

Teil I: Der Markt und die These

Kapitel 1: Ambulantisierung als Strukturwandel

Warum ich angefangen habe, Praxen zu kaufen

Ich bin Orthopäde und Unfallchirurg. Ich operiere seit über zwanzig Jahren Schultern, Knie und Kunstgelenke. Ich habe in Kliniken gearbeitet, Belegabteilungen geleitet, ein ambulantes OP-Zentrum aufgebaut und irgendwann angefangen, Arztpraxen zu kaufen. Nicht weil ich einen Businessplan hatte, sondern weil ich gesehen habe, dass das System, in dem ich arbeitete, nicht mehr funktionierte.

Die Krankenhäuser, mit denen ich kooperierte, wurden langsamer, teurer und unflexibler. Die Einzelpraxen im Umfeld kämpften mit Fachkräftemangel, steigenden Kosten und sinkender Bereitschaft junger Ärzte, sich niederzulassen. Auf der anderen Seite stieg der Bedarf an orthopädischer Versorgung – mehr ältere Patienten, mehr Arthrose, mehr Endoprothetik, mehr Schmerztherapie, mehr Anspruch an Mobilität und Lebensqualität. Die Lücke zwischen dem, was gebraucht wurde, und dem, was das System liefern konnte, wurde größer. Nicht kleiner.

Irgendwann wurde mir klar, dass die Antwort nicht in einem besseren Krankenhaus lag und auch nicht in einer größeren Einzelpraxis. Die Antwort lag in einer neuen Struktur dazwischen: Ambulante Zentren, die Diagnostik, konservative Therapie, operative Versorgung und Rehabilitation unter einem Dach vereinen. Nicht als Krankenhaus-Lite, sondern als eigenständiges Modell mit eigener Logik, eigener Wirtschaftlichkeit und eigener Führungskultur.

Das war keine strategische Erkenntnis am Schreibtisch. Das war eine operative Erfahrung am OP-Tisch und am Empfangstresen. Dieses Buch handelt davon, wie man ein solches System baut.

Was sich verändert hat – und warum es kein Zurück gibt

Die Ambulantisierung der deutschen Gesundheitsversorgung ist kein Trend und keine politische Idee. Sie ist gesetzlich vorgeschrieben. § 115f SGB V hat einen Rahmen geschaffen, der die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor systematisch vorantreibt. Krankenhäuser schließen in großer Zahl. Der Grund ist selten medizinische Qualität. Der Grund sind Kostenstrukturen, die für viele Leistungen schlicht nicht mehr tragfähig sind.

Die Prognose, dass über 60 Prozent aller Krankenhausoperationen künftig ambulant stattfinden werden, klingt dramatisch. Für viele Fachrichtungen ist sie bereits Realität. In der Orthopädie operieren wir seit Jahren ambulant, was früher einen stationären Aufenthalt von drei bis fünf Tagen bedeutete: Kreuzbandplastiken, Schulterarthroskopien, Meniskus-OPs, Fußchirurgie, zunehmend auch Endoprothetik. Nicht aus Überzeugung, dass ambulant besser wäre. Die Medizin lässt es zu und die Ökonomie erzwingt es.

Diese Entwicklung betrifft nicht nur die Orthopädie. Die Augenheilkunde operiert längst überwiegend ambulant. Die Gynäkologie verlagert minimal-invasive Eingriffe. Die Kardiologie baut ambulante Katheter-Labore. Die Proktologie, die Urologie, die Gefäßchirurgie – überall verschiebt sich die Grenze zwischen stationär und ambulant. Wer dieses Buch liest und in einer operativen oder interventionellen Fachrichtung arbeitet, wird seine eigene Situation darin wiedererkennen.

Ambulantisierung ist kein Trend. Sie ist ein Systemumbau, der gesetzlich verankert ist und medizinisch längst begonnen hat.

Drei Versorgungsmodelle im Vergleich

Die zentrale Frage ist: Wer organisiert die ambulante Medizin der Zukunft? Es gibt drei Kandidaten – und jeder hat strukturelle Grenzen.

	Krankenhaus	Einzelpraxis	Integrierte Struktur
Operative Kapazität	Hoch, aber teuer	Keine oder begrenzt	Skalierbar im Hub
Konservative Versorgung	Schwach organisiert	Kernkompetenz	Systematisch mit IGeL
Patientensteuerung	Fragmentiert	Arztgebunden	Integriert, digital
Nachbehandlung	Extern, ungesteuert	Extern, ungesteuert	Intern, unter einem Dach
Kostenstruktur	Hohe Fixkosten	Niedrig, aber nicht skalierbar	Skalierbar durch Cluster
Personalbindung	Schwierig im Wandel	Arztabhängig	Teamstruktur, MVZ-Anstellung
Skalierbarkeit	Nur über Betten	Kaum möglich	Hub-Spoke, Cluster, Plattform

Tabelle 1-1: Drei Versorgungsmodelle im strukturellen Vergleich

Warum das Krankenhaus allein nicht die Antwort ist

Das Krankenhaus bleibt für Notfälle, für komplexe Eingriffe und für schwer- kranke Patienten unverzichtbar. Aber für die neue ambulante Mitte – für die große Masse planbarer Eingriffe, für die Schmerztherapie, für die Nachbe- handlung, für die konservative Versorgung mit IGeL-Anteil – ist das Kranken- haus zu teuer, zu langsam und zu schwerfällig gebaut.

