



Zi-MVZ-Panel

Jahresbericht 2021

Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen
in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2019

Impressum

■ Herausgeber

Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung in Deutschland
Salzufer 8
10587 Berlin
Tel.: (030) 4005 2450
E-Mail: zi@zi.de

■ Vorstand

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried (Vorsitzender)
Thomas Czihal (stellv. Vorsitzender)

■ Kuratorium

Dr. med. Annette Rommel (Vorsitzende)
Mark Barjenbruch (stellv. Vorsitzender)

■ Projektteam

Markus Leibner (Fachbereichsleitung)
Dr. Katja Hillmann (Projektleitung)
Julian Schmied
Jan van Wickeren
Wolfgang Bogumil
Martin Kohler

■ Zi-Treuhandstelle

Markus Becker

■ Hinweise

2. Jahrgang • Berlin • Dezember 2022
Korrekturfassung vom 7. Februar 2023
ISSN 2193-9586
Schutzgebühr für Einzelbestellungen: 5 Euro

Das Zentralinstitut dankt Mitarbeitenden der Abteilung „Flexible Versorgungsformen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ) für die Unterstützung und Beratung bei der Vorbereitung und Durchführung des Zi-MVZ-Panels.

Die Urheberrechte an allen Inhalten dieser Publikation liegen beim Zentralinstitut. Der Nachdruck von Textteilen, Tabellen, Abbildungen und Diagrammen ist nur nach schriftlicher Genehmigung des Zentralinstituts zulässig. Bei Interesse richten Sie bitte eine E-Mail an zi@zi.de.

In dem vorliegenden Bericht wurden grundsätzlich gendersensible Formulierungen gewählt. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Personenbezogene Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter es sei denn es wird explizit auf ein Geschlecht hingewiesen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Vorwort	8
Zentrale Ergebnisse.....	10
Kapitel 1: Struktureller Aufbau Medizinischer Versorgungszentren	16
Kapitel 2: Personal in Medizinischen Versorgungszentren	20
Kapitel 3: Wirtschaftliche Rahmenbedingungen	32
Kapitel 4: Versorgung.....	38
Kapitel 5: Lage und Ausrichtung Medizinischer Versorgungszentren	50
Kapitel 6: Erhebungsablauf und Erläuterungen	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Rechtsform	17
Abbildung 2	Trägerschaft	17
Abbildung 3	(ü)BAG mit MVZ als Hauptbetriebsstätte	18
Abbildung 4	(ü)BAG mit MVZ als Nebenbetriebsstätte	18
Abbildung 5	Infrastrukturbereitstellung und Nutzung	19
Abbildung 6	Verfügbarkeit ausgewählter Personalgruppen in MVZ	21
Abbildung 7	Veränderung der Altersstruktur	22
Abbildung 8	Nachbesetzungsprobleme bei nicht-ärztlichem med. Personal	22
Abbildung 9	Besetzungsprobleme	22
Abbildung 10	Vorzüge zur Personalanwerbung von nicht-ärztlichem med. Personal.....	23
Abbildung 11	Teilnahmestatus ärztlicher Mitarbeiter nach Trägerschaft	23
Abbildung 12	Altersstruktur von nicht-ärztlichem med. Personal nach Regionstyp	24
Abbildung 13	Fachlichen Anreize zur Gewinnung von ärztlichen Mitarbeitern.....	24
Abbildung 14	Fachliche Anreize nach Trägerschaft.....	24
Abbildung 15	Rahmenbedingungen zur Gewinnung von ärztlichen Mitarbeitern	25
Abbildung 16	Monetäre Zusatzvergütung bei ärztlichem Personal.....	25
Abbildung 17	Formen der variablen Zusatzvergütungen in Krankenhaus-MVZ.....	25
Abbildung 18	Altersverteilung nach Organisationsform	26
Abbildung 19	Anteil angestellter Leistungserbringer pro Altersgruppe nach Organisationsform und Geschlecht	27
Abbildung 20	Frauenanteil angestellter Ärzt/innen.....	27
Abbildung 21	Frauenanteil Vertragsärzt/innen	27
Abbildung 22	Altersverteilung in MVZ in den größten Fachgruppen; sortiert nach Anteil der Leis- tungserbringer über 65 Jahre	28
Abbildung 23	Altersverteilung in freien Praxen in den größten Fachgruppen; sortiert nach Anteil der Leistungserbringer über 65 Jahre	28
Abbildung 24	Anteil von angestellten Ärzten, die weniger als 20 Stunden pro Woche arbeiten	29
Abbildung 25	Anteil von angestellten Ärzten, die mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten.....	29
Abbildung 26	Welche Personalgruppe hat Leitungsaufgaben überwiegend übernommen?	30
Abbildung 27	Welche Personalgruppe hat Verwaltungsaufgaben überwiegend übernommen?	30
Abbildung 28	Personaleinsatz und interne Kooperation	31
Abbildung 29	Zuständigkeit Rechnungswesen in MVZ	34

Abbildung 30	Informationsquellen zur Abbildung des Finanzgeschehens im MVZ	34
Abbildung 31	Bezugsgrößen im kaufmännischen Berichtswesen	34
Abbildung 32	Verteilungsschlüssel für übergreifend genutzte Arbeitsbereiche	34
Abbildung 33	TOP 10 der genannten Zulassungsfachgebiete	39
Abbildung 34	Genannte Zulassungsfachgebiete gewichtet nach Versorgungsumfang	40
Abbildung 36	Bestehende Verträge mit besonderen Versorgungsformen	40
Abbildung 35	Genannte Zulassungsfachgebiete MVZ mit angestellten Ärzten	40
Abbildung 37	Versorgungsleistung nach Träger	41
Abbildung 38	Quartalsweise Veränderung der Anzahl der Organisationseinheiten nach Organisationsform und Teilnahmestatus im Zeitraum 2009-2021	44
Abbildung 39	Quartalsweise Veränderung der Fallzahl nach Organisationsform und Teilnahmestatus im Zeitraum 2009-2021	45
Abbildung 40	Quartalsweise Veränderung der Fallzahl je MVZ-Organisationstyp im Zeitraum 2009-2021 ..	45
Abbildung 41	Anteil am Leistungsbedarf des Fachgebietes im Jahr 2019 (viertes Quartal).....	47
Abbildung 42	Quotendifferenz Leistungsbedarf 2021 zu 2019.....	48
Abbildung 43	Anteil am Leistungsbedarf des Fachgebietes nach Versorgungsraum im Jahr 2019.....	49
Abbildung 44	Quotendifferenz Leistungsbedarf 2021 - 2019 nach Versorgungsraum	49
Abbildung 45	Anteil der MVZ an Vollzeitäquivalenten.....	49
Abbildung 46	Bewertung der gegenwärtigen Lage von Vertragsarzt-MVZ	51
Abbildung 47	Bewertung der gegenwärtigen Lage von Krankenhaus-MVZ.....	51
Abbildung 48	Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation des eigenen MVZ	52
Abbildung 49	Motive bei Erweiterungswunsch	52
Abbildung 50	Motive bei Erweiterungswunsch nach Trägerart	53
Abbildung 51	Motive einer MVZ-Erweiterung, zeitlicher Planungshorizont.....	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Personalkostenanteil an Gesamtaufwendungen im Jahr 2019.....	35
Tabelle 2	Gesamtaufwendungen im Jahr 2019 nach Regionstyp (in Tsd. Euro)	36
Tabelle 3	Gesamterträge im Jahr 2019 (in Tsd. Euro).....	36
Tabelle 4	Gesamterträge im Jahr 2019 nach Träger und Regionstyp (in Tsd. Euro)	37
Tabelle 5	GKV-Erträge im Jahr 2019 nach Träger und Regionstyp (in Tsd. Euro)	37
Tabelle 6	Leistungsbedarf nach EUROGO je MVZ im Jahr 2019 (in Tsd. Euro).....	41
Tabelle 7	Leistungsbedarf nach EUROGO je Behandlungsfall im Jahr 2019.....	42
Tabelle 8	Leistungsbedarf nach EUROGO je Vollzulassung im Jahr 2019.....	42
Tabelle 9	Behandlungsfälle je MVZ im Jahr 2019.....	43
Tabelle 10	Durchschnittlicher Teilnahmeumfang im Jahr 2019.....	43

Abkürzungsverzeichnis

abs.	absolut
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft(en)
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BG	Berufsgenossenschaften
BSNR	Betriebsstättennummer
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	elektronische Datenverarbeitung
einschl.	einschließlich
EP	Einzelpraxis
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
Inh.	Inhaber
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV, KVen	Kassenärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Vereinigungen
NK	Nebenkosten
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PpsG	Pflegepersonalstärkungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PVS	Praxisverwaltungssystem
Tsd.	Tausend
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VB	Versorgungsbereich(e)
VERAH	Versorgungsassistent/-in Hausarztpraxis
WBA	Weiterbildungsassistent
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

seit dem Jahr 2004 besteht die Möglichkeit für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Bis heute steigt die Anzahl der zugelassenen MVZ stetig an. Die Bedeutung der MVZ für die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten nimmt damit beständig zu. Auch das MVZ als ärztlicher Arbeitgeber etabliert sich weiterhin.

Im Zeitverlauf gab es mehrfach gesetzliche Änderungen, die u. a. die zulässigen Gründungsberechtigten betrifft oder auch den Wegfall der ursprünglich prägenden Eigenschaft der fachübergreifenden Tätigkeit, die eine der Grundvoraussetzungen für die Zulassung war. Seitdem ist ein verstärkter Anstieg vertragsärztlicher MVZ-Gründungen zu beobachten.

MVZ und ihre Wirkungen für das Gesundheitssystem sind nach wie vor Gegenstand von intensiven und kontroversen Diskussionen. Die in der jüngsten Vergangenheit verstärkte Beteiligung von Finanzinvestoren, die sich insbesondere auch auf zahnmedizinische MVZ richten, haben bereits zu veränderten gesetzlichen Regelungen (im TVSG) in der Zulassung geführt.

Mit der vorhandenen Datenbasis erscheint es derzeit nur bedingt möglich, die insgesamt sehr heterogene MVZ-Landschaft und das dortige Versorgungsgeschehen für diese Diskussionen abzubilden. Für viele Akteure in Politik und Gesundheit erscheinen die Organisationsstruktur sowie die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung intransparent.

Das Zi-MVZ-Panel hat das Ziel eine umfassende Datengrundlage zu organisatorischen, versorgungsrelevanten und wirtschaftlichen Aspekten für MVZ in Deutschland zu schaffen und sich als Routinebefragung unter MVZ zu etablieren. Der vorliegende Jahresbericht stellt die Ergebnisse der Erhebung zum Berichtsjahr 2019 vor. Erstmals wurde die Erhebung mit einem Schwerpunkt zum Thema „Personal in MVZ“ konzipiert, da vor allem krankenhausgetragene und zunehmend vertragsarztgetragene MVZ ärztliches Personal anstellen. Die Ergebnisse

bestätigen auch einen Fachkräftemangel in MVZ: Die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal im Erhebungsjahr 2020 wurde von zwei Drittel der teilnehmenden MVZ als schlecht beurteilt, die Verfügbarkeit von ärztlichem Personal schätzte 60 % der MVZ als schlecht ein. MVZ versuchen zunehmend durch monetäre und nicht-monetäre Anreize, Personal zu akquirieren und zu binden. Im Weiteren liefert der Bericht Auswertungen zur Versorgungstätigkeit auf Basis der KV-Abrechnungsstatistik und des Bundesarztregisters.

Das Zi-MVZ-Panel wird tatkräftig durch den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ e. V.) unterstützt. Vielen herzlichen Dank für Ihr Engagement! Schlussendlich steht und fällt diese Erhebung mit den teilnehmenden Einrichtungen. Insofern bedanken wir uns herzlich bei Allen, die sich die Zeit genommen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen, und bitten Sie auch weiterhin das Zi-MVZ-Panel zu unterstützen.

Berlin, Dezember 2022



Dr. Dominik Graf von Stillfried
Vorstandsvorsitzender



Thomas Czihal
stellvertretender Vorstandsvorsitzender



Markus Leibner
Leiter des Fachbereichs Ökonomie

Zentrale Ergebnisse

Seit dem Jahr 2017 erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Rahmen des Zi-MVZ-Panels jährlich Daten zur Organisationsstruktur, Versorgungsleistung, Kooperations- und Infrastruktur sowie zur personellen sowie wirtschaftlichen Lage in Medizinischen Versorgungszentren und ihnen gleichgestellten Einrichtungen nach §§ 95 bzw. 402 des fünften Sozialgesetzbuches (im Weiteren: MVZ). Ziel ist es, eine verlässliche Datengrundlage und Transparenz zu organisatorischen, versorgungsrelevanten und wirtschaftlichen Aspekten für MVZ in Deutschland zu schaffen.

Weiterführende und differenziertere Fragestellungen zum Versorgungsgeschehen erfordern neben den Erhebungsdaten zusätzliche Datenquellen. Die Nutzung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der Bundesarztregisterstatistik prüft die Versorgungssituation von und mit MVZ in Deutschland und rundet so das Gesamtbild auf die MVZ-Landschaft ab.

Die Ergebnisse in Kürze

Die Erhebung im Rahmen des Zi-MVZ-Panels 2020 erfolgte vom 11.09.2020 bis 30.05.2021. Es konnten insgesamt die Antworten von 214 teilnehmenden Einrichtungen in die Auswertungen einbezogen werden. Die Analysemenge variiert mitunter geringfügig je nach Fragestellung und Differenzierungsgrad, bspw. wenn die Angaben der teilnehmenden MVZ nach Trägerschaft oder Region ausgewertet werden. Die dritte Erhebung wurde erstmalig mit einem Schwerpunkt zum Thema ärztliches und nicht-ärztliches Personal in MVZ konzipiert.

1. 74 % der teilnehmenden MVZ wurden im Berichtsjahr 2019 in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft geführt (45 % GmbH, 29 % gGmbH, 26 % Personengesellschaften) (vgl. Seite 17).
2. Rund 44 % der teilnehmenden Einrichtungen wurden von einem Krankenhaus getragen. Vertragsarztgetragene MVZ machten 39 % der Teilnehmenden aus. Diese Verteilung stimmt grob mit der Grundgesamtheit bzw. den dazu veröffentlichten Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Berichtsjahr 2019 überein (vgl. Seite 17).
3. Bei knapp der Hälfte der teilnehmenden MVZ liegt die Hauptbetriebsstätte im städtischen Raum, 15 % sind in ländlichen Regionen verortet (vgl. Seite 17).
4. Ausgehend vom ersten vollen Geschäftsjahr bestanden Vertragsarzt-MVZ im Median vier Jahre, Krankenhaus-MVZ wiesen im Berichtsjahr 2019 eine Bestandsdauer von zehn Jahren aus (vgl. Seite 18).
5. Krankenhausgetragene MVZ verfügten über durchschnittlich rund zwei weitere eigenständige Standorte bzw. Hauptbetriebsstätten, regionale Unterschiede bestätigen die Angaben für das Jahr 2019 nicht (vgl. Seite 18).
6. 50 % der MVZ hatten im Jahr 2019 mindestens eine Nebenbetriebsstätte. MVZ im ländlichen Raum waren im Median drei Nebenbetriebsstätten zugeordnet (vgl. Seite 18).
7. Im Median wurden die teilnehmenden MVZ im Jahr 2019 von drei Inhabern bzw. Gesellschaftern geführt, wobei davon im Median zwei Gründungsgesellschafter im MVZ weiterhin ärztlich tätig waren. Die Anzahl der ärztlichen Leiter belief sich im Median auf einen Arzt je MVZ (vgl. Seite 29).
8. MVZ haben gegenüber Einzelpraxen vermehrt die Möglichkeit, Synergieeffekte tätigkeits- oder orts- bzw. standortübergreifend zu realisieren. 65 % der befragten MVZ gaben für das Berichtsjahr 2019 an, Personal für verschiedene Tätigkeitsbereiche gleichzeitig einzusetzen. Bspw. verbrachten Medizinische Fachangestellte (MFA) im Schnitt 46 % ihrer Arbeitszeit mit medizinischen Tätigkeiten, 34 % mit Praxisanmeldung, 13 % mit Verwaltung bzw. Abrechnung und 12 % im Labor (vgl. Seite 31).
9. 22 % der teilnehmenden MVZ gaben an, Personalressourcen auf verschiedene Standorte zu verteilen. U. a. leisteten Ärzte und Psy-

- chotherapeuten im Durchschnitt 30 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen Betriebsstätte, 6 % in dem Trägerkrankenhaus und 13 % in einem ambulanten Operationszentrum. MFA leisteten 32 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen MVZ-Betriebsstätte, 2 % im Trägerkrankenhaus und 11 % im ambulanten Operationszentrum (vgl. Seite 31).
10. 57 % der MVZ hatten im Jahr 2019 Infrastrukturen anderer Einrichtung genutzt bzw. diese bereitgestellt, wobei die deutliche Mehrheit eher auf Infrastrukturen anderer MVZ zugegriffen als andere Einrichtungen zur Verfügung gestellt hat (vgl. Seite 19).
 11. 23 % der MVZ waren Teil von Geräte- bzw. Apparategemeinschaften, 18 % Teil von Laborgemeinschaften und 15 % nutzten ambulante Operationszentren anderer Einrichtungen (vgl. Seite 19).
 12. Ein Fachkräftemangel zeigt sich auch bei den befragten MVZ im Jahr 2019: Zwei Drittel der befragten MVZ schätzte die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal als schlecht bis sehr schlecht ein. Drei Viertel der MVZ in ländlichen Regionen gaben an, dass die Verfügbarkeit schlecht bis sehr schlecht war (vgl. Seite 21).
 13. Knapp die Hälfte der MVZ waren im Jahr 2019 mit konkreten Problemen bei der Nachbesetzung von nicht-ärztlichem medizinischen Personal konfrontiert (vgl. Seite 22).
 14. Drei Viertel der MVZ mit Nachbesetzungsproblemen gaben an, dass es im Jahr 2019 für die Personalgruppe der MFA schwierig war, geeignetes Personal zu finden. Medizinisch-Technische Assistenten (MTA) wurden von rund 25 % der MVZ gesucht (vgl. Seite 22).
 15. Es zeigt sich ein Trend zu MVZ, die ausschließlich angestellte Ärzte beschäftigen. Unter den teilnehmenden MVZ waren nahezu zwei Drittel mit ausschließlich angestellten Ärzten. 92 % der teilnehmenden MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses beschäftigten im Jahr 2019 nur angestellte Ärzte (vgl. Seite 23).
 16. 27 % der teilnehmenden MVZ bestanden im Jahr 2019 aus Vertragsärzten und angestellten Ärzten. Nur in jedem zehnten MVZ waren ausschließlich Vertragsärzte tätig (vgl. Seite 23).
 17. Mehr als 68 % der befragten MVZ schätzten die Verfügbarkeit von geeignetem ärztlichen Personal als schlecht bis sehr schlecht ein, in ländlichen Regionen waren es sogar 91 % der MVZ (vgl. Seite 23).
 18. Knapp ein Drittel der befragten MVZ wies im Jahr 2019 Nachbesetzungsprobleme bei ärztlichem Personal auf, wobei am häufigsten das Fachgebiet der Allgemeinen Chirurgie genannt wurde (vgl. Seite 23).
 19. Rund die Hälfte der befragten MVZ machte Gebrauch von variablen Vergütungsmodellen, um ärztliches Personal halten zu können. Diese richteten ihre Vergütungsmodelle zu 60 % am Umsatz aus, auch Prämien gemäß Zielvereinbarung wurden mit 35 % häufig genutzt (vgl. Seite 25).
 20. Die variable Zusatzvergütung bei ärztlichem Personal der MVZ lag im Jahr 2019 durchschnittlich bei 19 % des Jahresbruttogehalts (16 % bei Vertragsarzt-MVZ, 23 % bei Krankenhaus-MVZ) (vgl. Seite 25).
 21. Etwa drei Viertel der teilnehmenden MVZ schätzten ihre Gesamtsituation im Jahr 2019 als eher gut bzw. gut ein, wobei vertragsarztgetragene MVZ ihre Gesamtsituation mit 86 % deutlich häufiger als gut bzw. eher gut einschätzten als krankenhausetragene MVZ (74 %) (vgl. Seite 51).
 22. Insgesamt bewertete etwas mehr als die Hälfte der antwortenden MVZ die Höhe des Jahresüberschusses als gut bzw. eher gut. Bei Berücksichtigung der Trägerart zeigt sich eine gegensätzliche Bewertung zwischen krankenhausetragenen und vertragsarztgetragenen MVZ: Lediglich 37 % der krankenhausetragenen MVZ bewerteten die Höhe des Jahres-

- überschusses als gut bzw. eher gut, während es bei den vertragsarztgetragenen MVZ fast drei Viertel (73 %) waren (vgl. Seite 51).
23. Etwas weniger als die Hälfte der krankhausgetragenen MVZ bewerteten die wirtschaftliche Planungssicherheit für die kommenden 12 Monate zu Beginn 2021 als gut bzw. eher gut ein, bei den vertragsarztgetragenen MVZ waren es 62 %. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2019 hat die überwiegend positive Bewertung der wirtschaftlichen Planungssicherheit deutlich abgenommen (vgl. Seite 51).
24. Mehr als die Hälfte der MVZ in der Erhebung planten, ihr MVZ in den nächsten drei Jahren zu erweitern, wobei krankhausgetragene MVZ in 59 % der Fälle etwas mehr als vertragsarztgetragene MVZ eine Erweiterung anstrebten (49 % bei Vertragsarzt-MVZ) (vgl. Seite 52).
25. Die MVZ mit Erweiterungswunsch wurden in einem nächsten Schritt nach den Motiven einer geplanten Erweiterung gefragt. Dabei wurden mit 18 % am häufigsten die Antworten „Stärkung der Position in der ambulanten Versorgung“, „Verbreiterung des Leistungsangebots“ und „Wirtschaftliche Stabilisierung“ genannt. Gewinnerzielung war in lediglich 2 % der Fälle das Motiv der Erweiterung (vgl. Seite 51-52).
26. Bei 42 % der MVZ erfolgt die Erweiterung als kurzfristige Reaktion auf einen Abgabewunsch einer anderen Praxis. Lediglich 4 % der teilnehmenden MVZ planten eine Verkleinerung, 6 % gaben an, ihr MVZ komplett abgeben zu wollen (vgl. Seite 53).
27. Mehr als zwei Drittel der teilnehmenden Einrichtungen (77 %) schloss das Geschäftsjahr 2019 mittels einer Bilanz ab. Während über 95 % der krankhausgetragenen MVZ bilanzierten, waren es bei den vertragsarztgetragenen MVZ nur knapp die Hälfte (vgl. Seite 33).
28. Im Median hatten die Einrichtungen in 2019 Gesamtaufwendungen in Höhe von ca. 1,27 Mio. Euro, davon wurden 861.000 Euro als Personalaufwendungen ausgewiesen. Dies entspricht einem medianen Anteil der Personalaufwendungen an den Gesamtaufwendungen von 70 %. In Krankenhaus-MVZ war der Anteil mit 70 % etwas höher als mit 66 % in Vertragsarzt-MVZ (vgl. Seite 40).
29. Die Gesamterträge der teilnehmenden MVZ im Jahr 2019 lagen im Median bei 1,51 Mio. Euro, die GKV-Erträge bei 1,20 Mio. Euro. Der mediane Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen lag bei 79 %. In Krankenhaus-MVZ betragen die medianen Gesamterträge 1,55 Mio. Euro und die medianen GKV-Erträge 1,19 Mio. Euro. Bei den Vertragsarzt-MVZ lag die Höhe der Gesamterträge im Median bei 1,64 Mio. Euro und die medianen GKV-Erträge bei 1,23 Mio. Euro (vgl. Seite 36).
30. Unter allen MVZ, die in 2019 bilanzierten, lag der mediane Gewinn bei 52 Tsd. Euro, Krankenhaus-MVZ hatten einen Gewinn von durchschnittlich 84 Tsd. Euro, wobei im Median ein Verlust in Höhe von -20.000 Tsd. Euro vorlag. Bei vertragsarztgetragenen MVZ mit Bilanzpflicht lag der Median bei 241 Tsd. Euro und der Durchschnitt bei 574 Tsd. Euro. MVZ mit anderen Trägerschaften wiesen im Median einen Gewinn von 65 Tsd. Euro sowie im Durchschnitt von 410 Tsd. Euro aus (vgl. Seite 37).
31. Selektivverträge zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V hatten 44 % der teilnehmenden MVZ im Berichtsjahr 2019 abgeschlossen. Im Berichtsjahr 2017 der letzten Erhebung lag dieser Wert noch bei 56 % der teilnehmenden MVZ. An zweiter Stelle folgt mit 23 % die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Verträge zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie zu integrierter Versorgung (IV) wurden jeweils von 14 % der teilnehmenden MVZ abgeschlossen (vgl. Seite 40).

Mit Zustimmung der teilnehmenden MVZ wurden die Erhebungsdaten mit den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, unter Wahrung vollständiger Anonymität der teilnehmenden Einrichtung, verknüpft. Konkret werden aus den Erhebungsdaten die Trägerart (Krankenhaus, Vertragsarzt, Sonstige Träger), der Regionstyp (Kernstadt, verdichteter Kreis, ländliche Region), der Teilnahmestatus der im MVZ tätigen Ärzte (MVZ nur mit angestellten Ärzten, MVZ mit Vertragsärzten) und die Rechtsform (GmbH, gGmbH, GbR/Partnersgesellschaft) um Leistungsmerkmale aus den Abrechnungsdaten erweitert und ausgewertet. Die Werte beziehen sich auf das Berichtsjahr 2019.

1. Der Leistungsbedarf betrug im Jahr 2019 im Median 1,19 Mio. Euro bei den krankenhausgetragenen MVZ und 1,15 Mio. Euro bei den vertragsarztgetragenen MVZ. Große Unterschiede finden sich, wenn nach Teilnahmestatus der in den MVZ tätigen Ärzten aufgeschlüsselt wird. MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten hatten im Median einen Leistungsbedarf in Höhe von 1,14 Mio. Euro. Waren im MVZ auch Vertragsärzte tätig, lag der Leistungsbedarf in 2019 bei 1,32 Mio. Euro. Nach Rechtsform betrachtet, lagen MVZ, die als gGmbH geführt wurden, im Median am höchsten mit 1,22 Mio. Euro, gefolgt von GmbHs mit 1,15 Mio. Euro. MVZ in Form einer GbR und Partnersgesellschaft erzielten einen medianen Leistungsbedarf von 1,12 Mio. Euro (vgl. Seite 41).
2. Bei Betrachtung des Leistungsbedarfs je Behandlungsfall nach Trägerart kann festgestellt werden, dass krankenhausgetragene MVZ mit 118 Euro/Fall einen höheren Median aufwiesen als MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten (82 Euro/Fall) (vgl. Seite 42).
3. Der durchschnittliche Leistungsbedarf je Behandlungsfall lag hingegen bei den vertragsarztgetragenen MVZ mit 292 Euro je Fall höher als bei den krankenhausgetragenen MVZ (241 Euro/Fall).
4. In städtischen MVZ lag der Leistungsbedarf pro Behandlungsfall im Jahr 2019 im Median mit 127 Euro/Fall am höchsten, im Gegensatz zu ländlichen Regionen (76 Euro/Fall) und verdichteten Kreisen (100 Euro/Fall).
5. Große Unterschiede zeigen sich zudem nach Rechtsform. gGmbHs erzielten je Fall 140 Euro, GmbHs nur 112 Euro. MVZ in der Rechtsform einer GbR oder Partnersgesellschaft wiesen 73 Euro/Fall auf.
6. Bei krankenhausgetragenen MVZ belief sich der Leistungsbedarf je Vollzulassung im Median auf 87 Tsd. Euro, knapp unter dem Wert der vertragsarztgetragenen MVZ (89 Tsd. Euro je Vollzulassung). Im ländlichen Bereich lag der Leistungsbedarf je Vollzulassung bei nur 74 Tsd. Euro – deutlich unter den Werten der städtischen MVZ (85 Tsd. Euro/Fall) und den MVZ in verdichteten Kreisen (86 Tsd. Euro/Fall) (vgl. Seite 42).
7. In krankenhausgetragenen MVZ wurden im Jahr 2019 im Median etwa 10 Tsd. Fälle generiert, das waren weniger als in vertragsarztgetragenen MVZ (13 Tsd. Fälle). MVZ mit Vertragsärzten und/oder angestellten Ärzten versorgten im Median 13 Tsd. Fälle, das sind rund 3 Tsd. Fälle mehr als bei MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten (vgl. Seite 43).

In einem weiteren Abschnitt des vorliegenden Jahresberichts werden Analysen auf Grundlage der Grundgesamtheit der MVZ in den KV-Abrechnungsdaten zur zeitlichen Verschiebung der Versorgungsleistung innerhalb der Fachgebiete bzw. Versorgungsräume vorgestellt. Die Auswertungen beziehen sich auf die durch alle teilnehmenden Ärzte erbrachte ambulante Versorgung in einem Zeitraum von 2009 bis 2021.

1. Die Entwicklung des Bestands an Einzelpraxen (EP), Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sowie MVZ im Zeitraum 2009-2021 mit und ohne angestellten Ärzten zeigt, dass die Anzahl an EP und BAG ohne angestellte Ärzte rückläufig ist, während der Bestand mit angestellten Ärzten im Zeitraum 2009-2021 stetig zugenommen hat (vgl. Seite 44).

2. Im vierten Quartal des Jahres 2019 wurden 15 % des vertragsärztlichen Leistungsbedarfs in MVZ erbracht. Fast 90 % des Gesamtleistungsbedarfs in der Labormedizin entfielen auf MVZ. Der Anteil im Fachgebiet Strahlentherapie sowie Humangenetik lag bei über 50 %, gefolgt von Radiologie und Nephrologie mit über 30 %. Erkennbar ist, dass es sich hierbei um Fachgebiete handelt, die hohe Investitionen in Geräte und Apparate erfordern (vgl. Seite 47).
3. Wird der MVZ-Anteil am vertragsärztlichen Gesamtleistungsbedarf nach regionalen Eigenheiten berücksichtigt, zeigt kaum ein Fachgebiet regional einheitliche Anteile in der Versorgung durch MVZ (vgl. Seite 48).
4. Der unterdurchschnittliche MVZ-Anteil aller Fachgebiete am Gesamtleistungsbedarf im Versorgungsraum-Süd (13,6 %) weitete sich überdurchschnittlich aus (+3,2 %). Dies wird insbesondere durch die starken Veränderungen in umsatzstarken Fachgebieten (Nephrologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie) mit eher niedrigen MVZ-Quoten im Jahr 2019 bewirkt (vgl. Seite 48).
5. Bei einem Blick auf den Versorgungsumfang bzw. die ärztlichen Kapazitäten in Form von Vollzeitäquivalenten zeigt sich, dass im Jahr 2019 einerseits rund 15 % des Gesamtleistungsbedarfs für Leistungen in MVZ aufgewendet wurde, andererseits dafür jedoch nur 7 % aller im ambulanten Versorgungsbereich vorhandenen ärztlichen Kapazitäten eingesetzt wurde (vgl. Seite 48).

Kapitel 1

Struktureller Aufbau

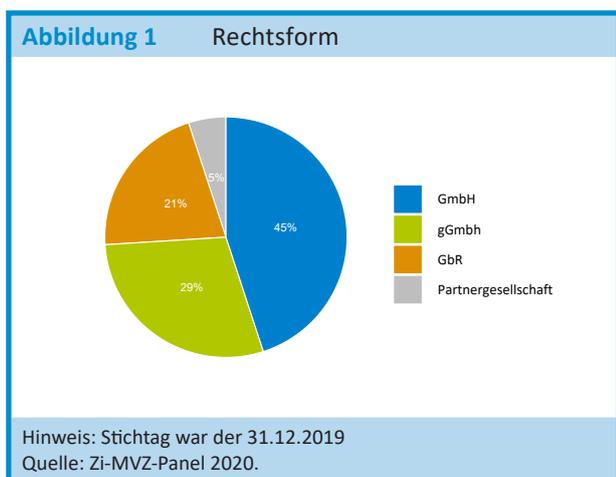
Medizinischer Versorgungszentren

Die ersten beiden Themenblöcke des Fragebogens beschäftigen sich mit den grundlegenden Angaben hinsichtlich der Struktur und Organisation Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), u. a.

- Rechtsform
- Trägerschaft
- Regionstyp
- Bestandsdauer
- Vernetzung.

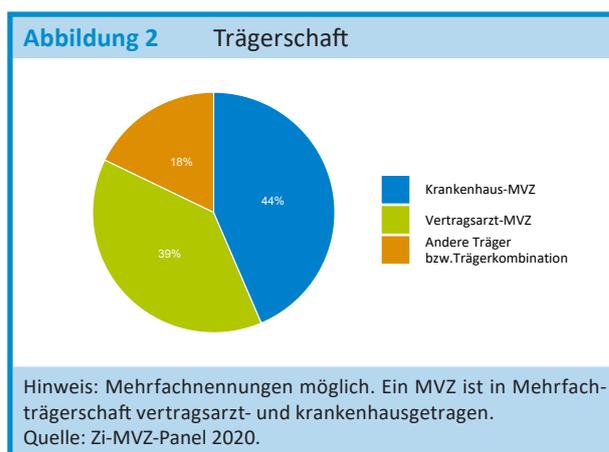
Hinsichtlich der Rechtsform sind mit 74 % vor allem Kapitalgesellschaften unter den teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Abbildung 1). Die übrigen 26 % sind Personengesellschaften und andere Rechtsformen (z. B. Einzelunternehmen und Einrichtungen öffentlichen Rechts). Konkret gaben 45 % der teilnehmenden MVZ an, dass das MVZ zum 31.12.2019 eine GmbH war. 29 % firmierten als gGmbH, 21 % als GbR und 5 % als Personengesellschaft.

In den jährlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlichten stichtagsbezogenen statistischen Informationen werden ebenfalls Daten zu den häufigsten Rechtsformen bereitgestellt. Für den Stichtag 31.12.2019 zeigt sich, dass in der Grundgesamtheit die Mehrheit der MVZ als GmbH firmierten (66 %) . Die zweithäufigste Rechtsform ist die GbR mit 18 %. Weitere Rechtsformen bzw. aggregierte Daten werden nicht dargestellt, daher ist der Vergleich mit den Erhebungsdaten aus dem Zi-MVZ-Panel nur eingeschränkt möglich. Die Anzahl der MVZ, die als GbR geführt werden, nimmt tendenziell ab.



Rund 44 % der teilnehmenden Einrichtungen wurden im Berichtsjahr 2019 von einem Krankenhaus

getragen. Vertragsarztgetragene MVZ machten 39 % der Teilnehmenden aus (vgl. Abbildung 2). Die KBV berichtet in den jährlichen stichtagsbezogenen statistischen Informationen standardmäßig die anteilige Beteiligung von Vertragsärzten bzw. Krankenhäusern an der Trägerschaft, demnach sind Mehrfachträgerschaften möglich. Vertragsärzte waren am Stichtag 31.12.2019 an 41 % der zu diesem Zeitpunkt zugelassenen MVZ als Träger beteiligt, 42 % befanden sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020).



Bei der Differenzierung nach Regionstyp ist festzustellen, dass die teilnehmenden Einrichtungen ihre Hauptbetriebsstätte überwiegend in Städten (46 %) ansiedeln, 30 % gründen ihr MVZ im Umland (verdichteten Kreisen) und 15 % in ländlichen Regionen. 9 % der teilnehmenden Einrichtungen konnten keinem Regionstyp eindeutig zugeordnet werden.

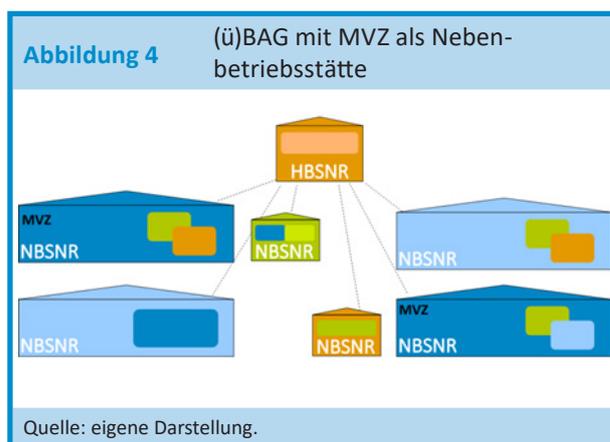
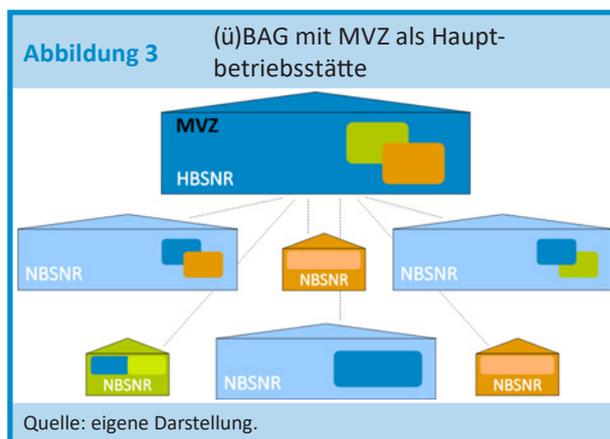
Die Erhebungsdaten lassen keine wesentlichen Unterschiede zwischen Trägerschaft und regionaler Verortung der Hauptbetriebsstätte erkennen. Auffällig ist lediglich, dass von den 66 MVZ, die im Umland gegründet wurden, die Hälfte im Jahr 2019 in der Trägerschaft eines Krankenhauses geführt wurde.

Verglichen mit der räumlichen Ansiedlung von MVZ, die in den Statistischen Informationen für den Stichtag 31.12.2019 von der KBV veröffentlicht wurden, fällt auf, dass der Anteil von MVZ-Gründungen in Kernstädten in der Grundgesamtheit mit 48 % nahezu identisch zu dem Anteil unter den am Zi-MVZ-Panel teilnehmenden Einrichtungen (45 %) ist. Der Anteil von Ansiedlungen in ländlichen

Gemeinden liegt in der Grundgesamtheit bei 14 % und stimmt mit dem Anteil in der Erhebung (15 %) überein. Zu beachten ist bei dem Vergleich, dass sich der Regionstyp im Rahmen des Zi-MVZ-Panels explizit auf die an der Erhebung teilnehmende MVZ-Hauptbetriebsstätte bezieht und dem Zi von der Zi-Treuhandstelle übermittelt wird. Die Zi-Treuhandstelle leitet diese Information aus der Postleitzahl ab, die die Teilnehmenden in einem Web-Formular zum Zweck der Auszahlung der Aufwandspauschale angegeben haben. Die Angaben in dem Web-Formular kennt ausschließlich die Zi-Treuhandstelle.

Ausgehend vom ersten vollen Geschäftsjahr bestanden vertragsarztgetragene MVZ im Median vier Jahre. Krankenhausgetragene MVZ sowie MVZ anderer Träger bzw. Trägerkombinationen wiesen im Jahr 2019 eine mediane Bestandsdauer von zehn Jahren aus.

Gemäß dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) steht MVZ – wie allen zugelassenen Vertragsärzten – die Option offen, Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zu sein (§ 15a Abs. 3 BMV-Ä). 11 % der teilnehmenden MVZ sind entweder Teil einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG). In einer solchen Konstellation kann ein MVZ sowohl Hauptbetriebsstätte (HBSNR) als auch Nebenbetriebsstätte (NBSNR) sein (§ 15a Abs. 1, 4 BMV-Ä; vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4). Über diese Optionen lässt sich ein spezifisches ambulantes Versorgungsangebot gestalten, das den Arbeitsvorstellungen der Beteiligten und auch regionalen Besonderheiten entgegenkommen kann. Diese liberalen Gestaltungsmöglichkeiten sind jedoch für eine systematische Erhebung eine Herausforderung. Das Untersuchungsobjekt soll, in Unkenntnis des Organisationsaufbaus, präzise definiert und gleichzeitig abstrahiert bzw. aggregiert werden, so dass die Organisationsformen nicht zu identifizieren sind. Allein so kann der Datenschutz gewährleistet werden. Zudem ist es nicht jedem MVZ möglich, erfragte Angaben im Rahmen der Erhebung bereitzustellen, weil einerseits Daten (z.B. aus den Honorarbescheiden) je nach KV unterschiedliche Detailgrade aufweisen, andererseits das betriebswirtschaftliche System der einzelnen MVZ-Organisationen andere Bezugsgrößen nutzt, die nicht immer flexibel für Abfragen geändert werden



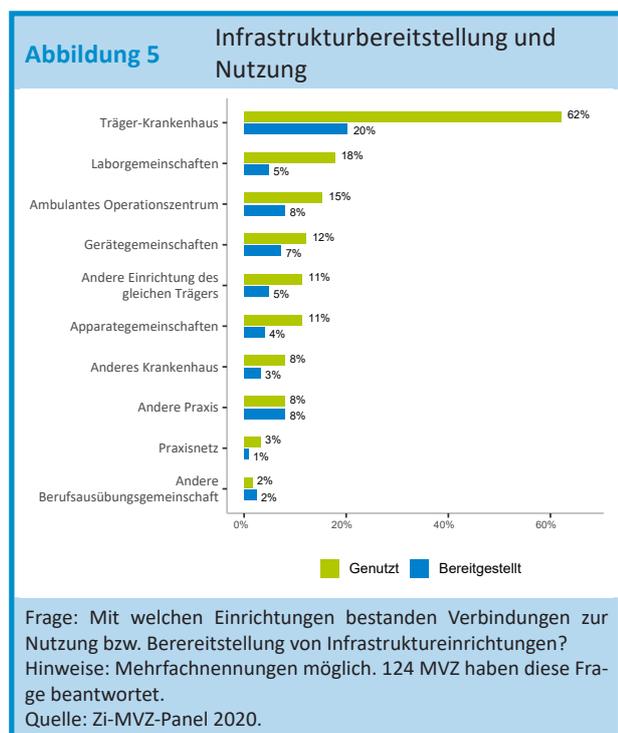
können.

MVZ können als Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) geführt werden. 12 % der teilnehmenden MVZ waren am Stichtag 31.12.2019 Teil einer BAG, wobei darunter 85 % an überörtlichen und 15 % an örtlichen BAG beteiligt waren.

Im Median hatten die teilnehmenden MVZ im Jahr 2019 keinen weiteren eigenständigen Standort. Allein krankenhausetragene MVZ verfügten über durchschnittlich rund zwei weitere eigenständige Standorte bzw. Hauptbetriebsstätten, regionale Unterschiede bestätigen die Angaben nicht.

50 % der MVZ hatten mindestens eine Nebenbetriebsstätte. Da es unter den Teilnehmenden wenige MVZ gibt, die über mehrere eigenständige Standorte und dazugehörige Nebenbetriebsstätten verfügten, liegt der Mittelwert bei rund zwei Nebenbetriebsstätten. Die Daten zeigen zudem, dass MVZ im ländlichen Raum im Median drei Nebenbetriebsstätten zugeordnet waren.

Die Vernetzung der teilnehmenden Einrichtungen zeigt sich auch in der Nutzung bzw. Bereitstellung von Infrastruktur, wie z. B. Personal, Räumlichkeiten, Abrechnungsdienstleistungen (vgl. Abbildung 5). 57 % der MVZ hatten im Jahr 2019 Infrastruktur anderer Einrichtung genutzt bzw. diese bereitgestellt, wobei die deutliche Mehrheit eher auf Infrastruktur anderer MVZ zugegriffen als anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt hat. Mit deutlichem Abstand am häufigsten, wird hier von krankenhausetragenen MVZ die Nutzung der Infrastruktur des Träger-Krankenhauses angegeben (62 %), wobei 20 % der krankenhausetragenen MVZ auch anderen Einrichtungen ihre Infrastruktur im Jahr 2019 bereitgestellt haben. 23 % der MVZ waren Teil von Geräte- bzw. Apparategemeinschaften, 18 % Teil von Laborgemeinschaften und 15 % nutzten ambulante Operationszentren anderer Einrichtungen.



Kapitel 2

Personal in Medizinischen Versorgungszentren

Eine Auswertung der Erhebungsdaten des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) zeigt, dass mittlerweile rund die Hälfte der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) nach ärztlichem, jedoch vor allem nicht-ärztlichem Personal suchen (Zi-Paper 17/2021). Inwieweit MVZ von diesem Problem des steigenden Fachkräftemangels in gleichem Maße betroffen sind und mit welchen Strategien versucht wird, Personal anzuwerben, wurde im MVZ-Panel schwerpunktartig abgefragt. Zudem ist der Anteil an angestellten Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) am höchsten und besitzt, insbesondere in krankenhausgetragenen MVZ, eine starke Relevanz. Das Thema ärztliches sowie nicht-ärztliches Personal wurde daher im Fragebogen erstmalig gesondert aufgegriffen.

2.1. Nicht-ärztliches medizinisches Personal

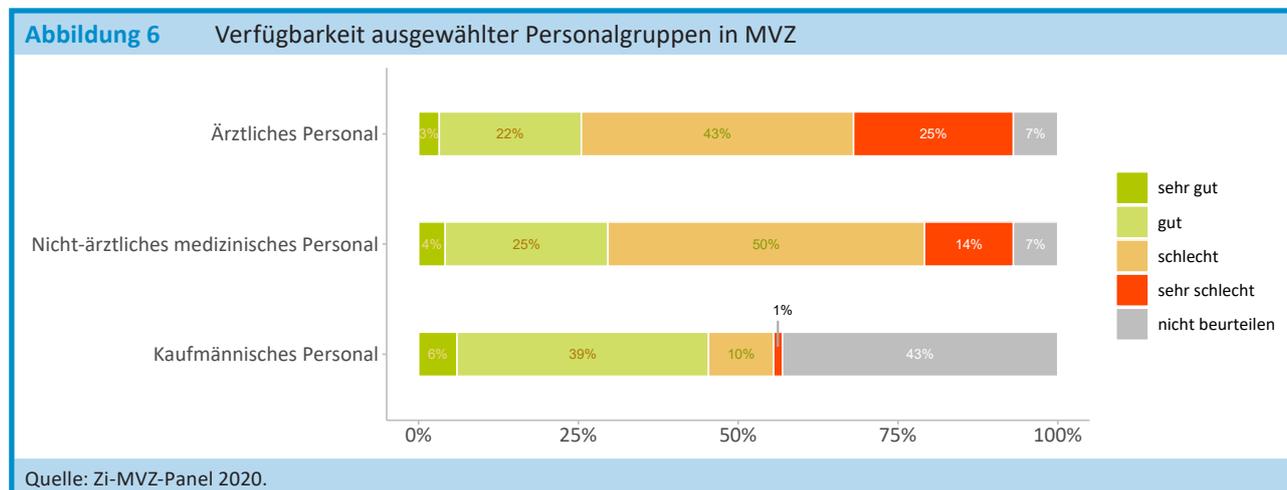
Die teilnehmenden MVZ beschäftigten im Median 13 nicht-ärztlich medizinische Angestellte (23 im Durchschnitt), davon zehn Medizinische Fachangestellte (MFA), wobei diese zehn MFA für acht Vollzeitäquivalente stehen. Krankenhausgetragene MVZ beschäftigten im Median 1,5 MFA mehr als vertragsarztgetragene MVZ. Dafür gibt es in vertragsarztgetragenen MVZ mehr Auszubildende, im Berichtsjahr 2019 waren es im Durchschnitt 2,8 während es bei krankenhausgetragenen MVZ nur 1,3 waren. Andere Personalgruppen (z. B. NÄPA, VERAH, AGnES) wurden nur in wenigen Einzelfällen beschäftigt.

Die befragten MVZ mussten während des Berichtsjahres 2019 im Schnitt mit 20 % Abgang des nicht-ärztlichen medizinischen Personals rechnen. Kon-

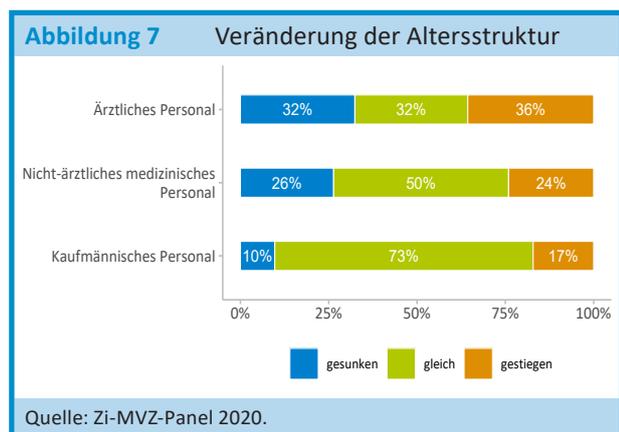
kret verließen im Durchschnitt vier Angestellte die MVZ. Im Median konnten vertragsarztgetragene MVZ drei Angestellte hinzugewinnen – zwei bei krankenhausgetragenen MVZ.

Gefragt nach der allgemeinen Verfügbarkeit von geeignetem ärztlichen, nicht-ärztlichen sowie kaufmännischem Personal, zeigte sich auch bei den befragten MVZ ein deutlicher Fachkräftemangel. Zwei Drittel der befragten MVZ schätzte die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal als schlecht bis sehr schlecht ein (vgl. Abbildung 8). Zum Vergleich, 85 % der teilnehmenden vertragsärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Rahmen der Erhebung des Zi-Praxis-Panels 2019 schätzten die regionale Arbeitskräfteverfügbarkeit von medizinischem Personal als schlecht bis sehr schlecht ein (siehe Fachinformation Zi-MVZ-Panel 2019). Gefragt nach der Verfügbarkeit von kaufmännischem Personal, beurteilte knapp die Hälfte der antwortenden MVZ die Verfügbarkeit als gut bis sehr gut, wobei 43 % der MVZ die Verfügbarkeit nicht beurteilen konnten.

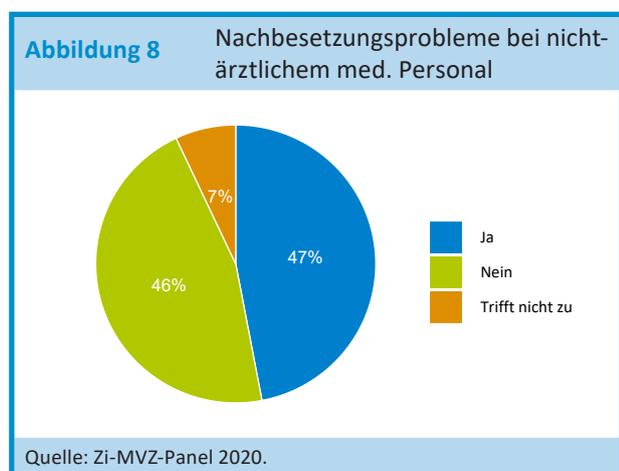
In ländlichen Regionen ist die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal noch angespannter. Drei Viertel der MVZ in ländlichen Regionen gaben an, dass die Verfügbarkeit schlecht bis sehr schlecht ist. Zusätzlich ist auf dem Land die demographische Entwicklung problematisch. Das gilt auch für das nicht-ärztliche medizinische Personal. So berichteten 58 % der teilnehmenden MVZ aus den Kernstädten, dass es in den letzten drei Jahren keine Veränderung des Altersdurchschnittes gab. In ländlichen Regionen waren es nur 31 % – mehr als ein Drittel konnte einen steigenden Alters-



durchschnitt beim nicht-ärztlichen Personal erkennen.



