

# Immobilienstandort mehrerer Ärzte in fachübergreifende GMP/MVZ umwandeln

## Das besitzlose Ärztehaus-MVZ-Konzept

Im neuen EBM sollen die niedergelassenen Einzelpraxen mit Gemeinschaftspraxisförderungs-Zuschlägen in Höhe von ca. EUR 22.000,- pro Zulassung die Bildung von Gemeinschaftspraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren indirekt subventionieren.

Deshalb überlegen viele, bisher selbständige Praxen an einem Standort einen Zusammenschluss, um sich die Zuschläge zu sichern.

Wenn Sie sich an einem Immobilien-Standort mit mehreren Arztpraxen oder in einem größeren Ärztehaus befinden, könnte eine fachübergreifende Zusammenschluss-Diskussion mit dem besitzlosen „MVZ-Konzept“ interessant sein.

### Motive des Gesetzgebers: Sparen durch Gemeinschaftspraxen / MVZ

Politik und Rechtssprechung haben die Kassenärzteschaft darauf aufmerksam gemacht, dass sie sozial gebundenes, öffentliches Geld nur mittelfristig betriebswirtschaftlich verantwortungsvoll ausgeben dürfe. Das bisherige Leitbild der Ärzteschaft mit der Einzelpraxis ist volkswirtschaftlich auf die Dauer unverantwortbar.

Ist also – gesellschaftspolitisch – einer Berufsgruppe eine Kooperation zumutbar und entstehen dadurch öffentlich wirksame Rationalisierungseffekte bzw. Stärkung von Innovations- und Servicefunktionen im Kassenbereich für den Patienten, kann der Staat über das Sozialrecht indirekt in die Berufsausübung eingreifen.

Diesen Schritt hat er mit der Rechtsfigur des MVZ getan, das besondere Zuschläge erhält - wie eine Gemeinschaftspraxis - und zusätzlich angestellte Kassenärzte haben darf.

### Vorurteilsfreie Standpunkte überprüfen

Seit 10 Jahren steht als Leitsatz des SGB V die Aussage des Sozialrechts-Gesetzgebers:

„Kooperationen sind zu fördern!“

Die bisherige, ärztliche Selbstverwaltung in der KBV hat diese Akzentuierung des Gesetzgebers bewusst boykottiert. Der Hintergrund lag innerärztlich emotional und betriebswirtschaftlich auf der Hand.

Bis zur Änderung des neuen, kooperativen Berufsrechts (Deutscher Ärztetag 2004 / Entscheidungen der Landesärztekammern im Verlauf des Jahres 2005) galt als innerärztliches Leitbild ausschließlich das Modell der freiberuflichen Einzelpraxis. Darauf beruhte auch die bisherige betriebswirtschaftliche Kalkulation der überlebendigen Einzelpraxis.

Dies ändert sich nun fundamental im Kassen- und Privatbereich. Damit verbunden ist ein wahrscheinlich noch 10 Jahre nachwirkendes, entsprechendes Rollenverständnis.

→ Alles konzentrierte sich auf einen einzelnen, einsamen Leistungserbringer; es gab keine Möglichkeiten weiterer kollegialer Kommunikation, Kooperation und Investition. Man saß auf einem langfristigen Mietvertrag als Einzelkämpfer.

→ Es kam zu einer nur auf einen Nutzer abgestellten Techniknutzung an Stelle einer preisgünstigen, kooperativen und optimalen Nutzung, ggf. nicht nur eine Woche, sondern sieben Tage, Tag und Nacht.

→ Man hatte eine eingeschränkte physische Präsenzfunktion, statt des Angebotes eines umfassenden, spezialisierten Services rund um die Uhr.

→ Man hatte einen eher generalistischen Ansatz an Stelle eines spezialisierten.

### GMP/MVZ mit Doppelnutzen, Kostensenkung & Zuschlag

Je nach Struktur kommt es in einer fachgleichen / fachübergreifenden Kooperation an einem Standort zu einer Kostenreduktion von 25 %; hinzu kommen die EBM Förderzuschläge.

