

Genossenschaften als Träger der hausärztlichen Versorgung



Ein neues attraktives Modell, um die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern – mit vielfältigen Vorteilen für Kommunen sowie für Ärztinnen und Ärzte, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben oder auf der Suche nach einer Nachfolge für ihre Praxis sind.

Das Modell in Kürze

Die ambulante ärztliche Versorgung wird sich in den nächsten Jahren spürbar verändern. Damit Kommunen eine patientenorientierte hausärztliche Versorgung sicherstellen können, müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Denn um ausreichend ärztlichen Nachwuchs gewinnen zu können, muss die hausärztliche Tätigkeit Freude machen. Dazu müssen die Bedürfnisse der jungen Ärztegeneration ausreichend Berücksichtigung finden.

Das MVZ-Genossenschaftsmodell der DIOMEDES tut dies konsequent. Besonders wichtig sind dabei die vielfältigen Gestaltungsoptionen für die ärztliche Arbeit in der Genossenschaft. Wichtige Eckpunkte sind unterschiedliche Anstellungsoptionen – auch in Teilzeit –, die konsequente Entlastung von Bürokratie, die Beseitigung wirtschaftlicher Risiken sowie die Möglichkeit, in einem Ärzteteam zu arbeiten und sich fachlich austauschen zu können. Das Modell ist auch für Ärzte interessant, die eine Nachfolgelösung für ihre Praxis suchen. Nicht zuletzt schafft es für das Assistenzpersonal einer Praxis neue Entwicklungsperspektiven.

Das Genossenschaftsmodell ist zwar primär für den hausärztlichen Bereich entwickelt worden, schließt jedoch die mögliche Beteiligung anderer Facharztgruppen ein.

Überblick

1. Einführung	3
2. Ausgangssituation	4
3. Wünsche der beteiligten Stakeholder	5
4. Die Idee der Genossenschaft	7
5. Tätigkeitsfelder und Zielsetzungen des Modells	8
6. Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Genossenschaft	9
7. Struktur der Genossenschaft	9
8. Wichtige Funktionen innerhalb der Genossenschaft	10
9. Vielfältige Optionen für Ärztinnen und Ärzte	11
10. Vorgehen bei der Übertragung von bestehenden Praxen	14
11. Wirtschaftlichkeit und finanzielle Risiken	15
12. Zeitlicher Ablauf der Gründung der Genossenschaft und des (ersten) MVZ	16
13. Pioniere	17
13. Ansprechpartner und Kontaktdaten	18

Eine Information für Kommunen, Landkreise, Ärzte, die in die Ruhestandsplanung einsteigen, sowie für junge Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden Ärzte), die attraktive Rahmenbedingungen für eine hausärztliche Tätigkeit suchen.

April 2021

© DIOMEDES GmbH
www.diomedes.de

Titelbild: Die Teilnehmer an der Gründungsversammlung der MEDNOS eG im Herbst 2019

Ein Zukunftsmodell für die hausärztliche Versorgung: Eine Genossenschaft als Träger von Hausarztpraxen

1. Einführung

Es ist kein Geheimnis, dass es – vor allem in ländlichen Regionen – zahlreiche Hausarztpraxen gibt, die keinen Nachfolger finden. Für die Praxisinhaber lässt sich damit zum Ende ihrer Berufstätigkeit auch nicht der erhoffte Verkaufserlös realisieren. Die von Praxisschließungen betroffenen Patienten, Kommunen und Landkreise machen sich zunehmend Sorgen, wie es mit der ärztlichen Versorgung weitergehen kann. Auf der anderen Seite suchen junge Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden Ärzte) attraktive Möglichkeiten, in der hausärztlichen Versorgung tätig werden zu können.

Das vorliegende, bereits erprobte Konzept für eine Genossenschaft als Träger von Hausarztpraxen im sozial- und zulassungsrechtlichen Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) adressiert die Sorgen und Wünsche der Beteiligten gleichermaßen. Es **schafft für alle Seiten Vorteile**, insbesondere ...

- für Ärzte, die sich eine Nachfolgeregelung wünschen und bei der Praxisabgabe auf einen finanziellen Ertrag hoffen, der als Teil der eigenen Altersvorsorge gedacht war.
- für die nachrückende Generation junger Ärzte, weil diese ideale Rahmenbedingungen für eine Tätigkeit als Hausarzt vorfinden,
- für nichtärztliches Praxispersonal, weil es für sie im Rahmen des Modells vielfältige und sehr attraktive Entwicklungsmöglichkeiten gibt,
- für Kommunen und Patienten, weil sie auf eine Sicherung der Versorgungssituation setzen dürfen.

Immer mehr junge Ärzte wünschen sich eine Festanstellung statt einer selbstständigen Niederlassung. Um die Chancen auf ärztlichen Nachwuchs in einer Region zu erhöhen, muss es daher – neben der Möglichkeit der selbstständigen Tätigkeit mit Übernahme einer Praxis – auch attraktive Arbeitsplätze für angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung geben.

Die Genossenschaft schafft diese Arbeitsplätze und bietet gleichzeitig auch den Nachwuchs-Medizinern, die sich selbstständig machen möchten, verbesserte Rahmenbedingungen. Es geht also darum, die hausärztliche Tätigkeit insgesamt zu fördern. Kommunen und Regionen, die an der Genossenschaftsidee interessiert sind, können damit besonders attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs sein. Entsprechend werden vor allem Jungmediziner angesprochen, die nicht alleine, sondern in einem Ärzteteam arbeiten möchten – ohne sich langfristig binden und finanzielle Verpflichtungen eingehen zu müssen. Die Genossenschaft sorgt außerdem für die weitgehende Entlastung bei den administrativen Aufgaben und vielfältigen Auflagen, die in einer Praxis eingehalten werden müssen.

Für alle Beteiligten sind bei diesem Modell die wirtschaftlichen Risiken gegenüber den traditionellen Modellen deutlich reduziert worden. Alle profitieren darüber hinaus vom genossenschaftlichen Prinzip: „Was einer nicht kann, können viele.“

2. Ausgangssituation

Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung befindet sich im Wandel. Ein wesentlicher Grund ist, dass die junge Generation an Ärzten eine andere Vorstellung von ihrem Berufsleben hat als die Ärztegeneration, die bald in den Ruhestand gehen wird. Junge Mediziner wünschen sich heute geregelte Arbeitszeiten (im Sinne einer Work-Life-Balance) und die Möglichkeit der Teilzeitarbeit. Das mag auch damit zusammenhängen, dass die Medizin immer weiblicher wird. Der bestehende Ärztemangel macht sich besonders (aber nicht ausschließlich) in ländlichen Bereichen bemerkbar.

Auch die Rahmenbedingungen haben sich geändert. Die Führung einer Arztpraxis ist viel aufwändiger geworden und erfordert einen deutlich höheren administrativen Einsatz als früher. Der immer höhere Spezialisierungsgrad in der Medizin macht es den Einzelpraxen zunehmend schwerer. Der kollegiale Austausch in einem Ärzteteam wird daher wichtiger und der Trend zu Praxen mit mehreren Ärzten ist ungebrochen. Im Moment entstehen in Deutschland immer mehr große überregional agierende und von Finanzinvestoren getragene Praxisketten in Facharztbereichen, die stabile Gewinne versprechen. Gegenüber diesen renditeorientierten Praxisketten einerseits und den Krankenhäusern andererseits wäre es erstrebenswert, wenn sich der hausärztliche Bereich in Form starker regionaler Gemeinschaften präsentieren würde.

Bedarfsplanung

Im Rahmen der sogenannten Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Ärzte in welchen Regionen rechnerisch benötigt werden, um eine angemessene Versorgung sicherstellen zu können. Grundlage der Bedarfsplanung ist das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte bezogen auf die Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich.

Dieses Verhältnis wird für die einzelnen Arztgruppen getrennt ermittelt. Liegt in einem Planungsbereich eine rechnerische Unterversorgung vor (< 110 %), gibt es keine Zulassungsbeschränkungen. Freie Kassensitze bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bekommt man dann als antragsberechtigter Arzt quasi geschenkt.

