

1/2023 Februar

C 14118

derm

Praktische Dermatologie



omnimed
www.omnimedonline.de

MVZ-Gruppen/Investoren – eine zeitgemäße Alternative zur eigenen Praxis?

Christian Raulin, Sabine Raulin

Summary

The health system and its structures are currently undergoing change. This also affects the continuation or takeover of the traditional practice and, in competition with this, the establishment of »medical care centres«, which are steadily increasing. On the one hand, the new generation of doctors has different life plans, wants a reasonable »work-life balance«, is concerned about their resources or no longer wants to take on the financial risk of self-employment as the generations before them did under today's circumstances; on the other hand, investors are pushing into the market who want to use the lucrative unit of an MVZ to optimise profits. In this article, we highlight the advantages and disadvantages of setting up MVZs in light of the current situation in the health care system and based on our many years of experience as the head of an MVZ.

Keywords

Doctor's practice, medical care center, private investors.

Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem und seine Strukturen befinden sich aktuell im Wandel. Dies betrifft auch die Weiterführung oder Übernahme der klassischen Praxis und in Konkurrenz dazu der Einrichtung der »Medizinischen Versorgungszentren« (MVZ), die stetig zunehmen. Zum einen hat die neue Generation der Ärztinnen und Ärzte eine andere Lebensplanung, wünscht sich eine vernünftige »work-life-balan-

ce«, sorgt sich um ihre Ressourcen oder möchte das finanzielle Risiko der Selbstständigkeit wie die Generationen vor ihnen unter den heutigen Umständen nicht mehr übernehmen, zum anderen drängen Investoren auf den Markt, die die lukrative Einheit eines MVZ zur Gewinnoptimierung nutzen wollen. In diesem Artikel beleuchten wir die Vor- und Nachteile der Einrichtung von MVZ in Anbetracht der aktuellen Lage im Gesundheitswesen und aufgrund unserer langjährigen Erfahrungen als Leiterin und Leiter eines MVZ.

Schlüsselwörter

Praxis, Medizinische Versorgungszentren, private Investoren.

Historie und Entwicklung

Vor nunmehr bald 20 Jahren wurde das »Medizinische Versorgungszentrum« (MVZ) 2004 als neue Organisationsform in der ambulanten Versorgung eingeführt. Unter anderem war die Zielsetzung eine verbesserte Verzahnung der Versorgungssektoren (insbes. der ambulant-stationären Schnittstelle), aber auch eine flexiblere Möglichkeit, größere Praxiseinheiten mit verschiedenen Fachrichtungen und auch angestellten Ärzten zu organisieren. Vorteile für die Patienten waren und sind unter anderem eine bessere Verfügbarkeit (= ausgedehnte Öffnungszeiten) sowie eine interdisziplinäre Versorgung »unter einem Dach« wegen der Möglichkeit interner Spezialisierung in größeren auch fachübergreifenden Zentren.

Insgesamt kann man die Einführung der MVZ als »Erfolgsgeschichte« bezeichnen. Ende 2021 waren bereits

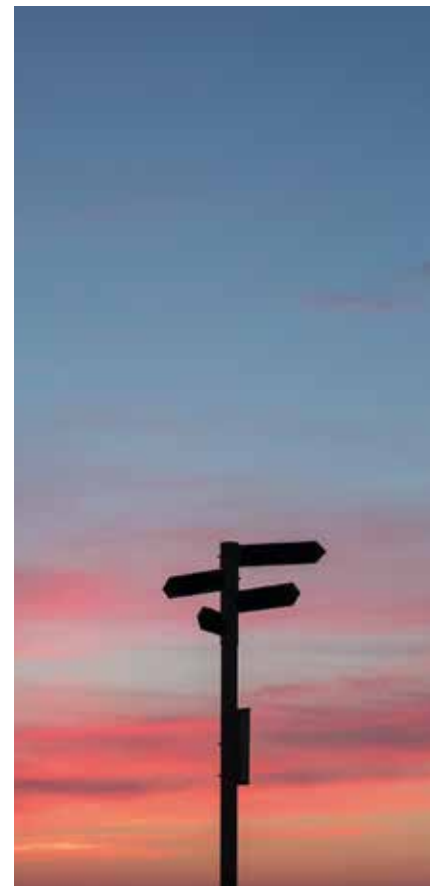


Abb.: Quo vadis – Vertragsärztinnen und -ärzte am Scheideweg (© Foto von Javier Allegue Barros auf Unsplash)