Zudem berichtete knapp die Hälfte der MVZ, dass sie im Jahr 2019 konkrete Probleme bei der Nachbesetzung von nicht-ärztlichem medizinischen Personal hatten (vgl. Abbildung 8), insbesondere in der Personalgruppe der MFA. 75 % der MVZ mit Nachbesetzungsproblemen gaben an, dass es für diese Personalgruppe schwierig ist, geeignetes Personal zu finden (vgl. Abbildung 9). Auch Medizinisch-Technische Assistenten (MTA) wurden von rund 25 % der MVZ gesucht. Dem Fachkräftemangel kann mit eige-



ner Ausbildung von nicht-ärztlichem medizinischen Personal entgegengewirkt werden. Auch MVZ sind in der Ausbildung aktiv (siehe Zi-Paper 23/2022). Im Schnitt hatten die teilnehmenden MVZ einen Auszubildenden zur MFA, im Median zwei.

Staatliche Förderungen des stationären Sektors, zum Beispiel in Form des Krankenhausstrukturfonds, und einhergehende Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt, lassen in der Zukunft eher eine Verschärfung der Nachbesetzungsprobleme erwarten. Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpsG), welches



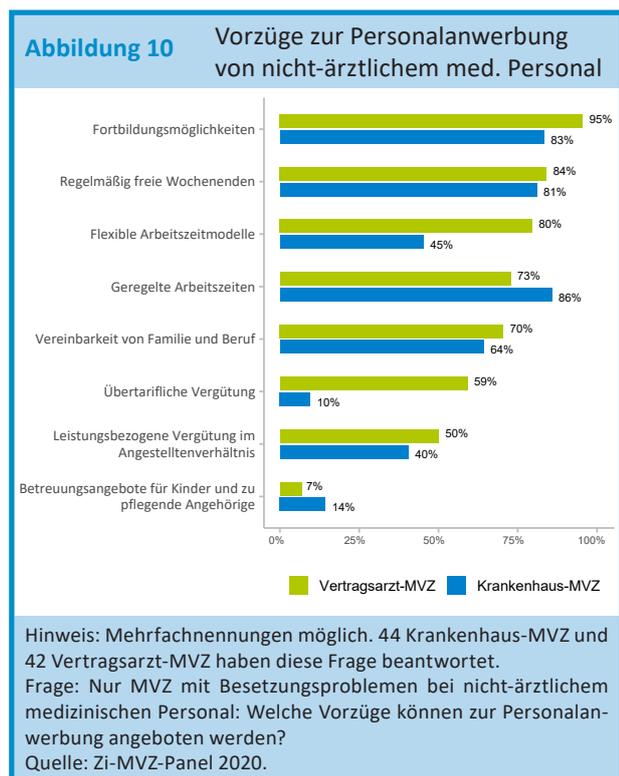
im Jahr 2019 in Kraft trat, soll insbesondere die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege fördern. Zum Zeitpunkt der Befragung konnten nur 13 % der Antwortenden die Auswirkungen des Gesetzes einschätzen, wobei diese jedoch sehr große Auswirkungen des Gesetzes erwarten.

Um nicht-ärztliches medizinisches Personal zu gewinnen, boten 80 % der befragten MVZ mit Nachbesetzungsproblemen im Jahr 2019 geregelte Arbeitszeiten und freie Wochenenden an. Flexible Arbeitszeitmodelle wurden eher von den vertragsarztgetragenen MVZ geboten. 80 % der vertragsarztgetragenen MVZ gaben an, dieses Instrument zu nutzen – bei krankenhausgetragenen MVZ waren es nur 45 %. Hinsichtlich monetärer Anreize gaben insgesamt etwa 35 % der MVZ an, eine übertarifliche und etwa 40 % eine leistungsbezogene Vergütung anbieten zu können. Eine übertrarifliche Vergütung konnten jedoch, betrachtet nach Trägerart, nur 10 % der krankenhausgetragenen MVZ bieten (vgl. Abbildung 10).

2.2. Ärztliches Personal

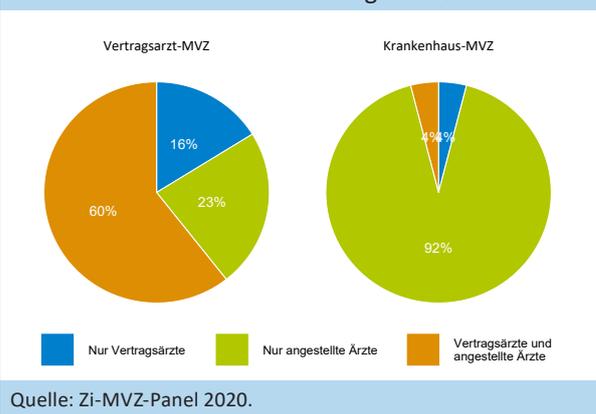
Personalstruktur

Grundsätzlich können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aus angestellten Ärzten und Vertragsärzten bestehen. Es zeigt sich aber ein Trend zu MVZ mit nur angestellten Ärzten (siehe Kapitel 4). Unter den teilnehmenden MVZ sind nahezu zwei Drittel mit ausschließlich angestellten Ärzten und 27 % mit Vertragsärzten sowie angestellten Ärzten. Nur in jedem zehnten MVZ sind ausschließlich Vertragsärzte tätig. Hierbei entsteht ein großer Unterschied, wenn nach Trägerart differenziert wird. Krankenhausgetragene MVZ bestehen zu 92 % aus MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten, vertragsarztgetragene MVZ hingegen zu 60 % aus MVZ mit beiden Arztteilnahmestatus (vgl. Abbildung 11). Somit kommt es, dass Krankenhaus-MVZ im Schnitt neun angestellte Ärzte beschäftigen während es bei Vertragsarzt-MVZ nur fünf sind.



Im Berichtsjahr 2019 kamen bei den teilnehmenden MVZ im Schnitt zwei Ärzte dazu und zwei verließen die MVZ auch wieder.

Abbildung 11 Teilnahmestatus ärztlicher Mitarbeiter nach Trägerschaft



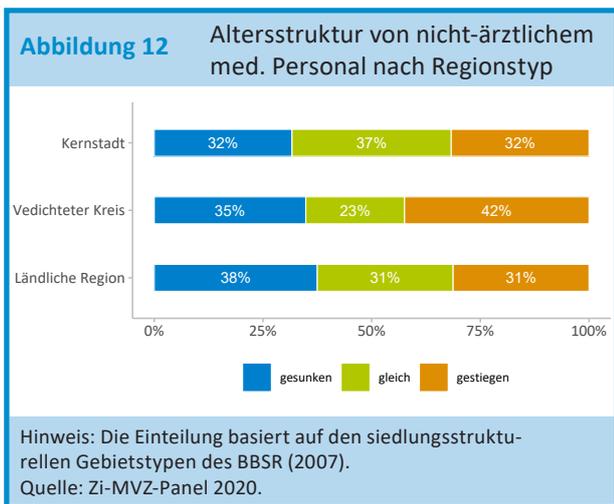
Personalmangel, -akquise und -bindung

Mehr als zwei Drittel (68 %) der befragten MVZ schätzte die Verfügbarkeit von geeignetem ärztlichen Personal als schlecht bis sehr schlecht ein (vgl. Abbildung 6). Auf dem Land ist die Situation noch deutlich angespannter. 91 % der ländlichen MVZ gaben an, dass die Verfügbarkeit von ärztlichem Personal schlecht bis sehr schlecht ist.

Die Verfügbarkeit von kaufmännischem Personal wurde nur von 11 % der MVZ als schlecht bis sehr schlecht angesehen, jedoch konnten 43 % die Verfügbarkeit dieser Personalgruppe nicht beurteilen (vgl. Abbildung 6).

Nur jedes fünfte MVZ gab an, dass die Altersstruktur im Jahr 2019 unverändert geblieben ist – jeweils ein Drittel gab an, dass der Altersdurchschnitt des ärztlichen Personals entweder gestiegen oder gefallen ist. Ausnahme sind MVZ in verdichteten Kreisen, die mit 42 % etwas häufiger einen gestiegenen Altersdurchschnitt beobachtet haben (vgl. Abbildung 12).

Knapp ein Drittel der befragten MVZ gab zudem an, Nachbesetzungsprobleme bei ärztlichem Personal zu haben, wobei am häufigsten das Fachgebiet der allgemeinen Chirurgie genannt wurde. Die MVZ mit Nachbesetzungsproblemen wurden gefragt, welche Vorzüge sie bieten, um ärztliches Personal zu gewinnen. Im Rahmen von fachlichen Anreizen waren dabei Entlastung von Verwaltungstätigkeiten, Fortbildungsmöglichkeiten oder die Möglichkeit im ambulanten Sektor zu arbeiten, ohne das Risiko einer Selbstständigkeit einzugehen die häufigsten Antworten. Mehr als 80 % der befragten MVZ



stimmten hier jeweils zu (vgl. Abbildung 13). Mehr Zeit für Patienten im Vergleich zur Einzelpraxis führten etwa 33 % der MVZ als Anreiz an. Das sind rund 25 % weniger als in der letzten Erhebung des Zi-MVZ Panels zum Berichtsjahr 2017. Die Möglichkeit interdisziplinär bzw. intersektoral mit Kollegen des stationären Sektors zu arbeiten, wurde von 60 % bzw. 43 % als Vorzug angeboten. In der letzten Erhebung des Zi-MVZ-Panels zum Berichtsjahr 2017 waren es noch 93 % bzw. 74 %. Als Vorbereitungszeit für die eigene Selbstständigkeit wurde eine Anstellung von 19 % der MVZ mit Nachbesetzungsproblemen eher selten gesehen. In der letzten Erhebung des Zi-MVZ-Panels zum Berichtsjahr 2017 stimmten dem noch etwas mehr als die Hälfte der MVZ zu.



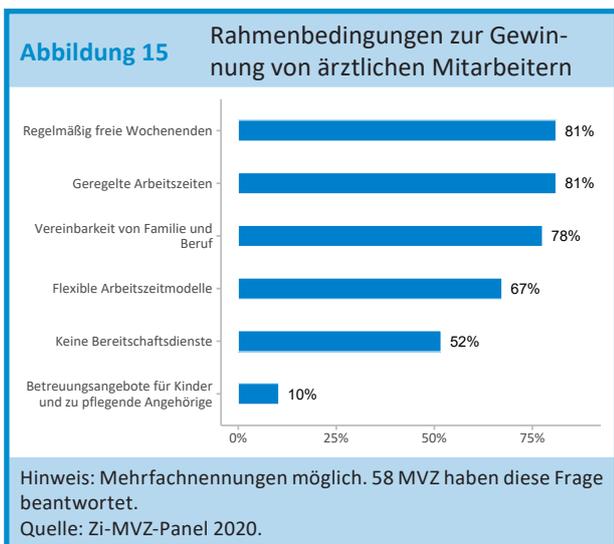
Eine leistungsbezogene Vergütung im Angestelltenverhältnis wurde mit 64 % von nahezu zwei Drittel der MVZ häufig zur Gewinnung von angestellten



Ärzten genutzt. Die Aussicht, den fairen Gegenwert des Vertragsarztsitzes zu erhalten, wurde hingegen nur in 16 % der Fälle als Vorzug angegeben. Wenn nach Trägerart unterschieden wird, fällt auf, dass Vertragsarzt-MVZ häufiger mit dem Argument werben, mehr Zeit für den Patienten zu haben als in der Einzelpraxis (48 % Zustimmung gegenüber 25 % Zustimmung, vgl. Abbildung 14). Die Option zur interdisziplinären Zusammenarbeit wurde hingegen von den krankenhausgetragenen MVZ mit 68 % häufiger genannt (Vertragsarzt-MVZ: 43 %).

Mit Blick auf Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit boten über 80 % der MVZ geregelte Arbeitszeiten oder regelmäßig freie Wochenenden an. Flexible Arbeitszeitmodelle wie z. B. Gleitzeit wurden von etwa zwei Drittel der MVZ angeboten. Genereller gesprochen, warben MVZ in 78 % der Fälle mit einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Allerdings waren Bereitschaftsdienste nur in rund der Hälfte der MVZ ausgeschlossen. Auch Betreuungsangebote für Kinder oder zu pflegende Angehörige gab es nur in jedem zehnten MVZ (vgl. Abbildung 15). Nach Träger differenziert ergaben sich hier keine nennenswerten Unterschiede.

Rund die Hälfte der teilnehmenden MVZ boten Famulaturen an, die Medizinstudierenden die Mög-



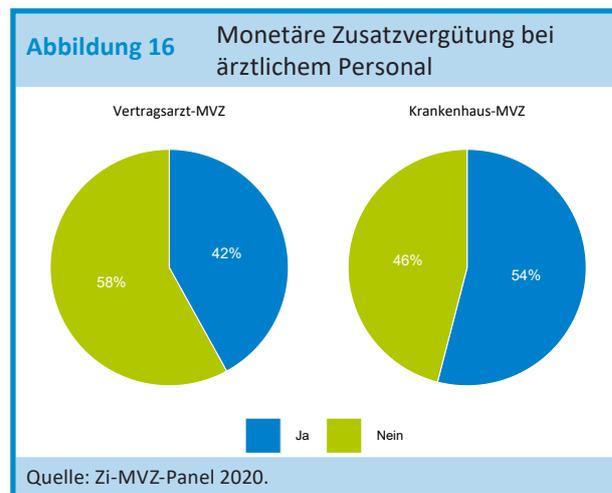
lichkeit geben, praktische Erfahrung zu sammeln und sich mit MVZ als potentielle Arbeitgeber bereits vernetzen zu können. Rund zwei Drittel der Famulaturstellen wurden tatsächlich von Medizinstudierenden wahrgenommen. Famulaturen wurden deutlich häufiger in vertragsarztgetragenen MVZ angeboten (66 % gegenüber 32 %). Das Angebot von Famulaturen könnte unter anderen ein Instrument sein, Personal zu akquirieren, insbesondere, wenn das MVZ vom Mangel an ärztlichem Personal betroffen ist. Es zeigt sich allerdings, dass MVZ ohne Nachbesetzungsprobleme nicht signifikant mehr Famulaturen angeboten haben gegenüber MVZ, die Probleme in der Nachbesetzung von ärztlichen Positionen haben. 40 % der MVZ mit Nachbesetzungsproblemen boten Famulaturen an, das sind 7 % weniger als bei allen MVZ.

Vergütungsmodelle für ärztliches Personal

Um ärztliches Personal zu halten, können MVZ mit variablen Vergütungsmodellen zusätzliche Anreize schaffen. Rund die Hälfte der befragten MVZ machte davon Gebrauch. Unter krankenhausetragenen MVZ ist das jedoch um 12 % häufiger der Fall als bei vertragsarztgetragenen MVZ (vgl. Abbildung 16). Krankenhausgetragene MVZ richteten ihre Vergütungsmodelle zu 60 % am Umsatz aus, auch Prämien gemäß Zielvereinbarung wurden mit 35 % häufig genutzt (vgl. Abbildung 17).

Im Schnitt lag die variable Zusatzvergütung beim ärztlichen Personal der MVZ bei 19 % des Jahresbruttogehalts (16 % bei Vertragsarzt-MVZ, 23 % bei Krankenhaus-MVZ). Diese orientierte sich an ganz unterschiedlichen Messgrößen: Neben typischen

Größen wie dem GKV-Honorar, Gewinn oder Umsatz wurden weitere u. a. Notdienste, KV-Dienste, IGeL, OP-Leistungen oder Teamzufriedenheit, honoriert. Knapp 50 % der MVZ mit variabler Zusatzvergütung stimmten jeweils zu, die variable Vergütung am

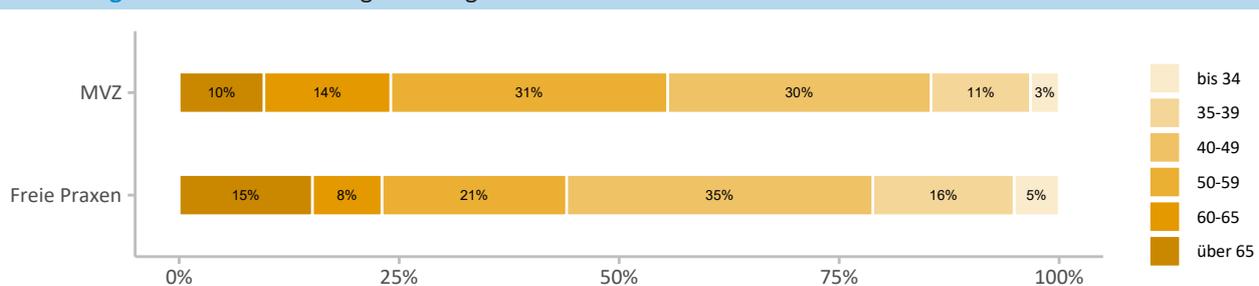


PKV-Honorar oder/und GKV-Honorar auszurichten, gefolgt von Umsatz (38 %) und Gewinn (31 %).

2.3. Exkurs: Altersstruktur, Geschlecht und Versorgungsumfang von Ärzten - Ergebnisse aus der Bundesarztregisterstatistik

Im folgenden Abschnitt werden demographische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie arbeitszeitspezifische Faktoren wie Teilnahmestatus sowie Teilnahmeumfang der Leistungserbringer nach Fachgruppen analysiert und im Zeitverlauf ab dem Jahr 2013 bis 2020 dargestellt. Dabei werden insbesondere Unterschiede zwischen den Organisationsformen der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber Medizinischen



Abbildung 18 Altersverteilung nach Organisationsform

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregister 2019 der KBV.

Versorgungszentren (MVZ) herausgearbeitet. Grundlage bildet das von der KBV geführte Bundesarztregister, welches Daten aus den Zulassungsausschüssen bzw. den Landesregistern der einzelnen KVen enthält. Dem Zi liegt hierbei nicht die vollständige Verteilung der Faktoren vor, sondern die Anzahl der Leistungserbringer ist in Gruppenklassen ausgewiesen. Zum Beispiel ist das Alter in sieben verschiedene Altersklassen aufgeteilt. Die Zahlen des Bundesarztregisters beinhalten für die Organisationsform „Einrichtungen“ Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen nach § 402 SGB V (ehemalige Polikliniken in den neuen Bundesländern). Der Anteil der Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunal getragener Einrichtungen ist mit weniger als 1 % vernachlässigbar. Im Weiteren wird daher vereinfacht von MVZ gesprochen.

Vergleich der Alters- und Geschlechtsstrukturen der Ärzte in MVZ gegenüber Ärzten in freien Praxen

Zunächst wird das Alter der Leistungserbringer über alle Fachgruppen hinweg nach Organisationsform betrachtet (vgl. Abbildung 18). Die hellen Farben symbolisieren hier die jüngeren Ärzte und Psychotherapeuten bzw. deren Anteil an der Gesamtzahl. Die Gesamtzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in freien Praxen und in MVZ ist mit etwa 19 Tsd. etwa gleich hoch. Etwa 25 % der Leistungserbringer in MVZ und freien Praxen sind über 60 Jahre alt. Die graphische Altersstruktur verrät, dass im Vergleich zu freien Praxen in MVZ zwar anteilig weniger Leistungserbringer über 65 Jahre alt sind, der Anteil von Leistungserbringern im Alter von 60-65 Jahre aber höher ist als in freien Praxen. Der Anteil an Ärzten und Psychotherapeuten bis 40 Jahre ist jedoch mit 21 % in freien Praxen höher (MVZ: 14 %). Schließlich lässt sich feststellen, dass Ärzte und Psychothera-

peuten im Alter zwischen 50 und 59 Jahre mit einem Anteil von 31 % stärker in MVZ als in freien Praxen (21 %) vertreten sind. Insgesamt ist die Altersverteilung recht ähnlich, das gilt auch wenn nur die angestellten Ärzte betrachtet werden (nicht gezeigt).

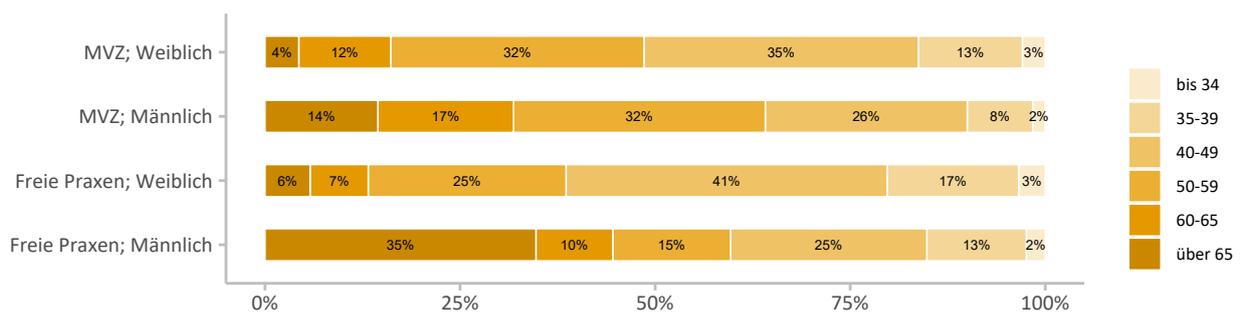
Unterschiede finden sich bei Berücksichtigung des Geschlechts der Ärzte und Psychotherapeuten: Der Anteil an männlichen Ärzten über 65 Jahre ist in freien Praxen mit 35 % deutlich höher als in MVZ (vgl. Abbildung 19). MVZ weisen hingegen einen höheren Anteil Leistungserbringer zwischen 50 und 65 aus. Insgesamt sind mehr als 50 % der weiblichen Leistungserbringer sowohl in MVZ als auch in freien Praxen unter 50 Jahren, in freien Praxen bilden sie sogar einen Anteil von 61 %, während der Anteil ihrer männlichen Kollegen bei maximal 40 % (freie Praxen) liegt. Die Gruppe der jungen Leistungserbringer unter 40 Jahre unterscheidet sich zwischen MVZ und freien Praxen nicht signifikant. Dass MVZ insbesondere von jungen Ärzten als Tätigkeitsort ausgesucht wird, kann auf Basis der Daten vom Bundesarztregister nicht bestätigt werden.

In Abbildung 20 und Abbildung 21 wird zwischen Vertragsärzten und angestellten Ärzten unterschieden. Unter Leistungserbringern im Angestelltenverhältnis ist der Anteil an weiblichen Leistungserbringern mit 45 % deutlich geringer als in freien Praxen. Rund zwei Drittel der Leistungserbringer in freien Praxen sind Frauen.

Unter den Vertragsärzten verschärft sich das Bild: In MVZ ist nur jeder fünfte als Vertragsarzt tätige Leistungserbringer weiblich. In freien Praxen ist die Geschlechterverteilung etwas ausgewogener, 41 % der Vertragsärzte sind Frauen.

Es ist bekannt, dass die ärztlichen Fachgebiete

Abbildung 19 Anteil angestellter Leistungserbringer pro Altersgruppe nach Organisationsform und Geschlecht



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregisters 2019 der KBV.

unterschiedliche Altersgruppen von Leistungserbringern anziehen. Das zeigt sich auch bei den MVZ. In Abbildung 22 wird die Altersstruktur der Fachgruppen dargestellt, die im Jahr 2020 mehr als 300 Leistungserbringer in MVZ beschäftigt hatten. Die Fachgebiete sind nach der Höhe des Anteils an Ärzten über 65 Jahre sortiert. Dieser ist in der Allgemeinmedizin am höchsten. Der Anteil an Leistungserbringern über 50 Jahre ist bei den Laborärzten am höchsten, 71 % der in diesem Fachgebiet tätigen Ärzte sind über 50 Jahre alt. Des Weiteren fällt auf, dass der Anteil der Leistungserbringer unter 35 Jahre mit 28 % bei den Radiologen am höchsten ist, mit deutlichem Abstand zu den restlichen Fachgebieten.

In freien Praxen ist der Anteil der Leistungserbringer über 65 Jahre in den Fachgebieten Allgemeinmedizin sowie Chirurgie und Orthopädie mit 19 % am höchsten, gefolgt von Augenheilkunde (17 %) und Innere Medizin (16 %). Ärzte unter 35 Jahre sind, wie in MVZ, besonders im Fachgebiete Radiologie tätig. Ein Drittel der Ärzte in der Radiologie sind in freien

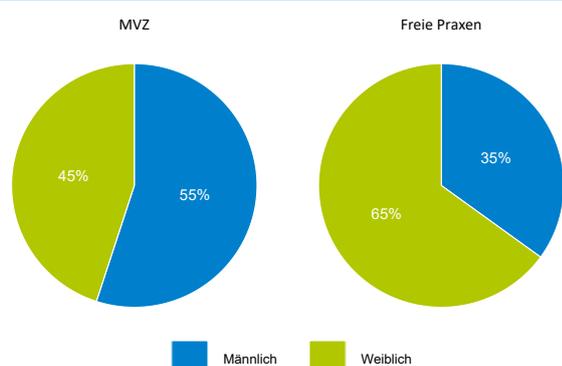
Praxen jünger als 35 Jahre.

Teilzeitbeschäftigung in MVZ

Befürworter der Organisationform MVZ betonen die Möglichkeit hier Beruf und Familie besser verbinden zu können (siehe auch Jahresbericht des Zi-MVZ-Panel 2020). Aber wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sind tatsächlich in Teilzeit tätig und hat in den letzten Jahren eine Veränderung stattgefunden?

