

1 Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ

Andreas Goepfert

1.1 Versorgung im Rahmen eines Krankenhausverbundes

Die kommunalen Krankenhäuser stehen wie die Krankenhäuser der anderen Trägergruppen im harten Wettbewerb. Voraussetzung für den Erfolg gerade der kommunalen Krankenhäuser ist, dass sie im strategischen und operativen Handeln schnell und aktiv sind, um die Gestaltung des Wettbewerbs in die eigenen Hände nehmen zu können. Die Aktivität und Beweglichkeit der Krankenhäuser lässt sich auch an dem Trend zur Bildung von Krankenhausverbänden ablesen. Deren Zahl und Größe hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen und dieser Trend wird sicher auch noch weiter anhalten. Der sinnvolle Erhalt regionaler stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen ist für die Bürger von ganz zentraler Bedeutung, damit sie sicher sein können, im Falle eines Behandlungsbedarfs auch tatsächlich regional versorgt zu werden. Damit ergeben sich auch regionale Strukturmerkmale, die eine Region für Bewohner attraktiver erscheinen lassen können. Der Staat hat grundsätzlich die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die notwendigen Krankenhausleistungen im Notfall auch tatsächlich erbracht werden können. Daher ist die Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen zunächst eine originäre wesentliche öffentliche (kommunale) Aufgabe. Dabei muss dann die Erbringung der eigentlichen Leistungen nicht zwingend durch die öffentliche Hand erfolgen. Hierzu ist auch ein erheblicher Vorhalteaufwand erforderlich, der mittlerweile immer häufi-

ger zu ökonomischen Belastungen führen kann. Aus diesem Grunde sind die Städte und Landkreise über den Sicherstellungsauftrag nur zur Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung verpflichtet und nicht zum Betrieb von Kliniken oder Klinikverbänden.

Unter einem Krankenhausverbund versteht man dabei eine längerfristige, verbindliche, trägerübergreifende Zusammenarbeit von verschiedenen Kliniken. Die Zusammenarbeit geht hierbei über eine rein vertragliche Basis hinaus. In Klinikverbänden können bestimmte Leistungsangebote und Funktionen sinnvoll gebündelt werden. Dies kann, je nachdem wie eng der Verbund ist, sehr unterschiedlich ausfallen. Die Zusammenarbeit kann von der Einkaufskooperation, dem Betrieb einer gemeinsamen Apotheke, Küche oder Labors über Managementverträge bis zur gesellschaftsrechtlichen Zusammenführung und der neuen Aufteilung von medizinischen Fachabteilungen zwischen den Krankenhäusern gehen. Die Klinikträger haben ihre bisherigen einzelnen Kliniken entweder in einer Gesellschaft oder über Tochtergesellschaften bis hin zur Gesamtfusion zusammengelegt. Die Entscheidung, wie ein Krankenhausverbund vor Ort gestaltet wird, ist von vielen Bedingungen abhängig, etwa welche Träger beteiligt sind und wie die regionale räumliche Verteilung der Krankenhäuser ist.

Mit dem damit verbundenen zunehmenden Wettbewerb der Kliniken untereinander erlangt mittlerweile auch die Thematik der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch klinikbetriebene medizinische Versorgungszentren große weitere Bedeutung. Kliniken und besonders Klinikverbände beschäftigen sich schon seit längerer Zeit mit strategischen Planungen zur sinnvollen ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung.

! Der Denkansatz einer interdisziplinären intersektoralen medizinischen regionalen Versorgung wird zukünftig zu einem Strukturvorteil und damit auch zu einem Wettbewerbsvorteil für Kliniken.

Grundsätzlich sind für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten in Deutschland primär regionale Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zuständig, in denen die an der Versorgung von GKV-Versicherten beteiligten, ambulant niedergelassenen Ärzte organisiert sind.

Das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen ist durch einen relativ stark reglementierten Markt gekennzeichnet, in dem gerade auch viele private Leistungsanbieter eine zunehmende Bedeutung haben. Dies bedeutet, dass sich Kliniken diesem Wettbewerb als Marktbegleiter stellen und die betriebswirtschaftlichen Instrumente einsetzen müssen, um ihren originären Versorgungsauftrag qualitativ und wirtschaftlich erfolgreich erbringen zu können. Dies gilt nicht nur für den Bereich des operativen Managements, sondern auch besonders für die strategische Unternehmensausrichtung. Der Betrieb von

Kliniken ist daher sowohl eine im öffentlichen Interesse liegende als auch eine unternehmerische Aufgabe. Vor diesem Hintergrund haben MVZ-Strukturen und MVZ-Organisationen für einen Krankenhausverbund eine noch weit höhere strategische Bedeutung als für eine einzelne Klinik. Um entscheidende strategische Vorteile aus dem Verbund zu erzielen, ist dennoch eine gewisse räumliche Nähe der einzelnen Unternehmensteile erforderlich. Dieser Aspekt ist vor allem im Hinblick auf die Abstimmung von Leistungsangeboten auch bei den Einbeziehungen der MVZs von Bedeutung. Klinikleistungen und MVZ-Leistungen sind vor dem Hintergrund einer abgestimmten strategischen Gesamtausrichtung eben räumlich nicht beliebig zu verlagern. Gerade auch Synergien im sekundären und tertiären Bereich setzen grundsätzlich eine gewisse Nähe voraus. Das gleiche gilt für die Errichtung und synergistische Zusammenarbeit zwischen klinikeigenen MVZ-Strukturen und deren Interaktionen mit diesen.

