

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Gesundheitspolitische Entwicklung und
Management -

von

Michael Brenner

Sabine Goergen

Unveröffentlichtes Manuskript für das „Handbuch des Medizinischen Versorgungszentrums“

Copyright: Michael Brenner, Frielingsdorf Consult GmbH

Inhaltsverzeichnis

1	<i>Vorbemerkung</i>	4
1.1	Alltagsdefinition eines MVZ	4
1.2	Wesentliche Unterschiede zu herkömmlichen Praxen	4
1.3	Gesundheitspolitisches Umfeld und gesetzliche Rahmenbedingungen	5
2	<i>Aufgaben und Zielsetzungen eines MVZ</i>	7
2.1	Umfassende Patientenversorgung	7
2.2	MVZ als gewinnorientiertes Wirtschaftsunternehmen	7
2.3	Strategische Zielsetzungen	7
3	<i>Organisationsstruktur eines MVZ</i>	8
3.1	Realisierung der Organisationsvorteile	9
3.2	Umgang mit Privatversicherten	10
3.3	Interdisziplinäre Kooperation und fachübergreifende Spezialsprechstunden	10
3.4	Empfangstresen und Terminvergabe	10
4	<i>Leistungsstruktur eines MVZ</i>	11
4.1	Führungspositionen im MVZ	11
4.1.1	Inhaber bzw. Gesellschafter	11
4.1.2	Ärztliche Leitung	11
4.1.3	Geschäftsführung	12
4.1.4	Praxismanagerin	12
4.2	Gesellschafterversammlungen und Leitungsrunden	12
5	<i>Position und Befugnisse der MVZ Geschäftsführung</i>	12
5.1	Anforderungsprofil	12
5.2	Entscheidungsbefugnisse der Geschäftsführung	13
6	<i>Funktion und Tätigkeitsschwerpunkte der Geschäftsführung</i>	15
6.1	Funktion der Geschäftsführung	15
6.2	Tätigkeitsfelder der Geschäftsführung	15
7	<i>Tagesgeschäft und strategische Aufgaben</i>	16
7.1	Allgemeine Administration	16
7.2	Abrechnung der Leistungserbringung	16
7.3	Zahlungsverkehr und Buchhaltung	17
7.4	Personalverwaltung	17
7.5	Betriebswirtschaftliche Auswertungen und Analysen	18
7.6	Weitere Tätigkeiten	18
7.7	Strategische Aufgaben	19
8	<i>Mitarbeiter</i>	19
8.1	Ärztliche Mitarbeiter	19

8.2	Nicht-ärztliche Mitarbeiter	20
8.3	Auszubildende	21
8.4	Personalwesen	21
8.5	Dienstleistungsorientierung	22
8.6	Einweisung und Schulung für neue Mitarbeiter	22
9	<i>Auslagerung von Aufgabenfeldern</i>	22
9.1	Reinigungsarbeiten	23
9.2	Sterilisation	23
9.3	Hausmeisterdienst und Housekeeping	23
9.4	Privatärztliche Abrechnung	23
9.5	Lohnbuchhaltung, Buchhaltung und Inkasso	24
9.6	EDV	24
9.7	Qualitätsmanagement und Zertifizierung	24
9.8	Vor- und Nachteile von Auslagerungen	25
10	<i>Abschließende Hinweise</i>	25
10.1	Betriebsgesellschaft	25
10.2	Vermeidung unternehmerischer Grauzonen	25
10.3	Schlussbemerkung	26

1 Vorbemerkung

Für Patienten stellt sich ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) als größere Arztpraxis mit mehreren Fachrichtungen dar. Es bietet den Vorteil, eine möglichst umfassende medizinische Versorgung an einem Ort unter einem Dach zu finden. Der Blickwinkel der Verfasser auf MVZ ist der von Gründern und Betreibern.

Aus Sicht des Managements ist ein MVZ eine komplexe Organisationsform, die grundlegend anders funktioniert als herkömmliche Arzt- oder Gemeinschaftspraxen. Aber allein die fachübergreifende Zusammenarbeit und die Größe machen den Unterschied noch nicht aus, sondern die darzulegenden inneren Strukturen und Rahmenbedingungen.

Nachfolgend werden anhand praktischer Hinweise die Funktionsweisen eines MVZ und die Aufgaben der Geschäftsführung erläutert. Dazu werden die Anforderungen an Geschäftsführung und Management dargelegt und die wesentlichen Tätigkeiten und Aufgaben beschrieben. Die Darstellung setzt mit der Frage an, was aus dem Blickwinkel von Betreiber(n) und Management eigentlich ein MVZ ausmacht.

1.1 Alltagsdefinition eines MVZ

Lässt man zunächst kassenrechtliche Aspekte beiseite und sucht eine Alltagsdefinition, so ist ein MVZ eine größere Arztpraxis, in der mehrere niedergelassene Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung ihren Beruf gemeinsam ausüben. Manchmal sind in einem MVZ auch nicht-ärztliche Leistungsanbieter vorhanden, wie Physiotherapeuten, Krankengymnastik, ambulante Pflegedienste. Dies alles erfolgt an einem Standort und in gemeinsamen Räumen, in einem Unternehmen.

Außer vielleicht an der Namenswahl und der Beschilderung könnte ein Patient von außen kaum erkennen, ob es sich um ein Ärztehaus, eine größere Gemeinschaftspraxis oder ein MVZ handelt.

1.2 Wesentliche Unterschiede zu herkömmlichen Praxen

Analysiert man die kassenrechtliche Organisationsform eines MVZ genauer und vergleicht sie mit herkömmlichen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, so zeigen sich erhebliche Unterschiede. Während in herkömmlichen Praxen selbständige Ärzte auf freiberuflicher Basis tätig sind, ist ein MVZ wirtschaftlich und organisatorisch ein grundlegend anderes Konstrukt.

In der Organisationsform eines MVZ

- sind unterschiedliche Gesellschaftsformen möglich (z.B. GbR oder GmbH etc.),
- sind Fremdinhaber möglich,
- sind ärztlich tätige und nicht-tätige Gesellschafter möglich,
- gibt es erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten bei der Nachfolgeregelung,
- können kassenrechtliche Arztsitze (Zulassungen) sowohl bei den Gesellschaftern als auch beim MVZ (der Gesellschaft) liegen,
- ist ein professionelles Management erforderlich und sinnvoll.

1.3 Gesundheitspolitisches Umfeld und gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber, mit der erstmaligen Zulassung der kassenrechtlichen Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrum, die Rahmenbedingungen ambulanter Versorgung für gesetzlich Versicherte grundlegend verändert und einen dramatischen Wandel in der Berufsausübung niedergelassener Ärzte angestoßen. Marktöffnung und verstärkter Wettbewerb sind die zentralen Schlagworte.

Zwei Gesetze regeln ist die Tätigkeit von Medizinische Versorgungszentren in der ambulanten Patientenversorgung. Die Geschäftsführung wird die Inhalte dieser Gesetze kennen, weil sie Basis und Rahmen ihrer Tätigkeit und Aufgaben definieren.

- Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004
- Vertragsarztänderungsgesetz (VÄG) 2007

Eine noch weitergehende Öffnung des Marktes, über die Zulassung von MVZ hinausgehend, nahm der Gesetzgeber im Vertragsarztänderungsgesetz des Jahres 2007 vor. Seine wesentlichen Inhalte sind die Zulassung von Örtlichen und Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Möglichkeit von Teilzulassungen und Filialpraxen sowie erweiterte Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten.

Zusätzlich ermöglichte der Gesetzgeber eine unmittelbare Vergütung der medizinischen Leistungserbringer durch eine direkte vertragliche Verbindung mit den Krankenkassen. Im Rahmen so genannter Direktverträge wurde die Umgehung der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Abrechnungsstelle ermöglicht. Auch wurden die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durchlässig gestaltet und sektorübergreifende Kooperation angestrebt.

Vordergründig könnte man wirklich annehmen, dass die neuartige Organisationsform MVZ nur eine größere Arztpraxis ist, in der fachübergreifend zusammengearbeitet wird. Unter dem Dach eines MVZ sollen unterschiedliche Leistungserbringer kooperativ und koordiniert zusammen arbeiten. Als Leistungserbringer bezeichnet der Gesetzgeber auf ärztlicher Seite Ärzte und Zahnärzte, auf nicht-ärztlicher Seite Psychotherapeuten, Apotheker, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen oder etwa Hebammen und Physiotherapeuten.

Dementsprechend wurden Medizinische Versorgungszentren der Öffentlichkeit als Orte intensiver Zusammenarbeit dargestellt, die den Patienten eine verbesserte Versorgung mit verkürzten Wegen bieten sollen.

Blickt man aber tiefer in die Rahmenbedingungen und Inhalte der ambulanten Patientenversorgung hinein, dann stellen sich die strukturellen Neuerungen durch die Zulassung der Organisationsform Medizinisches Versorgungszentrum sehr viel weitreichender dar.

Der „Besitz“ einer Arztpraxis wurde von der ärztlichen Tätigkeit abgetrennt. Der Inhaber oder Gesellschafter eines MVZ muss nicht mehr notwendiger Weise Arzt (Vertragsarzt) sein und wenn er es ist, muss er nicht mehr notwendigerweise selbst in „seinem“ MVZ ärztlich tätig sein. Es ist völlig ausreichend, die im Gesetz genannten Zulassungs-Voraussetzungen zu erfüllen, um als Betreiber eines MVZ tätig zu werden. Damit ist erstmals Fremdbesitz von Arztpraxen möglich geworden.

Und erstmals können Medizinische Versorgungszentren nicht nur von den Vertragsärzten selbst, sondern auch von anderen zugelassenen Leistungsanbietern, insbesondere von Krankenhäusern oder entsprechenden Kapitalgesellschaften, betrieben werden.

Ebenso ist es nun möglich geworden, dass ein Alleininhaber, eine Gesellschaftergruppe, ein Krankenhaus oder eine entsprechende Kapitalgesellschaft mehr als ein MVZ besitzen oder gesellschaftsrechtlich an mehr als einem MVZ beteiligt sind. Dies bewirkt Konzentrationsprozesse und ermöglicht größere Praxiseinheiten. Letzten Endes kann diese Entwicklung auch zur Kettenbildung von Arztpraxen führen.

Damit verbunden wurden die Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten in der ambulanten Versorgung vollständig frei gegeben. Nun können ausgebildete Fachärzte ohne jede Beschränkung in einem Angestelltenverhältnis in der ambulanten kassenärztlichen Patientenversorgung beschäftigt werden.

Die vorher bei Anstellungen gelegentlich praktizierten bürokratischen Umwege oder „arztrechtliche Umgehungen“ sind nun also nicht mehr erforderlich. Auch ist es jetzt zulässig, dass ein angestellter Arzt gleichzeitig sowohl an einem Krankenhaus als auch in einem MVZ oder in einer herkömmlichen Praxis tätig ist.

