

## Kein Sakrileg

Gastkommentar

Ab 2012 soll es nach dem Willen des BMG für Krankenhäuser also schwieriger werden, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dahinter steht wohl kaum der Wunsch, die Gesundheitsversorgung ökonomisch oder qualitativ zu verbessern; es handelt sich um eine standespolitische Maßnahme zum „Schutz“ der niedergelassenen Vertragsärzte.

Von der Entwicklung des Krankenhausbereichs können wir Niedergelassene uns jedoch nicht abkoppeln. In großen Gesundheitseinrichtungen – und MVZ vernünftiger Größe sind Unternehmen mit zweistelligem Millionenumsatz – muss Arbeitsteilung herrschen. Krankenhäuser und große Laboratorien in Deutschland beweisen längst, wie das funktionieren kann: Die Ärzte betreiben Medizin, die Ökonomen stellen den finanziellen Rahmen sicher. Wünschenswert ist deshalb eine Neuregelung für MVZ, die dem medizinischen Fortschritt ebenso wie den ökonomischen Zwängen Rechnung trägt – unabhängig von Klientelpolitik und Geschäftsanteilen. Auch wenn es aus dem Munde eines Vertragsarztes wie ein Sakrileg klingen mag: Warum soll die jahrzehntelang gelebte Träger- und Führungsstruktur von Krankenhäusern nicht auch für den niedergelassenen Bereich taugen?



MVZ Bavariahaus München

Priv.-Doz. Dr. med. F.-W. Tiller, München  
fwt@labor-bavariahaus.de



## Krankenhausstrategien 2011

# Das MVZ bleibt attraktiv

Bildquelle: MVZ ENDOKRINOLOGIKUM HAMBURG

**Das für 2012 geplante Versorgungsgesetz soll Krankenhäusern die Erschließung des ambulanten Sektors durch Medizinische Versorgungszentren erschweren. Nun sind intelligente Wege gefragt, um diese strategische Option weiterhin nutzen zu können.**

2011 steht für Krankenhäuser unter keinem guten Stern: In den Budgetverhandlungen der letzten Jahre konnte nicht einmal die Steigerung der Grundlohnrate von jährlich knapp zwei Prozent durchgesetzt werden, obwohl die Krankenhauskosten um mehr als sechs Prozent pro Jahr zunehmen. Aktuell fordern Gewerkschaften und Hartmannbund auch noch massive Lohn- und Gehaltszuwächse für Pflegepersonal und Ärzte – und dürften vor dem Hintergrund einiger Tausend unbesetzter Stellen in den anstehenden Tarifverhandlungen wohl auch wenigstens teilweise Erfolg damit haben. Dazu kommt die anstehende Umsetzung des neuen Krankenhaushygienegesetzes auf Basis eines Kabinettsentwurfs vom 16.3.2011. Sie wird Ressourcen benötigen, die bisher noch nicht budgetiert sind. Und schließlich streben Teile der SPD Vergütungsabschlüsse für Drei- und Vierbettzimmer an. Das Jahr 2011 wird nicht einfach.

Dagegen hatte die einst rot-grüne Bundesregierung im Jahr 2004 Perspektiven aufgezeichnet, die durch strategische Erschließung des ambulanten Sektors Auswege aus dieser Klemme eröffneten (§95, §115b, §116b SGB V). Eine wich-

tige Maßnahme zur Kostensenkung bei gleichzeitiger Umsatzsteigerung ist seither der Auf- und Ausbau von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ergänzend zu – meist defizitären – Krankenhausambulanzen. Oft genannte Vorteile des neuen Konzepts waren flexible Dezentralisierung, günstigere Tarifverträge, keine Laufwege von der Station zur Ambulanz, weniger Probleme mit Bauvorschriften, andere Auslastung in Abend- und Nachtzeiten bzw. Integration in Notfalldienste der KVen.

Ausgerechnet Schwarz-Gelb will unternehmerisch denkenden Kliniken nun Steine in den Weg legen: Mit einem Positionspapier vom 22.2.2011 plant das BMG, die Gründungsvoraussetzungen für MVZ durch Krankenhäuser massiv zu erschweren. Tritt das geplante „Versorgungsgesetz“ am 1.1.2012 in Kraft, dann sollte es Krankenhäusern nur noch in Minderheit erlaubt sein, den Niedergelassenen mit eigenen MVZ Konkurrenz zu machen. Daneben müsste der Ärztliche Leiter künftig im MVZ tätig sein. Vor allem dürfte die Einbringung von Vertragsarztzulassungen dann nur mehr erfolgen, wenn dadurch

keine Schwächung der lokalen Versorgung entsteht. Insgesamt wird damit bestehenden MVZ das Wachstum erschwert, und neue MVZ werden nur noch mit Minderheitsposition zugelassen. Also sind gute Ideen gefragt.