Bei einem durchschnittlichen Umsatz von EUR 200.000,00 sind 15% Ersparnis schon EUR 30.000,00. Sie entstehen dadurch, dass man EDV, Anmeldung, Personaleinsatz, Flächennutzung mit Personalräumen, Personalküche, Wartezimmer, WC etc. zusammenlegen kann.

Hinzu kommen Vorteile aus gemeinsamem Internetauftritt, Marketing und gemeinsamer Patientennutzung im Bereich Selbstzahler-/ Privatmedizin sowie der EBM-Zuschlag in Höhe von EUR 22.000,00.

Daran erkennt man den gesellschaftspolitischen Trend. Der Gesetzgeber ist der Meinung, dass durch freiwillige Optimierungsmaßnahmen Verluste im Kassenarzbereich und in der KV-Budgetstruktur ausgeglichen werden können.

### Aktuelle ärztliche Verlustquellen

1. Die Praxisgebühr bringt einen Patientenrückgang zwischen 8 und 16 %.
2. Der EBM schwächt ge-

sprächsintensive kleinere und mittlere Praxen.

3. Der EBM kürzt zu große Einzelpraxen mit Zeittakten / Mengenquoten.

4. Psychotherapiekosten und Ost-/West-Ausgleich senken den Punktwert.

5. Hinzukommende weitere Fachärzte und Ermächtigungen höhlen den Punktwert aus.

### Verlustkompensierendes Verhalten – dem Arzt zumutbar?

Der Staat, der nur noch für die Rahmenbedingungen zuständig sein will, argumentiert wie folgt:

Wenn in einer Zeit knappen Geldes die Banken 30% der Mitarbeiter entlassen; Beamte 40 Stunden und mehr arbeiten und auf Weihnachts- und Urlaubsgeld verzichten müssen, sind auch Einschnitte für Kassenärzte zumutbar, insbesondere wenn diese 10 Jahre lang angeündigt waren und durch kooperatives Verhalten ökonomisch ausgleichbar sind.

Daher sind auch Überlegungen wie Klagen gegen die Privilegierung von Gemeinschaftspraxen rechtlich gesehen aussichtslos. Wer als Selbstverwaltungs-Körperschaft oder als Kassenarzt 10 Jahre lang die Ankündigung des Gesetzgebers ignoriert und sich nicht für ein Kooperationsmodell entscheidet, benötigt keinen Rechtsschutz.

### Vorteile eines gemeinsamen Immobilienstandortes Step by Step nutzen

Der Gesetzgeber hat eine neue Rechtsfigur erfunden: Das „Medizinische Versorgungszentrum“ (MVZ).

Es ist von der Leistungserbringung her eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis.

Der Staat wollte also räumliche Kooperationen fachgleich mit Zuschlag und insbesondere auch fachübergreifend als Schnittstellenoptimierung mit zugelassenen, angestellten Ärzten fördern. Somit können sich in einer Immobilie / einem Ärztehaus auf der Basis von zweiseitigen Verträgen oder einem Gesamtvertrag beispielsweise folgende Praxen ergänzen:

- Urologe und Gastroenterologe
- Gynäkologe und Hausarzt
- Augenarzt und HNO-Arzt
- Allgemeinarzt und Kardiologe
- Allgemeinarzt und Kinderarzt

### Entscheidend: Fachübergreifend – aber unterschiedlich von KV'en interpretiert

Entscheidend war für den Gesetzgeber bei der Rechtsfigur MVZ das Kriterium „fachübergreifend“.

Einzelne KV'en sehen aber z. B. in der Differenzierung „Gastroenterologe – Kardiologe“ keine fachübergreifende Struktur, weil das historische Weiterbildungsbild „Innere Medizin“ lautet. Aus diesem Grund plant der Gesetzgeber eine Ergänzung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) und will in Zukunft auch fachgleiche Kooperationsmodelle mit der Rechtsfigur MVZ gründen lassen bzw. anerkennen.