Warum erfolgte diese Umgestaltung? Die Position des Gesetzgebers ist deutlich. Sie zielt primär auf erhöhte Wirtschaftlichkeit durch mehr und intensiveren Wettbewerb und zusätzlich auf die sich abzeichnende Ärzteknappeheit und drohende medizinische Unterversorgung, insbesondere in ländlichen Bereichen. Der Gesetzgeber reagiert damit auf Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung, steigende Behandlungskosten, zunehmende Finanzierungsprobleme, ungelöste volkswirtschaftliche Konstellationen und auf wachsende Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung in der ambulanten Patientenversorgung. Es ist gleichzeitig Bekenntnis und Schritt zu mehr Marktwirtschaft im Gesundheitsmarkt.

Ergänzend hat der Gesetzgeber bereits angekündigt, dass bis zum Jahr 2011 sämtliche Zulassungsrestriktionen in der ambulanten Patientenversorgung entfallen sollen. Erklärtes Ziel ist die vollständige ärztliche Niederlassungsfreiheit. Für den gesamten Gesundheitsmarkt wird dies noch mehr Wettbewerb, vergrößerte Effizienz und de facto weitere Kostensenkungen bedeuten.

Dieser gesundheitspolitisch erwünschte Wettbewerb zeigt sich an vielen Stellen der ambulanten Patientenversorgung. Er entsteht zunächst innerhalb der niedergelassenen Vertragsärzte, nämlich zwischen denen, die in ihren Einzel- oder Gemeinschaftspraxen auf das „weiter so“ setzen, und denen, die sich den Herausforderungen der Veränderungen stellen und Veränderungsprozesse selbst aktiv gestalten. Letztere positionieren sich als ärztliche Eigentümer von Medizinischen Versorgungszentren, in Berufsausübungsgemeinschaften, in regionalen Kooperationen oder als Partner in Direktverträgen.

Aber auch zwischen den herkömmlichen freiberuflichen Ärzten und den neuartigen MVZ, mit ihren meist breit aufgestellten Leistungsangeboten, entsteht eine verschärfte Konkurrenzsituation um Patienten.

Und auch innerhalb der Gruppe der Medizinischen Versorgungszentren wächst Wettbewerb, nämlich zwischen denjenigen, die sich im Eigentum von niedergelassenen Ärzten befinden und oft wichtiger regionaler Faktor sind, und denjenigen, die gesellschaftsrechtlich von regional oder überregional aufgestellten Krankenhäusern betrieben werden. Letztere drängen verstärkt in den Markt ambulanter Patientenversorgung und verfolgen neben der Erlösoptimierung in der Regel weitere strategische Zielsetzungen.

Den Marktteilnehmern geht es, wie bei allen wirtschaftlich offenen Märkten, um die Behauptung und Gewinnung von Marktanteilen. Für Insider ist deutlich erkennbar, dass an vielen Stellen im Gesundheitswesen der Wettbewerb um Patienten und Patientenströme begonnen hat. Und dies nicht nur in der ambulanten Versorgung, sondern auch im stationären Sektor.

Die Verfasser können und wollen an dieser Stelle kann nicht die Sinnhaftigkeit dieser Gesundheitspolitik mit ihren ökonomischen Folgen diskutieren. Aber bereits die verkürzte Darlegung macht deutlich, dass die veränderten Rahmenbedingungen ambulanter Patientenversorgung „umwälzend“ sind. Die Freigabe von Fremdbesitz bei Arztpraxen und erweiterte Anstellungsmöglichkeiten stellen einen grundlegenden Paradigmenwechsel gegenüber dem bisherigen Leitbild des in eigener Praxis freiberuflich tätigen Arztes dar. Letzten Endes bedeutet diese Entwicklung, dass die niedergelassene Ärzteschaft ihr bisheriges Monopol als alleiniger Betreiber der ambulanten Patientenversorgung für gesetzlich Versicherte verloren hat. Diese Entwicklung hätte sich in dieser Konsequenz vor wenigen Jahren kaum jemand vorstellen können.

Auch wenn es wenig opportun sein mag, diesen Sachverhalt heute schon so deutlich auszusprechen, durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik ist mittel- und langfristig der freiberuflich, in seiner eigenen Praxis schaffende Arzt zum gesundheitspolitischen Auslaufmodell erklärt worden, vergleichbar dem Verschwinden vieler Tante-Emma-Läden durch die Ausbreitung von Supermärkten vor Jahrzehnten. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass die Organisation der ambulanten Patientenversorgung von 2015 nicht mehr viel mit den Strukturen der Jahre vor 2004 zu tun haben wird. Selbstverständlich sind diese Entwicklungen in Politik, Gesellschaft und Ärzteschaft höchst umstritten. Besonders innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft haben die Veränderungen zu

heftigen Auseinandersetzungen geführt. Teile der niedergelassenen Ärzte fühlen sich durch Medizinische Versorgungszentren in ihrer beruflichen Existenz bedroht und bekämpfen sie heftig, teilweise mit sehr polemischen Argumenten. Auch die Verweigerung von Kooperation und von Zuweisungen in MVZ lässt sich beobachten.

Aus ihrer Sicht durchaus gerechtfertigt, fürchten einige Praxisinhaber zu den gesundheitspolitischen Verlierern zu gehören, denn wenn es Gewinner gibt, muss es zwangsläufig auch Verlierer dieser Marktverschiebungen geben. Genau dies ist gesundheitspolitisch auch beabsichtigt. Die stattfindenden Auseinandersetzungen stellen also klassische Interessenkonflikte dar und sind wirtschaftlich gesehen Verteilungskämpfe. Schließlich werden im gesamten KV-System knapp 30 Milliarden Euro jährlich an medizinische Leistungserbringer ausgezahlt.

Unabhängig von einer gesundheitspolitischen Bewertung, bleibt es extrem unwahrscheinlich, dass der Gesetzgeber, in welcher politischen Konstellation auch immer, das Rad der Entwicklung zurückdreht und zu den Regelungen der Jahre vor 2004 zurückkehren wird. All zu groß sind die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens, all zu viele der so genannte Jahrhundertreformen waren nach kurzer Zeit Altpapier.

Vor diesem Hintergrund agieren Inhaber und Geschäftsführungen von MVZs in einem aufgeregten gesundheitspolitischen Umfeld von dramatischen strukturellen Veränderungen.

2 Aufgaben und Zielsetzungen eines MVZ

2.1 Umfassende Patientenversorgung

Kernaufgabe und oberstes Ziel eines MVZ ist und bleibt die Gewährleistung einer hochwertigen, umfassenden Patientenversorgung. Dies ergibt sich aus dem Unternehmenszweck, der ethischen Verpflichtung und dem gesellschaftlichem Auftrag des Arztberufes.

2.2 MVZ als gewinnorientiertes Wirtschaftsunternehmen

Ohne auf das Spannungsfeld zwischen ethischen Verpflichtungen und wirtschaftlichen Interessen des Arztberufes näher einzugehen, sind MVZ, ebenso wie herkömmliche Einzel-, Gemeinschaftspraxen oder andere Organisationsformen ambulanter ärztlicher Tätigkeit, aus betriebswirtschaftlicher Sicht Unternehmungen, die auf wirtschaftlichen Erfolg zielen.

Betriebswirtschaftliche Überschüsse, also Gewinne, sind sowohl in einer Arztpraxis als auch in einem MVZ erforderlich. Ohne Gewinn ist kein „Arzt- oder Inhaberlohn“ möglich und früher oder später droht die Insolvenz. Zahlungsunfähigkeit und Insolvenzen sind in steigender Zahl auch bei niedergelassenen Ärzten zu beobachten. Überspitzt gesagt, ohne wirtschaftlichen Erfolg würde es überhaupt keine ambulante Patientenversorgung geben können.

2.3 Strategische Zielsetzungen

Auch wenn vermutlich kaum ein Betreiber dies öffentlich aussprechen würde, verfolgen MVZs fast immer weitergehende Absichten, als nur die Nutzung oder Umsetzung einer neuartigen Organisationsform. Neben der Gewährleistung der ambulanten Patientenversorgung und der damit verbundenen Gewinnerzielungsabsicht, verfolgen die Inhaber und Gesellschafter eines MVZs fast immer auch weiterreichende wirtschaftliche und strategische Absichten. Diese ergeben sich konkret aus dem Umfeld eines MVZ und seiner tatsächlichen Wettbewerbssituation. Oft gehen derartige strategische Ziele weit über Aspekte von Sicherung und Ausbau hinaus, denn warum sonst sollte gerade die diese Organisationsform gewählt sein. Strategischen Zielsetzungen können beispielsweise sein:

- Betriebswirtschaftliche Optimierung, im Sinne der Nutzung von Synergieeffekten durch Größe und Zusammenarbeit
- Steigerung der Auslastung
- Ausweitung des Leistungsangebots (Diversifikation)
- Vergrößerung des Einzugsbereichs und Gewinnung von Marktanteilen
- Erlangung regionaler Kontrolle
- Marktführerschaft und Blockierung von Wettbewerbern
- Gewinnung von Direktverträgen
- Aufbau eines umfassenden Kooperationsnetzes
- Vermeidung der Nachfolgeproblematik bei Praxisabgabe oder Berufsaufgabe eines Arztes
- Kontrolle und Generierung von Zuweisungsströmen
- Kooperation mit Krankenhäusern
- Sicherung der Versorgung

Es wird deutlich, dass die Geschäftsführung eines MVZ oft in einem Umfeld tätig ist, in dem sich ein MVZ eben nicht nur als eine bloße alternative Organisationsform zu Einzel- oder Gemeinschaftspraxen versteht, sondern in weitergehende marktorientierte Interessen eingebunden ist. Diese werden sich in Geschäftsidee, Businessplan und Positionierung eines MVZ widerspiegeln.

Der Geschäftsführung eines MVZ wird also bewusst sein, dass die Verfolgung strategischer Ziele ebenso zu ihrem Aufgabenspektrum gehört, wie das kaufmännische Tagesgeschäft.

Diese Sichtweise mag für die Inhaber einer herkömmlichen, freiberuflich betriebenen, Arztpraxis ungewohnt klingen, aber auch sie werden sich bei Praxisgründung oder -übernahme viele Gedanken über Standort, Umfeld, ärztliches Leistungsangebot und wirtschaftliche Strukturen ihrer Praxis gemacht haben. Spätestens im Rahmen von Finanzierungsverhandlungen werden sie nach konkreten wirtschaftlichen Plänen (business Plan) gefragt worden sein. Auch die Betreiber herkömmlicher Praxen werden eben nicht nur selbstlos handeln, sondern auf ein angemessenes Einkommen, sprich ihren Gewinn, bedacht sein müssen.

3 Organisationsstruktur eines MVZ

Lässt man den juristischen und kassenrechtlichen Hintergrund beiseite, ist ein MVZ aus Sicht seiner Organisationsstruktur in der Tat eine größere Arztpraxis mit mehreren Fachrichtungen, manchmal auch unter Einschluss nicht-ärztlicher Leistungsanbieter, alles an einem Standort und unter einem Dach. Die Organisationsstruktur eines MVZ kann auf sehr unterschiedliche Weise ausgestaltet werden, idealtypischer Weise werden aber immer die Funktionen vorhanden sein, wie sie in Abbildung 1 dargestellt sind.