Jede Verbesserung der Kosten- und Erlösstrukturen beginnt bei einem Krankenhaus mit der Ausrichtung auf den richtigen Fallmix, und der wiederum gelingt nur mit einer adäquaten Zuweiserstruktur. Genau daher ist die ambulante MVZ-Strategie so wichtig. Also sollten Krankenhäuser noch bis Spätsommer 2011 die richtige MVZ-Strategie umsetzen. Bis dahin bleibt der

## Mehr zum Thema Medizinische Versorgungszentren

Bereits jedes dritte MVZ wird heute von einem Krankenhaus betrieben, und dieser Trend setzt sich – davon sind die Autoren überzeugt – trotz etwaiger künftiger Beschränkungen fort. Ihre Kernbotschaft: MVZ werden aufgrund ihres sektorenübergreifenden Ansatzes die Struktur

der ambulanten und auch stationären Versorgung langfristig stärker beeinflussen als jede andere neue Versorgungsform.

Mit diesem Handbuch erhält der Leser einen Überblick über wirtschaftliche und rechtliche Fragen, die bei der Gründung und beim Betrieb eines MVZ zu bedenken sind; dabei geht es insbesondere auch auf steuerrechtliche Aspekte ein. Es ist sowohl für Krankenhausmanager lesenswert, die sich dem ambulanten Sektor öffnen wollen, als auch für niedergelassene Ärzte, die mit Krankenhäusern kooperieren.

Das Handbuch wurde mitverfasst vom Autor des Artikels auf dieser Doppelseite, Gunter von Leoprechting, der auch Mitglied im Fachbeirat von Trillium-Report ist.

gh

*Handbuch Medizinische Versorgungszentren*  
Peter Wigge/Gunter von Leoprechting  
Kohlhammer Verlag 2010  
304 Seiten, 16 Abb., 17 Tab, 47,80 €  
ISBN: 978-3-17-019155-6

Königsweg für „starke“ Krankenhäuser, mit großen zentralen und dezentralen MVZ-Einheiten auf einen gewissen Konfrontationskurs zu den niedergelassenen Ärzten zu gehen. MVZ werden dann auch als Zuweiserplattformen verstanden und gewährleisten eine gesetzlich zulässige Arbeitsteilung in der Behandlungskette ähnlich wie bei Leistungen gem. §115b oder §116b. Durchlässige Fallführung durch gleiche Ansprechpartner, Verschiebung von Diagnostikaufwendungen aus dem Krankenhaus in das MVZ mit ambulanter Abrechnung zulasten der KV sind willkommene Zusatzeffekte. Wesentlich dient das MVZ als „Staubsauger“ für geeignete stationäre Fälle und als „Staubfänger“ für solche Fälle, die besser anderswo versorgt werden sollten. Ab 2012 wird dieses konsequente Modell wohl überwiegend mit bereits bestehenden MVZ umsetzbar sein – denn Konsequenz braucht Mehrheit.

## Verbundstrategien

Die meisten Krankenhäuser aber können oder wollen sich eine derartige kosequente Konfrontationsstrategie im ambulanten Markt nicht leisten. Sie setzen dann meist auf eine Nischenstrategie, indem sie punktuell vorhandenes Know-how in MVZ auslagern, um niedergelassenen Fachärzten nur wenig Konkurrenz zu machen.

Inzwischen haben auch einige Kliniken die Vorteile einer Verbundstrategie erkannt: Sie initiieren MVZ, die Zuweiser nicht irritieren, sondern ihnen gewünschte und bisher nicht vorhandene Kompetenzen anbieten, zum Beispiel in der Onkologie, Pathologie und Labordiagnostik oder der Telemedizin. Im Einvernehmen mit den Niedergelassenen können solche Zentren auch am Krankenhausstandort selbst angesiedelt sein. Solche Verbundstrategien bleiben auch als Minderheitsgesellschaften nachhaltig attraktiv, denn sie helfen, im Krankenhaus Kosten zu

senken. Dies gilt für die Tarifeinstufung von Personal, Bereitstellung von Kapazitäten in schwachen Auslastungszeiten oder sektorenübergreifende Nutzung von Großgeräten.

Schließlich bauen einzelne Krankenhäuser außerhalb des eigenen Zuweisermarktes dezentrale MVZ auf, die vor allem die oben beschriebene Staubsauger- und Staubfängerfunktion besitzen, ohne in Wettbewerb zu den eigenen Zuweisern zu treten. Folglich bleibt, richtig umgesetzt, das MVZ eine attraktive Option. Sie kann mit anderen Ausbaustrategien – zum Beispiel Wachstum durch Merger & Akquisition – durchaus kombiniert werden. So zeigt das DKI-Krankenhaus-Barometer 2010, dass nur ein Viertel aller Krankenhausfusionen nicht oder nur mäßig effektiv war – die verbleibende Mehrheit der Transaktionen wurde positiv bewertet!

Fazit: Der Auf- und Ausbau von MVZ wird 2011 noch Teil einer erfolgreichen Krankenhausstrategie sein und bleibt auch ab 2012 als Nischen- und Verbundstrategie attraktiv. Da sich die Politik auf den Weg gemacht hat, Krankenhäusern das Leben wieder schwerer zu machen, um den Freiberuflerstand zu stärken, ist das Krankenhausmanagement 2011 gefordert, das enge Zeitfenster nach geltender Gesetzeslage zum §95 SGB V zu nutzen. Wie so oft – in der Krise liegt die Chance – das knappe Zeitfenster 2011 fordert das Krankenhausmanagement zu raschem und konsequentem Handeln! 🌸



Gunter von Leoprechting  
LEO-IMPACT CONSULTING GmbH  
leo@leo-impact-consulting.de