

# Der Pionier

In Lindenfels im Odenwald hat Dr. Gerhard Wetzig das erste genossenschaftliche MVZ in Deutschland initiiert. Für das Modell gibt es viel Lob und positive Presse. Doch hat das Konstrukt tatsächlich eine Chance oder ist es die Verzweiflungstat einiger Idealisten auf dem Land?

Dr. Wetzig benötigt keine Anlaufzeit. Das mag daran liegen, dass sich in seiner Praxis im Odenwald mittlerweile die Redaktionen und Fernsehteams die Klinke in die Hand geben. So ist Wetzig auf dem Feld innovativer Versorgungssicherung zu einer Art „Medienstar“ geworden. Zwei Tage ist es Anfang Januar her, dass die tagesthemen über die ÄGIVO eG (Ärztegenossenschaft Gesundheitsversorgung im Vorderen Odenwald) berichteten, die Liste der Berichterstatter

darüber hinaus ist beachtlich. Er ist also voll „im Thema“, wenn es um sein Baby, das erste genossenschaftlich organisierte Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in Deutschland geht, das es seit Juli 2018 gibt. Dabei wurde er zusammen mit seinem Kollegen Dr. Carl-Reinhard Albit fast gezwungenermaßen zum Pionier. Denn zur klassischen

Sicherung der ärztlichen Versorgung durch Übergabe der Praxen an einen Nachfolger in Lindenfels und Umgebung fehlten den beiden schlicht die Interessenten. Während Wetzig mit 62 Jahren darüber nachdenkt, in den nächsten Jahren peu-à-peu in der Praxis kürzer zu treten, ist Albit mit 71 Jahren in einem Alter, in dem man schon längst etwas anderes machen könnte, als Hausbesuche. Bei beiden war es das über Jahrzehnte gewachsene Verhältnis zu ihren Patienten und die Sorge, dass diese in Zukunft nicht versorgt sein würden, die die Suche nach möglichen Alternativen forcierte.



## Herr Dr. Wetzig, sind Sie ein Pionier?

**Wetzig:** So sehe ich mich eigentlich nicht, wenn, dann als Pionier aus der Not heraus.

## Wie sind Sie auf die Idee für ein genossenschaftliches MVZ gekommen?

**Wetzig:** Eigentlich hatten wir das Konzept schon vor drei Jahren zur Rettung des hiesigen Luisenkrankenhauses anwenden wollen. Das hat aber aus verschiedenen Gründen nicht funktioniert, so dass wir das Konzept schon ein paar Monate in der Schublade hatten, um es dann umsetzen zu können.

## Was war Ihr Aufhänger?

**Wetzig:** Nun, wir haben uns überlegt, welche Hauptzielgruppe wir als potenzielle Nachfolger für unsere Praxen haben. Und da war schnell klar, dass dies vor allem Frauen sind, die eine Niederlassung scheuen, die – wenn man so sagen will – ein passgenaues Angebot brauchen, um den Schritt in die ambulante Versorgung zu wagen. Und das heißt: kein finanzielles Risiko, ein festes Gehalt, große Flexibilität bei den Arbeitsstunden, bitte keinen Nacht- und Wochenend-Dienst, kein Regressrisiko, wenn möglich keine Belastung durch Arbeitsschutzvorschriften, QM- oder Hygienefragen. Sie wollen auch keine Personalverantwortung und nichts mit der Verwaltung einer Praxis zu tun haben – ein Nest sozusagen.

### Warum haben Sie nicht einfach einen Arzt angestellt?

**Wetzig:** In meinem Alter, also mit 62, muss derjenige, den ich anstellen würde, doch nur eins und eins zusammenzählen und wüsste, dass er in vier Jahren seinen Job wieder los wäre. Auf diesem Weg findet man niemanden. Eine Gemeinschaftspraxis kam auch nicht in Frage, weil man da kurz vor der Rente das volle unternehmerische Risiko und das volle Regressrisiko zu tragen hat. Das wollte ich nicht. Und das Gleiche galt für Dr. Albilt, der noch ein bisschen arbeiten wollte, aber eben nicht mehr unter Volllast.

### Wie ging es dann weiter?

**Wetzig:** Wir haben zunächst mit neun Kollegen aus der Umgebung die Genossenschaft gegründet, so wie man das vom Gesellschaftsrecht her machen muss. Wir haben eine Lücke im SGB V gefunden und ausgenutzt.

