



Von Symbiosen und Heuschrecken

Konzentrationsbewegungen im Gesundheitswesen

Von Karolina Lange

Das Wort Symbiose stammt aus dem Griechischen und bedeutet „gemeinsam leben“. Es bezeichnet die Vergesellschaftung und Interaktion unterschiedlicher Individuen zum beiderseitigen Nutzen im Hinblick auf biologische Fitness, Überlebenswahrscheinlichkeit oder verbesserten Stoffwechsel. Symbiosen sind mithin echte Win-win-Situationen. Symbiosen gibt es auf der Erde seit es Leben gibt. Unsere Evolution ist ohne Symbiosen nicht denkbar. Vor rund 3,7 Milliarden Jahren entstanden in der Nähe heißer Quellen auf dem Grund des Ur-Ozeans die ersten Bakterien. Sie existierten etwa drei Milliarden Jahre lang vor sich hin, bis sich einige von ihnen vor 500 Millionen Jahren zu komplexeren Strukturen zusammenschlossen, ihre Funktionen aufeinander abstimmten und fortan im Sinne eines größeren Gebildes zusammenarbeiteten. So sind Pflanzen- und Tierzellen entstanden.

Was das mit dem Gesundheitswesen zu tun hat?

Nun, zunehmend finden wir auch im Gesundheitswesen Zusammen-

schlüsse, Verbünde, Ketten, Kooperationen, Fusionen und Übernahmen. Letztlich sind auch dies Interaktionen unterschiedlicher Individuen zum beiderseitigen Nutzen.

Zusammenschlüsse im ambulanten Gesundheitssektor

Wie die Bakterien im Ur-Ozean waren die Leistungserbringer im ambulanten Sektor lange Zeit Einzelkämpfer. Das passte gerade in den 70er bis 90er Jahren vor allem deshalb, weil das Gesundheitssystem finanziell gut gesättigt war und der Betrieb einer freiberuflichen Einzelpraxis einer Familie regelmäßig ein sehr auskömmliches Einkommen bescherte. Doch nichts ist so beständig wie der Wandel und so änderte sich die Lage aufgrund von Demografie, Politik, Markt und Konkurrenz.

Berufsausübungsgemeinschaften

Der Druck auf die einzelne Praxis stieg und viele (Zahn)ÄrztInnen schlossen sich zu größeren Strukturen – damals Gemeinschaftspraxen genannt – zusammen. Heute heißen die regelmäßig als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder Partner-

Der Markt und der Evolutionsdruck bringen Gesundheitsunternehmen im ambulanten, stationären wie auch im Pflegesektor dazu, sich zusammenzuschließen. Profiteure sind diejenigen, die verstehen, die entstehenden Symbiosen und die Vorteile der Zusammenarbeit in komplexeren Strukturen zu ihrem Vorteil zu nutzen. Dafür muss jeder der Akteure bereit sein, auf ein Stück seiner Eigenständigkeit zu verzichten und sich als Teamplayer zugunsten einer Win-win-Situation in die Symbiose einzufügen.

Keywords: Strategie, Sektoren, Zusammenschlüsse

schaftsgesellschaft (PartG) betriebenen Gemeinschaftspraxen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Die Gründung einer Ärzte-GmbH wird in einigen Ärztekammer-Bezirken auch weiterhin als unzulässig abgelehnt. Erlaubt ist aber seit Anfang 2007 der Betrieb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (übAG), sodass inzwischen überregionale Berufsausübungsgemein-

MVZ-gründungsfähig sind:

- VertragsärztInnen
- VertragszahnärztInnen
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen
- Anerkannte Praxisnetze
- Kommunen
- gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen

Zuletzt wurde die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern im zahnärztlichen MVZ Bereich durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) begrenzt. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen können künftig nur noch in dialysenahen ärztlichen Fachgebieten MVZ

schaften mit teilweise über 70 Ärzten entstanden sind.