Abbildung 1 zeigt die Situation exemplarisch im hausärztlichen Bereich für ganz Baden-Württemberg (Stand: Februar 2021). Die meisten Planungsbereiche waren zu diesem Zeitpunkt für eine sofortige Niederlassung geöffnet und/oder es sind Praxisübernahmen möglich. Das führt zu einem immer intensiveren Wettbewerb der Landkreise und Kommunen sowie der Praxisinhaber, die Nachfolgeregelungen anstreben, um Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, die an einer hausärztlichen Tätigkeit interessiert sind, zu gewinnen.

Abbildung 2 stellt die Zahl der offenen Hausarztsitze in den einzelnen Bundesländern in 2019 dar.

Wettbewerb

Im Wettbewerb um den ärztlichen Nachwuchs werden an vielen Orten Neubauprojekte (Ärztehäuser/Gesundheitszentren) angestoßen, aber auch neue Träger-, Betreiber- und Versorgungsmodelle entwickelt. Immer wichtiger wird dabei die Möglichkeit, Ärzten und vor allem Ärztinnen eine Anstellung und nicht nur die selbstständige Niederlassung anbieten zu können. Als Arbeitgeber für einen angestellten Arzt kommen dabei prinzipiell Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) infrage. Sollen jedoch Kommunen und/oder Krankenhäuser auf Arbeitgeberseite beteiligt werden, ist der Betrieb von Praxen nur im sozial- und zulassungsrechtlichen Rahmen eines MVZ möglich.

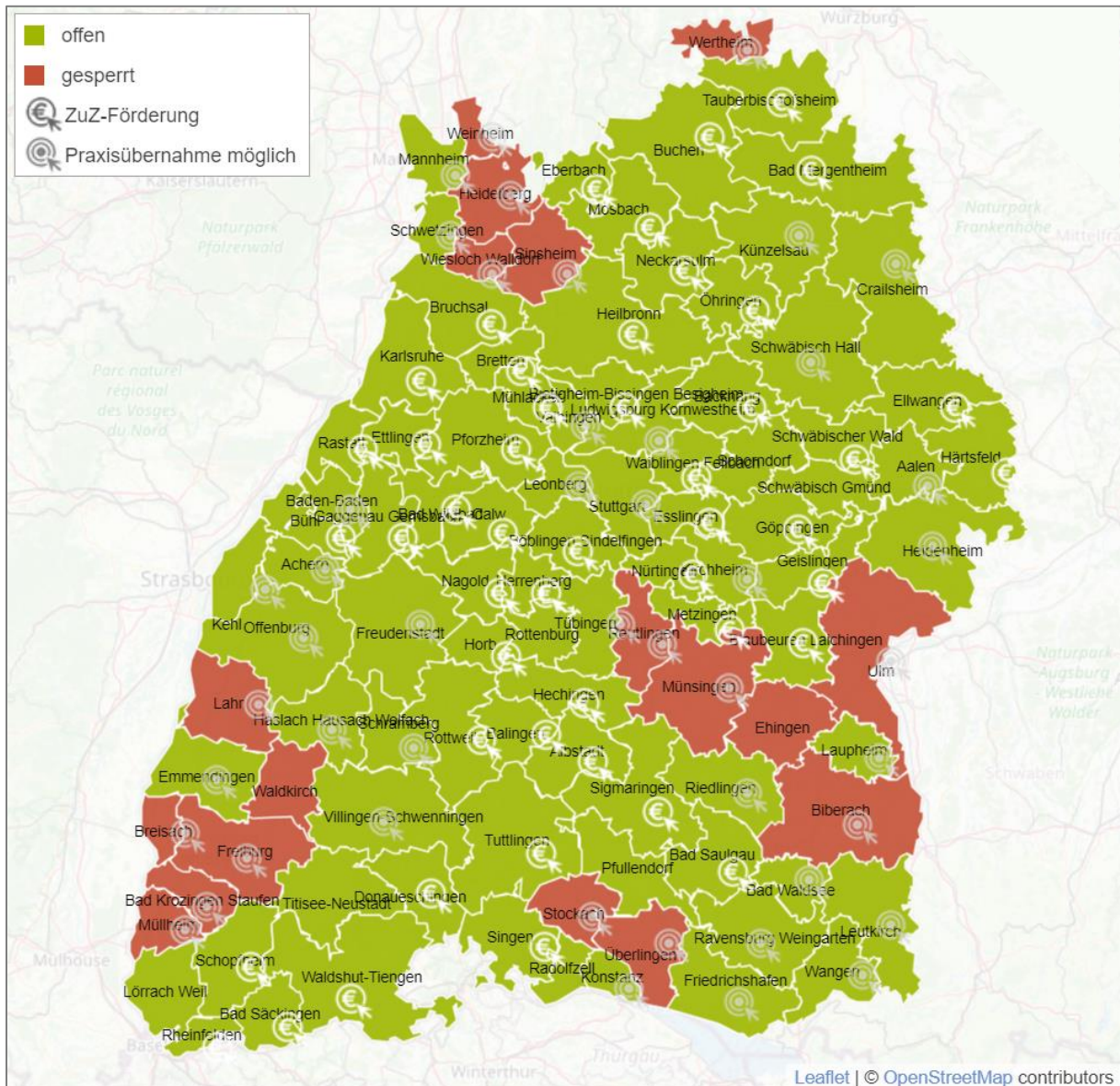


Abb. 1: Beispiel: Stand der Bedarfsplanung für den hausärztlichen Bereich in Baden-Württemberg am 24. Feb. 2021
 Quelle: <https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt/>
 In fast allen Planungsbereichen sind Niederlassungen möglich. Darüber hinaus werden in vielen Planungsbereichen auch Fördermittel bei einer Praxisübernahme oder Neueröffnung angeboten. In den meisten der der gesperrten Planungsbereiche werden Praxen zur Übernahmen angeboten.

3. Wünsche der beteiligten Stakeholder

Jeder der an der hausärztlichen Versorgung Beteiligten hat eigene Wünsche an eine „ideale Lösung“ für die Zukunft. Das im Weiteren vorgestellte Genossenschaftsmodell nimmt diese Wünsche auf und erlaubt, sehr flexibel auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Stakeholder einzugehen.

Kommunen und Landkreise

Den Kommunen und Landkreisen geht es in erster Linie darum, eine adäquate hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Das ist den Bürgerinnen und Bürgern wichtig, aber auch den ansässigen Unternehmen. Denn diese sind in einem zunehmenden Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte auch

auf entsprechende ärztliche Angebote angewiesen. Die Gesundheitsversorgung wird dabei zunehmend zu einem wichtigen Standortfaktor. Die Ideallösung der zukünftigen hausärztlichen Versorgung sollte dabei nicht abhängig von Einzelpersonen sein, und eine Beteiligung einer Kommune an einem MVZ darf nicht zu einem unkalkulierbaren wirtschaftlichen Risiko werden.

Insbesondere für kleinere Kommunen ist es außerdem sehr wichtig, einen Kooperationspartner zu haben, auf dessen Kompetenz im Bereich Gesundheitswesen und dem Betreiben von Arztpraxen man sich verlassen kann.