Entscheidend für einen Klinikverbund ist vor Beginn einer MVZ-Aufbauphase aus der Vielzahl strategischer Überlegungen heraus, die jeweils individuell wichtigsten zu identifizieren und zu bewerten. Gerade in ländlichen Regionen ist ein Trend zur Verlagerung von Facharztpraxen in vermeintlich attraktivere Ballungsräume festzustellen. Hierbei ist aus Klinikperspektive zunächst die Sicherung der regionalen ambulanten fachärztlichen Versorgung ein meist unverfängliches Thema, bei dessen Verfolgung von verschiedenen Seiten mit Unterstützung zu rechnen ist.

Schwieriger dürfte die Umsetzung des Themenbereichs der Steigerung von Umsätzen sein. Hierzu zählt natürlich die Ausweitung des bestehenden Leistungsangebots (Diversifikation), Vergrößerung des Einzugsbereichs, Gewinnung von weiteren Marktanteilen, kontrollierte Generierung von Zuweiserströmen und Steigerung der stationären Auslastung.

Konfliktträchtiger wird es, wenn die Erlangung regionaler Versorgungskontrolle oder die Marktführerschaft mit eventueller Blockierung von Wettbewerbern im Zielfokus steht. In jedem Falle sollte eine betriebswirtschaftliche Optimierung im Sinne der Nutzung von Synergieeffekten und Aufbau eines umfassenden Kooperationsnetzes mit Kooperationen weiterer Krankenhäuser verfolgt werden.

Zukünftig werden auch Themen wie die Verhandlung von Direktverträgen an Bedeutung wieder zunehmen. Bei aller Euphorie am Anfang einer MVZ-Neugründung darf nicht die Vermeidung der Nachfolgeproblematiken bei Praxisaufgabe oder altersbedingter Berufsaufgabe der dort tätigen Ärzte als schwierige Themengebiete übersehen werden.



Strategische Zielsetzungen bei MVZs innerhalb eines Krankenhausverbundes

- *Sicherung der fachärztlichen Versorgung*
- *Ausweitung des Leistungsangebots (Diversifikation)*
- *Erlangung regionaler Kontrolle*
- *Vergrößerung des Einzugsbereichs und Gewinnung von Marktanteilen*
- *Marktführerschaft und Blockierung von Wettbewerbern*
- *Steigerung der stationären Auslastung*
- *Kontrolle und Generierung von Zuweisungsströmen*
- *Betriebswirtschaftliche Optimierung, im Sinne der Nutzung von Synergieeffekten durch Größe und Zusammenarbeit*
- *Kooperation mit weiteren Krankenhäusern*
- *Aufbau eines umfassenden Kooperationsnetzes*
- *Vermeidung der Nachfolgeproblematiken bei Praxisabgabe oder Berufsaufgabe eines Arztes*
- *Gewinnung von Direktverträgen*

Die Berücksichtigung der übergeordneten Unternehmensziele ist insbesondere beim Aufbau der MVZ-Strukturen von Bedeutung, da MVZ-Strukturen innerhalb eines Klinikverbundes zumindest zu Beginn häufig nicht als ureigene Unternehmungen aus Sicht der Kliniken und der Klinikmitarbeiter wahrgenommen werden. Bei unzureichender Kommunikation können Widerstände und Reibungsverluste in einem Klinikverbund daraus entstehen. Daher ist eine hochwertige umfassende Patientenversorgung mittels MVZ als gewinnorientierte Wirtschaftsunternehmen nur mit klaren, abgestimmten strategischen Zielsetzungen zwischen Klinikverbund und MVZ-Strukturen möglich.



Klinikverbünde werden nur dann mit der MVZ-Thematik erfolgreich sein, wenn das gemeinsame Interesse aller Partner im Vordergrund steht, d.h. die ambulanten und stationären Partner auch solchen Maßnahmen zustimmen, die im übergeordneten Gesamtinteresse des Unternehmens liegen.

Klinikverbünde sind mittlerweile auch für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung von zunehmend zentraler Bedeutung geworden. Diese ambulante Notfallversorgung ist gegebenenfalls im Rahmen einer Verbundlösung im Hinblick auf die kommunalpolitische Akzeptanz auch dann von zentraler Bedeutung, wenn beispielsweise aus betriebswirtschaftlichen oder medizinischen Gründen stationäre Klinikstandorte geschlossen werden müssen. Dann kann durch die Gründung Medizinischer Versorgungszentren eine medizinische Standorteinrichtung regional erhalten und damit gleichzeitig die ambu-

lante Versorgung vor Ort sichergestellt werden. Dies erhöht sowohl die kommunalpolitische Akzeptanz bei einer erforderlichen Schließungsentscheidung als auch die Chance zur Erhaltung der regionalen medizinischen Versorgungsqualität.