### Inwiefern?

**Wetzig:** Das SGB V macht ja Vorgaben, wer ein MVZ gründen kann: Kommunen, Kreise, Ärzte und Krankenhäuser, die dürfen. Auch sind nur bestimmte Gesellschaftsformen zugelassen: GbR, GmbH und die Genossenschaft, die explizit genannt wird. Das Wesen einer Genossenschaft ist natürlich ganz anders als eine GbR oder eine GmbH. Eine Genossenschaft hat für die Mitglieder eine relativ niedrige Eintrittsschwelle, bei uns sind das 1.000 Euro Einlage. Auch die monatlichen Beiträge mit 100 Euro/Mitglied sind nicht hoch.

### Was bekomme ich als Genosse dafür?

**Wetzig:** Ich bin erstmal Mitglied in der Genossenschaft. Die Genossenschaft ist quasi die Dachorganisation, die alles macht, was ärztliche Genossenschaf-

ten ohnehin tun: Material einkaufen, Verwaltungsverbünde gründen. Das Neue bei uns ist, dass wir durch die Tatsache, dass alle

„Das Neue bei uns ist, dass wir durch die Tatsache, dass alle unsere Mitglieder Vertragsärzte sind, in der Lage sind, ein MVZ zu betreiben.“

unsere Mitglieder Vertragsärzte sind, in der Lage sind, ein MVZ zu betreiben.

### Wie sieht Ihr Konzept genau aus?

**Wetzig:** Wir sind im Moment 18 Mitglieder, nicht nur ältere Hausärzte, sondern auch einige Fachärzte. Die Mitglieder treten der Genossenschaft bei, man ist voll



Neue Umstände erfordern neue Ideen – die ÄGIVO ist Träger des ersten genossenschaftlichen MVZ.

stimmberechtigt. Wir haben also niemanden von einer Pharmafirma oder den Geschäftsführer einer Klinik dabei, es gibt keine wirtschaftliche Gewinnerwartung, wie es vielleicht woanders der Fall ist. Wir versprechen keine Rendite, wir sind nur Vertragsärzte. Die einen haben ein Interesse, dass Versorgung weiterhin funktioniert, die anderen wollen nicht das, was sie sich über Jahrzehnte aufgebaut haben, einfach so abschließen. Es geht folgendermaßen: Kollegen, die keinen Nachfolger finden, treten der Genossenschaft bei, immer unter der Prämisse, dass wir in den Regionen immer der Freiberuflichkeit den Vorrang geben. Wir sehen uns nicht als Konkurrenz zur Freiberuflichkeit, wenn ein Arzt sagt, ich bin 50 Jahre alt und stelle zwei Ärztinnen an, dann gehen wir wieder. Aber wenn man in einer Region wie hier ist, wo das nicht geht, braucht man eine Alternative. Und da passt unser Modell...

### Was würde passieren, wenn Sie schließen?

**Wetzig:** Natürlich wären die Patienten nicht versorgt. Aber auch die Altenheime hier in der Region müssten schließen. Mindestens eine der Apotheken hätte zugemacht. Das setzt einen Kreislauf in Gang, an dessen Ende auch junge Familien sich hier nicht mehr ansiedeln. Auch Firmen kommen nicht mehr, wenn in der Nähe keine Krankmeldungen geschrieben werden können.

Zurück zum Konzept: Man tritt also der Genossenschaft bei, an die ich zu einem sehr geringen Preis meine Praxis verkauft habe. Der Preis war niedrig im Vergleich zu meinen Erwartungen vor zwanzig Jahren. Ich war aber froh, dass ich sie überhaupt verkaufen konnte. Dr. Albilt ist den gleichen Weg gegangen. Wir haben die Praxen räumlich zusammengetan, indem wir meine alte Praxis um die Hälfte erweitert haben. Der Clou besteht nun darin, dass wir als MVZ bis zu einer Viertelstelle ärztliche Tätig-

keit anbieten können, also passgenau auch für Pendler, Teilzeiter etc. Unser Angebot: Lieber Arzt, liebe Ärztin, wir machen dir die Arbeitszeiten so, wie du sie gerne hättest. Da sind wir ganz flexibel. Dr. Albitz und ich ziehen uns viertelstellenweise in den nächsten Jahren immer mehr zurück und versuchen, weitere Interessenten für unser Modell zu finden. Wir verstehen uns dabei als Mentoren...