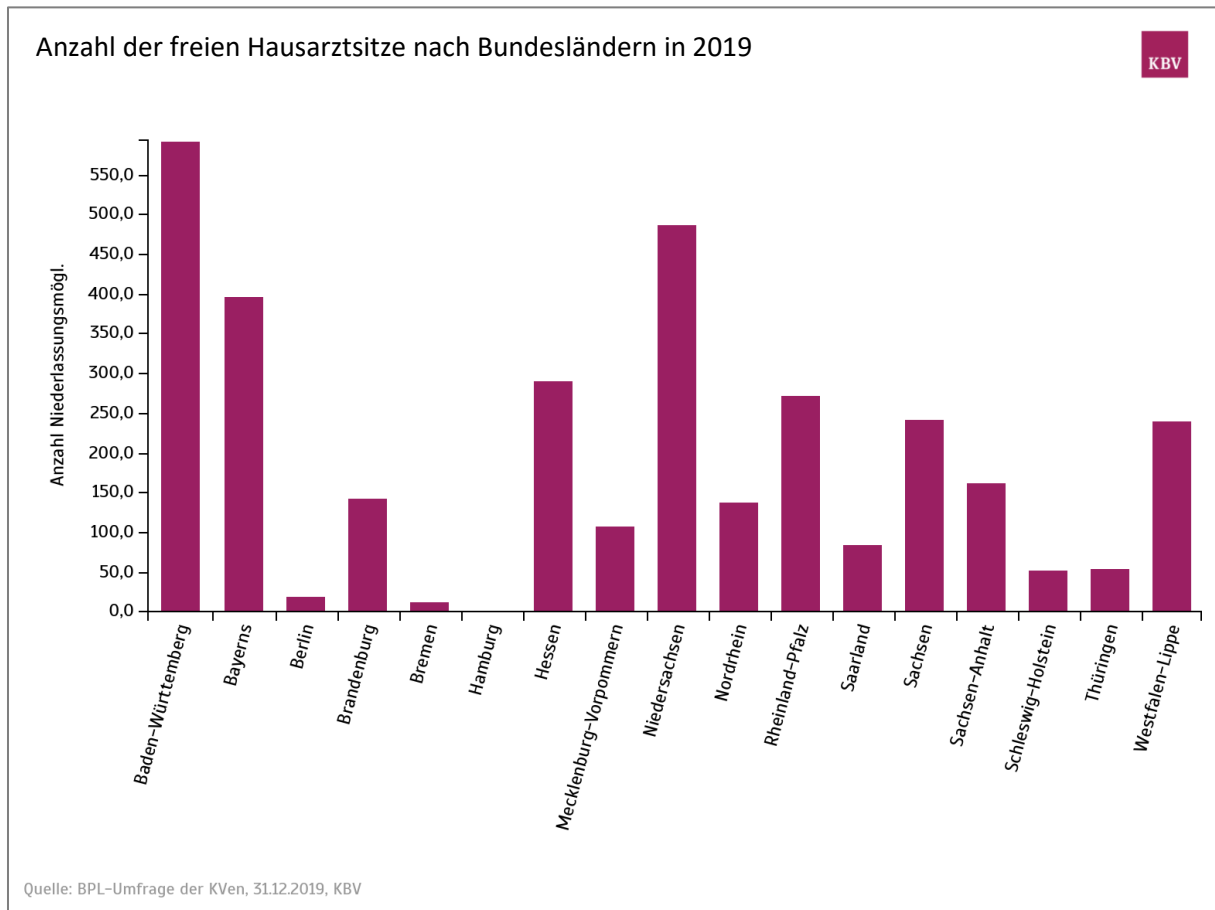


Abb. 2: Anzahl der freien Hausarztsitze im Bundesgebiet in 2019 nach Bundesländern
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17017.php>

Politik

Vonseiten der Gesundheitspolitik sind Versorgungsmodelle gewünscht, die sich multiprofessionell ausrichten, sektorenübergreifend verzahnen und der Prävention und Gesundheitsförderung mehr Gewicht geben. Die hausärztliche Versorgung soll sich dabei auch stärker mit kommunalen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen vernetzen. Delegationsmodelle, neue Berufsbilder, die Digitalisierung sowie strukturierte Behandlungspfade sollen eine größere Rolle spielen. Über allem steht die Erkenntnis, dass bei einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerung und einem Mangel an Gesundheitsfachpersonal vieles neu gedacht werden muss. Als Vorbilder dienen Modelle im Ausland wie auch modellhafte Initiativen im Inland.

Ärzte vor dem Ruhestand

Bei Ärzten, die sich bereits mit ihrer Ruhestandsplanung beschäftigen, sind vor allem vier Aspekte wichtig: 1. Oftmals war der Verkauf der eigenen Praxis als Teil der Altersvorsorge gedacht. Daher besteht der nachvollziehbare Wunsch, dass mit der Abgabe der Praxis ein finanzieller Ertrag entsteht. 2. Den meisten ist es sehr wichtig, dass sie ihren Patientenstamm bei der Nachfolge in guten Händen wissen. 3. Damit zusammen hängt auch der Wunsch, dass das eigene Lebenswerk gut fortgeführt wird. 4. Vielen Hausärzten fällt es schwer, die eigene Tätigkeit von heute auf morgen komplett aufgeben zu müssen. Daher entsteht nicht selten der Wunsch, zumindest in einem reduzierten Umfang, noch ein paar Jahre weiter arbeiten zu können – im besten Falle ohne Belastung durch Administration und Verantwortung für Personal und Finanzen.

Ärztlicher Nachwuchs

Die junge Ärztegeneration wünscht sich mehrheitlich eine Tätigkeit in größeren Kommunen mit guter Infrastruktur. Das Modell der Einzelpraxis verliert zunehmend an Attraktivität. Die Möglichkeit, in einem ärztlichen Team zu arbeiten, ist für viele interessanter als das Einzelkämpfer-Dasein. Heute sind immer mehr Ärzte und vor allem Ärztinnen in der ambulanten Versorgung im Rahmen einer Festanstellung beschäftigt. Die Option, in Teilzeit arbeiten und seine Arbeitszeit flexibel an die individuellen Lebensumstände anpassen zu können, wird dabei immer wichtiger.

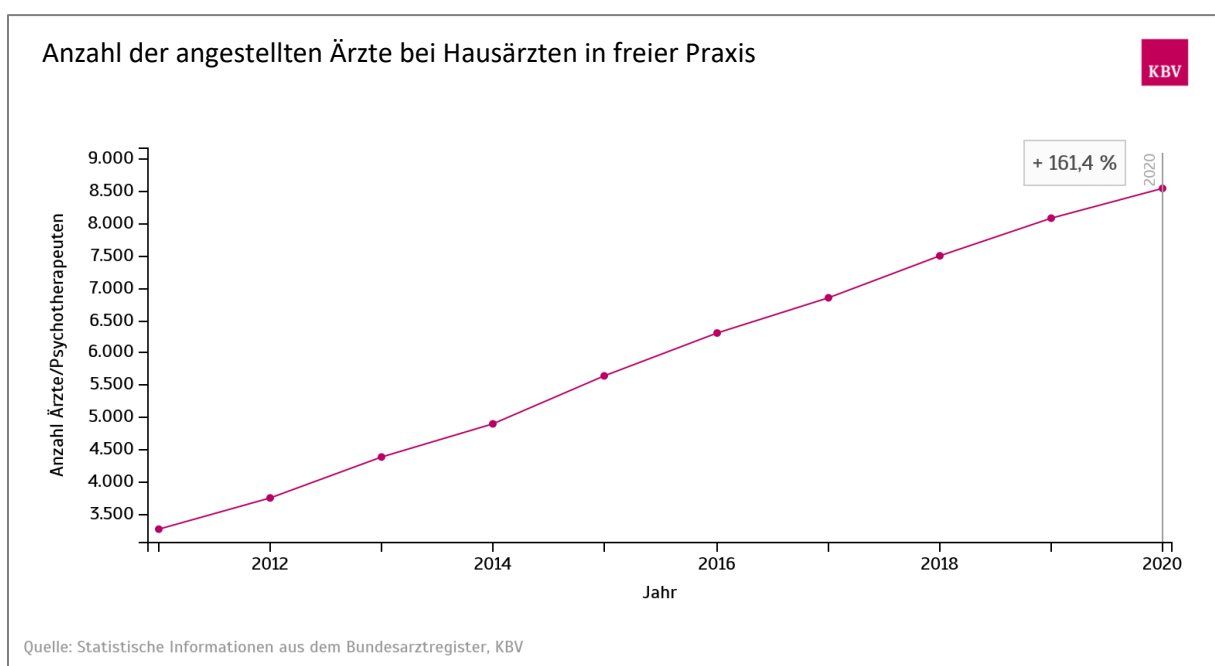


Abb. 4: Entwicklung der Anzahl angestellter Ärzte zwischen 2011 und 2020 bei Hausärzten in freier Praxis. Weitere Statistiken und Informationen unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php>:

„Die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen. Dabei nahmen immer mehr Ärzte und Psychotherapeuten die Möglichkeit zur Anstellung in einer Einrichtung oder freien Praxis wahr: Der Anteil der Angestellten stieg im dargestellten Zeitraum von ca. 11 (2011) auf ca. 24 Prozent (2020) aller Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten machen mit rund 71 Prozent immer noch den häufigsten Teilnahmestatus aus, allerdings mit abnehmender Tendenz. Insbesondere bei den stark spezialisierten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung ist die Anstellung mittlerweile der häufigste Teilnahmestatus (65 %). Bei den Psychotherapeuten ist sie hingegen weit weniger häufig (8 %).“

Auch unter den Ärzten nimmt – ähnlich wie in anderen Berufsgruppen – die Bereitschaft ab, wirtschaftliche Risiken im Rahmen einer selbstständigen unternehmerischen Tätigkeit zu tragen. Abschreckend wirken dabei auch die möglichen Regressrisiken. Warum soll man höchstpersönlich mit seinem Privatvermögen haften, wenn es alternative Möglichkeiten gibt? Hinzu kommt, dass viele Ärzte wenig Lust verspüren, sich mit den vielfältigen administrativen Herausforderungen einer Arztpraxis herumschlagen, wie EDV-Problemen, IT-Sicherheit, Datenschutz, Materialbeschaffung, Controlling etc.