Die Gesundheitsversorgung kann darüber hinaus noch optimiert werden, wenn es gelingt, über diese Medizinischen Versorgungszentren unter Beteiligung der Klinik mittelbar dem Klinikverbund solche Behandlungen zu erhalten, die wegen der stationsersetzenden Maßnahmen ambulant erbracht werden müssen und/oder über das MVZ das Einweiserverhalten zu Gunsten der Klinik zu verbessern.

Fallbeispiel

Die Untersuchung in einem MVZ ergibt, dass eine bestimmte Diagnose doch nicht ambulant weiter behandelt werden kann, mit der Folge, dass der Patient/die Patientin in das eigene Krankenhaus des am MVZ beteiligten Klinikträgers eingewiesen wird.

Damit gelingt eine sektorenübergreifende Behandlung der Patienten aus einer „Versorgungshand“.

MVZs innerhalb von Klinikverbänden sind nicht nur eine bloße alternative Organisationsform zu Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, sondern sind in weitgehende marktorientierte Interessen eingebunden. Diese spiegeln sich in einer Gesamtgeschäftsidee, in Businessplänen und in der Positionierung der MVZs innerhalb des jeweiligen Krankenhausverbundes wider. Der Aufbau von MVZ Strukturen innerhalb eines Krankenhausverbundes ist damit eine versorgungsstrategische und auch ökonomisch unternehmensstrategische Entscheidung für das Mutterunternehmen. Dieses gilt es bei allen Expansionsüberlegungen immer – gerade in der heutigen Zeit – auch mit der nötigen qualitativen und ökonomischen Sorgfalt zu berücksichtigen.



Ohne wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens kann es keine langfristige ambulante Patientenversorgung mittels MVZs geben.

1.2 Sicherstellung von Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Nachdem viele Bauernhöfe, Lebensmittelläden, Schulen, Pfarrer und die Post bereits aus zahlreichen Dörfern verschwunden sind, stellt sich immer drängender eine Frage: Wie kann man die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum in den nächsten Jahren sicherstellen? Der Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert.

Wesentliche Ursachen für den Strukturwandel sind folgende:

- Die gesellschaftspolitischen Veränderungen, die in den verschiedenen Versorgungssektoren ein höheres Maß an professionellen und flächendeckenden Versorgungsangeboten notwendig machen.
- Der medizinische Fortschritt, der immer weitergehende medizinische Versorgungsangebote hervorbringt.
- Der demographische Wandel, der die Leistungserbringer zu verändern und spezialisierten Versorgungsangeboten zwingt.

In der medizinischen Versorgung gilt ein zweiseitiger Sicherstellungsauftrag. Während die Länder die Verantwortung für die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser tragen, überträgt das SGB V diese Aufgaben in der ambulanten Versorgung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Daraus ergeben sich Parallelstrukturen sowohl in den Versorgungseinrichtungen als auch in der politischen Verantwortung, die den sich aus der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht werden. In der ambulanten medizinischen Versorgung haben sich daraus verschiedene Fehlentwicklungen ergeben. Zum einen haben sich die kreisfreien Städte und Landkreise als eine für die Bedarfsplanung ungeeignete Bezugsgröße erwiesen, weil diese die Schieflagen in der Versorgungsdichte innerhalb ihres Gebietes nicht erfasst. Innerhalb eines einheitlichen Planungsbezirks zieht es die ambulant tätigen niedergelassenen Ärzte eher in Bereiche mit einem relativ hohen Anteil an Privatpatienten, als in die fast ausschließlich von Kassenpatienten bevölkerten anderen dezentralen ländlichen Bereiche. Dadurch sind insbesondere in der fachärztlichen Versorgung große Versorgungsdisparitäten entstanden. Zum weiteren berücksichtigen die aus der Bundesraumordnung übernommenen Planungskategorien die Alters- und Morbiditätsstrukturen und den sich daraus ergebenden Behandlungsbedarf völlig unzureichend. Das unterscheidet die Bedarfsplanung in der ambulanten von der in der stationären Versorgung, wo diese Kriterien eine zentrale Rolle spielen. Unter Fachleuten besteht schon seit längerem kein Zweifel daran, dass eine integrierte, detaillierte Trennung in ambulante und stationäre Versorgung übergreifende Bedarfsplanung benötigt. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte hingegen nicht vom Land alleine festgelegt werden, sondern durch vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die die vom Gesetz bzw. Verordnungsgeber vorgegebenen Qualitätsmaßstäbe zu erfüllen haben.