**„Unser Angebot: Lieber Arzt, liebe Ärztin, wir machen dir die Arbeitszeiten so, wie du sie gerne hättest.“**

### **Warum ist die ÄGIVO für Sie das „Schweizer Messer“ gegen den Landarztmangel?**

**Wetzig:** Es hilft uns, dass wir nicht überlastet sind oder ohne Nachfolger aufgeben. Es hilft der Bevölkerung und den Altenheimen. Es hilft Ärztinnen, die maßgeschneiderte Modelle bekommen, ärztlich tätig zu bleiben. Es hilft unseren Helferinnen. Es hilft der Gemeinde hier.

Im Gegensatz zum klassischen MVZ, das ja per Definition eine Konzentration der Versorgung enthält, ist unsere Idee das eines dezentralen MVZs. Unser Ziel ist, dass der Arzt beim Patienten bleibt. Das ist hier im Odenwald mit langen Wegen und wenig ÖPNV der sinnvollste Ausweg.

### **Was ist denn jetzt der Vorteil des Modells?**

**Wetzig:** Ich bin jetzt seit vier Monaten angestellter Arzt in der Genossenschaft mit Festgehalt. Ich bin ärztlicher Leiter, wir haben einen Geschäftsführer. Über den laufen sämtliche Personalthemen. Unser Problem bisher: Trotz diverser Fördertöpfe mussten wir unser Projekt vollfinanzieren, weil wir bisher auf taube Ohren gestoßen sind. Wir haben dafür einen Partner auf Bankenseite gefunden, dies allerdings zu entsprechend hohen Zinssätzen. Unsere Lage stellt sich also so dar, dass wir eine Idee haben, die zwar von allen Seiten gelobt wird, alle paar Wochen fragen Ärzte an, die gerne beitreten wollen, aber letztlich werden es die paar Silberrücken mit ihrem Sparschwein nicht stemmen können.

### **Was müsste passieren?**

**Wetzig:** Unsere beiden Praxen laufen. Vor Kurzem haben wir eine zusätzliche Praxis in Rimbach (11 km entfernt) reaktiviert. Die war geschlossen worden und wir haben sie wiedereröffnet. Da war eine Menge an Investition nötig. Natürlich muss man auch jeden Monat Gehälter bezahlen, man muss den Patienten-

stamm erst langsam wieder aufbauen, der ist nicht von jetzt auf gleich da. Auch die Abschlagszahlungen von der KV sind natürlich am Anfang nicht ausreichend, so dass vieles über Pump finanziert werden muss. Wenn eine solche Struktur wächst, wird sie auch irgendwann Synergieeffekte erzeugen. Aber das ist mittel- und langfristig. Unsere Idee ist toll, aber am Anfang hat man Verluste – wie jedes Start-Up auch. Hier wären wir dankbar, wenn die Verantwortlichen wie das HMSI, ein Modell, das aus der Ärzteschaft kommt und in dem es nicht um Zuweiser geht, unterstützen würden. Erst mal alles über Banken zu finanzieren ist natürlich schwierig. Deshalb ist es mir so wichtig, an dieser Stelle noch einmal die Vorzüge unseres Modells darstellen zu können. Wir

**„Wir bauen hier ein Nest! Man kann hier Medizin machen, um die Helferinnen, die Abrechnung und das sonstige Drumherum muss man sich nicht kümmern.“**

bauen hier ein Nest! Man kann hier Medizin machen, um die Helferinnen, die Abrechnung und das sonstige Drumherum muss man sich nicht kümmern. Aber es wird nur funktionieren, wenn wir Ärztinnen und Ärzte finden. Die Idee ist genial, aber wir können noch nicht sagen, wie es ausgeht.

### **Gab es weitere Hürden zu überwinden?**

**Wetzig:** Normalerweise muss man beim Zulassungsausschuss eine selbstschuldnerische Bürgschaft unterschreiben. Wir haben als Genossenschaft keine Bürgschaft unterschreiben müssen, denn das würde den genossenschaftlichen Gedanken konterkarieren. Bei einer GmbH oder GbR sieht das selbstredend anders aus. Eine Genossenschaft aber lebt davon, dass Leute eintreten und Leute austreten, und das bei einer relativ niedrigen Schwelle. Und wenn dann die AOK zum Beispiel kommt, so wie bei mir vor einiger Zeit, und einen dicken Regress adressiert, wer muss dann zahlen? Die Leute, die schon vor Jahren Mitglied der Genossenschaft waren? Oder die aktuellen Mitglieder? Damit wäre eine Genossenschaft als solche nicht praktikabel. An der Stelle haben uns Dr. Eckhard Starke und das Justizariat der KV unterstützt, schließlich kann der Medibus nicht durch ganz Hessen touren. So sind wir in die Sitzung des Zulassungsausschusses mit etwas Rückenwind gegangen. Mit der Unterstützung des Vorstands ist es uns dann auch gelungen, die Kassen- seite zu überzeugen. Der Knackpunkt war also, dass wir keine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben mussten. Wir haben stattdessen eine Versicherung

