

## Ehemalige MVZ-Managerin: Effizienz angestellter Ärzte sinkt um 25 Prozent

**Der Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erfordert einen hohen Aufwand an Personalführung. Wie die Medizinerin und ehemalige MVZ-Managerin Dr. Patricia Hänel im Interview mit dem änd erklärt, ist vor allem die dauerhafte Motivation der angestellten Ärzte eine Herausforderung.**

**Frau Dr. Hänel, Sie waren am konzeptionellen Aufbau einer MVZ-Kette beteiligt und haben selbst ein Jahr lang ein MVZ als Managerin geleitet. Was waren die meisten Schwierigkeiten, mit denen Sie zu kämpfen hatten?**

Am Schwierigsten war es, den Angestellten klarzumachen, in welcher ökonomischen Situation sie sich befinden. Ein MVZ ist eben eine neue Organisationsform, da gelten andere Regeln, als man sie aus Praxis oder Klinik gewohnt ist. Die Angestellten mussten erst das Bewusstsein entwickeln, sich als Teil des Unternehmens zu begreifen.

**Wo lagen dabei die Probleme?**

In einem MVZ funktionieren die etablierten Motivationsstrukturen nicht mehr. Man muss sie sich in einem spezifischen Arbeitsumfeld neu kreieren. Es galt also, eine ökonomische Situation zu schaffen, die für die besondere ärztliche Motivation Raum ließ. Meine Tätigkeit war zum Schluss vor allem eine Dolmetscherfunktion zwischen dem ökonomischen und ärztlichen Anspruch.

Ein MVZ ist eben keine kleine Klinik und auch kein Zusammenschluss von fünf Praxen.

**Waren die angestellten Ärzte nicht motiviert genug?**

Nicht genug, will ich nicht sagen. Man braucht nur neue Motivationsstrategien. Die Nachteile, die in der Klinik oder in der eigenen Praxis erlebt wurden, werden in der Anstellung im MVZ bald wieder vergessen. Schon nach drei Monaten muss eine neue Positivmotivation gefunden werden.

**Wo würde die bei der Arbeit im MVZ liegen?**

Der Austausch mit anderen Ärzten könnte zum Beispiel größer sein. In der eigenen Praxis erleben sich Ärzte ja oft als Einzelkämpfer. Im MVZ arbeitet man dagegen mit mehreren Ärzten zusammen, das schafft eher ein Teamgefühl. Allerdings zeigen die Umfragen, dass gerade dieser fachliche Austausch im MVZ eher noch sinkt. Ich nehme an, dass es daran liegt, dass solche Besprechungen in der Arbeitszeit nicht vorgesehen sind. Ein Niedergelassener begreift es als seine Arbeit, wenn er einen Kollegen anruft und einen Fall bespricht. Das geschieht dann aber meistens nach Praxisabschluss – zu einem Moment, den der angestellte MVZ-Arzt schon als Freizeit empfindet.

**Wenn die Arbeitszeit im MVZ schon keine Fallbesprechungen vorsieht, welche Anreize könnte es für Ärzte trotzdem geben?**

Im MVZ gibt es zum Beispiel viele Möglichkeiten für wissenschaftlich interessierte Ärzte. Schließlich kommen sie hier an eine Datenfülle heran, die sie in einer Praxis nie haben würden. Für die Versorgungsforschung gibt es also viele Betätigungsfelder.

Außerdem ließen sich in einem MVZ flexiblere Arbeitszeiten organisieren. Zwar ist dies auch im MVZ nicht ganz einfach: Wenn man am Nachmittag Sprechstunde hat, kann man die Patienten bei Bedarf nicht einfach verschieben. Doch bei einer größeren Anzahl von Kollegen lassen sich eher Vertretungsmöglichkeiten finden.

**Solche flexiblen Arbeitszeitmodelle sind für den Arbeitgeber aber teuer.**

Es ist ein falscher Reflex, immer gleich auf das Geld zu gucken. Sicher kosten solche Modelle und schmälern die Rendite. Aber man gewinnt eine höhere Zufriedenheit der Ärzte. Studien in den USA haben gezeigt, dass der Turn-over, also das Ausscheiden eines Facharztes und das Suchen und Einarbeiten



eines neuen, bis zu 100.000 Euro kostet. Das Geld kann man sicher besser investieren.

**Wo Sie das Thema Gewinn ansprechen – was sagen Sie zu dem Argument, dass MVZ nur auf Rendite aus sind?**

Rendite ist ja nichts Schlimmes. Auch ein niedergelassener Arzt macht Gewinn mit seiner Praxis. Die FDP hat im Versorgungsstrukturgesetz den Aktiengesellschaften nur aus scheinbar moralischen Gründen den Betrieb von MVZ verboten. In Wahrheit wollte sie ihre Klientel aus niedergelassenen Ärzten schützen.

Mit einem MVZ kann man nicht superreich werden, aber man kann ein gescheites Auskommen finden. MVZ sind keine Lizenz zum Gelddrucken. Ich hätte nichts gegen eine AG als Betreiberin eines MVZ. Dagegen bin ich allerdings, dass sich große MVZ-Ketten entwickeln. Die würden zu viel Marktmacht auf sich vereinen.

**Wenn es um Rendite geht, geht es auch um Effizienz. Wie sieht es da in den MVZ aus?**

Mein Erfahrungswert ist, dass angestellte Ärzte an Effektivität verlieren – man spricht allgemein von einem Umsatzrückgang von 25 Prozent im Vergleich zu Niedergelassenen. Allerdings ist das auch eine Frage der Sichtweise. Man könnte auch sagen, dass die Bereitschaft zur Selbstausschöpfung sinkt.

Hier ist das Engagement der Unternehmen gefragt. Sie müssen Motivation aufbauen. Geld ist da bei weitem nicht das Einzige. Im Gegenteil, man weiß inzwischen, dass die Höhe des Gehalts kaum zur Arbeitszufriedenheit beiträgt. Ein MVZ muss eben kontinuierlich Personalentwicklung betreiben.

**Sie haben für eine MVZ-Kette gearbeitet, die an mehreren Standorten im Bundesgebiet präsent war. War die räumliche Distanz dabei ein Problem?**

Da gab es keine Unterschiede. Wenn alle Standorte in der gleichen Stadt gewesen wären, wären die Probleme die gleichen gewesen. Alles was zehn Meter weiter weg ist, ist eine andere Welt.

Gleich ist vor allem, dass man schauen muss, wie Ärzte arbeiten. Sie haben eine ganz bestimmte Motivation, die aus Autonomie, Eigenkontrolle und Selbstwirksamkeit besteht. Darauf muss ein Betrieb eingehen. Ein Arzt will unabhängig sein in seiner Therapie, er will wissen, dass die Abläufe seiner Behandlungen funktionieren, und er will sehen, welche Ergebnisse seine Behandlung haben. Ein Fließband-MVZ kann deshalb nicht funktionieren.

In Zeiten des Ärztemangels ist das Selbstvertrauen der Ärzte gestiegen. Da müssen MVZ schon was bieten.

**Fr. Dr. Hänel, vielen Dank für das Gespräch.**

Rubrik: Berufspolitik

29.06.2012 10:45 / Sten Beneke

URL dieses Beitrags: <http://www.facharzt.de/a/a/121538/>

---

© änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG