

# KRANKENVERSICHERUNG

- > *Versorgungsnetzwerk*
- > *Strukturwandel finanzieren*
- > *Ambulante Organisationsmodelle*
- > *Sektorenübergreifende Versorgung*
- > *Medizinische Versorgungszentren*

Ausgabe 2-3 | 2021

## Sonderausgabe des Beitrags

*Hahn/ Hager:*

**Neue Player – neue Chancen?**

**Neue Organisationsmodelle und die Logik der größeren Einheiten in der ambulanten Versorgung**

[www.welt-der-krankenversicherung.de](http://www.welt-der-krankenversicherung.de)

### **Der Herausgeberbeirat:**

*Bettina am Orde*

*Georg Baum*

*Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers*

*Roland Engehausen*

*Ulf Fink*

*Birgit Fischer*

*Dr. Rainer Hess*

*Dr. Marc-Pierre Möll*

*Claus Moldenhauer*

*Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery*

*Dr. Robert Paquet*

*Dr. Uwe K. Preusker*

*Dr. Mani Rafi*

*Prof. Dr. Herbert Rebscher*

*Dr. Florian Reuther*

*Prof. Dr. Eberhard Wille*

**Herausgegeben von Rolf Stuppardt**



**Dr. rer. medic.  
Ursula Hahn,**  
Geschäftsführerin von  
OcuNet, Düsseldorf



**Dr. phil. Lutz Hager,**  
stv. Geschäftsführer  
ze:roPraxen, Schwetzingen

# Neue Player – neue Chancen?

## Neue Organisationsmodelle und die Logik der größeren Einheiten in der ambulanten Versorgung

Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a), das entspricht einer durchschnittlichen ärztlichen Teamstärke von weniger als 2 je Organisation. Rund  $\frac{3}{4}$  der vertragsärztlichen Organisationen sowohl in der hausärztlichen wie in der fachärztlichen Versorgung waren Einzelpraxen.

Diese Perspektive verstellt jedoch den Blick auf die dynamische Entwicklung und Etablierung neuer Organisationsmodelle, sowohl in ihrer Vielfalt als auch in ihrer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen. Dies wird am Beispiel MVZ sichtbar. So entfiel auf die Rechtsform MVZ in 2019 zwar nur 4 % aller Praxisformen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a), aber in MVZ waren bereits 16 % aller Fachärzte und Fachärztinnen tätig. Unter dem MVZ-Dach entwickeln sich andere als die üblichen Versorgungsstrukturen. Die durchschnittliche Arztlage je MVZ lag Ende 2019 bei 6,2 Ärzten, in MVZ waren zu über 90 % angestellte Ärzte/-innen tätig, die mehrheitlich fachübergreifend aufgestellt sind (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2020) und 42 % arbeiten in Trägerschaft von Krankenhäusern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b), die sich damit an der ambulanten Versorgung beteiligen. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b). Diese wenigen Eckdaten lassen vermuten, dass in vielen MVZ eine andere Versorgungskultur herrscht – teamorientierter, interdisziplinärer, jünger und für Integration der

Versorgung stehend. Aber auch die traditionellen Organisationsformen Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis sind nicht statisch: Sie schließen sich z. B. in Praxisnetzen nach § 87b Sozialgesetzbuch V zusammen und erfüllen dabei unterschiedliche Level an Struktur- und Qualitätsanforderungen. Insgesamt 80 solcher Praxisnetze zählt die KBV bundesweit ([www.kbv.de/html/18491.php](http://www.kbv.de/html/18491.php)). Daneben sind indikationsspezifische Netzwerke in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig, im Januar 2020 waren insgesamt 340 ASV-Teams tätig (Dengler, 2021). Auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) basiert auf strukturierten Netzwerken, Mitte 2019 listet die KBV 361 SAPV-Teams auf (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/CMS/html/17067.php>).

