



Zi-MVZ-Panel

Jahresbericht 2020

Wirtschaftliche Situation, Rahmenbedingungen und Versorgung
in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2017

Impressum

■ Herausgeber

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

■ Vorstand

Dr. Dominik Graf von Stillfried
Vorstandsvorsitzender

Thomas Czihal
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

■ Kuratorium

Dr. med. Annette Rommel (Vorsitzende)

■ Projektteam

Markus Leibner (Fachbereichsleiter)
Wolfgang Bogumil (Projektleiter bis 01/2020)
Dr. Katja Hillmann (Projektleiterin ab 02/2020)
Julia Folle
Stefan Gensler
Martin Kohler
Julian Schmied
Viet Huong Pham
Jan van Wickeren

■ Zi-Treuhandstelle

Till Eicken, Tropper Data Service AG (bis 02/2020)
Stephanie Liebermann, Tropper Data Service AG (bis 08/2020)
Finnley Hintze, Tropper Data Service AG (ab 09/2020)

■ Hinweise

1. Jahrgang • Berlin • Januar 2021
ISSN 2703-0636
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 wertvolle Unterstützung 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

Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Vorwort	7
Zentrale Ergebnisse	8
Teil A Wirtschaftliche Lage, Rahmenbedingungen und Versorgung: Ergebnisse aus Erhebungsdaten	13
Teil B Versorgung und Beschäftigungsstrukturen: Ergebnisse aus Routinedaten	38
Referenzen	52
Anhang	53

Abkürzungsverzeichnis

(A)OP	(Ambulante) Operation(en)
ärztl.	ärztlich
BAG (üBAG)	Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft)
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V.
BpLR	Bedarfsplanungsrichtlinie
BSNR	Betriebsstättennummer
HBSNR	Hauptbetriebsstättennummer
NBSNR	Nebenbetriebsstättennummer
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DIN EN/IEC	Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm/ Internationale Elektrotechnische Kommission
DIN ISO	Deutsches Institut für Normung, International Organization for Standardization
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Erw.	Erwachsene
EU	Europäische Union
FA	Facharzt
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOP	Gebührenordnungsposition
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IM	Innere Medizin
inkl.	inklusive
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Mio.	Million
MVZ	Medizinisches Versorgungszentren
N (n)	Gesamtanzahl (Anzahl)
psych.	psychotherapeutisch
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
Q1	Quartal 1
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagement-System
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WBA	Weiterbildungsassistent/ Weiterbildungsassistentin
z. B.	zum Beispiel
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
ZiPP	Zi-Praxis-Panel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Art der Trägerschaft	15
Abbildung 2	Regionstyp	15
Abbildung 3	Versorgungsbereich	15
Abbildung 4	Weitere Geschäftsbereiche der Trägergesellschaft	16
Abbildung 5	Einrichtungen, unmittelbar am Standort der MVZ-Hauptbetriebsstätte.....	17
Abbildung 6	Infrastrukturnutzung und -bereitstellung	17
Abbildung 7	Controllingsysteme	18
Abbildung 8	Nutzung von Qualitätsmanagementsystemen	18
Abbildung 9	Nutzung von Möglichkeiten zur Einschätzung der Patientenzufriedenheit	19
Abbildung 10	Nutzung von Möglichkeiten zur Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit	19
Abbildung 11	Ambulante Operationen	20
Abbildung 12	TOP 10 der in MVZ vorhandenen Zulassungsfachgebiete.....	21
Abbildung 13	TOP 10 der in MVZ vorhandenen Fachgebieten Gruppen	22
Abbildung 14	MVZ nach Versorgungsbereich und Trägerschaft	22
Abbildung 15	TOP 5 der Zulassungsfachgebiete mit Nachbesetzungsproblemen	23
Abbildung 16	(ü)BAG mit MVZ als Hauptbetriebsstätte	24
Abbildung 17	(ü)BAG mit MVZ als Nebenbetriebsstätten	24
Abbildung 18	Verträge zu besonderen Versorgungsformen.....	25
Abbildung 19	Vorzüge zur Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter, Rahmenbedingungen	26
Abbildung 20	Vorzüge zur Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter, Fachliche Anreize	26
Abbildung 21	Vorzüge zur Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter, Finanzielle Anreize.....	27
Abbildung 22	Art des Jahresüberschusses	27
Abbildung 23	Bearbeitung der Kosten- und Leistungsrechnung	28
Abbildung 24	Art der Kosten- und Leistungsrechnung	28
Abbildung 25	Trägerschaft	41
Abbildung 26	Anteil der MVZ mit Krankenhausträgerschaft und MVZ Neugründungen	42
Abbildung 27	Zusammensetzung der MVZ	43
Abbildung 28	Anzahl der MVZ und der dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten.....	43
Abbildung 29	Mittlere Anzahl der tätigen Ärzte und Psychotherapeuten je MVZ pro Quartal.....	44
Abbildung 30	Anteil der in MVZ tätigen Leistungserbringer	45
Abbildung 31	Zu- und Abwanderungsraten im Jahr 2017	49
Abbildung 32	Anteil Leistungserbringer unter 50 Jahre nach Fachgruppen	50
Abbildung 33	Anteil angestellter Leistungserbringer unter 50 Jahre nach Fachgruppen.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kernergebnisse	9
Tabelle 2	Gesamtversorgung nach Trägerart.....	20
Tabelle 3	Aufwendungen nach Trägerschaft	29
Tabelle 4	Aufwendungen nach Regionstyp	29
Tabelle 5	Aufwendungen nach Versorgungsbereich.....	30
Tabelle 6	Lageparameter zu Erträgen nach Trägerschaft.....	30
Tabelle 7	Lageparameter zu Erträgen nach Regionstyp	31
Tabelle 8	Lageparameter zu Erträgen nach Versorgungsbereich.....	31
Tabelle 9	Überschuss je Inhaber nach Regionstyp	32
Tabelle 10	Überschuss je Inhaber nach Versorgungsbereich	32
Tabelle 11	Klimaindex insgesamt und nach Trägerschaft differenziert	34
Tabelle 12	Klimaindex differenziert nach Regionstyp und MVZ-Versorgungsbereich.....	35
Tabelle 13	Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ nach Teilnahmeumfang und -art.....	46
Tabelle 14	Versorgungsumfang nach Teilabrechnungsgebiet	47
Tabelle 15	Anzahl der Leistungserbringer je Gruppe in MVZ.....	48
Tabelle 16	Anzahl der Leistungserbringer je Gruppe in Praxen	48

