

13 Wachsen oder Kooperieren?

Gerade bei erfolgreichen Praxisübernahmen oder Neugründungen stellt sich nach einer gewissen Anlaufphase die Frage, wie auf eine über den Erwartungen liegende Inanspruchnahme oder eine geplante Erweiterung des medizinischen Spektrums sinnvoll reagiert werden soll und kann.

13.1 Sozialrechtliche Möglichkeiten

Nach den Regelungen des Sozialrechts, die im ständig aktualisierten 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) niedergelegt sind, kann eine Praxis aus der Situation einer Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) umgewandelt werden, d. h. in Form einer „Gemeinschaftspraxis“, „Partnerschaftsgesellschaft“ oder eines „Medizinischen Versorgungszentrums“ weitergeführt werden.

Sonderformen sind die Teilgemeinschaftspraxis oder das Ärztenetz.

13.2 Veränderungen der Strukturen

Aus den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)²⁹ geht bei Betrachtung des Zeitraums von 2008–2017 eindeutig hervor, dass die Anzahl der Praxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, rückläufig ist. Der Trend geht zur kooperativen Berufsausübung mit mehreren Kollegen in größeren Praxisstrukturen.

Zwar ist die Einzelpraxis sowohl im haus- wie auch im fachärztlichen Bereich immer noch die am häufigsten vertretene Praxisform, allerdings nimmt ihre Anzahl stark ab. Dies manifestiert sich bei den hausärztlichen Praxen (-16,5 %) deutlicher als bei den fachärztlichen (-11,6 %).

²⁹ <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>, Seitenabruf 11.1.2019

Irritierend erscheint in diesem Zusammenhang, dass auch die Anzahl der hausärztlichen (-4,4 %) und fachärztlichen Gemeinschaftspraxen (-6,1 %) im Zeitraum 2008–2017 sinkt. Die Erklärung ist jedoch einerseits in der zunehmenden Größe der Gemeinschaftspraxen zu finden wie auch in der exponentiellen Zunahme der MVZs (+133,9 %).

Zum 31.12.2017 stellte sich die ambulante Versorgungsstruktur wie in *Tabelle 9* beschrieben dar.

Tab. 9: Anzahl der Praxen in Deutschland nach KBV-Gesundheitsdaten 2017

hausärztliche Einzelpraxis	29 402
hausärztliche Gemeinschaftspraxis	9 119
fachärztliche Einzelpraxis	31 039
fachärztliche fachgleiche Gemeinschaftspraxis	8 035
fachärztliche fachübergreifende Gemeinschaftspraxis	642
Versorgungsbereich-übergreifende Gemeinschaftspraxis	772
psychologisch/psychotherapeutische Einzelpraxis	21 788
psychologisch/psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis	837
gemischte ärztlich-psychologische/psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis	40
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	2 821

Tab. 10: Anzahl der Ärzte in den verschiedenen Praxisstrukturen 2010–2016 (Quelle: BMVZ)

Jahr	Einzelpraxis	BAG	MVZ
2010	55,2 %	38,3 %	6,5 %
2011	54,1 %	38,4 %	7,5 %
2012	53,2 %	38,4 %	8,4 %
2013	52,7 %	38,3 %	9,1 %
2014	52,2 %	38,2 %	9,7 %
2015	51,6 %	38,2 %	10,2 %
2016	50,8 %	37,9 %	11,2 %

In *Tabelle 10* ist die Entwicklung der Arztzahlen in den verschiedenen Praxisstrukturen dargestellt.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Anzahl der Ärzte in Einzelpraxen von 55,2 % im Jahr 2010 auf 50,8 % im Jahr 2016 gesunken ist, während sich die in Berufsausübungsgemeinschaften von 38,3 % auf 37,9 % nur leicht reduzierten, jedoch die Arzanzahl in MVZ-Strukturen sich von 6,5 % auf 11,2 % knapp verdoppelte.

Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes (15.9.2017) arbeiten in den MVZ über 16 000 Ärzte, d. h. jeder 10. Mediziner in der ambulanten Versorgung. Durchschnittlich sind in einem MVZ somit 6,4 Ärzte (Teilzeittätigkeiten berücksichtigt) beschäftigt, davon 91 % als Angestellte und nur 9 % als Vertragsärzte.

13.3 Ursachen für den Veränderungsdruck

Als Grund für diese Veränderungen sind sicher mehrere Faktoren zu berücksichtigen. So führt die Feminisierung der Medizin (Anteil der Frauen seit 10 Jahren bei 61 % aller Medizinstudierenden) zu damit verbundenen anderen Anforderungen an die Praxisstruktur (Notwendigkeit von Teilzeittätigkeiten und planbaren Arbeitszeiten). Zur Nachbesetzung einer Niederlassung werden mehrere Ärztinnen benötigt. Dadurch entstehen größere Praxiseinheiten.