Der wirkliche Wandel der Organisationsmodelle vollzieht sich nach unserer Einschätzung aber jenseits der vom SGB vorgegebenen Strukturen. Er sollte vielmehr auf der Ebene der Größe und des Funktionsumfangs gesehen werden. Besondere Bedeutung im kleinteilig und nach Sektoren organisierten Gesundheitssystem hat dabei die Integrationstiefe, die von neuen Organisationsmodellen erreicht wird oder erreicht werden soll. Unter „Größe“ verstehen wir sowohl die Anzahl der unter einem Unternehmensdach arbeitenden und versorgenden Ärzte/-innen und nicht-ärztlichen Fachkräfte als auch die größere Anzahl von Praxen oder Standorten. Neue Organisationsmodelle stoßen da-

In der gesundheitspolitischen Diskussion rund um die vertragsärztliche ambulante Versorgung dominiert das Bild des Facharztes/der Fachärztin in Einzel- und kleinen Gemeinschaftspraxen. Organisationen und Organisationsmodelle spielen nur eine untergeordnete Rolle. Die verfügbaren Daten bestätigen das hohe Maß an Fragmentierung der Angebotsstruktur: In 2019 versorgten die vertragsärztlich tätigen 140.569 Fachärzte und Fachärztinnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020c) in 79.721 ärztlichen Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen (GP) und

mit in eine Größenordnung vor, die für ambulante Medizin neu ist. Dies ist zunächst ein Blick aus der Marktkennntnis der Verfasser. Es fehlen nahezu jegliche Informationen darüber, mit welcher Art von Organisationen wir es zu tun haben, wie viele es sind und welchen – quantitativen und qualitativen – Versorgungsbeitrag sie übernehmen. Dass wir wenig wissen, mag auch wettbewerblich motiviert sein: Während (gesundheit-) politisch das Zielbild einer Kooperation etablierter Akteure hochgehalten wird (und neue Akteure in diesem Bild nicht vorgesehen sind), ist die Realität möglicherweise dynamischer und in einem Kontinuum von Kooperation und Konsolidierung angelegt.

Gerade für Krankenkassen lohnt sich eine Beschäftigung mit neuen Organisationsmodellen als potenzielle Partner in der Versorgung. Auch in der Gesundheitspolitik sollten sie zunehmend Beachtung finden. Ein Ergebnis dieser Auseinandersetzung könnte sein, dass bestimmte Organisationsmodelle für bestimmte Aufgaben, wie z.B. Versorgung in der Fläche oder Versorgung von Chronikern an der Sektorengrenze, stärker herangezogen und gefördert würden. Weiter gedacht eröffnen sich Perspektiven für neue Formen von verzahnter Versorgung, Managed Care und andere Formen integrierter Versorgung, wobei die Integration durch unternehmensinterne Koordination einfacher hergestellt werden kann als durch Modi der Kooperation.

### Die Logik der größeren Einheiten in der ambulanten Versorgung

Neue Organisationen fallen nicht vom Himmel, sie erfordern eine Vision und Aufbauleistung. Daher muss es auch Antreiber geben, einerseits aus einer generellen unternehmerischen Motivation, andererseits aber auch als Bedarfe und Chancen, die sich im besonderen Setting der ambulanten Versorgung bieten. Aus der einzelwirtschaftlichen Perspektive liegen in einer Logik der größeren Einheiten Potenziale, die sich durch Konsolidierung innerhalb der kleinteiligen Betriebsstrukturen der ambulanten Versorgung heben lassen. Die folgenden Faktoren sind ein erster Anlauf, diese Elemente für das Umfeld der ambulanten Versorgung greifbar zu machen, sowohl aus deskriptiver Sicht als auch als Angebot zu einer weiteren analytischen Aufgliederung.