Medizinische Versorgungszentren

Während Berufsausübungsgemeinschaften ausschließlich von ÄrztInnen oder ZahnärztInnen – nicht jedoch von beiden gemeinsam – gegründet und betrieben werden können, gilt das sog. Fremdbesitzverbot nicht für (Zahn-)Medizinische Versorgungszentren (MVZ). MVZ sind – wie Praxen – Einrichtungen der ambulanten Patientenversorgung. Ursprünglich als fachübergreifende Institutionen gedacht, können sie heute auch fachgleich betrieben werden, was bedeutet, dass in ihnen nur ein (zahn)ärztliches Fach vertreten sein muss. Nach aktueller Gesetzeslage können neben ÄrztInnen und ZahnärztInnen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, unter anderem auch zugelassene Krankenhäuser MVZ gründen. Insbesondere die bestehende Gründungsbefugnis zugelassener Krankenhäuser bietet finanzstarken Investoren Zutritt zum Gesundheitsmarkt. Über den Weg des Erwerbs oder der Gründung eines Krankenhauses – oder auch eines nichtärztlichen Dialyseleistungserbringers – können also auch Nicht(zahn)ärztInnen mittelbar die Beteiligung an MVZ erwerben. Zu diesen Dritten zählen neben anderen Gesundheitsunternehmen auch Kapitalanleger wie Investoren, Venture Capital Geber, Versorgungswerke, Versicherungen oder Private Equity Fonds. Gerade letzte werden medienwirksam von der Konkurrenz als Heuschrecken bezeichnet und des Parasitismus – um bei unserem Bild zu bleiben – bezichtigt.

Aller Stimmungsmache gegen MVZ zum Trotz erfreut sich diese Form der Zusammenarbeit – nicht zuletzt auch bei (Zahn-)ÄrztInnen selbst – großer Beliebtheit. Das liegt nicht nur daran, dass die Möglichkeiten ihrer gesellschaftsrechtlichen Gestaltung weitergehend sind, als bei den BAGs.

Woher kommt der Trend?

Auch die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der tatsächlichen Zusammenarbeit bietet mehr Spielraum. Die Verpflichtung zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrags gegenüber den Patienten trifft nicht mehr den einzelnen selbständig (also selbst und ständig) tätigen Arzt, sondern das MVZ als solches und lässt sich flexibler auf die dortigen Schultern verteilen. Das kommt gerade denjenigen entgegen, die – womöglich auf gewisse Lebensphasen beschränkt – starre Arbeitsstrukturen scheuen.

Aber Symbiosen entstehen – wie eingangs erwähnt – auch wegen der höheren Überlebenschancen und zwecks verbesserten Stoffwechsels. Mithin geben auch ökonomische Aspekte und Synergieeffekte dem MVZ-Verbund recht. Kostengünstigerer Einkauf, geteilte Investitionsaufwendungen, gemeinsames Marketing, Etablierung einer ortsübergreifenden Marke, Auslastung teurer Infrastruktur – diese Vorteile liegen auf der Hand. Gleiches gilt für die Bedienung vorhandener Patientenströme. Was aber heute den wahren Vorsprung bedeutet, ist die erfolgreiche Mitarbeitergewinnung. Auch sie geht im Verbund besser, denn große Betriebe können flexible Arbeits- und Karrieremodelle anbie-

ten. Mitarbeiter können nach der Facharztausbildung im Anstellungsverhältnis weiterarbeiten und können Aufstiegs- und Entwicklungschancen im Verbund wahrnehmen.