Man wird zwar nie in ländlichen Regionen eine mit Großstädten vergleichbare Versorgungsdichte mit Fachärzten oder Krankenhäusern erreichen können, das ist auch weder wünschenswert noch finanzierbar. Jedoch muss die medizinische Versorgung so organisiert werden, dass die aus den größeren Entfernungen und einer niedrigeren Bevölkerungsdichte entstehenden Ver-

sorgungsabläufe angemessen berücksichtigt werden. Deshalb kommt z.B. der hausärztlichen Versorgung und integrierten fachärztlichen Versorgungseinrichtungen in ländlichen Regionen eine sehr viel höhere Bedeutung zu, als in Ballungszentren.

Eine definitionsgemäß verschiedene Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung birgt nach übereinstimmender Einschätzung zahlreicher Experten nennenswerte Qualitäts- und Effizienzpotenziale, insbesondere an den Schnittstellen der bestehenden Sektorengrenzen. Im Hinblick auf die Versorgung in immer dünner besiedelten ländlichen Regionen können sektorenübergreifende Versorgungsmodelle nicht zuletzt auch für Fragen der Sicherstellung an Bedeutung gewinnen. So wird die Aufrechterhaltung einer doppelten Facharztschiene in Praxen und Kliniken auf Dauer in vielen ländlichen Regionen kaum im wirtschaftlichen Betrieb möglich sein. Weder kleine Krankenhäuser noch ambulante Facharztpraxen können hier mit einer ausreichenden Auslastung rechnen, wenn gleichzeitig an Wegezeiten festgehalten werden soll, die für die Bevölkerung noch als zumutbar empfunden werden.

Dabei ist es zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung zunächst nachrangig, ob ermächtigte Krankenhausärzte künftig verstärkt auch ambulant tätig sind oder ob niedergelassene ambulante Fachärzte als Belegärzte auch stationäre Versorgungsleistungen erbringen. Für die Patienten ist vielmehr allein von Bedeutung, dass ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen in zumutbarer zeitlicher und räumlicher Erreichbarkeit vorhanden ist. Eine erfolgsversprechende Perspektive wird gerade in der Herausbildung zentrierter Versorgungsformen im Hinblick auf die demographische Entwicklung gesehen.

Als ein struktureller Kern der Vernetzung und funktionelle Schaltstelle für die Sicherstellung der ländlichen regionalen Krankenversorgung dient ein allgemeinmedizinisch ausgerichtetes MVZ mit weiteren Beteiligungen von regionalen Fachärzten und einem Krankenhaus, dessen Ärzte ebenfalls fachärztliche Sprechstunden leisten können. Gerade ein regionaler Klinikverbund kann mit strategischen dezentralen MVZ-Strukturen zukünftig eine hochwertige, qualitative, flächendeckende, ärztliche Versorgung auch unter ökonomischen Aspekten als strukturellen Mehrwert für eine Region sicherstellen.

Das bestehende System der zentralen Bedarfsplanung und Zulassung von Ärzten muss allein schon deshalb als überholt bezeichnet werden, weil es keine Berücksichtigung von Angebotsvielfalt zulässt und wegen seiner zwangsläufig starren, zentralplanerischen Ausrichtung auch niemals hinreichend zulassen kann.



Steigende Angebotsvielfalt bei der Patientenversorgung wird jedoch die Versorgungslandschaft in Deutschland in Zukunft in noch viel stärkerem Maße prägen als schon bisher.

Als regionaler kommunaler Gesundheitsdienstleister kann man auch Aufgaben übernehmen, die im ursprünglichen Versorgungsauftrag so nicht vorgesehen sind. Ein Krankenhausverbund, der sich im ländlichen regionalen Bereich mit sinnvollen MVZ-Strukturen versorgungstechnisch gut aufstellt, sorgt für einen strukturellen Mehrwert der jeweiligen Region durch eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Hierbei wird die notwendige hausärztliche und auch weiterführende fachärztliche ambulante Versorgung zu einem entscheidenden Komplex. Die Bevölkerung strebt nach einer schnellen und kompetenten Behandlung. Professionelle Überleitungen vom ambulanten Bereich in den stationären Versorgungsbereich und umgekehrt sind in einer solchen intersektoralen und auch interdisziplinär aufgestellten unternehmensweiten Versorgungsstruktur auf qualitativ hohem Niveau erzielbar. Ebenso können neue Technologien und Behandlungsmethoden durch einen gemeinsam abgestimmten Informations- und Behandlungsprozess sichergestellt werden. Gerade dies sind Aspekte, die auch für Arbeitnehmer diesen Gesamtgesundheitsdienstleister attraktiv erscheinen lassen, da man sowohl stationär als auch ambulant tätig sein kann. Aus kommunaler Trägersicht ist eine solche Unternehmenserweiterung mit stationärer und ambulanter Versorgung erstrebenswert, da Leistungen in der Region sichergestellt und bedarfsgerecht ausgebaut werden können. Für die Patienten sind damit kürzere Wege für medizinische Versorgung dauerhaft möglich. Für den Klinikverbund ist ein regionales flächendeckendes Versorgungsangebot damit auch gewährleistet und führt zu einer Bindung der Bevölkerung an einen solchen Klinikverbund. Durch diese sektorenübergreifende Handlungsweise unter Einbeziehung von verschiedenen Kooperationspartnern ist eine schnelle und effektive qualitative Gesundheitsversorgung im ländlichen Bereich gesichert. Der niedergelassene Arzt stellt dabei das Bindeglied zwischen Patient und Klinik dar. Leistungen werden damit dort erbracht, wo sie auch finanziell vergütet werden können. Wirtschaftlichkeit und Erlöse stehen damit in einem gesunden ausgewogenen Verhältnis. Klinikeinweisungen finden zunehmend mit einer bedarfsgerechten Überprüfung statt. Insgesamt sind damit Erfolgsfaktoren für ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung innerhalb eines Unternehmensverbundes gelegt. Von der Sicherstellung einer regionalen ambulanten Versorgung über die intersektorale Patientenversorgung hin zur Einbindung und Einbringung von Expertisen der ambulant tätigen Ärzte im Klinikbetrieb ist ein Mehrwert insgesamt damit möglich. Patienteneinweisungen und ambulante Abrechnungsmöglichkeiten finden unter ganzheitlichen Versorgungsrichtlinien statt. Positive Synergieeffekte, wie die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, werden hier ebenfalls weiter gefördert. In Abbildung 1 werden die Erfolgsfaktoren einer intersektoralen Patientenversorgung nochmals dargestellt.