1. Größere Einheiten eröffnen aufgrund ihrer Größe spezifische Vorteile (Skaleneffekte), die in dem Maß wachsen, wie die typischen kleineren Einheiten (Einzel- und Gemeinschaftspraxen) Schwierigkeiten haben, Leistungen allein und aus eigener Kraft zu erbringen. In der ambulanten Versorgung nimmt nicht nur der medizinische Wissensstand, sondern beispielsweise auch die Komplexität in der Abrechnung, den IT-, Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen, dem allgemeinen regulatorischen Rahmen (z. B. Beschäftigungsverhältnisse, Hygieneanforderungen) kontinuierlich zu. Solche Aufwände (z. B. als Dienstleistungskosten, Zeiteinsatz für Informationsbeschaffung etc.) lassen sich kostengünstiger internalisieren, wenn eine gewisse Größe erreicht ist.
2. Damit verbunden sind Skaleneffekte in der Organisation der Betriebe selbst, der Versorgungswege und -leistungen. Hier liegen sowohl ein Qualitäts- als auch ein Wirtschaftlichkeitspotenzial, die aus unternehmerischer Perspektive von den Anreizen des Vergütungssystems reguliert werden. Das gilt insbesondere dann, wenn größere Einheiten auf verschiedenen Versorgungsebenen (z. B. ambulant und stationär, Basis- und Spezialversorgung, interdisziplinär mit anderen Fachgruppen oder anderen Gesundheitsberufen etc.) tätig sind. Diese sind heute in der ambulanten Vergütung nur unzureichend abgebildet, stellen aber ein wirtschaftliches Potenzial dar, das in künftigen Reformen erschlossen werden könnte (vgl. ambulant-sensitive Krankenhausfälle).
3. Der Fachkräftemangel ist ein weiterer Treiber der Konsolidierung. Ambulante Einrichtungen stehen zunehmend im Wettbewerb untereinander, aber auch mit dem stationären Sektor. Dabei ist in den vergangenen Jahren eine erhebliche Gehaltsschere zum Nachteil des ambulanten Sektors entstanden (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2020). Größere Einheiten können mehr Flexibilität und verlässliche Entwicklungs- und Karrierewege anbieten und Universitätsabgänger zu Fachärzten/-innen weiterbilden. Sie profitieren zudem davon, dass im ärztlichen Nachwuchs eine Abstimmung mit den Füßen gegen die Freiberuflichkeit und für Anstellungsverhältnisse stattfindet.
4. Investitionsstau: Die Investitionsbedarfe in der ambulanten Versorgung sind abhängig vom Fachgebiet unterschiedlich hoch, bei einer Versorgung nach medizinischem State of the Art durchgängig aber erheblich. In der Einzelpraxis wird auf Sicht gefahren. Insbesondere in den vielen Praxen, in denen in den nächsten Jahren ein altersbedingter Generationenwechsel ansteht, werden Investitionen nur sehr zögerlich umgesetzt. Investitionsbedarf entsteht zudem auf neuen Feldern wie z. B. IT, Anschluss an die Telematikinfrastruktur und Barrierefreiheit. Größere Einheiten sind eher dazu in der Lage und auch motiviert, zukunftsorientierte Investitionen umzusetzen.
5. Ob größere Einheiten und ihre Standorte aus diesen Vorteilen auch eine größere Anziehungskraft auf Patienten/-innen ausüben können, soll hier nicht ohne Weiteres behauptet werden. Ein Mehr an Service und Qualität (oder anderen ausschlaggebenden Faktoren) wäre empirisch zu belegen. Dass größere Einheiten einen Anreiz haben, ihre Möglichkeiten auch im Wettbewerb um Patienten/-innen auszuspielen, liegt aber auf der Hand.

Der Weg zu einer Betriebsgröße und -organisation, die die angenommenen Vorteile betriebswirtschaftlich einfahren kann, erfordert unternehmerischen Mut und Können. Expansion bedeutet Investition mit dem damit verbundenen Risiko und Kapitalkosten; das Management erfordert eine eigene Professionalität und zeitlichen Einsatz jenseits der unmittelbaren Versorgung; zentrale Services verursachen zunächst einmal zusätzliche Kosten – und dies innerhalb eines schwer beherrschbaren regulatorischen Rahmens der Bedarfsplanung und Zulassungserfordernisse. Die Vergütung in der ambulanten Versorgung bezieht sich ausschließlich auf die einzelnen abrechnungsfähigen Leistungen. Die entsprechende Leistungsmenge muss mit einem begrenzten Zeitbudget erbracht werden; der zeitliche Einsatz von angestellten Ärzten/-innen ist ihrem Tätigkeitsstatus entsprechend geringer als von selbständigen Ärzten/-innen (Hahn et al., 2017).

