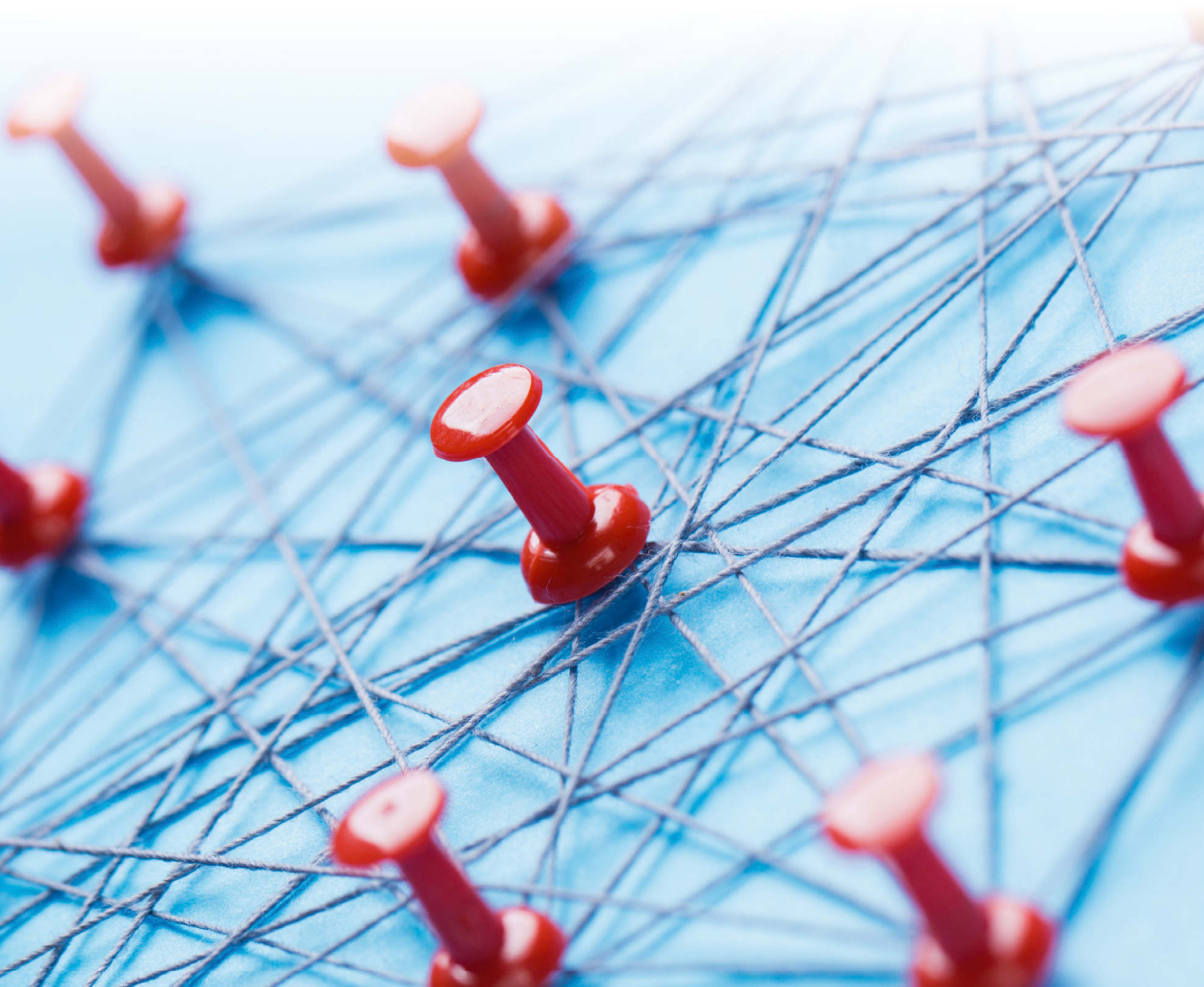


Medizinische Versorgungs- und Gesundheitszentren

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, Schneckelohe

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 1:
Grundvoraussetzungen
für erfolgreiche
Gesundheitsversorgung**