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 spielt eine immer größere Rolle: Im Jahr 2019 war bereits etwa jede zehnte ärztlich bzw. psychotherapeutisch tätige Person, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahm, in einem MVZ angestellt.

Diese Entwicklung vollzog sich vor dem Hintergrund vielfältiger und teilweise widerstrebender Vorstellungen und Erwartungen der Beteiligten. Mit dem Einbezug von MVZ ab dem Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetzes sollte laut amtlicher Begründung z.B. in unternehmerisch geführten MVZ die Patientenversorgung aus einer Hand ermöglicht werden. Im Zeitverlauf gab es mehrfach gesetzliche Änderungen, die u. a. die zulässigen Gründungsberechtigten betrafen 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 zahnmedizinischen MVZ richten, haben u.a. mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bereits zu veränderten gesetzlichen Regelungen in der Zulassung geführt.

Mit der bislang öffentlich verfügbaren Datenbasis erscheint es derzeit nur bedingt möglich, die insgesamt sehr heterogene MVZ-Landschaft und das dortige Versorgungsgeschehen für diese Diskussionen abzubilden. Für einen fundierten politischen Austausch bedarf es einer zuverlässigen Datengrundlage.

Ziel ist daher, mit dem Zi-MVZ-Panel eine umfassende Datengrundlage zu organisatorischen, versorgungsrelevanten und wirtschaftlichen Aspekten für MVZ in Deutschland zu schaffen. Die bestehende Informationsbasis soll auf diese Weise insbesondere um eine vertiefte Wirtschaftsperspektive erweitert werden.

Der vorliegende erste Jahresbericht stellt die Ergebnisse aus der Befragung Medizinischer Versorgungszentren zum Berichtsjahr 2017 vor. Im Weiteren liefert der Bericht Auswertungen zur Grundgesamtheit auf Basis der KV-Abrechnungsstatistik und des Bundesarztregisters aller MVZ.

Das Zi-MVZ-Panel wird tatkräftig und ideenreich durch den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ e.V.) unterstützt. Das Zi dankt recht herzlich für die wertvolle Beratung und Unterstützung. Schlussendlich steht und fällt diese Erhebung mit den teilnehmenden Einrichtungen. Insofern bedanken wir uns herzlich bei Allen, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen, und bitten Sie auch weiterhin das Zi-MVZ-Panel zu unterstützen.

Wir wünschen eine spannende Lektüre!



Dr. Dominik Graf von Stillfried
Vorstandsvorsitzender



Thomas Czihal
stellvertretender Vorstandsvorsitzender



Markus Leibner
Fachbereichsbereichsleiter 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. 311 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 zu Versorgung, Beschäftigung und Fluktuation 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 runden so das Gesamtbild auf die MVZ-Landschaft ab.

Die Ergebnisse in Kürze

Die Erhebung im Rahmen des Zi-MVZ-Panels 2018 erfolgte vom 16.01.2019 bis 31.03.2019. Es konnten

insgesamt die Antworten von 212 teilnehmenden Einrichtungen in die Auswertungen einbezogen werden. Die Analysemenge variierte mitunter geringfügig je nach Fragestellung.

1. Etwa drei Viertel der Teilnehmenden schätzten ihre Gesamtsituation – zum Zeitpunkt der Befragung – als eher gut bzw. gut ein, die Höhe des Jahresüberschusses hingegen bewertete nur etwa die Hälfte der Antwortenden als gut bzw. eher gut (vgl. Seite 26 ff).
2. Hinsichtlich der Wirtschaftslage war rund die Hälfte der Teilnehmenden optimistisch und erwartete eine Verbesserung für 2018; weitere 38,7 % erwarteten keine Veränderung (vgl. Seite 26 ff).
3. Die Gewinn- und Verlustsituation für das Berichtsjahr 2017 stellte sich insgesamt positiv für die teilnehmenden Einrichtungen dar. So konnten etwa 60 % einen Gewinn ausweisen. Während Vertragsarzt-MVZ mehrheitlich einen Gewinn erwirtschafteten (84,4 %), konnten nur 47 % der Krankenhaus-MVZ sowie die Hälfte der MVZ mit anderen Trägern bzw. Trägerkombinationen das Jahr mit einem Gewinn abschließen (vgl. Seite 26 ff). Diese Unter-

Tabelle 1 Kernergebnisse

	Median
Anzahl Zulassungsfachgebiete je MVZ	3
Anzahl Nebenbetriebsstätten je MVZ	2
Anzahl ausgelagerte Praxisräume je MVZ	1
Bestandsdauer in Jahren (bezogen auf das erste volle Geschäftsjahr)	7
Gesamtversorgungsumfang je MVZ	4,5
Anzahl versorgter GKV-Patienten in Q4/17	4.206
Anzahl versorgter Patienten in Q4/17, die nicht über die GKV abgerechnet wurden	408
Anzahl freiberufliche Vertragsärzte/-psychotherapeuten, angestellte Ärzte/ Psychotherapeuten und Weiterbildungsassistenten am 31.12.2017 (Kopfzahl)	8
Anzahl angestellte Ärzte am 31.12.2017 (Kopfzahl)	7
Anzahl nichtärztliches medizinisches Personal am 31.12.2017 (Kopfzahl)	14
Gesamtaufwendungen 2017 (€)	1.360.000
Personalaufwendungen 2017 (€)	960.000
Anteil Personal- an Gesamtaufwendungen 2017 (%)	73
Gesamterträge 2017 (€)	1.441.500
GKV-Erträge 2017 (€)	1.179.151
Anteil GKV- an Gesamterträgen 2017 (%)	85,6

Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Zum Stichtag 31.12.2017
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