### Neue Organisationsmodelle in der Versorgungspraxis

Viele der innovativen Organisationsmodelle entstehen organisch – ohne Blaupause und Unterstützung. Sie sind in der Regel stark von der Bedarfs- und Angebotssituation vor Ort getrieben. Die Strukturen reichen von netzwerklicher Kooperation bis hin zu unternehmerischer Integration; sie werden von den klassischen Versorgern Ärzten/-innen und Krankenhäusern, zunehmend aber auch von atypischen Beteiligten wie Kassenärztlichen Vereinigungen, Stiftungen, Industrieunternehmen, externen Kapitalgebern oder Kostenträgern getragen (Hahn, 2020). Die Modelle greifen z.T. partiell auf SGBV-Instrumente wie Selektivverträge und Innovationsfonds zurück, Lösungen entstehen aber auch jenseits dieser gebahnten Wege. Beispiele dafür sind Campuslösungen von Krankenhäusern oder Versorgergruppen wie „ÄRZTE vorOrt – MEDI-MVZ GmbH“ sowie die unten ausführlicher dargestellten „ze:roPRAXEN“. Besonderes Augenmerk der Politik findet zudem die Amalgamierung von basisstationären Leistungen mit einem ambulanten, auch pflegerischen, Angebotsspektrum unter dem Dach eines sogenannten Integrierten Versorgungszentrums (Schmid et al., 2018). Und auch Kommunen und Landkreise kommen, aus Sorge um das örtliche Versorgungsangebot, zunehmend in die ambulante Versorgung. Wie heterogen die Landschaft ist, wird gerade auch an der Dauerbaustelle Sektorengrenze deutlich (Hahn and Kurscheid, 2020).

Akteure innovativer Versorgungsmodelle arbeiten oft vereinzelt, sie kennen einander kaum. Das hat verschiedene Gründe: Wer in der Versorgung arbeitet, hat einen lokalen und fallorientierten Fokus und oft nicht die zeitlichen, sachlichen oder personellen Kapazitäten, um potentielle Partner für Erfahrungsaustausch oder strategische Allianzen zu finden. Fehlende Kapazitäten und eine an der täglichen Patientenversorgung orientierte Versorgungs- und Tätigkeitskultur dürften auch ein wichtiger Grund dafür sein, warum eine Beteiligung neuer Organisationsmodelle an Innovationsfondsprojekten eher die Ausnahme ist (Hager and Henn, im Druck). Hinzu kommt, dass die in der Regel auf bestimmte Fächer oder Krankheitsbilder ausgerichteten Organisationsmodelle

jenseits der Fachgrenzen nicht wahrgenommen werden. Landesgesetzgebung und regionale Kassenärztliche Vereinigungen tun ein Übriges: sie sind hoch unterschiedlich, prägen aber zugleich maßgeblich das Versorgungsumfeld von Organisationsmodellen.

Beispielhaft für neue Organisationsmodelle sollen hier zwei konkrete Ansätze – intersektorale augenmedizinische Facharztzentren (wie sie im OcuNet Verbund verbandlich organisiert sind) und die ze:roPRAXEN (haus- und fachärztliches Praxisunternehmen in der Region Rhein-Neckar) – in ihren Strukturen und Leistungsmerkmalen beschrieben werden.

#### Fallbeispiel Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren

Die Besonderheit der im OcuNet Verbund verbandlich zusammengeschlossenen augenmedizinischen Intersektoralen Facharztzentren zeigt sich nicht auf den ersten Blick: Die Zentren versorgen in den Rechtsformen von Gemeinschaftspraxen und MVZ, die Mutterhäuser sind ambulante Operationszentren, Belegärzte/-innen sorgen für die kontinuierliche Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg. Anders als bei traditionellen Organisationsformen ist der Konsolidierungsgrad durchweg hoch. Selbst in „kleineren“ Zentren arbeiten zwischen 8 und 20 Fachärzte/-innen unter einem Praxis- oder MVZ-Dach, in den großen sind es deutlich über 100. Alle Zentren versorgen auch an Filialen, einige sind in mehreren Bundesgebieten tätig. Die 18 im OcuNet Verbund organisierten Zentren versorgten Ende 2019 an insgesamt 288 Standorten.