Für ein Ärztehaus ist aber wichtig, dass jedwelche ärztliche Fachkombination den Zuschlag erhält.

### Vorteile des angestellten MVZ-Kassenarztes

Um die vertragsärztliche Rechtsfigur des MVZ von der Nachfrage her attraktiver zu machen, trennte sich der Gesetzgeber im Kassenarzbereich von dem Gedanken der Freiberuflichkeit. Damit bekommt die Rechtsfigur des MVZ einige neue Rechtsmöglichkeiten.

Wer in Form seiner ersten Stelle fünf Jahre lang als Angestellter für ein MVZ tätig ist, erhält nach 5 Jahren eine Zulassung, auch im gesperrten Gebiet.

Zusätzlich kann die Stelle im MVZ nachbesetzt werden. Das ist – richtig geplant – eine Verdoppelung des jeweiligen Zulassungspotentials in fünf Jahren – auch in gesperrten Gebieten.

Die angestellten MVZ-Kassenärzte sind nicht an die 55 Jahre-Regelung gebunden. Somit kann eine Zulassungsfunktion – im Gegensatz zu bisher – mit älteren Kollegen bis zum 68. Lebensjahr besetzt werden. Darüber hinaus kann die Stelle mit bis zu vier mal 10 Stunden pro Woche im Teilzeitbereich ausgefüllt werden, allerdings gilt dann nicht mehr die 5-Jahres-Regelung.

### Freie Arztsitze im unterversorgten Gebiet besetzen!

Gerade wer in unterversorgten Gebieten eine übergroße Praxis hat, kann hier schnell Kürzungen entgegen und sein Abrechnungspotential verdoppeln, wenn er in einem Ärztehaus durch die Bildung eines MVZ bei der KV eine freie Zulassung beantragt und mit einem älteren Arzt besetzt.

### Konkrete Umsetzung: Das besitzlose MVZ-Konzept

Kassenärzte können Gründer/Gesellschafter eines MVZ sein, das in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft oder einer Partnerschaftsgesellschaft zu betreiben ist.

Am Anfang könnte man vereinbaren, dass in den ersten 2-3 Jahren eine Probe-/Testphase durchgeführt wird. In dieser Zeit werden zunächst keine größeren Experimente wie gemeinsame Anmeldung oder gemeinsames Eigentum durchgeführt. Jeder Partner bleibt wei-

### Seminar

## Seminar am 9.7.2005 in Wiesbaden

9.00 Uhr

**Praxisfusion – überörtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaften**

Referentin: RAin Stefanie Pranschke-Schade Broglie, Schade & Partner, Wiesbaden

11.00 Uhr

**EBM2000plus, erste Erfahrungen, Abrechnungsfragen**

Referentin: RAin Stefanie Pranschke-Schade Broglie, Schade & Partner, Wiesbaden

13.00 Uhr

**Strafrecht GOÄ und Abrechnungsbetrug**

Referent: Dr. Alexander Dorn

Broglie, Schade & Partner, Wiesbaden

Seminargebühr: EUR 60,00 inkl. MwSt. je Vortrag

Anmeldung und Information

**Tel. 0611/1809412**

M<sup>3</sup>C:VIP-Bonus  
50 %

ter der Besitzer/Eigentümer des in die Gesellschaft einzubringenden ideellen und materiellen Wertes. Jede beteiligte Praxis/Einheit bleibt weiter von der Kostenrechnung und Gewinnverteilung her ein in sich geschlossenes Profitcenter innerhalb des Ärztehauses.

Die einzige Schnittstelle ist eine gemeinsame steuerliche Gewinn- und Verlusterklärung gegenüber dem Finanzamt.

### Kosten und Gewinnanteile unverändert analog Einzelpraxis

Die jeweiligen Profitcenter haben eine nach Unterkonten differenzierbare, nach außen tretende, gemeinsame Bankverbindung als einziges gemeinsames Band.