4.179 MVZ zugelassen, und das Wachstum schreitet mit 9 % pro Jahr zügig und stetig voran. In über 80 % der MVZ arbeiten dabei ausschließlich angestellte Ärztinnen und Ärzte. Umgekehrt sind bereits 24.000 Ärztinnen und Ärzte in MVZ angestellt (1). Deren wesentlichen Beweggründe für die Wahl dieser Organisationsform sind: kein Investitionsrisiko, das Arbeiten im Team und der interkollegiale Austausch, geregelte Arbeitszeiten, verbesserte Vereinbarkeit von Familie/Hobby und Beruf. Auch die finanzielle Absicherung gegenüber schweren Erkrankungen und anderen Ausfällen, gerin-

gerer administrativer Aufwand sowie ein abgesichertes, kalkulierbares faires und frei verhandelbares Gehalt. Diese Motivationen entsprechen auch in großen Teilen dem Geist und Denken der jüngeren ärztlichen Generation, die in der Organisationsform MVZ oftmals besser verwirklicht werden können als in der eigenen Niederlassung.

Mit Blick auf die Trägerschaft der MVZ liegt die Mehrheit bei Vertragsärzten (44 %) und Krankenhäusern (42 %). Sonstige Träger (13 %) beinhalten insbesondere professionelle Investoren und sogenannte »Private-Equity-Unternehmen« (2).

Letztere Trägerschaft durch nicht-ärztliche Investoren/Beteiligungsgesellschaften führt seit Jahren zu einer Diskussion auf mehreren Ebenen. Einige Kassenärztliche Vereinigungen (KV), der Deutsche Ärztetag und jüngst auch der aktuelle Bundesgesundheitsminister *Karl Lauterbach* äußern sich kritisch gegenüber Investoren als Träger für Medizinische Versorgungszentren. Bereits in der letzten Legislaturperiode hatte das Bundesgesundheitsministerium unter *Jens Spahn* ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, welches objektiv Anteil und Bedeutung der MVZ für die medizinische Versorgungsqualität der Bevölkerung untersucht (3).

Ein von der KV Bayerns am 7. April 2022 veröffentlichtes Gutachten (»IGES-Gutachten zu PEG-MVZ«) (4), das den Einfluss von Kapitalgebern auf die Trägerschaft von MVZ im Vergleich zur Einzelpraxis äußerst negativ bewertet, diente auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2022 als Vorlage zur Meinungsbildung für die Abstimmung der Delegierten über die investorengetragenen MVZ.

Wir möchten im Folgenden die Hauptargumente der Gegner ansprechen. Der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Landes-KVen und Berufsverbänden liegt zurecht die Erhaltung der Freiberuflichkeit am Herzen. Die Frage stellt sich jedoch, inwieweit diese unter

den aktuellen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten überhaupt noch im klassischen Sinne existiert, gewünscht und nicht schon längst verloren gegangen ist.

Analyse der Hauptkritikpunkte

Ökonomisch gesteuertes Anreizsystem

Die geäußerten Bedenken beziehen sich im Wesentlichen auf ein »Profitstreben« von Praxen im Besitz von Investorengruppen im Vergleich zum »Goldstandard«, der Einzelpraxis, was wiederum zu medizinisch-ökonomischen Fehlanreizen führe. Allerdings ist festzustellen, dass diese Bedenken bisher nicht objektiviert werden konnten. Der Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) äußert in einer Stellungnahme erhebliche Zweifel an den im oben genannten IGES-Gutachten genannten Daten und Beispielen (4). So wurden Medizinische Versorgungszentren generell mit Einzelpraxen verglichen und besonders umsatzstarke Fachgebiete wie Labormedizin und Radiologie wurden herausgenommen (5). Es werden auch Beispiele erwähnt, in denen MVZ ohne Kapitalpartner höhere Umsätze erzielen. Auch der Bundesverband MVZ e.V. nimmt sehr dezidiert und ausführlich zu dem oben genannten Gutachten und den Kritikpunkten des potenziellen »Einflusses von Kapitalinvestoren auf den ambulanten Gesundheitsmarkt« Stellung und konnte diese entkräften beziehungsweise relativieren (6).