- schiede korrespondieren mit der abweichenden Gewinndefinition bei GmbH und GbR.
4. Die Heterogenität der MVZ-Landschaft stellt eine besondere Herausforderung für die Auswertung der Erhebungsdaten dar. So wird aufgrund der hohen Streubreite meist der Median, als alternatives Lagemaß gegenüber dem arithmetischen Mittel, für die Auswertungsergebnisse gewählt.¹
 5. Im Median standen MVZ für das Geschäftsjahr 2017 Gesamtaufwendungen von 1,36 Mio. Euro, Gesamterträge in Höhe von im Median 1,44 Mio. Euro gegenüber. Der Anteil der Personalaufwendungen an den Gesamtaufwendungen lag bei 73 % (vgl. Tabelle 1, Seite 9). Der Überschuss je Inhaber lag bei ca. 37.000 Euro, mit deutlichen Unterschieden zwischen Krankenhaus- und vertragsärztlich getragenen MVZ.
 6. Insgesamt deuteten die Angaben der Teilnehmenden auf ein positives Wirtschaftsklima (+16 Punkte), das sich aus der Lagebewertung für 2017 und der Erwartungshaltung für 2018 berechnet (vgl. Tabelle 11, Seite 34). Bei differenzierter Betrachtung nach Trägerschaft zeigten vertragsärztlich getragene MVZ eine ausgesprochen positive Ausgangslage und eine optimistische Zukunftserwartung im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation und ihre Entwicklung. Dagegen bewerteten Krankenhaus-MVZ ihre Ausgangssituation deutlich negativer, erwarten aber eine positive Entwicklung für 2018.
 7. Die komplexen internen und externen Strukturen von MVZ verdeutlichen die Notwendigkeit eines adäquaten betriebswirtschaftlichen Steuerelementes. Zur betriebswirtschaftlichen Steuerung nutzten 89 % der MVZ ein auf den ambulanten Sektor ausgerichtetes Controlling-System. Nur 4 % setzten dazu eine spezielle Software ein. Die Mehrzahl nutzte ein selbst erstelltes Controllingsystem (48 %), die übrigen verwendeten Statistikmodule aus der Praxissoftware (vgl. Abbildung 7, Seite 18).
 8. Etwa 81 % schlossen das Geschäftsjahr 2017 mit einer Bilanz ab (vgl. Abbildung 22, Seite 27).
 9. Die Aufgaben der Geschäftsführung des MVZ wurden überwiegend durch eigens dafür angestelltes Personal übernommen (42,9 %), nur in 21,7 % der Fälle durch den Inhaber selbst (vgl. Seite 15 ff). Die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen organisierte die Verwaltung über eine eigenständige Organisationseinheit, z. B. eine zentrale Verwaltung (53,3 %). Zu etwa gleichen Anteilen erfolgte die Organisation der Verwaltungsaufgaben entweder über die Inhaber (21,2 %) oder die Trägergesellschaft (20,3 %).
 10. Ausgehend vom ersten vollen Geschäftsjahr bis 2018 hatten die Teilnehmenden eine mediane Bestandsdauer von sieben Jahren. Hinsichtlich der Trägerschaft bildeten Krankenhaus- und vertragsärztlich getragene Einrichtungen die Hauptgruppen unter den Teilnehmenden (Krankenhaus: 51 %, Vertragsärzte: 36 %). Die Hauptbetriebsstätten waren vornehmlich im Umland (40 %) und Kernstädten (38 %) angesiedelt und firmierten mehrheitlich als Kapitalgesellschaften (72 %, vgl. Seite 14 f).
 11. Zu der Hauptbetriebsstätte betrieben im Median die teilnehmenden MVZ zwei Nebenbetriebsstätten und hatten einen ausgelagerten Praxisraum (vgl. Tabelle 1, Seite 9). Elf Prozent der teilnehmenden MVZ sind Teil einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. Abbildung 16, Seite 24).
 12. Neben dem MVZ betrieb die Trägergesellschaft häufig weitere Geschäftsbereiche, Vermietungen von Räumen und Geräten (20 %) sowie Therapie-Praxen (18 %), darunter Logo-, Ergo- und Physiotherapie, wurden vorrangig genannt (vgl. Abbildung 4, Seite 16)
 13. Bei 56 % der MVZ befindet sich die Hauptbetriebsstätte in unmittelbarer Nähe einer Apotheke (vgl. Abbildung 5, Seite 17). Der ebenfalls hohe Anteil an der sich in der Nähe befindenden aber nicht zum MVZ gehörigen

¹ Der Median bzw. Zentralwert ist robust gegenüber Extremwerten und in diesem Kontext dem arithmetischen Mittelwert vorzuziehen. Der Median teilt eine aufsteigend sortierte und ungerade Werteliste in zwei gleiche Hälften. Liegt eine gerade Anzahl von Werten vor, ist der Median die Hälfte der Summe aus beiden mittleren Werten.

