren. Am 1. Januar 2005 geht meine Praxis in ein neugegründetes Medizinisches Versorgungszentrum der Gesellschaft xxxxx über....Ich führe den Praxisbetrieb übergangslos weiter und für spätere Nachfolge ist gesorgt."

Von Dr. Bernd W. Alles

Jetzt wird aufs Tempo gedrückt. Wer zuerst kommt, ist der Konkurrenz eine Nase voraus. Im Oktober 2004 waren bereits 35 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) genehmigt, 76 Anträge lagen vor. Wer gründet MVZ mit welchen Motiven und Erfolgsaussichten? Sind es Niedergelassene, die sich zusammenschließen? Oder Kliniken/Klinikketten, die eine ambulante Dependence als lukrativ erachten? Wer sonst noch könnte Interesse haben, sich gewinnbringende Perspektiven ausrechnen?

Markteintrittsbarrieren für MVZ sind klar definiert

Da MVZ stets fachübergreifend und ärztlich geleitet sein müssen, außerdem entsprechend freie Arztsitze vorhanden sein müssen, sind die Markteintrittsbarrieren definiert. Der freie Arztsitz ist kein Problem, wenn sich bereits niedergelassene Ärztinnen/Ärzte verschiedener Fachrichtungen in ihrem Niederlassungsbezirk in Form eines MVZ organisieren - statt als Praxismgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis. Was unter anderem Vorteile bezüglich der Haftung und Kapitalbeschaffung durch die Wahl einer geeigneten Rechtsform bringen könnte. Nebenbei sind Geschäftsanteile an einer solchen Gesellschaft prinzipiell veräußerlich - auch an Nichtärzte.

Auch wer älter ist als 68 Jahre, kann im MVZ weiter tätig sein

Obendrein kann man nach Ablauf der vertragsärztlichen Zwangspensionierung mit 68 Jahren in einem MVZ - zwar nicht als Vertragsarzt, aber etwa als kaufmännischer Leiter - weiter tätig sein. Also: Zusätzliche Optionen werden eröffnet.

Für die Gründung eines MVZ sind Fachrichtungen mit hohem apparativen, räumlichen und personellem Aufwand, der fachübergreifend (aus)genutzt werden kann - etwa Röntgen, Ultraschall - prädestiniert. Motto: Kostendegression macht Spaß. Was steht dem entgegen? Nun ja, jeder niedergelassene Facharzt hat ja schon Einrichtung und Räumlichkeiten. Und seine wenn auch bescheidenen

unternehmerischen Freiheiten. Er ist sein eigener Chef. Und schon reduziert sich das Lustpotential an der Gründung eines MVZ.

Wer um seine Zuweiser bangen muß, dem vergeht die MVZ-Lust

Richtig problematisch wird es, wenn man durch die Gründung eines MVZ um seine Zuweiser bangen muß, die eventuell Boykottgedanken hegen. Deshalb ist das hausärztlich-fachärztliche MVZ ein besonders vermintes Gelände.

Richtig interessant hingegen ist das MVZ für alle fachärztlich niederlassungswilligen Kolleginnen und Kollegen, die noch nicht jeder für sich in Personal, Räume und Geräte investiert haben. Da wächst was heran. Wichtig nur, daß die im MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte am wirtschaftlichen Erfolg beteiligt werden, sonst könnte die Motivation im Vergleich zum selbständigen Einzelkämpfer leiden. Und auch die menschlich-fachliche Chemie unter den kooperierenden Ärzten muß stimmen - genau so wie die Vertragsgestaltung und Kompetenzzuweisung.

Allerdings: Wer als Betreiber eines MVZ einen Arzt mit BAT I b, 35 Jahre, verheiratet, ein Kind, einstellen will, muß genau rechnen. Schließlich hat man einen Arbeitgeberaufwand (inkl. 13. Monatsgehalt, ein Monat Urlaubs/Krankheitsvertretung) in Höhe von knapp 73 000 Euro pro Jahr. Und das ist fast so viel, wie ein niedergelassener Arzt im Durchschnitt vor Steuern verdient.

Vor allem ist zu prüfen, welche Folgekosten eine solche Einstellung verursacht. Dazu gehören Raumbedarf/Einrichtung, Assistenzpersonal - nur um zwei Aspekte zu nennen. Und natürlich, ob die Ertragsseite unter der Honorarbegrenzung seitens Honorarverteilungsmaßstab /EBM 2000 plus sowie dem Versorgungsbedarf und der Mitbewerbersituation in der Region diesen Aufwand überhaupt kompensiert.

Leichter tun sich in dieser Hinsicht Kliniken oder Klinikketten, die ein MVZ als Objekt einer Mischkalkulation im Spannungsfeld zwischen ambulanter und stationärer Gewinnerzielung betrachten könnten.

Überschüssige Kapazitäten in einem Versorgungsbereich können im anderen Bereich eingesetzt werden und so zu einer gleichmäßigeren Kapazitätsauslastung führen. Lukrative stationäre Fälle unter DRG-Bedingungen könnten durch MVZ angebahnt werden.

Mit dem Management im Gesundheitswesen bestens vertraut bringen diese Institutionen Know-how ein. Kapitaleinsatz und kurzfristige Verlustrisiken sind für sie nicht so problematisch wie für MVZ-Gründer ohne den Hintergrund solcher Betreibergesellschaften. Und das vertragsärztliche Ausstiegsalter von 68 Jahren kümmert sie schon gar nicht. Die Gesellschaft lebt weiter. Personen sind austauschbar.

Aber auch Krankenkassen oder gar staatliche Institutionen als Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren sind denkbar - auch wenn in der Vergangenheit negative Erfahrungen gemacht wurden.

Bleibt die Frage, ob der Arzt als Einzelkämpfer eine aussterbende Spezies ist. Wie denken Sie darüber?

Der eingangs zitierte Kollege hat sich für ein MVZ unter dem Dach einer Klinikette entschieden. Ob er damit im Trend liegt? Vieles spricht dafür.

Copyright © 1997-2004 by Ärzte Zeitung