Weiterhin ist davon auszugehen, dass jeder Träger – Arzt, Krankenhaus, Investor, Kommune, frei-gemeinnützig – auskömmliche Gewinne erwirtschaften will und muss und sich Exzesse im Gewinnstreben sicherlich in allen genannten Gruppen finden (3).

Verlust der Freiberuflichkeit und Therapiehoheit

Die ärztliche Freiberuflichkeit werde ausgehöhlt und die Therapiehoheit

aufgegeben, weil es naturgemäß nur noch darum gehen kann, profitorientiert zu arbeiten um die Investoren zufrieden zu stellen und die Rendite einzufahren. Die medizinische Grundversorgung leide unter einer rein ökonomisch intendierten Medizin, die sich nicht mehr am Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden und multimorbiden Bevölkerung orientiert.

Hierzu sei die Frage erlaubt, inwieweit denn heute überhaupt noch eine »Therapiehoheit und freie Medizinausübung« existieren. Schon jetzt – ganz unabhängig von einer von Kapitalgebern gesteuerten Medizin – ist es »lukrativer«, Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen als einen chronisch kranken Patienten mehrfach im Quartal zu versorgen. Fehlanreize sind in allen Facharztgruppen bereits existent.

Freiberuflichkeit ist sicherlich ein Wert an sich. Es muss aber kritisch und ehrlich hinterfragt werden, wie hoch dieser Wert bereits jetzt und in den kommenden Jahren auch von der Ärzteschaft selbst noch gehalten wird.

Auch angestellte Fachärzte in Medizinischen Versorgungszentren sind generell in medizinischen Fragen weisungsunabhängig, aber wiederum den Standards und Vorgaben der Kassenärztlichen Versorgung unterworfen. Sollte ein Träger/Inhaber eines MVZ in den Arbeitsverträgen andere Bedingungen diktieren, obliegt es dem einzelnen Arzt, ob er sich darauf einlassen will und einen solchen Vertrag unterzeichnet.

Wettbewerbsverzerrung

Zudem wird von den Gegnern argumentiert, dass durch Investoren junge, niederlassungswillige Freiberuflerinnen und Freiberufler bei einer Praxisübernahme chancenlos sind, weil diese bei den von den Investoren gezahlten Preisen (ein Mehrfaches des von KV-Gutachten festgestellten Werts) nicht mithalten können. Dadurch verdrängen die investorengeführten MVZ die

Einzelpraxen und inhabergeführten Berufsausübungsgemeinschaften aus der Versorgungslandschaft.

Derzeit stellt sich die Situation allerdings eher so dar, dass ältere Fachärztinnen und Fachärzte, die an eine Praxisabgabe denken, keine geeigneten Nachfolger mehr finden. Dies mittlerweile nicht nur in strukturschwachen und unattraktiveren Standorten, sondern auch in Großstädten und Ballungszentren. Viele Praxissitze bleiben dadurch vakant. Hiervor die Augen zu verschließen und an die klassische Form der Praxisweitergabe und der damit verbundenen Sicherung der Altersversorgung zu glauben, ist realitätsfern und aus der Zeit gefallen.

Junge niederlassungswillige Fachärztinnen und Fachärzte haben heutzutage mehr Möglichkeiten als je zuvor, eine bestehende Praxis zu übernehmen oder in diese vorübergehend als Juniorpartner einzusteigen. Allerdings wird dies immer seltener genutzt und umgesetzt. Hohe bürokratische Hürden, Reglementierungen, Budgetierung und finanzielle Risiken legen dem jüngeren und dem älteren Partner Steine in den Weg. Dazu kommt, dass die Mehrheit der Medizinstudierenden und jungen Kollegen weiblich sind, mit ganz anderen Lebensentwürfen als die der älteren Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber.