in beträchtlicher Höhe abgeschlossen und letztendlich wurde eine Avalversicherung verlangt, die ebenfalls Geld kostet und Kassen und KV gegen das Ausfallrisiko absichert, falls es einen Regress geben sollte. Aber ich kann meinen genossenschaftlichen Mitgliedern sagen, dass sie nicht um Haus und Hof fürchten müssen. Das ist eminent wichtig. Und natürlich achten wir auf die Wirtschaftlichkeit.

### Wie machen Sie das denn?

**Wetzig:** Letzten Endes ist es so, dass wir älteren Ärzte und unsere sehr erfahrenen Helferinnen das im Blick haben. Das ist ja einer weiterer Vorteil unseres Modells, dass sich Erfahrene und Unerfahrene gegenseitig unterstützen und vor Fehlern bewahren. Natürlich

halten wir unsere Mitglieder zu wirtschaftlichem Verordnen an – aber es beruhigt die Mitglieder und unsere angestellten Ärzte sehr, dass wir eine Versicherung haben. Denn die Regressangst ist einfach sehr, sehr ausgeprägt! Die Einzelregresse, die es in der normalen Praxis immer wieder gibt, die bedrohen zwar nicht die Existenz, aber sie machen wahnsinnig wütend. Und die Kassen, die diese Regresse anstrengen, machen sich wahrscheinlich keine Vorstellung davon, wie sehr sie damit die Versorgung gefährden und die Ärzte vergraulen.

## „WIR HABEN EIN ARZT-ZEIT-PROBLEM“

### Ein Kommentar von Dr. Eckhard Starke, Vorstand der KV Hessen

Es kann unterschiedliche Ansichten darüber geben, ob die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte für die drohenden Versorgungsengpässe in Deutschland im Vordergrund steht oder nicht. Tatsache ist jedoch, dass wir ein Arzt-Zeit-Problem haben. Während in der Vergangenheit der basisversorgende Arzt morgens in seine Praxis kam und erst spätabends wieder zu Hause erschien, ist diese Arbeitsbelastung heute in Zeiten der Gleichberechtigung und damit der gemeinsamen Verantwortung für Haushalt und Familie nicht mehr vermittelbar.

Dazu kommt die selbstverständliche Grundhaltung, dass sowohl die Frau als auch der Mann ihren einmal erlernten Beruf ausüben möchten und trotzdem soziale Errungenschaften wie Teilzeit, Elternzeit und vieles mehr in Anspruch nehmen möchten. Außerdem ist der Tätigkeitsumfang deutlich gewachsen durch die besondere Berücksichtigung gesunder Menschen im Rahmen der Prävention. Das führt dazu, dass mehr junge Menschen als früher im Arztberuf lieber in angestellter Funktion arbeiten möchten – mit risikolosem Einkommen und geregelter Arbeitszeit. Diesen Paradigmenwechsel müssen wir akzeptieren und Lösungen für die Versorgung suchen, die dieser gesellschaftlichen Veränderung gerecht werden.

Es ist dabei dringend zu fordern, dass die gesetzlichen Regeln für die Zulassung von Ärzten und für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen an die neuen Bedingungen angepasst werden. Darüber hinaus muss meines Erachtens auch die Gebührenordnung überarbeitet werden, um die Arbeitsbedingungen von heute besser darzustellen. Erst dann ist es zum Beispiel möglich, Teamstrukturen in der medizinischen Versorgung zu entwickeln.

Insofern begrüße ich ausdrücklich neue Ideen im Gesundheitssystem und Initiativen wie die in Lindenfels. Unabhängig davon, ob es ein überregionales Erfolgsrezept sein wird oder nicht, verbleiben auf jeden Fall die Erfahrung und die damit verbundene Basis für neue Ideen. Außerdem erreichen wir, dass ältere Kolleginnen und Kollegen unbelastet von der betriebswirtschaftlichen Komponente ihrer eigentlichen Arbeit nachgehen können, wenn sie dies tun möchten.

