

Mandantenbrief

MVZ und die Niederlassung Sinnvoll oder Auslaufmodell

Situation

Das MVZ erlebt nach den öffentlichen Diskussionen und dem falschen Grundverständnis unter den ärztlichen Kollegen derzeit einen echten 2. Frühling. Nach aktuellem Stand (März 2007) wurden bundesweit 668 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit über 2.500 Ärzten zugelassen.

Man hatte zuletzt fast das Gefühl, dass die alte Gemeinschaftspraxis (jetzt: Berufsausübungsgemeinschaft) beinahe ausgedient hat und deren Inhaber sich durch Überführung in die Rechtsform des MVZ neuen Wind für das Tun erhofften. Also, frei nach dem bekannten Motto: Eins, zwei, drei...meins findet man heute oft genau das Gegenteil von dem, was der Gesetzgeber sich eigentlich hinter dem Begriff vorgestellt hat. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das MVZ vollkommen missverstanden wurde und immer noch Angst und Schrecken bei so manchem niedergelassenen Praxisinhaber verursacht.

Durch das VÄndG wird sich in naher Zukunft wohl abermals die Marktposition des MVZ ändern, da viele der ursprünglichen Vorteile nun auch dem „klassischen“ Praxisinhaber offen stehen.

Was ändert sich für das MVZ durch das VÄndG

Auf der Trägerebene ändert sich durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) nichts. Für den Fall, dass die Rechtsform der Kapitalgesellschaft gewählt wird, haben die Gesellschafter des MVZ eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für Forderungen der KVen oder Krankenkassen, die sich aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit ergeben, vorzulegen.

- Die elementaren Änderungen betreffen aber die Anstellungsmöglichkeiten: Einzel- oder Gemeinschaftspraxen dürfen jetzt Ärzte anstellen – vorausgesetzt, die entsprechenden Kassensitze sind vorhanden. So gesehen werden also das MVZ und die klassischen Versorgungsformen (beinahe) gleichgestellt. Das Niederlassungsprivileg, welches sich nach fünfjähriger Anstellung im MVZ in der Vergangenheit ergab, wurde gestrichen. Dies betrifft allerdings nicht die Ärzte, die vor dem 01.01.07 gegründet haben.
- Als fachübergreifend gilt ein MVZ jetzt auch, wenn Ärzte mit verschiedenen Facharztbezeichnungen oder verschiedenen Schwerpunktbezeichnungen darin tätig sind. Der bisherige Ausschluss, dass ein MVZ z.B. von zwei fachärztlich tätigen In-

ternisten, zum Beispiel einem Kardiologen und einem Angiologen, betrieben wird, ist damit Vergangenheit.

- Die Unzulässigkeit einer gemeinsamen Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten wird für das MVZ aufgehoben. Oftmals wird in diesem Zusammenhang das Kopfzentrum genannt, in dem die zuvor genannten Berufsgruppen zusammenarbeiten können.
- Ebenfalls neu ist die Möglichkeit, ein MVZ kooperativ zu leiten. Dies kommt dann in Betracht, wenn z.B. bei besagtem Kopfzentrum Ärzte und Zahnärzte ein MVZ betreiben.
- Ein MVZ kann nun Partner in einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft werden. Letztendlich verhält sich das MVZ hier wie die reguläre Einzel- oder Gemeinschaftspraxis
- Ebenfalls für die MVZ von Bedeutung ist der Wegfall der grundsätzlichen Unvereinbarkeit einer ambulanten und stationären Tätigkeit. Somit sind (vor allem für das Krankenhaus) interessante Konstellationen denkbar: Ein Krankenhaus gründet ein MVZ. Dieses übernimmt die zum Betrieb notwendigen Praxen und stellt pro Sitz zwei Ärzte mit jeweils 50 Prozent an. Gleichzeitig erhalten diese MVZ-Ärzte einen Teilzeit Anstellungsvertrag im Krankenhaus.

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

Der Glaube, die vielfältigen Synergieeffekte ließen sich nur über das Konstrukt MVZ realisieren, dürfte spätestens seit dem VÄndG der Vergangenheit angehören.

