

Leitfaden: Gründung kommunales MVZ – verständlich, praxisnah, umsetzbar

Stand: Januar 2026

1. In 90 Sekunden: Worum es geht

Ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist ein geeignetes Instrument, um die hausärztliche Versorgung vor Ort zu stabilisieren, wenn Praxisnachfolgen wegbrechen oder absehbar nicht gelingen. Erfolgreich ist ein MVZ insbesondere dann, wenn drei Punkte von Beginn an strukturiert geplant werden: Zuerst wird die tatsächliche Versorgungslage und die realistische Mitwirkungsbereitschaft vor Ort geklärt, erst danach wird das passende Modell festgelegt. Parallel werden die zulassungsrelevanten Mindestanforderungen und die Finanzierung so abgesichert, dass Zeitplan und Startphase nicht an Formalien oder Liquidität scheitern. Schließlich wird der Betrieb so organisiert, dass Ärzte entlastet werden und sich auf die medizinische Versorgung konzentrieren können, während Verwaltung, Abrechnung und Controlling professionell gesteuert werden.

Dieser Leitfaden beschreibt das Vorgehen Schritt für Schritt, benennt die entscheidenden Weichenstellungen und zeigt typische Stolpersteine auf, damit Kommunen ein MVZ planbar, rechtssicher und praxistauglich umsetzen können.

2. Was ist ein MVZ – kurz erklärt

Ein MVZ ist eine ärztliche Einrichtung der ambulanten Versorgung, in der mehrere Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden: Ärzte) gemeinsam unter einem organisatorischen Dach tätig sind. Es kann als rein hausärztliches MVZ betrieben werden oder mehrere Fachrichtungen bündeln. Für Patientinnen und Patienten entsteht dadurch häufig mehr Stabilität, weil Versorgung, Vertretung und Praxisorganisation weniger stark von einzelnen Personen abhängen.

Für die Gründung sind insbesondere drei Punkte wichtig:

- Erstens muss das MVZ die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllen. Dazu gehört, dass am MVZ-Sitz mindestens zwei Ärzte tätig sind. In der Praxis wird diese Anforderung häufig dadurch erreicht, dass mindestens zwei halbe Versorgungsumfänge oder vergleichbare Anstellungen vorhanden sind, die zusammen mindestens einem Vollzeit-Äquivalent entsprechen.
- Zweitens unterliegt das MVZ der Bedarfsplanung. Vereinfacht gesagt regelt die Bedarfsplanung, wo und in welchem Umfang Arztstellen oder Sitze überhaupt möglich sind. Sie beeinflusst damit direkt, ob zwei bereits niedergelassene Ärzte als Gründerärzte des MVZ gewonnen werden müssen oder ob ein oder zwei neue Ärzte für die Gründung möglich/notwendig sind. Gleichzeitig definiert sie auch, ob ein Standort ausgebaut werden kann und welche Wege zur Besetzung und Weiterentwicklung realistisch sind.
- Drittens ist eine Ärztliche Leitung zu bestellen. Diese Funktion ist Voraussetzung für die Zulassung und nicht nur eine Formalie. Die Ärztliche Leitung muss mindestens $\frac{1}{2}$ Arztsitz belegen und in den Praxisalltag eingebunden sein. Sie stellt sicher, dass die vertragsärztlichen Vorgaben eingehalten werden. Zudem muss sie so eingebunden sein, dass sie ihre Aufgaben im Alltag tatsächlich wahrnehmen kann.

3. Bevor die Gründung eines MVZ beschlossen wird, sollte die Kommune drei Fragen beantworten:

Bevor die Gründung eines MVZ politisch beschlossen wird, sollte die Kommune drei Punkte sachlich prüfen und dokumentieren. Das schafft eine belastbare Entscheidungsgrundlage und reduziert spätere Nachsteuerungen.

- I. **Ist die Versorgung objektiv gefährdet?** Hier geht es um Fakten und absehbare Entwicklungen: Haben Praxisinhaber ihre Praxis bereits geschlossen oder eine kurz- bzw. mittelfristige Schließung kundgetan. Gibt es Praxisinhaber deren Alter einen absehbaren Ruhestand erwarten lassen, werden Öffnungszeiten einzelner Praxen reduziert, klagen Ärzte über fehlende Nachfolger und die Bevölkerung darüber, dass sie keinen Hausarzt mehr finden, da die bestehenden Praxen einen Aufnahmestopp verhängt haben. Auch weite Wege, geringe Erreichbarkeit und eine instabile Vertretungssituation sind typische Hinweise, dass Handlungsbedarf besteht.
- II. Welche Alternativen wurden realistisch geprüft? Ein kommunales MVZ ist nicht automatisch die beste oder erste Lösung. Vorab sollten praktikable Alternativen bewertet werden, etwa eine aktive Nachfolgebegleitung, Kooperationsmodelle zwischen Praxen, Anstellungsmodelle in bestehenden Strukturen, eine interkommunale Lösung oder ein privatwirtschaftliches MVZ. In der Praxis wird ein kommunales MVZ häufig dann sinnvoll, wenn diese Optionen nicht tragfähig sind, nicht rechtzeitig kommen oder keine ausreichende Versorgungssicherheit erzeugen.
- III. Sind die kritischen Partner früh eingebunden? Viele Verzögerungen entstehen nicht im Betrieb, sondern in Abstimmungen und Formalien. Deshalb sollten Kommunalaufsicht und die zuständige KV frühzeitig einbezogen werden; bei Bedarf auch der Zulassungsausschuss mit Blick auf Termine, Unterlagen und Fristen. Je früher Anforderungen und Stolpersteine geklärt sind, desto weniger Rückschleifen entstehen im späteren Prozess.