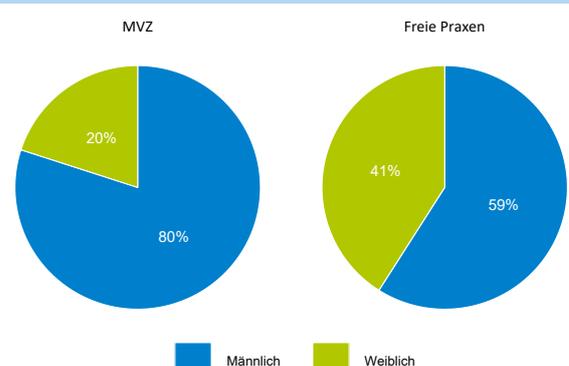
In Abbildung 24 sind wiederum die für MVZ relevantesten Fachgebiete dargestellt. Untersucht wird hier der Anteil an angestellten Ärzten und Psychotherapeuten, die weniger als 20 Stunden pro Woche beschäftigt sind. Das Panel links oben zeigt, dass insgesamt der Anteil der Leistungserbringer in Teilzeit unter 20 Wochenstunden in beiden Organisationsformen seit 2012 steigt und seit 2020 einen Anteil von 50 % aufweist. Die MVZ haben einen höheren Anteil an Teilzeitärzten unter 20 Wochenstunden in der Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Psychotherapie. In

Abbildung 20 Frauenanteil angestellter Ärzt/innen



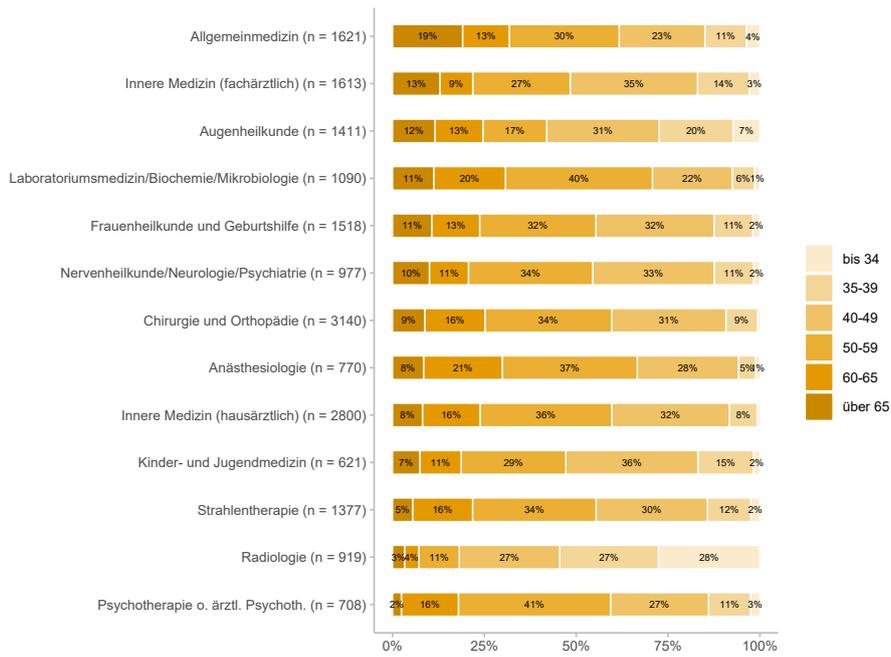
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregisters 2019 der KBV.

Abbildung 21 Frauenanteil Vertragsärzt/innen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregisters 2019 der KBV.

Abbildung 22 Altersverteilung in MVZ in den größten Fachgruppen; sortiert nach Anteil der Leistungserbringer über 65 Jahre

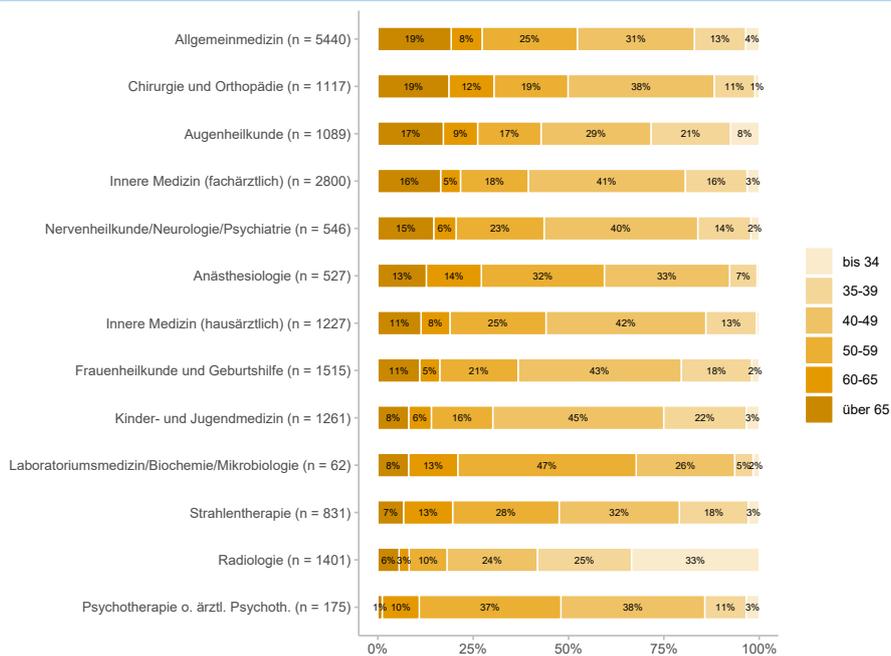


Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregisters 2019 der KBV.

der psychologischen Psychiatrie liegt der Anteil an Leistungserbringern mit unter 20 Wochenstunden in 2020 bei über 75 %, seit 2020 ist auch der Anteil in beiden Organisationsformen in etwa gleich. Die größten Unterschiede zwischen MVZ und freien Praxen fallen im Fachgebiet Neurochirurgie auf: Über 75 % der Ärzte in freien Praxen arbeiten weniger als 20 Wochenstunden, in MVZ sind es nur 60 % in 2020.

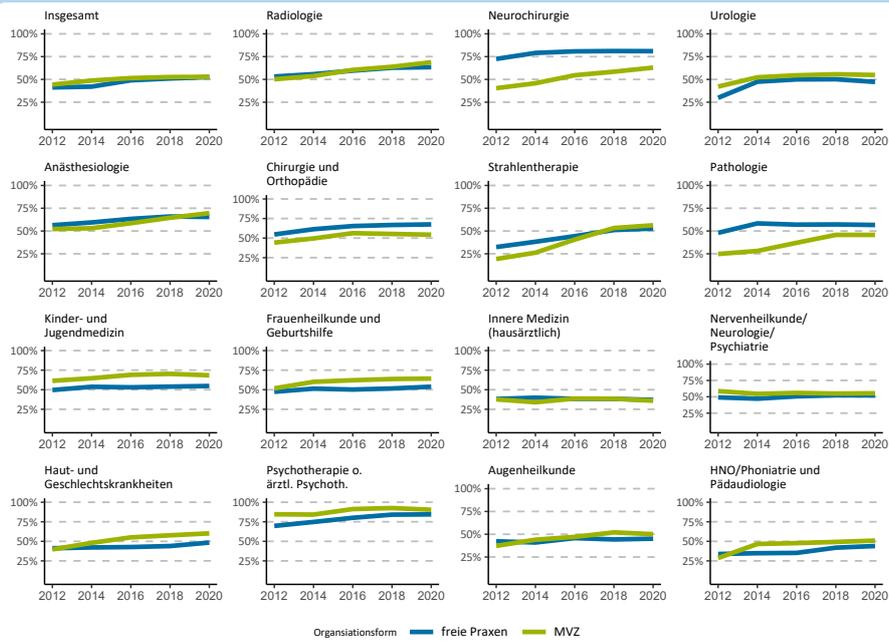
Spiegelbildlich wird nun der Anteil der Ärzte in Vollzeit – hier definiert als mehr als 30 Stunden die Woche – untersucht (vgl. Abbildung 25). Insgesamt ist zwischen 2012 und 2020 der Anteil von rund 50 % auf 40 % gesunken. Bei MVZ finden sich in einzelnen Fachgruppen Unterschiede. Zum Beispiel, in der Allgemeinmedizin ist der Anteil an vollzeittätigen Ärzten in freien Praxen deutlich höher. In der Pathologie, der Strahlentherapie, der Nuklearmedizin und

Abbildung 23 Altersverteilung in freien Praxen in den größten Fachgruppen; sortiert nach Anteil der Leistungserbringer über 65 Jahre



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregister 2019 der KBV.

Abbildung 24 Anteil von angestellten Ärzten, die weniger als 20 Stunden pro Woche arbeiten



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregisters 2019 der KBV.

der Chirurgie/Orthopädie ist es genau umgekehrt. Ein Trend zu weniger Ärzten in Vollzeit ist jedoch in allen Fachgruppen zu erkennen.

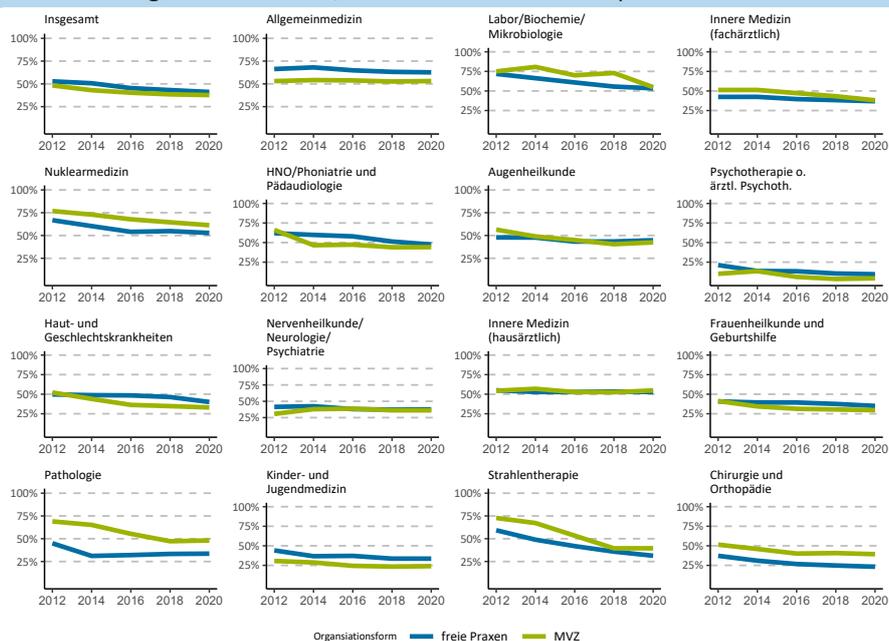
2.4. Kaufmännisches Personal

Die Organisationsstruktur der MVZ bietet die Möglichkeit, Verwaltungs- und Leitungsaufgaben an kaufmännisches Personal auszugliedern. Durchschnittlich beschäftigten die befragten MVZ drei

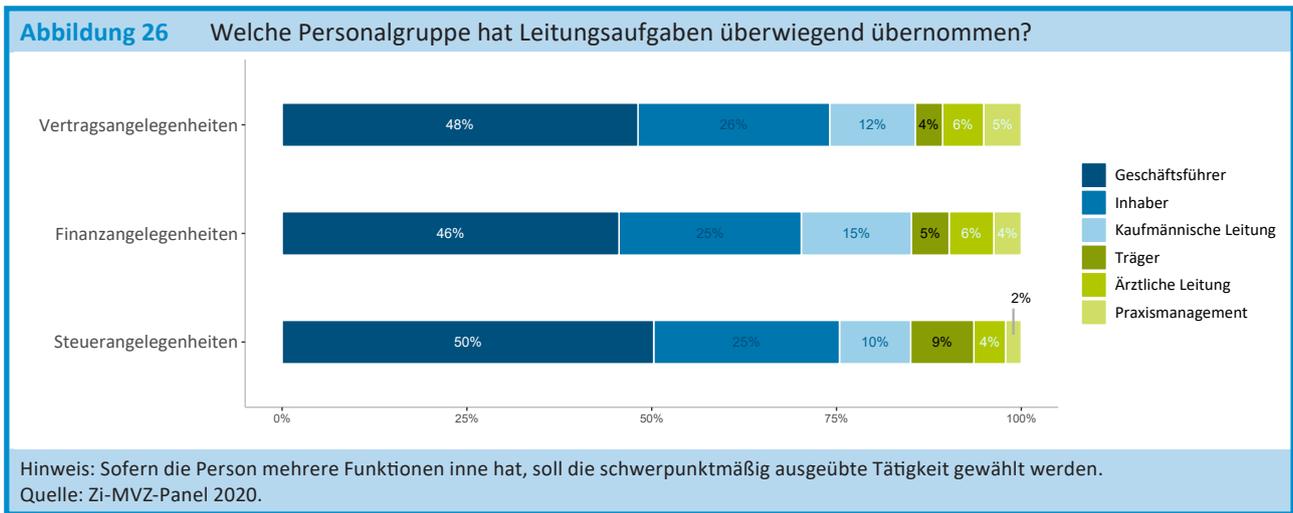
Mitarbeiter für kaufmännische Angelegenheiten. Die Verfügbarkeit von kaufmännischem Personal wird bis auf wenige Ausnahmen gut evaluiert (vgl. Abbildung 6).

Im Median wurden die teilnehmenden MVZ im Jahr 2019 von drei Inhabern bzw. Gesellschaftern geführt, wobei davon im Median zwei Gründungsgesellschafter im MVZ weiterhin ärztlich tätig waren.

Abbildung 25 Anteil von angestellten Ärzten, die mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Bundesarztregister 2019 der KBV.

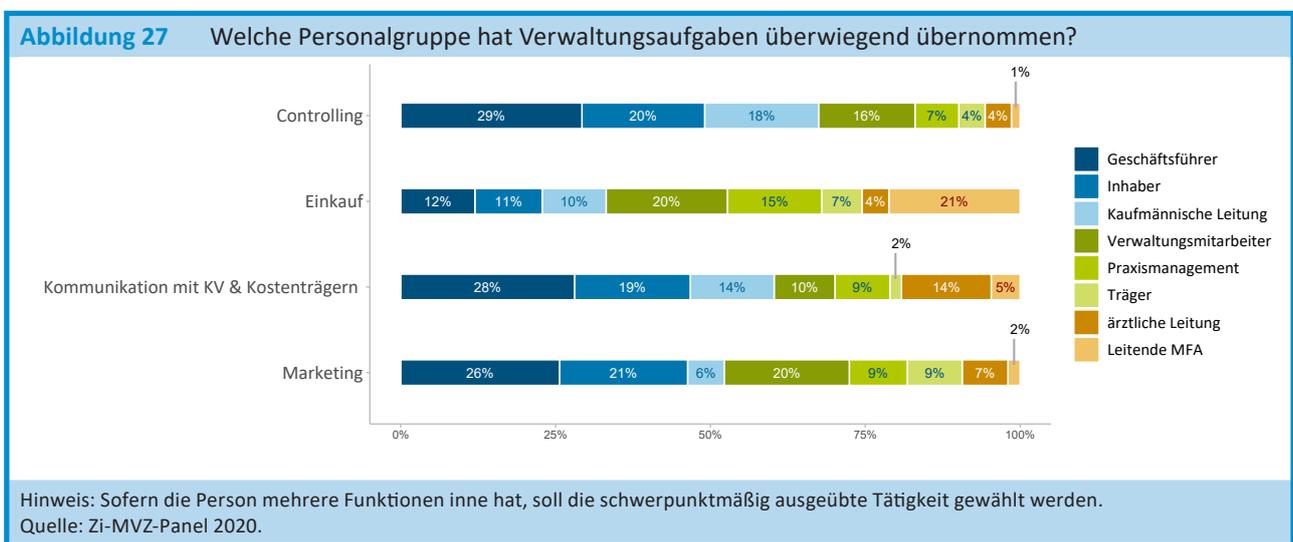


Die Anzahl der ärztlichen Leiter belief sich im Median auf einen Arzt je MVZ.

Die MVZ wurden zudem nach der Verteilung der Leitungs- und Verwaltungsaufgaben innerhalb der Einrichtung gefragt. Die Leitungsaufgaben lagen zu über 70 % in der Hand der Inhaber sowie Geschäftsführer (vgl. Abbildung 26). Hier finden sich große Unterschiede, wenn nach Trägerart unterschieden wird. So wurden Vertrags-, Steuer- und Finanzangelegenheiten in Krankenhaus-MVZ in rund zwei Drittel der Fälle von einem Geschäftsführer übernommen, während es bei Vertragsarzt-MVZ zum gleichen Anteil die Inhaber übernahmen. Eine kaufmännische Leitung kommt zudem praktisch nur unter den Krankenhaus-MVZ vor, diese übernimmt in 26 % der Fälle die Finanzangelegenheiten. Bei der Bearbeitung von Verwaltungsaufgaben zeigte die Erhebung inwieweit das kaufmännische Personal unterschiedliche Tätigkeitsfelder wahrnimmt (vgl. Abbildung 27). Controlling, Kommunikation mit der

KV und den Kostenträgern sowie Marketing wurden bis zu 50 % ebenfalls durch Inhaber und Geschäftsführer übernommen. Hingegen wurden Entscheidungen zum Einkauf stärker den Verwaltungsmitarbeitenden (20 %), dem Praxismanagement (15 %) sowie leitenden MFAs (21 %) überlassen. Die Kommunikation mit den KVen und Kostenträgern wurde am häufigsten vom Geschäftsführer (28 %), dem Inhaber (19 %), aber auch vom Praxismanagement (14 %) sowie von der ärztlichen Leitung übernommen (14 %). Schließlich wurde neben Geschäftsführer (26 %) oder Inhaber (21 %) auch zu 20 % von Verwaltungsmitarbeitenden übernommen.

In Vertragsarzt-MVZ zeigt sich hier auch, dass der Inhaber einen großen Anteil der Aufgaben übernimmt. So ist er in fast der Hälfte der Fälle für das Controlling, Marketing oder die Kommunikation mit den KV verantwortlich.

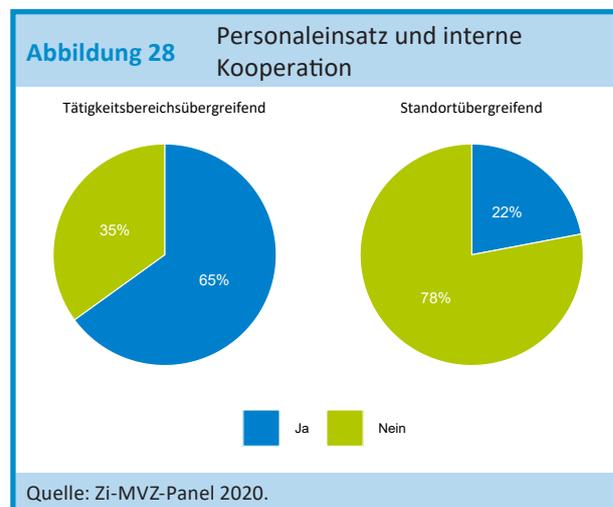


2.5. Synergienutzung im Personalbereich

MVZ haben gegenüber Einzelpraxen vermehrt die Möglichkeit, Synergieeffekte tätigkeits- oder orts- bzw. standortübergreifend zu realisieren. 65 % der befragten MVZ gaben an, Personal für verschiedene Tätigkeitsbereiche gleichzeitig einzusetzen (vgl. Abbildung 28). Diese MVZ wurden gebeten, die Arbeitsverteilung der Berufsgruppen über verschiedene Tätigkeitsbereiche zu schätzen. Demnach verbrachten MFAs im Schnitt 46 % ihrer Arbeitszeit mit medizinischen Tätigkeiten, 34 % mit Praxisanmeldung, 13 % mit Verwaltung bzw. Abrechnung und 12 % im Labor. MTAs verteilten 17 % der Arbeitszeit auf Labortätigkeiten, 54 % auf medizinische Tätigkeiten sowie 15 % auf Praxisanmeldung. Praxismanager wendeten 22 % ihrer Zeit für medizinische Tätigkeiten, 19 % für Praxisanmeldungen, 54 % für Verwaltung und Abrechnung und 4 % für Labortätigkeiten auf. Auszubildende nutzten – ähnlich wie bei den MFAs – 50 % ihrer Arbeitszeit für medizinische Tätigkeiten, 31 % für Praxisanmeldung, 10 % für Verwaltung und Abrechnung und 14 % für Tätigkeiten im Labor. Schließlich verbrachten Gesundheits- und Krankenpfleger 51 % ihrer Arbeitszeit mit medizinischen Tätigkeiten, 16 % mit Praxisanmeldungen, 8 % mit Verwaltung und Abrechnung und 6 % mit Labortätigkeiten.

22 % der teilnehmenden MVZ gaben an, Personalressourcen auf verschiedene MVZ Standorte zu verteilen (vgl. Abbildung 28). Diese MVZ waren gebeten, die anteilige Arbeitszeit von verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedliche Tätigkeitsorte zu schätzen. Demnach leisteten Ärzte und Psychotherapeuten im Schnitt 30 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen MVZ Betriebsstätte, 6 % in dem Trägerkrankenhaus und 13 % in einem ambulanten OP-Zentrum. MFAs leisteten 32 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen MVZ-Betriebsstätte, 2 % im Trägerkrankenhaus und 11 % im ambulanten OP-Zentrum. MTAs arbeiteten 21 % ihrer Zeit an anderen MVZ Betriebsstätten, 7 % im Trägerkrankenhaus und 7 % im ambulanten OP-Zentrum. Praxismanager verbrachten 25 % ihrer Zeit in anderen MVZ-Betriebsstätten, keine Zeit im Trägerkrankenhaus und 6 % im ambulanten OP-Zentrum. Gesundheits- und Krankenpfleger leisteten 22 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen MVZ Betriebsstätte, keine Zeit im

Trägerkrankenhaus und 3 % im ambulanten OP-Zentrum. Schließlich verbrachten Verwaltungsmitarbeiter 18 % ihrer Arbeitszeit in einer anderen MVZ-Betriebsstätte, 14 % im Trägerkrankenhaus und 6 % im ambulanten OP-Zentrum.



Kapitel 3

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Eines der Hauptziele des Zi-MVZ-Panels ist die Schaffung von mehr Transparenz bezüglich der Kostenstruktur in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Eine Darstellung auf Basis der Zulassungsfachgebiete, auch hinsichtlich des Vergleichs mit vertragsärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, ist wegen der Heterogenität im Hinblick auf die Organisationsstruktur, betriebswirtschaftliche Steuerung sowie Größe der MVZ erschwert. Aus diesem Grund werden weiterhin nur Finanzdaten für das MVZ insgesamt erhoben und berichtet. Dieses Kapitel umfasst folgende Themen:

- Art des Jahresabschlusses
- Art der Kosten- und Leistungsrechnung und personelle Zuständigkeit
- Anwendung betriebswirtschaftlicher Steuerungssysteme bzw. Kaufmännisches Berichtswesen
- Gewinn- und Verlustsituation
- Gesamt- und Personalaufwendungen
- Gesamt- und GKV-Erträge.

Mehr als zwei Drittel der teilnehmenden Einrichtungen (77 %) hat das Geschäftsjahr 2019 mittels einer Bilanz abgeschlossen. Die Erwartung, dass sich diese Angaben stark nach Art der Trägerschaft, und damit verbunden auch der Rechtsform, unterscheiden, konnte bestätigt werden: Während über 95 % der Krankenhaus-MVZ (n=108) und über 90 % der MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen (n=28) bilanzierten, waren es bei den vertragsarztgetragenen MVZ nur knapp die Hälfte (52 %, n=75).

Hierbei ist zu betonen, dass die Ausweisung der Gewinne bzw. die Gewinnermittlung je nach Art des Jahresabschlusses nur eingeschränkt vergleichbar ist. Die variierende Behandlung der Personalaufwendungen im Rahmen der Gewinnermittlung führt unter Umständen zu nicht unerheblichen Unterschieden zwischen Steuerlicher Überschussrechnung (SÜR) und Bilanzierung. Vertragsarztgetragene MVZ wählten zur Hälfte die SÜR als wesentlich einfachere Form des Jahresabschlusses. Die Gehälter der inhabergetragenen MVZ waren nur zu 34 % bereits in den Aufwendungen für ärztlich tätiges Personal enthalten. Demnach wurden die Gehälter der Inhaber bei den restlichen 66 % in der Regel dem Gewinn

entnommen und wurden somit bei der Steuerlichen Überschussrechnung nicht mitberücksichtigt, so dass der Saldo tendenziell höher ausfällt. Anders hingegen bei einer Bilanzierung. Da nahezu alle MVZ in Krankenhausträgerschaft bilanzieren, besteht die Vermutung, dass die Gewinnausweisung tendenziell unterschätzt wird. Auch hier wird deutlich, dass eine Differenzierung nach Trägerschaft, Rechtsform sowie Art des Jahresabschlusses notwendig ist, um zuverlässige Aussagen über die wirtschaftliche Lage von MVZ treffen zu können.

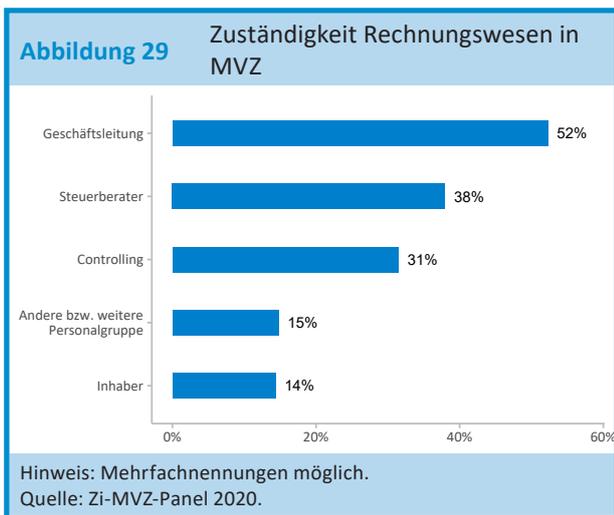
Bei der Art der Kosten- und Leistungsrechnung fällt auf, dass viele MVZ Kombinationen aus Kostenstellen- und Kostenartenrechnung nutzten. Mit 63 % nutzten knapp zwei Drittel der teilnehmenden Einrichtungen die Kostenstellenrechnung für das interne Rechnungswesen, während 24 % ausschließlich die Kostenartenrechnung als einfachste Stufe wählten. Auch an dieser Stelle offenbarten sich deutliche Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Trägerarten. Mit etwa 43 % wurde in vertragsarztgetragenen MVZ am häufigsten ausschließlich die Kostenartenrechnung für das interne Rechnungswesen genutzt. In Krankenhaus-MVZ wurde dagegen mit 43 % am häufigsten eine andere bzw. eine Kombination der aufgeführten Kategorien angewendet, gefolgt von der Kostenstellenrechnung (28 %) als ausschließlich genutzte Art der Kosten- und Leistungsrechnung.

