

Mandantenbrief

Planung von modernen Arztzentren

Grundlagen, Chancen und Potentiale

Die Situation

Ärztehaus, Arztzentrum, Facharztzentrum, Gesundheitszentrum, Medizinzentrum, Medizinisches Versorgungszentrum. Die Begriffsvielfalt kennt (außer beim MVZ) keine Grenzen, da die Namensgebung frei ist und keiner weiteren inhaltlichen Anforderung unterliegt. Welcher Name auch immer auf dem Schild prangen wird, entscheidend ist letztlich, dass der Patient sich dort wieder findet.

Gerade im Hinblick auf die kommenden verbesserten Rahmenbedingungen für die Berufsausübung von Ärzten und Zahnärzten (vgl. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, wir berichteten), nimmt die Bedeutung der ärztlichen Kooperation zu. Auch wenn überörtlichen Modellen wahrscheinlich nun Tür und Tor geöffnet wird, bleibt die zentrale, auch fachübergreifende Leistungserbringung an einem Ort die Basis für die zukünftige ärztliche Tätigkeit.

Bezeichnend ist bei den marktgängigen Ärztehäusern älteren Baujahrs allerdings, dass es neben einer nicht ausreichend vorhandenen Kommunikation unter den Beteiligten oft keine Flexibilität in den Grundrissen oder

im Gebäude generell gibt. Damit scheiden viele Häuser schon für die modernen Kooperationsformen aus, da z.B. die Einrichtung eines zentralen Empfangs an den baulichen Gegebenheiten scheitert. In der Folge kommt es immer häufiger vor, dass einzelne Praxen aus bestehenden Ärztehäusern ausziehen und mit Kollegen geeignetere, flexible Räumlichkeiten suchen.

Alle reden von Einspareffekten

„Ich will mit Kollegen zusammenarbeiten, um Kosten zu sparen“. Damit Einsparpotentiale überhaupt nutzbar werden, sollten alle beteiligten Praxen die gemeinsamen Ziele definieren. Der schönste zentrale Empfang bringt nichts, wenn die Praxen nicht bereit sind, konsequent organisatorische Teilbereiche dahin auszulagern. Wie sollen Prozesse verschlankt werden, wenn Prozesse nicht nachvollziehbar sind, geschweige denn aus der Hand an eine dritte Person gegeben werden wollen (z.B. Zentrales Terminmanagement)?

Wie soll einheitlich gegenüber dem Patienten aufgetreten werden, wenn innerhalb des Ärztehauses keine Einigkeit im Vorgehen, der Behandlung und der Kommunikation herrscht?

An den folgenden beiden Beispielen sollen mögliche Effekte dargestellt werden:

Modell „Praxis-Mietverbund“

Diese Aufstellung besteht aus acht selbstständigen Arzt- und Zahnarztpraxen, die Räumlichkeiten in einer Immobilie angemietet haben (pro Praxis ca. 130 m²). Neben den Praxisflächen werden zentrale Flächen für den Betrieb einer zentralen Empfangszone mit zentralem Wartebereich im Erdgeschoss angemietet.

Die dafür bereitgestellte Fläche beträgt ca. 80 m² (50 für zentrales Warten, 30 für zentrale Anmeldung). Bei ca. 12,50 Euro Warmmiete käme bei gleicher Verteilung auf die Praxen eine Zusatzbelastung von 125 Euro/Monat zu. Zur Besetzung des Empfangs sollten zwei Vollzeitkräfte den Patientenstrom steuern können (z.B. Telefon, Rezeptabholung oder Terminvereinbarung).

Durch die zusätzlichen Personalkosten von ca. 4.000 Euro pro Monat, wäre die Umlage inkl. Mietkosten bei 625 Euro pro Teilnehmer. Ergänzt werden müssten Kosten für Technik, Material, Möblierung und Marketing. Je nach Ausprägung und Umfang könnten so pro Teilnehmer dieses Ärztehauses ca. 1.000 Euro zusätzlich anfallen.

Damit ein Effekt (zeitlich oder geldlich) in den Praxen wahrgenommen wird, sollten durch die Maßnahmen 2.000 Euro eingespart oder durch Mehreinnahmen erreicht werden. Im Kostenbereich könnte z.B. die Fläche der Warteräume pro Etage/Praxis durch die zentrale Fläche im EG um ca. 50% reduziert werden. Das wären bei durchschnittlich 16 m² Flä-

che pro Praxis ca. 100 Euro pro weniger Mietfläche. Teilen sich die Praxen, etwa wie in einer Apparatgemeinschaft auch die Funktionsbereiche wie Patienten-WC, Personalraum, Küche, etc., so sind durch Einsparung weiterer Mietflächen pro Praxis zwischen 300 und 500 Euro möglich.