4. Das bewährte Vorgehen aus der Praxis

Viele Projekte scheitern nicht am fehlenden Willen, sondern an der falschen Reihenfolge: Es wird über Rechtsform oder Immobilie gesprochen, bevor klar ist, ob das ärztliche Fundament wirklich steht. Der Ablauf sollte daher konsequent von der Versorgungsrealität ausgehen und erst danach in Struktur, Finanzierung und Umsetzung übersetzt werden.

Schritt A: Einzelgespräche mit allen relevanten Akteuren der hausärztlichen Versorgung am Ort

In dieser Phase werden in ergebnisoffenen Einzelgesprächen die tatsächliche Versorgungslage, die Planungen und die persönlichen Präferenzen der beteiligten Ärzte und weiterer Akteure erhoben. Ziel ist ein belastbares Bild darüber, welche Lösung realistisch ist und wie groß die Mitwirkungsbereitschaft tatsächlich ausfällt. Ergebnis sind ein klarer Blick auf die IST-Situation, erste Praxis- und Beteiligungsvarianten, grobe Investitions- und Finanzannahmen sowie eine konkrete Übergangslösung, falls ein Versorgungsbruch droht.

Schritt B: Gemeinsame Gesprächsrunde und Realisierungsfahrplan

Die gewonnenen Erkenntnisse werden mit den engagierten Akteuren und dem internen Projektteam der Kommune (z. B. Bürgermeister, Kämmerer, Wirtschaftsförderung) zusammengeführt und in eine umsetzbare Projektlogik überführt. In dieser Runde werden die nächsten Schritte, Verantwortlichkeiten und ein realistischer Zeitplan festgelegt, insbesondere zu Standort, Übergangslösung, Personalgewinnung, Finanzplanung und den notwendigen Abstimmungen mit Kommunalaufsicht und KV.

Schritt C: SSCR-Check (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken)

Das geplante Vorgehen wird systematisch auf Belastbarkeit geprüft: Wo sind die größten Chancen, wo sind die operativen und finanziellen Schwachstellen, und welche Risiken können den Zeitplan oder die Zulassung gefährden. Der SSCR-Check dient dazu, kritische Punkte früh sichtbar zu machen und konkrete Gegenmaßnahmen zu definieren, bevor Verträge geschlossen oder Gremienbeschlüsse gefasst werden.

Schritt D: Gründungskonzept und Umsetzungsvorbereitung

Auf Basis der geprüften Zielstruktur wird ein Gründungskonzept erarbeitet, das die gewählte Rechtsform, die Governance, die Finanzierung (inklusive Liquiditätsplanung), die Personal- und Standortplanung sowie

die Zulassungsstrategie zusammenführt. Parallel werden die wesentlichen Dokumente und Abstimmungsbedarfe vorbereitet, damit Zulassung, Vertragswerk und Betriebsaufbau zeitlich sauber ineinandergreifen.

Schritt E: Ratsvorlage und Beschlussarchitektur

Die Ergebnisse werden in eine klare, beschlussfähige Vorlage für die kommunalen Gremien überführt, einschließlich Entscheidungsalternativen, Kosten- und Risikodarstellung sowie Zeit- und Maßnahmenplan. In der Beschlussarchitektur werden die erforderlichen Einzelbeschlüsse strukturiert (z. B. Standort, Rechtsform, Finanzrahmen, Übergangslösung, Partnerkonstellation), damit die Umsetzung ohne weitere Grundsatzdebatten gestartet werden kann.

5. Rechtsformwahl

Für ein MVZ kommen nur bestimmte Rechtsformen in Betracht. Welche Form passt, hängt vom Einzelfall ab und muss jeweils rechtlich, wirtschaftlich und organisatorisch geprüft werden.

5.1 Privatrechtliche Rechtsformen

GmbH – Die GmbH ist eine eigenständige Gesellschaftsform und die häufigste Rechtsform in der MVZ-Praxis, weil sie operativ klar steuerbar ist (Personal, Verträge, Einkauf, IT, Controlling). Sie eignet sich gut für eine professionelle kaufmännische Führung und eine saubere Rollenverteilung zwischen medizinischer Leitung und Verwaltung. Zu beachten ist, dass eine Sicherheitsleistung (z. B. Bürgschaft oder gleichwertige Sicherheiten) verlangt wird und kommunalrechtliche Vorgaben zur wirtschaftlichen Betätigung und zur Ausgestaltung von Sicherheiten früh geklärt werden müssen. Zusätzlich bestehen die üblichen formalen Anforderungen einer Kapitalgesellschaft (Organpflichten, Jahresabschluss, Dokumentation).

gGmbH – Die gGmbH ist eine GmbH in gemeinnütziger Ausprägung und kann im Einzelfall interessant sein, wenn Förderlogik oder Außenwirkung eine Rolle spielen. Gleichzeitig ist sie in der laufenden Umsetzung oft anspruchsvoller, weil Mittelverwendung und Zweckbindung streng einzuhalten sind und zusätzliche Dokumentations- und Prüfpflichten entstehen. Operativ kann die Flexibilität dadurch eingeschränkt sein, weshalb die gGmbH in der Praxis seltener gewählt wird und eine klare Begründung benötigt.

Eingetragene Genossenschaft (eG) – Die eG kann Kooperationen mehrerer Akteure abbilden und eine starke regionale Verankerung fördern, weil Beteiligung und Mitgliedschaft im Vordergrund stehen. Gleichzeitig ist die Steuerung häufig komplexer, weil Entscheidungen über Mitgliederstrukturen laufen und unterschiedliche Interessenlagen zu mehr Abstimmungsaufwand führen können. Für einen straff geführten medizinischen Betrieb ist daher früh zu prüfen, ob die Governance schnell genug und dauerhaft tragfähig ist; hinzu kommt ein nicht zu unterschätzender Organisations- und Prüfaufwand. Kommunalrechtlich von Bedeutung ist, dass jeder Genosse – unabhängig von seinen Genossenschaftsanteilen – bei Abstimmungen eine Stimme hat. Damit sind z.B. Genossenschaften mit einer Kommune und zwei (Gründer-)Ärzten kommunalrechtlich nicht umsetzbar.

Personengesellschaften (GbR) und Partnerschaftsgesellschaft (PartG/PartG mbB) – Diese Formen stammen eher aus dem ärztlich-freiberuflichen Umfeld und können für rein ärztlich getragene Kooperationen naheliegend wirken. Sie sind jedoch für MVZ keine zulässigen Rechtsformen (§ 95 SGB V).

5.2 Öffentlich-rechtliche Rechtsformen

Regiebetrieb – Beim Regiebetrieb wird das MVZ innerhalb der Gemeindeverwaltung geführt, ohne eine rechtlich eigenständige Gesellschaft zu gründen. Kommunale MVZ in der Rechtsform des Regiebetriebs existieren aktuell nicht.

Eigenbetrieb – Der Eigenbetrieb ist organisatorisch verselbständigt und arbeitet typischerweise mit eigener Wirtschaftsführung, bleibt rechtlich aber eng an die Kommune angebunden. Er bietet in der Regel mehr betriebliche Struktur als ein Regiebetrieb, etwa über Wirtschaftsplan und Controlling. Gleichzeitig sind die Entscheidungen an die kommunalen Gremien gebunden, Ärzte und MFA sind kommunale Mitarbeiter. Die operative Beweglichkeit ist gering und erschwert die notwendige Reaktionsschnelligkeit in einem sich wandelnden Markt.

Kommunalunternehmen / Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) – Die AöR ist öffentlich-rechtlich, aber organisatorisch und rechtlich stärker verselbständigt als Regie- oder Eigenbetrieb und kann dadurch im Alltag praxistauglich sein. Sie erlaubt eine stabile Governance über Satzung und Organe und kann klare Rahmenbedingungen für Personal, Verträge und Betriebsprozesse schaffen. Dem steht ein höherer Initialaufwand gegenüber (Satzung, Organisation, Abstimmungen) und je nach Ausbau- oder Beteiligungswünschen eine potenziell aufwendigere spätere Erweiterung, wenn diese nicht von Beginn an mitgedacht wird.

Gemeinsames Kommunalunternehmen (interkommunale Lösung) – Diese Konstruktion dient dazu, wenn mehrere Kommunen gemeinsam Träger eines MVZ sein sollen und die Versorgung regional gedacht werden muss. Sie kann Verantwortung, Finanzierung und Steuerung zwischen den Beteiligten strukturiert regeln und damit eine tragfähige Grundlage für gemeinsame Standorte schaffen. In der Umsetzung ist jedoch mit höherem Abstimmungs- und Beschlussaufwand sowie längeren Vorlaufzeiten durch Koordination und Aufsichtsprozesse zu rechnen.

Hinweis zur Anwendung: Die Rechtsformwahl hat Auswirkungen auf Zulassungsprozess, Sicherheitsleistung, Haftung, Steuerung, Personal- und Vergütungsmodelle sowie die spätere Entwicklungsfähigkeit (z. B. zusätzliche Standorte oder interkommunale Erweiterung). Eine abschließende Bewertung sollte deshalb immer im konkreten Projektkontext erfolgen.