- Ärzten lässt sich eventuell durch die Nutzung von Ärztehäusern erklären. Auch Krankenhäuser befinden sich in 50 % der Fälle in der Nähe der MVZ-Hauptbetriebsstätte, möglicherweise damit verbunden, dass sich das Träger-Krankenhaus in unmittelbarer Umgebung der MVZ-Hauptbetriebsstätte befindet.
14. Infrastruktur von Einzelpraxen, Praxisnetzen und Apparategemeinschaften wurde nur in geringerem Maß genutzt bzw. bereitgestellt (vgl. Abbildung 6, Seite 17).
 15. Aus den angegebenen Zulassungsfachgebieten und Versorgungsbereichen lässt sich ableiten, dass knapp die Hälfte der teilnehmenden MVZ reine Facharzt-MVZ sind (48 %) und nur 7 % rein hausärztliche MVZ (vgl. Abbildung 3, Seite 15). Die häufigsten vertretenden Fächer waren Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich, 12 %), Gynäkologie (9 %) sowie Orthopädie/Unfallchirurgie (7 %, vgl. Abbildung 12, Seite 21).
 16. Zulassungsfachgebiete bei denen zum Zeitpunkt der Befragung (1. Quartal 2019) Nachbesetzungsprobleme vorlagen, stimmten nahezu mit den am häufigsten vertretenen Zulassungsfachgebieten (chirurgische Fächer, Allgemeinmedizin/hausärztliche Internistik, Gynäkologie) überein (vgl. Abbildung 15, Seite 23).
 17. Gefragt nach den Vorzügen, die sie potenziellen ärztlichen Mitarbeitern bieten können, gaben nahezu alle teilnehmenden Einrichtungen an, eine Tätigkeit im ambulanten Versorgungssektor ohne das Risiko einer eigenen Selbstständigkeit zu ermöglichen (vgl. Abbildung 19 bis 21, Seite 26 ff). 96 % der Einrichtungen nannten außerdem Entlastungen von Verwaltungsaufgaben oder geregelte Arbeitszeiten. Etwa zwei Drittel stellten einen fairen Gegenwert für einen Vertragsarztsitz in Aussicht.
 18. Im Median setzten sich die Einrichtungen aus drei Fachgebieten mit einem medianen Gesamtversorgungsumfang von 4,5 zusammen. Im Median arbeiten acht Ärzte bzw. Psychotherapeuten (inkl. Weiterbildungsassistenten) freiberuflich oder angestellt in einem MVZ, die von 14 Mitarbeitenden im nichtärztlichen medizinischen Bereich unterstützt werden. Im vierten Quartal 2017 wurden durch die teilnehmenden Einrichtungen insgesamt im Median 4.206 GKV-Patienten versorgt (vgl. Tabelle 1, Seite 9).
 19. Werden die genannten Zulassungsfachgebiete den Versorgungsbereichen in Anlehnung an die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA zugeordnet, setzten sich MVZ zu 18,7 % aus dem hausärztlichen, zu 47,8 % aus dem allgemein-fachärztlichen, zu 21,6 % aus dem spezialisiert-fachärztlichen und zu 11,4 % aus dem gesondert-fachärztlichen Versorgungsbereich zusammen (vgl. Abbildung 14, Seite 22). Während jedoch der hausärztliche Versorgungsbereich im Krankenhaus-MVZ bei 15 % lag, war er mit einem Anteil von 34 % im Vertragsarzt-MVZ mehr als doppelt so hoch. Der allgemein-fachärztliche Bereich ist hingegen mit 53,5 % in Krankenhaus-MVZ deutlich größer als in Vertragsarzt-MVZ (35,4 %).
 20. Knapp die Hälfte der Teilnehmenden führte ambulante Operationen unter der MVZ-Hauptbetriebsstättennummer durch (vgl. Abbildung 11, Seite 20). Etwa ein Fünftel organisierte ambulante Operationen über eine eigenständige Organisationseinheit (z. B. OP-Abteilung, AOP-Zentrum) und 12 % nutzten dafür Räumlichkeiten der Trägergesellschaft.
 21. Selektivverträge (bzw. Verträge zu besonderen Versorgungsformen) zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V hatten über die Hälfte der teilnehmenden MVZ abgeschlossen. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (25 %) sowie Strukturverträge gemäß § 73a SGB V (22 %) rangierten auf Platz zwei und drei (vgl. Abbildung 18, Seite 25).
- Weiterführende und differenziertere Fragestellungen zu Versorgung, Beschäftigung und Fluktuation erfordern neben den Erhebungsdaten zusätzliche Datenquellen. Daher werden hier Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der Bundesarztregisterstatistik genutzt. In diesem Jahresbericht wurde insbesondere die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch MVZ untersucht. Alle Auswertungen beziehen sich auf das Berichtsjahr 2017.*