Vorteile

Leider fehlt in dieser oftmals auch polemisch geführten Diskussion der von allen Seiten beleuchtete Aspekt »cui bono«? Welcher greifbare Nutzen ergibt sich denn überhaupt aus der Entwicklung von MVZ, namentlich auch denen in der Trägerschaft von Investoren? Einige mögliche Vorteile für die Patienten sowie die angestellten ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden oben bereits gestreift. Im Folgenden soll insbesondere auf die Vorteile für Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber eingegangen werden.

Aus Sicht eines Praxisinhabers existieren nämlich eine Vielzahl von »Problemfeldern«, die man gern in professionelle Betreuung abgeben würde, darunter: Digitalisierung der Praxisabläufe und IT-Security (Sicherstellung des Datenschutzes, Abschottung gegen Cyber-Crime), Hygienerichtlinien, lästige Überprüfungen vom Regierungspräsidium zum Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten, zum Teil investigative Kontrollen vom Regierungspräsidium zur Einhaltung der Hygienerichtlinienverordnung, Strahlenschutz, Medizingeräteverordnung, Laserschutzrichtlinien etc. Ausufernde gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagementanforderungen, zum Beispiel im Labor (Ringversuche), Arbeitsrecht (z.B. Arbeitszeitdokumentation, Vertragsrecht). Mitarbeitersuche und -bindung, professionelles, zeitgemäßes Personalmanagement, neue Anforderungen in Telematik und Telemedizin nehmen immer mehr Zeit in Anspruch, in der man sich eigentlich mit vollem Einsatz um Patienten kümmern möchte, wofür man letztendlich im Arztberuf angetreten ist und weiterhin steht.

Sich um diese außerordentlich lästigen und zeitraubenden Aspekte sozusagen neben der »eigentlichen Medizin« zu kümmern, stellt nicht nur zunehmend eine Überforderung dar, sondern ist auch nicht sinnvoll. Es kann in einer immer komplexer werdenden Welt nicht mehr jeder alles können und auch in den beschriebenen Bereichen ist Spezialisierung und Arbeitsteilung ein Weg, der die Themen beherrschbar macht und zudem effizienter erledigen lässt. In größeren Organisationsformen ist es leichter möglich und ökonomisch sinnvoll, Spezialisten und Experten gezielt für diese Aufgaben im Team zu haben.

Für Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber ergibt sich durch die Übergabe der Praxis an eine Nachfolgerin oder Nachfolger oder einen Investor generell die Möglichkeit, einen Kaufpreis zu erzielen, der in der Höhe mitunter auch »Life Changing Money« ausmachen kann. Hierdurch ist insbesondere

auch eine Absicherung gegen eine ernsthafte Erkrankung oder Berufsunfähigkeit möglich, die im Extremfall zu einem »Null-Wert« der Praxis und zu einer Vernichtung aller aufgebauten Werte und des Lebenswerks führen könnte. Das Argument, dass niederlassungswillige jüngere Kolleginnen und Kollegen nicht in der Lage sind, einen Preis in ähnlicher Höhe zu bezahlen, ist richtig, aber eine Investition und hohe Verschuldung wie in früheren Jahrzehnten bei einer Praxisübernahme oder -gründung üblich, ist von ihnen auch vielfach gar nicht mehr gewollt. Im Falle eines tatsächlich vorhandenen ausgewählten und vom Zulassungsausschuss genehmigten Wunschnachfolgers stellt sich diese Frage jedoch in den meisten Fällen dann auch gar nicht.