Nichtärztliches Personal

Einzelpraxen bieten für Medizinische Fachangestellte (MFA) derzeit kaum Entwicklungsmöglichkeiten. Vor allem für junge Menschen mit Abitur, fachgebundener Hochschulreife oder einem vergleichbaren Schul- oder Berufsausbildungsabschluss erscheint dieser Weg völlig unattraktiv. Dabei ist eine moderne Arztpraxis mehr denn je auf gut ausgebildetes Praxispersonal angewiesen. Um diesen wichtigen Nachwuchs zu gewinnen, braucht es eine interessante Tätigkeit mit klar erkennbaren Aufstiegs- und Verdienstmöglichkeiten. Eine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten darf nicht in einer Sackgasse enden, sondern muss z.B. in der Folge ein anschließendes berufsbegleitendes Studium ermöglichen. Die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten und/oder Management- und Leitungsaufgaben muss eine reale Option sein.

4. Die Idee der Genossenschaft

Alle genannten Wünsche werden durch das hier vorgestellte Modell adressiert. Dabei ist nicht alles neu erfunden, aber die Zusammensetzung ist einmalig. Entstehen konnte das Modell aus einem intensiven Dialog mit vor dem Ruhestand stehenden Ärzten, dem ärztlichen Nachwuchs, Mitarbeitenden aus Arztpraxen, Medizinstudierenden, dem Baden-Württembergischen Genossenschaftsverband, Stiftungen, der Kassenärztlichen Vereinigung, Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen, Landräten, Ministerien, Universitäten, Investoren, Banken, Steuerberatern und Finanzämtern, der IHK und spezialisierten Anwälten aus den Bereichen Steuerrecht, Medizinrecht, Gesellschaftsrecht, Handelsrecht und Sozialrecht. Erprobt wurde das Modell erstmalig im Rahmen der MEDNOS eG, der ersten Genossenschaft dieser Art in Baden-Württemberg.

Um Arztpraxen betreiben zu können, gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder machen sich Ärzte in einer Einzelpraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen mit anderen Ärzten selbstständig oder man gründet ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Nur an einem MVZ dürfen sich als „Miteigentümer“ auch Nicht-Ärzte beteiligen. Allerdings ist der Kreis der nicht-ärztlichen Berechtigten vom Gesetzgeber stark eingeschränkt worden. (siehe dazu Seite 9).

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V wird beschrieben, was ein MVZ ist. Um ein MVZ gründen zu können, bedarf es zunächst einer geeigneten gesellschaftsrechtlichen „Hülle“. Für die zu gründende Gesellschaft hat der Gesetzgeber nur wenige Rechtsformen ermöglicht: Personengesellschaft (GbR), eingetragene Genossenschaft (eG), Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform. Falls eine solche Gesellschaft von Ärzten zusammen mit Kommunen gegründet und Haftungsrisiken begrenzt werden sollen, kommen jedoch nur die GmbH und die eingetragene Genossenschaft in Frage.

Zwei Gründe sprechen im Besonderen für eine Genossenschaft:

- a) **Haftungsrisiken:** Es ist die derzeit interessanteste Rechtsform, um persönliche Haftungsrisiken für die Mitglieder weitestgehend ausschließen zu können. So ist eine nahezu

gänzlich risikolose Beteiligung einer Kommune möglich – diese ist damit auch für die Kommunalaufsicht relativ leicht genehmigungsfähig. Von den Mitgliedern der Genossenschaft werden im Gegensatz zu den Gesellschaftern einer GmbH keine selbstschuldnerischen Bürgschaften verlangt (§ 95 SGB V Abs. 2), und Nachschusspflichten werden in der Satzung der Genossenschaft ausgeschlossen. Das Mitglied haftet damit zwar noch entsprechend § 23 GenG (Genossenschaftsgesetz) für die Verbindlichkeiten der Genossenschaft, jedoch **nur** in der Höhe der geleisteten Einlage. Diese ist mit i.d.R. 1.000 Euro sehr niedrig angesetzt.

- b) **Gemeinwohlorientierung:** Der Grundgedanke hinter allen Genossenschaften ist der Gleiche: Was einer alleine nicht schafft, das erreichen viele gemeinsam. Die Rechtsform der Genossenschaft wird außerdem stärker mit einer Gemeinwohl- und weniger mit einer Renditeorientierung in Verbindung gebracht.

Eine Genossenschaft ist für renditeorientierte Finanzinvestoren kein geeignetes Übernahmeobjekt. Stimmengewichte in der Generalversammlung (Mitgliederversammlung) orientieren sich nicht am eingebrachten Kapital. Die Gemeinwohlorientierung kommt auch in der Ausgestaltung der Satzung zum Ausdruck. Wenn die Genossenschaft Erträge erwirtschaften kann, bleiben diese bei einem gemeinwohlorientierten Ansatz zum allergrößten Teil in der Genossenschaft und werden nicht ausgeschüttet. Erträge sollen der Fort- und Weiterbildung, der Investition in moderne Praxen und der Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte zugutekommen. Eine genossenschaftliche Struktur könnte daher vor allem auch Ärzte ansprechen, die die zunehmende Ökonomisierung der Medizin kritisch sehen. Für diese Gruppe kann es einen Unterschied machen, ob man bei einem Arbeitgeber beschäftigt ist, der seine Rendite in den Vordergrund stellt oder ob es primär um attraktive Rahmenbedingungen für die Beschäftigten geht, die ihre Patienten gut versorgen möchten.

Ein großer Vorteil der Rechtsform der Genossenschaft gegenüber der GmbH ist auch die unkomplizierte Aufnahme und das unkomplizierte Ausscheiden von Mitgliedern.

Das vorgestellte Modell lässt auch die Form der Gemeinnützigkeit zu. Dies hat den Vorteil, dass keine Ertragssteuern gezahlt werden müssen. Alle durch die Mitarbeitenden erwirtschafteten Erträge können in der Genossenschaft verbleiben. Dieses Modell wird von der DIOMEDES derzeit im Süden von Baden-Württemberg erprobt. Es handelt sich dabei um die bundesweit erste gemeinnützige MVZ-Genossenschaft.

5. Tätigkeitsfelder und Zielsetzungen des Modells

Gegenstand der zu gründenden Genossenschaft ist formal das Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren und Zweigpraxen, die Sicherung der ärztlichen Versorgung sowie die Unterstützung von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen.

Die Genossenschaft beschäftigt sich außerdem intensiv mit den Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen. In Zusammenarbeit mit Hochschulen und anderen Initiativen in Baden-Württemberg werden dabei Wege der Qualifikation von nichtärztlichem Personal erprobt und in die Praxis umgesetzt. Zudem werden die Chancen, die sich aus einer zunehmenden Digitalisierung für die Sicherstellung einer hausärztlichen Versorgung ergeben, auf hohem Niveau ausgelotet. Auch hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit anderen Initiativen.

Weitere Themenfelder, in denen sich die Genossenschaft engagiert, sind die Gesundheitsförderung und Prävention, das Case Management und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung. Der guten Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Fachärzten kommt ebenfalls eine große Bedeutung zu.