Damit ist die besitzlose Profitcenter-Gesellschaft berechtigt, als MVZ die EBM-

Zuschläge zu erhalten und mit zugelassenen, angestellten Kassenärzten, die über 55 Jahre alt sein können, zu arbeiten.

Neuanschaffungen werden weiter im jeweiligen Namen der Praxiseinheiten durchgeführt.

Der Gewinnverteilungsschlüssel bleibt unverändert, allerdings hat man die Möglichkeit, über gemeinsame Aktivitäten nachzudenken und diese zu testen.

### Was ist sonst noch gemeinsam?

Weiterhin ist zu bedenken, dass die Gesellschaft gemeinsamer Arbeitgeber ist (Kündigungsschutzregelung für Arbeitnehmer).

Die Banken müssen erklären, dass sie sich auf die bisherigen Schuldner als Gläubiger beschränken.

### Zusätzliche Wertschöpfungspotentiale

Ferner kann jede Abteilung der neuen Gesellschaft die Patienten dazu gewinnen, sich auch der PKV- und Selbstzahler-Angebote anderer Partner zu bedienen. Je mehr man den Patienten im eigenen Kreislauf – soweit indiziert – behält, desto wirtschaftlich interessanter kann man intern Gewinnbeiträgen für neu entstandene Umsätze schaffen.

Steuerlich ist ein solches Vorhaben in jedem Fall umfassend mit einem Steuerberater und einem Rechtsanwalt unter Berücksichtigung von Gesellschafts-, Berufs- und Vertragsrecht abzuklären.

Auf diese Weise kann man stufenweise Kommunikation und Kooperation üben, um sich nach einer Testphase immer stärker – im Sinne des Gesetz-

gebers – zu vernetzen.

So können alle denkbaren, betriebswirtschaftlichen Vorteile „step-by-step“ realisiert werden, u.a. gemeinsame Schulungen des Personals, gemeinsame Broschüren und Gesundheitsveranstaltungen, gemeinsamer Internetauftritt, etc.

Zum Schluss wird man feststellen, dass man durch die gemeinsame Wertschöpfung, insbesondere auch im privatmedizinischen Bereich (PKV/ Selbstzahlerleistungen) wesentlich besser dasteht wie ursprünglich gedacht.

Unverzichtbar ist allerdings eine wesentlich stärkere Kommunikation der Praxisinhaber untereinander. Man sollte sich alle 14 Tage zwei Stunden abends zusammensetzen; ferner sollte spätestens alle drei Monate unter Einbeziehung aller Steuerberater ein entsprechendes Übersichts- und Aktualisie-

rungsgespräch stattfinden.

Konfliktlos ist die Zuordnung der kassenärztlichen und privatmedizinischen Abrechnung. Die KV gliedert die jeweiligen Fachgruppen exakt auf. Es muss auch genau erfasst werden, ob der Einzelne die entsprechenden Qualifikationen hat, die er kassenärztlich abrechnet.

Privateinnahmen gehen auf die entsprechenden Unterkonten, so dass alle Umsatzstrukturen absolut transparent sind.

Durch das gemeinsame Auftreten – auch gegenüber dem Patienten – entsteht ein neuer Gemeinschaftsgedanke und damit ein höheres Selbstwertgefühl. Das gesamte Ärztehaus kann auf diese Weise wesentlich attraktiver sein als in der Vergangenheit. hjs

## Marketing

# 2007

## Zentraler Verteilungsmachtverlust der KV

Die niedergelassene Ärzteschaft hat sich mit Erlass des GMG nur über die Praxisgebühr aufgeregt.

Die wahren Einschnitte liegen aber in einem völlig andersartigen, schleichenden Ausblutungsprozess der KV als zentralem, innerärztlichem Honorarpartner und ökonomischen Ausgleichspartner für stabile Einkommensverhältnisse der Kassenpraxis.

