

## Immobilienwirtschaft trifft Medizinbetrieb

**Mit den Änderungen im Gesundheitswesen haben neue Immobilienprodukte ihren Weg gefunden. Was aber macht den Erfolg eines Ärztehauses aus? Welche Missverständnisse sind auf dem Weg von der ersten Idee bis zum erfolgreichen Betrieb bei den Beteiligten zu klären? Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis**

*von Norbert Weiß*

Der demografische Wandel in all seinen Facetten, kontinuierlicher Fortschritt der Medizintechnik bei gleichzeitiger Verknappung finanzieller Ressourcen, die Ökonomisierung und Finanzialisierung weiter Lebensbereiche, die Feminisierung der Ärzteschaft – Chiffren einer beschleunigten Veränderung im Gesundheitswesen. Auf allen Ebenen wird nach neuen Wegen und Konzepten gesucht, um diesen Veränderungen zu begegnen. Dies betrifft nicht zuletzt die niedergelassene Ärzteschaft, die über Generationen an konstanten Status und gutes, jedenfalls gesichertes Einkommen gewöhnt war. Neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit in Form von kooperativen Ärztehäusern und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) haben inzwischen ihren Weg auch in die Immobilienwirtschaft gefunden und erfreuen sich dort einer zunehmenden Beliebtheit.

Konzeptioneller Ansatz und Marketingstrategie eines neuen Ärztehauses sind dabei an die regionalen und lokalen Erfordernisse anzupassen. Dies trifft insbesondere für die **Mieterakquisition** zu, je nach dem, ob sich das Projekt im ländlichen Raum mit bereits sinkenden Einwohnerzahlen oder in prosperierenden Ballungszentren befindet. Im ersten Fall ist generelle Überzeugungsarbeit (ggf. auch mit merkantilen Argumenten) zur Niederlassungsbereitschaft zu leisten; im zweiten Fall sind die Restriktionen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bei der Lenkung der Niederlassungen beachtlich. Mangelndes Problembewusstsein bei der Mieterfindung ist daher auch einer der Hauptgründe, warum regelmäßig Ärztehausprojekte zwar mit Begeisterung geplant, dann aber doch nicht umgesetzt werden. Die „Kaltakquise“ eines kompletten Ärztehausbesatzes ist denkbar schwierig, denn wer will schon der Erste sein in einem Konzept, das intensive Kooperation und Kommunikation als Erfolgsparameter deklariert, ohne dass man die Partner kennt. Insofern steigt die Realisierungswahrscheinlichkeit eines Ärztehausprojektes überproportional, wenn eine Startmannschaft als Nutzer frühzeitig vorhanden ist, um die dann weitere Ärzte und Anbieter gruppiert werden können. Diese Initialgruppe besteht idealerweise aus Fachärzten und nicht aus gewerblichen Anbietern im Gesundheitswesen. Die Apotheke folgt den Ärzten, wie die Form der Funktion folgt – und nicht umgekehrt.

**Die Lage** eines Ärztehauses ist also nicht immer die erste und entscheidende Frage. Kommen in einem neuen Haus bereits arrivierte Praxen zusammen, die insgesamt

über einen genügend großen Patientenstamm verfügen, so kann auf herausragende allgemeine Lagemerkmale verzichtet werden. Dies umso mehr, da es unmittelbare Auswirkungen auf die Gesamtkalkulation in Form geringerer Grundstückspreise zur Folge hat. Es gilt hier: Nicht das Ärztehaus braucht die Lage – das Ärztehaus macht die Lage!