Wichtig ist die Organisationsstruktur eines MVZ so auszugestalten, dass sie nicht wie eine Ansammlung von eher zufällig nebeneinander her arbeitenden Arztpraxen verstanden wird, sondern wie ein kooperatives, einheitliches Unternehmen funktionieren kann. Vor allem die zentrale Nutzung von Einrichtung, Mitarbeitern, Funktion und Infrastruktur machen ein Medizinisches Versorgungszentrum und seine angestrebten betriebswirtschaftlichen Vorteile aus.

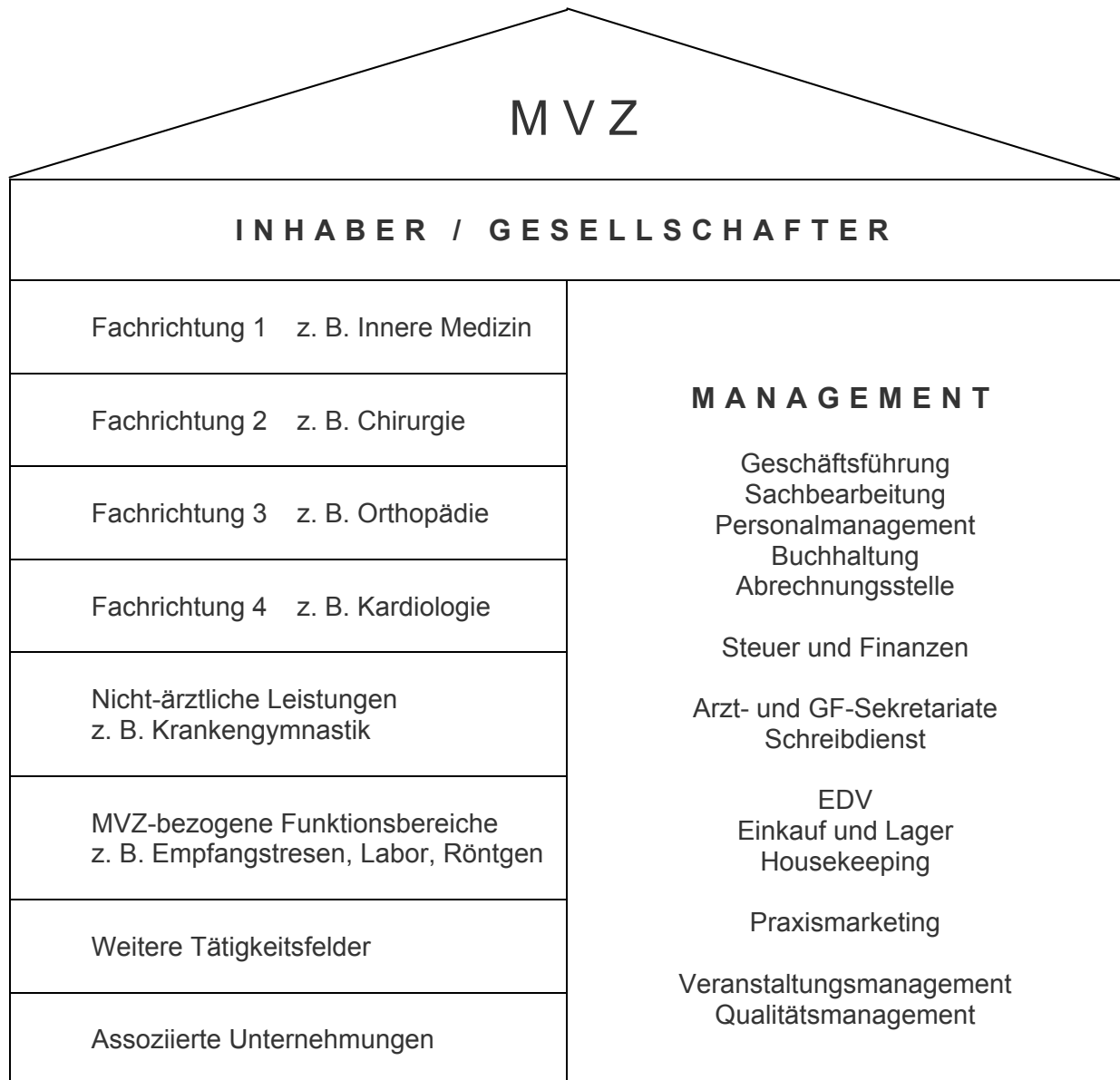


Abb. 1: Beispielhafte Organisationsstruktur eines MVZ

3.1 Realisierung der Organisationsvorteile

Aus der abgebildeten Struktur werden unmittelbar die wirtschaftlichen Vorteile gegenüber herkömmlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen erkennbar. Mitarbeiter, Empfangstresen, Wartezimmer, Funktionsbereiche, Geräte und Infrastruktur wie EDV oder Telefonanlage, organisatorische Dokumentation, Abrechnung und weitere Funktionen werden gemeinsam genutzt. Dadurch sinkt das erforderliche Investitionsvolumen pro Arztarbeitsplatz und der Flächenverbrauch sowie die laufenden Betriebskosten werden im relativen Vergleich geringer ausfallen.

Daher sollte die Organisationsstruktur eines Medizinischen Versorgungszentrums so umgesetzt werden, dass sich die genannten Vorteile auch realisieren können. In den kostenintensiven fakultativen Bereichen (Assistenz, Verwaltung etc.) bietet sich eine verrichtungszentrierte Organisationsform an, die der personellen Zentralisation in den ärztlichen Bereichen unterstellt ist. Als konkrete Formen der Aufbauorganisation eignen sich die Matrix- als auch die Teamorganisation. Ansetzen sollte jede Planung an der Analyse der Ablaufprozesse, um mögliche Reibungsverluste zu minimieren und ein optimiertes Ablaufprozedere zu gewährleisten.

3.2 Umgang mit Privatversicherten

Die Erlöse aus der Versorgung von Privatpatienten sind ebenso wie in einer herkömmlichen Arztpraxis in einem MVZ eine wichtige Einnahmequelle. Daher stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die räumliche und organisatorische Struktur so gewählt sein soll, dass separate Tresen, Warteräume, Behandlungszeiten oder Behandlungszonen für Privatpatienten eingeführt werden. Einzelne größere Praxen, die fachärztlich in städtischen Regionen im Wettbewerb mit reinen Privatpraxen oder gar Privatkliniken tätig sind, konnten sich mit derartigen Strukturen erfolgreich im Markt positionieren.

3.3 Interdisziplinäre Kooperation und fachübergreifende Spezialsprechstunden

Einer der Vorteile eines MVZ ist, dass mehrere ärztliche Fachrichtungen in einer Einrichtung zusammen arbeiten. Diese Kooperation sollte sich in einer umfassenden interdisziplinären Patientenbetreuung niederschlagen, wie zum Beispiel durch die Einrichtung von fachübergreifenden Spezialstunden. Damit entsteht nicht nur eine höherwertige und verzahnte Patientenversorgung, sondern dieses Angebot kann auch zu einem erfolgreichen Praxismarketing beitragen.

3.4 Empfangstresen und Terminvergabe

Generell sollte ein MVZ über einen gemeinsamen Empfangstresen für alle Ärzte und Abteilungen verfügen. Je nach Einzugsgebiet, Patientennachfrage und Patientendurchsatz werden längere, durchgehende Sprechzeiten empfohlen, etwa von acht bis achtzehn oder von sieben bis neunzehn Uhr. Auch das Angebot von Sprechstunden am Abend oder an Wochenenden kann für Patienten die Behandlung in einem MVZ attraktiv machen. Dies wird sich nicht nur positiv auf das Betriebsergebnis niederschlagen, sondern kann auch ein Beitrag zum erfolgreichen Praxismarketing sein.

Wird in einem MVZ mit der Vergabe von Behandlungsterminen gearbeitet, etwa im fachärztlichen Bereich oder für Privatpatienten, wird es wahrscheinlich zu vermehrten Telefonkontakten kommen. Zu ihrer Abarbeitung hat es sich bewährt, die Terminvergabe nicht durch die Mitarbeiterinnen am Tresen vornehmen zu lassen, weil es die dortigen Arbeitsabläufe und Patientenkontakte ganz erheblich stören kann, sondern hierfür einen separaten Telefonarbeitsplatz einzurichten und ihn mit entsprechend geschulten Mitarbeitern zu besetzen.

Es sollte sich von selbst verstehen, dass Tagesabläufe und Behandlungsorganisation so geplant werden, dass die vergebenen Termine, unter Berücksichtigung von Notfällen und weiteren ärztlichen Tätigkeiten, in einem realistischen Zeitfenster liegen.

4 Leitungsstruktur eines MVZ

Mit Ausnahme von eher selten vorkommenden, extrem kleinen MVZ, die beispielsweise nur aus zwei Fachrichtungen oder gar nur zwei tätigen Ärzten bestehen, handelt es sich bei dieser Organisationsform fast immer um größere und große medizinische Unternehmungen, mit mehreren Fachrichtungen und umfangreichem medizinischem Personal. Daher erfordern MVZ sehr viel mehr noch als etwa Einzel- und Gemeinschaftspraxen, eine funktionierende kaufmännische Geschäftsführung und ein professionelles Management.

4.1 Führungspositionen im MVZ

Betrachtet man die Leitungsstruktur eines MVZ, so können idealtypischer Weise folgende Positionen unterschieden werden:

- Inhaber bzw. Gesellschafter
- Ärztliche Leiter
- Kaufmännische Geschäftsführung
- Praxismanagerin

4.1.1 Inhaber bzw. Gesellschafter

Bei den Betreibern bzw. Trägern eines MVZ muss es sich nach SGB V um zulässige Personen oder Körperschaften handeln. Dies sind die Eigentümer eines MVZ, sei es als Alleininhaber oder in einer gesellschaftsrechtlichen Verbindung als Gesellschafter einer GbR oder GmbH. Auch ein gemeinnütziges Konstrukt, wie z.B. die gGmbH, ist denkbar. Eine Vermischung gewinnwirtschaftlicher und gemeinnütziger Interessen ist aber steuerlich ausgeschlossen. Als Inhaber treten empirisch am häufigsten Vertragsärzte und Krankenhäuser in Erscheinung. Gesellschafter können sowohl natürliche Personen als auch gesellschafts-rechtliche Verbindungen wie eine Krankenhaus GmbH oder andere Kapitalgesellschaften sein.

Der Alleininhaber bzw. die Gesellschafter üben die Rechte und Pflichten eines Eigentümers aus. Sofern sich ein MVZ nicht in Einzelbesitz befindet, ist primär der vereinbarte Gesellschaftsvertrag zur Regelung der internen Beziehungen maßgeblich.