Ganzheitliche Versorgungszentren – auf der rechtlichen Grundlage der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – mit mehreren Fachrichtungen und zum Teil angestellten Ärztinnen und Ärzten werden für den ländlichen Raum in

1 Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ

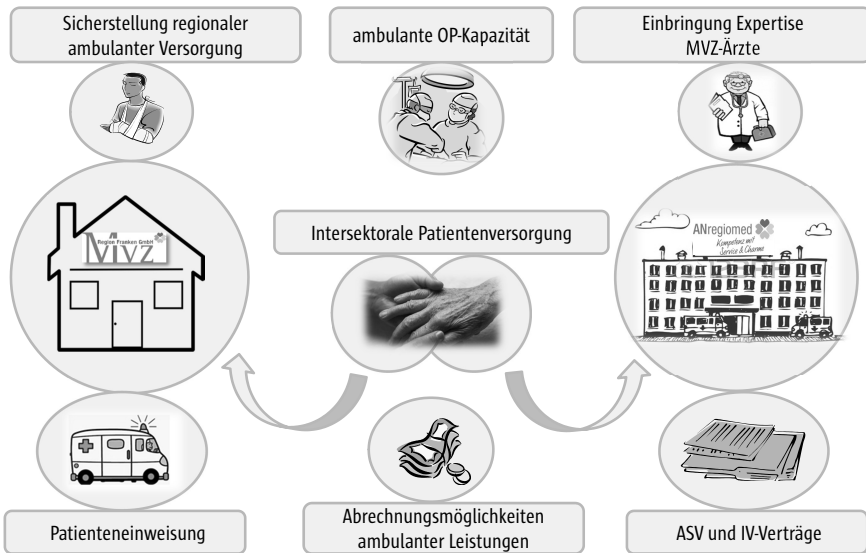


Abb. 1 Erfolgsfaktoren der MVZ-Versorgung

Ergänzung zum kommunalen Krankenhaus eventuell das Versorgungsmodell der Zukunft. Ein Ganzheitliches Versorgungszentrum verfügt über Hausärzte als Lotsen (Diagnose, Weiterleitung an verschiedene Fachdisziplinen, Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt, etc.), evtl. Fachärzte für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe (Hebammen), Psychologen, Krankenpfleger/Gemeindepfleger, eventuell Sozialarbeiter. Außerdem erleichtert ein ganzheitliches Versorgungszentrum Qualitätszirkelarbeit und regionale Fort- und Weiterbildung gerade auch auf dem Land („Verbundweiterbildung“). Hinsichtlich der praktischen Ausbildung entsteht hierbei auch ein sinnvoller zusätzlicher Einsatzort.

Das Ganzheitliche Versorgungszentrum stellt neben der ambulanten Versorgung den ärztlichen Notdienst sicher. Durch mobile Versorgungseinheiten „Ärzte auf Rädern“ und durch regelmäßige Angebote in kommunalen Einrichtungen wird die medizinische Versorgung in abgelegenen Gemeinden oder Ortsteilen dauerhaft sichergestellt. Ohne kommunale Krankenhäuser wären bestimmte Gebiete oder ganze Landstriche unversorgt oder zumindest unterversorgt. Insbesondere in bevölkerungsarmen Regionen ist die stationäre Versorgung in kommunaler Trägerschaft ein wichtiger Bestandteil der Daseinsvorsorge. Anders als private Krankenhausträger sind kommunale Krankenhäuser ausnahmslos in die allgemeine Daseinsvorsorge eingebunden und können sich weder auf ein ausschließlich unter Kostengesichtspunkten optimiertes Leistungsspektrum beschränken noch sich ausschließlich an kurzfristigen Marktströmungen orientieren. Der Erhalt der kommunalen Krankenhäuser mit der stationären Allgemeinversorgung im ländlichen Raum wird davon abhängen, inwieweit diese miteinander und mit Versorgungsangeboten

des ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Bereichs wirtschaftlich kooperieren dürfen. Aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in vielen ländlichen Regionen, des zunehmenden Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt und veränderter Anforderungen der Patientinnen und Patienten werden viele Krankenhäuser in ländlichen Regionen ohne veränderte moderne Betriebskonzepte nicht überlebensfähig sein.