Generell will die Genossenschaft alle Ärzte soweit wie möglich von den Lasten der Bürokratie befreien, Teilzeit in allen Formen anbieten, Teamarbeit fördern sowie Auszeiten ermöglichen, z.B. für die Familie oder auch für ausgedehnte Reisen.

Die Genossenschaft muss Mitglied in einem Verband werden, der vor der offiziellen Eintragung der Genossenschaft sowohl das Geschäftskonzept prüfen muss als auch für die regelmäßige Überprüfung der Jahresabschlüsse zuständig ist. Die beiden bereits erwähnten Genossenschaften sind Mitglieder im BWGV (Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e.V.).

6. Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Genossenschaft

Um die Genossenschaft gründen und aufrechterhalten zu können, sind zunächst **mindestens 3 Mitglieder** erforderlich. Maximal sollten es möglichst nicht mehr als 20 Mitglieder sein, wenngleich die Mitgliederzahl einer Genossenschaft gesetzlich nicht begrenzt ist. Bei mehr als 20 Mitgliedern würden jedoch z.B. die gesetzlichen Anforderungen an die interne Struktur und an administrative Abläufe steigen.

Bedingt durch gesetzliche Vorschriften ist der Kreis der Mitglieder stark eingeschränkt. Mitglied einer Genossenschaft, die Träger von Arztpraxen bzw. MVZ wird, können nach § 95 SGB Abs. 1a nur werden: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser (§108 SGB V), Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen. Zugelassen bedeutet hier vereinfacht: zugelassen für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten. Privatkliniken (§ 30 GewO) ohne Versorgungsvertrag und rein privatärztlich tätige Ärzte dürfen kein MVZ gründen und auch nicht Mitglied einer Genossenschaft werden, die Arztpraxen in Form von MVZ betreibt.

In den bisherigen und in naher Zukunft geplanten MVZ-Genossenschaften sind die Mitglieder überwiegend zugelassene Ärzte und Kommunen. Bei der Mitgliedschaft von Krankenhäusern sind mögliche Interessenskonflikte zu bedenken. Eine Kooperation mit Krankenhäusern ist auf einer inhaltlichen Ebene jedoch auf jeden Fall anzustreben und sinnvoll.

Eine Besonderheit ist die Möglichkeit, dass auch angestellte Ärzte ohne eigene zuvor bestandene Zulassung Mitglied werden können. Dies stellt eine Option für besonders engagierte angestellte Ärzte dar, die noch über keine Zulassung als niedergelassener Vertragsarzt verfügen und entsprechend auch keine Praxis einbringen können.

Wie bereits beschrieben, werden mit einer Mitgliedschaft außer der Einlage in Höhe von i.d.R. 1.000 Euro keine weiteren finanziellen Risiken eingegangen. Nachschusspflichten gibt es nicht, ebenso keine persönliche Haftung für mögliche Regressforderungen von KV und Krankenkassen.

Die Einlage der Mitglieder hat primär einen symbolischen Charakter und stellt keinen substanziellen Beitrag zur Finanzierung der Genossenschaft dar. Die Finanzierung wird auf anderem Wege sichergestellt. Denkbar wäre jedoch auf freiwilliger Basis auch eine wesentlich höhere Einlage. Diese ist aber eben keine Voraussetzung, um Mitglied zu werden.

7. Struktur der Genossenschaft

Abbildung 5 zeigt exemplarisch die Struktur des von der DIOMEDES entwickelten MVZ-Genossenschaftsmodells. Die Darstellung soll die gesellschaftsrechtlichen Strukturen und die Beziehungen der Akteure darstellen.

Alle Mitglieder haben direkten Einfluss auf die Entwicklung der Genossenschaft. Kein Mitglied kann jedoch eine beherrschende Position einnehmen, da jedes Mitglied nur eine Stimme in der Generalversammlung hat.

Eine Besonderheit stellen die verschiedenen Möglichkeiten der Anbindung einer Praxis dar. Sowohl das Einbringen der Praxis in die Genossenschaft, die Kooperation im Rahmen einer Praxisgemeinschaft oder Berufsausübungsgemeinschaft als auch die komplett selbstständige Führung einer Praxis sind möglich. Jede Gestaltungsvariante hat Vor- und Nachteile und wird mit den interessierten Ärzten ausführlich besprochen. Auch ein Übergang von der einen in die andere Form ist im Zeitablauf möglich.

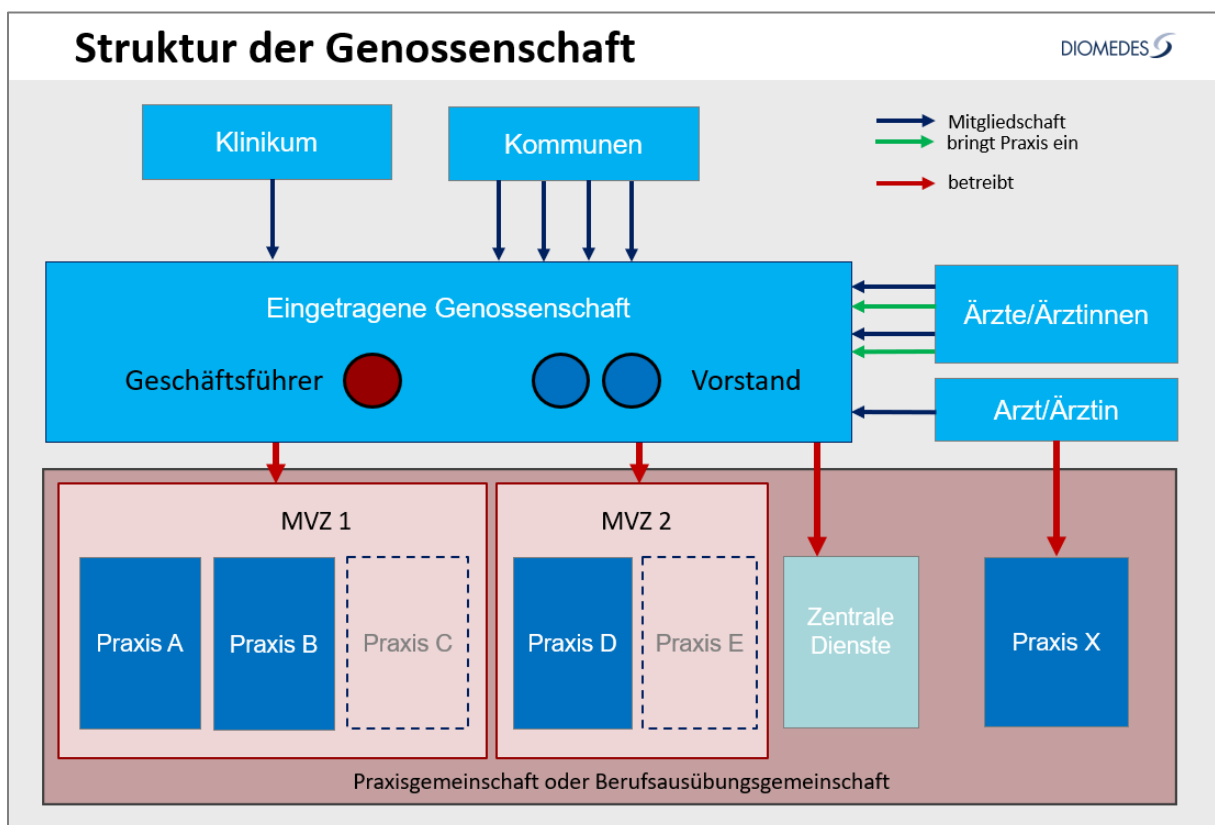


Abb. 5: Struktur der MVZ-Genossenschaft: Bedingt durch gesetzliche Vorschriften ist der Kreis der Mitglieder stark eingeschränkt. Mitglieder können nach § 95 SGB Abs. 1a nur werden: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen. Zugelassene Ärzte und Kommunen haben im Modell der DIOMEDES die größte Bedeutung.