Dabei kann unterschieden werden zwischen MVZs, bei denen der oder die Inhaber selbst ärztlich im MVZ tätig sind, sei es freiberuflich, als Gesellschafter oder in einem Angestelltenverhältnis und MVZs, bei denen dieses nicht der Fall ist.

4.1.2 Ärztliche Leitung

Ein MVZ hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Position einer ärztlichen Leitung zu benennen. Ihre Stellung und Befugnisse ergeben sich aus interkollegialen Absprachen oder Vorgaben der Inhaber bzw. Gesellschafter. Aus Sicht der KV ist der ärztliche Leiter ihr Adressat und Ansprechpartner für alle ärztlichen Belange.

4.1.3 Geschäftsführung

Die kaufmännische Geschäftsführung, das „Management“ eines MVZ ist organisatorisch und wirtschaftlich verantwortlich und leitet das Tagesgeschäft. Diese Tätigkeit wird im Folgenden erläutert.

4.1.4 Praxismanagerin

Eine Praxismanagerin ist in der Regel die verantwortlich leitende medizinische Fachangestellte. Meist sind dies erfahrene Arzthelferinnen mit entsprechender Zusatzqualifikation. Synonym wurde und wird dieses Aufgabenfeld auch „Erstkraft“ genannt. Ihr Aufgabengebiet ist die Leitung und Koordination der nicht-ärztlichen medizinischen Mitarbeiter und Tätigkeiten. Für die Besetzung dieser Position – im Brennpunkt der täglichen Arbeit – bedarf es besonderer Sorgfalt. Gefragt ist hier eine zuverlässige, erfahrene Persönlichkeit mit umfangreicher Berufserfahrung.

4.2 Gesellschafterversammlungen und Leitungsrunden

Wenn sich ein MVZ nicht gerade im Besitz eines Einzelhabers oder einer Kapitalgesellschaft befindet, sondern es von mehreren Gesellschafter betrieben wird, wird es als Entscheidungsrunde zu regelmäßigen Gesellschafterversammlungen kommen. Hieran wird die Geschäftsführung teilnehmen.

Die formalen Anforderungen an eine Gesellschafterversammlung wie Fristen, Beschlussfähigkeit und Protokoll sind im Gesellschaftsvertrag geregelt und sollten strikt beachtet werden.

Als Führungsgremium und zur Umsetzung der Beschlüsse der Gesellschafterversammlung haben sich Leitungsrunden durchgesetzt. Diese ergeben sich aus den leitenden Mitarbeitern eines MVZs. Sie finden sich zu regelmäßigen Besprechungen des Tagesgeschehens zusammen, diskutieren Absprachen und Entscheidungen und koordinieren das Tagesgeschehen. Aus Erfahrung hat sich hierfür ein vierzehntägiger oder monatlicher Rhythmus gut bewährt.

5 Position und Befugnisse der MVZ Geschäftsführung

Position und Befugnisse der Geschäftsführung eines MVZ hängen sehr von den ganz konkreten Einzelumständen und der Art des Zentrums ab. Ein MVZ kann zunächst klein oder groß sein, es kann ein eigenständiges Unternehmen oder Teil einer größeren Unternehmensgruppe sein. Ebenso kann ein MVZ in eine weitere, übergeordnete Struktur eingebunden sein, etwa in eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft oder eine andere Kooperationsform. Bei Inhaberidentität kann auch die Verwaltung mehrerer Zentren durch eine Management- oder Betriebsgesellschaft eine sinnvolle Maßnahme sein.

5.1 Anforderungsprofil

Es ist eine umfassende und anspruchsvolle Tätigkeit, als Geschäftsführung ein MVZ zu leiten. Zur Ausübung dieser Tätigkeit bedarf die geschäftsführende Leitung der gleichen umfassenden kaufmännischen Fähigkeiten, wie sie für andere unternehmerische Tätigkeit auch erforderlich sind. Zusätzlich werden spezielle Wissensanforderungen zu diesem Tätigkeitsfeld an das Management eines MVZ gestellt, da es sich bei der ambulanten medizinischen Versorgung um einen in extremer Weise regulierten Wirtschaftsbereich handelt, der kontinuierlichen, fast krisenhaften Veränderungen der Gesundheitspolitik unterliegt. Besonders die betriebswirtschaftliche Durchdringung stellt erhöhte Anforderungen, da ein signifikanter Teil der Erlöse a-periodisch durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gezahlt wird, unter Beachtung von Deckelungen und Budgetierungen.

Somit erfordert die Ausübung der Geschäftsführung eines MVZ einerseits ein breites kaufmännisches Wissen, wie es auch für vergleichbare Unternehmen mittlerer Größe notwendig ist, etwa aus Betriebswirtschaft, Steuerrecht und Personalwesen, und andererseits zusätzliche spezielle Kenntnisse über Medizin, Kassenrecht und die Regeln ambulanter Patientenversorgung.

Medizinische Versorgungszentren sind in der Regel größere Organisationen. Ihre jährlichen Erlöse können in kleinen MVZ bei etwa 300.000 Euro beginnen, überschreiten aber oft eine Million Euro. Auch gibt es Zentren, deren Erlöse zehn Millionen Euro und mehr erreichen. Anders als in herkömmlichen Arztpraxen, in denen kaufmännische und administrative Aufgaben mit einem eher niedrigen Professionalisierungsgrad, oft mehr schlecht als recht, meist als notwendiges Übel erfüllt werden, ist ein derartiges Vorgehen in einem MVZ nicht vorstellbar. Für den erfolgreichen Betrieb eines MVZ ist ein professionelles Management notwendig.

Die Tätigkeit der kaufmännischen Geschäftsführung kann grundsätzlich durch einen Alleininhaber, durch einen Gesellschafter oder einen externen Mitarbeiter ausgeübt werden. Sie kann in angestellter Tätigkeit oder auf Honorarbasis erfolgen. Es ist jedoch wenig sinnvoll, dass ein Arzt, Inhaber oder Gesellschafter die Geschäftsführung als „Nebentätigkeit“ ausübt. Meist wird es an tatsächlich verfügbarer Zeit und/oder an betriebswirtschaftlichem und kaufmännischem Wissen und Erfahrung mangeln. In der Regel ist kaufmännische Geschäftsführung schon vom Arbeitsanfall her eine Vollzeitzeitätigkeit und erfordert professionelle Voraussetzungen.

Ab einer gewissen Größenordnung wird auch eine Assistenz der Geschäftsführung erforderlich sein, sei es als Sekretariat oder als kaufmännische Sachbearbeitung. Es ist schlichtweg unwirtschaftlich, dass ein Inhaber oder ein Geschäftsführer beispielsweise im Tagesgeschäft den Zahlungsverkehr selbst ausführt, Preise von Büromaterial vergleicht oder Bestellungen vornimmt.

Noch vor einigen Jahren war die Tätigkeit eines Geschäftsführers in einer ärztlichen Praxis eher eine Rarität, die nur vereinzelt in medizinischen Laboren, Dialysezentren, Kinderwunschzentren, kardiologischen Zentren oder anderen vergleichbar großen Praxisgebilden vorkam. Mittlerweile aber, in Zeiten, in denen die Entwicklung von Großpraxen und Medizinischen Versorgungszentren geprägt ist, hat sich ein umfangreicherer Kreis von Personen herausgebildet, der beruflich auf Geschäftsführung von ärztlichen Großpraxen und MVZ spezialisiert ist.

5.2 Entscheidungsbefugnisse der Geschäftsführung

Die Arbeitssituation einer Geschäftsführung im MVZ ist entscheidend durch die konkrete Inhaberkonstellation bestimmt.

Die Geschäftsführung kann unterstellt sein

- einem Alleininhaber,
- einer Gesellschaftergruppe,
- dem Träger eines Krankenhauses
- oder einer (andersgearteten, zugelassenen) Kapitalgesellschaft

Es sind höchst unterschiedliche Konstellationen und Organisationsformen denkbar, in denen die Geschäftsführung ihre Tätigkeit ausüben wird. Im Jahr 2008 befand sich die Mehrheit aller Medizinischen Versorgungszentren im Besitz von Vertragsärzten. In diesem Fall wird die Geschäftsführung mit einem oder mehreren Inhabern konfrontiert sein, die ganz, teilweise oder gar nicht im MVZ ärztlich tätig sind.

Oder aber die Geschäftsführung untersteht der Trägergesellschaft eines Krankenhauses oder eines Krankenhauskonzerns. Im Jahr 2008 befand sich die Mehrheit aller Medizinischen Versorgungszentren

im Besitz von Vertragsärzten. In diesem Fall wird die Geschäftsführung mit einem oder mehreren Inhabern konfrontiert sein, die ganz, teilweise oder gar nicht im MVZ ärztlich tätig sind.

Oder aber die Geschäftsführung untersteht der Trägergesellschaft eines Krankenhauses oder eines Krankenhauskonzern. Im Jahr 2008 befand sich die Mehrheit aller Medizinischen Versorgungszentren im Besitz von Vertragsärzten. In diesem Fall wird die Geschäftsführung mit einem oder mehreren Inhabern konfrontiert sein, die ganz, teilweise oder gar nicht im MVZ ärztlich tätig sind.

Oder aber die Geschäftsführung untersteht der Trägergesellschaft eines Krankenhauses oder eines Krankenhauskonzern.

Von der selten vorkommenden Ausnahme abgesehen, in denen die Geschäftsführung mit der Person des Alleininhabers identisch ist und ohne interne Beschränkungen handeln kann, hat der Geschäftsführung eines MVZ strikt die ihr übertragenen Bescheidungsbefugnisse und Aufgabenbereiche zu beachten.

Die konkreten Entscheidungsbefugnisse einer Geschäftsführung regelt zunächst der Gesellschaftsvertrag. Um sich nicht angreifbar zu machen, wird jedem Geschäftsführer die Kenntnis und strikte Beachtung dieses Vertrages nahegelegt.

Ein wichtiges Instrument zur Abstimmung zwischen Geschäftsführung und Gesellschaftern ist die Gesellschafterversammlung. Hier sollten alle wesentlichen Entscheidungen des Tagesgeschäfts sowie Struktur, strategische Weichenstellungen und außergewöhnliche Vorkommnisse diskutiert werden. Entsprechend den vertraglichen Bestimmungen ist selbstverständlich über die Gesellschafterversammlungen Protokoll zu führen und es allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen.

Die zentralen Entscheidungsbefugnisse der Geschäftsführung ergeben sich also aus dem Gesellschaftsvertrag und den zusätzlich getätigten Gesellschafterbeschlüssen. Weitere, zusätzliche Befugnisse oder Beschränkungen können im Arbeitsvertrag der Geschäftsführung geregelt sein, etwa der Punkt, bis zu welcher Höhe eine Geschäftsführung Ausgaben eigenverantwortlich entscheiden kann.

