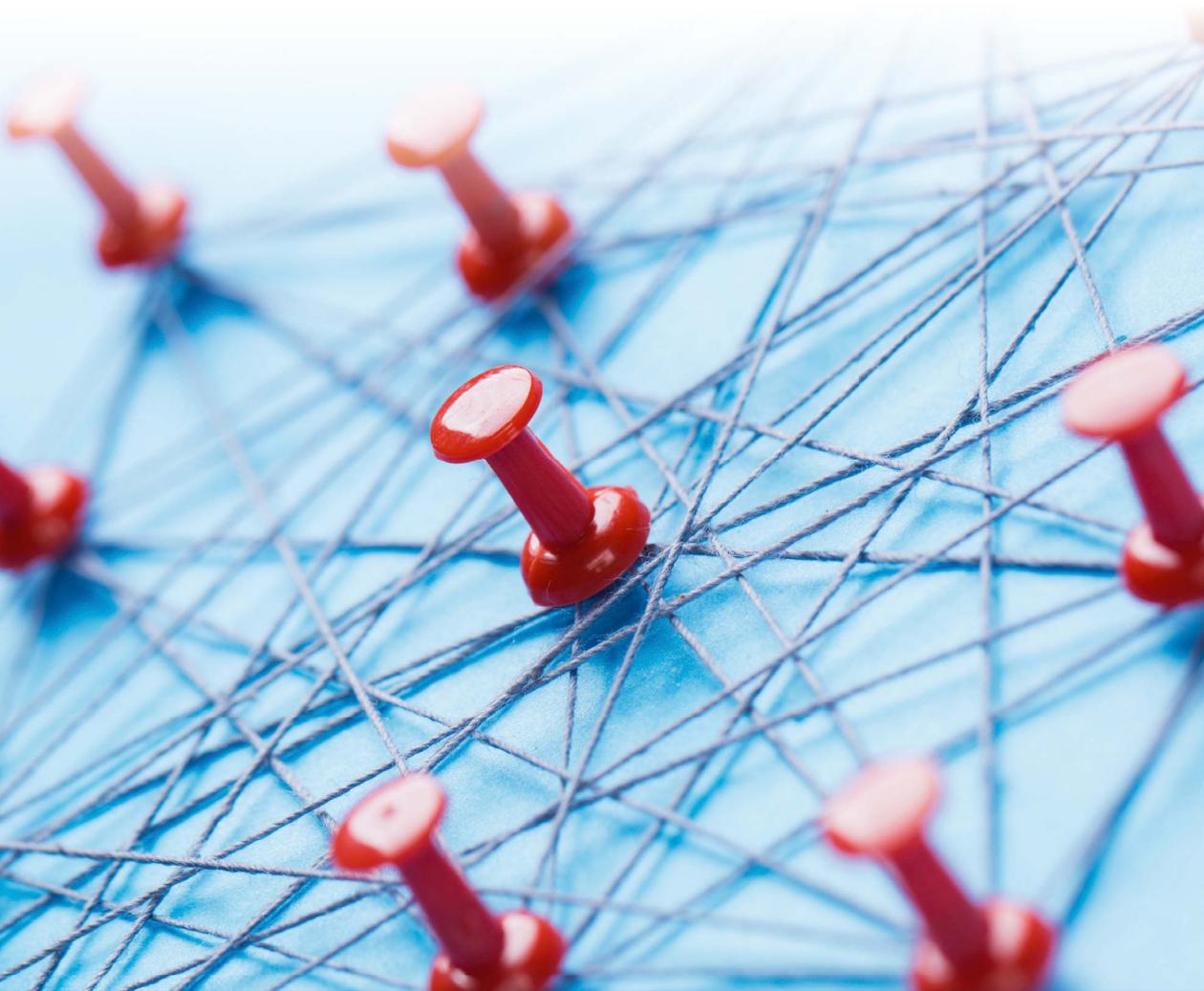


Medizinische Versorgungs- und Gesundheitszentren

Bedeutung, praktische Umsetzung, Perspektiven

Hrsg.: Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

LESEPROBE



Medizinische Versorgungs- und Gesundheitszentren

Bedeutung, praktische Umsetzung, Perspektiven

Hrsg.: Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

1. Auflage 2023

© 2023 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Appel & Klinger Druck und Medien GmbH, Schneckenlohe

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © Nana_studio – stock.adobe.com

