

### Kooperationen

#### „Reichtum im Alter“ – das MVZ als Altersversorgung

von Rechtsanwalt Dr. Thomas Willaschek, Fachanwalt für Medizinrecht, Partner der DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin

Mit Mitte 50 beginnen die meisten Praxisinhaber, sich Gedanken über die weitere Lebensplanung zu machen. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei das Wann und Wie der Praxisabgabe. Viele Ärzte trennen sich zögerlich vom Lebenswerk, außerdem kann der Übergang in die Rente zu einer deutlichen Absenkung des Lebensstandards führen. Der für die Praxis erzielbare Verkaufspreis kompensiert diese Nachteile nicht immer. Hinzu kommt, dass es derzeit schwerfällt, am Kapitalmarkt eine interessante Rendite zu erwirtschaften. Wer sich vor diesem Hintergrund wünscht, weiterhin – und bis ins hohe Alter – „Praxisinhaber“ bleiben zu können, für den kann ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eine Option sein.

#### Warum MVZ? Warum als GmbH?

Nur das MVZ in Form einer GmbH bietet die Möglichkeit, gleichzeitig Inhaber und Angestellter zu sein. Für Einzelpraxisinhaber mit angestellten Ärzten ist es die einzige Option, weiter allein Gesellschafter zu sein und keine Partner aufnehmen zu müssen. Außerdem ist es für diese – wie auch für starke Seniorpartner von Berufsausübungsgemeinschaften – die einzige legale Gestaltung, um die eigene ärztliche Tätigkeit weitestgehend zu reduzieren, trotzdem „Chef im eigenen Haus“ zu bleiben und die Gewinne des MVZ zu entnehmen.

Gründer und Betreiber eines solchen MVZ kann jeder Vertragsarzt sein. Das gilt auch für den, der auf seine Zulassung verzichtet hat, um in seinem eigenen MVZ selbst als Angestellter weiter vertragsärztlich tätig zu sein. Solange die vertragsärztliche Tätigkeit fortgeführt wird, bleibt ein Arzt also zulässiger MVZ-Inhaber. Er kann dann Mitgesellschafter oder Alleingesellschafter der MVZ-Gesellschaft sein, in der er gleichzeitig Angestellter ist. Dieser

scheinbar schwierige Spagat ist rechtlich gut umsetzbar.

#### Wie stark muss sich der MVZ-Inhaber einbringen?

Ein Vertragsarzt muss mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag ausfüllen und damit mehr als zehn Stunden in der Woche für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen – die KVen überprüfen das anhand der über die lebenslange Arztnummer abgerechneten Leistungen. Zehn Stunden sind recht viel, wenn man eigentlich im Ruhestand sein möchte. Dazu kommt, dass ein halbes Budget (RLV o. Ä.) in Anspruch genommen wird, auf dem zumindest doppelt so viel gearbeitet werden könnte. Deshalb erscheint ein Festhalten an der eigenen Zulassung nicht als geeignete Lösung.

Im Gegensatz dazu kann ein Versorgungsauftrag für Angestellte geviertelt werden. So reicht auch eine Tätigkeit von deutlich unter zehn Wochenstunden für den Inhaber bzw. Gesellschafter einer MVZ-Gesellschaft, der nicht Vertragsarzt ist, aus. Drei Stunden pro Woche zu arbeiten, ist für viele Ärzte evtl.

schon eher denkbar. Daneben besteht die Möglichkeit, sich bei Urlaub und Krankheit vertreten zu lassen, sodass in der Praxis weiter gearbeitet wird.

Für Rheumatologen kann es – wenn auch das letzte Viertel des eigenen RLV nicht beeinträchtigt werden soll – sinnvoll sein, rechtzeitig einen (halben) hausärztlichen Sitz ins MVZ zu integrieren und schließlich ein Viertel dieses Sitzes zu besetzen. Das wirtschaftliche Potenzial müsste im Einzelfall analysiert werden.

Vertragsarztrechtlich darstellbar ist auch, ein sog. Jobsharing in das MVZ zu transferieren bzw. als Angestellter im eigenen MVZ zu beginnen. Ein solches bewirkt, dass sich der MVZ-Inhaber und ein jüngerer Arzt selbst den geviertelten Versorgungsauftrag noch teilen – und zwar nicht hälftig, sondern flexibel. Genehmigt der Zulassungsausschuss das Jobsharing, reicht daher minimales persönliches Engagement in der Patientenbetreuung: nach liberaler Auffassung bereits ein einziger Behandlungsfall im Quartal.

Ob sich der MVZ-Inhaber darüber hinaus einbringen möchte, bleibt ihm überlassen. Gestaltungsspielraum bieten insbesondere

- die Geschäftsführung der MVZ-Gesellschaft und
- die ärztliche Leitung des MVZ.