Die Geschäftsführung sollte sich sehr bewusst sein, dass sie im Spannungsfeld der Gesellschafter untereinander auch die Funktion des „neutralen Dritten“ bzw. eines Treuhänders zwischen den Inhabern und Gesellschaftern ausüben wird. Sie sollte daher auf strikte Unparteilichkeit achten, nicht nur bei Konflikten zwischen den Gesellschaftern. Die Geschäftsführung ist schon rein rechtlich ausschließlich der Gesellschaft verpflichtet, nicht etwa einzelnen Gesellschaftern.

Zusammengefasst ergibt sich der Handlungsrahmen einer Geschäftsführung aus:

- Gesellschaftsvertrag,
- Gesellschafterbeschlüssen,
- und Arbeits- beziehungsweise Honorarvertrag

Im Tagesgeschehen können Gesellschafterversammlungen auch in formelle oder informelle Leitungsrunden eines MVZ übergehen. Beispielsweise, wenn Gesellschafter selbst ärztlich in einem MVZ tätig sind. Dabei muss es sich nicht immer notwendigerweise um Gesellschafterversammlungen im strengen juristischen Sinne handeln. Häufigere Treffen fördern die Kommunikation und Kooperation zwischen den Inhabern und der Geschäftsführung. Oder aber die Gesellschafterversammlungen sind strikt von etwaigen formalen Informations- und Abstimmungsrunden der Führungsmannschaft getrennt.

Aus langjährigen Erfahrungen rege ich an, mindestens in vierzehntägigem oder monatlichem Rhythmus Besprechungen mit den Inhabern abzuhalten, zumindest wenn diese selbst als Gesellschafter oder Angestellte im MVZ tätig sind. Es wird dazu beitragen, Transparenz über

Geschäftsverlauf und Vorkommnisse herzustellen, es wird die Stellung der Geschäftsführung stärken und mögliche Konflikte oder Informationslücken verringern.

Sind die Inhaber eines MVZ etwa Krankenhäuser oder gar ferne Kapitalgesellschaften, werden Gesellschafterversammlungen vermutlich sehr viel seltener stattfinden. Die Geschäftsführung eines MVZ wird in diesem Fall anderen Formen der Berichterstattung unterliegen. In der konkreten Ausgestaltung sind also sehr unterschiedliche Organisationsansätze denkbar.

6 Funktion und Tätigkeitsschwerpunkte der Geschäftsführung

6.1 Funktion der Geschäftsführung

Die generelle Funktion der Geschäftsführung ist die Leitung aller administrativen, kaufmännischen und organisatorischen Vorgänge. Die Befugnisse einer Geschäftsführung finden dort ihre Grenzen, wo sie die ärztliche Therapiefreiheit berühren. Von da her ist die Stellung der Geschäftsführung eher mit der eines kleinen Krankenhauses vergleichbar, als mit kaufmännischer Sachbearbeitung in kleineren, herkömmlichen Arztpraxen.

Als zentrale Funktionen einer Geschäftsführung können genannt werden:

- Verfolgung strategischer Zielsetzungen
- Entscheidung
- Administrative und kaufmännische Führung und Leitung

- Betriebswirtschaftliche Planung, Analyse, Kontrolle und Steuerung
- Finanzmanagement

- Personalmanagement
- Organisationsoptimierung
- Information und Kommunikation
- Marketing und Kommunikation – intern/extern

- Gewährleistung des laufenden Betriebs
- Durchführung des Tagesgeschäfts
- Abwendung von Risiken und Gefahren

Diese Aufzählung verdeutlicht die Stellung der Geschäftsführung als Bindeglied zwischen den Beschlüssen, Zielen, Verträgen und Entscheidungen auf Inhaberebene und der reibungslosen Abwicklung des Tagesgeschehens. Für eine erfolgreiche Geschäftsführung ist es erforderlich, eine enge Zusammenarbeit mit Inhabern und Gesellschaftern umsetzen, aber auch eigenverantwortliche Tätigkeitselemente und eigenen konzeptionellen Input einzubringen.

6.2 Tätigkeitsfelder der Geschäftsführung

Bricht man die Funktionen auf wesentliche Tätigkeitsfelder herunter, so lässt sich zwischen dem Tagesgeschäft, den wirtschaftlichen und strukturellen Optimierungen und langfristigen, strategischen Aufgaben differenzieren. Auch projektweise Tätigkeiten wie etwa die Mitwirkung in einer Steuerprüfung oder die Bearbeitung von rechtlichen Auseinandersetzungen werden vorkommen.

Die professionelle Geschäftsführung eines MVZ bedeutet, erheblich umfangreicheren kaufmännischen Sachverstand im Hause zu haben, als es etwa in einer kleineren, herkömmlichen Arztpraxis der Fall ist. Dieses führt dazu, dass sehr viel weniger Aufgaben an externe Berater wie Steuerberater oder Rechtsanwälte delegiert werden müssen.

7 Tagesgeschäft und strategische Aufgaben

Die wesentlichen Aufgaben im Tagesgeschäft ergeben sich aus der Verwaltung des MVZ und der Erfüllung des kaufmännischen Routinebetriebs.

7.1 Allgemeine Administration

- Bestellwesen
- Materialeingang und Rechnungseingangskontrolle
- Materialverwaltung
- Vertragsverwaltung: etwa Mietverträge, Telekommunikations- und Stromprovider etc.
- Versicherungen
- Einwandbehandlung gegen Kürzungen der Privatversicherer

7.2 Abrechnung der Leistungserbringung

Wie in herkömmlichen Praxen auch, ist in einem MVZ die vierteljährliche Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzugeben. Die entsprechenden Arbeitsschritte sind:

- Vorprüfung der KV-Abrechnung
- Abgabe der KV-Abrechnung
- Kontrolle der KV-Abrechnung
- Prüfung der Höhe der Abschlagszahlungen
- Verfolgung von Widersprüchen gegen die KV-Abrechnung

Ist ein MVZ auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung tätig und nimmt es an einem sogenannten Hausarztvertrag teil, dann ist analog zu den KV-Abrechnungen die quartalsweise Abrechnung mit dem entsprechenden Vertragspartner, etwa der AOK, zu tätigen.

Auch etwaige Erlöse aus weiteren Direktverträgen, Konsiliar- oder belegärztlicher Tätigkeit, weiteren Kooperationsmodellen sowie aus den sogenannten IGEL-Leistungen, wenn sie nicht schon bereits bei Leistungserbringung bezahlt wurden, sind in festem Turnus regelmäßig abzurechnen.

Dazu ist ein Buchungssystem mit Mahn- und Inkassowesen für die Erlöse aus privatärztlicher Tätigkeit aufzubauen und zu pflegen.

Analog zum Vorgehen der Krankenhäuser muss sich das Interesse eines MVZ darauf richten, aus den gegebenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten möglichst viele unterschiedliche Einkunftsarten für ärztliche Tätigkeiten zu generieren, insbesondere sogenannte extrabudgetäre Leistungen. In diesem Kontext können eben auch Beleg- oder konsiliarärztliche Umsätze wichtige Einnahmequellen sein.

Seit Jahren lässt sich eine generelle Tendenz zu kontinuierlich sinkender Vergütung ärztlicher Leistungen und diagnostischer Maßnahmen feststellen. Bedingt durch ständige gesundheitspolitische Eingriffe in das Honorarsystem kommt es in kurzen Abständen zu Veränderungen in der Vergütungsstruktur für kassenärztliche Tätigkeiten. Dieses Erlösrisiko gilt es zu minimieren oder auszugleichen, um die Existenz und das Wachstum des MVZ zu stabilisieren.

Ganz besonders die im Jahre 2009 begonnene, höchst umstrittene Umstellung der ärztlichen Vergütung von dem früheren Punktesystem auf feste Vergütungswerte in Euro, den sogenannten Regelleistungsvolumina, hat für viele Arztpraxen und MVZ zu real sinkender Vergütung ihrer ärztlichen Leistung und diagnostischen Maßnahmen geführt. Diese Neuerung ist dem Gesetzgeber und den ausführenden Kassenärztlichen Vereinigungen offenbar inhaltlich und organisatorisch komplett missglückt, so dass schon in absehbarer Zeit weitere grundlegende Änderungen zu erwarten sind. Laut einer aktuellen Umfrage fühlen sich rund 30 % der Ärzteschaft in ihrer Existenz bedroht, nur knapp 20 % der Ärzte sehen hierin einen Vorteil für ihre Praxisführung.

Im diesem Zusammenhang werden sich Inhaber und Geschäftsführung regelmäßig Gedanken über das so genannte Erlösmanagement machen müssen. Auch wenn es gesundheitspolitisch wenig opportun sein mag, es öffentlich auszusprechen, so denken selbstverständlich viele Betreiber von MVZ und anderen Praxisformen kontinuierlich darüber nach, wie sie ihre medizinische Tätigkeit ausüben und ihr ärztliches Leistungsangebot gestalten können, um die Erlösseite zu optimieren.

Gerade MVZ, Großpraxen und überörtliche Kooperationsformen sind im Rahmen des medizinisch Sinnvollen und Möglichen kontinuierlich gefordert, Umstrukturierung und weitere Kooperationen unter dem Aspekt der Erlösoptimierung vorzunehmen. Hierzu können sowohl Neupositionierungen als auch Ausweitungen und Kürzungen des medizinischen Leistungsangebots sinnvoll sein. Auch wenn die Gesundheitspolitik es nur ungern wahrnimmt und dies Thema ungern öffentlich diskutiert wird, so hat doch in der Versorgung gesetzlich Versicherter schon lange eine Versorgungsverknappung unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit begonnen.

Wertvolle Hinweise für Entscheidungen im Rahmen des Erlösmanagements kann eine prozessorientierte Kostenrechnung liefern.

7.3 Zahlungsverkehr und Buchhaltung

- Rechnungseingangskontrolle
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs
- Kontrolle von Zahlungseingängen und Offenen Posten
- Konten bzw. Cashflow-Management
- Liquiditätsberechnungen
- Belegpflege
- Vorbereitung der Monats-, Quartals- und Jahresabschlüsse

7.4 Personalverwaltung

- Vorbereitung und Kontrolle der laufende Gehaltsabrechnungen
- Weiterqualifizierung von Mitarbeitern
- Neueinstellungen und ausscheidende Mitarbeiter
- Mitarbeitersuche und -auswahl

- Verwaltung von Urlaubs- und Ausfallzeiten
- Regelung von Konflikten
- Ggfs. Erstellung von Dienstplänen

7.5 Betriebswirtschaftliche Auswertungen und Analysen

Wichtige Informationen über die wirtschaftliche Entwicklung eines MVZ liefert die monatlich oder quartalsweise zu erstellende betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA). Darunter versteht man die konzentrierte Zusammenfassung der Buchhaltung in tabellarischer Form. Die BWA erlaubt einen Vergleich mit dem Vorjahr oder alternativer Zeiträume und eine Abschätzung des voraussichtlichen Jahresergebnisses. Sie ist die zentrale Informationsquelle der Geschäftsführung.