ISBN (Buch): 978-3-96474-522-4

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-523-1

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	11
Teil 1: Grundvoraussetzungen für erfolgreiche Gesundheitsversorgung	
1 Der Versorgungsmarkt im Umbruch	16
<i>Wolfgang Hellmann</i>	
1.1 Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes im Kontext von Mindestmengen	17
1.2 Krankenhäuser am Limit (Beispiel Klinikum Region Hannover)	18
1.3. Änderung der Trägerschaft des Klinikums Region Hannover – Privatisierung als Chance	19
1.4 Grundlegende Situation in Niedersachsen im Kontext politisch gewollter Veränderungen	20
1.5 Gesundheitszentren als Chance für gute Patientenversorgung	22
1.6 Ein ambulanter Versorger kann ein Krankenhaus nicht ersetzen	23
1.7 Besondere Versorgungsformen	23
1.8 Medizinische Versorgungszentren – „Objekt der Begierde“ privater Investoren . .	24
1.9 Innovationshemmnis Kassenärztliche Vereinigungen	24
1.10 Mehr Macht für die Krankenkassen fördert nicht die Versorgungsqualität. . . .	26
1.11 Der aktuelle Hype um Nachhaltigkeit	26
2 Einführung mit Ansprache: Wir müssen wissen, wovon wir reden!	32
<i>Wolfgang Hellmann</i>	
2.1 Der Buchtitel wirft bereits Fragen auf	32
2.2 Medizinisches Versorgungszentrum und Gesundheitszentrum	33
2.3 Weitere Begriffe mit eher allgemeiner Ausrichtung	34
2.4 Begriffe zu Versorgungskonstellationen	37
3 Patientensicherheit – ohne Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation geht es nicht!	40
<i>Wolfgang Hellmann</i>	
3.1 Gesundheitspolitik in der Corona-Krise – Ein warnendes Beispiel für Krankenhäuser mit Aufzeigen von Optimierungsmöglichkeiten	40
3.2 Das Zusammenspiel von Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation ist Grundlage für Patientensicherheit	41
3.3 Eckpunkte für ein Managementkonzept	43
3.4 Was zu tun ist	46
3.5 Handlungsbedarf zum Erreichen des Ziels Patientensicherheit am Beispiel einer neu zu etablierenden kooperativen Versorgungsstruktur (nach dem PORT-Muster).	48

3.6	Praktische Umsetzung der Organisation von Patientensicherheit	48
3.7	Gute Fachpublikationen als Beitrag zu mehr Patientensicherheit	57

**Teil 2: Medizinische Versorgungs- und Gesundheitszentren –
Status, Perspektiven, Rechtsaspekte, Erfahrungen**

4	Zwei Jahrzehnte MVZ: Bedeutung und Rolle von MVZ unter veränderten Rahmenbedingungen (Perspektive des Bundesverbandes MVZ e. V.)	64
	<i>Susanne Müller</i>	
4.1	Das MVZ – Hinter der Idee	64
4.2	Wahrnehmung und Kritik	67
4.3	(In-)Transparenz-Debatte	70
4.4	Versorgungsrelevanz: Zahlen und Fakten	73
4.5	Künftige Bedeutung und Rolle der MVZ	76
5	Rechtliche Rahmenbedingungen für die Gründung und das Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren	81
	<i>Sebastian Berg</i>	
5.1	Einleitung	81
5.2	Eingeschränkter Gründerkreis	82
5.3	Verschiedene Rechtsformen der MVZ-Trägersgesellschaft	86
5.4	Weitere Zulassungsvoraussetzungen.	89
5.5	Besonderheiten des MVZ	92
5.6	Entwicklungsperspektiven des MVZ	97
6	Strafrechtliche Fallstricke für Medizinische Versorgungszentren	101
	<i>Tobias Thielmann, Matthias Dann</i>	
6.1	Einleitung	101
6.2	Gründung des MVZ	101
6.3	Abrechnung	104
6.4	Personal	106
6.5	Kooperationen	110
7	Rechtsaspekte im Kontext der Gründung und des Betriebens von Gesundheitszentren (Beispiel: PORT-Zentren der Robert-Bosch-Stiftung) . .	114
	<i>Tobias List</i>	
7.1	Einleitung	114
7.2	Das Gesundheitszentrum	116
7.3	Rechtlicher Rahmen eines Gesundheitszentrums.	119
8	Zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren – Chancen und Besonderheiten des zMVZ Konzepts	126
	<i>Karolina Lange-Kulmann</i>	
8.1	Das zahnärztliche MVZ heute.	127
8.2	Das zMVZ und das MVZ im Vergleich	135
8.3	Schlussbetrachtung.	141