6. Zulassung

Die Zulassung ist der formale Schritt, damit das MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und über die KV abrechnen darf. In der Praxis ist die Zulassung weniger „Bürokratie um der Bürokratie willen“, sondern der Mechanismus, der sicherstellen soll, dass das MVZ fachlich, organisatorisch und personell tatsächlich arbeitsfähig ist. Verzögerungen entstehen meist dann, wenn personelle Voraussetzungen, Unterlagen oder Sicherheiten zu spät geklärt werden.

6.1 Zentrumscharakter

Ein MVZ muss mit mindestens zwei Ärzten tatsächlich arbeitsfähig sein. In der Startphase kann diese Anforderung über zwei halbe Versorgungsumfänge mit entsprechenden Anstellungsverträgen erfüllt werden, die zusammen mindestens einem Vollzeit-Äquivalent entsprechen. Gerade im hausärztlichen Bereich, der häufigsten Fachgruppenausrichtung bei kommunalen MVZ, kann dies aus Sicht der betriebswirtschaftlichen Tragfähigkeit jedoch nur eine kurzfristige Startlösung sein.

6.2 Ärztliche Leitung

Die Ärztliche Leitung ist eine zentrale Zulassungsvoraussetzung und nicht als formale Unterschriftpflicht zu verstehen. Sie ist gegenüber der KV dafür verantwortlich, dass die vertragsärztlichen Vorgaben eingehalten werden und das MVZ regelkonform arbeitet. In der Praxis umfasst das insbesondere die

Organisation der medizinischen Qualitätssicherung, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Pflichten (z. B. Dokumentations- und Abrechnungsanforderungen), das Monitoring eines plausiblen Abrechnungsverhaltens sowie die Kontrolle der quartalsweisen Abrechnung.

Wichtig ist, dass die Ärztliche Leitung im MVZ tatsächlich tätig ist und ihre Aufgaben real wahrnehmen kann. Medizinische Entscheidungen dürfen dabei nicht durch kaufmännische Vorgaben „gesteuert“ werden. Eine klare Trennung von medizinischer Verantwortung (Ärztliche Leitung) und kaufmännischer Steuerung (Verwaltung/Controlling) ist deshalb nicht nur organisatorisch sinnvoll, sondern schützt auch die Zulassungs- und Betriebssicherheit.

6.3 Mehrere Standorte

Ein MVZ kann mehrere Standorte betreiben. Damit der Charakter als „Zentrum“ erhalten bleibt, muss jedoch von Anfang an klar definiert sein, wie die Zentrale funktioniert und wo die Schwerpunkte der Versorgung liegen. Als praxisnahe Orientierung gilt: Der überwiegende Teil der ärztlichen Tätigkeit muss in der Zentrale erbracht werden.

6.4 Zeit und Fristen

Für die Zeitplanung ist entscheidend, dass Zulassungsverfahren nicht nur aus dem Antrag bestehen, sondern aus Unterlagen, Nachweisen und Abstimmungen, die vollständig vorliegen müssen. Nach Antragstellung kann die Bearbeitung im Zulassungsausschuss mehrere Wochen dauern; als realistische Planannahme sollten Kommunen mit einem Zeitfenster von bis zu rund zwölf Wochen rechnen. Die größten Verzögerungen entstehen erfahrungsgemäß durch fehlende oder unvollständige Dokumente, späte Unterschriftenläufe, ungeklärte Sicherheitsleistungen und ausstehende Versicherungsnachweise. Eine frühe, strukturierte Zusammenstellung dieser Punkte ist daher ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

7. Sicherheitsleistung, Bürgschaft und Versicherungen

7.1 Warum es überhaupt Sicherheiten gibt

In der vertragsärztlichen Versorgung werden Leistungen nicht „an der Kasse“ bezahlt, sondern über ein Abrechnungssystem der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Das MVZ erbringt Leistungen gegenüber gesetzlich Versicherten, rechnet diese ab und erhält darauf Zahlungen (typischerweise als Abschläge und spätere Ausgleichszahlungen im Rahmen der Quartalsabrechnung). Gleichzeitig gibt es Konstellationen, in denen bereits ausgezahlte Vergütungen ganz oder teilweise zurückfordert oder mit späteren Zahlungen verrechnet werden können, etwa wenn Abrechnungen korrigiert werden müssen, Unterlagen fehlen, Genehmigungen nicht vorlagen, Plausibilitätsprüfungen Auffälligkeiten ergeben oder formale Vorgaben nicht eingehalten wurden.

Damit die KV solche Rückforderungen im Ernstfall durchsetzen kann, verlangen KVen bei bestimmten Trägerkonstellationen und Rechtsformen eine Sicherheitsleistung. Diese Sicherheit dient nicht dazu, „Geld einzusammeln“, sondern dazu, im Falle einer Rückforderung eine verlässliche Zugriffsmöglichkeit zu haben. Für kommunale MVZ ist das Thema praktisch relevant, weil die Wahl der Rechtsform und die Art der Sicherheitsleistung darüber entscheiden kann, ob der Zulassungsprozess reibungslos läuft oder ins Stocken gerät.