1 Der Versorgungsmarkt im Umbruch

Wolfgang Hellmann

Abstract

Der Versorgungsmarkt ist in massiver Bewegung, Corona hat dies mit vorangetrieben. Vor allem Krankenhäuser sind in massiver Bedrängnis, wie am Beispiel der Krankenhäuser der Region Hannover aufgezeigt wird. Aufgrund mangelnder Effizienz und Effektivität kommunaler Krankenhäuser steht die Übernahme durch private Anbieter im Raum. Der Wettbewerb der Leistungserbringer im ambulanten und im stationären Bereich wird zunehmend schärfer, auch getrieben durch private Investoren mit dem Fokus auf Medizinische Versorgungszentren als Konkurrenten von Einzelpraxen. Die Forderung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges durch die Krankenkassen fördert eine notwendige und ausgewogene Versorgung aller Bürger nicht. Wenig zielführend auf eine Optimierung der Versorgungsqualität wirkt sich auch die Verzögerung der Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) und elektronischer Anwendungen für Patienten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus. Besonders verschärft wird die Situation durch das massiv abnehmende Interesse von Ärzten weiterhin in Krankenhäusern tätig zu sein.

Weckruf – Berufswechsel von Ärzten erreicht beängstigende Ausmaße

Eine Mitgliederbefragung des Marburger Bundes (MB-Monitor) ergibt ein beängstigendes Bild. Jeder 4. angestellte Arzt denkt über einen Berufswechsel nach. Befragt wurden 8464 angestellte Ärzte, 90 Prozent davon arbeiten in Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken, 6 Prozent in Reha-Kliniken. Zugrunde liegen schlechte Arbeitsbedingungen mit nicht ausreichenden Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, hoher Arbeitsdruck durch die Ökonomen, aber auch überbordende Tätigkeiten in Bezug auf Datenerfassung und Dokumentation. Die Zeit für Datenerfassung und Dokumentation wird pro Tag auf 3 Stunden geschätzt, diese entfällt damit für die Patientenbetreuung. Eine Entbürokratisierung wird deshalb vom Marburger Bund gefordert.

1.1 Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes im Kontext von Mindestmengen

Krankenkassen, private Klinikkettenbetreiber und auch einzelne Gesundheitsökonominnen fokussieren vom Grundsatz her auf eine „Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes“ im Kontext von Mindestmengen mit der Auslöschung kleiner Krankenhäuser zugunsten großer Häuser und Klinikketten.

In neuerer Zeit könnte man den Eindruck haben, hier bahne sich ein Sinneswandel an, auch vor dem Hintergrund einer Fokussierung auf eine Bildung von regionalen Gesundheitszentren (Augurzky, Schmidt 2020). Tatsächlich dürfte dieser jedoch nicht erfolgt sein. Die Befürwortung von Gesundheitszentren erscheint eher als Alibifunktion. Nach wie vor ist erklärtes Ziel die Eliminierung kleiner Krankenhäuser. Insoweit wohnt dem aktuell ins Spiel gebrachten „Zauberwort Gesundheitszentrum“ (Töpfer 2021) kein wirklicher Zauber inne, zumal die Etablierung von Gesundheitszentren bereits früher breit thematisiert wurde (Hellmann 2021) und auch im Fokus der Robert-Bosch-Stiftung steht (Klapper 2020).

Regelungen zu Mindestmengen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits 2004 eingeführt. Die derzeit gültige Regelung bezieht sich z. B. auf Operationen an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse, Implantationen von Kniegelenk- Prothesen und Stammzelltransplantationen. Weitere Vorgaben sind in Arbeit (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021).