Der **Geschäftsführer** handelt zivilrechtlich für die Gesellschaft, d.h. er vertritt sie bei Vertragsabschlüssen, Kündigungen etc. Der **ärztliche Leiter** hat die vertragsarztrechtliche Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung.

wortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung – insbesondere für die Einholung von Genehmigungen, das Anzeigen von Vertretungen und die Unterzeichnung der Abrechnung. Um ärztlicher Leiter zu sein, dürfte es ausreichen, zehn Stunden/Woche im MVZ (0,25 Versorgungsauftrag) ange stellt zu sein.

**Aber:** Der „Teilzeit-Ruheständler“ muss weder die Geschäftsführung noch die ärztliche Leitung übernehmen. Beide Positionen können genauso gut Ange stellte oder auch Mitgesellschafter ausfüllen.

### Die letzten werden nicht die ersten sein – der eigene „Fünfjahresplan“

Es ist, wie gezeigt, einiges möglich, wenn man bereit ist, statt in den Ruhe stand zu gehen, Unternehmer zu wer den. Elementar ist eine frühzeitige Pla nung der einzelnen Schritte, vor allem der Umwandlung einer Praxis in ein MVZ und der eigenen Arbeitszeitredu zierung bis nahe Null, aber auch der weiteren im Beitrag genannten Aspek te. Ein Planungshorizont von fünf Jahren erscheint optimal.

### Kein Konzept „von der Stange“

Weil das Projekt langfristig sinnvoll aufgestellt sein muss, ist „Maßarbeit“ gefragt, Blaupausen verbieten sich. Insbesondere die Standardkonzepte einiger Berater tragen nicht jede Kon stellation. Zu guter Letzt sollte von An fang an ein MVZ-erfahrener Steuer berater in die Überlegungen einbezo gen werden.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Lesen Sie von Dr. Willaschek zum Thema auch den Beitrag „Drei gute Gründe für die Gründung eines MVZ im Jahr 2016“ im RheumaGuide 2/2016 (unter [www.rheumaguide.de](http://www.rheumaguide.de) im Archiv)
- Sowie ergänzend den Beitrag „Ist die Anstellung von Ärzten anderer Fach richtung möglich und sinnvoll?“ im RheumaGuide 1/2014.

## Vergütung

### KV-Honorar 2015 – Die Eckdaten für Rheumatologen

Seit 2012 ist die KBV verpflichtet, für jedes Quartal, für jede Fachgruppe und für jede KV einen Bericht u. a. über die Ergebnisse der Honorarverteilung, die Fall zahlen und das Honorar je Arzt zu erstellen. Aktuell hat die KBV den Honorar bericht für das 1. Quartal 2015 sowie die Kennzahlen aller Abrechnungsgrup pen für das gesamte Jahr 2015 veröffentlicht. In der folgenden Tabelle finden Sie die Durchschnittsumsätze, Fallzahlen und Fallwerte für 2015 aus 13 KVen (für Bremen, Hamburg, Saarland und Thüringen werden im Honorarbericht keine Daten ausgewiesen).

KV	KV-Umsatz 2015 je Arzt und Quartal	Fälle 2015 je Arzt und Quartal	Fallwert
Baden-Württemberg	67.150 Euro	1.001	67,07 Euro
Bayern	77.174 Euro	836	92,35 Euro
Berlin	47.631 Euro	960	49,61 Euro
Brandenburg	55.492 Euro	953	58,24 Euro
Hessen	66.743 Euro	872	76,52 Euro
Meck.-Vorpommern	43.345 Euro	761	56,96 Euro
Niedersachsen	83.324 Euro	1.058	78,79 Euro
Nordrhein	64.344 Euro	997	64,51 Euro
Rheinland-Pfalz	81.496 Euro	1.062	76,77 Euro
Sachsen	59.398 Euro	1.181	50,28 Euro
Sachsen-Anhalt	52.760 Euro	997	52,93 Euro
Schleswig-Holstein	41.784 Euro	691	60,51 Euro
Westfalen-Lippe	87.310 Euro	1.178	74,14 Euro
<b>Durchschnitt alle KVen</b>	<b>68.601 Euro</b>	<b>975</b>	<b>70,38 Euro</b>

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; Praxen mit zugel. Ärzten; eigene Berechnungen.

### Deutliche Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern ...

Die vorstehenden Daten basieren auf den Abrechnungsergebnissen von ca. 258 rheumatologischen Praxen. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und in den neuen Bundesländern: Das Durchschnittshonorar eines Rheumatologen in den neuen Bundesländern liegt bei einer um ca. 3 Prozent höheren Durchschnittsfallzahl um ca. 25 Prozent unter dem Durchschnittshonorar eines Rheumatologen in den alten Bundesländern. Beim Fallwert beträgt die Differenz zwischen den alten und den neuen Bundesländern immerhin über 27 Prozent.

### ... bei durchschnittlicher Honorarsteigerung von 2,2 Prozent

Im Vergleich zum Vorjahr ist das KV-Honorar je Rheumatologe in 2015 bei nahe zu unveränderter Fallzahl um 2,2 Prozent gestiegen.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Den Honorarbericht für das 1. Quartal 2015 und die Kennzahlen der Abrechnungs gruppen finden Sie unter [www.kbv.de/html/honorarbericht.php](http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php).
- Unter [www.rheumaguide.de](http://www.rheumaguide.de) finden Sie im Archiv in Ausgabe 4/2015 den Honorar bericht der KBV für 2013 sowie einen Kommentar des BDRh zum Thema.