Möchte die Geschäftsführung präzise erkennen, in welcher Größenordnung einzelne Praxisteile auf das wirtschaftliche Gesamtergebnis des MVZ wirken, dann empfiehlt sich die Einführung von Kostenstellen. Dieses einfache Instrument der Kostenrechnung ermöglicht betriebswirtschaftliche Differenzierungen und weitergehende Auswertungen.

Die Einrichtung von Kostenstellen ist auch dann hilfreich, wenn der Gesamtgewinn eines MVZ, entsprechend den Gewinnanteilen einzelner Praxisteile oder speziellen vertraglichen Vereinbarungen, auf die Gesellschafter verteilt werden soll.

Analytisch höchst sinnvoll ist die direkte Gegenüberstellung tatsächlicher Kosten und Erlöse eines Monats. Obwohl einschränkend gesagt werden muss, dass dieser Vergleich für Leistungen an gesetzlich versicherten Patienten nur eingeschränkt durchgeführt werden kann, da die Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung in Höhe und Zeitpunkt ungewiss ist und daher nur eine grobe Schätzung zulässt. Sicher ist lediglich, dass die ökonomischen Vorleistungen des Arztes zeitlich einige Monate vor dem Erlös liegen. Dies allein macht eine Auseinandersetzung mit den finanziellen Gegebenheiten notwendig.

Die seit Jahren sinkende relative Vergütung der ärztlichen Leistungen durch Deckelungen und Budgetierungen, stellt die Geschäftsführung vor eine weitere ständige Herausforderung. Zu den zentralen Aufgaben gehört auch die Gestaltung einer optimierten Organisationsstruktur, in der ein effizientes Arbeiten möglich ist. Denn wie schon zuvor ausgeführt, wirken sich Organisation und Arbeitsweise nicht nur in einem reibungsarmen täglichen Ablauf aus, sie begünstigen eine gute Arbeitsatmosphäre, reduzieren redundante Arbeiten und tragen somit zu einer günstigeren Kosten- und Leistungsstruktur bei.

7.6 Weitere Tätigkeiten

Im Vergleich zu kleineren Praxen ist durch die Position der Geschäftsführung in einem sehr viel größeren Umfang juristischer und kaufmännischer Sachverstand in einem MVZ vorhanden als in herkömmlichen Praxen. Über das Tagesgeschäft hinaus wird die Geschäftsführung auch weiterführende Aufgaben übernehmen und entsprechende externe Honorare einsparen können.

Solche Aufgaben sind etwa

- Vertretung des MVZ im Außenverhältnis und in der Repräsentation
- Vertretung des MVZ in etwaigen Betriebs- und Außenprüfungen durch öffentliche Stellen
- Vorbereitung der Jahresabschlüsse und der damit verbundenen steuerlichen Gestaltung
- Vorbereitung etwaiger gesellschaftsrechtlicher Weiterentwicklungen
- Auseinandersetzungen mit Dienstleistungsunternehmen und Lieferanten

- Vertretung in Rechtsverfahren, etwa vor dem Arbeitsgericht
- Kooperation mit externen Beratern, wie Steuerberater oder Rechtsanwalt
- Verhandlung von Dienstleistungsverträgen.

7.7 Strategische Aufgaben

Aus den bereits genannten strategischen Zielsetzungen eines MVZ ergeben sich für die Geschäftsführung vielfältige Anforderungen, wie etwa der Führung von Kooperationsgesprächen oder Verhandlungsführung über Direktverträge mit Krankenkassen. Auch wird eine Geschäftsführung in die etwaige Aufnahme weiterer Praxispartner, den Ausschluss von Gesellschaftern oder vergleichbare Vorgänge eingebunden sein.

8 Mitarbeiter

Zusammen mit der Qualität der ärztlichen Tätigkeit ist eine motivierte, dienstleistungsorientierte und engagierte Mitarbeiterschaft einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren eines MVZ. Die Personalkosten stellen aber fast immer auch den größten Kostenfaktor dar und sind daher von besonderer kaufmännischer Bedeutung.

In Abhängigkeit von Größe und Struktur eines MVZ kann die Mitarbeiterschaft sowohl Ärzte, Krankenschwestern, medizinische Fachangestellte, die Geschäftsführung, Mitarbeiter der Verwaltung, Sekretariatsmitarbeiter, Telefonistinnen, Auszubildende und auch Berufsträger und Mitarbeiter nicht-ärztlicher Leistungsanbieter wie etwa Krankengymnasten umfassen. Da Mitarbeiter häufig in Teilzeit arbeiten, ergibt sich oft eine Situation, in der ein MVZ zwischen zwanzig und fünfzig Mitarbeiter beschäftigen kann. Aber auch deutlich höhere Mitarbeiterzahlen kommen vor.

Wie in jedem anderen Unternehmen auch, sollte es klare Arbeitsabläufe, eindeutige Zuständigkeiten und eine sinnvolle Hierarchie geben. Eine allseitige Qualifikation insbesondere in den verwaltenden und assistierenden Bereichen ist wichtig, um möglichst viele Mitarbeiter universell einsetzen zu können. Sinnvoll ist ein Verfahren, das in Anlehnung an die Stärken sowie fachlichen und persönlichen Voraussetzungen der einzelnen Mitarbeiter einen umfassenden Einsatz in unterschiedlichen Bereichen ermöglicht. Dies fördert nicht zu zuletzt das gegenseitige Verständnis für die speziellen Anforderungen der einzelnen Arbeitsbereiche und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Es ermöglicht auch eine größere Flexibilität und kurze Reaktionszeiten bei Urlaub, Krankheit, Ausfall und in saisonalen Hochzeiten.

Es hat sich bewährt, die nicht-ärztlichen medizinischen Mitarbeiter durch die bereits erläuterte Position einer Praxismanagerin leiten zu lassen. Da sie in die medizinischen Arbeitsabläufe integriert ist, sollte sie auch diejenige sein, die organisatorisch die entsprechenden Dienstpläne erstellt und verantwortet.

8.1 Ärztliche Mitarbeiter

Die Suche nach geeigneten Ärzten für ein Anstellungsverhältnis in einem MVZ ist ein aufwendiger, schwieriger, meist sehr zeit- und kostenintensiver Prozess. Es wird nur ein geringer Trost sein, dass viele Inhaber von Einzel- oder Gemeinschaftspraxen meist noch erheblich größere Probleme haben, geeignete ärztliche Mitarbeiter oder auch Praxisnachfolger zu finden. Der Markt an ärztlichem Nachwuchs ist relativ leer gefischt, so deutlich muss es beschrieben werden. Besondere Engpässe bestehen in einzelnen Fachrichtungen etwa im hausärztlichen Bereich oder den chirurgischen Disziplinen und in ländlichen Regionen.

Das berufliche Selbstverständnis jüngerer Ärzte ist heute meist anders ausgeprägt als noch vor Jahrzehnten. Viele frisch ausgebildete Ärzte sehen ihre persönliche Perspektive weniger in der ambulanten Patientenversorgung, sondern in einer nicht-ärztlichen Tätigkeit oder gehen zu einem nennenswerten Anteil ins Ausland, nicht zuletzt weil sie dort in der Regel attraktivere Arbeitsbedingungen vorfinden. Auch muss ausgesprochen werden, dass ein merklicher Teil der eingehenden Bewerbungen nicht einem vertretbaren Qualitätsstandard entspricht.

Bei der Arztsuche kann es hilfreich sein, sich als Arbeitgeber im Interesse des Bewerbers zu engagieren. Beispielsweise bei der Suche nach einer Wohnung oder einem Arbeitsplatz für den Ehepartner. Auch weibliche Ärzte, die nach einer Familienphase wieder beruflich tätig sein möchten, können ein interessantes und bisher oft vernachlässigtes ärztliches Potenzial sein.

Ein MVZ unterliegt hinsichtlich der Vergütung und der Arbeitsbedingungen in der Regel keinem Tarifvertrag, auch wenn einige Bewerber diesbezügliche Vorstellungen in Anlehnung an ihre Erfahrungen aus einem Krankenhaus mitbringen. Alle arbeitsvertraglichen Inhalte, insbesondere die Höhe der Vergütung können und sollten also frei ausgehandelt werden. Hierbei richten sich die Vorstellungen der Beteiligten nach den Regeln von Angebot und Nachfrage.

Ohne dass diese Aussage polemisch beabsichtigt ist, sollte einem angestellten Arzt verständlich werden, dass es sich bei einem MVZ um ein privatwirtschaftliches Unternehmen handelt, das nicht über die Refinanzierungsmöglichkeiten einer öffentlichen Institution verfügt. Ebenso direkt ist aber auch den Betreibern eines MVZ zu verdeutlichen, dass die Kernleistung der Patientenversorgung an der Leistung und der Persönlichkeit des einzelnen Arztes hängt. Sie ist nicht wahllos reproduzierbare, nicht austauschbar, sie ist in jedweder Form der Ausgestaltung eine lebendige Leistung und als solche individuell und wertvoll.

Hinsichtlich der Vergütung von angestellten Ärzten hat es sich bewährt, zwischen einem Grundgehalt und einer erfolgsabhängigen und/oder leistungsabhängigen Komponente zu unterscheiden. Derartige Erfolgsbeteiligungen können sehr individuell ausgestaltet werden, zum Beispiel nach Patientenzuwächsen, erreichten Umsatzzielen oder Gewinnentwicklung.

Leistungsabhängige Komponenten unterliegen der Schwierigkeit, dass die Leistung und der damit erzielbare Erfolg nicht immer zeitgleich eintreten und daher schwer messbar sind. Oft muss man mit einer besonderen Leistung in Vorlage treten. Der messbare Erfolg oder die Anerkennung am Markt treten oft erst mit größerem zeitlichen Verzug ein. Dies gilt zum Beispiel für die Bereitschaft zu Mehrarbeit, Arbeit an Sonn- und Feiertagen oder sonstigen Leistungen, die über das normale Maß hinausgehen.

Auf Zuschläge, etwa für Überstunden oder Arbeitszeiten an einem Sonnabend, sollte sich die Geschäftsführung aus grundsätzlichen Erwägungen nicht einlassen. Derartiges fördert nicht die angestrebte Dienstleistungsorientierung, verringert Flexibilität im MVZ und bindet administrative Kapazitäten. Die Strukturen des BAT (Bundesangestelltentarif) sollten nicht das Vorbild eines MVZ sein.

8.2 Nicht-ärztliche Mitarbeiter

Die Mehrheit der nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen wird aus medizinischen Fachangestellten (Arzthelferinnen), Krankenschwestern oder ggfs. MTAs bestehen. Bedingt durch ein knapper werdendes Stellenangebot und oftmals schlechte Arbeitsbedingungen, gestalten sich gerade Großpraxen und MVZ auch zu durchaus attraktiven Arbeitsplätzen für Krankenschwestern. Im Verhältnis zu Arzthelferinnen sollte aber das Prinzip „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ gelten, um unkontrollierbare gruppenspezifische Prozesse zu vermeiden. Auch hier sind leistungs- und erfolgsabhängige Komponenten denkbar und sinnvoll, etwa als Vergütung für besonderen Einsatz im Bereich der Mitarbeiterausbildung, Ideen für Einspar- und Optimierungspotenziale, besondere Einsätze etc.