9	Erfolgsstrategien für Medizinische Versorgungszentren – Erfahrungen und Anregungen eines MVZ-Betreibers	143
	<i>Willi Kretzmann</i>	
9.1	Einleitung	143
9.2	Herausforderungen	144
9.3	Acht Erfolgsfaktoren	146
9.4	Strategische Landkarte	147
9.5	Strategien für das Unternehmen	149
9.6	Lebenszyklus der Geschäftsbereiche und des Unternehmens	150
9.7	Positionierung der Geschäftsbereiche	155
Teil 3: Neue Wege in der Versorgung		
10	Sektorenübergreifende Versorgung – quo vadis?	160
	<i>Daniel Negele, Michael Lauerer, Eckhard Nagel</i>	
10.1	Herausforderungen und Lösungsansätze	160
10.2	Aktueller Koalitionsvertrag	161
10.3	Internationale Perspektive: Spanien und Peru	163
10.4	Konkrete Umsetzungsoptionen	165
11	Investoren in der ambulanten Versorgung und (zahn)ärztliche Freiberuflichkeit	170
	<i>Karolina Lange-Kulmann</i>	
11.1	Die Merkmale der (zahn)ärztlichen Freiberuflichkeit	171
11.2	Investoren in der ambulanten Versorgung	172
11.3	Investoren und Freiberuflichkeit – ein Widerspruch?	174
12	Gründung und Betrieb von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (kMVZ) – Die Rolle von Ärzten und zentrale Schritte zur Realisierung	177
	<i>Adrian W. T. Dostal</i>	
12.1	Fakten zur Ausgangssituation	177
12.2	Auf den Punkt gebracht: Warum überhaupt kommunale MVZ?	179
12.3	Eine notwendige Abgrenzung vorweg: Ärztehaus vs. MVZ	181
12.4	Die zu lösenden Aufgaben im kMVZ-Umfeld	182
12.5	Klären der Ausgangssituation vor Ort	184
12.6	Kommunale MVZ im Umfeld des Strukturwandels im (Haus-)Ärztemarkt	186
12.7	Wesentliche Schritte eines kMVZ-Gründungsprozesses	189
12.8	Ein zentrales „Muss“: Ärztliche Selbstreflektion	191
13	Mehr ambulante Medizin als Geschäftsmodell	197
	<i>Enrico Jensch</i>	
13.1	Medizinisches Versorgungszentrum vs. selbstständig betriebene Arztpraxis	198
13.4	Mythos oder Wahrheit: Geschäftsmodell Einweispraxis	202
13.5	Perspektivwechsel: Durch die Augen der Patienten geblickt	203

14	Wer zuerst kommt, ist in der Pole-Position – Kooperation zwischen Krankenhaus und MVZ (Beispiel Vinzenz Krankenhaus Hannover und MVZ Burgdorf)	207
	<i>Wolfgang Hellmann</i>	
14.1	Die aktuelle Konstellation	207
14.2	Krankenhäuser und MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern wecken auch das Begehren privater Investoren	210
Teil 4: Innovative Managementfunktionen und Strategien		
15	Controlling neu gedacht – vom Konzept bis zur praktischen Umsetzung (Beispiel MVZ und/oder Gesundheitszentrum)	214
	<i>Erika Raab</i>	
15.1	Der Reformbedarf des deutschen Gesundheitswesens	214
15.2	Controlling in kooperativen Versorgungsformen	216
16	Additives Management – Erfolgsfaktor für die Bestandsicherung und Weiterentwicklung kooperativer Versorgungsstrukturen	230
	<i>Wolfgang Hellmann</i>	
16.1	Corona als Wegweiser für neue Strategien im Management von Versorgungseinrichtungen	230
16.2	Grundlegende Handlungsoptionen für schwierige Zeiten	232
16.3	Definition und Bedeutung von Additivem Management	233
16.4	Prozessorientierung, Digitalisierung, Telemedizin und Künstliche Intelligenz	234
16.5	Beispiel Kundenorientierung	237
16.6	Beispiel Compliance	240
16.7	Beispiel Business Continuity Management (BCM)	244
16.8	Beispiel Qualitätsmanagement	248
16.9	Beispiel Führung	255
16.10	Beispiel Kommunikation	258
16.11	Beispiel Zusammenarbeit	260
16.12	Beispiel Controlling	262
16.13	Beispiel Ärztliche Aus- und Weiterbildung	263
16.14	Beispiel Marketing	265
16.15	Beispiel Mitarbeitergesundheit und Mitarbeiterereinsatz	275
16.16	Beratung in schwierigen Zeiten – Prioritäten setzen und Fallstricke identifizieren	281
17	Aufbau einer gefäßchirurgischen Abteilung im ländlichen Raum – Standortnahe Versorgung gefäßmedizinisch assoziierter Erkrankungen	286
	<i>Frank Meyer, Udo Barth</i>	
17.1	Ausgangssituation im Landkreis Jerichower Land	286
17.2	Gefäßchirurgische Versorgung im Jerichower Land im Kontext der Versorgungssituation in Deutschland	288
17.4	Diskussion	292