Die einzelnen Praxen können unterschiedlich groß sein. Rechtlich werden die Praxen in Form eines oder mehrerer MVZ betrieben. Innerhalb der Genossenschaft können Ärzte auch an mehreren Standorten tätig werden. Dies bietet Vorteile bei kurzen oder auch länger dauernden Vertretungen sowie bei Ärzten, die bestimmte Leistungen gerne an mehreren Standorten anbieten wollen.

Eine Praxis kann in die Genossenschaft eingebracht werden, im Rahmen einer Praxisgemeinschaft oder Berufsausübungsgemeinschaft mit der Genossenschaft kooperieren oder auch durch ein Mitglied der Genossenschaft völlig selbstständig geführt werden (die letzte Option ist in der Grafik nicht explizit dargestellt).

8. Wichtige Funktionen innerhalb der Genossenschaft

Vorstand

Entsprechend § 24 GenG wird die Genossenschaft durch den Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Der Vorstand besteht im vorgestellten Genossenschaftsmodell im Regelfall aus zwei Personen und wird von der Generalversammlung gewählt und abberufen. Bei Genossenschaften mit nicht mehr als 20 Mitgliedern könnte die Satzung auch bestimmen, dass der Vorstand nur aus einer Person besteht. Die Mitglieder des Vorstands können besoldet oder unbesoldet sein. Ihre Bestellung ist zu jeder Zeit widerruflich, unbeschadet der Entschädigungsansprüche aus bestehenden Verträgen. Es wird vorgeschlagen, die Vorstandstätigkeit ehrenamtlich auszuüben. Dazu sollte der Vorstand jedoch von allen operativen Aufgaben entlastet werden (s.u.).

Die Mitglieder des Vorstands müssen entsprechend der Vorschriften des Genossenschaftsgesetzes zwingend auch Mitglieder der Genossenschaft sein. Das ist als Einschränkung zu sehen. Man muss davon ausgehen, dass die Mitglieder überwiegend kein Interesse daran haben, Verwaltungs- und Führungsaufgaben auf Genossenschaftsebene zu übernehmen. Für die laufenden Verwaltungs-, Führungs- und Managementaufgaben ist im Modell der DIOMEDES daher ein Geschäftsführer (Prokurist) zuständig.

Prokurist (Geschäftsführer)

Die Genossenschaft kann entsprechend der Regelungen im Handelsgesetzbuch (HGB, §§ 48 ff) auch einen Prokuristen berufen. Dieser muss kein Mitglied sein und kann mit erweiterten notariellen Vollmachten ausgestattet werden. Er übernimmt die Geschäftsführung und entlastet somit den Vorstand im Hinblick auf das Tagesgeschäft komplett. Der Vorstand hat faktisch eine Aufsichtsfunktion, die damit ehrenamtlich wahrgenommen werden kann. Dem Prokuristen kann Alleinvertretungsberechtigung gegeben werden. Einschränkungen der Befugnisse können in einer Geschäftsordnung bestimmt werden.

Ärztlicher Leiter

Aus zulassungsrechtlichen Gründen müssen bei Gründung eines MVZ jeweils ein oder mehrere „ärztliche Leiter“ bestimmt werden. Diese sind nicht für die Führung der Geschäfte, sondern primär für ärztliche Fragen innerhalb eines MVZ und seiner Standorte zuständig. Die ärztliche Leitung fungiert vor allem als offizieller Ansprechpartner für Fragen der KV. Sie könnte aber grundsätzlich auch weitere Managementaufgaben übernehmen.

Sonstige Führungspositionen

Die Geschäftsführung benennt in Abstimmung mit dem Vorstand Mitarbeitende, denen bestimmte Leitungsaufgaben übertragen und Kompetenzen zugesprochen werden. Für jeden Praxisstandort gibt es eine Standortleitung (kaufmännische Leitung und Praxismanagement). Diese ist für alle Aufgaben zuständig, die nicht den ärztlichen Bereich betreffen. Dafür wurde ein eigenes Personalentwicklungskonzept erstellt.

Die Mitarbeitenden der Genossenschaft wenden sich insofern mit medizinischen Fragen an den jeweiligen ärztlichen Leiter und bei organisatorischen und kaufmännischen Fragen primär an die jeweilige Standortleitung.

9. Vielfältige Optionen für Ärztinnen und Ärzte

Die Genossenschaft richtet sich gleichermaßen

- an Ärzte, die eine Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin anstreben,
- an Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, die hausärztlich tätig werden wollen,
- an ältere Ärzte, die in die Ruhestandsplanung einsteigen wollen oder ganz einfach nach Entlastungsangeboten suchen.

Wenngleich der Fokus des Genossenschaftsmodells auf der hausärztlichen Versorgung liegt, ist eine Mitgliedschaft und ein Tätigwerden in der Genossenschaft auch für Ärzte anderer Fachrichtungen möglich.

Die Mitgliedschaft eines Arztes in der Genossenschaft erfordert dabei nicht automatisch ein Tätigsein als Arzt in einer Praxis (einem MVZ) der Genossenschaft. Umgekehrt muss ein in der Genossenschaft tätiger Arzt nicht unbedingt Mitglied werden.

Dem ärztlichen Nachwuchs und den in den Ruhestand gehenden Ärzten werden im Rahmen des Genossenschaftsmodells gleichermaßen attraktive Möglichkeiten angeboten. Diese reichen von einer Tätigkeit als Angestellter in beliebigem Stundenumfang bis hin zu einer finanziellen Beteiligung und der Übernahme von Managementaufgaben.

Nachfolgende Optionen für Ärzte können unterschieden werden:

Option 1: Mitgliedschaft in der Genossenschaft als zugelassener Vertragsarzt oder als angestellter Arzt in einem MVZ der Genossenschaft ohne oder mit zuvor bestehender Zulassung. In der Rolle des Mitglieds bestehen Mitspracherechte bei Grundsatzentscheidungen. Ein Mitglied sollte daran interessiert sein, die Entwicklung der Genossenschaft mit eigenen Ideen und eigenem Know-how und/oder mit eigenen Kontakten, z.B. zu Verbänden, KV, Universitäten, voranzubringen.

Option 2: Einbringen der eigenen Praxis in ein MVZ der Genossenschaft, z.B. unter Verzicht auf Zulassung zugunsten einer Anstellung. Die Praxis kann dabei wie bisher weitergeführt werden, wobei Haftungsrisiken jedoch reduziert sind. Diese Option ist besonders interessant für bisher selbstständig niedergelassene Ärzte, die ca. 5 bis 10 Jahre vor dem Ruhestand stehen. Dann ist der finanzielle Vorteil besonders groß.

Option 3: Anstellung in der Genossenschaft ohne Mitgliedschaft und auch ohne zuvor bestehende eigene Zulassung. Eine Mitgliedschaft bedingt keine Anstellung in der Genossenschaft und umgekehrt bedingt eine Anstellung nicht gleichzeitig eine Mitgliedschaft.

Option 4: Finanzierungspartner der Genossenschaft: Um Sanierungsmaßnahmen zu finanzieren, Praxisübernahmen zu ermöglichen oder Investitionen zu tätigen, kann es für die Genossenschaft erforderlich sein, Darlehen aufzunehmen. Diese können auch von den Mitgliedern kommen. Darlehen sind dabei verzinsliche Anlagen.

Option 5: Übernahme von Führungsaufgaben: Für Mitglieder der Genossenschaft gibt es die Möglichkeit, eine Vorstandstätigkeit zu übernehmen. Für die in der Genossenschaft tätigen Ärzte kommt jedoch auch ohne eine Mitgliedschaft die Übernahme der Ärztlichen Leitung eines MVZ in Betracht.

Option 6: Selbstständige Tätigkeit: Ein Arzt kann auch die wirtschaftliche Gesamtverantwortung an einem der Praxisstandorte der Genossenschaft übernehmen. Diese Art der Tätigkeit kommt der selbstständigen Niederlassung sehr nahe. Jedoch kann sich der Arzt dann auf die Unterstützung der Genossenschaft bei allen nichtärztlichen Aufgaben verlassen und sein Haftungsrisiko ist wesentlich geringer. Der Arzt steht nicht alleine da, was sich z.B. auch bei der Vertretung im Krankheitsfall oder beim Ausfall von Praxispersonal zeigt. Damit ergibt sich eine interessante Variante zur klassischen selbstständigen Niederlassung.