Kommunale Krankenhäuser müssen künftig enger mit der ambulanten fachärztlichen Versorgung verzahnt (Schnittstelle) oder im ländlichen Raum Träger eines „Ganzheitlichen Versorgungszentrums“ – insbesondere in unterversorgten Gebieten – werden können. Allerdings ist die Anbietervielfalt der medizinischen Angebote in der Region zu gewährleisten.

! Die Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen als sektorenübergreifende, interdisziplinäre, regionale Versorgungseinheit stellt für den jeweiligen Klinikverbund zukünftig auch einen deutlichen Wettbewerbsvorteil dar!

Hiermit kann eine ländliche regionale ambulante medizinische Versorgung sichergestellt werden. Die Patientenversorgung erfolgt durch intersektorale und interdisziplinäre Behandlungsabläufe, bei denen die verschiedenen Ärzte gerade auch aus den MVZ Strukturen ihre Expertise einbringen können. Die Klinikstrukturen profitieren von geregelten Patienteneinweisungen und der Möglichkeit, auch ambulante Leistungen besser vergütet zu bekommen. Synergieeffekte im sekundären und tertiären Bereich sind weitere anzustrebende und zu begrüßende Ergebnisse.

1.3 Überregionaler Einfluss

Die in der Öffentlichkeit diskutierte Forderung nach einer Reform der Bedarfsplanung geht oft von falschen Voraussetzungen aus. Das versorgungsstrukturelle Hauptproblem liegt nicht in einer zu geringen Anzahl an Vertragsärzten insgesamt, sondern in räumlichen und Arztgruppen bezogenen Fehlallokationen sowie in einem strukturellen Grundproblem. Rechtliche Regelungen limitieren eine weitere Flexibilisierung der Planung, da Zulassungen bisher nicht wieder rückgängig gemacht werden konnten und Arztpraxen in überversorgten Kreisen nicht systematisch abgebaut wurden.

Der veränderte Versorgungsbedarf einer sich wandelnden Gesellschaft (demographische Entwicklung, Veränderung der Morbidität) erfordert neue, flexiblere Versorgungskonzepte und gegebenenfalls neue Vertragskonstruktionen. Die klassische Einzelpraxis ist kein Modell, mit denen die Versorgung mit medizinischen Leistungen vor dem Hintergrund zunehmender Spezialisie-

rung der ärztlichen Fachgebiete nachhaltig auch in sozial oder infrastrukturell benachteiligten Regionen sichergestellt werden kann. Um spezialisierte fachärztliche Leistungen wirtschaftlich und in der gebotenen fachlichen Qualität flächendeckend erbringen zu können, sind sektorenübergreifende Versorgungskonzepte auch überregional sinnvoll und nötig.

Ein sektorenübergreifender Wettbewerbsansatz, der die Sicherstellung der ambulanten Versorgung garantiert, die ambulanten Krankenhausleistungen einbezieht und kalkulierbare Vergütungen sichert, ist durchaus möglich. Statt des Kontrahierungszwangs mit jedem Anbieter muss es dabei eine leistungsbezogen sicherstellende Vertragspflicht der Krankenkassen geben. Statt der Zulassung aller potenzieller Anbieter und ihrer kollektiven Regulierung im Nachhinein wird die Einführung des Vertragsprinzips zu mehr Qualität und Verlässlichkeit auf der Mikroebene der Versorgung führen und die Managementunterstützung der Ärzte nachdrücklich verbessern können.

Neben dem Ersten Gesundheitsmarkt ist seit über einem Jahrzehnt ein Zweiter Gesundheitsmarkt hinzugetreten, der von Selbstzahlern getragen wird. Daneben hat sich letztendlich auch der Zuliefer- und Outsourcing-Bereich für den Gesundheitsmarkt zu einer enormen Größe und wahrgenommenen Bedeutung entwickelt. Befördert nicht zuletzt von diesen Ausgangsbedingungen, wächst der gesamte Gesundheitsmarkt zusammen. Dazu kommen neben brancheninternen auch branchenübergreifende Strukturveränderungen, die sich mit den beispielhaft angeführten Begriffen wie Angebotsvielfalt, Marktkonzentration, Filialisierung und Zusammenarbeit entlang der Wertschöpfungsketten umschreiben lassen. Auch zeigt sich die gezielte Förderpolitik auf allen staatlichen Ebenen (Bund, Länder, Landkreise, Kommunen usw.) in zahlreichen politischen Handlungsfeldern. Diese Felder sind unter anderem die Gesundheitsversorgung im engeren und weiteren Sinne.