Ausblick	298
Herausgeber	313
Autorenverzeichnis	314
Stichwortverzeichnis	318

Vorwort

Der Versorgungsmarkt ist im Umbruch. Nichts wird mehr so sein, wie es gewesen ist. Politisch gewollt ist eine Stärkung der ambulanten Versorgung mit der Reduzierung von Krankenhäusern im Kontext der Bildung von Gesundheitszentren, vor allem in strukturschwachen Regionen.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Gesundheitszentren gewinnen zunehmend an Bedeutung. Private Klinikkettenbetreiber und private Investoren sehen hier einen Markt. Das Fortschreiten von Privatisierung schwappt damit vom stationären in den ambulanten Bereich. Im Mittelpunkt der Aktivitäten von privaten Betreibern und Investoren steht die Rendite!

Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern von ambulant und stationär wird dadurch massiv verschärft. Ebenfalls der Wettbewerb im ambulanten Bereich, z. B. zwischen Einzelpraxen und MVZ.

Das Buch thematisiert in der Diskussion stehende und zu erwartende Entwicklungen der Gesundheitsversorgung, weist auf die besondere Bedeutung von innovativen Kooperationsformen hin, hebt die Bedeutung von Patientensicherheit auf Grundlage von Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation hervor und definiert einschlägige Managementfunktionen mit Neujustierung für das effiziente Betreiben von MVZ- und Gesundheitszentren auf der Grundlage des Konzepts „Additives Management“.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Gründung und zum Betreiben von Medizinischen Versorgungs- und Gesundheitszentren werden breiter thematisiert. Auftretende Redundanzen sind geschuldet den Autoren und Autorinnen mit unterschiedlichen Interessenlagen. Sie sind jedoch unverzichtbar, um den Gesamtkontext der jeweiligen Darstellungen zu erhalten.

Berücksichtigt werden auch die Vorstellungen von Verbänden zur Neupositionierung der Gesundheitsversorgung einschließlich der weiteren Entwicklung und Ausbreitung von medizinischen Versorgungs- und Gesundheitszentren.

Last but not least wird am Beispiel des Aufbaus einer gefäßchirurgischen Abteilung im ländlichen Raum verdeutlicht, dass trotz wenig guter Arbeitsbedingungen mit hoher Arbeitsbelastung Ärzte wertvolle Beiträge zur Optimierung der Gesundheitsversorgung leisten.

Gedankt sei dem Verlag für die zügige Umsetzung des Buches, und hier vor allem Herrn Bernd Müller (Geschäftsführung). Besonderer Dank gilt Frau Marie Haßfürther und Frau Lena Murmann (Projektbetreuung) und Frau Hornig (Mediengestaltung), die zum Gelingen des Buches sehr beigetragen haben. Ich danke auch meiner Frau Ilse Hellmann, die bei diesem Buch unermüdlich unterstützt und mir viele Anregungen, vor allem zum Thema Patientensicherheit, gegeben hat.

*Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann
Hannover im Dezember 2022*

**Teil 2:
Medizinische Versorgungs-
und Gesundheitszentren –
Status, Perspektiven,
Rechtsaspekte, Erfahrungen**

4 Zwei Jahrzehnte MVZ: Bedeutung und Rolle von MVZ unter veränderten Rahmenbedingungen (Perspektive des Bundesverbandes MVZ e. V.)