Ich habe das Projekt gerne unterstützt und wünsche den Kollegen viel Erfolg und alles Gute. ■



**Wie viele Interessanten für Ihr „Nest“ konnten Sie denn bereits gewinnen?**

**Wetzig:** Wir haben ja das Modell erst seit einem halben Jahr etabliert und danach Mitte November mit der Praxis in Rimbach begonnen. Dort ist eine Ärztin in

Teilzeit tätig. In dieser Woche hat eine weitere hausärztliche Kollegin angefangen, die jetzt erst einmal zehn Stunden pro Woche arbeitet. Sie entlastet uns in der Versorgung der Patienten und vor allem in den Altenheimen, weil sie das gerne macht. Wenn das gut läuft, stockt sie hoffentlich auf. Das A und O ist, das Ganze mit seinen Vorteilen bekannt zu machen. Dass der Markt leergefegt ist, ist ja klar.

Wir müssen schauen, wie wir es auf Dauer finanziert bekommen: Will die KV, wollen die Kassen, will die Gesellschaft weiter Versorgung haben? Das

kann gut gehen, es kann aber auch schlecht laufen. Und das zweite ist: das Angebot muss angenommen werden. Passiert das nicht, muss ich in ein paar Jahren die Praxis abschließen. Und kann aber sagen: Ich habe alles versucht!



Das Praxisschild kann noch gefüllt werden.

**Wie nehmen Sie die KV in diesem Zusammenhang wahr?**

**Wetzig:** Ich bin nicht mehr bis ins Letzte informiert, aber wir hatten im vergangenen Jahr neben der KV auch mit Entscheidungsträgern des Ministeriums und der Gesundheitsdezernentin des Kreises diverse Gespräche, die leider nach dem Motto verliefen: Schön, dass wir geredet haben. Schauen wir mal, es kann gut gehen, dann haben wir etwas Tolles geschaffen. Es kann schlecht ausgehen, dann ist die Versorgung eben versenkt. Eigentlich machen wir die Arbeit der Politik und der KV – das darf man nicht vergessen.

**Was halten Sie von Eigenrichtungen der KV?**

**Wetzig:** Das finde ich gut, aber man muss dann eben auch die Verluste auffangen. Der Medibus ist nice to have, aber sicherlich nicht die Lösung unseres Problems.

**Wie geht es weiter?**

**Wetzig:** Wir könnten auf der Stelle weitere Sitze übernehmen und zehn Teilzeitärztinnen einstellen. Sicher spielt auch das Honorar eine Rolle, denn die jungen Leute haben auch da gewisse Ansprüche. Primär wollen die aber vernünftig arbeiten. Es geht aber lang nicht nur ums Geld.

**Haben Sie eine Vision, wo ist die Grenze für die ÄGIVO?**

**Wetzig:** Es ist erstaunlich, wie viel durch die Öffentlichkeitsarbeit passiert. Wir haben sehr viele Anfragen. Das Ganze wird aber nur funktionieren, wenn wir eine gewisse Größe haben. Deshalb brauchen wir auch mehr als nur moralische Unterstützung, denn es besteht das Risiko, dass das Ganze – wenn es denn läuft – an finanziellen Fragen scheitert.

Am Ende des ausführlichen Gesprächs stellt sich Dr. Wetzig für ein Foto noch neben sein Praxisschild. Er hat den weißen Arztkittel übergezogen. Es schneit. Für mindestens zwei Ärzte ist auf den Praxisschildern noch Platz. ■

Karl M. Roth

**KONTAKT**

**ÄGIVO eG**

Vorstand: Thomas Fuckner, Dr. Klaus-Ulrich Henß  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Carl-Reinhard Albitl

**ÄGIVO-Büro**

**Geschäftsführer:** Frank Bletgen  
Friedrich-Ebert-Straße 40, 68167 Mannheim

T. 0621 33909320  
E. frank.bletgen@aegivo.de

**ÄGIVO-Ärzteteam Lindenfels**

**Ärztlicher Leiter:** Dr. med. Gerhard Wetzig  
Nibelungenstraße 103, 64678 Lindenfels

T. 06255 2478  
E. dr.gerhard-wetzig@t-online.de

Weitere Informationen unter:  
[www.aegivo.de](http://www.aegivo.de)