22. Hinsichtlich der MVZ-Größe zeigen sich im Zeitraum 2009 bis 2018 deutliche Unterschiede zwischen den KVen: Die KV Sachsen-Anhalt erreichte mit durchschnittlich 10,1 Ärzten und Psychotherapeuten je Einrichtung den höchsten Wert, gefolgt von der KV Hamburg mit 8,6 und der KV Brandenburg, die im Jahr 2018 auf eine durchschnittliche MVZ-Größe von 8,5 Ärzten bzw. Psychotherapeuten kam. In Bremen blieb die Kennzahl zwischen 4,4 und 5,2 Ärzten bzw. Psychotherapeuten nahezu unverändert (vgl. Abbildung 29, Seite 44).
23. Bei Betrachtung des Anteils der MVZ-Leistungserbringer zeigten sich große Unterschiede zwischen den KVen: z. B. war in der KV Berlin etwa jeder fünfte Arbeitsplatz in einem MVZ, in der KV Baden-Württemberg hingegen nur jeder 20. (vgl. Abbildung 30, Seite 45).
24. Eine Schätzung der, dem Versorgungsumfang entsprechenden Wochenstunden ergab, dass etwa die Hälfte der Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ weniger als 20 Stunden pro Woche arbeitete, jedoch nur etwa ein Viertel der Versorgungszeiten in MVZ erbracht hat (vgl. Tabelle 13, Seite 46) – bedingt durch den großen Anteil der teilzeitig Beschäftigten.
25. Bei der realisierten Versorgungstätigkeit, welche mit Hilfe der Wochenarbeitsstunden und den abgerechneten Leistungen im Jahr 2017 geschätzt werden kann, standen die Fachinternisten mit einem Versorgungsanteil von rund 12 % an erster Stelle (vgl. Tabelle 14, Seite 47).
26. Die Berechnung der Zu- und Abwanderungen – auch als Fluktuation bezeichnet – von ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeitern in MVZ ergibt für das vierte Quartal 2017 eine Zuwanderungsquote von 4,4 % sowie eine Abwanderungsquote von 3,3 %. Für Ärzte und Psychotherapeuten in vertragsärztlichen Praxen zeigt sich eine deutlich geringere Fluktuation. Weniger als 1 % verließen die Praxis nach der Folgeperiode, während 1 % neu in der Praxis tätig wurden (vgl. Abbildung 31, Seite 49).
27. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wiesen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten – unabhängig von der Einrichtung (also MVZ oder Praxis) – eine Abwanderungsrate von 4 % auf. Die Fluktuation unter angestellten Ärzten und Psychotherapeuten war demnach sowohl in MVZ als auch in niedergelassenen freien Praxen nahezu identisch (vgl. Abbildung 31, Seite 49).
28. In freien hausärztlichen Praxen wurden im vierten Quartal 2017 6,5 % neu angestellt, hingegen belief sich die Zuwanderung in hausärztlichen MVZ auf 5,9 % (vgl. Tabelle 16, Seite 48).
29. Ein Vergleich der Altersstruktur der in einem MVZ angestellten Ärzten und Psychotherapeuten mit der Alterstruktur der Ärzten und Psychotherapeuten im Jahr 2017 insgesamt verdeutlicht, dass – unabhängig von der Fachgruppe – angestellte Leistungserbringer in MVZ vergleichsweise jung waren (vgl. Abbildung 32, Seite 50).
30. In der Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowie der Orthopäden war der relative Anteil angestellter Leistungserbringer mit über rund 40 % am höchsten. Bezogen auf die Summe der Ärzte und Psychotherapeuten aller Fachgruppen waren angestellte Ärzte und Psychotherapeuten unter 50 Jahren in MVZ zu 46,6 % vertreten. Bei der Summe aller teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten liegt dieser Wert bei lediglich 30,7 % (vgl. Abbildung 33, Seite 50).