Das ist kein Vorwurf an die Kliniken. Es ist ein Strukturproblem. Hohe Fixkosten, die auf einen Rückgang planbarer Eingriffe treffen. Personal-

intensive Abläufe, die sich nicht auf ambulante Taktung umstellen lassen. IT-Systeme, die für stationäre Dokumentation gebaut sind. Organisationslogiken, die Betten und Stationen brauchen, nicht Sprechstunden und OP-Slots. Ich habe in Krankenhäusern gearbeitet und ich kooperiere bis heute mit Krankenhäusern. Aber ich habe aufgehört zu glauben, dass das Krankenhaus die Plattform der Zukunft für ambulante Hochleistungsmedizin ist.

Warum die Einzelpraxis nicht mehr reicht

Die Einzelpraxis hat jahrzehntelang funktioniert. Ein Arzt, ein Team, ein Standort, ein Patientenstamm. Medizinisch oft gut, menschlich nah, wirtschaftlich akzeptabel. Aber die Einzelpraxis stößt an ihre Grenzen, sobald die Anforderungen steigen: Diagnostik am Standort, operative Kapazität, Nachbehandlung, digitale Infrastruktur, Marketing, Recruiting, Abrechnung, Qualitätssicherung, Führung. All das parallel in einer Einzelstruktur zu organisieren, überfordert die meisten Praxen.

Dazu kommt ein Generationenwechsel. Junge Ärztinnen und Ärzte wollen anders arbeiten als die Generation vor ihnen. Teilzeitmodelle, Teamstrukturen, Anstellung statt Niederlassung, planbare Arbeitszeiten, keine Alleinverantwortung für alles – von der Abrechnung bis zum Heizungsmonteur. Das MVZ ist für viele junge Mediziner attraktiver als die eigene Praxis. Wer das ignoriert, findet keine Nachfolger.

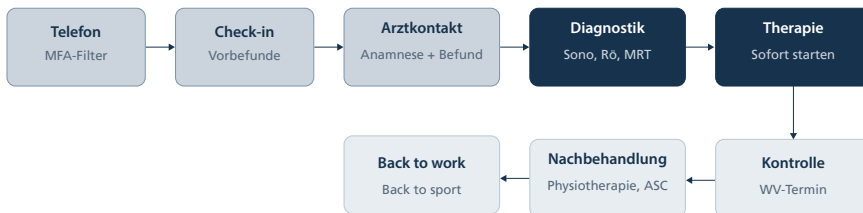
Der entscheidende Punkt ist: Die Einzelpraxis ist nicht das Problem. Die Frage ist, ob sie die Lösung ist. Für die Versorgung eines definierten Einzugsgebiets mit einem begrenzten Leistungsspektrum kann sie weiterhin funktionieren. Für den Aufbau einer integrierten Versorgungsstruktur, die Diagnostik, konservative Therapie, operative Eingriffe, Nachbehandlung und Rehabilitation aus einer Hand anbietet, reicht sie nicht.

Die Frage ist nicht, ob die Einzelpraxis gut ist. Die Frage ist, ob sie ausreicht für das, was Patienten und der Markt künftig brauchen.

Die neue Mitte: Integrierte ambulante Strukturen

Wenn das Krankenhaus zu schwer und die Einzelpraxis zu leicht ist, liegt die Antwort in einer Struktur dazwischen. Das ist keine theoretische Überlegung – diese Strukturen existieren bereits. Ambulante OP-Zentren, Facharztzentren, MVZ-Gruppen, Plattformen mit mehreren Standorten. In der Orthopädie sehe ich das jeden Tag: Zentren, die Schmerztherapie, Diagnostik mit eigenem MRT, konservative Behandlung, ambulantes Operieren und Physiotherapie unter einem Dach vereinen. Vier- bis fünftausend Operationen pro Jahr. Tausend Kunstgelenke. Fast-Track-Protokolle, die Patienten am Tag der OP nach Hause entlassen. Standardisierte Behandlungspfade, die Qualität reproduzierbar machen.

Was diese Strukturen gemeinsam haben: Sie kontrollieren die gesamte Patientenreise. Der Patient kommt mit Schmerzen in die Sprechstunde, wird diagnostiziert, konservativ behandelt, bei Bedarf operiert, nachbehandelt und funktionell wieder aufgebaut – alles in derselben Organisation. Keine Übergaben zwischen Sektoren. Keine verlorene Information. Keine unklare Verantwortung.