Kerndokumentation**Mehr als jeder vierte RA-Patient in Deutschland wird mit Biologika behandelt**

Die Versorgung von Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) mit Biologika ist in Deutschland in den vergangenen Jahren weiter gestiegen, von 16 % im Jahr 2007 auf 27 % 2014. Laut Daten der Deutschen Kerndokumentation zu mehr als 8.000 RA-Patienten, werden vor allem Patienten mit > 5-jähriger Krankheitsdauer sowie seropositive Patienten häufiger mit Biologika behandelt. 36 % der Registerpatienten waren in Remission (Disease-Activity-Score DAS28 < 2,6), weitere 19 % hatten eine niedrige Krankheitsaktivität (DAS28 < 3,2). Die Remissionsrate ist im Zeitraum 2007 bis 2014 allerdings nur bei Patienten mit langer Krankheitsdauer um 8 bis 10 % zurückgegangen, während sie bei Patienten mit < 2-jähriger Krankheitsdauer unverändert geblieben ist.

QUELLE

- Albrecht K et al.: Versorgung der rheumatoiden Arthritis 2014. Aktuelle Daten aus der Kerndokumentation. Z Rheumatol 2016, doi:10.1007/s00393-016-0156-5

Studie**Wechsel auf Nicht-TNF-Blocker bei therapieresistenten RA-Patienten erfolgreicher als zweiter TNF-alpha-Hemmer**

Rund ein Drittel der Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) sprechen auch auf den erstmaligen Einsatz eines TNF-alpha-Blockers nur unzureichend an. Was sollte dann getan werden? Einen anderen TNF-Blocker versuchen oder besser ein Biologikum mit anderem Wirkprinzip einsetzen? Nach Daten einer französischen Studie bei 300 RA-Patienten, im Mittel 57 Jahre alt, 80 % Frauen, ist die zweite Strategie

Erfolg versprechender. Bei allen Studienteilnehmern lag zu Beginn trotz anti-TNF-Therapie der DAS28-ESR-Score  $\geq 3,2$ . Die Patienten wurden nun mit einem zweiten TNF-Blocker oder einem Biologikum mit anderem Wirkmechanismus (Verhältnis 1 : 1) behandelt. Durch Wechsel des Wirkprinzips erreichten deutlich mehr Patienten ein gutes oder moderates EULAR-Ansprechen in Woche 24 (69 % vs. 52 %,  $p=0,004$ ). Auch bei Studienende nach 52 Wochen zeigten sich die Vorteile: 41 % der mit einem anderen Biologikum behandelten Patienten hatten eine niedrige Krankheitsaktivität vs. 23 % der Patienten in der TNF-Gruppe.

QUELLE

- Gottenberg JE et al.: Non-TNF-Targeted Biologic vs a Second Anti-TNF Drug to Treat Rheumatoid Arthritis in Patients With Insufficient Response to a First Anti-TNF Drug. JAMA 2016;316(11):1172-1180

Risiko-Management**EULAR gibt Empfehlungen zur KHK-Vorbeugung bei Rheuma-Patienten**

Patienten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen haben ein um rund 50 Prozent höheres Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen als die Allgemeinbevölkerung. Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat jetzt neue Empfehlungen zum Risiko-Management bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA), ankylosierender Spondylarthritis (AS) und Psoriasisarthritis (PsA) veröffentlicht:

- NSAR sollten mit Zurückhaltung eingesetzt werden, vor allem bei Patienten mit manifester KHK oder mit kardiovaskulären Risikofaktoren.
- Die Notwendigkeit von Glukokortikoiden und deren Dosierung sollten regelmäßig überprüft werden.
- Das KHK-Risiko sollte bei allen Patienten mit entzündlich-rheumatischen

Erkrankungen mindestens einmal alle fünf Jahre sorgfältig evaluiert werden. Empfohlen werden dazu Risikocharts wie SCORE. Das Ergebnis sollte bei RA-Patienten mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden.

- Die Krankheitsaktivität sollte optimal kontrolliert werden, auch um das kardiovaskuläre Risiko zu senken.
- Zur Beurteilung des KHK-Risikos sollten auch Triglyzeride und HDL-Cholesterin berücksichtigt werden.
- Die Lipidwerte sollten möglichst bei stabiler Krankheitsaktivität oder in Remission gemessen werden.

Rheumatologen sollten sich des erhöhten KHK-Risikos bei diesen Patientengruppen bewusst sein und seien verantwortlich für das Risikomanagement, betont die Gesellschaft.

QUELLE

- Nurmohamed M et al.: EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis 2017; 76(1): 17-28

**Impressum****Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [info@rheumaguide.de](mailto:info@rheumaguide.de)

**Redaktion**

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),  
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

**Lieferung**

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

**Hexal AG**

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

**Hinweis**

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