Bei etwas mehr als der Hälfte der teilnehmenden MVZ (52 %) war die Geschäftsleitung an der Durchführung der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung beteiligt, gefolgt von Steuerberater (38 %) und Controlling (31 %) (vgl. Abbildung 29). Unter anderen wird die Zuständigkeit von Praxismanagern, Finanzbuchhaltern (des MVZ bzw. des Trägers) sowie kaufmännischen Leitern und Betriebsleitern genannt.

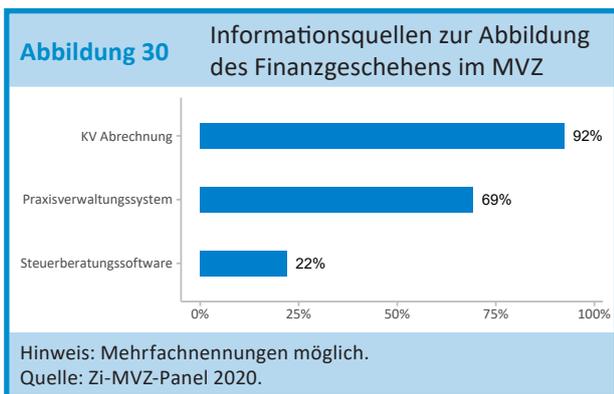
Betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente

Bei 42 % der teilnehmenden MVZ bestand im Jahr 2019 Bedarf, das kaufmännische Geschehen detaillierter abzubilden.

Die teilnehmenden MVZ wurden gebeten, Angaben zu den Bereichen, die kaufmännisch stärker evaluiert werden und welche Informationsquellen hier-



für genutzt worden sind, zu machen. Zu 92 % wurde im Jahr 2019 zur Abbildung der Finanzlage auf die KV-Abrechnung zurückgegriffen. Informationen, die das Praxisverwaltungssystem zur Verfügung stellt, wurden zu 69 % genutzt, mit 22 % diente die Steuerberatungssoftware eher seltener als Informationsquelle zur Bestimmung des Status quo der Finanzen (vgl. Abbildung 30).



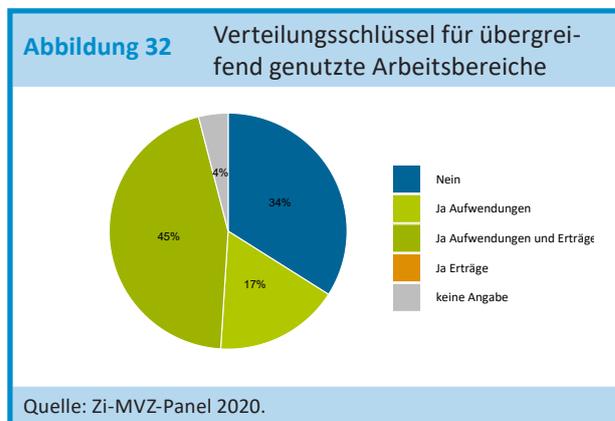
Im Bereich Versorgung wurde ebenfalls jeweils zu 50 % auf die Informationen, die die KV-Abrechnung sowie das Praxisverwaltungssystem zur Verfügung gestellt haben, zurückgegriffen.

Als Steuerungselement nutzten bereits 50 % der teilnehmenden MVZ im Jahr 2019 ein auf den ambulanten Sektor ausgerichtetes Controllingsystem. Ein Drittel davon nutzte Statistikmodule aus der Praxissoftware bzw. ein selbst erstelltes Controllingsystem.

Bei fast 90 % der MVZ stellte das Berichtswesen Kennzahlen zu einzelnen Leistungserbringern zur Verfügung, bei 71 % zu einzelnen Fachgebieten sowie bei 68 % zu einzelnen Betriebsstätten. Bei knapp 50 % stellte das kaufmännische Berichtswesen



sen Auswertung zu zusammengefassten Fachgebieten zur Verfügung. Etwas mehr als ein Drittel der MVZ verfügte über Auswertungen zu einzelnen Kostenträgern sowie 21 % zu einzelnen Patientengruppen. Vereinzelt stellte das Berichtswesen auch Auswertungen zu ausgelagerten Praxisräumlichkeiten, IGeL und Operateuren bereit (vgl. Abbildung 31). Bei 62 % der teilnehmenden MVZ gab es für über-



greifend eingesetztes Personal bzw. für die übergreifend genutzten Arbeits- bzw. Organisationsbereiche Verteilungsschlüssel, um im kaufmännischen Berichtswesen Aufwendungen und Erträge zuordnen zu können (vgl. Abbildung 32). Darunter konnten 17 % der MVZ ausschließlich die Aufwendung und 45 % der MVZ sowohl Aufwendungen als auch Erträge der übergreifend genutzten Arbeits- bzw. Organisationsbereiche im Berichtswesen zuordnen.

Tabelle 1 Personalkostenanteil an Gesamtaufwendungen im Jahr 2019					
	N	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil
Anteil Personalkosten an Gesamtausgaben	186	59,4 %	69,9 %	68,6 % (19,7 %)	77,9 %
davon: für ärztliches Personal an Gesamtausgaben	212	24,3 %	37,4 %	39,4 % (38,5 %)	47,7 %
davon: für ärztliches Personal (ohne Kosten für ärztl. Inhaber)	97	17,9 %	32,2 %	38,2 % (52,8 %)	44,2 %
davon: für nicht-ärztliches medizinisches Personal	212	18,4 %	25,6 %	27,1 % (21,4 %)	34,4 %
davon: für sonstiges Personal	212	0 %	1,1 %	3,8 % (23,2 %)	3,5 %
davon: für Fremdpersonal	212	0 %	0 %	2,8 % (11,2 %)	0,3 %

Hinweis: MVZ mit einem Anteil von über 100 % wurden ausgeschlossen. Arithm. mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020.

Aufwendungen

Im Rahmen der Erhebung machten die teilnehmenden MVZ detaillierte Angaben zu Aufwendungen und Erträgen für das Jahr 2019. Aufgrund der sehr heterogenen Größe der MVZ und der damit einhergehenden Anzahl an Ärzten und nicht-ärztlich tätigem Personal, Versorgungsumfang sowie -breite weisen die Angaben zu Erträgen sowie Aufwendungen eine große Spannbreite zwischen den minimalen und maximalen Werten auf. Es wird daher im Text der Median angeführt, jedoch in den Tabellen ebenso der Mittelwert (arithm. Mittel) sowie die Standardabweichung (Std.abw) angegeben.

Im Median hatten die Einrichtungen in 2019 Gesamtaufwendungen in Höhe von ca. 1,27 Mio. Euro (n=210), davon wurden 861.000 Euro als Personalaufwendungen ausgewiesen. Dies entspricht einem medianen Anteil der Personalaufwendungen an den Gesamtaufwendungen von rund 70 % (vgl. Tabelle 1). Berücksichtigt man nur MVZ, die Kosten für Vertragsärzte nicht unter Personalkosten verbuchen, lag der mediane Anteil bei 69 %. Im Median belief sich der Kostenanteil für ärztliches Personal auf 32 %, für nicht-ärztliches medizinisches Personal (ohne Kosten für die Inhaber) auf rund 26 %. Unterschiede zeigen sich zwischen den verschiedenen MVZ-Trägern: Während sich in Krankenhaus-MVZ die medianen Gesamtaufwendungen auf 1,60 Mio. Euro (davon für Personal, Median: 1,10 Mio. Euro) beliefen, lagen die medianen Gesamtaufwendungen in Vertragsarzt-MVZ bei 1,10 Mio. Euro (davon für Personal, Median: 627.000 Euro). Da vertragsarztgetragene MVZ im Vergleich zu krankenhausetragenen MVZ in der Mehrheit weniger Ärzte sowie weniger nicht-ärztliches Personal beschäftigten, fiel die Höhe der Per-

sonalaufwendungen mit im Median 627.000 Euro deutlich niedriger aus.

Der mediane Anteil der Personal- an den Gesamtaufwendungen lag in krankenhausetragenen MVZ (70 %) höher als in vertragsarztgetragenen MVZ (66 %). Der Unterschied wird größer, wenn die Kosten für Vertragsärzte nicht als Personalkosten verbucht werden. Damit lag der mediane Personalkostenanteil bei 72 % für Krankenhaus-MVZ und 62 % für Vertragsarzt-MVZ.

Die Angaben zu den Aufwendungen in 2019 lassen sich darüber hinaus nach Regionstyp differenzieren. Hier zeigt sich, dass MVZ, deren Hauptbetriebsstätte sich in einer Kernstadt bzw. im Umland befand, im Median mit 1,27 Mio. Euro bzw. 1,43 Mio. Euro deutlich höhere Gesamtaufwendungen hatten als MVZ mit Hauptbetriebsstätten in ländlichen Regionen mit Gesamtaufwendungen in Höhe von 1,15 Mio. Euro (vgl. Tabelle 2).

Hinsichtlich der Aufwendungen für Personal insgesamt sind weitere Unterschiede sichtbar. So lagen sie in städtischen MVZ im Median bei ca. 765.000. Euro, bei MVZ im Umland bei ca. 1,08 Mio. Euro, und bei ländlichen MVZ bei ca. 794.000 Euro. Der Anteil der Personal- an den Gesamtaufwendungen lag für Stadt-MVZ im Median bei 66 %, während er bei MVZ im Umland (73 %) und in ländlichen Regionen (76 %) höher ausfiel.

Werden die Personalaufwendungen für ärztliches Personal und nicht-ärztliches medizinisches Personal getrennt betrachtet, fällt auf, dass krankenhausetragene MVZ mit 590.000 Euro deutlich höhere Aufwendungen haben als vertragsarztge-

Tabelle 2 Gesamtaufwendungen im Jahr 2019 nach Regionstyp (in Tsd. Euro)					
	N	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil
Kernstadt	100	606	1.269	3.374 (8.423)	3.162
Umland	63	674	1.437	2.227 (2.681)	2.624
Ländliche Region	31	539	1.150	1.623 (1.544)	2.010

Hinweis: Arithm. mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020.

tragene MVZ mit im Median 300.000 Euro. Diese Unterschiede finden sich bei der Betrachtung der Aufwendungen für nicht-ärztliches medizinisches Personal nicht (Krankenhaus-MVZ: 320.000 Euro, Vertragsarzt-MVZ: 333.000 Euro), allerdings gibt es hier Abweichungen zwischen den Regionstypen (Kernstadt: 323.000 Euro, Umland: 416.000 Euro, Ländliche Region: 281.000 Euro).

Erträge

Neben den Aufwendungen sollten die Teilnehmenden ebenfalls Angaben zu den Erträgen im Jahr 2019 machen. Die Gesamterträge der teilnehmenden MVZ lagen im Median bei 1,51 Mio. Euro, die GKV-Erträge bei 1,2 Mio. Euro (vgl. Tabelle 3). Der mediane Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen lag bei 79 %.

Tabelle 4 und Tabelle 5 zeigen die Gesamterträge und GKV-Erträge nach Trägerschaft sowie Regionstyp. In krankenhausgetragenen MVZ betragen die medianen Gesamterträge 1,55 Mio. Euro und die medianen GKV-Erträge 1,19 Mio. Euro. Bei den Vertragsarzt-MVZ lag die Höhe der Gesamterträge im Median bei 1,64 Mio. Euro und die medianen GKV-Erträge bei 1,23 Mio. Euro.

Auch die Erträge der teilnehmenden MVZ wurden differenziert nach Regionstyp betrachtet und zeigen ein Stadt-Land Gefälle. Stadt-MVZ gaben im Median Gesamterträge in Höhe von 1,64 Mio. Euro an, während MVZ mit Hauptbetriebsstätten im Umland im Median Gesamterträge von 1,55 Mio. Euro berich-

teten. MVZ in ländlichen Regionen lagen mit medianen Gesamterträgen von 1,31 Mio. Euro am niedrigsten. Im Hinblick auf die GKV-Erträge zeigt sich, dass die GKV-Erträge in MVZ im Umland sowie im ländlichen Raum mit 1,15 Mio. Euro nahezu identisch sind. MVZ aus den Kernstädten bezifferten ihre GKV-Erträge auf 1,23 Mio. Euro und waren damit am höchsten.

Der Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen unterscheidet sich zwischen den drei Regionstypen nicht wesentlich (Stadt: 74,7 %, Umland: 74,1 %, Land: 87,6 %).

Einnahmeüberschuss

Bei der Bewertung der Gewinne ist unbedingt zu beachten, dass aufgrund der insgesamt geringen Teilnahmequote zwar zusätzlich nach Art des Jahresabschlusses, Rechtsform und Trägerschaft differenziert werden konnte, jedoch die Zahlen mit Vorsicht zu betrachten sind, da bei einer undifferenzierten Gewinnberechnung sowohl Einrichtungen einfließen, die zum Jahresabschluss bilanzpflichtig sind als auch Einrichtungen, die eine Steuerliche Überschussrechnung erstellen. Daher werden die Gewinne an der Stelle nicht undifferenziert berichtet. Stattdessen wird die Stichprobe zunächst auf bilanzierende MVZ reduziert und dann nach Trägerschaft und Regionstyp aufgeschlüsselt.

Unter allen MVZ, die in 2019 bilanzierten, lag der mediane Gewinn bei 52 Tsd. Euro. Krankenhaus-MVZ hatten einen Gewinn von durchschnittlich

Tabelle 3 Gesamterträge im Jahr 2019 (in Tsd. Euro)					
	N	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw)	3. Quartil
Gesamterträge	212	745	1.513	2.914 (6.247)	3.064
GKV-Erträge	206	617	1.197	1.920 (2.507)	2.190
weitere Erträge (nicht-GKV-Leistungen)	202	95	256	755 (1.361)	776

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020. Hinweis: Arithm. mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

Tabelle 4 Gesamterträge im Jahr 2019 nach Träger und Regionstyp (in Tsd. Euro)					
	N	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil
Krankenhaus-MVZ	90	723	1.552	2.576 (2.665)	3.659
Vertragsarzt-MVZ	84	909	1.640	2.694 (3.297)	2.943
Kernstadt	101	730	1.639	3.544 (8.561)	3.477
Umland	63	900	1.546	2.548 (3.158)	2.815
Ländliche Region	32	886	1.311	1.857 (1.677)	2.094

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020. Arithm. mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

84 Tsd. Euro, wobei im Median ein Verlust in Höhe von -20.000 Tsd. Euro vorlag. Bei vertragsarztgetragenen MVZ mit Bilanzpflicht lag der Median bei 241 Tsd. Euro und der Durchschnitt bei 574 Tsd. Euro. MVZ mit anderen Trägerschaften wiesen im Median einen Gewinn von 65 Tsd. Euro sowie im Durchschnitt von 410 Tsd. Euro aus. Auch hier zeigt sich eine beachtliche Abweichung zwischen minimalen und maximalen Werten. In Kernstädten wurden im Median 60 Tsd. Euro Gewinn erzielt, ähnlich zum Umland oder ländlichen Gebieten (65 bzw. 8 Tsd. Euro).

Tabelle 5 GKV-Erträge im Jahr 2019 nach Träger und Regionstyp (in Tsd. Euro)					
	N	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil
Krankenhaus-MVZ	92	602	1.192	1.960 (2.109)	2.702
Vertragsarzt-MVZ	84	715	1.225	1.919 (2.323)	2.180
Kernstadt	97	617	1.225	2.165 (2.976)	2.425
Umland	63	688	1.146	1.822 (2.283)	2.083
Ländliche Region	31	595	1.148	1.388 (1.203)	1.770

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020. Arithm. mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

Kapitel 4

Versorgung

Dieses Kapitel präsentiert Ergebnisse zu Art und Umfang der Versorgung aus unterschiedlichen Quellen:

- Auswertungen aus der Erhebung allein
- Auswertungen aus einer Verknüpfung der Erhebungs- mit den KV-Abrechnungsdaten
- eine gesonderte Analyse auf Basis der Grundgesamtheit der KV-Abrechnungsdaten zur Versorgungsleistung nach Fachgebieten sowie nach Versorgungsraum
- gesonderte Analyse zur Dynamik bzw. Verschiebung von Versorgungsanteilen innerhalb der Fachgebiete und Versorgungsräume.

4.1. Ergebnisse aus der Erhebung

Versorgungsumfang

Um die Tätigkeit von Ärzten entsprechend ihres Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung besser abbilden zu können, haben wir die MVZ gebeten, Angaben zu Zulassungsfachgebiet, Versorgungsbereich sowie -umfang der tätigen Vertragsärzte und angestellten Ärzte zu machen. Der Gesamtversorgungsumfang beschreibt die Summe der einzelnen Versorgungsumfänge der Zulassungsfachgebiete – unabhängig davon, wie viele Ärzte ggf. in Teilzeit auf diesen Arztsitzen tätig sind.

Vertragsarztgetragene MVZ nahmen im Median mit einem Gesamtversorgungsumfang von fünf Arztsitzen an der ambulanten Versorgung teil. MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen waren mit einem Median von drei Fachgebieten und fünfeinhalb Arztsitzen etwas größer. Gleiches gilt für krankenhausgetragene MVZ, die einen Median von vier Fachgebieten und einen medianen Gesamtversorgungsumfang von viereinhalb Arztsitzen aufwiesen.

Hinsichtlich des medizinischen Personals lässt sich festhalten, dass in MVZ jeweils im Median acht Ärzte – freiberuflich und angestellt, inkl. Weiterbildungsassistent (WBA) – sowie 14 Mitarbeiter des nicht-ärztlichen medizinischen Bereichs tätig waren. Bei ausschließlicher Betrachtung des angestellten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Personals (inkl. WBA), waren im Median sieben angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten an den teilnehmenden

MVZ tätig. Bei getrennter Auswertung nach Trägerart lässt sich festhalten, dass die mediane Anzahl Angestellter in den krankenhausgetragenen MVZ (n=104) und MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen (n=28) mit jeweils acht angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten höher liegt als mit fünf in den vertragsarztgetragenen MVZ (n=61).

Versorgungsart

Die drei am häufigsten genannten Zulassungsfachgebiete in MVZ sind Psychologische Psychotherapie, Allgemeinmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (vgl. Abbildung 33). Insgesamt wurden von den 216 Teilnehmenden 1013 Zulassungsfachgebiete angegeben. Wenn der Versorgungsumfang mitberücksichtigt wird, ändert sich die Reihenfolge, da zum Beispiel in der Psychotherapie hälftige Versorgungsumfänge sehr prävalent sind (vgl. Abbildung 34).

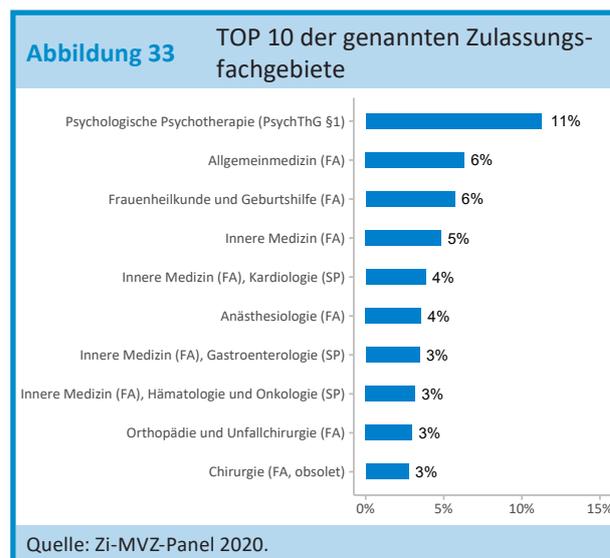
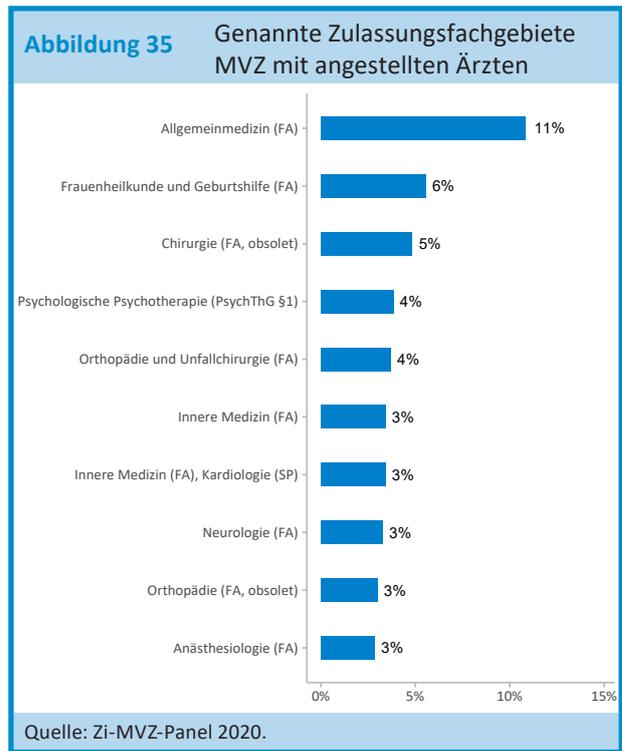
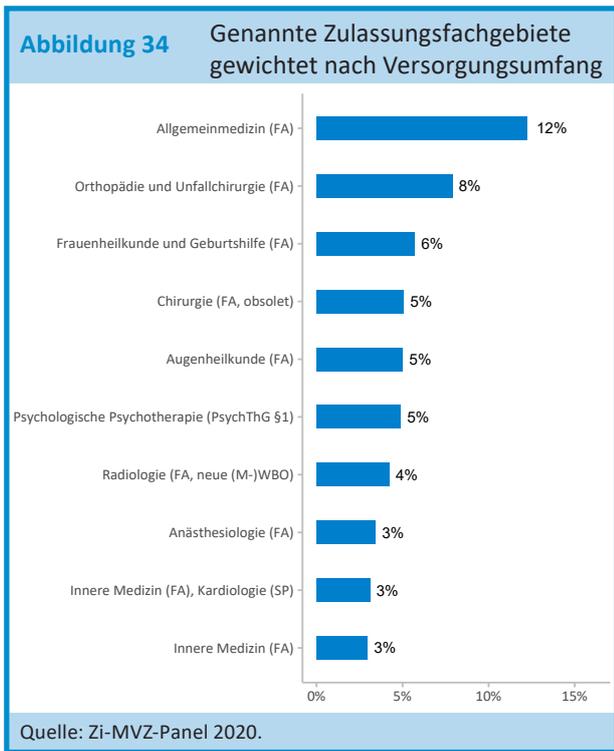


Abbildung 35 zeigt die Reihenfolge der Fachgebiete, die von mindestens einem Arzt in Anstellung im Berichtsjahr 2019 ausgeübt wurden. Hier zeigt sich, dass sich in den teilnehmenden Einrichtungen im Fachgebiet Chirurgie tendenziell mehr Ärzte anstellen ließen als im Fachgebiet Psychologische Psychotherapie tätig waren. Während in 11 % der MVZ Vertragsärzte mit dem Fachgebiet der Psychologischen Psychotherapie praktizierten, gab es darunter nur knapp 4 %, die in diesem Fachgebiet ärztliches bzw. psychotherapeutisches Personal anstellten. Während 6 % der MVZ für das Fachgebiet Allgemeinmedizin zugelassen waren, gaben davon knapp 11 % an, dass in diesem Fachgebiet mindestens ein Arzt in Anstellung tätig war.