Diese sechs Optionen bestehen weitgehend unabhängig voneinander. Der Arzt kann also ganz nach seinen Vorstellungen wählen und ist nicht zu einer bestimmten Kombination dieser Optionen verpflichtet.

Die Übernahme einer Praxis unter sofortigem Ausscheiden des bisherigen Praxisinhabers und ohne Nachfolger ist zwar nicht ausgeschlossen, wird jedoch aus mehreren Gründen nicht angestrebt. Es ist ein besonderes Ziel der Genossenschaft, auch für ältere Ärzte, die sich in Richtung Ruhestand bewegen, attraktive Möglichkeiten zu schaffen:

- 1) Zum einen wird dieser Zielgruppe eine stufenweise Reduktion ihrer Arbeitszeit bei vollständiger Entlastung von nichtärztlichen Tätigkeiten angeboten.
- 2) Zum anderen wurde durch die DIOMEDES in Zusammenarbeit mit Steuerberatern ein besonderes Vorgehen bei der Praxisabgabe entwickelt, das dem praxisabgebenden Arzt auch ohne direkten Nachfolger einen Verkaufserlös sichert.

Praxisverkauf/Praxisübergabe

Früher war es normal, dass Hausarztpraxen an Nachfolger verkauft wurden. Viele Hausarztpraxen müssen heute jedoch auch ohne Nachfolger und ohne die Möglichkeit eines Verkaufs geschlossen werden. Andere Praxen finden zwar Nachfolgelösungen, aber ohne dabei einen adäquaten Verkaufspreis erzielen zu können. Die Genossenschaft bietet daher ein Modell des Praxisankaufs an, das u.a. interessante steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten für denjenigen Arzt bietet, der seine ärztliche Tätigkeit anschließend noch im Rahmen der Genossenschaft ausübt. Der Verkaufspreis ist dabei umso höher, je ertragsstärker die Praxis bislang war und je länger der abgebende Arzt noch in der Genossenschaft tätig sein kann.

Entscheidend ist also, dass der Eintritt in die Genossenschaft einige Jahre vor dem angestrebten Ruhestand erfolgt. Steht die Praxisaufgabe bereits unmittelbar bevor, reduziert sich der Verkaufserlös.

Die bisherigen Praxisräume werden von der Genossenschaft angemietet. Ein Ankauf von Immobilien ist nicht vorgesehen. Mit dem Inventar einer bestehenden Praxis kann je nach Situation unterschiedlich verfahren werden. Das ist im Einzelfall zu besprechen. Das trifft auch auf den KV-Sitz zu. Dieser kann auf die Genossenschaft übertragen werden oder auch nicht. In der derzeitigen Situation der Bedarfsplanung bei Hausärzten ist es i.d.R. problemlos möglich, dass die Genossenschaft einen „neuen“ KV-Sitz beantragt. Zusammen mit dem abgebenden Arzt, seinem Steuerberater und der KV wird hier die zulassungsrechtlich und steuerlich jeweils bestmögliche Lösung gesucht.

Möglichkeiten für Weiterbildungsassistenten

Ein Weiterbildungsassistent ist ein Arzt, der nach Erteilung der Approbation im Rahmen einer Weiterbildung zum Erwerb einer Facharztbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzbezeichnung im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses tätig wird. Der Weiterbilder muss über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen. Die Anstellung des Weiterbildungsassistenten bedarf zudem der Genehmigung der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Rahmen der geltenden Weiterbildungsordnungen will die Genossenschaft alle Möglichkeiten einer Weiterbildung – auch in Teilzeit – anbieten. Die Weiterbildung kann an einem Standort oder nacheinander an verschiedenen Standorten der Genossenschaft absolviert werden. So kann man unterschiedliche Schwerpunkte der hausärztlichen Tätigkeit kennenlernen.

Für diejenigen Weiterbildungsassistenten, die an innovativen Projekten im Bereich Digitalisierung, Telemedizin, Delegation oder Praxisorganisation mitwirken wollen, ergeben sich durch eine Kooperation der entstehenden Genossenschaften untereinander ebenfalls interessante Möglichkeiten.

Nichtärztliche Mitarbeitende (Assistenzpersonal)

Ein besonderes Augenmerk gilt auch den nichtärztlichen Mitarbeitenden. Die Genossenschaft möchte dem gesamten Praxispersonal attraktive berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bieten. So können Mitarbeitende z.B. Experten für bestimmte Themen werden und als interne Berater für alle angeschlossenen Praxisstandorte dienen. Für Mitarbeitende, die sich in besonderer Weise spezialisieren, sind auch externe Beratungseinsätze möglich.

Nichtärztliche Mitarbeitende können sich z.B. in Richtung Praxismanagement, zum Physician Assistent, zum Verantwortlichen eines Praxisstandorts oder zum kaufmännischen Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums entwickeln.

Im Zusammenhang mit den Entwicklungsperspektiven, die den nichtärztlichen Praxismitarbeitenden geboten werden, muss es zukünftig auch zu einer anderen Form der Rekrutierung von Nachwuchs kommen. Dem Thema „Personalmarketing“ und „Personalentwicklung“ wird die Genossenschaft eine viel höhere Bedeutung beimessen, als es Einzelpraxen i.d.R. möglich sein wird.

Vorteile des dargestellten MVZ-Genossenschaftsmodells

- **Für den Bürger:**
 - Sicherung der hausärztlichen wohnortnahen Versorgung
 - Gemeinwohlorientierung, keine Gewinnorientierung
 - Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
- **Für die Kommune:**
 - Mitgestaltung / Beteiligungsmöglichkeit auch ohne Bürgschaften
 - Die eingetragene Genossenschaft als solider langfristiger Partner zur Sicherung der Gesundheitsversorgung
- **Für den Praxisabgeber:**
 - Genossenschaft kümmert sich um Praxisnachfolge
 - Zusammenarbeit mit Genossenschaft hat steuerliche Vorteile
 - Beschäftigungsmöglichkeit im „Vorruhestand“ in jeder Form der Teilzeitarbeit
- **Für junge Ärzte:**
 - Jede Form der Teilzeitarbeit / Auszeiten möglich / großes Ärzteteam
 - Multiprofessionelles Arbeiten / kollegiale Unterstützung
 - Keine lästige Verwaltungsarbeiten / keine finanziellen Risiken
 - Moderne Digitalisierungskonzepte
 - Optionen: Mitgliedschaft, finanzielle Beteiligung/Mitinvestor, Führungsaufgaben, Arbeiten ähnlich einer Selbständigkeit ebenfalls möglich
- **Für Assistenzpersonal**
 - Attraktiver Arbeitsplatz – Karriereoptionen – Aktive Personalentwicklung
 - Mehr Möglichkeiten ärztliche Aufgaben im Rahmen der Delegation zu übernehmen
 - Bsp.: Physician Assistant, MVZ-/Praxis-Leitung, Case Manager

Abb. 6: Zusammenfassende Darstellung der Vorteile des dargestellten Genossenschaftsmodells für verschiedene Zielgruppen

10. Vorgehen bei der Übertragung von bestehenden Praxen

Eine Mitgliedschaft in der Genossenschaft an sich hat noch nicht zur Folge, dass die eigene Praxis in die Genossenschaft überführt wird. Als Mitglied stellt man zunächst sicher, dass eine genossenschaftliche Trägerorganisation überhaupt entstehen kann. Man schafft damit die Voraussetzung, dass man selber das Modell nutzen kann, muss dies aber nicht tun.

Die Übernahme und Integration einer Praxis in die Genossenschaft laufen in drei Phasen ab.

1) In der ersten Phase erfolgen Gespräche mit dem jeweiligen Praxisinhaber und ggf. seinem Steuerberater und sonstigen Beratern, um alle grundsätzlichen Fragen zu klären. Hier geht es vor allem darum, wie eigenständig und wie lange der bisherige Inhaber seine Praxis im Rahmen der Genossenschaft noch weiterführen möchte.