Hiervon auszunehmen ist die verkehrliche Anbindung (über Busse und Bahn), die für ein gutes Ärztehaus nicht gut genug sein kann. Eine noch größere Bedeutung hat in der Regel die Zahl der – möglichst kostenfreien – **Pkw-Stellplätze**. Für den Projektentwickler ist es fast schon ein Reflex, Kosten durch eine möglichst geringe Zahl an Stellplätzen (bzw. Stellplatzabläse) zu sparen. Ein Vorgang, der sich später bei Ärztehäusern bitter rächen kann. Der Klassiker: Ein dunkler Montagmorgen zu Quartalsbeginn und es regnet. Spätestens an diesen Tagen ist der Andrang von Patienten per Pkw so groß, dass allseitiger Ärger vorprogrammiert ist – bei Patienten, Ärzten und Anwohnern. Selbst der obligate Stellplatznachweis nach Landesbauordnung hilft nicht immer weiter, denn auch er kann im Zweifelsfall zu einer Unterdimensionierung der Parkplatzanzahl führen. Gelegentlich reichen die behördlichen Nachweise gerade aus, um die Fahrzeuge der Ärzte nebst ihren zahlreichen Angestellten aufzunehmen. Hier ist im Vorfeld schon dringender Aufklärungsbedarf mit den Mietern bzw. eine realistische (ehrliche) Prognose des effektiven Bedarfs erforderlich. Dabei ist eine klare Sprache hilfreich: Ein Parkplatz kann nicht auf die theoretische Spitzenlast weniger Stunden innerhalb eines Quartals abgestellt sein – weil sich das die wenigsten Ärzte leisten können. Ein ausreichendes, gebührenfreies Parkplatzangebot, alternative Stellplatzangebote (mit geringer Entfernung zum Ärztehaus) für die Angestellten und öffentliche Parkplätze in der Nähe für Zeiten des großen Andrangs sind ein erfolversprechender Dreiklang, der bei einem guten Ärztehaus nicht fehlen darf. Die Parkplatzabmessungen so klein wie möglich und zulässig zu gestalten ist übrigens keine Lösung. Die überwiegend älteren Patienten benötigen eine klare Verkehrsführung und markierte Stellplätze, die zur Vermeidung von Blechschäden eher etwas üppiger bemessen sein sollten. Hauskanten, Leuchtmasten und andere empfindliche Aufbauten sollten mit Anprallschutz versehen sein, wenn Sie unmittelbar an Verkehrswege grenzen. Einzelplatzzuweisungen sind eher kritisch zu sehen, denn sie mindern die Flexibilität und sind daher oft Gegenstand endloser Diskussionen. Ein Ärztehaus ist kein Bürohaus. Das hat schon mancher Immobilienprofi erfahren müssen, der seiner alternden Gewerbeliegenschaft ein medizinisches refurbishment angeidehen lassen wollte. In technischer Hinsicht ähneln sich beide Nutzungsarten sicherlich. Aber einer der gravierendsten Unterschiede lässt sich mit einem Begriff erfassen: **Wasser!** Es wird an zahlreichen, vor der Vermietung nicht prognostizierbaren Stellen im Haus benötigt und bedarf der Zuführung wie der

Ableitung. An vielen Stellen werden daher Ärztehäuser wie Schweizer Käse perforiert – oft an den Stellen, an denen der Statiker es so gar nicht mag. Ein Hohlraum- oder Doppelboden kann hier die ärgste Not lindern, hilft aber in Regel nur über die kurze Strecke weniger Meter hinweg, denn die Gefälleleistung in geringer Aufbauhöhe ist begrenzt. Kleinhebeanlagen können zwar punktuell helfen, sind aber keine Flächenlösung. Ein Ärztehaus ohne Hohlraum-/Doppelboden ist aus diesem Grund auch kaum denkbar. Jedenfalls dann nicht, wenn man nicht die wirtschaftliche Restnutzungsdauer des Gebäudes an den Bestand des aktuellen Mietvertrages koppeln will. Dabei sind Lösungen, die die Wasser/Abwasserführung in den Deckenbereich der darunterliegenden Ebene verlagert, äußerst prekär, da solche Mieteinheiten heute als praktisch kaum vermietbar gelten müssen.