! Gerade eine Filialisierung im Gesundheitswesen, wie sie bereits in Anfängen zu beobachten ist, führt zu einem überregionalen konzeptionellen strategischen Handlungsbedarf.

Filialisierung bezeichnet dabei allgemein die Verdrängung inhabergeführter Geschäfte des Einzelhandels durch Filialen größerer Handelsunternehmen. Der prozentuale Anteil an Filialen wird als Filialisierungsgrad bezeichnet. Ortstypische Geschäfte werden aufgegeben, da ihre Inhaber z.B. die geforderten Mieten nicht mehr bezahlen können. An ihre Stelle treten Filialen national oder international operierender Großunternehmen, die aufgrund ihrer Marktmacht, rationellerer Geschäftsprozesse und weiterentwickelter Geschäftskonzepte trotz hoher Mieten Gewinne machen können. Ein hoher Filialisierungsgrad kann zu homogenen gleichartigen Warenangeboten in den jeweiligen Geschäftszentren führen. Diese Homogenität wird häufig negativ

bewertet. Diese allgemeinen Tendenzen haben auch das Gesundheitswesen erfasst.

Um bei diesen Herausforderungen und damit auch im Wettbewerb nachhaltig bestehen und sich mit den eigenen Potenzialen, Ressourcen und Fähigkeiten einbringen zu können, werden Kooperationen und Netzwerke sowohl im Ersten Gesundheitsmarkt als auch im Zweiten Gesundheitsmarkt zum Muss für die Akteure. Erkennbar ist, dass die mitunter spektakulären Formen von Kooperationen und Netzwerken im Gesundheitsmarkt, die Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte in ihrer Bedeutung sichtbar zugenommen haben. Deren Anzahl steigt von Jahr zu Jahr.

Die Entwicklung wird weiter in bestimmten Teilen vom lokalen Gesundheitsversorger zum überregionalen Gesundheitsanbieter gehen, da ökonomische Aspekte ein offensiveres Vorgehen der Akteure fördern. Überregionale Versorgungsangebote können für bestimmte Patientengruppen eine absolute Bereicherung darstellen und auch bestehende Versorgungslücken zu schließen helfen. Ein wichtiger Punkt hierbei ist, das Anwendungspotenzial von Telemedizin weiter auszubauen. Vor allem im Rettungswesen ist die schnelle Informationsübertragung zwischen Rettungsleitung, Rettungsteam und aufnehmendem Krankenhaus durch telemedizinergestützte Übertragung von Daten zum Gesundheitszustand des Patienten entlastend. Aber auch zur Verbesserung der Versorgungssituation in der Fläche eignet sich der Einsatz telemedizinischer Infrastruktur. Durch digitale Bild- und Gesundheitsdatenerfassung, deren digitale Speicherung und Übertragung, sowie die Etablierung von Videokonferenzen können ambulante Versorgung, regionale Krankenhäuser und überregionale Gesundheitsdienstleister besser miteinander vernetzt werden.

Beispiele hierfür können Schlaganfall-Betroffene sein, die nach der klinischen Akutversorgung nahtlos zu Hause telemedizinisch betreut werden können. Gleiches gilt für Herzpatienten, die täglich per Tablet-Computer ihre Gesundheitswerte zur Kontrolle an Gesundheitsdienstleister schicken. Hochqualifizierte Pflegekräfte können Patienten zuhause versorgen, indem sie die Vitaldaten täglich überwachen und im Zweifelsfall umgehend Ärzte über telemedizinische Anbindungen einschalten. Pathologen können die digital erfassten Gewebeproben analysieren und sich im Konsil mit anderen Spezialisten austauschen und beraten. Solche Chancen werden mit neuen technischen Lösungen mittels Telemedizin leistbar. Dabei kann der Gesundheitsdienstleister eben auch überregional organisiert sein und durch gute Vernetzung mit regionalen Mitarbeitern und überregionalen Strukturen qualitativ hochwertig und wirtschaftlich effizient arbeiten. Überregionale Gesundheitsdienstleistungsunternehmen in unterschiedlicher unternehmensrechtlicher und organisatorischer Form erlangen damit regionalen Versorgungseinfluss. Hierbei können auch überregional agierende MVZs tätig werden und sich dezentral an der Versorgung beteiligen. Dies hat je nach Betrachtungswinkel weitgehende

Bedeutung. Die Teilnahme von Klinikverbänden an der lokalen ambulanten Versorgung mittels MVZ-Struktur kann häufig von Vorteil sein, da die Kliniken aufgrund der Größe und den ihnen zur Verfügung stehenden Strukturen mehr Handlungsspielraum besitzen.