Für die außerordentlich wertvollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Praxis kann durch eine strukturierte Nachfolgeregelung ebenfalls eine verlässliche Sicherheit geschaffen werden und dadurch weniger Fluktuation wegen möglicher Zukunftsängste erreicht werden. Sowohl für ärztliche als auch nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dadurch eine Perspektivbildung möglich. Nicht nur, was die langfristige Sicherheit des bisherigen Arbeitsplatzes angeht, sondern auch mögliche neue Karrierechancen ergeben sich in den unterschiedlichen Berufsgruppen. Für die nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das Berufsbild des Praxismanagements eine interessante und spannende Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung sowie ein Chance für eine emotionale und professionelle Bindung an die Praxis.

Nach dem Ausscheiden der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers kann idealerweise eine ambitionierte Ärztin oder ein Arzt aus dem aktuellen Team im Angestelltenverhältnis die Praxis leiten und in die Zukunft führen. Sofern das, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich sein sollte, wird von Seiten des Investors für eine adäquate spätere ärztliche Geschäftsführung gesorgt. Für die künftigen ärztli-

chen Geschäftsführer des MVZ entfalten die ansonsten erforderlichen zum Teil hohen Investitionen und Verschuldungen sowie eine feste Bindung an einen Ort, analog zum Kauf einer Immobilie. Eine sinnvolle Option ist auch, wenn nach den vorgeschriebenen 3 Jahren des Übergangs die bisherigen Praxisinhaber auch weiterhin in vollem oder reduziertem Umfang ärztlich im MVZ tätig sind

Nicht zuletzt kann zumindest im Verbund mehrerer MVZ auch eine »Facharztgarantie« für junge ärztliche Kolleginnen und Kollegen angeboten werden, indem der Fachartztkatalog durch gruppeninterne Hospitationen, Kooperationsformen und Weiterbildungen erfüllt werden kann. So erlaubt die neue Weiterbildungsordnung bereits in verschiedenen Bundesländern die vollständige dermatologische Weiterbildung im ambulanten Bereich.

Gemeinsames Qualitätsmanagement und die Etablierung von Qualitätsstandards kann im Verbund und gegenseitigen Austausch ebenfalls wesentlich leichter und profunder erfolgen, zudem sind Einkaufskooperationen für Geräte oder Praxisbedarf denkbar.

Für die Noch-Inhaberinnen und Inhaber einer Praxis stellt sich öfter auch die Frage der innerfamiliären Perspektivplanung. Das Kind oder die Kinder befinden sich im Medizinstudium oder der Facharztweiterbildung, wollen sich aber noch nicht auf eine Fachrichtung oder die Übernahme der elterlichen Praxis mit vollem unternehmerischem Risiko und dem damit verbundenen bei Vater/Mutter erlebten Zeitemsum festlegen. Der gut gemeinte Wunsch kann vielfach auch eine Bürde sein, die man den Kindern nicht zumuten möchte/sollte. Die Weitergabe der Praxis an einen Investor bei gleichzeitiger Optionierung, dass die Kinder später in die Praxis einsteigen und bei Interesse auch die Leitung übernehmen oder daran beteiligt werden können, eröffnet allen Beteiligten Zukunftsoptionen, die genutzt werden können, aber eben nicht müssen.

Idealerweise können Kaufpreismodelle bei Übergabe der Praxis an einen Investor auch an die persönliche Lebenssituation angepasst werden. Je nachdem, ob der persönliche Ausstieg eher bald, typischerweise nach 3 Jahren erfolgen soll, oder eine persönliche Begleitung der Praxis nach Übergabe für eine längere Zeit beabsichtigt ist. Diese längerfristig angelegten Übergabemodelle bieten letztlich auch die Möglichkeit, in eine neue Phase des »Chef-Seins« einzutreten, mit höheren persönlichen Freiheitsgraden und der Möglichkeit, insbesondere administrative Tätigkeiten zu delegieren oder aber sich auf diese, falls das gewünscht wird, zu konzentrieren. Hier variieren jedoch die Modelle unter den Investoren sehr.