Die Akzeptanz von Mindestmengen durch die Leistungserbringer ist nicht durchgängig gut, nicht alle Häuser halten sich an die Regelungen. Insoweit überrascht es nicht, dass insbesondere mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Jahre 2021 neue Verfahrensregeln auf den Weg gebracht wurden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Dennoch: Nachhaltig wirksame Sanktionen sind bisher nicht erkennbar, es bleibt bisher bei Ankündigungen durch den G-BA.

Aktuell ergeben sich auf Grundlage neuer Studienergebnisse Fragen zur Sinnhaftigkeit von Mindestmengen. Erkenntnisse aus Heidelberg legen nahe, dass mit hohen Fallzahlen nicht automatisch eine niedrige Patientensterblichkeit erzielbar ist. In diesem Zusammenhang wird konstatiert, dass auch Krankenhäuser mit mittleren Fallzahlen gute Operationsergebnisse erzielen können (Universitätsklinikum Heidelberg 2022).

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang das erstmalig erkennbare Bemühen, die Bedeutung von Mindestmengen durch einen Blick auf fundierte internationale Studien zu be-

gründen, wenn auch die diesbezüglichen Ergebnisse noch wenig aussagekräftig sind. So heißt es: „Die internationale Studienlage zeigt Mengen-Ergebnis-Beziehungen für viele stationären Behandlungen. Ob es sich dabei um einen kausalen Zusammenhang handelt oder andere, mit der Krankenhausfallzahl korrelierte Faktoren ursächlich sind, lässt sich nicht sicher bewerten“ (Nimptsch und Busse 2022).

Merke

Insgesamt ergibt sich: Eine seriöse Aussage zu Mindestmengen und deren Einforderung kann erst erfolgen, wenn fundierte Studien dies auch nachweisen. Bisher liegen entsprechende Studien nicht vor! Darüber hinaus kann auch nur dann Qualität im Kontext von Mindestmengen nachhaltig sichergestellt werden, wenn Verstöße gegen Mindestmengengebote geahndet werden. Dies wird zwar diskutiert, wurde aber bisher nicht umgesetzt.

Patientensicherheit bedarf grundlegender Ehrlichkeit gegenüber Patienten, insbesondere durch die Krankenkassen. Hier scheint es bei einschlägigen Protagonisten der „Neustrukturierung des Krankenhausmarktes im Kontext von Mindestmengen“ erheblichen Nachholbedarf zu geben! Insbesondere in Bezug auf die Notwendigkeit von Kundenorientierung. Patienten sind Kunden der Krankenkassen. Insofern müssen diese auch primär deren Bedürfnissen Rechnung tragen!

1.2 Krankenhäuser am Limit (Beispiel Klinikum Region Hannover)

Das Klinikum ist ein öffentlicher Krankenhauskonzern mit zehn Krankenhäusern. Der Anteil an der Krankenversorgung in Hannover beträgt 40 Prozent. Über viele Jahre ist es Gegenstand der Diskussion und taumelt seit 2014 unter wechselnden Geschäftsführungen von einer in die andere Zahlungsunfähigkeit.

Grundproblem ist die kommunale Trägerschaft mit der Region Hannover als Gesellschafter. Politiker im Aufsichtsrat bestimmen das Geschäft, Vorsitzender ist der Regionalpräsident. Fachexperten werden so gut wie nicht einbezogen, die amtierende Geschäftsführung ist lt. Presse im Management überfordert: „Das liegt nicht nur an der Krankenhausfinanzierung des Bundes, sondern auch an den Versäumnissen im Konzern. So war es beispielsweise seit Jahren unüblich, medizinische Verbrauchsmaterialien oder Kleingeräte für alle Krankenhäuser gemeinsam einzukaufen und dadurch höhere Rabatte zu bekommen“. Erstaunlich ist auch das Fehlen eines Pressesprechers (Klein und Heitmann 2022).