Der Wettbewerb muss sich auch im Hinblick auf die Sicherstellung in ansonsten unterversorgten ländlichen Gebieten bewähren. Überregionale MVZ-Strukturen sind bisher besonders in den Bereichen der Labormedizin, der Radiologie, der Onkologie oder auch in spezialisierten Themenbereichen wie Augenheilkunde und Dermatologie etabliert. Die Vorteile solcher überregionaler MVZ-Strukturen bestehen neben einer einheitlichen Managementstruktur für die Gesamtorganisation gerade auch in positiven wirtschaftlichen Einflüssen durch innerbetriebliche überregionale Synergieeffekte. Qualitativ positive Effekte lassen sich hinsichtlich einer überregionalen unternehmensweiten einheitlichen Leistungsstandardisierung erzielen. Der Weg von Medizinischen Qualitätsprodukten hin zu einer Markenmedizin wird damit in Zukunft auch andere Bereiche erfassen. Gerade vor diesem Hintergrund kann auch dies Ziel regionaler kommunaler Politik sein, um zukünftig ökonomische Versorgungsstrukturen zu sichern.

Wenn jedoch national agierende Klinikketten sich gerade auch überregional mit MVZ Strukturen einbringen und in den regionalen Markt eindringen, besteht auch die Gefahr einer Monopolisierung und es kann durch Rationalisierungsmaßnahmen zu Einbußen in der Qualität verschiedener medizinischer Versorgung kommen.

Bei allen Veränderungen im Gesundheitsmarkt wird am Ende der Patient in der Position des Konsumenten einer Gesundheitsdienstleistung entscheidend sein. Er wird mit seinem Inanspruchnahmeverhalten über Erfolg oder Misserfolg neuerer und bestehender Versorgungsstrukturen maßgeblichen Einfluss entwickeln. Es entsteht ein Spannungsfeld zwischen überregionalen attraktiven Spezialangeboten, die zunehmend auch in Anspruch genommen werden und einem bleibenden, äußerst regionalen Versorgungsbedarf. Problematisch wird dabei die wirtschaftliche Leistungserbringung, wenn eventuell gewinnbringende Leistungen überregional erbracht und auch abgerufen werden. Diese Entwicklung kann man sicher nicht dauerhaft aufhalten. Letztlich wird dabei eine effektive und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in der Fläche und ambulanter fachärztlicher Versorgungsvielfalt vornehmlich durch die kommunalen, aber auch durch freigemeinnützige Kliniken realisiert werden müssen. Entscheidend wird dabei sein, die Leistungsangebote am jeweiligen Bedarf angepasst zu planen und weiter zu entwickeln.



Bedarfsorientierte Leistungsangebote

- *Medizinisches Spektrum muss sich an den Bedürfnissen der Patienten und Einweiser des Versorgungsmarktes orientieren*
- *Wird der bestehende Bedarf im Versorgungsmarkt adäquat bedient?*
- *Gibt es bereits Marktsättigungen oder wann sind diese erreicht (Zeithorizont)?*
- *Investitionen in weitere Ressourcen nur bei langfristiger und stabiler Nachfrage*
- *Kooperationspartner frühzeitig erkennen und einbinden*
- *Abgrenzungen der verschiedenen Versorgungsstufen deutlich festlegen*

Sowohl bei regionaler als auch gerade bei überregionaler strategischer Erweiterung der Kliniken mit MVZ-Strukturen werden drei Phasen durchlaufen.

In der **ersten Phase** geht es darum, MVZs aufzubauen und gemeinsame Strukturen sinnvoll zu bilden. Der Aspekt der Qualitätssicherung ist hier ebenfalls entscheidend.

In der **zweiten Phase** muss die intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung intensiviert werden. Weiterhin gilt es, ein Augenmerk auf die Verbesserung der Prozesse und Abläufe zu legen. Das Wachstum und der Beginn mit Fokussierung auf die Leistungen verschiedener Sektoren schließt sich daran an.

In der **dritten Phase** gilt es die Zusammenarbeit weiter auszubauen und zu stabilisieren. Die bisherigen bestehenden Prozesse sollten ebenfalls einer optimierten Prozessablaufstruktur zugeführt werden und der strategische Fokus kann dann auf Leistungsausweitung und Verstetigung gelegt werden.

Die Anforderungen an die Gesundheitsversorger, Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegedienste ändern sich ständig, nicht zuletzt auch aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung. Die Leistungsangebote müssen dabei solide und genau geplant werden. Hierzu sollte man sich auch der verfügbaren Marktanalyse-daten bedienen.

Um den zunehmenden ökonomischen Herausforderungen gerecht zu werden, ist eine verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung kommunaler Krankenhäuser unumgänglich. Durch den Zusammenschluss von mehreren Klinikverbänden mit angegliederten MVZ-Strukturen kann gerade für ländliche Gebiete ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung geleistet werden. Durch die Vernetzung und die Zusammen-

arbeit der einzelnen Kliniken und Verbände werden diese in ihrer Wettbewerbsfähigkeit durchaus gestärkt. Damit kann eine regionale Versorgung auch mit überregionalen Spezialversorgungen sinnvoll kombiniert werden.