Die Intersektoralen augenmedizinischen Zentren zeigen, dass große, aus einer Hand geführte Einrichtungen mehr bieten als die Summe der Versorgung einzelner Ärzte/-innen. Spezialisierung und Arbeitsteilung treten neben die Teamarbeit und die damit einhergehende kollegiale Rückkopplung. Die Augenheilkunde unterliegt einem rasanten medizinisch-technischen Fortschritt. Die wachsende Bandbreite an Diagnostik und Therapie kann ein einzelner Arzt bzw. eine einzelne Ärztin nicht abdecken, in einem arbeitsteilig aufgestellten Team ist das aber sehr wohl möglich. Die wachsende Zahl an Standorten – gerade auch an peripheren (Hahn et al., 2019) –

erlaubt zudem eine über den einzelnen Ort hinausgehende Arbeitsteilung. Die Basisversorgung findet an allen Standorten statt, je seltener und aufwendiger eine medizinische Maßnahme ist, umso weniger Standorte eines Zentrums halten sie vor. Trotzdem sind komplexere Diagnostik und Therapie für Patienten/-innen niederschwellig zugänglich: innerhalb eines filialisierenden Zentrums ist eine gemeinschaftliche Behandlung vergleichsweise leichter umzusetzen, u.a. auch, weil der Datenfluss besser umsetzbar ist. Vorteile bietet die Konsolidierung auch an der ambulanten/stationären Sektorengrenze: Zentren betreiben oft einen ambulanten Standort auf dem Gelände des Krankenhauses, auf dem sie mit vielen Ärzten/-innen die dortige Belegabteilung betreuen. Unzureichende Personalstärke und zu lange Anfahrtswege im Notfall – häufige Probleme des klassischen Belegarztwesens – werden vermieden. Der Vorteil für ländliche Regionen: Auch in einem Fach mit eher geringer stationärer Fallzahl steht ein umfassendes augenheilkundliches Angebot offen, ohne dass die hohen Fixkosten einer Hauptabteilung anfallen.

Dass die Zentren sich im OcuNet Verbund, also in einem verbandlich geprägten Zusammenschluss, engagieren, belegt zusätzlich, wie wichtig ihnen eine weitergehende Verantwortung in der Versorgung ist. Auch das soll exemplarisch erläutert werden: Die Zentren bilden alle Universitätsabgänger patienten- und fachbezogen zu Fachärzten/-innen weiter; auf der Ebene des Verbundes wird die zentrumsbezogene Weiterbildung in sogenannten OcuNet Camps, mehrtägige akademisch geprägte Fortbildungen in Kooperation mit Referenten aus Universitäten und der Versorgungspraxis, dem vertragsärztlichen Bereich, zu Querschnittsthemen wie z. B. Embryologie, Ophthalmogenetik oder spezielle Pharmakologie ergänzt. Der Verbund wirkt (darüber hinaus) als Studienzentrale: Die Zentren steuern Daten sowohl für klinische Forschung als auch für Versorgungsforschung bei, die Ergebnisse werden z.T. international publiziert und setzen Benchmarks in der Versorgungsqualität.

#### Fallbeispiel haus- und fachärztliches Praxisunternehmen

Die ze:roPRAXEN vereinen 27 (Stand Anfang 2021) haus- und fachinternistische



Praxen sowie Dialysezentren in der Region Rhein-Neckar unter einem Unternehmensdach. Die 13 Gesellschafter/-innen sind ausnahmslos im Verbund praktizierende Ärzte/-innen, die ze:roPRAXEN sind also ein ärztliches Unternehmen. „Nukleus“ ist ein Verbund von acht ambulanten Dialysezentren, der Anfang der 2000er Jahre entstanden ist. Dieser „ältere Teil“ ist als Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) organisiert (übrigens ist es die erste bundesländerübergreifende ÜBAG). Ein besonderes Merkmal ist die enge Kooperation mit Krankenhäusern, ein Großteil der Dialysezentren ist räumlich an Krankenhäuser der Region angeschlossen. Gegen eine weitere und überregionale horizontale Erweiterung im Bereich der Nephrologie stand die damalige intensive Konsolidierung des Dialysemarktes durch die Industrie. Stattdessen haben sich die Gesellschafter/-innen – auch aus unternehmerischem Denken – für eine Diversifizierung innerhalb des regionalen Rahmens entschieden. 2011 konnte eine wachstumsstarke kardiologische Praxis für die ÜBAG gewonnen werden, 2011 und 2012 wurden zwei fachinternistische MVZ gegründet. Das Spektrum erweiterte sich neben der Nephrologie und Kardiologie um Pulmologie, Angiologie und Onkologie. Mit der Gründung von MVZ wurde die Unternehmensstruktur komplexer. Dieser „jüngere Teil“ umfasst eine Reihe von MVZ-Trägergesellschaften, an denen sich auch recht gut die gesetzlichen Änderungen der Gründungsberechtigung von MVZ ablesen lassen. Über eine Dachgesellschaft sind beide Teile verbunden. Diese Dachgesellschaft erlaubt es auch, junge Ärzte/-innen als neue Gesellschafter aufzunehmen, selbst wenn sie nicht in der ursprünglichen ÜBAG beschäftigt sind. Die ze:roPRAXEN können so ein Partnerschaftsmodell anbieten, das dem von beispielsweise Rechtsanwaltspraxen ähnelt. Die die Praxen entlastenden zentralen Services sind in einer „Hauptverwaltung“ in Schwetzingen mit aktuell gut 15 Mitarbeitern/-innen zusammengefasst, das Unternehmen umfasst gut 400 Mitarbeiter/-innen, davon über 80 Ärzte/-innen.