7.2 Was ist eine Bürgschaft – und wofür wird sie genutzt?

Eine Bürgschaft ist eine vertragliche Zusage eines Dritten (typischerweise einer Bank), im Fall eines bestimmten Ausfallereignisses für eine Forderung einzustehen. Auf das MVZ übertragen heißt das: Wenn die KV einen Rückforderungsanspruch hat und das MVZ diesen nicht begleichen kann, kann die KV unter den Bedingungen der Bürgschaft Zahlung vom Bürgen verlangen. Die Bürgschaft ist damit eine Art „Zahlungsgarantie“ für definierte Fälle, ohne dass die KV im Vorfeld Geld erhält.

Wichtig ist dabei: Eine Bürgschaft ist kein Zahlungsfluss im Normalbetrieb. Es fließt nicht automatisch Geld an die KV, nur weil eine Bürgschaft existiert. Geld fließt erst dann, wenn der Bürgschaftsfall tatsächlich eintritt (also eine fällige Forderung besteht und die Voraussetzungen der Bürgschaft erfüllt sind). Im Alltag verursacht die Bürgschaft vor allem Kosten in Form von Bürgschaftsprovisionen bzw. Avalgebühren und bindet je nach Bank zusätzliche Sicherheiten.

7.3 Wie wird die Bürgschaft gestellt – und was bedeutet dies praktisch?

In der Praxis läuft eine Bankbürgschaft meist als sogenannte Avalbürgschaft. Das MVZ bzw. der Träger beantragt bei einer Bank die Ausstellung einer Bürgschaft zugunsten der KV. Die Bank prüft dafür die Bonität und verlangt regelmäßig Sicherheiten oder Gegenbesicherungen (z. B. Verpfändung von Guthaben, Sicherungsübereignung, Garantien, Bürgschaften, dingliche Sicherheiten oder kommunalrechtlich zulässige Formen der Absicherung). Nach erfolgreicher Prüfung stellt die Bank eine Bürgschaftsurkunde aus, die der KV als Nachweis übergeben wird. Die KV hält diese Bürgschaft als Sicherheit, ohne dass dadurch ein unmittelbarer Zahlungsvorgang ausgelöst wird. Von daher ist die Sicherheitsleistung / Bürgschaft elementarer Bestandteil des Zulassungsprozesses.

7.4 Alternative Sicherheiten: „gleichwertige Sicherheiten“ nach bürgerlichem Recht

Neben der klassischen Bankbürgschaft können je nach konkreter Vorgabe der KV auch andere, gleichwertige Sicherheiten in Betracht kommen. Gemeint sind Sicherheiten, die rechtlich und wirtschaftlich eine vergleichbare Zugriffsmöglichkeit schaffen, falls eine Rückforderung entsteht. In der Praxis ist das vor allem dann relevant, wenn eine Bankbürgschaft teuer, schwer zu beschaffen oder kommunalrechtlich schwer darstellbar ist. Bei kommunalen MVZ hat sich in der Praxis hier neben dem Avalkredit ausschließlich die direkte Bürgschaft der Kommune durchgesetzt.

7.5 Kommunale, begrenzte Sicherheitsleistung

Während niedergelassene Ärzte selbstschuldnerische Bürgschaften abgeben, entsteht bei kommunalen Trägern bei der Rechtsform der GmbH die Notwendigkeit einer begrenzten Sicherheitsleistung. Die kommunalen Rechtsformen Eigen-/Regiebetrieb, AöR und KdÖR sowie die Genossenschaften sind von der Stellung einer Sicherheitsleistung befreit. Durch die bei der GmbH ausschließlich möglichen Formen der Sicherheit (Bankbürgschaft, kommunale Bürgschaft) entsteht zusätzlich die Frage, in welcher Höhe die notwendige Sicherheitsleistung geleistet werden muss. Dies ist von KV zu KV unterschiedlich. In der Praxis ist deshalb wichtig, frühzeitig zu klären, welche Form der Sicherheitsleistung in der gewählten Struktur notwendig ist und in welcher Höhe die Sicherheitsleistung erfolgen muss.

7.6 Versicherungen: Warum das kein „Pflichtthema“ ist, sondern Risikosteuerung

Unabhängig von der Sicherheitsleistung benötigt ein MVZ eine Berufshaftpflichtversicherung, welche die ärztlich / medizinischen Schadensfälle abdeckt. Darüber hinaus sind – je nach Aufbau und Trägerstruktur – häufig weitere Versicherungen sinnvoll, weil kommunale MVZ typischerweise mehrere Risikofelder bündeln: Arbeitgeberpflichten, Organisations- und Leitungsrisiken sowie finanzielle Risiken aus Abrechnung und Betrieb.

8. Regresse und Abrechnungsrisiken

Regresse und Abrechnungsprüfungen werden in kommunalen Projekten häufig unterschätzt, weil sie komplex wirken und erst „später“ relevant erscheinen. Tatsächlich gehören sie zu den wesentlichen Betriebsrisiken eines MVZ. Dieses Risiko lässt sich jedoch deutlich reduzieren, wenn Zuständigkeiten, Prozesse und Kontrollen von Beginn an sauber organisiert werden.