2) In der zweiten Phase erfolgt eine detaillierte Bestandsaufnahme der jeweiligen Praxis. Dazu gehören beispielsweise die Sichtung von Honorarbescheiden, die Prüfung von Verträgen, die Beschäftigung mit den Qualifikationen der einzelnen Mitarbeitenden und eine Bestandsaufnahme der technischen Ausstattung. Außerdem wird das steuerliche Modell auf die individuelle Situation angepasst. Die zweite Phase schließt mit einer schriftlichen Vereinbarung über die konkreten Modalitäten der Praxisübernahme in die Genossenschaft ab.

3) In einer dritten Phase erfolgt nach der formalen Übertragung der Praxis die tatsächliche Integration der Praxis in die Strukturen der Genossenschaft. Diese Phase kann schrittweise verlaufen und sich durchaus über einen längeren Zeitraum hinziehen. Ein wichtiger Schritt ist dabei, die EDV-Strukturen an die Systeme der Genossenschaft anzupassen. Der Arzt, der seine Praxis übertragen hat, arbeitet nun im Rahmen einer Festanstellung. Die Praxis kann aber weitgehend so weitergeführt werden, als wäre der bisherige Inhaber auch weiterhin selbstständig tätig!

11. Wirtschaftlichkeit und finanzielle Risiken

Von großer Relevanz ist die Frage nach den „Risiken“, insbesondere auch für die Kommunen, die einen Beitritt zu einer solchen Genossenschaft in Erwägung ziehen. Im Gegensatz zur Neugründung eines Unternehmens werden bei der hier beschriebenen Genossenschaft i.d.R. laufende Praxisbetriebe übernommen und ggf. in etwas modifizierter Form fortgeführt. Die Finanzplanung kann sich demnach an realen Zahlen aus der Vergangenheit orientieren und diese unter Berücksichtigung von eintretenden Veränderungen fortschreiben.

Der Betrieb der Arztpraxen innerhalb der Genossenschaft wird so geplant, dass unter normalen Umständen keine Verluste entstehen. Im Wirtschaftsplan werden außerdem Änderungen berücksichtigt, die unmittelbar mit dem Übergang der Praxen in die Genossenschaft zusammenhängen.

Genossenschaften weisen außerdem ein im Vergleich besonders geringes Insolvenzrisiko aus.

Die notwendige Liquidität, die mit dem Start des ersten MVZ in der Genossenschaft gegeben sein muss, wird über Darlehen gesichert. Diese werden von den bisherigen Praxisinhabern, den Mitgliedern der Genossenschaft oder von Dritten gewährt. Dafür wurde von der DIOMEDES ein Darlehenskonzept ausgearbeitet, das unter anderem steuerliche Vorteile für die bisherigen Praxisinhaber nutzbar macht.

Aufgabe der beteiligten Kommunen und Landkreise ist es in der Regel, für die „Transformationskosten“ aufzukommen und die ggf. notwendige Neuausrichtung der Praxisverwaltungssysteme zu finanzieren. Mit Transformationskosten sind die Aufwendungen gemeint, die bei der Gründung der Genossenschaft erforderlich sind, um ein MVZ zu beantragen und die dafür notwendigen Unterlagen und Verträge zu erarbeiten. Eine Neuausrichtung der Praxis-EDV kann erforderlich werden, weil zukünftig alle Standorte, die Teil der Genossenschaft werden, eine einheitliche Praxisverwaltungssoftware einsetzen müssen. Auch kann es sein, dass bestehende Systeme nicht geeignet sind, um effizient arbeiten zu können und/oder die im Rahmen von Modellprojekten erarbeiteten neuen digitalen Werkzeuge einsetzen zu können. Zur Finanzierung der Transformationskosten werden jedoch auch regelmäßig Fördermittel beantragt.

Standortbezogen kommen – je nach den Wünschen der Kommunen – z.B. Kosten durch Neubaumaßnahmen hinzu.

Für die beteiligten Ärzte ist das vorgestellte Modell mit den geringsten persönlichen Haftungsrisiken verbunden, die im Zusammenhang mit dem Betreiben von Arztpraxen möglich sind.

12. Zeitlicher Ablauf der Gründung der Genossenschaft und des (ersten) MVZ

Genossenschaftlich getragene MVZ bedürfen zunächst der Gründung der Trägergesellschaft, also der Genossenschaft.

- 1) Formelle Gründung der Genossenschaft (Gründungsversammlung) nach Feststehen von zumindest 3 Mitgliedern und der Abstimmung einer Satzung.
- 2) Zusammenstellen und Einreichen der erforderlichen Unterlagen (u.a. Wirtschaftsplan) zur Prüfung bei einem Genossenschaftsverband (z.B. BWGV).
- 3) Erstellung eines Gutachtens durch den Verband.
- 4) Nach Vorliegen des positiven Prüfungsergebnisses erfolgt die Anmeldung der Genossenschaft zum Genossenschaftsregister über einen Notar.
- 5) Erst nach erfolgter Eintragung im Genossenschaftsregister und Vorliegen eines entsprechenden Registerauszugs können Anträge auf Zulassung eines MVZ (mit Hauptsitz und ggf. Zweigpraxen/Nebenbetriebsstätten) bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und dem zuständigen Zulassungsausschuss (ZA) gestellt werden. Solche Anträge werden jedoch frühestens dann gestellt, wenn sich zumindest schon 2 Ärzte gefunden haben, die im Rahmen der Genossenschaft tätig werden wollen.
- 6) Frühestens nachdem die Genehmigungen durch KV und ZA erteilt sind, treten die bereits vorbereiteten Verträge in Kraft (Praxisübernahmeverträge, Anstellungsverträge, Finanzierungsverträge). Parallel erfolgen je nach Situation Maßnahmen zur Vorbereitung eines Betriebsübergangs nach § 613a BGB. Dieser regelt vor allem den Übergang der Praxisangestellten aus übergehenden Praxen in die Genossenschaft.
- 7) Die tatsächliche Inbetriebnahme eines MVZ erfolgt nach Vorliegen der entsprechenden Genehmigungen zum im Zulassungsantrag genannten Termin

Aufgrund der teilweise sehr langen Antragsfristen und Bearbeitungszeiten sowie der festen Termine des jeweils zuständigen Zulassungsausschusses muss von der formellen Gründung einer Genossenschaft bis zur Inbetriebnahme eines (ersten) MVZ mit mindestens sechs Monaten gerechnet werden. Die Genossenschaft kann jedoch schon vor Inbetriebnahme eines MVZ aktiv werden, um z.B. Ärzte zu suchen, Räumlichkeiten zu planen oder Kooperationen vorzubereiten.

13. Pioniere

Das vorliegende Konzept basiert auf den Erfahrungen, die die DIOMEDES mit der ersten Genossenschaft dieser Art im Nordschwarzwald gesammelt hat. (Abb. 7, www.mednos.de). Die MEDNOS eG entstand nach dem Konzept der DIOMEDES, die dort auch den Geschäftsführer stellt. Die MEDNOS eG stellt sich vielen aktuellen Fragen in der hausärztlichen Versorgung und bearbeitet dabei Themen, die von verschiedenen Ministerien gefördert werden. Die zweite Genossenschaft nach diesem Modell, wurde im Landkreis Waldshut gegründet. Dort wurden 3 Ärzte, 4 Kommunen und ein Klinikum Gründungsgesellschafter der bundesweit ersten gemeinnützigen MVZ-Genossenschaft.



Abb. 7: Internetseite der MEDNOS eG, www.mednos.de.



Abb. 8: Die Gründungsmitglieder der ZipHo eG am Tag der Gründung dieser bundesweit ersten gemeinnützigen MVZ-Genossenschaft

13. Ansprechpartner und Kontaktdaten

Dr. med. Martin Felger
Mobil: 0171-9750091,
E-Mail: martin.felger@diomedes.de

DIOMEDES GmbH,
Bereich Gesundheitszentren und Sicherung der medizinischen Versorgung
Postfach 1120, 34209 Melsungen

Büro Tübingen: Albstrasse 60/2, 72074 Tübingen

Tel.-Zentrale: 0561-574357-0,
Fax: 0561-574357-29,
Internet: www.diomedes.de