Die Erweiterung in den hausärztlichen Bereich war nicht vorgezeichnet, sondern ist aus der Nachfrage von Praxisabgebern in der Region entstanden. Sie ist in der Folge jedoch konsequent

als eigenes Geschäftsfeld entwickelt worden, da durch die hohe Zahl von altersbedingtem Nachfolgebefehl einerseits und der Möglichkeit, ärztlichen Nachwuchs anzuziehen, andererseits, die Chance auf eine Weiterentwicklung des Unternehmens entlang der oben skizzierten Anreize gegeben ist. Zusätzlich eröffnet sich die Chance auf integrierte Versorgungswege über den haus- und fachinternistischen bis hin in den stationären Bereich, die bei weiterem Wachstum ein für die Versorgung in der Region relevantes Volumen erreichen können. Die Trägerschaft von einer zweistelligen Zahl hausärztlicher MVZ erfordert es, ein „Betriebsmodell Hausarzt MVZ“ für die Verbundpraxen zu entwickeln. Mit diesem Modell wollen die ze:roPRAXEN bundesweit Innovationsführer sein und verbinden die Integration neuer Berufsbilder, allen voran der Physician Assistant (Hager et al., 2020), mit arbeitsteiligen, digital unterstützten Praxisabläufen. In der Summe dieser und weiterer Elemente soll eine Blaupause dafür entstehen, hausärztliche Versorgung flächendeckend und wohnortnah aufrechtzuerhalten, auch wenn infolge des Generationenwechsels weniger ärztliche Zeit zur Verfügung steht. Diese Perspektive ist direkt anschlussfähig an die Überlegungen zu regionaler, integrierter Versorgung (Hildebrandt et al., 2020). Ein nächster Schritt ist es, einen Tele-Arzt-Strang zu etablieren, der Patienten/-innen bei Bedarf in die angeschlossenen Praxen weiterleiten kann (blended care).

Ähnliche Ansätze zu einer vertikal angelegten Konsolidierung in der haus- und fachärztlichen Versorgung finden sich auch in anderen Regionen, beispielsweise die „Medic-Center“ in Nürnberg mit 35 haus- und fachärztlichen Praxen oder die „Kielstein Praxen“ mit 22 Praxen in Erfurt und Umgebung. Vielleicht braucht es, wie in diesen drei Fällen, ärztliche Unternehmer/-innen, um auch einen „low margin“-Bereich, wie die hausärztliche Versorgung, in einem neuen Organisationsmodell abzubilden. Es ist absehbar, dass damit auch die Aufmerksamkeit nicht-ärztlicher Investoren für diesen Versorgungsbereich geweckt werden wird.