Zentren und Satelliten

(Zahn-)Medizinische Versorgungszentren können, ebenso wie Berufsausübungsgemeinschaften, Zweigpraxen betreiben. Auf diese Weise werden Leistungen neben dem Hauptsitz auch an weiteren Filialstandorten erbracht. Wer nicht im ambulanten Gesundheitsmarkt zu Hause ist, den verwundert es vermutlich, dass die Anstellung von (Zahn-)ÄrztInnen in einer Praxis oder einem MVZ eine öffentlich-rechtliche Genehmigung voraussetzt. Ebenso bedarf grundsätzlich jeder Praxisort einer Erlaubnis. Auch bindet die Genehmigung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit diese dann an einen bestimmten Ort. Hier können Verbünde Flexibilität bieten. Es besteht die Möglichkeit, dass sich neben Praxen auch einzelne MVZ zu einer überörtlichen BAG zusammenschließen. Dies hat den Vorteil, dass die im MVZ tätigen ÄrztInnen ohne Weiteres, d.h. insbesondere ohne erneute Genehmigung, an den weiteren Standorten des MVZ Verbunds eingesetzt werden können. Dies gilt im Rahmen der geltenden gesetzlichen Grenzen, insbesondere muss die Tätigkeit am Genehmigungsort überwiegen. Nicht möglich ist hingegen die Gründung eines „überörtlichen MVZ“ in der Weise, dass sich einzelne (Zahn-)ÄrztInnen, die jeweils alleine an verschiedenen Standorten tätig sind, zu einem Versorgungszentrum zusammenschließen. Eine solche Form der Kooperation ist MVZ bislang nicht gestattet.

Zusammenschlüsse im stationären Gesundheitssektor

Ähnlich wie der ambulante Gesundheitssektor ist auch im stationären Versorgungsbereich ein klarer Trend zur Konzentration und Marktkonsolidierung erkennbar. Kann es daran liegen, dass auch hier Symbiosen das Überleben der Krankenhäuser erleichtern oder gar sichern?

Herausforderungen und Selektionsdruck

Krankenhausträger haben aktuell vielerlei Herausforderungen zu meistern: Steigender Wettbewerbsdruck

Zulässige Rechtsformen für MVZ:

- Personengesellschaft (GbR oder Partnerschaftsgesellschaft)
- eingetragene Genossenschaft
- GmbH
- öffentlich-rechtliche Rechtsform

Die OHG und die KG stellen keine taugliche Rechtsform für den Betrieb eines MVZ dar, da MVZ kein Handelsgewerbe betreiben.

in Verbindung mit einem anhaltenden, stetigen Kampf um qualifiziertes medizinisches Personal; zunehmende gesetzliche Regulierungen, beispielsweise zuletzt im Bereich der Abrechnung stationärer Leistungen durch die Einführung des MDK-Reformgesetzes Anfang des Jahres 2020 sowie wachsende Anforderungen im Hinblick auf die zunehmende Digitalisierung des Krankenhausalltags.

Im stationären Gesundheitssektor herrscht darüber hinaus ein klarer Trend hin zur immer stärkeren Spezialisierung auf einzelne Fachbereiche. Das Ziel besteht darin, sich in speziellen Disziplinen als Marktführer zu positionieren und auf diese Weise das Überleben des Krankenhausbetriebes zu sichern. Aufgrund der inzwischen bestehenden medialen Transparenz und den damit einhergehenden Vergleichsmöglichkeiten der verschiedenen Leistungsangebote der einzelnen medizinischen Einrichtungen steigt die Bereitschaft der Patienten, weite Anreisen in Kauf zu nehmen, um dafür von den jeweiligen „Spezialisten auf ihrem Gebiet“ behandelt zu werden.

Der deutsche Krankenhausmarkt gilt, trotz eines kontinuierlichen Abbaus an stationären Einrichtungen, mit knapp 2000 Krankenhäusern im internationalen Vergleich immer noch als überversorgt. Zunehmend können kleinere Einrichtungen den vorstehend geschilderten Herausforderungen und dem daraus resultierenden Druck der freien Marktwirtschaft nicht standhalten. Sie müssen schließen oder werden durch größere Krankenhausverbände aufgekauft.