8.1 Was bedeutet Regress im MVZ-Kontext?

Ein Regress ist eine (teilweise) Rückforderung von bereits vergüteten Leistungen, wenn Abrechnungs- oder Verfahrensregeln nicht eingehalten wurden oder Prüfungen Auffälligkeiten ergeben. Typische Auslöser sind:

- unplausible Abrechnung, etwa zeitlich nicht nachvollziehbare Leistungsumfänge oder ungewöhnliche Leistungsprofile
- formale Fehler, z. B. bei Anträgen, Genehmigungen, Abrechnungsziffern oder Fristen
- unzureichende oder fehlerhafte Dokumentation bzw. falsche Zuordnungen
- statistische Auffälligkeiten im Vergleich zur Fachgruppe oder Region, die Prüfverfahren auslösen können

8.2 Wie reduziert man Regressrisiken praktisch?

Ein wirksames Risikomanagement basiert auf klaren Rollen und verlässlichen Routinen. Drei organisatorische Grundsätze haben sich bewährt:

Grundsatz 1: Ärztliche Leitung mit klaren Kontrollrechten und Transparenz
Die Ärztliche Leitung muss Zugriff auf die relevanten Abrechnungs- und Leistungsdaten haben und in regelmäßigen Abständen Plausibilitäts- und Musterprüfungen durchführen können. Ziel ist nicht „Misstrauen“, sondern frühes Erkennen von Auffälligkeiten, bevor sie zu Prüfverfahren oder Rückforderungen führen.

Grundsatz 2: Kaufmännische Leitung als Prozess- und Qualitätsanker
Auch wenn die kaufmännische Leitung keine Zulassungsvoraussetzung ist, ist sie für die Abrechnungssicherheit operativ zentral. Dazu gehören insbesondere:

- strukturierte Organisation der Abrechnung (Termine, Verantwortlichkeiten, Schnittstellen)
- dokumentierte Prozesse und klare Standards (z. B. Dokumentation, Genehmigungen, Leistungsabläufe)
- internes Controlling mit festen Prüfroutinen
- Schulung von Ärzten und Team zu abrechnungsrelevanten Anforderungen und Praxisstandards

Grundsatz 3: Klare Trennung medizinischer Verantwortung und kaufmännischer Steuerung
Das MVZ sollte so organisiert sein, dass Ärzte von Verwaltungsaufgaben entlastet werden, ohne dass medizinische Entscheidungen durch kaufmännische Vorgaben beeinflusst werden. Diese Trennung stärkt die rechtliche Stabilität, verbessert die Prozessqualität und reduziert Abrechnungs- und Haftungsrisiken.

9. Finanzierung und Startphase

Für die Gründung und den stabilen Start eines MVZ ist eine belastbare Finanzplanung zwingend erforderlich. Bewährt hat sich ein Finanzplan mit einer Laufzeit von mindestens fünf Jahren, wobei die Liquiditätsplanung auf Monatsbasis erfolgen sollte. Hintergrund ist, dass die Zahlungsströme in der Startphase stark schwanken können und gerade die ersten Quartale über Liquidität und Handlungsfähigkeit entscheiden.

Im ersten Schritt wird der voraussichtliche Kapitalbedarf der Anfangszeit ermittelt. Dabei sind typischerweise zu berücksichtigen: Ablöse bzw. Übernahme bestehender Praxen (inklusive Inventar und ggf. weiterer Vertragsübernahmen), Investitionen in Ausstattung und IT, Anlaufkosten (z. B. Umbau, Umzug, Beratung, Gründungskosten) sowie die Abfederung der Startphase einschließlich Gehältern für Ärzte und nichtärztliches Personal.

Wesentlich für die Liquiditätsplanung ist die Zahlungssystematik der KV. Einnahmen aus der vertragsärztlichen Versorgung kommen nicht „täglich“ wie im Einzelhandel, sondern folgen einer Quartalslogik mit Abschlägen und späteren Abrechnungs- bzw. Ausgleichszahlungen. In der Praxis bedeutet das: Das MVZ muss die Zeit zwischen Leistungsbeginn, Abrechnungsprozess und tatsächlichem Zahlungseingang aus eigener Liquidität überbrücken können. Entsprechend sind konservative Annahmen zu Zahlungszeitpunkten, Abschlagshöhen und möglichen Korrekturen (z. B. Rückforderungen/Verrechnungen) in den ersten Quartalen einzuplanen.

Als grobe Orientierungsgröße liegt das übliche Finanzierungsvolumen für die Gründung eines kommunalen MVZ – inklusive Ablöse/Übernahme von Bestandspraxen und der finanziellen Abfederung der Startphase (Gehälter, Ausstattung, Betriebsmittel) – häufig im Bereich von 250.000 bis 600.000 EUR. Die tatsächliche Höhe hängt insbesondere von Anzahl, Fachgruppenart und Umfang der übernommenen Sitze/Praxen, dem Personalaufbau, dem Investitionsbedarf am Standort und der geplanten Übergangslösung ab.