Kritische Punkte

Allerdings unterscheiden sich Investoren in durchaus wesentlichen Aspekten voneinander. Daher muss eine Praxisinhaberin/Praxisinhaber sehr intensiv prüfen, wer der richtige Ansprechpartner für eine Übergabe sein sollte. Hierbei geht es nicht in erster Linie um die wirtschaftlichen Gesichtspunkte, also den Kaufpreis und die Auszahlungsmodalitäten, wobei auch hier die Flexibilität bei Veräußerungsmodellen und die Ausgewogenheit zwischen Risiko und Chance einen wichtigen Aspekt darstellt. Sehr viel bedeutsamer sind eine fruchtbare positive Kooperationsphilosophie und ein kollegiales Führungsmodell. Von zentraler Wichtigkeit ist die Verankerung ärztlichen Denkens und medizinischer Prägung in der Unternehmensführung – idealerweise durch personelle Besetzung der Unternehmensführung mit einem ärztlichen Kollegen und zusätzlich durch das Vorhandensein eines ärztlich besetzten kollegialen Beiratsgremiums. Zweitens muss sichergestellt sein, dass in der Praxis auch nach Übergabe eigenverantwortliches und unternehmerisches freies Denken akzeptiert, gefördert wird und eben nicht »alles über einen Kamm geschoren«, von oben herab entschieden und aufoktroiiert wird. Denn vorgeschriebene

rigide und unpersönliche Konzernstandards richten aufgrund einer Fremdsteuerung die lokal-individuellen Erfolgsgeheimnisse von erfolgreich arbeitenden Praxen zugrunde und führen zu einer Entfremdung.

Fazit

Die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren in den vergangenen 20 Jahren hat insbesondere für die junge ärztliche Generation ein alternatives Lebensplanungsmodell geschaffen, das für viele auch dem Zeitgeist der »Generationen X/Y/Z« entspricht. MVZ und MVZ-Verbünde haben daher neben der klassischen Niederlassung auch eine politisch gewollte zukunftsorientierte Daseinsberechtigung. Für Patienten, nicht-ärztliche Praxismitarbeiter und junge Ärztinnen und Ärzte ergeben sich zahlreiche Vorteile. Für die Nachfolgeregelung einer Arztpraxis bieten Investoren unterschiedliche Modelle an, die für die Abgebenden zahlreiche Vorteile beinhalten und vielfach auch wegen fehlender Nachfolgerinnen und Nachfolger alternativlos sein können.

Entscheidend ist, dass man nicht die Seele aus der Praxis entweichen lässt und die eigenen Wertvorstellungen der ärztlichen Ethik aufgibt. Dabei ist es bedeutsam, sich nur auf ein individuelles Modell einzulassen, das die geschätzten Praxismitarbeiter und langjährige Patienten im Blick hat sowie die eigenen persönlichen Zukunftsinteressen optimal verwirklicht. Man sollte hierbei, wie bei allem im Leben, stets mit umfassenden Respekt und Freude an das »respite finem« denken.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf

2. Gesundheitsmarkt.de (2022): Marktentwicklungstendenz der MVZ in Deutschland. Stand: 28. Oktober. www.gesundheitsmarkt.de/marktentwicklungstendenz-mvz-deutschland/
3. Ladurner A, Walter U, Hochimsen B (2020): Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit. Stand: November. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf
4. Sodan H (2021): Rechtsgutachten erstattet im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Stand: Oktober. www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/KVB-Rechtsgutachten-MVZ-2021.pdf
5. Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) (2022): Stellungnahme des BBMV e.V. zur IGES-Studie der KV Bayerns zu sog. „PEG-MVZ“. Stand: 26. April https://s07d8ef578c0ec79c.jimcontent.com/download/version/1651044872/module/8042719681/name/2022-04-25_Stellungnahme%20BBMV%20IGES-Studie%20KVB.pdf
6. Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ) (2022): Stellungnahme und methodische Kritik zur Versorgungsanalyse der KV-Bayerns zu MVZ. Stand: 21. April. www.bmvz.de/2022/04/21/stellungnahme-und-methodische-kritik-zur-versorgungsanalyse-der-kv-bayerns-zu-mvz/

Anschrift für die Verfasser:

*Prof. Dr. med. Christian Raulin
MVZ Dres. Raulin GmbH
Kaiserstraße 104
76133 Karlsruhe
E-Mail info@raulin-und-kollegen.de*