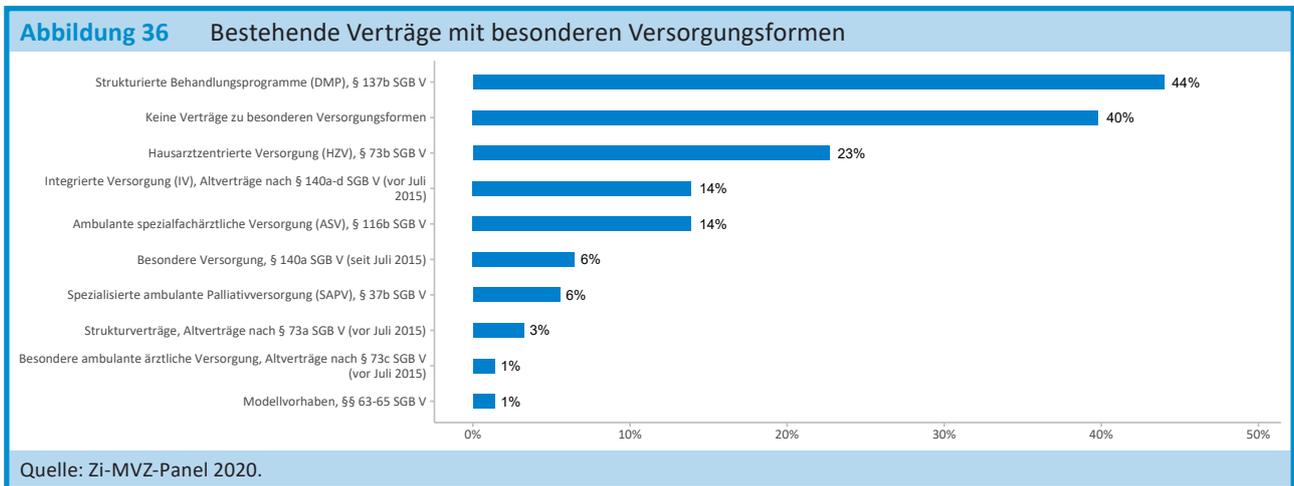
Besondere Versorgungsformen

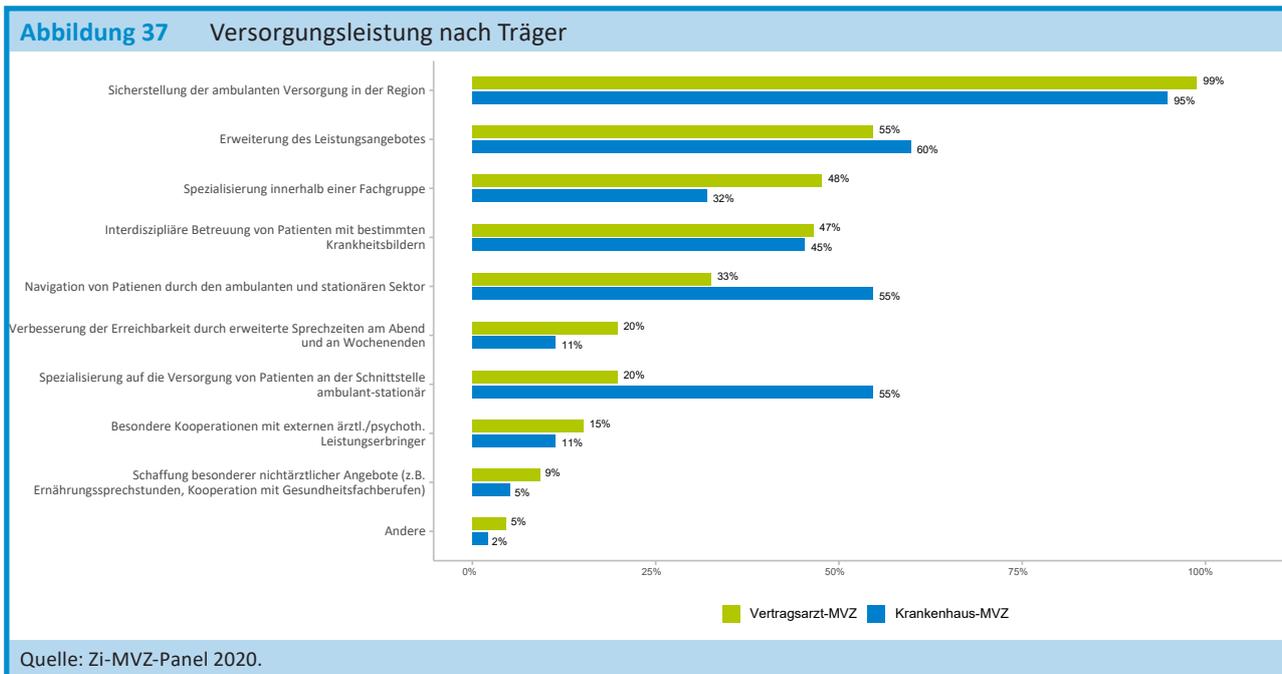
Die teilnehmenden Einrichtungen wurden ebenfalls danach befragt, ob sie im Jahr 2019 Verträge zu besonderen Versorgungsformen bzw. Selektivverträge abgeschlossen hatten. Mit 44 % am häufigsten benannten die Teilnehmenden abgeschlossene Verträge zu Strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V (vgl. Abbildung 36). Im Berichtsjahr 2017 der letzten Erhebung lag dieser Wert noch bei 56 % der teilnehmenden MVZ. An zweiter Stelle folgt mit 23 % die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Verträge zu ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) sowie zu integrierter Versorgung (IV) wurden jeweils von 14 % der teilnehmenden MVZ abgeschlossen. Es gibt keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich

des Umfangs abgeschlossener Verträge zu besonderen Versorgungsformen zwischen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ.

Strategische Ausrichtung der Versorgung

Des Weiteren wurden die MVZ gefragt, welche Motive im Sinne einer strategischen Ausrichtung hinsichtlich der Versorgungsleistung im Jahr 2019 verfolgt wurden bzw. zutrafen. Nicht unerwartet, verfolgten mit 97 % nahezu alle teilnehmenden MVZ die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der jeweiligen Region der Betriebsstätte. Als weitere Aspekte einer strategischen Ausrichtung wurden die Erweiterung des Leistungsangebotes (57 %), eine stärkere interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern (46 %)





sowie eine Verbesserung der Navigation durch den ambulant-stationären Sektor genannt.

Nach Trägerschaft differenziert ergeben sich die folgenden Unterschiede: Krankenhausgetragene MVZ sehen sich öfters als eine Art einer Spezialisierung auf die Versorgung von Patienten an der intrasektoralen Schnittstelle, 55 % der MVZ stimmten hier zu (nur 20 % bei den Vertragsarzt-MVZ). Außerdem sehen diese ihren Versorgungsauftrag als Navigationsstelle der Patienten durch den ambulanten und stationären Sektor. Die Vertragsarzt-MVZ richteten hingegen ihre Versorgung relativ häufig im Sinne einer Spezialisierung innerhalb einer Fachgruppe aus, 48 % stimmten hier zu (vgl. Abbildung 37).

4.2. Versorgungsleistung der MVZ: Ergebnisse aus verlinkten Erhebungs-Abrechnungsdaten

Mit Zustimmung der teilnehmenden MVZ wurden die Erhebungsdaten mit den KV-Abrechnungsdaten verknüpft. Dazu wird, in Zusammenarbeit mit der Zi-Treuhandstellte, ein Verfahren zur Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer angewandt, welches die Anonymität der teilnehmenden Einrichtungen jederzeit aufrechterhält.

Daraus ist ein Datenkörper entstanden, der die KV-Abrechnungs- und Versorgungsstrukturen der Teilnehmer im Jahr 2019 widerspiegelt und somit Informationen aus Erhebung und Abrechnung kom-

Tabelle 6 Leistungsbedarf nach EUROGO je MVZ im Jahr 2019 (in Tsd. Euro)

Gruppe	Ausprägung	N	Min	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil	Max
Nach Trägerschaft	Krankenhaus-MVZ	92	122	675	1.191	1.907 (1.910)	2.611	10.301
	Vertragsarzt-MVZ	81	124	610	1.151	2.134 (3.363)	1.898	23.020
	Andere Träger bzw. Trägerkombination	37	14	642	1.041	2.606 (5.019)	1.870	24.246
Nach Regionstyp	Kernstadt	99	106	599	1.151	2.454 (3.988)	2.116	24.246
	Verdichteter Kreis	64	14	784	1.146	1.752 (2.200)	1.887	14.229
	Ländliche Region	30	124	747	1.151	1.853 (2.629)	1.887	14.350
Nach vertragsärztlicher Beteiligung	ohne Vertragsärzte	134	14	594	1.141	1.921 (2.832)	2.102	24.246
	mit Vertragsärzten	76	124	791	1.326	2.465 (3.775)	2.440	23.020
Nach Rechtsform	GmbH	94	14	620	1.151	1.976 (2.613)	2.253	15.930
	gGmbH	61	142	687	1.220	1.880 (1.939)	2.234	10.301
	GbR/PartnerG	54	124	666	1.128	2.669 (4.916)	1.717	24.246

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020 und KV-Abrechnungsdaten (2019). Arithm. Mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

Gruppe	Ausprägung	N	Min	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil	Max
Nach Trägerschaft	Krankenhaus-MVZ	92	17,9	56,6	117,9	241,7 (360,0)	270,9	2377,4
	Vertragsarzt-MVZ	81	6,5	61,6	81,7	292,1 (525,3)	245,1	2521,5
	Andere Träger bzw. Trägerkombination	37	24,5	58,4	102,5	219,1 (397,5)	243,2	2401,9
Nach Regionstyp	Kernstadt	99	6,5	63	127,3	323,6 (545,9)	285,6	2521,5
	Verdichteter Kreis	64	23,8	55,8	100,4	214,3 (294,8)	281,9	1633,3
	Ländliche Region	30	22,6	53,1	76,4	111,6 (90,0)	133,7	327,3
Nach vertrags-ärztlicher Beteiligung	ohne Vertragsärzte	134	17,9	60,4	103,9	239,4 (412,0)	253,1	2521,5
	mit Vertragsärzten	76	6,5	56,9	103,5	288,6 (475,9)	266,6	2401,9
Nach Rechtsform	GmbH	94	22,6	60,8	112,4	283,3 (487,4)	272	2521,5
	gGmbH	61	17,9	60,9	140,3	248,1 (357,4)	292,8	2377,4
	GbR/PartnerG	54	6,5	54,5	73,2	222,8 (428,2)	184,1	2288,8

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020 und KV-Abrechnungsdaten (2019). Arithm. Mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

biniert.

Dieser Datenkörper wird genutzt, um ausgewählte Abrechnungsmerkmale (u. a. Leistungsbedarf je MVZ) nach Merkmalen aufzuschlüsseln, die den KV-Abrechnungsdaten nicht zu entnehmen sind.

Konkret werden aus den Erhebungsdaten die Trägerart (Krankenhaus, Vertragsarzt, Sonstige Träger), der Regionstyp (Kernstadt, verdichteter Kreis, ländliche Region), der Teilnahmestatus der im MVZ tätigen Ärzte (MVZ nur mit angestellten Ärzten, MVZ mit Vertragsärzten) und die Rechtsform (GmbH, gGmbH, GbR/Partnergesellschaft) um die Merkmale Leistungsbedarf je MVZ, Behandlungsfälle bzw. Fälle je MVZ, Leistungsbedarf je Vollzulassung, Teil-

nahmeumfang und die Anzahl der abgerechneten distinkten Gebührenordnungspositionen erweitert und anschließend auf Zusammenhänge analysiert. Der Leistungsbedarf je MVZ stellt die Summe der abgerechneten GKV-Leistungen nach EURO-Gebührenordnung innerhalb der Hauptbetriebsstätte dar und betrug im Jahr 2019 im Median 1,19 Mio. Euro bei den krankenhausgetragenen MVZ, 1,15 Mio. Euro bei den vertragsarztgetragenen MVZ und 1,04 Mio. Euro bei den sonstigen Trägern (vgl. Tabelle 6). Aufgeschlüsselt nach Regionstyp werden jeweils etwa im Median 1,15 Mio. Euro abgerechnet. Es gab also keine großen regionalen Unterschiede. Allerdings ist die Prävalenz von MVZ im städtischen Raum deutlich höher. In der Stichprobe befinden sich rund 100 MVZ im städtischen Bereich und nur etwa 30

Gruppe	Ausprägung	N	Min	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil	Max
Nach Trägerschaft	Krankenhaus-MVZ	92	26.989	67.688	87.069	103.020 (66.131)	112.405	476.332
	Vertragsarzt-MVZ	81	14.380	64.119	88.858	119.622 (104.811)	131.094	649.316
	Andere Träger bzw. Trägerkombination	37	18.041	54.636	75.198	92.346 (75957)	92.824	477.749
Nach Regionstyp	Kernstadt	99	34.823	67.405	84.992	117.248 (101.677)	128.063	649.316
	Verdichteter Kreis	64	14.380	67.212	86.052	99.453 (72.190)	113.363	476.332
	Ländliche Region	30	30.660	62.951	74.223	81.487 (30.108)	94.851	153.473
Nach vertrags-ärztlicher Beteiligung	ohne Vertragsärzte	134	18.041	62.736	83.162	99.968 (70.362)	111.137	477.749
	mit Vertragsärzten	76	14.380	68.165	88.948	121.094 (104.966)	131.281	649.316
Nach Rechtsform	GmbH	94	18.041	64.638	83.401	96.158 (65.073)	114.639	569.573
	gGmbH	61	43.602	63.841	86.613	107.539 (77.167)	112.133	476.332
	GbR/PartnerG	54	14.380	64.635	87.283	127.639 (117.137)	139.660	649.316

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020 und KV-Abrechnungsdaten (2019). Arithm. Mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

Gruppe	Ausprägung	N	Min	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil	Max
Nach Trägerschaft	Krankenhaus-MVZ	92	102	3.417	10.338	19.342 (23.638)	25.695	134.759
	Vertragsarzt-MVZ	81	113	2.995	12.863	41.121 (138.617)	22.160	993.710
	Andere Träger bzw. Trägerkombination	37	62	2.883	9.208	36.338,3 (87.142)	19.922	448.899
Nach Regionstyp	Kernstadt	99	113	2.672	9.046	39.588 (132.614)	23.273	993.710
	Verdichteter Kreis	64	62	3.577	12.199	20.889 (32.302)	20.597	179.898
	Ländliche Region	30	379	5.584	15.531	28.859 (46.307)	34.620	242.777
Nach vertrags-ärztlicher Beteiligung	ohne Vertragsärzte	134	62	2.988	10.211	23.012 (49.145)	22.617	448.899
	mit Vertragsärzten	76	155	3.129	13.076	44.314 (143.268)	24.699	993.710
Nach Rechtsform	GmbH	94	62	2.992	10.191	21.144 (35.475)	22.379	242.777
	gGmbH	61	760	2.914	9.753	18.499 (24.772)	24.272	134.759
	GbR/PartnerG	54	155	4.731	16.282	62.210 (177.930)	26.440	993.710

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020 und KV-Abrechnungsdaten (2019). Arithm. Mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

im ländlichen Raum. Große Unterschiede finden sich hingegen, wenn nach Teilnahmestatus der in den MVZ tätigen Ärzten aufgeschlüsselt wird. MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten hatten im Median 1,14 Mio. Euro, sind im MVZ auch Vertragsärzte tätig, liegt der Gesamtleistungsbedarf bei 1,32 Mio. Euro pro Quartal. Nahezu zwei Drittel (63 %) der teilnehmenden MVZ beschäftigen ausschließlich angestellte Ärzte, in 27% sind neben angestellten Ärzten auch Vertragsärzte tätig. MVZ, die ausschließlich aus Vertragsärzten bestehen, finden sich nur zu 10 % in der Erhebungsstichprobe. Nach Angaben der KBV sind in 80 % der zum 31.12.2019 bestehenden und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ in Deutschland rund 80 % nur angestellte Ärzte tätig. 16 % der MVZ werden von Vertragsärzten geführt, die angestellte Ärzte beschäftigen, allein in 3 % der MVZ praktiziert der

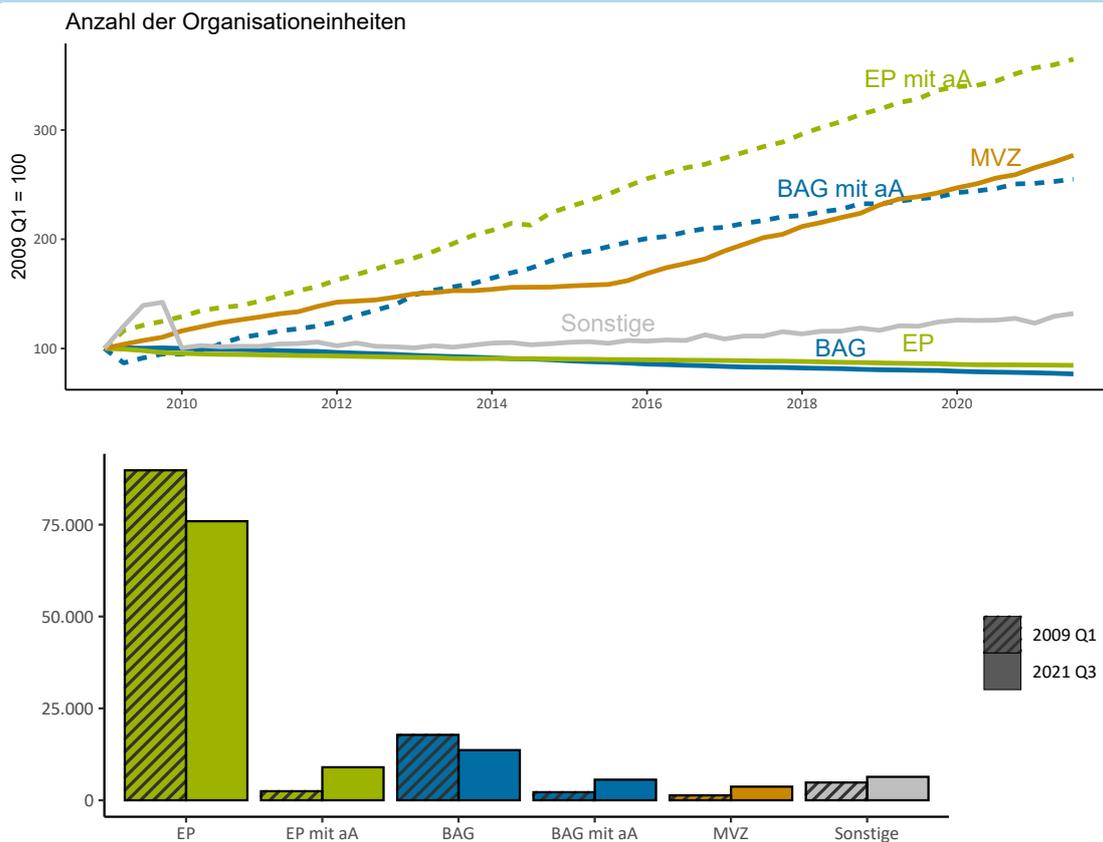
Vertragsarzt ohne Ärzte in Anstellung. Demnach weicht die Verteilung der MVZ-Zusammensetzung in der Erhebungsstichprobe von der in der Grundgesamtheit, insbesondere hinsichtlich den Anteils an MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten, ab. Differenziert nach Rechtsform liegen die gGmbH im Median am höchsten mit 1,22 Mio. Euro gefolgt von GmbHs mit 1,15 Mio. Euro. GbR und Partnergesellschaften erzielten einen medianen Leistungsbedarf von 1,12 Mio. Euro.

Bei Betrachtung des Leistungsbedarfs je Behandlungsfall in Tabelle 7 kann festgestellt werden, dass krankenhausgetragene MVZ mit 118 Euro/Fall einen höheren Median aufwiesen als MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten (82 Euro/Fall). Der Durchschnitt lag hingegen bei den vertragsarztgetragenen MVZ mit 292 Euro/Fall höher als bei den

Gruppe	Ausprägung	N	Min	1. Quartil	Median	Arithm. Mittel (Std.abw.)	3. Quartil	Max
Nach Trägerschaft	Krankenhaus-MVZ	92	3	7,2	13,2	18,3 (14)	25,1	57,2
	Vertragsarzt-MVZ	81	2,5	8	13	16,4 (15,6)	20,5	118,8
	Andere Träger bzw. Trägerkombination	37	0,8	6	13,2	23,1 (33,9)	25,7	191
Nach Regionstyp	Kernstadt	99	2,5	7	13	19,8 (24,4)	23	191
	Verdichteter Kreis	64	0,8	7,8	13	16,5 (11,3)	20,8	51
	Ländliche Region	30	3	8,8	14,8	20,2 (18,7)	23,5	93,5
Nach vertrags-ärztlicher Beteiligung	ohne Vertragsärzte	134	0,8	7	12,6	17,7 (15,2)	22,8	93,5
	mit Vertragsärzten	76	2,5	8,3	14,1	19,8 (25,5)	22,5	191
Nach Rechtsform	GmbH	94	0,8	7	12,8	19,8 (23,5)	26,8	191
	gGmbH	61	2,5	7,2	13,4	17,9 (13,9)	22,8	57,2
	GbR/PartnerG	54	2,5	8,2	13,5	16,9 (17,4)	21	118,8

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020 und KV-Abrechnungsdaten (2019). Arithm. Mittel = Arithmetisches Mittel, Std.abw = Standardabweichung.

Abbildung 38 Quartalsweise Veränderung der Anzahl der Organisationseinheiten nach Organisationsform und Teilnahmestatus im Zeitraum 2009-2021



Quelle: KV-Abrechnungsdaten (2009-2021). EP=Einzelpraxis, BAG=Berufsausübungsgemeinschaft, aA=angestellte Ärzte.

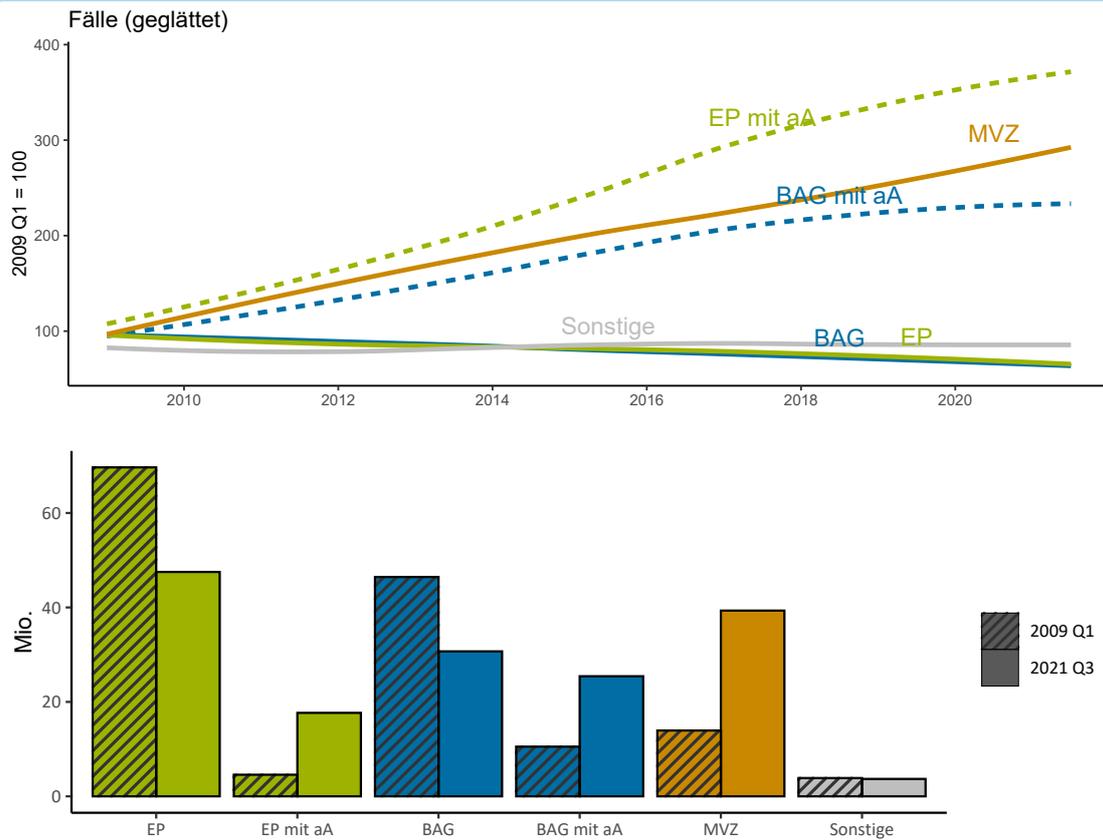
krankenhausgetragenen MVZ (241 Euro/Fall). Das spricht dafür, dass es unter den vertragsarztgetragenen MVZ einige wenige MVZ gibt, die kostenintensivere Leistungen anbieten und abrechnen, die den Durchschnitt somit stark nach oben treiben. In städtischen MVZ lag der Leistungsbedarf pro Fall im Median mit 127 Euro/Fall am höchsten, im Gegensatz zum ländlichen Bereich (76 Euro/Fall) und verdichteten Kreisen (100 Euro/Fall).

Ob in MVZ im Berichtsjahr 2019 ausschließlich angestellte Ärzte oder daneben auch Vertragsärzte tätig sind, hat keine Auswirkung auf den Leistungsbedarf je Fall. Dieser lag in beiden Fällen bei 103 Euro/Fall. Hingegen zeigen sich große Unterschiede nach Rechtsformen. gGmbHs erzielten je Fall 140 Euro, GmbHs nur 112 Euro. MVZ in der Rechtsform einer GbR oder Partnergesellschaften weisen 73 Euro/Fall auf, dies entspricht nur der Hälfte des Leistungsbedarfs je Fall, den MVZ als gGmbH erzielten.

Ein hoher Leistungsbedarf pro MVZ kann auch durch Größe bzw. durch eine hohe Anzahl an Leis-

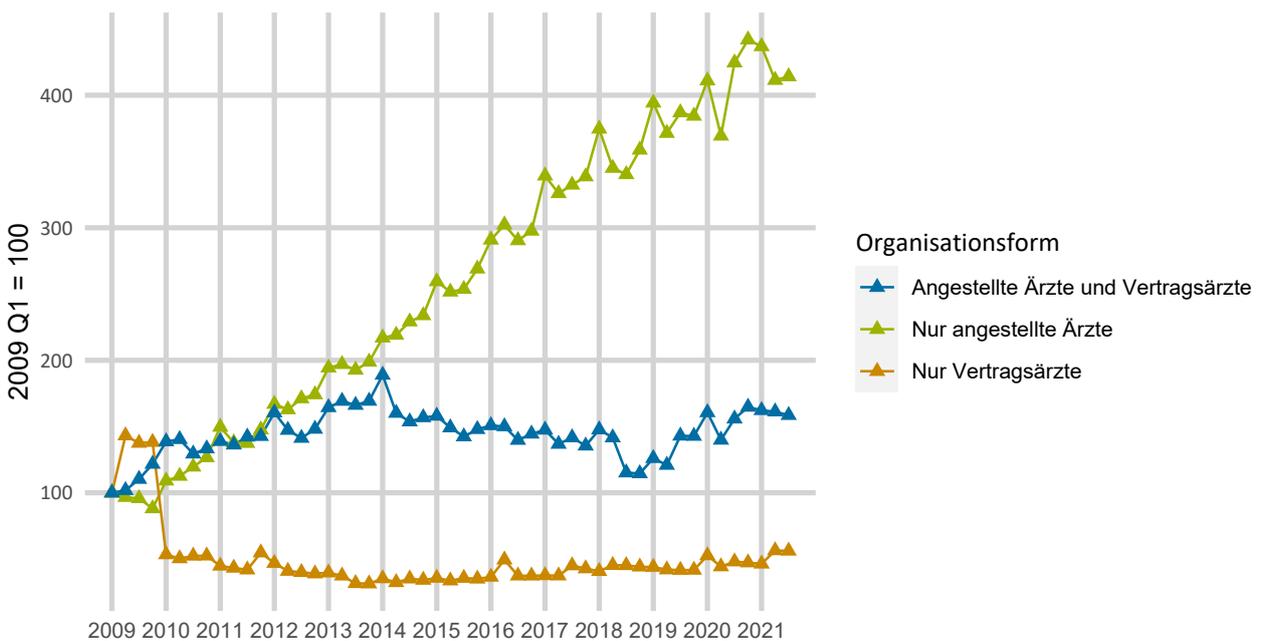
tungserbringern generiert werden. Die Tendenz zur Teilzeitanstellung nimmt unter Ärzten zu, so dass eine hohe Anzahl der Leistungserbringer nicht zwingend mit einem hohen Versorgungsbeitrag – gemessen in Stunden – einhergehen muss. Daher wird im Folgenden der Leistungsbedarf je Vollzulassung untersucht, um den Versorgungsumfang insgesamt abzubilden (vgl. Tabelle 8). Hier wird die Summe der Teilnahmeumfänge aller tätigen Ärzte durch den Leistungsbedarf der MVZ-Hauptbetriebsstätte geteilt. Bei krankenhausgetragenen MVZ liegt der Median bei 87 Tsd. Euro je Vollzulassung, knapp unter dem Wert der vertragsarztgetragenen MVZ (89 Tsd. Euro je Vollzulassung). Bei sonstigen Trägern liegt der Wert im Median bei 75 Tsd. Euro je Vollzulassung. Im ländlichen Bereich liegt der Leistungsbedarf je Vollzulassung bei nur 74 Tsd. Euro je Vollzulassung – deutlich unter den Werten der städtischen MVZ (85 Tsd. Euro/Fall) und den MVZ in verdichteten Kreisen (86 Tsd. Euro/Fall). Keine nennenswerten Unterschiede finden sich bei einer Differenzierung nach Teilnahmestatus der Ärzte oder nach Rechtsform.