Procedere = therapeutischer Fahrplan

Heilmittel · Hilfsmittel · Medikamente · Injektionen · IGeL · Bildgebung
Belastungslenkung · Kontrollzeitpunkt · Eskalationsstrategie

Abbildung 1-1: Die integrierte Patientenreise

Lineares Prozessschema: Sprechstunde → Diagnostik (Röntgen, MRT, Sono) → Konservative Therapie (Heilmittel, IGeL, Schmerztherapie) → OP-Indikation → Ambulanter Eingriff → Nachbehandlung → Physiotherapie/Rehabilitation. Alle Stationen unter einem Dach, keine Schnittstelle zu externen Leistungserbringern.

Die Kontrolle über diese Kette bedeutet Kontrolle über die Wertschöpfung. Das gilt in der Orthopädie ebenso wie in der Augenheilkunde, wo Diagnostik, Kataraktchirurgie und Nachsorge aus einer Hand kommen. Oder in der Kardiologie, wo Belastungsdiagnostik, interventionelle Behandlung und Rehabilitation in einem Zentrum zusammenwachsen. Das Modell ist fachrichtungsunabhängig. Die Fachrichtung liefert den Inhalt. Die Struktur liefert das System.

.....
Kontrolle über die Patientenreise ist Kontrolle über die Wertschöpfung.
.....

Sektorenübergreifende Kooperation statt Sektorentrennung

Die bisherige Trennung zwischen ambulant und stationär war nie medizinisch begründet. Sie war administrativ begründet. Zwei Vergütungssysteme, zwei Planungslogiken, zwei Welten. Diese Trennung löst sich auf – weil sie nicht mehr funktioniert.

Ich kooperiere seit Jahren mit Krankenhäusern, aber auf neue Weise. Die drei gängigen Formate unterscheiden sich grundlegend in Steuerung, Risiko und Abhängigkeit:

	Dienstleistermodell	MVZ im Krankenhaus	Belegabteilung
Prinzip	Ambulantes Zentrum nutzt KH-Infrastruktur (OP, AWR, Personal)	MVZ betreibt Praxis innerhalb des KH mit gemeinsamer Anstellung	Niedergelassener Arzt leitet Abteilung im KH
Steuerung	Beim ambulanten Zentrum	Geteilt	Beim Belegarzt
Patienten- hoheit	Beim Facharzt	Geteilt	Beim Belegarzt
Investition	Gering (KH stellt Infra)	Mittel (Räume im KH)	Gering
Risiko	Abhängigkeit von KH-Verfügbarkeit	Kulturkonflikte, doppelte Steuerung	Auslaufmodell, wenig Nachwuchs

Tabelle 1-2: Sektorenübergreifende Kooperationsmodelle im Vergleich

Die Zukunft liegt nicht in der Abschaffung des Krankenhauses und nicht in der Verteidigung der Einzelpraxis. Sie liegt in intelligenten Kooperationsmodellen, die teure Infrastruktur gemeinsam nutzen und die Steuerung der Patientenreise dort belassen, wo sie hingehört: beim Facharzt, der den Patienten kennt.

Warum die Kassenarztzulassung der entscheidende Hebel ist

Es gibt einen Punkt, der in vielen Diskussionen über die Zukunft der ambulanten Versorgung übersehen wird: Die Kassenarztzulassung – und damit das MVZ – regelt und lenkt die Patientenströme. Nicht das Krankenhaus. Wer eine Kassenarztzulassung hat, hat Zugang zu Kassenpatienten. Wer keine hat, hat keinen. So einfach ist das.

Das MVZ ist deshalb nicht nur eine Organisationsform. Es ist ein regulatorisch geschütztes Geschäftsmodell. Die Zulassung ist der Engpass, nicht die Immobilie und nicht das Gerät. Wer Praxen kauft, kauft im Kern Kassenarztzulassungen – und damit den Zugang zu einem planbaren Patientenstrom. Das ist der strategische Hebel, der den ambulanten Sektor vom stationären unterscheidet: Im Krankenhaus wird die Bettenkapazität geplant. Im ambulanten Bereich wird die Zulassung geplant. Wer diesen Hebel versteht, versteht, warum der ambulante Sektor für Investitionen so attraktiv ist.

Die Kassenarztzulassung ist der strategische Hebel im ambulanten Sektor. Wer Praxen kauft, kauft Zulassungen – und damit Zugang zu Patientenströmen.

Was dieses Buch liefert

Dieses Buch ist kein Marktreport und keine politische Analyse. Es ist ein Werkzeugkoffer. Ich beschreibe, wie man Arztpraxen identifiziert, bewertet, kauft und transformiert. Wie man ein Team gewinnt, das an Veränderung nicht glaubt. Wie man medizinische Standards implementiert, die Qualität reproduzierbar machen. Wie man eine Infrastruktur aufbaut, die von der IT über das Marketing bis zum Controlling skaliert. Und wie man Menschen führt, die dafür nie ausgebildet wurden – angefangen bei sich selbst.

Alles, was in diesem Buch steht, habe ich selbst gemacht. Nicht alles davon war erfolgreich. Einiges hat funktioniert, anderes nicht. An den Stellen, wo es