10. Typische Stolpersteine (und wie man sie vermeidet)

- Diskussion von Rechtsform oder Immobilie zu Beginn, obwohl die ärztliche Besetzung und die Mitwirkungsbereitschaft noch nicht belastbar geklärt sind. Abhilfe: zuerst IST-Erhebung und ärztliche Optionen sichern, danach Strukturentscheidungen treffen.
- Zu wenige Einzelgespräche und zu viele frühe „Runden“ ohne belastbare Faktenbasis. Abhilfe: Einzelgespräche systematisch führen, Ergebnisse konsolidieren und erst dann in eine gemeinsame Arbeitsrunde überführen.
- Ärztliche Leitung wird als Formalie betrachtet und nicht als zentrale Betriebsfunktion organisiert. Abhilfe: Ärztliche Leitung früh benennen, Aufgaben und Stellvertretung festlegen und den Zugriff auf Abrechnungs- und Qualitätsinformationen sicherstellen.
- Sicherheitsleistung und Versicherungsnachweise werden erst am Ende adressiert und verzögern Zulassung und Gründung. Abhilfe: Sicherheitsleistung, Bürgschaftsweg und Versicherungskonzept parallel zur Rechtsformentscheidung klären.
- Zusätzliche Standorte werden geplant, ohne die Zentrale als Hauptstandort organisatorisch und kapazitiv ausreichend zu konzipieren. Abhilfe: Zentrenlogik definieren, Leistungs- und Personalplanung auf die Zentrale ausrichten, Standortentwicklung stufenweise umsetzen.
- Abrechnung und IT werden nicht als eigenständiges Teilprojekt geführt. Abhilfe: Abrechnung/IT früh planen (Software, Schnittstellen, Prozesse, Zuständigkeiten) und mit dem Starttermin synchronisieren.
- Personalgewinnung (Ärzte und MFA) wird unterschätzt oder zu spät gestartet. Abhilfe: Rekrutierung parallel zur Zulassungsvorbereitung beginnen und eine realistische Anlaufbesetzung planen.
- Verträge (Miete, Leasing, Praxisübernahmen) sind zeitlich oder inhaltlich nicht auf Zulassung und Startbetrieb abgestimmt. Abhilfe: Vertragsfahrplan erstellen und Closing-Termine mit Zulassungs- und Inbetriebnahme-Meilensteinen verzähnen.
- Kommunalaufsicht wird erst kurz vor Beschluss eingebunden, wodurch Nachforderungen und Verzögerungen entstehen. Abhilfe: kommunalrechtliche Eckpunkte früh abstimmen und Beschlussvorlagen darauf ausrichten.
- Übergangslösung ist nicht vorbereitet, falls sich Zulassung oder Starttermin verschiebt. Abhilfe: Übergangsszenario definieren (z. B. Interimslösungen, Kooperationen, Übergangsbesetzung) und organisatorisch/finanziell berücksichtigen.
- Internes Controlling und verbindliche Standards (Dokumentation, Prozesse, Abrechnungsroutine) sind nicht ausreichend etabliert. Abhilfe: Standards festlegen, Schulungen vor Start durchführen und regelmäßige Kontrollen implementieren.
- Gremienbeschlüsse erfolgen ohne vollständige Entscheidungsunterlagen, Kosten-/Risikodarstellung und belastbare Zeitachse. Abhilfe: Beschlussarchitektur strukturieren, Alternativen darstellen, Zeitplan und Finanzrahmen verbindlich festlegen.

11. Checklisten

11.1 Schnellcheck: Ist ein kommunales MVZ notwendig, sinnvoll und möglich?

- Die Versorgung ist objektiv gefährdet (Nachfolge, Kapazitäten, Erreichbarkeit, Patientenstopp).
- Alternativen wurden realistisch geprüft, private Lösungen sind nicht vorhanden (Nachfolgebegleitung, Kooperationen, interkommunale Lösung, privates Modell).
- Es bestehen realistische ärztliche Optionen für den Start (mindestens zwei Ärzte am MVZ-Sitz).
- Die Ärztliche Leitung ist benannt und inklusive Vertretung organisatorisch abgesichert.
- Die erforderliche Sicherheitsleistung/Bürgschaft ist grundsätzlich darstellbar.
- Kommunalaufsicht und KV-Prozesse sind frühzeitig einbezogen.
- Eine Übergangslösung ist definiert, falls sich Zulassung oder Starttermin verschieben.