Denkbar sind sowohl monetäre Vergütungen als auch Beförderungen oder Angebote zur Weiterqualifikation. Die Vereinheitlichung von Gehältern sollte dort ihre Grenzen finden, wo eine

überdurchschnittliche Leistung freiwillig erbracht wurde. Leistung muss sich lohnen, anerkannt werden und als Vorbild attraktiv sein.

8.3 Auszubildende

Für die Durchführung einer Berufsausbildung in einem MVZ kommen sowohl medizinische Fachangestellte, synonym Arzthelferinnen, als auch Büroberufe wie etwa die Kauffrau für Bürokommunikation in Frage. Ausschlaggebend bei der Entscheidung für eine Bewerberin sollten die Fähigkeit zur Adaption der medizinischen Terminologie, das persönliche Auftreten und die Motivation für den Beruf sein.

Die Ausbildung von jungen Menschen stellt nicht nur eine Investition in die Zukunft des Unternehmens dar und sollte als solche behandelt und gefordert werden, sondern eben auch eine Belastung im täglichen Ablauf, zu mindest im ersten Ausbildungsjahr. In einer größeren Einrichtung wie einem MVZ braucht eine Auszubildende eine ständige Betreuung oder eine Ansprechpartnerin, die sie führt, schult und in ihrem Werdegang begleitet. Hier muss man sorgfältig überlegen, wer sich für diese Aufgabe eignet und bereit ist, sie längerfristig zu übernehmen.

Die Mitarbeit von Auszubildenden erfüllt sowohl eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe als auch eine nützliche Funktion für den Arbeitgeber. Zumindest im zweiten und dritten Ausbildungsjahr leistet eine Auszubildende auch einen Beitrag als Arbeitskraft.

8.4 Personalwesen

Die Inhalte von Arbeitsverträgen oder eventuellen ergänzenden betrieblichen Regeln sollten neben den personengebunden Parametern wie Gehalt auch sicherstellen, dass für alle Mitarbeiter einheitliche und vergleichbare Arbeitsbedingungen gelten, wie etwa ein einheitlicher Urlaubsanspruch, identische Regeln für Sonderurlaub, identische Regeln für betriebliche Sonderzahlungen, wie vermögenswirksame Leistungen oder Altersvorsorge. Auch der Anspruch auf Fortbildung sollte geregelt sein.

Das Vergütungssystem sollte sich an der konkreten Leistung der Mitarbeiter orientieren. Auch wenn Mitarbeiter möglicherweise aus unterschiedlichen Berufen stammen (z.B. medizinische Fachangestellte oder Krankenschwester) sollte für gleiche Leistung gleicher Lohn gezahlt werden.

Statt der Zahlung von Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld oder einem 13. Gehalt hat es sich bewährt, die Mitarbeiter durch eine Erfolgsprämie an der Entwicklung des MVZ zu beteiligen. Sie kann auf höchst unterschiedliche Weise ausgestaltet werden, sollte aber immer Objektivität und Gleichbehandlung sicherstellen.

Aus Sicht des Autors hat es sich bewährt, angesichts der in einem MVZ wahrscheinlich längeren Sprechstundenzeiten und der damit verbundenen Schichtarbeit eine elektronische Arbeitszeiterfassung und flexible Arbeitszeitkonten einzusetzen.

So können die objektiv geleisteten Zeiten erfasst werden und die Praxismanagerin kann unterschiedlichen Arbeitsanfall und die von ihr verantworteten Schichtpläne besser aussteuern. Arbeitszeiterfassung und Arbeitszeitkonten sollten immer arbeitsvertraglich oder in ergänzenden Vereinbarungen geregelt sein.

Wenn sich ein Medizinisches Versorgungszentrum in der Ausgestaltung des Personalwesens als ein attraktiver Arbeitgeber darstellt, wird es gelingen, Engagement, Motivation und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter zu steigern und ein in hoher Qualität funktionierendes Team aufzubauen.

Eine motivierte, gut ausgebildete Mitarbeiterschaft in Verbindung mit Arbeitszeitflexibilisierung kann heute als ein wesentlicher Wettbewerbsvorteil gesehen werden.

Da die gegenwärtige gesellschaftliche Situation durch große wirtschaftliche Unsicherheit geprägt ist, liegt es zur Abfederung wirtschaftlicher Risiken nahe, im Regelfall neuen Mitarbeitern zunächst einen befristeten Arbeitsvertrag anzubieten, beispielsweise auf zwei Jahre.

8.5 Dienstleistungsorientierung

Auch wenn es eigentlich selbstverständlich sein sollte, so ist ein MVZ ein Unternehmen, das im direkten Wettbewerb mit anderen Praxen und Gesundheitsanbietern steht. Es lebt von der Erbringung seiner guten medizinischen Leistung, aber auch von respektvollem, dienstleistungsorientiertem Umgang mit Patienten. Der erste Kontakt findet in der Regel am Telefon oder am Empfangstresen statt. Beide Bereiche sind die Visitenkarte des Unternehmens und Brennpunkte der Kommunikation, hier wird Vertrauen aufgebaut oder zerstört, denn der eigentliche Arztkontakt folgt meist später. Diesbezüglich sollten Inhaber, Ärzte und Geschäftsführung ein Vorbild sein und auf entsprechendes Verhalten aller Mitarbeiter – sowohl nach außen aber auch untereinander - achten.

Mitarbeiter sind hart gesprochen Produktionsfaktoren. Der Arbeitgeber kann ihre soziale und kommunikative Kompetenz steigern, in dem er einen hohen Qualifizierungsstand anstrebt und Fortbildungen ermöglicht. Hier bieten sich beispielsweise Themen wie „der positive Umgang mit schwierigen Patienten“ oder „konstruktives Verhalten am Telefon“ an.

8.6 Einweisung und Schulung für neue Mitarbeiter

Neue Mitarbeiter eines MVZ finden sich von einem Tag auf den anderen in einer für sie neuen und komplexen sozialen Umgebung wieder, die kaum noch mit den Arbeitsbedingungen von herkömmlichen Praxen vergleichbar ist. Daher sollte jedem Bewerber vor Abschluss eines Arbeitsverhältnisses die Möglichkeit eines Probearbeitstages angeboten werden. In der Regel sind ein bis drei Tage für beide Seiten ausreichend, um sich einen fundierten Eindruck zu verschaffen. In der Einarbeitungsphase sollte auf eine detaillierte und strukturierte Einweisung und Schulung und Einbindung in das Team geachtet werden.

9 Auslagerung von Aufgabenfeldern

Eine ergebnisrelevante Entscheidung in der Organisationsgestaltung eines MVZ ist es, zu bestimmen, welche Aufgaben durch angestellte Mitarbeiter erbracht werden sollen und welche möglicherweise an Fremdfirmen vergeben oder ausgelagert werden können. Die anfallende Arbeitsmenge, Qualität und Kosten sollten dabei die wichtigen Entscheidungskriterien sein.

Vor allem die folgenden Bereiche kommen für eine Fremdvergabe in Frage:

- Reinigung und Sterilisation
- Hausmeisterdienst / Housekeeping
- Privatärztliche Abrechnung
- Buchhaltung
- Inkassowesen
- EDV
- Qualitätsmanagement und Zertifizierung

9.1 Reinigungsarbeiten

Die täglichen Reinigungsarbeiten können sowohl durch angestellte Mitarbeiter als auch durch entsprechende Unternehmen ausgeführt werden. In jedem Fall ist dabei zu beachten, dass die Reinigung medizinischer Funktionsbereiche, wie etwa ein OP- oder Laborbereich speziellen Anforderungen unterliegt und sachgerecht erfolgen muss.

Hilfreich bei der Anleitung von Mitarbeitern oder Fremdfirmen sind die Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Instituts in Berlin (www.rki.de). Unter dem Bereich Infektionsschutz finden sich die Richtlinien für Krankenhaushygiene, aus der die Richtlinien für Arztpraxen und MVZs abgeleitet wurden. Behandlung und Pflege sind je nach ihrer Art mit einem endogenen und exogenen Infektionsrisiko verbunden. Dieses auf der Basis der aktuellen Erkenntnisse über die Vermeidung derartiger Infektionen zu minimieren ist das Ziel von Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist diese Kommission beim Robert Koch-Institut angesiedelt. Die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen schließen solche zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene, das Hygiene-Management sowie Methoden zur Erkennung, Erfassung, Bewertung und gezielten Kontrolle dieser Infektionen ein.

9.2 Sterilisation

Medizinische Versorgungszentren stehen vor der Herausforderung, steigende gesetzliche Anforderungen an die medizinische und hygienische Qualität umzusetzen, bei steigendem Kostendruck. Die Sterilgutversorgung nimmt dabei eine Schlüsselfunktion ein. Zum einen ist sie ein entscheidender Qualitätsfaktor für die Leistungserbringung, zum anderen ein Bereich mit hoher Kapitalbindung.

Die Fremdvergabe der Instrumentenaufbereitung und Sterilgutversorgung enthebt das MVZ vom Ankauf spezieller Sterilgutaufbereitungsanlagen, Einstellung und/oder Schulung spezialisierter Mitarbeiter, der vollständigen Dokumentation und Rückverfolgbarkeit von Instrumentenströmen sowie der Versicherung des medizinischen Risikos. Spezialisierte Dienstleistungsunternehmen können mit dieser Leistung zur Erhöhung der Kostentransparenz, der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsvorteilen, Vereinfachung von Arbeitsabläufen und Qualitätssicherung beitragen.

9.3 Hausmeisterdienst und Housekeeping

Für den Unterhalt der Räumlichkeiten und der Ausstattung des MVZ ist zu entscheiden, ob Hilfsdienste, kleinere handwerkliche Tätigkeiten oder auch Reparaturen durch einen angestellten Hausmeister, etwa in Teilzeit, erfolgen sollen oder ob hierfür entsprechende Fremdfirmen und Dienstleistungsunternehmen herangezogen werden.

Besondere in den Phasen der Gründung, des Wachstum oder Erweiterung eines MVZs aber auch nach ca. vier bis fünf Jahren Betriebszeit ist für diesen Bereich mit vermehrtem Arbeitsaufwand zu rechnen.

9.4 Privatärztliche Abrechnung

Für den Bereich der Abrechnung von privatärztlich erbrachten Leistungen bieten spezialisierte Dienstleistungsunternehmen kostengünstige Lösungen zur Rechnungskontrolle, Rechnungserstellung und Versand an. Auch eine sofortige oder vorzeitige Auszahlung der fakturierten Beträge kann zur Förderung der Liquidität vereinbart werden. Je nach Vertragsgestaltung kann die Erstattung bereits innerhalb von ein bis sieben Tagen nach Rechnungsversand erfolgen. Für diese Finanzierungsfunktion werden in der Regel prozentuale Abschläge von der Liquidationssumme einbehalten. In der Umsetzung werden beispielsweise im MVZ vorab erfasste Ziffern online oder in Belegform an das Abrechnungsbüro übermittelt, dort anschließend geprüft und optimiert, die

Liquidation erstellt und den Patienten zugesandt. Auch die Korrespondenz mit Versicherern im Nachgang der Rechnungsstellung kann in der Regel ohne die Einbindung des Arztes erfolgen.