Besondere Bedeutung in Arztpraxen hat das Thema „**Vertraulichkeit**“. Einerseits ist dies bereits bei der Grundrissgestaltung zu berücksichtigen, denn offene Warteräume in Hörweite der Empfangstheke können im Betrieb zu erheblichen Störungen im Vertrauensverhältnis Arzt-Patient schon bei der ersten Ansprache führen. Schließlich werden Behandlungsräume und Sprechzimmer auch bei noch so angenehmen Interieur ihrer Funktion nicht gerecht, wenn der Patient das Gefühl hat, sein Gespräch kann auch im angrenzenden Flur oder Raum wahrgenommen werden. Hierbei sind nicht nur die Türen einem höheren Schalldämmmaß zu unterwerfen, sondern der Raum ist akustisch als Ganzes zu betrachten, was auch den Boden, die Wandanschlüsse, Oberlichter und gestalterische Glaselemente umfasst. Ein Hohlraum-/Doppelboden kann hier schon mal zu Zielkonflikten führen, das feststehende Glaswandelement der Schallschutzfunktion zum Opfer fallen.

Ebenfalls ein Sonderthema ist die Interpretation von **Hygienevorschriften** und Arbeitsstättenrichtlinie, die nur im Licht der individuellen Praxisplanung gesehen werden kann. Dieser Bereich ist zwischen Nutzer und Eigentümer erheblich streitanfällig, da er interdisziplinär aufzufassen ist. Während die Bau- und Planungsseite den bauordnungsrechtlichen Rahmen ordentlich abstecken kann, fehlen oft Informationen zu den technischen Anforderungen, die seitens Berufsgenossenschaften und anderen standesrechtlichen Organisationen vorgetragen werden. Bei einer herkömmlichen Hausarztpraxis mag das überschaubar sein, bei einer Facharztpraxis mit radiologischen Einheiten und Eingriffsräumen nicht mehr. Der frühzeitige Austausch zwischen Mieter und Vermieter (eine genaue Praxisbeschreibung ist nur der Anfang) ist hier zwingend notwendig, setzt aber voraus, dass beide Seiten diese Themenvielfalt überhaupt erkennen und mit hinreichender Sensibilität und Offenheit besprechen. Ziel hierbei ist nicht nur eine treffende technische Fixierung, sondern vielmehr eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche. Den mietvertraglichen Regelungen fällt dabei naturgemäß eine zentrale Rolle zu. Aus dem Mietzweck sollte klar hervorgehen, wer welche

Anforderungen zu erfüllen hat. Sinnvollerweise koppelt man diese Zuständigkeiten an Zeitfristen, bis zu denen jede Vertragspartei die andere Seite über rechtliche Anforderungen aus seinem Verantwortungsbereich zu informieren hat und wie ggf. mit notwendigen oder gewünschten Änderungen umzugehen ist (Mehrkostenregelung). Die in Ärztehäusern abzuschließenden **Mietverträge** sind Gewerberaummietverträge, deren Regelungsinhalte hinlänglich bekannt sind. Gleichwohl sind einige Themen – obwohl nicht neu – auf die speziellen Anforderungen einer Arztpraxis bzw. eines Ärztehauses hin zu interpretieren. Neben der genauen Formulierungen zum Nutzungszweck sind klare Bestimmungen zu einer Konkurrenzschutzklausel nicht nur für den Arzt von Bedeutung, denn an einer Mehrfachbesetzung von Fachdisziplinen in einem Haus und gegen den Willen der Mitmieter kann auch der Vermieter kein Interesse hegen, wenn er nicht der „Kanibalisierung“ in seiner Immobilie Vorschub leisten will. Da hier keine Warengruppen gegeneinander abgegrenzt werden, sondern medizinische Dienstleistungen, deren terminologische Schärfe hinsichtlich der Rechtssicherheit mitunter zu wünschen übrig lässt, ist eine gelegentlich mühsame und sperrige Beschreibung der indizierten Tätigkeiten oft der einzige Weg zu halbwegs greifbarer Verlässlichkeit.