Abbildung 39 Quartalsweise Veränderung der Fallzahl nach Organisationsform und Teilnahmestatus im Zeitraum 2009-2021



Quelle: KV-Abrechnungsdaten (2009 bis 2021). EP=Einzelpaxis, BAG=Berufsausübungsgemeinschaft, aA=angestellte Ärzte.

Abbildung 40 Quartalsweise Veränderung der Fallzahl je MVZ-Organisationstyp im Zeitraum 2009-2021



Quelle: KV-Abrechnungsdaten (2009-2021). EP=Einzelpaxis, BAG=Berufsausübungsgemeinschaft, aA=angestellte Ärzte.

Die Fälle pro MVZ stellen einen guten Schätzwert für die Anzahl der im MVZ versorgten Patienten dar (vgl. Tabelle 9). In krankenhausgetragenen MVZ werden im Jahr 2019 im Median etwa 10 Tsd. Fälle generiert, das sind weniger als in vertragsarztgetragenen MVZ (13 Tsd. Fälle). Bei MVZ in anderen Trägerschaften liegt der Median noch niedriger bei 9 Tsd. Fällen. MVZ mit Vertragsärzten und/oder angestellten Ärzten versorgten im Median 13 Tsd. Fälle, das sind rund 3 Tsd. Fälle mehr als bei MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten.

Die Summe der Teilnahmeumfänge (vgl. Tabelle 10) ist im Median entlang aller Trägerformen in etwa gleich mit einem aggregierten Teilnahmeumfang von 13 Vollzulassungen pro MVZ. Im ländlichen Bereich liegt der Median mit einem Teilnahmeumfang von 15 etwas höher. Dort scheinen die MVZ also etwas größer zu sein. MVZ mit vertragsärztlicher Beteiligung haben im Median 14,1 Teilnahmeumfänge und MVZ ohne nur 12,6. Nach Rechtsform aufgeschlüsselt ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede beim Median.

4.3. Exkurs: MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung. Ergebnisse aus den KV-Abrechnungsdaten der Grundgesamtheit

In diesem Abschnitt werden Analysen auf Grundlage der KV-Abrechnungsdaten zur zeitlichen Verschiebung der Versorgungsleistung innerhalb der Fachgebiete bzw. Versorgungsräume vorgestellt. Die vorliegenden Analysen haben das Ziel, eine im Zeitverlauf vergleichende Darstellung ausgewählter Kennziffern (bspw. Leistungsbedarf) zur Beschreibung der ambulanten Versorgungslandschaft im niedergelassenen Bereich nach unterschiedlichen Organisationstypen zu ermöglichen. Damit sollen Verlagerungseffekte des Leistungsgeschehens unter Berücksichtigung neuerer kooperativen Versorgungsformen in Form von MVZ nach einheitlichen Kriterien vergleichend dargestellt werden.

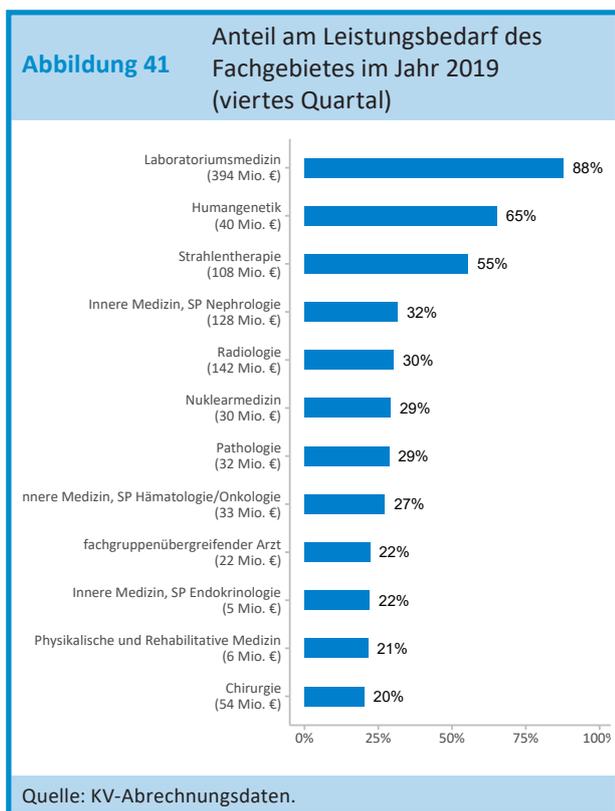
Datengrundlage für die Berechnungen sind die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V. Die Auswertungen beziehen sich auf die durch alle teilnehmenden Ärzte erbrachte ambulante Versorgung in einem Zeitraum von 2009 bis 2021. In die Betrachtung eingeschlossen werden alle an

der Patientenversorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzte anhand des Arztgruppenmerkmals der lebenslangen Arztnummer sowie ihrer Tätigkeit in verschiedenen Organisationsformen (Einzelpraxis (EP), Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sowie MVZ). Unter den Organisationsformen in der Kategorie Sonstiges werden Typen wie Labore, Krankenhäuser u. a. subsummiert. Es handelt sich beim untersuchten Versorgungsgeschehen um ausschließlich bundesweite kollektivvertragliche Gebührenordnungspositionen.

In einem ersten Schritt wird die dynamische Entwicklung der ambulanten Versorgung differenziert nach Organisationsform betrachtet. Hinsichtlich der Organisationsformen unterscheiden wir zwischen MVZ, Einzelpraxis (EP) und Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sowie mit oder ohne Ärzten in Anstellung. Die Anzahl der Behandlungsfälle, die Höhe des Leistungsbedarfs sowie der Vollzeitäquivalente werden als Maßzahlen zur Abbildung des Versorgungsgeschehens bzw. des -umfangs in den unterschiedlichen Organisationsformen mit und ohne angestellten Ärzte gewählt. Abbildung 40 zeigt zunächst die Entwicklung des Bestands an EP, BAG sowie MVZ mit und ohne angestellten Ärzte, wobei wir hinsichtlich MVZ die Differenzierung nach Teilnahmestatus der tätigen Ärzte unterlassen, da die Mehrheit der MVZ Ärzte anstellen. Während die Anzahl an EP und BAG ohne angestellte Ärzte rückläufig ist, steigt der Bestand an EP sowie BAG, die jeweils angestellte Ärzte beschäftigen.

Gleiches spiegelt sich auch in Abbildung 41, die die zeitliche Veränderung der Anzahl der Behandlungsfälle darstellt. Bei einer Gegenüberstellung der Anzahl der Behandlungsfälle im dritten Quartal 2021 im Vergleich zum ersten Quartal 2009 ist ein deutlicher Anstieg der Behandlungsfälle sowohl in MVZ als auch in den anderen Organisationsformen EP und BAG jeweils mit angestellten Ärzten erkennbar.

Es ist zu vermuten, dass Inhaber von EP und BAG sich tendenziell für die Anstellung von Ärzten entscheiden, ihre Versorgungskapazitäten erweitern und somit in der Lage sind, mehr Patienten bzw. Behandlungsfälle zu versorgen. Der Anteil Behandlungsfälle ist in EP und BAG ohne angestellte Ärzte



entsprechend rückläufig.

MVZ können hinsichtlich des Teilnahmestatus bzw. Eigentümerstatus der dort tätigen Ärzte unterschiedlich zusammengesetzt sein. Auch MVZ lassen sich in Einrichtungen aufteilen, die ausschließlich angestellte Ärzte beschäftigen oder von Vertragsärzten – in dem Fall meist die Inhaber – mit oder ohne angestellte Ärzte geführt werden.

Abbildung 40 zeigt deutlich, dass die Fallanzahl in MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten im Zeitraum 2009 bis 2021 stark zugenommen hat und tendenziell weiterhin ansteigen wird. MVZ mit ausschließlich Vertragsärzten haben sich nach einem Rückgang in der Fallzahl seit 2012 auf einem niedrigeren Niveau stabilisiert; MVZ in denen sowohl Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte tätig sind, weisen mit leichten Schwankungen im Schnitt eine unveränderte Anzahl der Behandlungsfälle aus.

4.4. Die Bedeutung des Organisationstyps MVZ für die vertragsärztliche Versorgung

Abbildung 41 zeigt die Verbindung zwischen der absoluten Höhe des GKV-Gesamtleistungsbedarfs je Fachgebiet und dem entsprechenden Anteil des Leistungsbedarfs, der in MVZ im vierten Quartal

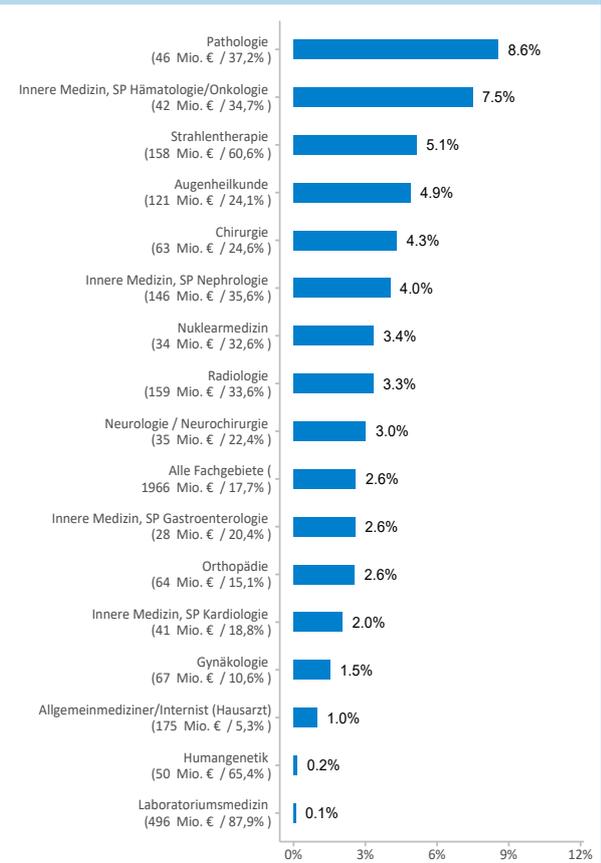
2019 erbracht wird. Die Fachgebiete sind auf der Ordinate absteigend nach Höhe des Leistungsbedarfes (in Euro) sortiert. Die Balken zeigen den Anteil des Leistungsbedarfs je Fachgebiet, der in MVZ erbracht wird. Insgesamt werden 15,1 % des vertragsärztlichen Leistungsbedarfs in MVZ erbracht. Bezogen auf die absolute Höhe sind dies 1,5 Milliarden Euro im vierten Quartal 2019. Die höchsten Umsätze entfallen auf die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin (394 Mio. Euro), Radiologie (142 Mio. Euro) und Nephrologie (128 Mio. Euro). Die relative Bedeutung des Organisationstypus "MVZ" für die Fachgebiete zeigt ein anderes Profil: Hierbei fällt auf, dass fast 90 % des Gesamtleistungsbedarfs in der Labormedizin auf MVZ entfallen. Der Anteil im Fachgebiet Strahlentherapie sowie Humangenetik liegt bei über 50 %, gefolgt von Radiologie und Nephrologie mit über 30 %. Erkennbar ist, dass es sich hierbei um Fachgebiete handelt, die hohe Investitionen in Geräte und Apparate erfordern.

In der folgenden Abbildung 42 wird die Dynamik der Migration zum Organisationstypus MVZ anhand der prozentualen Veränderung der Anteile am Leistungsbedarf sowie der Versorgungskapazität zwischen dem vierten Quartal 2019 und dem dritten Quartal im Jahr 2021 dargestellt. Der Anteil des Leistungsbedarfes, der in der Pathologie im 3. Quartal 2021 generiert wurde, wurde zu 37 % (46 Mio. Euro) in MVZ realisiert, wobei sich dieser Anteil um rund 9 % gegenüber dem 4. Quartal 2019 (29 %) ausweitete. Auch im Fachgebiet der Hämatologie/Onkologie kam es zu einer Ausweitung des in MVZ erbrachten Leistungsbedarfs am Gesamtleistungsbedarf um rund 8 %. Die Fachgebiete Strahlentherapie, Augenheilkunde sowie Chirurgie entwickelten sich ebenfalls zwischen den Jahren 2019 und 2021 dynamisch und umsatzstark. Es zeigt sich eine Erhöhung des in MVZ erzielten Leistungsbedarfs von 4-5 %.

MVZ Anteil am Leistungsbedarf nach Versorgungsraum

Im Folgenden wird der Anteil des Leistungsbedarfs, der in MVZ erbracht wird, nach Versorgungsraum betrachtet, um die Entwicklung des Versorgungsgeschehens in den ausgewählten Fachgebieten auf regionale Unterschiede zu prüfen. Hierbei werden die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen den

Abbildung 42 Quotendifferenz Leistungsbedarf 2021 zu 2019



Quelle: KV-Abrechnungsdaten.

Versorgungsräumen Nord, Süd, West und Ost wie folgt zugewiesen: die KVen Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen und Berlin bilden den Versorgungsraum Nord. Die KVen Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen und Saarland werden dem Versorgungsraum West zugeordnet. Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg sowie Bayerns werden dem Versorgungsraum Süd zugeordnet. Außer Berlin gehören alle neuen Bundesländer zum Versorgungsraum Ost. Abbildung 43 zeigt den MVZ-Anteil am Gesamtleistungsbedarf je Fachgebiet und je Versorgungsraum.

Kaum ein Fachgebiet zeigt regional einheitliche Anteile in der Versorgung durch MVZ. Interessant erscheint, dass sich oft bei internistischen Fachgebieten ein regional deutlich abweichendes Profil zeigt. Auch der Leistungsbedarf für Patienten der Strahlentherapie bzw. der Humangenetik erreicht im Versorgungsraum Ost mit rund 71 % bzw. 88 % einen überproportional hohen MVZ-Anteil. Der Anteil in Deutschland liegt bei 55 % bzw. 65 %.

Abbildung 44 zeigt die Veränderung des MVZ-Anteils am Leistungsbedarf in dem Zeitraum 2019-2021 je Versorgungsraum.

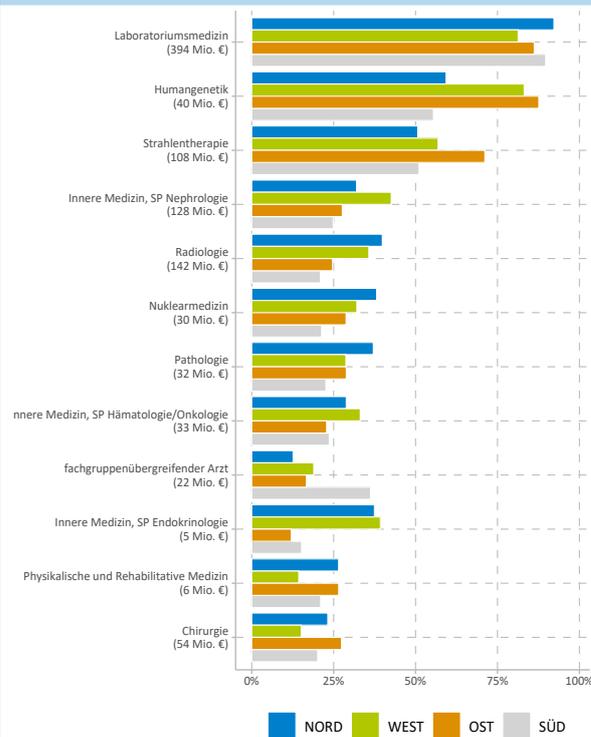
Der unterdurchschnittliche MVZ-Anteil aller Fachgebiete am Gesamtleistungsbedarf im Versorgungsraum-Süd (13,6 %) weitete sich überdurchschnittlich aus (+3,2 %). Dies wird insbesondere durch die starken Veränderungen in umsatzstarken Fachgebieten (Nephrologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie) mit eher niedrigen MVZ-Quoten im Jahr 2019 bewirkt. Der MVZ-Anteil am Gesamtleistungsbedarf im Fachgebiet Hämatologie/Onkologie hat sich im Jahr 2021 gegenüber 2019 um rund 15 % erhöht.

Bemerkenswert erscheint, dass der bereits überdurchschnittliche MVZ-Anteil (22 %) in der Augenheilkunde im Versorgungsraum-Süd weiter kräftig (4,7 %) zugenommen hat.

Versorgungsumfang: Gemessen in Vollzeitäquivalenten

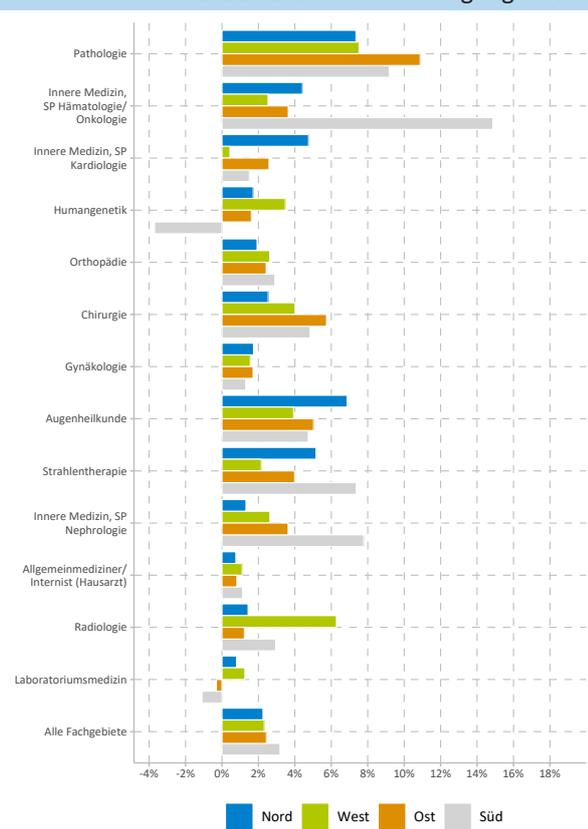
Die Höhe des Leistungsbedarfs gibt keine Auskunft über die Höhe der Versorgungskapazitäten, d. h.

Abbildung 43 Anteil am Leistungsbedarf des Fachgebietes nach Versorgungsraum im Jahr 2019



Quelle: KV-Abrechnungsdaten.

Abbildung 44 Quotendifferenz Leistungsbedarf 2021 - 2019 nach Versorgungsraum



Quelle: KV-Abrechnungsdaten.

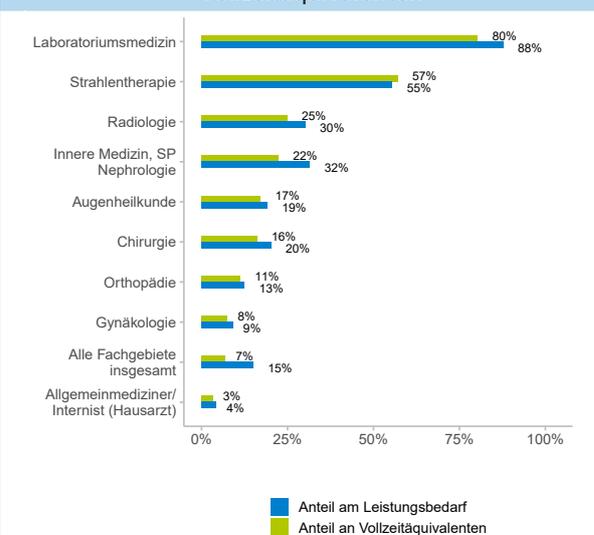
in welchem ärztlichen Umfang die Leistungen erbracht werden. Um den Versorgungsumfang abbilden zu können, wird der Anteil der in MVZ erbrachten Teilnahme- bzw. Versorgungsumfänge (Anzahl Arztsitze) betrachtet und in Relation zum Gesamtteilnahmeumfang der in allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Organisationsformen gesetzt. Daraus ergibt sich analog zum Leistungsbedarf die MVZ-Quote für den Versorgungsumfang, der in MVZ in ausgewählten Fachgebieten für das vierte Quartal im Jahr 2019 geleistet wird.

Bezieht man die MVZ-Quote auf die ärztlichen Kapazitäten (Vollzeitäquivalente) reduziert sich dieser Prozentwert stark und variiert zwischen den Fachgruppen. Es lässt sich festhalten, dass im Jahr 2019 rund 15 % des Gesamtleistungsbedarfs für Leistungen in MVZ aufgewendet wurde, dafür jedoch nur 7 % aller im ambulanten Versorgungsbereich vorhandenen ärztlichen Kapazitäten eingesetzt wurde.

Große Unterschiede zwischen dem MVZ-Anteil am Gesamtleistungsbedarf und dem Anteil der in MVZ geleisteten Vollzeitäquivalente sieht man vorrangig in den Abrechnungsgebieten Laboratoriumsmedizin, Radiologie sowie Nephrologie (vgl. Abbildung 45).

Allerdings sind auch in MVZ – aus nachvollziehbaren Gründen (z.B. Anstellung von Ärzten, Nähe zur Klinik) – bestimmte Fachgebiete (u.a. Radiologie,

Abbildung 45 Anteil der MVZ an Vollzeitäquivalenten



Quelle: Zi-MVZ-Panel 2020.

Strahlentherapie, Nephrologie) gemessen am Zulassungsumfang und/oder an ärztlichem Personal besonders stark vertreten (vgl. auch Abbildungen 41f). Bedingt durch die grundsätzlich relativ hohen Fallwerte dieser Fachgebiete (z.B. im KBV-Honorarbericht) wird der oben beschriebene Unterschied zwischen personellem (entsprechend der Zulassung) und finanziellem Gewicht (Leistungsbedarf in EURO) der MVZ rechnerisch bewirkt.

Mit Blick auf die Veränderung der MVZ-Quote hinsichtlich des Versorgungsumfanges im Betrachtungszeitraum 2019 gegenüber 2021, zeigt sich eine Zunahme des MVZ-Anteils hinsichtlich der Vollzeitäquivalente, die jedoch mit der Zunahme des MVZ-Leistungsbedarfsanteils insgesamt bzw. in ausgewählten Fachgebieten einhergeht.

Kapitel 5

Lage und Ausrichtung

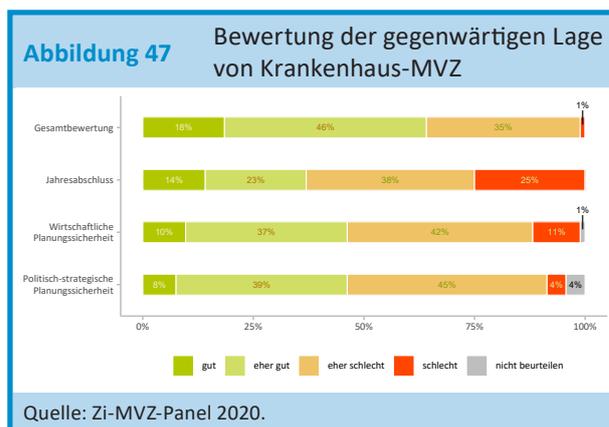
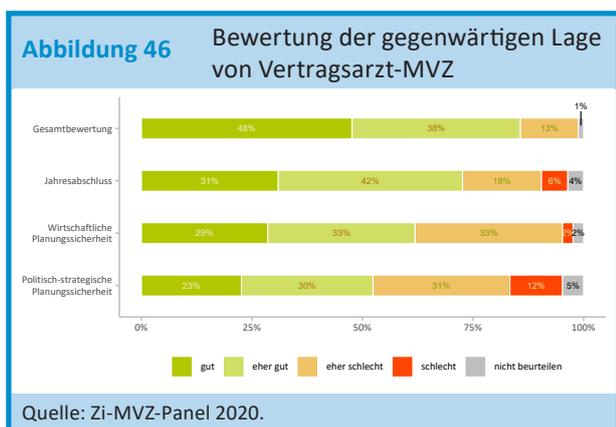
Medizinischer Versorgungszentren

In diesem Abschnitt sollen subjektive und perspektivische Fragen herangezogen werden, um ein möglichst umfassendes Bild der MVZ in Deutschland zu zeichnen. Mit dem Themenbereich zu Bewertung, Planung und Erwartung werden MVZ neben der Bewertung der gegenwärtigen Situation des MVZ u. a. nach ihren Erwartungen hinsichtlich der Entwicklung der Wirtschaftslage im Jahr 2020 sowie zu Motiven der Erweiterung, Verkleinerung und des Verkaufs des MVZ gebeten. Insgesamt enthält das folgende Kapitel Angaben zu:

- Bewertung der gegenwärtigen Situation
- Erwartungen zur Entwicklung im Jahr 2020 bzw. perspektivisch in drei Jahren
- Motive geplanter Neuausrichtungen.