Susanne Müller

Abstract

Seit beinahe zwei Dekaden existiert mit den MVZ ein ambulantes Kooperationsmodell, dessen markantestes Merkmal die konsequente Durchbrechung des bisdahin unumstrittenen Grundsatzes ist, dass nur Vertragsärzte ambulante Leistungen erbringen dürfen. Entsprechend kontrovers wurde und wird das MVZ als Struktur betrachtet, wobei eine kritische Perspektive vor allem von Akteuren der ärztlichen Selbstverwaltung eingenommen wird. Von Patienten sowie von den inzwischen vielen tausend Ärzten, die in den MVZ arbeiten, gibt es dagegen kaum negative Äußerungen. Gerade letztere hätten auch, angesichts des Arbeitnehmermarktes, den die ambulante Versorgung seit längerem darstellt, problemlos die Möglichkeit, mit den Füßen abzustimmen und andere Arbeitgeber zu wählen. Der Zwiespalt, dass viele Ärzte, die entweder selbst ein MVZ gründen oder sich in einem solchen von nicht-ärztlichen Trägern anstellen lassen, einerseits die Treiber der Entwicklung sind andererseits aber die Ärzteschaft in Form ihrer Selbstverwaltungsorgane teils massiv gegen MVZ eintritt, ist Ausgangspunkt dieses Textes. Um die wegen dieser Ambivalenz häufig emotional geführte Debatte zu versachlichen, werden grundsätzliche Fakten und Zusammenhänge rund um die MVZ-Thematik beleuchtet. Schlussendlich wird das Fazit gezogen, dass die MVZ aufgrund ihrer rechtlichen Wandlungsfähigkeit und gerade wegen der Vielfalt an zulässigen Trägern, auch in Zukunft ein Nukleus für passgenaue Versorgungsherausforderungen unserer Zeit sein können und sein werden – vorausgesetzt, es wird nicht durch den Gesetzgeber ein Stopp der MVZ-Entwicklung erzwungen.

4.1 Das MVZ – Hinter der Idee

Über die Jahre haben die beteiligten Parteien und Politiker das MVZ öffentlichkeitswirksam immer wieder mit der Hoffnung verbunden, durch dessen bloße Existenz dem allgemeinen Ärztemangel abzuhelfen und insbesondere auch Versorgungslücken in den strukturschwachen Regionen schließen zu können. Ehrlicherweise ist zu sagen, dass beide Erwartungen, soweit sie als Automatismus gedacht werden, im Wunschenken verhaftete

Fehlannahmen sind. Gutes Beispiel ist die Neuzulassung von Kommunen als originäre MVZ-Träger mit dem GKV-VSG vom Sommer 2015, der bis heute nur etwa drei, vier Handvoll tatsächliche Gründungen gefolgt sind. Richtiger wäre daher zu konstatieren, dass mit dem MVZ wirklich viele neue Möglichkeiten, Versorgungsproblemen konstruktiv zu begegnen, eröffnet wurden, von denen einige mehr zum Tragen kommen als andere. Dazu gehört insbesondere positiv, dass neben den Ärzten, Zahnärzten und Psychologen weitere Trägergruppen in das Verantwortungsgeflecht rund um die ambulante Versorgung eingebunden wurden. Gleichzeitig muss aber jede Erwartung, die allein daran knüpft, dass mit dem MVZ als neuer Gestaltungsvariante strukturell begründete Verteilungsprobleme en passant behoben werden (könnten), zwangsläufig enttäuscht werden.

Denn das MVZ ist dem Grunde nach zunächst einmal eine alternative Rechtsform zur klassischen Niederlassungspraxis. Per se verändert sich die Versorgung, insbesondere aus Patientensicht nicht, wenn sich eine bestehende ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft in ein MVZ umfirmiert. Wesentliche Motoren zu einer echten Versorgungsverbesserung war daher vor allem die zwingende Voraussetzung des Fachübergreifens, also die Vorschrift, dass in einem MVZ stets Ärzte aus mindestens zwei verschiedenen Fachgruppen zusammenarbeiten müssen, sowie die Einbindung neuer Akteursgruppen. Dadurch wurde eine begrüßenswerte Entwicklung angestoßen, die den poliklinischen Kerngedanken des ärztlichen Miteinanders in der ambulanten Versorgungslandschaft neu verankerte und es dritten Leistungserbringern erlaubte, ihre Versorgungsansätze einzubringen. In dieser Perspektive, sind die Entscheidungen des Gesetzgebers, ab 2012 weite Kreise bis dahin zulässiger Gründer (*Physiotherapeuten, Logopäden, Apotheker, ect.*) von der MVZ-Entwicklung auszuschließen, und in 2015 das Kriterium der fachübergreifenden Leistungserbringung aufzuheben, zu bedauern. Tatsächlich könnte man sagen, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum seit dem in seiner Minimalform rein rechtlich nichts Anderes ist, als eine Gemeinschaftspraxis mit zusätzlichen gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten. Allerdings ist andererseits zu betonen, dass es ausgesprochen viele MVZ gibt, die deutlich weiterentwickelter sind, als die Minimalform. Und die damit das Potenzial zur Versorgungsverbesserung, die der MVZ-Idee innewohnt, in bester Manier, häufig sektorübergreifend und mit großem Engagement zur Geltung bringen.

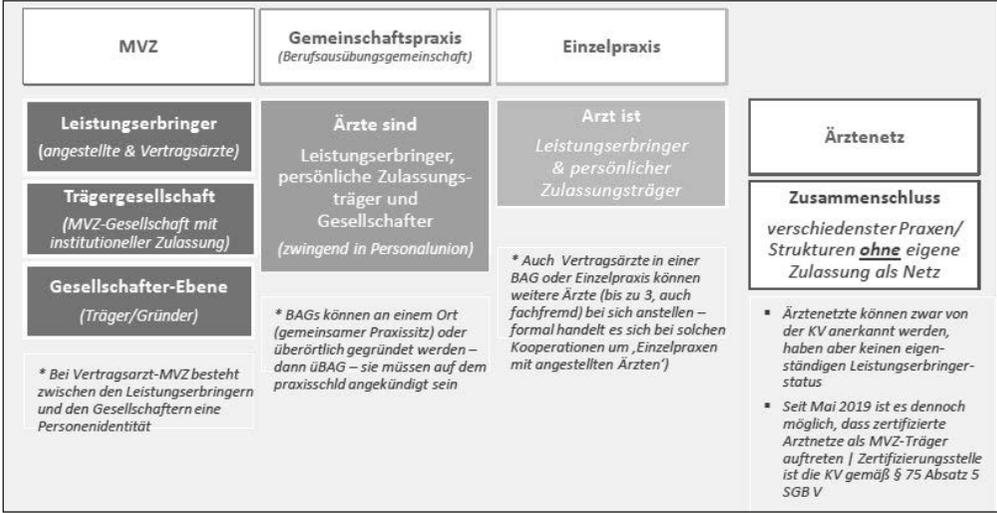


Abb. 4.1: Ambulante Praxis- & Kooperationsformen im Organisationsvergleich (Quelle: BMVZ)

Für Berufsausübungsgemeinschaften – früher Gemeinschaftspraxen genannt – gibt das Berufsrecht vor, dass die gemeinschaftliche Niederlassung ausschließlich in der Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder als Partnerschaftsgesellschaft (PartG) möglich ist. In beiden Fällen ist nicht nur der zulassungsrechtliche Status, sondern auch die gesellschaftsrechtliche Struktur der Praxis untrennbar mit den einzelnen, beteiligten Arztpersönlichkeiten verknüpft. Genau hierin liegt der wesentliche Unterschied zum MVZ, das per gesetzgeberischer Definition über eine Zulassung als Institution, beziehungsweise Einrichtung verfügt. Jedes MVZ hat damit einen dreistufigen Aufbau – bestehend 1) aus der Ebene der Leistungserbringer, also der Ärzte, 2) der MVZ-Gesellschaft, die die eigentliche Zulassungsinhaberin ist und 3) der Ebene der Gesellschafter, die häufig in synonyme Bedeutung auch als Träger oder Gründer bezeichnet werden. Dieser Drei-Stufen-Grundsatz gilt uneingeschränkt und auch für die sogenannten inhabergeführten MVZ – auch wenn die Tatsache, dass hier Leistungserbringer (Ebene 1) und Gesellschafter (Ebene 3) personenidentisch sind, diesen Umstand etwas verschleiert. Folge dieser institutionellen Zulassung ist die faktische Entkopplung der MVZ-Gesellschaft von der einzelnen Arzt- und Gesellschafterpersönlichkeit. Im Ergebnis besteht – über alle Trägerarten hinweg – die MVZ-Gesellschaft weiter, wenn in der Ebene der Ärzte oder in der Ebene der Gesellschafter personelle Veränderungen stattfinden.

Dieser Umstand macht die Medizinischen Versorgungszentren gerade in Zeiten des Ärztemangels zu verhältnismäßig stabilen Akteuren der Versorgung. Hieran knüpft auch die oben bereits wiedergegebene und dem Grundsatz nach verständliche Idee an, dass

MVZ geeignet sind, eine Lösung für Versorgungsprobleme des ländlichen Raums zu sein. Denn MVZ sind aufgrund der beschriebenen strukturellen Eigenheiten standorttreu und immanent interessiert, alle Sitze jederzeit nachbesetzen zu können. Verlässt ein Arzt die Einrichtung, verbleibt die Zulassung grundsätzlich am Ort und der Träger ist im Eigeninteresse, das wiederum den Patienten zu Gute kommt, bemüht, für die Stelle schnellstmöglich einen neuen Arzt zu gewinnen. Selbst in strukturschwachen Regionen gelingt dies leichter als die klassische Praxisübergabe. Dies ist nur zum Teil ein spezifischer Verdienst der ‚Rechtsform‘ MVZ. Es liegt vielmehr auch daran, dass MVZ als Arbeitgeber angestellter Ärzte von den jungen Medizinerinnen keine Lebensentscheidung für den Praxisstandort verlangen, sondern die Option bieten, für überschaubare Zeiträume eine rein arbeitsvertragliche Bindung einzugehen, die aus Arztsicht gleichermaßen Flexibilität und Sicherheit gewährleistet. Mit diesem Umstand korreliert die Tatsache, dass auch außerhalb der MVZ die Zahl der im angestellten Status tätigen Mediziner beständig von Jahr zu Jahr mit zweistelligen Zuwachsraten steigt.

Vor diesem Hintergrund sind MVZ als Strukturerneuerung im Grunde kein singuläres Phänomen, sondern Teil der durch fortgesetzte Zulassung immer weiterer Strukturvarianten (*üBAG, Arztnetze, Eigeneinrichtungen, etc.*) beförderten Flexibilisierung der ärztlichen Arbeitssituation im ambulanten Sektor. Dennoch entfaltet das MVZ ohne Zweifel einen besonderen Charme, der sich – losgelöst von der gesetzlichen Minimaldefinition – insbesondere daraus speist, dass aufgrund der besonderen gesellschaftsrechtlichen Hülle enorm viel Potential für die individuelle Gestaltung moderner, kooperativer Versorgungslösungen vorhanden ist.

4.2 Wahrnehmung und Kritik

Die oft sehr kritische, politische Debatte zu MVZ und zu dem durch sie exemplarisch verkörperten allgemeinen Wandel der ambulanten Leistungserbringung, begleitet die Entwicklung seit 2004. Nachdem jedoch etwa ab 2011/12 eine gewisse Befriedung zu bemerken war, ist mit der Aufgabe der Vorschrift zum Fachübergreif durch den Gesetzgeber ab Juli 2015 die Auseinandersetzung um die Rolle nicht-ärztlicher Träger in der ambulanten Regelversorgung neu entbrannt. Hintergrund ist, dass die seitdem zulässige Gründung rein fachgleicher MVZ neue Gruppen von Akteuren auf den Plan gerufen hat, die zuvor von der organisatorischen Komplexität, die jede Fach übergreifende Praxisstruktur zwangsläufig mit sich bringt, ferngehalten worden waren. Ohne Frage muss daher die MVZ-Reform des VStG als Katalysator derjenigen MVZ-Entwicklung verstanden werden, die heute mehr denn je die geballte Kritik der verfassten Ärzteschaft auf sich zieht. Ex-

emplarisch hierfür steht die Entwicklung fachgleicher Zahn-MVZ, die faktisch erst nach diesem Gesetz eingesetzt hat.

Von Beginn an wurde in MVZ-kritischen Kreisen zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ MVZ unterschieden. Akzeptiert werden in dieser Betrachtungsweise MVZ in Vertragsarztträgerschaft, die als ‚inhabergeführt‘ gelten. Im Umkehrschluss stehen nicht-inhabergeführte MVZ – also alle Zentren, bei denen sich ein zulässiger Träger oder ein Krankenhaus mit Hilfe von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung engagiert – unter dem Generalverdacht, bloße Renditeobjekte zu sein, Sekundärinteressen zu verfolgen und/oder insgesamt die ordnungsgemäße Patientenversorgung zu gefährden. Die aktuelle Debatte um MVZ ist folglich nicht neu – seit etwa 2018 wird dieser Diskurs jedoch mit deutlich härteren Bandagen ausgetragen.

Eine nicht unerhebliche Rolle spielt die Berichterstattung, bei der es die Betitelungen als ‚Gefahr‘, ‚Dramatik‘, oder ‚Schaden‘ sind, die eher Interesse wecken, als ‚normale‘ Nachrichten. Das hohe Maß an beinahe reißerisch wirkenden Überschriften, beschwören einen ‚heuschreckenartigen Übergriff‘ bzw. eine ‚feindliche Übernahme‘ niedergelassener Arztpraxen durch ‚MVZ-Ketten‘ und vor allem eine Verschlechterung in der Patientenversorgung herauf, deren Dimension in einem bemerkenswerten Missverhältnis zur Faktenslage steht. Sich wiederholende Überschriften wie „Z-MVZ: BZÄK sieht Patientenwohl in Gefahr“, „Investoren auf Einkaufstour“ oder „Private-Equity und MVZ: Ärzte diskutieren Strategien gegen Heuschreckenbefall“ erzeugen beim Leser, bzw. in der Gesundheitspolitik eine Habachtstellung, die jedoch angesichts der realen Versorgungsrelevanz nicht angebracht erscheint. Nicht hilfreich sind zudem zusätzliche sprachliche Abgrenzungen, wie die von der KZBV erfundene Kategorie des i-MVZ, wobei das ‚i‘ für Investor steht – ein Akronym, das grundsätzlich abzulehnen ist, da es keinerlei nützliche Zuordnung erlaubt.

Möglicherweise liegt ein Impuls für den mit Vehemenz geführten Abwehrkampf gegen nichtärztliche Träger gerade darin, dass sich viele der neuen Träger und Entwicklungen einer klaren Zuordnung entziehen. Denn tatsächlich bestehen Abgrenzungsprobleme dazu, was eigentlich Private-Equity-Unternehmen sind, und wie darüber hinaus sogenannte strategische Investoren und Family Offices von diesen zu unterscheiden sind. Auch die beiden letztgenannten Unternehmenskategorien suchen nach Möglichkeiten der Geldanlage; ihnen wird jedoch eine eher langfristige Investitionsstrategie zugeschrieben, während klassische PE-Fonds teils damit werben, eine Unternehmung im Schnitt nach sechs bis sieben Jahren weiter zu veräußern. Im Verkaufsgewinn nach diesem Zeitraum der nun zu einer MVZ-Kette verbundenen Arztpraxen liegt denn auch die wesentliche Renditeerwartung dieser buy-and-built genannten Strategie. Insofern liegt die spannende Frage, wie solche Unternehmen die Versorgungslandschaft beeinflussen, eigentlich noch in der Zukunft. Wer wird die

BESTELLEN SIE JETZT

Ja, ich bestelle

— Expl. Medizinische Versorgungs-
und Gesundheitszentren
Hardcover, 2023, 324 Seiten
ISBN 978-3-96474-522-4
49,95 Euro

— Expl. Medizinische Versorgungs-
und Gesundheitszentren
PDF, 2023
ISBN 978-3-96474-523-1
44,95 Euro



Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die mgo fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz>

Unser Bestellservice



09221 949-389

Name / Vorname



09221 949-377

Straße / Hausnummer



ku-gesundheitsmanagement.de

PLZ / Ort



oder Bestellung einfach rechts
eintragen und abschicken.

E-Mail

Telefonnummer

mgo fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Datum / Unterschrift



Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Hochschule Hannover und Kompetenzzentrum KoKik® (Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus), Wissenschaftlicher Leiter des Studienprogramms MHM® (Medical Hospital Manager) für ärztliche Führungskräfte und Initiator des Studienmodells Hannover für Berufe im Gesundheitswesen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen, Förderung des ärztlichen Nachwuchses, Patientensicherheit.

Der Gesundheitsmarkt verändert sich explosionsartig. Die Diskussion verlagert sich von der Frage der Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes im Kontext der Schließung kleiner Krankenhäuser auf die Frage massiver Veränderungen im ambulanten Bereich durch die Fokussierung privater Investoren auf die Übernahme Medizinischer Versorgungszentren, z. B. im Hinblick auf augenärztliche Tätigkeiten. Der Blick auf die Gesamtentwicklung der Gesundheitsversorgung wird damit einseitig eingengt. Dies gilt auch in Bezug auf Krankenhäuser, die in überbordender Hektik teilweise nicht zielführende Konzepte in den Raum stellen, ohne den sich abzeichnenden Druck durch private Investoren zu berücksichtigen. Dies überrascht um so mehr, weil bereits auch Krankenhäuser gekauft werden, um in deren Trägerschaft Medizinische Versorgungszentren betreiben zu können.

Ungeachtet dieser Entwicklung sind Medizinische Versorgungszentren ein nach wie vor gutes und erfolgreiches Modell für die Patientenversorgung. Ebenfalls die vor allem in strukturschwachen Regionen zunehmend entstehenden Gesundheitszentren als kooperative Struktur ambulanter und stationärer Leistungserbringer.

Das Buch beschreibt Perspektiven und Neuentwicklungen für die genannten Versorgungskonstellationen und fokussiert damit auf den aktuellen Stand. Betrachtet werden die Bedeutung, die Rolle und die Chancen für eine Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren einschließlich der rechtlichen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für deren Gründung und Adaption an veränderte Rahmenbedingungen. Analoges gilt für Gesundheitszentren.

Voraussichtliche Veränderungen im Gesundheitsmarkt mit Stärkung der ambulanten Medizin (auch als Geschäftsmodell) werden beleuchtet und umfassende Vorschläge für eine Adaption von Managementfunktionen an neue Herausforderungen vorgestellt.