Sollen langfristige Verträge abgeschlossen werden, hat der Arztmieter nicht selten den berechtigten Wunsch, Veränderungen in der Zusammensetzung der Vertragspartei „Mieter“ ohne ausdrückliche Zustimmung des Vermieters zu erhalten, um restriktionsfrei neu Partner aufnehmen oder verabschieden zu können. Schließlich fällt auch der Verkauf der Praxis bei konditionsgleicher Vertragsfortsetzung unter diese Rubrik. Es sind gerade diese juristischen Incentives, die die Qualität einer neuen Praxis für den Mieter ausmachen und die bei entsprechender Regelungsdichte auch für kritische Vermieter akzeptabel sein sollten.

Der Erfolg eines Ärztehauses hängt von der **Kooperationsbereitschaft** der Mieter ab, gemeinschaftlich als wichtige Themen erkannter Bereich, auch gemeinsam zu organisieren. Ein frühzeitiges Erprobungsfeld ganzheitlichen Denkens ist die Frage der Werbe- und Hinweisgestaltung im und am Ärztehaus. Hier sind oft die gegensätzlichen Auffassungen von medizinischer Dienstleistung und anderen, oft gewerblichen Mieter (bei der Apotheke fängt es an) markant und bedürfen der Moderation. Hilfreich ist in diesen Fällen eine einheitliche, mietvertragliche Regelung für alle Mieter, dass Werbung und Beschilderung nur im Rahmen eines Gesamtkonzeptes, das Mieter und Vermieter (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Architekten) gemeinsam erarbeiten, zulässig ist. Die Konsensfindung mag da zuweilen mühsam sein, erspart aber unliebsame Alleingänge, die dem Gesamtimage abträglich sein könnten und deren Änderung später beachtliche Kapazitäten binden würde.

Der Erfolg eines Ärztehauses über die bloße Ansammlung autarker Praxen hinaus, ist einerseits die Vielfalt des Angebotes an einem Ort und die Kooperationsbereitschaft

der beteiligten Ärzte und Anbieter untereinander sowie die Vernetzung mit Dritten. Das gemeinsame Handeln kann schwach ausgeprägt sein, indem nur ein werblicher Auftritt die Gemeinschaft repräsentiert. Sie kann umfangreicher sein, wenn diagnostische und therapeutische Maßnahmen praxisübergreifend abgestimmt sind. Schließlich kann sie noch weitgehender sein, indem man sich über die gemeinschaftliche Nutzung von Geräten und Räumen (z.B. Aufenthaltsräume, Sanitäreinrichtungen, Wartezonen etc.) vertraglich verständigt. Hier werden dann allerdings die Grenzen des immobilienwirtschaftlich Machbaren erreicht, denn für eine Umsetzung (sprich: Finanzierung) eines nachhaltigen Konzeptes ist die klare Abgrenzung von in sich geschlossenen Mieteinheiten, die im Fall der Vakanz auch wieder vermietet werden können (Drittverwendungsfähigkeit), unverzichtbar. Eine „Businesspark-Lösung“ mit Einzelraumvermietungen an ansonsten selbständige Ärzte mag ein spannendes Experiment sein – als Wettbewerbsprodukt zwischen Ärztehaus und MVZ wird sie sich nicht etablieren können. Dafür würde es zu sehr an den Momenten fehlen, die ein gutes Ärztehaus ausmachen und die für eine Fortsetzung und Ausweitung dieses Erfolgskonzeptes sprechen: Konstanz und Stabilität im Verhältnis von Arzt und Patient, sowohl in medizinischer wie in sozialer Hinsicht bei vertrauter Umgebung, die bei aller Techniklastigkeit des medizinischen Betriebs das Auratische nicht gering schätzt.