Trotz der katastrophalen Ergebnisse des Klinikums schönt der Regionalpräsident die Situation, spricht von einem leistungsstarken Krankenhauskonzern (Klein und Heitmann

2022) und agiert nun mehr durch umfangreiche Zuschüsse zu Lasten der Steuerzahler. Dies ist eine nicht akzeptable Vorgehensweise. Der Steuerzahler wird zum Prügelknaben von begrenzt fähigen Politikern und einer innovationseingeschränkten Geschäftsführung.

Insgesamt bleibt nur die Feststellung: „Sie (Politik mit Geschäftsführung) ist überfordert und kann es nicht“. Ein Statement, welches nicht nur für Hannover gilt, sondern für ähnliche Konstrukte in anderen Regionen und Länder, die politisch getragen und bestimmt werden (Möhmann 2021).

Praxistipp – Sicherung der zukünftigen Versorgung in der Region Hannover

Die Rolle und Strukturen des Klinikums sind nicht mehr zeitgemäß. Politik und Geschäftsführungen haben es (trotzdem sie viele Jahre Zeit dazu hatten) versäumt, ein tragfähiges Konzept für die Region zu entwickeln. Es bedarf deshalb eines Umdenkens mit notwendigen Schritten und Aktivitäten wie folgt:

- Entwicklung eines Gesamtkonzepts für die Region im Kontext des geplanten Gesetzes der Landesregierung bei möglichst vollständigem Erhalt der bestehenden Einrichtungen.
- Umfassende Etablierung von Gesundheitszentren, vor allem im ländlichen Bereich, für die Aufrechterhaltung einer ortsnahen Versorgung für alte Menschen.
- Berücksichtigung der abzusehenden Veränderungen im Bereich der Region wie Stärkung des ambulanten Bereiches, Fokussierung privater Investoren auf Medizinische Versorgungszentren, zunehmende Schließung von Arztpraxen etc.
- Echte Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, die Versorgung im ländlichen Bereich zu sichern und nicht Interessenpolitik zu betreiben (z. B. Verhinderung der Versorgung für Kinder in ländlichen Bereichen zugunsten bestehender Praxen in nahegelegenen Bereichen: Seesen/Goslar). Gute Ideen für mehr Ärzte im ländlichen Raum sind ebenfalls gefragt. Das Vorhaben der Einrichtung einer Landarztquote in Niedersachsen im Kontext von möglichen Strafzahlungen ist realitätsfremd und dreist!

1.3. Änderung der Trägerschaft des Klinikums Region Hannover – Privatisierung als Chance

Die Trägerschaft des Klinikums durch einen privaten Klinikkettenbetreiber wurde bereits vom Autor dieses Beitrags vor vielen Jahren angeregt, ohne Erfolg. Das Ergebnis, diesen Vorschlag ignoriert zu haben, ist die über Jahre anhaltende und derzeit auf einen ersten desaströsen Höhepunkt zusteuernde Situation.

Dem Autor ist bewusst, dass dieser Vorschlag durchaus Risiken beinhaltet. Häufiger wird vorgeworfen, durch einen privaten Betreiber würde die Versorgung im Kontext von Profitorientierung und Renditebestreben schlechter.

Dies mag vereinzelt zutreffen oder so gewesen sein. Kehrseite der Medaille ist allerdings, dass vielerorts private Anbieter sehr erfolgreich auch zum Wohle von Patienten agieren, z. B. in vielen größeren Städten. Risiken beinhalten aber auch immer Chancen. Und eines dürfte unbestritten sein: Private Betreiber können in der Regel das, was Konstellationen aus Politik und wenig innovativen Geschäftsführungen oft nicht sicherstellen können: Zielorientierteres Management.