Aufbau des Berichts

Neben der Erhebung, deren Ergebnisse umfassend im ersten Kapitel – Teil A – beschrieben werden, widmet sich der Bericht im zweiten Kapitel – Teil B – ergänzend ausgewählten Fragestellungen, die unter anderem auf der Auswertung der KV-Abrechnungsdaten fußen. Für den vorliegenden ersten Jahresbericht wurden besonders die Themenbereiche Patientenversorgung und Beschäftigung ausgewählt. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, wie und in welchem Umfang die in MVZ tätigen vertragsärztlich sowie die in einem Angestelltenverhältnis tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag erfüllen.

Teil A

Wirtschaftliche Lage, Rahmenbedingungen und Versorgung: Ergebnisse aus Erhebungsdaten

Einführung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verzeichnen seit einigen Jahren ein erhebliches Wachstum und sind ein wichtiger Teil der Versorgung geworden. Gleichzeitig sind öffentlich verfügbare Daten über die dort stattfindende Versorgung und auch hinsichtlich wirtschaftlicher Fragestellungen kaum zu finden. Zur Erforschung von ökonomischen Aspekten und wirtschaftlich relevanten Rahmenbedingungen besteht seit 2010 das Zi-Praxis-Panel (ZiPP), welches Daten zur wirtschaftlichen Lage in vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Praxen erhebt.

Ziel des Zi-MVZ-Panels ist es, eine umfassende Datengrundlage zu organisatorischen, versorgungsrelevanten und wirtschaftlichen Aspekten für MVZ in Deutschland zu schaffen. Die bestehende Informationsbasis soll auf diese Weise insbesondere um eine vertiefte Wirtschaftsperspektive erweitert werden.

Die zweite Welle der Erhebung des Zi-MVZ-Panels beschreibt die Organisationsstruktur, Versorgungsleistung, Kooperations- und Infrastruktur sowie zur personellen sowie wirtschaftlichen Lage in Medizinischen Versorgungszentren und ihnen gleichgestellten Einrichtungen nach §§ 95 bzw. 311 des fünften Sozialgesetzbuches (im Weiteren: MVZ) für das Jahr 2017. Die Auswertungen beziehen sich vorrangig auf das Berichtsjahr 2017, welches mit dem Berichtsjahr der Erhebung identisch und vergleichbar ist.

Ergebnisse der Erhebung

Im Sinne einer Vollerhebung wurden für das Zi-MVZ-Panel alle 2.827 zugelassenen MVZ und ihnen gleichgestellte Einrichtungen zur Teilnahme eingeladen (Stichtag: 31.12.2017). 57 MVZ nutzen die Option, über das neu bereitgestellte Kontaktformular Registrierungsdaten in der Zi-Treuhandstelle anzufordern. Davon erhielten 26 Anfragende im Anschluss erstmalig Registrierungsdaten. Mit insgesamt 212 finalisierten Online-Fragebögen lag der Rücklauf bezogen auf die initial eingeladenen Einrichtungen bei 7,5 % und damit deutlich niedriger als im Vorjahr (15,3 %). Je nach untersuchter Fragestellung stützen sich die Analysen auf eine unterschiedliche Zahl an MVZ. Die jeweils einbezogene Anzahl an MVZ wird an entsprechender Stelle, vorrangig in den Tabellen und Abbildungen, im Jahresbericht angegeben.

Grunddaten

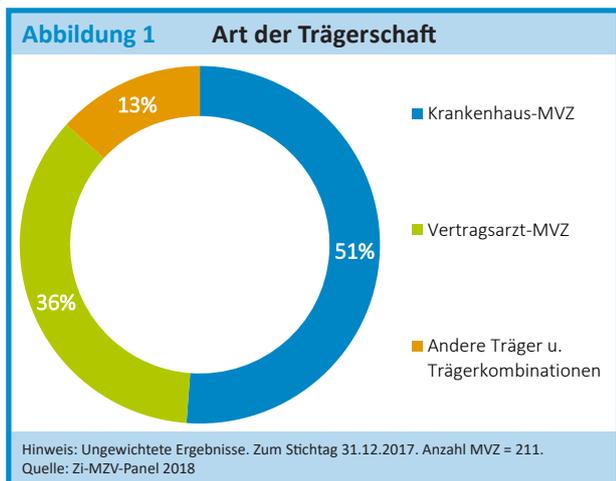
Mit Hilfe der abgefragten Grunddaten der teilnehmenden Einrichtungen soll zunächst ein grundlegender Überblick über die vorhandenen Strukturen gegeben werden. Anhand dieser Informationen können erste Subgruppen gebildet werden, bei denen ein Vergleich weiterer Daten von Interesse erscheint.