### Das GKV-Ausblutungsmodell

Das GMG lässt ab jetzt im Wettbewerb zwei völlig andersartige Versorgungsstrukturen gegeneinander laufen. Bisher bekam die Ärzteschaft 16,3% der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als feste Größe. Für diesen Preis versorgte die KBV mit ihren KV'en nach einem innerärztlichen Regelwerk die Ärzteschaft mit Geld und regelte intern die Probleme der Leistungserfassung und der Honorierung.

Dafür, dass der Staat nicht selbst intervenierte und unmittelbare Verwendungsaufgaben für die Mittel machte, übernahm die Kassenärzteschaft das Risiko der Morbidität und des Arztlöhnezuwachses. Dies ging solange gut, bis es in unserer Volkswirtschaft zu Zuwachsraten im Bruttosozialprodukt kam und solange keine 5 Millionen Arbeitslose existierten.

### Der Fehler: Rütteln am Morbiditäts-Tabu

Dann erfolgte aus einer strategischen Fehleinschätzung heraus der zentrale, berufspolitische Fehler.

Als es immer mehr Ärzte wurden und damit die fest zur Verteilung stehenden Honorarmengen beim Einzelnen sanken, verlangten Teile der Ärzteschaft, die GKV solle für eine steigende Morbidität und eine immer älter werdende Gesellschaft mehr zahlen. Gleichzeitig verlangte man eine betriebs-

wirtschaftliche Kalkulation für die Kosten der Arztpraxis. Als die Krankenkassen daraufhin die KBV baten, aus ihren Daten die echte Morbidität für die Bevölkerung herauszufiltern nach den Kriterien

1. Chronische, existentielle Krankheiten, Häufigkeit in Diagnose und in Form von Medikamentenverordnungen
2. Akutmedizinische Abklärungen
3. Behandlung von Bagatelle-Krankheiten bzw. kleinen Gesundheitsstörungen.

blockierte die KBV das Verlangen, angeblich aus Datenschutzgründen und im Interesse der Patienten auf die Dauer von 10 Jahren.

Als klar wurde, dass sich die Ärzte aus berufspolitischen Verteilungsgründen nicht in ihre Karten schauen lassen wollten, setzte der Gesetzgeber Kommissionen von Experten ein, die beispielhaft extern die erforderlichen Daten und Berechnungen lieferten.

Das Ergebnis: 20% der Patienten sind existenziell krank und verbrauchen schon jetzt 80% der gesamten GKV-Mittel.

Im niedergelassenen Bereich benötigen ca. 30% der Fälle pro Quartal eine akutmedizinische Abklärung.

Die restlichen rund 50% der Nachfrager der Kassenarztpraxis sind unter objektiven Gesichtspunkten Bagatelle-Fälle, deren Behandlung weder notwendig noch zweckmäßig ist. Offen gesagt: Sie sind mittelfristig verzichtbar, wenn und insoweit es damit nicht zu einem politischen Aufstand kommt.

Der erste Schritt zur Veränderung des Bewusstseins war die Praxisgebühr mit EUR 10,- pro Quartal. Der Bundestag hat sich im GMG vorbehalten, dies jederzeit auf EUR 30,- pro Quartal und pro Patient zu erhöhen.

Damit kommt es automatisch zu einem Wegfall von Nachfragern. Einen öffentlichen Aufschrei braucht man

nicht mehr zu befürchten, weil inzwischen eine Vielzahl sozial schwacher Patientin eine Ausnahme genehmigung hat.

Die Bild-Zeitung kann nicht aufschreien, weil es damit die sogenannten reicheren Bürger ausschließlich trifft.

### Zentrale Umsteuerung der Morbidität durch Verordnungsanalyse

Die Mehrzahl der Ärzte sieht nicht die mit dem GMG seit 2004 eingetretene Transparenz von Diagnose und dazugehöriger Medikamentenverordnung pro Patient und pro Quartal, genau heruntergebrochen auf den jeweils namentlich bekannten Versicherten.

Was die KBV 10 Jahre lang verhinderte, ist jetzt gesetzliche, datenrechtliche Wirklichkeit. Die Analyse der Medikamentenverordnung zeigt der Krankenkasse ganz genau, wer tatsächlich existenziell krank ist.