11.2 Gremien-Entscheidungen, die vorbereitet werden müssen

- Standortentscheidung und Übergangslösung
- Rechtsform und Governance
- Finanzbedarf, Anschubfinanzierung und Absicherung
- Partner- und Beteiligungsstruktur
- Zeitachse mit kritischen Terminen (Zulassung, Gründung, Betriebsstart)
- Interkommunale Zusammenarbeit (falls relevant)

Üblich sind drei Gremienbeschlüsse,

- Wie sieht die zukünftige ärztliche Versorgung der Kommune aus (meist beschlussloser Auftrag an die Verwaltung)
- Beschluss zur Vorbereitung der Gründung eines kommunalen MVZ (nicht-öffentlicher Teil), noch ergebnisoffen, auch privatwirtschaftliche Varianten sind noch möglich (Realisierungsstudie)
- Beschluss zur Gründung eines kommunalen MVZ (öffentlicher Teil) basierend auf Gründungskonzept

12. FAQ – 10 typische Fragen

- 1) Kann eine Kommune ein MVZ gründen? Ja. Kommunen können Träger eines MVZ sein und damit die organisatorische und wirtschaftliche Verantwortung für den Betrieb übernehmen.
- 2) Muss ein MVZ mehrere Fachrichtungen haben? Nein. Ein MVZ kann rein hausärztlich betrieben werden. Entscheidend ist, dass die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind und der Betrieb organisatorisch funktionsfähig aufgestellt wird.
- 3) Was ist die Mindestgröße für die Gründung? Am MVZ-Sitz müssen mindestens zwei Ärzte auf einem Arztsitz tätig sein. Die kann im Notfall auch über zwei halbe Tätigkeitsumfänge oder vergleichbare Anstellungen abgebildet werden, die zusammen mindestens einem Vollzeit-Äquivalent entsprechen.
- 4) Braucht jedes MVZ eine Ärztliche Leitung? Ja. Die Ärztliche Leitung ist eine zwingende Voraussetzung. Ohne Ärztliche Leitung ist weder eine belastbare Zulassung noch ein regelkonformer Betrieb zu erwarten.
- 5) Warum ist die Ärztliche Leitung so wichtig? Die Ärztliche Leitung stellt die Einhaltung der vertragsärztlichen Vorgaben sicher und trägt Verantwortung dafür, dass Abrechnung und Dokumentation plausibel und regelkonform erfolgen. Sie ist damit ein zentraler Baustein für die rechtliche und organisatorische Stabilität des MVZ.
- 6) Kann ein MVZ mehrere Standorte haben? Ja. Mehrere Standorte sind möglich, müssen jedoch von Beginn an strukturiert geplant und organisatorisch geführt werden. Wesentlich ist, dass die Zentrale als Hauptstandort erkennbar bleibt und die Gesamtstruktur nicht in mehrere gleichwertige Einheiten zerfällt.

- 7) Was ist eine Sicherheitsleistung oder Bürgschaft? Eine Sicherheitsleistung dient der Absicherung möglicher Rückforderungen, zum Beispiel bei nachträglichen Abrechnungskorrekturen. Häufig erfolgt dies über eine Bankbürgschaft.
- 8) Was sind Regresse und wie häufig sind sie? Regresse sind Rückforderungen oder Verrechnungen, die aus Prüfverfahren oder Auffälligkeiten entstehen können, etwa bei unplausiblen Abrechnungsprofilen oder formalen Fehlern. Das Risiko lässt sich durch definierte Standards, geordnete Prozesse, regelmäßige interne Kontrollen und ein plausibles Abrechnungsverhalten deutlich reduzieren.
- 9) Wann startet man mit Personal, IT und Abrechnung? Nicht erst nach der Zulassung, sondern parallel zur Zulassungsvorbereitung. Eine spätere Bearbeitung führt häufig zu Verzögerungen im Betriebsstart und erhöht das Risiko eines instabilen Anlaufs.
- 10) Was ist der wichtigste Erfolgsfaktor? Das ärztliche Fundament. Dazu gehören verlässliche ärztliche Besetzung, eine arbeitsfähige Ärztliche Leitung und realistische Arbeits- und Betriebsmodelle. Wenn diese Basis steht, lassen sich Zulassung, Wirtschaftlichkeit und Betrieb deutlich planbarer umsetzen.

13. Glossar

- MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum, eine organisatorische Einheit, in der mehrere Ärzte zusammenarbeiten.
- Trägergesellschaft: Die Organisation (z. B. GmbH), die das MVZ betreibt.
- Ärztliche Leitung: Verantwortliche Person für die Einhaltung medizinischer und vertragsärztlicher Regeln, inkl. Abrechnungskontrolle.
- Kaufmännische Leitung: Verantwortlich für Verwaltung, Organisation, Abrechnungssystematik, Personalprozesse und Controlling. Nicht „zulassungsrelevant“, aber operativ entscheidend.
- Zulassungsausschuss: Gremium, das darüber entscheidet, ob ein MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf.
- Bedarfsplanung: Regelwerk, das steuert, wo Arztstellen/Sitze möglich sind.
- Sicherheitsleistung/Bürgschaft: Absicherung für mögliche Rückforderungen.
- Regress: Rückforderung von Geld wegen Regel- oder Abrechnungsverstößen.
- Liquiditätsplanung: Planung der Zahlungsfähigkeit.
- Übergangslösung: Zwischenlösung, um Versorgung zu sichern, bis das MVZ stabil läuft (z. B. Betrieb in Bestandsräumen).