Aus Sicht der Vertragsärzte reduzieren sich die Vorteile des MVZ dadurch sogar deutlich. Die Ziele, die sich früher mit der Gründung eines MVZ realisieren ließen, lassen sich inzwischen fast ausnahmslos auch mit den klassischen Versorgungsformen erreichen.

MVZ ja, dann aber richtig

Entscheidendes Argument für das MVZ ist die Strategie des/der Initiatoren. Sieht man sich als Arzt/Zahnarzt z.B. als Betreiber einer multifunktionalen medizinischen Einheit mit angestellten Ärzten, so kommt man am MVZ nicht vorbei. Hier wird oft das Beispiel Polikum aus Berlin, seines Zeichens größtes deutsches MVZ mit 30 Ärzten, genannt. Und genau da liegt der Unterschied zu den übrigen MVZ in Deutschland: Das Polikum ist tatsächlich das einzige bekannte MVZ, welches dem politischen Wunsch in seiner Gänze genüge tut. Es reduziert die Betriebskosten durch konsequente Einspareffekte (z.B. Raumdoppelnutzung, Einkauf, Personalpool) und vernetzt alle Teilnehmer über einheitliche IT-Strukturen (Terminplanung, Patientenakte, Dokumentation, QM). Der dort betriebene Aufwand wird von den meis-

ten niedergelassenen Kollegen bei der Gründung aber völlig unterschätzt. Unter gleichberechtigten Partnern zeigt die Erfahrung, lassen sich die Maßnahmen zeitnah und inhaltlich kaum so oder ähnlich umsetzen. Hier fehlt es oft an einem externen Management, welches losgelöst von dem ärztlichen Tagesgeschäft das Thema entwickelt. Das Problem stellt sich nicht nur beim MVZ, sondern in allen Kooperationsformen. Und so sind viele MVZ am Markt einfache Gemeinschaftspraxen, die die neue Rechtsform wählen ohne sie wirklich zu benötigen.

MVZ aus Sicht der Krankenhäuser

Vornehmlich die Krankenhäuser begreifen die Chance und gründen MVZ. Jedoch sei auch hier gesagt, dass in den wenigsten Fällen die Krankenhäuser diese MVZ strategisch richtig aufstellen. Oftmals werden willkürlich Sitze von Niedergelassenen Ärzten z. T. für viel Geld gekauft, um danach festzustellen, dass die gewünschten Effekte damit gar nicht umzusetzen sind.

Richtig aufgestellt, bieten die MVZ für Krankenhäuser die Möglichkeit der weiteren Kostenteilung und Ressourcenoptimierung:

- Anstellung von stationären Ärzten über Teilanstellung im MVZ
- Auslagerung von stationären Leistungen
- Regelung der Notfallaufnahme über das MVZ

- Zuweiserkommunikation und Austausch über das MVZ (KH-Arzt und Niedergelassener Arzt)
- MVZ-Betrieb nur mit hochspezialisierten fachärztlichen Leistungen, die komplementär zum Krankenhausspektrum sind.

Die Krankenhäuser haben zurzeit alle Hände voll zu tun, die eigenen Prozesse mit denen des hauseigenen MVZ zu vernetzen. Die Chance für die Niedergelassenen liegt darin, zusammen mit dem Krankenhaus Leitlinien der Zuweisung und des Patientenaustausches zu entwickeln (Stichwort: Prä- und poststationäre Versorgung), um so ein verlässlicher Partner zu werden.

Fazit

Das neue Vertragsarztrecht hat viele Wettbewerbsvorteile, die Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Vergleich zu Arztpraxen hatten, beseitigt. Freiheiten, die das MVZ bot, können jetzt auch Vertragsärzte für sich in Anspruch nehmen, ohne dafür künstlich konstruierte MVZ gründen zu müssen.

Lediglich für den „Unternehmerarzt“, der als Gründer und Entscheider die Strategie einer einheitlichen, gemanagten medizinischen Einheit mit zahlreichen angestellten Fachrichtungen hat, stellt das MVZ wg. der besseren Steuerungs- und Beteiligungsmöglichkeiten die Lösung dar.