In der Vergangenheit hat der Arzt aus Angst von Regressen sehr vorsichtig verordnet. Diese, für den Arzt innerlich gerechtfertigte Morbidität wird ab 2007 Maßstab der Eingruppierungsangebote der Krankenkasse für integrierte Versorgung sein und für die Neubewertung des bisher eher pauschalen Patientenstatus.

In der Übergangszeit werden die Ärzte durch gut sortierte, integrierte Versorgungsverträge der Marke „Light“ – zusammen mit dem Patienten – angelockt und korrumpiert.

Deshalb glauben die Ärzte, die Eingruppierungen, die man jetzt in diesen Verträgen macht, bleiben ewig. Sie sind jedoch nur der Übergang zu einem besser werdenden Analyse- und Versorgungssystem. Nicht umsonst bezeichnet man auch von Seiten der KBV den EBM als „lernendes System“.

Da selbst die Krankenkassen über die Gesetzgebung zum Risikostrukturausgleich nicht mehr über die eigenen Gelder verfügen können, hat der Bun-

desgesetzgeber und das Bundesgesundheitsministerium zusammen mit dem Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen jetzt umfassende Steuerungsmacht auf der Basis solider, verlässlicher Zahlen.

Hierbei ist besonders zu beachten, dass jetzt auch Verbraucherschutzorganisationen im Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen sitzen. Diese können sich naturgemäß nicht dafür einsetzen, dass bisher als nur leicht krank eingestufte Patienten weiter dieselbe Versorgung bekommen wie die nachweislich über die Medikamentenverordnungen echt kranken Patienten. Damit erfolgt automatisch die zentrale Steuerung des Systems hin zu echt kranken und bedürftigen Patienten.

### Auswirkung auf die KV

Die KV muss ab 2007 den Krankenkassen nachweisen, wofür sie ihr Geld einsetzen will. Den Vertragspartnern liegen bis dahin 3 Jahre Diagnose- und Verordnungsdaten vor. Es kommt zu einem Offenbarungsseid für die bisherige KV-Politik, Halbkranken auf statistischer, wissenschaftlicher Grundlage zu versorgen.

Einer aufgeblähten Menge von Verdachtsdiagnosen zu allen möglichen Krankheitsbildern steht nun als zentraler, echter Kern die Verordnungsmenge wirksamer, aus der Arztsicht notwendiger Medikamente gegenüber.

Damit steht die KV vor dem Problem, ob es berechtigt, notwendig und zweckmäßig ist, Bagatelle-Erkrankungen so hoch wie bisher zu honorieren.

Die KBV hat argumentiert, dass eine ordentliche Untersuchung 10 Minuten lang dauert.

Die Ärzte zeigen aber im Tagesprofil, dass sie oft nur 3 Minuten benötigen. Dabei handelt es sich um die ihnen schon bekannten Patienten, die eine ihnen bekannte Bagatelleerkrankung haben und keine Diagnostik mehr benötigen. Diese Patienten sind überflüssig und werden nun tatsächlich nur mit dem Wert von 3 Minuten eingestuft.

Die KV erhält von der Krankenkasse das folgende Angebot.

Die KV erhält für 50% der Bagatelle-Patienten nur 1/3 der bisherigen Vergütung, insbesondere deshalb, weil jetzt nachgewiesen werden kann, dass diese Patienten wesentlich leichter und schneller behandelt werden können. Man verfügt jetzt über die Daten von Medikamenten und sonstiger Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel und Überweisung.

Der Rest des Geldes fließt zu Teilen in die weiter gleichwertig bezahlte Abklärungs- und Akutmedizin.

2/3 der Ersparnisse fließen in die schweren Krankheitsfälle, die aber in Zukunft unmittelbar über die Krankenkassen abgewickelt werden. Dieses Geld steht dann nicht mehr der KV zur Verfügung.

Jeder Arzt kann sich selbst

