

Christian Mauch

Arztpraxis und MVZ: **Eine Transformation**

Werkzeugkoffer für Kauf, Integration und
Skalierung ambulanter Versorgungsstrukturen

Kohlhammer

Kohlhammer

Christian Mauch

Arztpraxis und MVZ: Eine Transformation

Werkzeugkoffer
für Kauf, Integration und Skalierung
ambulanter Versorgungsstrukturen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

I. Auflage 2026

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart
produktsicherheit@kohlhammer.de

Print:

ISBN 978-3-17-048108-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-048109-1

epub: ISBN 978-3-17-048110-7

Inhalt

Teil I:	Der Markt und die These	7
Kapitel 1:	Ambulantisierung als Strukturwandel	9
Kapitel 2:	Kassenarztzulassung, Plattformlogik und Wachstumsmodell	19
Teil II:	Die Übernahme vom Target zum Tag 1	33
Kapitel 3:	Praxisbewertung, Deal-Struktur und Finanzierung.....	35
Kapitel 4:	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	49
Kapitel 5:	Tag 1 – Das Team gewinnen	59
Kapitel 6:	Digitalisierung und Künstliche Intelligenz	71

Teil III: Operative Führung und Steuerung	85
Kapitel 7: Operative Führung, Controlling und Kommunikation	87
Kapitel 8: Konzeptorthopädie als medizinisches Betriebssystem	99
Kapitel 9: Wachstum – Marketing, Recruiting, Zuweiser, Positionierung	113
Kapitel 10: Was bleibt	125

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.