Die erwähnte Aussage des Regionalpräsidenten könnte die Auffassung nach der Notwendigkeit eines privaten Betreibers bestätigen. Denn unreflektiert, aber auch wahltaktisch, wird gefordert „Keine Schließungen“ mit dem Hinweis: „Es müssen jetzt Ideen entwickelt werden“ (Hannoversche Allgemeine Zeitung 2022). Wer soll diese denn entwickeln? Doch nur die Geschäftsführung und nicht kommunale Politiker im Aufsichtsrat, fern von Gesundheitskompetenz und Fähigkeit zur Gesundheitskommunikation! Im Übrigen ist es nicht Aufgabe eines Aufsichtsrats ein Unternehmen neu aufstellen und strategische Zielplanungen durchzuführen. Dies ist Aufgabe der Geschäftsführung (Hellmann 2014).

Alternativ wäre auch der Verkauf von einzelnen Häusern an private Investoren denkbar. Denn es werden Krankenhäuser gekauft, vor allem, um sie dann als Träger für Medizinische Versorgungszentren nutzen zu können. Diese Variante wäre aber sicherlich, zumindest für die konkrete Situation in Hannover, wenig sinnvoll, zumal durch das Entstehen neuer MVZ der Wettbewerb für bestehende Krankenhäuser noch verschärft würde.

1.4 Grundlegende Situation in Niedersachsen im Kontext politisch gewollter Veränderungen

Die Situation in Niedersachsen ist über das Regionalklinikum hinaus (Klein 2022a, Klein 2022b, Klein 2022c) dramatisch. Von 168 Krankenhäusern könnten in den kommenden 10 Jahren etwa 30–40 wegfallen. 1/3 der Krankenhäuser haben an der Corona Pandemie nicht mitwirken können.

Vor diesem Hintergrund plant das Land ein neues Gesetz mit dem Ziel einer Strukturreform zur Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung mit hochwertiger Behandlung (Hannoversche Allgemeine Zeitung 2022a).

3- Stufen (bisher 4 Stufen)

- Grundversorgung
Innerhalb von 30 Minuten erreichbar, etwa bei Notfällen. Chirurgie und Innere Medizin sollten hier einbezogen sein.
- Schwerpunktversorgung
Erreichbarkeit innerhalb von 45 Minuten. Kardiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollten hier mit Abteilungen vertreten sein.
- Maximalversorgung
Häuser mit mindestens 600 Betten.

Im Gesamtkonzept wird auch fokussiert auf regionale Versorgungszentren (Ärzte und Physiotherapeuten) mit begrenzter Bettenzahl. Kleine, nicht wirtschaftliche Krankenhäuser sollen ggf. in solche Zentren umgewandelt werden. Das Gesetz soll 2023 in Kraft treten.

Merke

Mit diesem Gesamtkonzept könnte die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen sicher optimiert werden. Ob dies aber ohne Privatisierung einzelner Krankenhäuser gelingen kann, muss nach den Erfahrungen mit dem Regionsklinikum offenbleiben. Vielerorts in Deutschland sind öffentliche Kliniken im Klammergriff von Politikern und damit in Bezug auf Wählerwünsche nicht zwingend innovationsfreudig (Möhrmann 2021).

Praxistipp für die Gesundheitspolitik – Machen statt reden!

Im Kontext der bereits dargelegten Defizite der Gesundheitsversorgung in der Region Hannover mutet es grotesk an, wenn Politiker und Wirtschaftsförderer den Bürgern weis machen wollen, Hannover sei bundesweit einer der führenden Standorte beim Thema Gesundheit (Aussage: Geschäftsführerin, Hannover-Impuls). Propagiert wird im „werbewirksamen schönen Bild“ ein Digital Schub für die Gesundheit im Kontext der Gründung von Start-ups (HAZ 2022b), der bisher nicht stattgefunden hat und in absehbarer Zeit auch kaum umsetzbar sein dürfte. Vor allem in Krankenhäusern ist davon bisher wenig zu erkennen. Und mehr als eine „Initiative Pflegewächter“ sollte nun schon geboten werden! ▶

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

Mediengruppe Oberfranken –
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.