Diese ermöglichen andererseits Synergieeffekte, wie beispielsweise Kosteneinsparungen durch eine einheitliche IT, bessere Auslastung teurer Medizintechnik, effektiveren Personaleinsatz und einfachere Vertretungsregelungen im Krankheitsfall.

Als Nebeneffekt ergeben sich auch finanzielle Vorteile durch die Begünstigung im Rahmen der Vergütungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Berufsausübungsgesellschaften. Dies sind u. a. Aufschläge auf das Regelleistungsvolumen (RLV), je nach Kooperationsgrad von 20–40 %.

13.4 Handlungsoptionen

Die entscheidende Frage ist, ob es sinnvoller ist, in der gegebenen Praxisstruktur zu wachsen, also das Praxisvolumen zu erhöhen, oder ob strategische Kooperationen mit anderen Praxen in einem Ärztenetz bzw. als Teilgemeinschaftspraxis vorteilhafter sind als der Zusammenschluss zu einer größeren BAG oder einem MVZ.

Kriterien hierfür können die Auswirkungen auf das zur Verfügung stehende Regelleistungsvolumen sein.

Praxen, die ihr Regelleistungsvolumen bereits vollständig ausnutzen und bei einer Mehrleistung aufgrund der Abstufungen bestraft werden, haben keinen wirtschaftlichen Wachstumsanreiz. Hier sollte eine Leistungssteigerung hauptsächlich im extrabudgetären Bereich stattfinden, so dass auch das Honorar synchron mit der erbrachten Leistung steigt.

Eine Alternative hierzu wäre das Ausweichen in der Leitungsausweitung in Bereiche, die in der Vergütung nicht von der KV abhängen, wie beispielsweise privatärztliche Leistungen, Leistungen für die gesetzlichen Unfallversicherungen, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Gutachten und/oder betriebsärztliche Tätigkeiten.

Bringt eine weitere Praxis noch freie RLV-Anteile mit ein, kann das ein guter Grund für eine Praxisvergrößerung durch weitere Sitze sein, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Förderung durch RLV-Aufschläge seitens der KV. Hierbei ist natürlich die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung zu beachten, da die Leistungserbringung und -abrechnung anhand der LANR genau zugeordnet und nachverfolgt werden kann.

Weitere Argumente für eine Kooperation mit anderen Praxen können daraus entstehende Synergieeffekte sein. So kann die bessere Auslastung von Räumlichkeiten, Geräten und Personal die Kostenseite positiv beeinflussen oder auch die Vereinheitlichung von Abläufen oder eine einheitliche IT-Landschaft den Datenaustausch und die Datenanalyse optimieren.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist auch eine erfolgreiche Nachfolgeregelung. Denn in einer größeren Praxisstruktur besteht die Möglichkeit der Schaffung von Angestelltenstellen auch im niedergelassenen Bereich, die dem Bedarf der nachrückenden Generationen nach einem risikofreien Praxiseinstieg und einer Verbesserung der Work-Life-Balance entgegenkommt.

13.5 Gefahrenpotenziale größerer Praxis- einheiten

Achtung: Größe allein ist jedoch kein Garant für erfolgreiches Wirtschaften!



Kooperation bedeutet eine Umstellung von gewohnten Handlungsabläufen, Teilung oder Abgabe von Zuständigkeiten und damit verbunden eine Einschränkung der bisher gelebten Entscheidungsfreiheit für selbständig tätige Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber.

Dies betrifft beispielhaft von Personalangelegenheiten bis hin zur Einigung aller Beteiligten auf die Nutzung einer einheitlichen IT-Infrastruktur (und damit ggf. Eingewöhnung auf eine neue, bisher unbekannte Praxissoftware) viele Bereiche des täglichen Praxislebens.

Damit werden viele Entscheidungen aus der individuellen Befugnis auf eine kollektive Ebene verschoben, was zusätzlichen Abstimmungsbedarf generieren kann.

Somit muss vor allem geklärt werden, ob die Teilnehmer einer aus Einzelpraxen hervorgehenden neuen „kooperativen Berufsausübungsgemeinschaft“ kooperationsfähig und kooperationswillig sind. Vor allem muss eine Zieldefinition (Was soll mit der neuen Zusammenarbeit erreicht werden?) gemeinsam geklärt werden.