Ziele der Konzentration und Kooperation

Die Ziele, die bei dem Aufkauf von Krankenhäusern verfolgt werden, sind vielfältig. Während ein Teil der erworbenen Krankenhäuser im Wesentlichen unverändert fortbetrieben wird, werden andere auf die profitablen Bereiche „zurückgestutzt“, während die Patientenströme im Übrigen auf andere (Verbund-)Krankenhäuser umgeleitet werden. Schließlich werden konkurrierende Krankenhäuser aber auch schrittweise geschlossen, während die Patientenströme auf die eigenen Verbundkrankenhäuser „fusioniert“ werden.

Es kommt aber auch vor, dass Krankenhäuser sich zu partnerschaftlichen Verbänden zusammenschließen, wenn auch dies deutlich seltener zu beobachten ist. Die für Verbände im ambulanten Bereich geschilderten ökonomischen Vorteile gelten auch hier. Dabei profitieren Krankenhäuser oft besonders nachhaltig von einer gemeinsamen Verwaltung und IT-Infrastruktur.

Überlebenschance für kleine Krankenhäuser?

Kleine Krankenhäuser sind aber auch ein willkommenes Kaufobjekt für diejenigen Akteure, die im Bereich der ambulanten Medizin ein Krankenhaus als Zutritt zum Gesundheitsmarkt erwerben wollen (dazu oben). Unter dem Krankenhaus gründen sie MVZ oder kaufen seriell Praxen auf und wandeln sie in MVZ um (sog. buy and build). Während in den letzten Jahren nur vereinzelt kleine Krankenhäuser auf dem Markt waren, mehren sich nach unserer Beobachtung zurzeit die Angebote, was denjenigen, die eine buy and build Strategie im ambulanten Bereich umzusetzen suchen, entgegenkommt.

Same, same but different – Symbiosen auf dem Pflegemarkt

Ähnliche Tendenzen neuer symbiotischer Zusammenschlüsse finden wir auch stetig zunehmend auf dem ambulanten und stationären Pflegemarkt. Während bei Pflegeheimen und sonstigen Einrichtungen der Seniorenpflege traditionell sowohl die Immobilie als auch der Betrieb selbst in einer Hand gehalten wurden, findet heute eine Spezialisierung und Professionalisierung mit starkem

Konsolidierungstrend statt. Sowohl die Immobilienbestandshalter einerseits als auch die Pflegeheim- bzw. Pflegedienstbetreiber andererseits sehen sich zahlreichen und sich stetig wandelnden regulatorischen als auch wirtschaftlichen Herausforderungen ausgesetzt. Gleichzeitig verspricht der demographische Wandel einen stetig und nachhaltig wachsenden Markt. Dies wurde nicht zuletzt von strategischen Investoren erkannt, vereinzelt findet aber auch ein Rückwerb durch freigemeinnützige Träger statt.

Veränderte Bedürfnisse der Bewohner, bevorstehende Verrentung der Babyboomer, knappe Kassen bei den Sozialhilfeträgern und eine landesspezifisch sehr unterschiedliche Rechtslage sind nur einige Aspekte, die Veränderungen und – zurück zur Biologie – Mutationen am Markt feuern oder gar erfordern. So finden wir neben den klassischen Übernahmen und Umstrukturierungen bestehender Einrichtungen die Entwicklung innovativer, facettenreicher und (noch) wenig regulierter Versorgungskonzepte. Einen Überblick über die Lage und aktuelle Trends auf dem Pflegemarkt zeigt meine Kollegin und Spezialistin in diesem Gebiet, Kathleen Munstermann, LL.M. (Medizinrecht) in [der nächsten Ausgabe]. ■

Mein herzlicher Dank gilt meinen Kolleginnen Kathleen Munstermann, LL.M. (Medizinrecht) und Ina Schmidbauer für ihre wertvolle symbiotische Mitwirkung an diesem Artikel.

Karolina Lange, LL.M. (Medizinrecht)

Rechtsanwältin

Taylor Wessing PartG mbB am Standort

Düsseldorf

K.Lange@taylorwessing.com

Taylor Wessing Partnerschaftsgesellschaft mbB

Benrather Str. 15

40213 Düsseldorf



Karolina Lange