Weiter sollten nun Kosten im Bereich Personal (Teilzeitkraft, ggf. Vollzeitkraft) Material (Papier, Druckerpatronen, etc.), Telefonkosten, etc. pro Praxis gespart werden. Zusammen würde dies im Durchschnitt weitere 1.000 – 1.500 Euro pro Praxis Ersparnis bedeuten. Insgesamt lässt sich das Ziel also erreichen, vorausgesetzt, die Kollegen denken ähnlich.

Für alle kooperierenden Praxen im Zentrum kommen natürlich die Einnahmebereiche neben der gesetzlichen Vergütung, die hier nicht betrachtet wurden. Die Vorteile, die ein solcher inhaltlicher, räumlicher und organisatorischer Verbund zwischen Ärzten / Zahnärzten hat, sprechen für sich.

Modell „Betreiber-Zentrum“

Als Grundlage betreibt ein Arzt / Zahnarzt mit einem Kollegen ein Interdisziplinäres Familienzentrum. Dazu werden acht Arztsitze von Praxisabgebern gekauft und mit angestellten Ärzten besetzt. Ausgehend davon, dass ca. 50 - 60% der Fläche pro Praxis Nebennutzflächen, also keine reinen Behandlungsflächen sind, könnte die

Mietfläche um ca. 40% reduziert werden. Zudem entsteht durch eine Raumdoppelnutzung die Möglichkeit, die Räume effizient und dauerhaft auszulasten (weitere 10%). Damit würden im Vergleich zum ersten Modell alleine 9.750 Euro/Arztsitz Mietkosten pro Jahr gespart werden.

Weitere Effekte entstehen im Personalbereich, bei dem ein Zentrales Management alle administrativen Arbeiten übernimmt (Schreibarbeiten, Terminkoordination, Rezeptverteilung, Dokumentation, etc.). Die Arzthelferinnen wiederum sind verschiedenen Ärzten zugeteilt. Durch die Trennung von arztbezogener Tätigkeit und nicht-arztbezogener Tätigkeit lassen sich zum vorherigen Modell pro Sitz ca. eine Arbeitskraft zur herkömmlichen Praxis sparen. Damit sinken die Kosten pro Praxis weiter.

Konsequent zu Ende geführt, haben die Ärzte in diesem Fall die Möglichkeit, die durchschnittliche Betriebskostenquote einer Praxis durch effiziente Raumkonzentration, Geräteeilung, Zentralisierung von Personal und Funktionsabläufen die Kostenquote von durchschnittlich 50% auf bis unter 30% und tiefer zu reduzieren.

Bezogen auf das Ergebnis dieses Zentrums bedeutet der Einspareffekt überschlüssig: Nimmt man einen Umsatz von 200.000 Euro pro Sitz, so bleiben nach Abzug der Kosten nicht 100.000 Euro, sondern 140.000 Euro vor Steuern übrig. Abzüglich des Honorars für den angestellten Kollegen von ca. 80.000 Euro bleiben 60.000 Euro Ge-

winn vor Steuern/Sitz. Multipliziert mit acht Sitzen wären dies im Ergebnis 480.000 Euro. Dagegen laufen noch die Kosten des Zentrumpersonals/Management sowie die Tilgung der Kaufpreise der Sitze u.a., so dass für die beiden Ärzte neben ihren eigenen Gewinnen aus den Praxen ca. 250.000 Euro vor Steuern aus dem Betrieb des Zentrums entfielen.

Fazit

Wie weit man bei der persönlichen Ausgestaltung der ärztlichen/zahnärztlichen Tätigkeit geht, bleibt unbenommen. Beide Beispiele hängen natürlich von vielen weiteren Faktoren ab, zeigen aber im Ansatz, wo die Stellschrauben liegen. Als Faustregel gilt daher: Je höher die Bereitschaft zur Zentralisierung, je höher das Einsparpotential aller.

Unabhängig von diesen Potentialen und den positiven Effekten, die durch eine Zusammenlegung für die Patienten entstehen können (bessere Koordination, umfassendere Differentialdiagnostik, Betreuung, Dokumentation, Außendarstellung, etc.), können sich die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte damit in Zukunft unabhängiger von Vergütungsschwankungen im gesetzlichen/privaten Bereich machen. Dazu wird die Praxiswertsicherung im Gegensatz zur allein stehenden Einzelpraxis auch im Zuge der Gesundheitsreformen deutlich gewinnen.