Bewertung

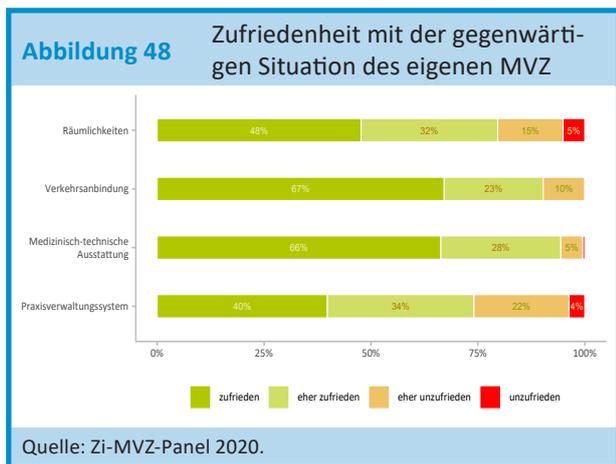
Die teilnehmenden Einrichtungen wurden gebeten, ihre zum Bearbeitungszeitpunkt aktuelle Situation zu bewerten. Etwa drei Viertel der Teilnehmenden (77 %, n=214) schätzten ihre Gesamtsituation als eher gut bzw. gut ein, wobei Vertragsarzt-MVZ ihre Gesamtsituation deutlich öfter als gut bzw. eher gut als Krankenhaus-MVZ (Vertragsarzt-MVZ: 86 %, n=84; Krankenhaus-MVZ: 74 %, n=92 einschätzten (vgl. Abbildung 46 und Abbildung 47). Bei der Frage nach der Höhe des Jahresüberschusses ändert sich das Bild etwas: Insgesamt bewertete etwas mehr als die Hälfte der antwortenden MVZ die Höhe des Jahresüberschusses als gut bzw. eher gut (52 %, n=214). Unterscheidet man an dieser Stelle nach Trägerart, zeigt sich eine gegensätzliche Bewertung zwischen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ: Etwas mehr als ein Drittel der Krankenhaus-MVZ (37 %, n=92) bewerteten die Höhe des Jahresüberschusses als gut bzw. eher gut, während es bei den Vertragsarzt-MVZ 73 % (n=84) waren.



Weiterhin sollten die Teilnehmenden die wirtschaftliche Planungssicherheit für die kommenden zwölf Monate bewerten. In der Gesamtbetrachtung wird dieser Punkt mit 56 % überwiegend positiv mit gut bzw. eher gut bewertet. Nach Trägerart getrennt, ergeben sich erneut deutliche Unterschiede. Etwas weniger als die Hälfte der krankenhausegetragenen MVZ (n=93) bewerteten die wirtschaftliche Planungssicherheit als gut bzw. eher gut (47 %), bei den Vertragsarzt-MVZ (n=84) waren es 62 %. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2019 hat die überwiegend positive Bewertung der wirtschaftlichen Planungssicherheit deutlich abgenommen.

Außerdem wurden die teilnehmenden Einrichtungen gebeten, die politisch-strategische Planungssicherheit für die kommenden zwölf Monate zu bewerten. Insgesamt zeigt sich ein ausgeglichenes Ergebnis (gut bzw. eher gut: 51 %; schlecht bzw. eher schlecht: 46 %). Bei Betrachtung der Werte nach Trägerart lassen sich keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

Die Teilnehmenden wurden ebenfalls gebeten, ihre Zufriedenheit mit folgenden Aspekten zu bewerten (vgl. Abbildung 48): Es zeigt sich eine deutliche Mehrheit der MVZ, die mit den Räumlichkeiten (80 %), mit der Verkehrsanbindung (90 %), mit der medizinisch-technischen Ausstattung (94 %) sowie mit den Praxisverwaltungssystemen (74 %) zufrieden bzw. eher zufrieden waren (n=216). Hier gibt es differenziert nach Trägerart sowie im Vergleich zu den Werten der Vorerhebung zum Berichtsjahr 2017 keine wesentlichen Unterschiede.



Erwartung

Ein weiteres Themenfeld in der Erhebung zum Berichtsjahr 2019 waren die Erwartungen für Entwicklungen bezüglich der Wirtschaftslage, der Betriebskosten und der Ausstattung im Jahr 2020. An dieser Stelle ist zu beachten, dass es bis Ende April 2020 möglich war, an der Erhebung teilzunehmen. Aufgrund der Covid19-Pandemie wurde der Erhebungszeitraum verlängert, auch wenn dadurch die Fragen nur eingeschränkt interpretiert werden können bzw. die Erwartung eher als Einschätzung der IST-Situation betrachtet werden muss.

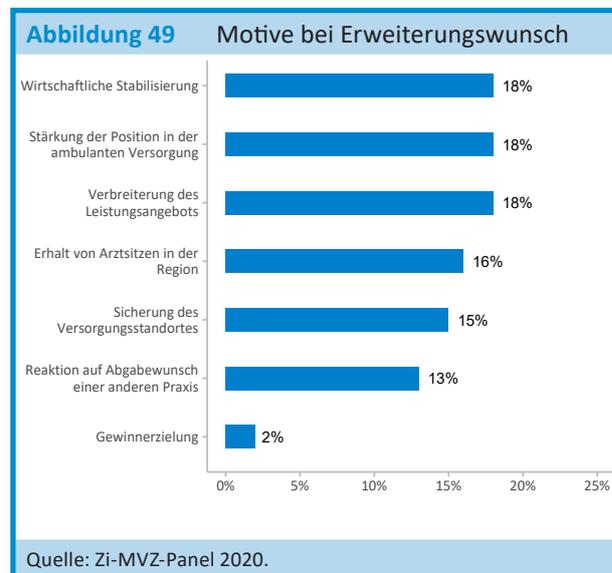
Hinsichtlich der Wirtschaftslage in 2020 erwarteten lediglich 23 % eine Verbesserung, 54 % rechneten mit einer Verschlechterung der Wirtschaftslage. Im Vergleich zur letzten Erhebungswelle, in der nach der erwarteten Wirtschaftslage für das Jahr 2019 gefragt wurde, gaben noch knapp die Hälfte der teilnehmenden MVZ (49 %) an, eine Verbesserung der Wirtschaftslage zu erwarten, weitere 38,7 % erwarteten keine Veränderung. Vertragsarzt-MVZ erwarteten eine deutlich verbesserte Wirtschaftslage (27 %) als Krankenhaus-MVZ (18 %). Hinsichtlich der Ausstattung erwarteten 40 % der Vertragsarzt-MVZ, jedoch nur 19 % der krankenhausgetragenen MVZ eine Verbesserung. Bei den Betriebskosten für 2020 erwartete zwei Drittel eine Steigerung (68 %) und etwa ein Drittel keine Veränderung (30 %).

Planung

Neben der Einschätzung der gegenwärtigen Lage in 2019 sowie der erwarteten Entwicklung für das Jahr 2020, wurden die Teilnehmenden nach ihrem Planungshorizont befragt. Hierbei sind Aspekte der Erweiterung, Verkleinerung sowie Abgabe des MVZ

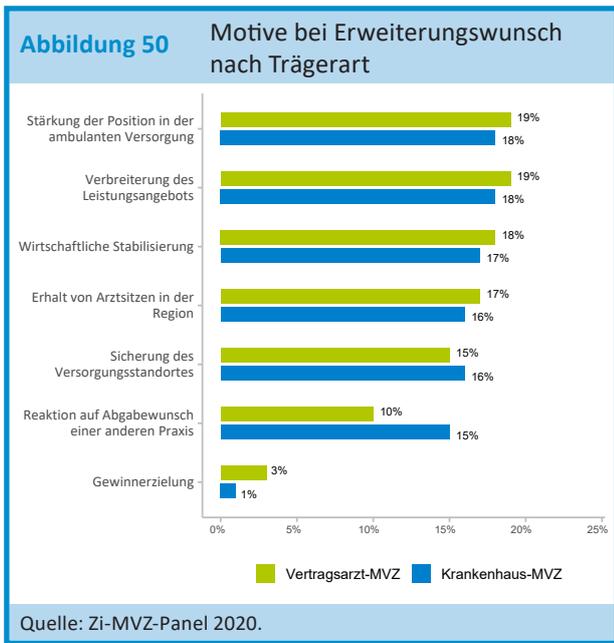
von großer Relevanz, um ein vages Bild der Dynamik unter den teilnehmenden MVZ abbilden zu können. Mehr als die Hälfte (54 %) der MVZ in der Stichprobe planten, ihr MVZ in den nächsten drei Jahren zu erweitern, wobei krankenhausgetragene MVZ mit 59 % der Fälle etwas mehr als vertragsarztgetragene MVZ eine Erweiterung anstrebten (49 % bei Vertragsarzt-MVZ).

Die MVZ mit Erweiterungswunsch wurden in einem nächsten Schritt nach den Motiven einer geplanten Erweiterung gefragt. Dabei wurden mit 18 % am häufigsten die Antworten „Stärkung der Position in der ambulanten Versorgung“, „Verbreiterung des Leistungsangebots“ und „Wirtschaftliche Stabilisierung“ genannt (vgl. Abbildung 49). Gewinnerzielung war in lediglich 2 % der Fälle das Motiv der Erweiterung.



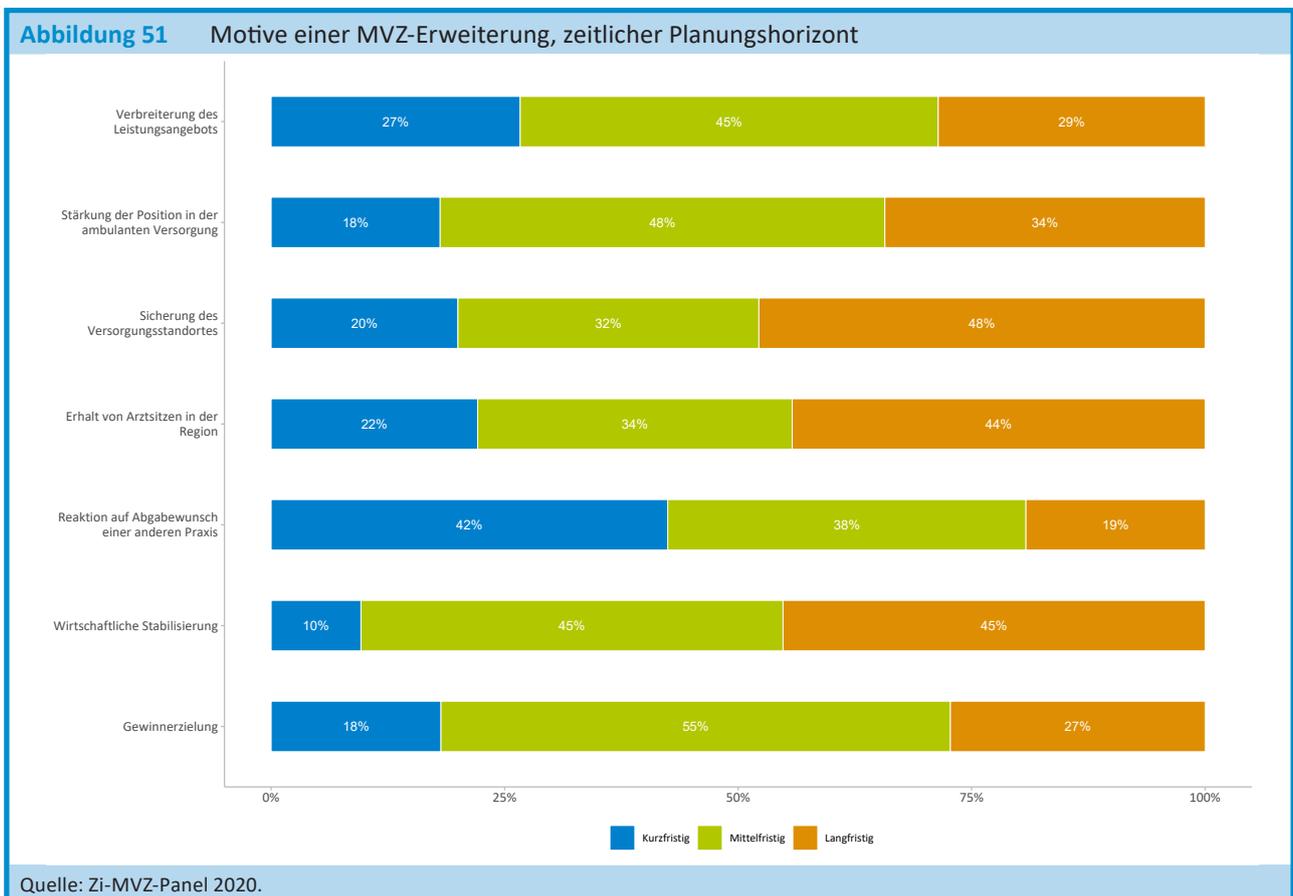
Wenn nach Trägerart differenziert wird, sind die Motive in etwa gleich ausgeprägt, allerdings ist es bei krankenhausgetragenen MVZ häufiger die Reaktion auf den Abgabewunsch einer anderen Praxis. In 3 % der Fälle wurden unter den vertragsarztgetragenen MVZ Gewinnerzielung als Motiv genannt (vgl. Abbildung 50).

Die teilnehmenden MVZ wurden auch nach dem zeitlichen Planungshorizont der Erweiterung gefragt (vgl. Abbildung 51). Dabei fällt auf, dass bei 42 % der MVZ die Erweiterung als kurzfristige Reaktion auf einen Abgabewunsch einer anderen Praxis folgt. Die Mehrheit der Motive wurde eher für die mittlere bis längere Frist verfolgt. Bspw. planten 90 %



Auf der anderen Seite planen lediglich 4 % der teilnehmenden MVZ eine Verkleinerung, 6 % gaben an, ihr MVZ komplett abgeben zu wollen. Allerdings war dies bei immerhin jedem zehnten MVZ der vertragsarztgetragenen MVZ ein aktuell diskutiertes Thema – nur bei 1 % bei krankenhausgetragenen MVZ.

der MVZ mit einer Erweiterung in den nächsten drei Jahren eine wirtschaftliche Stabilisierung des MVZ. Die Stärkung der ambulanten Versorgung, eine Verbreiterung des Leistungsspektrums sowie Gewinnerzielung waren tendenziell mittelfristig verfolgte Ziele.



Kapitel 6

Erhebungsablauf und Erläuterungen

Bei dem Zi-MVZ-Panel handelt es sich um eine Befragung von Medizinischen Versorgungszentren und ihnen gleichgestellten Einrichtungen nach §§ 95 bzw. 311 des fünften Sozialgesetzbuches (im Weiteren: MVZ). Die Erhebung wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Rahmen seiner satzungsgemäßen Aufgaben aus eigenen Mitteln durchgeführt. Das Zi ist die Forschungseinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die erste Erhebung des Zi-MVZ-Panels im Jahr 2015 lief als Sondererhebung im Rahmen des Zi-Praxis-Panels und wurde zum ersten Mal ausschließlich als Online-Erhebung durchgeführt.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verzeichnen seit einigen Jahren ein erhebliches Wachstum und etablieren sich als wichtiger Teil der Versorgung in Deutschland. Gleichzeitig sind öffentlich verfügbare Daten über die dort stattfindende Versorgung und auch hinsichtlich wirtschaftlicher Fragestellungen kaum zu finden. Zur weiteren Erforschung von ökonomischen Aspekten und wirtschaftlich relevanten Rahmenbedingungen haben die Gremien des Zi im Jahr 2015 beschlossen, das Zi-MVZ-Panel ins Leben zu rufen, um hier mehr Transparenz zu schaffen. Die erste eigenständige Befragung aller MVZ in Deutschland wurde im Jahr 2017 (Stichtag 31.12.2016) durchgeführt. Mit dem Zi-MVZ-Panel 2020 folgte die dritte Welle zwischen September 2020 und Mai 2021. In dem vorliegenden Jahresbericht werden Ergebnisse aus der Erhebung sowie gesonderten Auswertungen auf Basis der KV-Abrechnungsdaten zum Berichtsjahr 2019 veröffentlicht. Zudem bietet der Jahresbericht Einblicke in das Versorgungsgeschehen der teilnehmenden MVZ durch eine Verknüpfung der Erhebungs- mit den KV-Abrechnungsdaten. Die Ergänzung der Abrechnungsdaten um bedeutsame Merkmale, die allein aus der Erhebung gewonnen werden, ermöglicht eine detaillierte und wertvolle Analyse. Merkmale wie Trägerschaft, Rechtsform sowie Regionstyp, die allein aus der Erhebung stammen, können in Verbindung mit dem Leistungsgeschehen auf Basis der KV-Abrechnungsdaten zur Erklärung bestimmter Versorgungsmuster beitragen.

Die Teilnahme an der Online-Erhebung ist freiwillig und die Anonymität der teilnehmenden Einrichtungen ist durch die Einbindung einer unabhängigen Treuhandstelle vollständig gewährleistet.

Erhebungsinhalte

Die Erhebung zum Berichtsjahr 2019 untergliederte sich konkret in folgende fünf Themenfelder:

- Struktur und Organisationsstruktur
- Versorgungsauftrag
- Bewertung, Planung & Erwartung
- Personal in MVZ
- Finanzen

Die Erhebungseinheit ist im Rahmen des Zi-MVZ-Panels der über die physische Adresse und die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) definierte Vertragsarztsitz, d. h. die Hauptbetriebsstätte des MVZ bzw. der gleichgestellten Einrichtung, inklusive aller ausgelagerten Praxisräume und Nebenbetriebsstätten mit eigener Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR), die Leistungen unter derselben HBSNR abrechnen. Teilnehmende Einrichtungen, die Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sind, sollen grundsätzlich Angaben zur gesamten Berufsausübungsgemeinschaft machen. Zum Teil enthalten die Fragen gesonderte Ausfüllhinweise für MVZ, die Teil einer örtlichen oder überörtlichen BAG sind. In diesen Fällen sind die Angaben ausschließlich für die zur BAG gehörenden MVZ zu machen.

Erhebungszeitraum und -umfang

Alle teilnahmeberechtigten rund 3.600 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und ihnen gleichgestellte Einrichtungen nach §§ 95 bzw. 311 des fünften Sozialgesetzbuches wurden im September 2020 zur Teilnahme am Zi-MVZ-Panel 2020 eingeladen und konnten sich bis Ende Mai 2021 an der Erhebung zum Berichtsjahr 2019 beteiligen. Mit der Finalisierung des Online-Fragebogens wurden die Teilnehmenden aufgefordert, das als Webversion angebotene Datenblatt auszufüllen und an die Zi-Treuhandstelle zu übermitteln. Das vollständig ausgefüllte Datenblatt war Grundlage für die Verwaltung der Teilnahmedaten, die Auszahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 350 € und die Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer, um die entsprechenden KV-Abrechnungsdaten zuzuord-

nen. Die Angaben zur Kontaktperson erleichterten die Kommunikation im Rahmen der Erhebung sowie der Bereitstellung des Berichtsportals, welches den Teilnehmenden nach Abschluss der Analysen im Februar 2022 bereitgestellt wurde.

Datenschutz

Das Zi verfügt über ein Datenschutzkonzept, das die Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Einrichtungen sicherstellt, indem die Verarbeitung personenbezogener- bzw. einrichtungsbezogener Daten und Erhebungsdaten sowohl organisatorisch und räumlich als auch personell strikt getrennt erfolgt. Die Verarbeitung personenbezogener Informationen obliegt der Zi-Treuhandstelle. Sämtlicher Schriftverkehr mit den Teilnehmenden erfolgt über die Zi-Treuhandstelle. Unterlagen des Zi, die für die Teilnehmenden bestimmt sind und beispielsweise Registrierungs- bzw. Zugangsdaten enthalten, werden der Zi-Treuhandstelle in einem verschlossenen Umschlag übergeben und von der Zi-Treuhandstelle weitergeleitet. So wird gewährleistet, dass die Zi-Treuhandstelle zu keinem Zeitpunkt Zugriff oder Kenntnis zu den Antworten aus der Erhebung erhält.

Die Verarbeitung der erhobenen Daten erfolgt ausschließlich in einer Datenstelle, d. h. in einem speziell abgesicherten und isolierten Raum innerhalb des Zi, zu dem nur berechtigte Mitarbeitende Zutritt haben. Aus der Datenstelle werden grundsätzlich nur aggregierte Ergebnisse entnommen. Eine Ausnahme bilden die Ergebnisse für das individuelle Online-Berichtsportal, welches den teilnehmenden MVZ im Abschluss der Erhebung bereitgestellt wird. Hierfür werden MVZ-spezifische Daten entnommen – allerdings nur für Einrichtungen, die an der Erhebung teilgenommen haben. Außerdem werden Ergebnisse, bei denen Antwortkategorien weniger als sechs Teilnehmende umfassen, aus Datenschutzgründen nicht aus der Datenstelle entnommen und können damit auch nicht veröffentlicht werden.

Ergebnisse und Berichte

Die Erhebungsergebnisse des Zi-MVZ-Panels zum Berichtsjahr 2019 werden im vorliegenden Jahresbericht deskriptiv-statistisch mittels Angaben zu Häufigkeiten und Lageparametern beschrieben. Aufgrund der organisatorischen Heterogenität von MVZ-Einrichtungen und der erheblichen Unter-

schiede zwischen den teilnehmenden Einrichtungen bezüglich ihrer fachlichen Zusammensetzung und Größe, wird vorwiegend der Median als Lagemaß berichtet, in Einzelfällen wird auch das arithmetische Mittel, im Jahresbericht als Durchschnitt bzw. Mittelwert benannt, ausgewiesen.

Im Rahmen des Zi-MVZ-Panels erhalten alle MVZ – nicht nur die teilnehmenden Einrichtungen – nach Abschluss der Auswertungen eine Fachinformation, die für die interessierte Öffentlichkeit auch online zur Verfügung steht. Für die Teilnehmenden gibt es darüber hinaus Zugang zu einem Online-Berichtsportal, welches die eigenen Ergebnisse für ausgewählte Kennziffern den Werten der entsprechenden Vergleichsgruppe gegenüberstellt. Das Berichtsportal enthält folgende Kennzahlen:

- Altersstruktur der Patienten
- Gesamtleistungsbedarf je Vollzulassung
- Basisleistungsanteil
- Mitversorgungsgrad mit anderen ambulanten Leistungserbringern
- Liste identifizierter Kernleistungsbereiche auf Basis der GOP-Umsatzanteile,
- Rangliste der umsatzstärksten GOP-Leistungen für die ersten fünf Kernleistungsbereiche sowie der Rang der entsprechenden GOP innerhalb der Vergleichsgruppe.
- ausgewählte Ergebnisse aus den Erhebungsdaten, die als Differenzierungsmerkmale verwendet werden (Träger, Rechtsform, u.a.)

Aussagekraft der Ergebnisse

Die organisatorischen Optionen bei Medizinischen Versorgungszentren sind vielfältig, woraus sich für die empirische Versorgungsforschung eine große Herausforderung ergibt. Hinzu kommt, dass durch die Vielfältigkeit der Gestaltungsmöglichkeiten und Einbindung von MVZ in Versorgungsnetzwerke, das Untersuchungsobjekt „MVZ“ einer gewissen Unschärfe unterliegt. Präzise Definitionen sind hier entscheidend, um klare Vorgaben zu machen, zu welcher Erhebungseinheit die teilnehmenden Einrichtungen Angaben machen sollen und welche Organisationseinheiten dazu gehören. Diese Genauigkeit ist erforderlich, um vergleichbare Ergebnisse zu produzieren.

Das Erhebungsinstrument muss in der Lage sein, die zu beantwortenden Fragen zu operationalisieren, aber auch die notwendigen Differenzierungsmerkmale zu erfassen. Unverändert gilt die Unterscheidung nach Trägerschaft und Regionstyp als erforderlich. Für bestimmte Auswertungen, z. B. zu den Finanzen des MVZ, bedarf es weiterer Differenzierungsmerkmale, die darüber hinaus alle gleichzeitig angewendet werden sollten. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Merkmalen sollte zudem nach Art des Jahresabschlusses (steuerliche Überschussrechnung, Bilanz) sowie nach fachlichem Tätigkeitsspektrum unterschieden werden. Der hieraus hervorgehende erforderliche Detailgrad setzt ausreichend hohe Teilnahmequoten voraus. Mit den gegenwärtig noch schwachen Rücklaufquoten ist die Aussagekraft von detaillierten Ergebnissen eingeschränkt.

Datenquellen

Das Zi-MVZ-Panel umfasst neben den Auswertungen auf Basis der Zi-eigenen Primärerhebung bundesdeutscher MVZ auch Auswertungen auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den GKV-Leistungen (ohne Selektivverträge). Bei Letzterem kann das Zi auf die Grundgesamtheit aller an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ zugreifen, um die Versorgungstätigkeit näher zu untersuchen. Dabei ist zu beachten, dass es Unterschiede zwischen den Datenquellen Bundesarztregister und Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den GKV-Leistungen gibt. Die Auswertungen der KV-Abrechnungsdaten beziehen sich auf die Abrechnungsfachgebiete, d.h. der Leistungserbringer wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugeordnet (siehe KBV-Honorarbericht) und orientiert sich am Spektrum der real abgerechneten Leistungen. Diese Leistung kann von dem Zulassungsfachgebiet des Leistungserbringers jedoch abweichen.

Grundsätzlich enthalten die Abrechnungsdaten die IST-Daten, d.h. das tatsächliche GKV-Leistungsgeschehen (Leistungsbedarf in EURO) sowie das dafür tätige ärztliche Personal (Vollzeitäquivalente basierend auf dem Teilnahmeumfang des Leistungserbringers als Faktor 0,25, 0,5, 0,75, 1,0).

Die Daten aus dem Bundesarztregister sind bezogen

auf unsere Betrachtung SOLL-Daten (Plandaten), d.h. der „Auftrag“ zur Versorgung, der aber nach Zeit und Menge disponiert wird, kann davon abweichen. Bezugsgrößen sind im Rahmen der Bedarfsplanung Zulassungen mit unterschiedlichem Umfang.

Die Berechnungen auf Basis der GKV-Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) geben das tatsächliche GKV-Leistungsgeschehen je Quartal je Jahr in den MVZ an, d.h. also unabhängig von der zugrundeliegenden, aber nicht zwangsläufig erfüllten Bedarfsplanung der KVen.