### Fazit

Die beiden Beispiele werfen ein Schlaglicht auf die Existenz und Potentiale

neuer Organisationsmodelle jenseits der Sozialgesetzgebung. Sie verdeutlichen exemplarisch, dass neue Organisationsmodelle Impulse für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit Blick auf ärztliche Zusammenarbeit, Versorgungszugang, Versorgung auf dem Land, Kosteneffizienz und versorgungsmittelbare Funktionen wie Weiterbildung bieten können. Sie sprechen auch von einer unternehmerischen Dynamik, die das Gesundheitswesen „von unten“ verändert. Diese Dynamik wirkt inhärent in die Richtung einer Logik der größeren Einheiten, die sich betrieblich als Funktionsintegration sowie in Hinblick auf den Gesamtmarkt als – beginnende – Konsolidierung beschreiben lässt. Für den ambulanten Sektor ist dies Neuland, mit Chancen und Risiken. Diese lassen sich in der Gestaltung (oder anders: der anstehenden Reform) unseres Gesundheitswesens nutzen, als Lernfelder oder sogar als Verteilungsmasse neu erschlossener Skalen- und Versorgungseffekte. Trotzdem: Die Fachöffentlichkeit nimmt wenig Notiz. Ausnahmen wie z. B. „Gesundes Kinzigtal“ oder das Projekt „Schlaganfall-Lotse“ sind Ergebnis intensiver Öffentlichkeitsarbeit Einzelner, sie bestätigen eher die Regel. Mehr Transparenz in neuen Organisationsmodellen, deren Leistungsfähigkeit und auch im Beitrag zur Versorgung ist aber eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung insgesamt.

### Literatur

- DENGLER, R. 2021. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Steht der Patient im Mittelpunkt? *Gesundheit Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 21, 15–23.
- HAGER, L. & HENN, N. im Druck. Ambulante Versorgung braucht Innovation – Erfolgsfaktoren und Hindernisse aus dem ambulanten Sektor. In: ENGEHAUSEN, R. & SCHOLZ, S. (eds.) *Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen*. Heidelberg: medhochzwei Verlag
- HAGER, L., HOFFMANN, M. & HÜTTL, P. 2020. Physician Assistants in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. In: AMELUNG, V., EBLE, S., SJUTS, R., BALLAST, T., HILDEBRANDT, H., KNIEPS, F., LÄGEL, R. & EX, P. (eds.) *Zukunft der*

- Arbeit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- HAHN, U. 2020. Sektorenübergreifende Angebotsstrukturen: Kooperation und Integration, Netzwerke und Unternehmen. In: HAHN, U. & KURSCHEID, C. (eds.) *Intersektorale Versorgung; Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial*. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien.
- HAHN, U., AWE, B., KOCH, J. & MÄRZ, M. 2019. Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 24, 69–77.
- HAHN, U. & KURSCHEID, C. 2020. Lessons Learned. In: HAHN, U. (ed.) *Intersektorale Versorgung; Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- HAHN, U., MÜLLER, T., AWE, B. & KOCH, J. 2017. Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, Status Quo und Auswirkungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 22, 93–103.
- HILDEBRANDT, H., BAHRS, O., BORCHERS, U., GLAESKE, G., FORSCHUNGSZENTRUM, S., GRIEWING, B., HÄRTER, M., HANNEKEN, J., HILBERT, J., KLAPPER, B., KLITZSCH, W., KÖSTER-STEINEBACH, I., KURSCHEID, C., LODWIG, V., PFAFF, H., SCHAEFFER, D., SCHRAPPE, M., STURM, H., WEHKAMP, K.-H. & WILD, D.W. 2020. Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 2; Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. *Welt der Krankenversicherung*, 9, 210–219.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2020a. Anzahl Praxen nach Praxisart, 2010 – 2019. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2020b. *Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 31.12.2019* [Online]. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Available: [www.kbv.de/media/sp/mvz\\_entwicklung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklung.pdf) [Accessed].
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2020c. *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2019* [Online]. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Available: [www.kbv.de/media/sp/2019-12-31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2019-12-31_BAR_Statistik.pdf) [Accessed 2020/10/20].
- SCHMID, A., HACKER, J., RINSCHKE, F. & DISTLER, F. 2018. Intersektorale Gesundheitszentren; Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. In: BUNDESVEREINIGUNG, K. (ed.) *Gutachten*. Essen: Universität Bayreuth Management im Gesundheitswesen, Oberer Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaft.
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. 2020. Unterschiedliche Preisentwicklung Treiber für Gehaltsunterschiede zwischen Klinik und Arztpraxis: Suche nach Medizinischen Fachangestellten (MFA) im ambulanten Bereich immer schwieriger. *Graphik des Monats* [Online]. Available: [www.zi.de/presse/grafik-des-monats](http://www.zi.de/presse/grafik-des-monats).
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND 2020. Zi-MVZ-Panel, Berichtsjahr 2017. *MVZ Fachinformation*. Berlin. ■