9.5 Lohnbuchhaltung, Buchhaltung und Inkasso

Die Fertigung der monatlichen Lohnbuchhaltung ist eine Aufgabe, die üblicherweise extern an einen Steuerberater vergeben wird. Eine Alternative sind Unternehmen, die sich auf diese Aufgabe spezialisiert haben und ihre Erfüllung in der Regel sehr viel kostengünstiger anbieten, wie beispielsweise der Marktführer Lohndirekt (www.lohndirekt.de)

Für die Aufbereitung und Erstellung der monatlichen Buchhaltung ist zu prüfen, ob ein gegebenenfalls auch in Teilzeit angestellter Buchhalter die organisatorisch und kostenmäßig günstigere Alternative zur Vergabe der Buchhaltung an ein Steuerberatungsbüro ist. Dies kann beispielsweise ab einem Arbeitsumfang von ca. 150 Buchungssätzen täglich sinnvoll sein.

Auch im medizinischen Bereich zeigt sich die sinkende Zahlungsmoral unserer Gesellschaft. Sollte es im MVZ zu nennenswerten Zahlungsausfall kommen und in erheblicherem Umfang Inkassomaßnahmen erforderlich werden, sei auf die Dienstleistung spezialisierter Anwaltspraxen hingewiesen, die diese Aufgaben unter Vernachlässigung der anwaltlichen Gebührenordnung kostengünstig als „Massengeschäft“ erledigen.

9.6 EDV

Ein MVZ verfügt im Vergleich zu herkömmlichen Praxen über eine deutliche umfangreichere EDV-Ausstattung. Neben der eigentlichen behandlungs- und arztbezogenen Software und der Anbindung medizinischer Geräte wird oft auch eine umfangreichere Büro- und Dokumentationssoftware vorhanden sein. Zusätzlich kann es häufig Schnittstellen zu weiteren Leistungsmodulen oder anderen Leistungsanbietern, wie Laborgemeinschaften, Radiologen, Abrechnungsstellen oder dem Online-Banking geben.

Daher stellt sich die Frage nach der optimalen Wartung und Betreuung der EDV. Hinsichtlich der Praxissoftware wird das MVZ an ein Partnerunternehmen des Herstellers gebunden sein, schon um durch regelmäßig erfolgende Updates die Abrechnungssoftware an die Bestimmungen der Kassenärztliche Vereinigung und Änderungen der GOÄ anzupassen.

Aber auch der Server, das Backup-System, die notwendige Datensicherung, die Anbindung von medizinischen und nicht-medizinischen Peripheriegeräten, die Firewall, das Netz und die Bürosoftware werden Support benötigen. Art und Umfang dieser Aufgaben sind häufig so gestaltet, dass es günstiger ist, mit einem breit aufgestellten externen Softwarehaus oder EDV-Spezialisten zu arbeiten.

9.7 Qualitätsmanagement und Zertifizierung

Jede Unternehmensführung sollte das Interesse verfolgen, dass ihre Unternehmung schlank, transparent und effizient arbeitet. Dies gilt auch für Medizinische Versorgungszentren. An sich ist derartiges eine Selbstverständlichkeit.

Der Gesetzgeber verfolgt die Vorstellung, dass es zukünftig in Arztpraxen Qualitätsmanagement (QM) geben soll. Daher sollte es auch eingeführt und gelebt werden. Qualitätsmanagement und Zertifizierung sind sicherlich nicht nur für die Außendarstellung und für das Praxismarketing hilfreich. Zielt ein MVZ auf den Abschluss von Direktverträgen mit Kostenträgern, so sind QM und Zertifizierung wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Vertragsverhandlungen.

Die Erstellung und Umsetzung erfordert die Inanspruchnahme externer Unternehmen. Ebenso wie die damit verbundenen internen Kosten und Aufwand, sollten die externen Kosten für diese Maßnahme sorgfältig geprüft werden. Preise und Qualität der angebotenen Dienstleistungen variieren erheblich.

9.8 Vor- und Nachteile von Auslagerungen

Die Vorteile einer Auslagerung sind schnell aufgezählt: Personalsuche und der administrative Aufwand verringern sich, es entfallen die Personalnebenkosten, die Problematik einer Vertretung im Fall von Urlaub oder Krankheit entfällt, Minderleistung und Schlechterfüllung können beanstandet werden. Nicht zuletzt können Schwankungen in der Auslastung kostenneutral aufgefangen werden.

Dem gegenüber stehen Nachteile. Der zugrunde liegende kalkulierte Stundensatz wird in der Regel höher sein als bei eigenen angestellten Mitarbeitern und die erbrachte Leistung unterliegt einem Aufschlag durch die gesetzliche Mehrwertsteuererhebung, mit steigender Tendenz.

In jedem Fall sollte die Geschäftsführung vor Auftragserteilung unterschiedliche Angebote für externe Dienstleistungen einholen. Die angebotenen Preise unterscheiden sich sehr erheblich und Ärzte im Allgemeinen und Arztpraxen sind eine beliebte Zielgruppe für überhöhte Preisfindung.

10 Abschließende Hinweise

Einnahmeausfälle durch Betriebsunterbrechung stellen erhebliche Gefährdungen für ein Medizinisches Versorgungszentrum dar. Daher sollte eine Geschäftsführung sich vielleicht einmal jährlich die Zeit für eine umfangreiche Überprüfung der allseitigen Risiken und aller dagegen getroffenen Maßnahmen und Notfallplanungen nehmen. Hierzu gehört die Prüfung der äußeren Sicherung, etwa gegen Diebstahl, Vandalismus oder Datendiebstahl, sowie die entsprechenden Überprüfungen im Innenverhältnis.

Ohne funktionierende EDV ist ein MVZ nicht arbeitsfähig. Regelmäßig ist die Frage zu stellen, ob die externe Sicherung aller EDV-Daten funktioniert und mit welchen Maßnahmen und wie schnell die EDV nach einem Totalausfall instand gesetzt und wieder anlaufen könnte.

Auch eine regelmäßige Überprüfung des Versicherungsschutzes, insbesondere gegen Betriebsunterbrechungen sollte zum Risikoscreening dazugehören. Selbstverständliche sollten die versicherten Gefahren den tatsächlichen Umständen und die Schadenssumme den aktuellen Umsätzen entsprechen.

10.1 Betriebsgesellschaft

Hat ein MVZ eine gewisse Größenordnung erreicht oder werden in identischer Eigentümerkonstellation mehrere MVZ betrieben, so kann es sich anbieten, die gesamte kaufmännische Führung inklusive aller Mitarbeiter in eine externe Betriebsgesellschaft auszulagern, beispielsweise in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Diese wird dann durch Dienstleistungs- und Managementverträge in Art und Umfang zur Leistung verpflichtet.

Die damit verbundenen betrieblichen Aufwendungen und operativen oder steuerlichen Vorteile sollten sorgfältig in Zusammenarbeit mit dem betreuenden Steuerberater geprüft werden.

10.2 Vermeidung unternehmerischer Grauzonen

Nicht selten gibt es in Arztpraxen verschwommene unternehmerische Grauzonen, etwa die Nicht-Verbuchung bestimmter Einnahmen, eine unter Umgehung von Sozialabgaben beschäftigte Aushilfe,

eine unzutreffende Aufblähung von Betriebsausgaben oder als Kickback vom örtlichen Apotheker gelegentlich gewährte monetäre Vorteile.

Abgesehen von der steuerlichen Relevanz soll darauf hingewiesen werden, dass ein MVZ durch seine Größenordnung und Besitzverhältnisse ein Unternehmen ist, in dem derartige strikt unterbunden sein sollte.

Nicht nur in Betriebsprüfungen, sondern gerade auch für den Fall konfliktbehafteter Auseinandersetzungen zwischen den Gesellschaftern oder mit Mitarbeitern, können sich derartige Geschäftspraktiken als extrem verhängnisvoll erweisen.

10.3 Schlussbemerkung

Die Änderungen des Gesetzgebers im Gesundheitsmarkt sind Bekenntnis und Schritt zu mehr Marktwirtschaft, verstärktem Wettbewerb und mehr Qualität in der ambulanten Patientenversorgung. Vor diesem Hintergrund agieren Inhaber und kaufmännische Geschäftsführungen von Medizinischen Versorgungszentren in einem aufgeregten gesundheitspolitischen Umfeld mit dramatischen strukturellen Veränderungen.

Bei der Organisationsform eines MVZ handelt es sich fast immer um größere und große medizinische Unternehmungen. Die vorliegenden Ausführungen zu den täglichen, langfristigen und speziellen Anforderungen an Management und Organisation machen deutlich, dass Arbeitsinhalte und -anfall ein breites kaufmännisches und rechtliches Wissen erfordern. Zusätzlich sind spezielle Kenntnisse über Medizin, Kassenrecht und die Regeln ambulanter Patientenversorgung notwendig. Daher sind eine effiziente kaufmännische Geschäftsführung und ein professionelles Management wichtige Bausteine für ein erfolgreiches Medizinisches Versorgungszentrum.

Über die Verfasser:

Michael Brenner

Studium von Betriebswirtschaft, Soziologie und Psychologie. Diplomarbeit: Arbeitsorganisation im Krankenhaus. Projektleitung Infratest Gesundheitsforschung. Zwanzig Jahre Berufserfahrung in Geschäftsführung von größeren Arztpraxen und Praxisverbänden. Seit 2005 tätig als Berater, Gründer und Fremd-Geschäftsführer von Medizinischen Versorgungszentren (www.fbs-management.de). Beratung und Coaching von Ärzten in Konflikten und Krisen (www.Michael-Brenner.de). Consultant im unabhängigen Think Tank Gesundheit (www.health-consultants.net). Publikationen.

Sabine Goergen

Dipl.-Betriebswirtin mit dem Schwerpunkt strategische Unternehmensplanung und Marketing, Kauffrau im Groß- u. Außenhandel. Geschäftsführerin Medic Aviation Prof. Buchholz GmbH (www.medicaviation.de) und Chirurgische Klinik Prof. Buchholz GmbH & Co. KG (www.chirurgie-hh.de). Seit 7 Jahren spezialisiert auf den Aufbau und Betrieb von Privatkliniken, die betriebswirtschaftliche Beratung für Ärzte und Kliniken, individuelle Lösungen für Ärzte sowie strategische Unternehmensplanung, Marketing und Organisation. Mitarbeit an mehreren Publikationen.

Kontakt

Michael Brenner c/o

FB&S Farenholtz & Partner GbR

Grandweg 64

22529 Hamburg

Telefon 0171 – 75 38 728

Telefax 040 – 254 995 25

Email brenner@fbs-management.de