Die hier vorgestellten Merkmale umfassen:

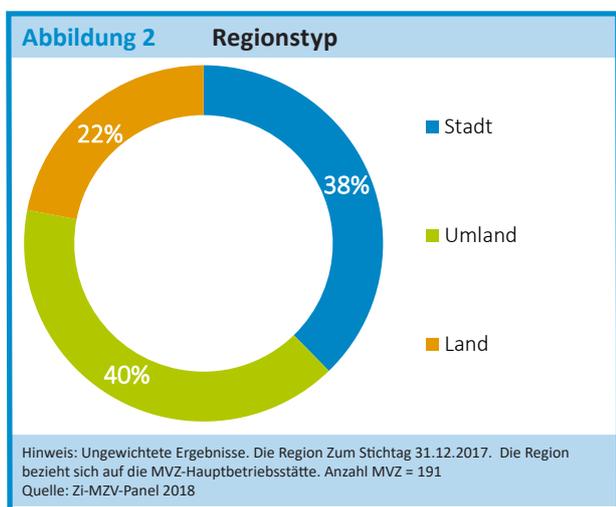
- Rechtsform
- Trägerschaft
- Regionstyp
- MVZ-Versorgungsbereich
- Fachgleiche oder -übergreifende Tätigkeit
- Bestandsdauer.

Hinsichtlich der Rechtsform sind mit 72 % vor allem Kapitalgesellschaften (inkl. eingetragene Genossenschaften) unter den teilnehmenden Einrichtungen. Die übrigen 28 % sind Personengesellschaften und andere Rechtsformen (z. B. Einzelunternehmen und Einrichtungen öffentliches Rechts). In den jährlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten stichtagsbezogenen statistischen Informationen werden ebenfalls Daten zu den häufigsten Rechtsformen bereitgestellt. Für den Stichtag 31.12.2017 zeigt sich, dass die Mehrheit der MVZ als GmbH firmiert (63,8 %). Die zweithäufigste Rechtsform ist die GbR mit 22,4 %. Weitere Rechtsformen bzw. aggregierte Daten werden nicht dargestellt, daher ist der Vergleich mit den Erhebungsdaten aus dem Zi-MVZ-Panel nur eingeschränkt möglich. Im Rahmen des Zi-MVZ-Panels gaben die Teilnehmenden zu 42 % an, dass das MVZ zum 31.12.2017 eine GmbH war und zu 23,1 % eine GbR.

Etwa die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen wurden im Berichtsjahr 2017 von einem Krankenhaus getragen (51 %). Vertragsärztlich getragene MVZ machten 36 % der Teilnehmenden aus (vgl. Abbildung 1). Die KBV berichtet in den jährlichen stichtagsbezogenen statistischen Informationen standardmäßig die anteilige Beteiligung von Vertragsärzten und –ärztinnen bzw. Krankenhäusern an der Trägerschaft, demnach sind Mehrfachträgerschaften möglich. Vertragsärzte waren am Stichtag 31.12.2017 an 42,8 % der zu diesem Zeitpunkt zugelassenen MVZ als Träger beteiligt, 40 % befanden sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018).



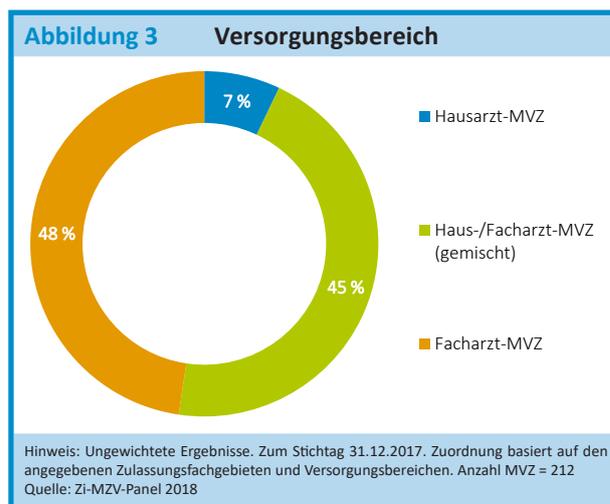
Bei der Differenzierung nach Regionstyp¹ ist festzustellen, dass die teilnehmenden Einrichtungen ihre Hauptbetriebsstätte überwiegend im Umland (40 %) oder in Städten (38 %) ansiedeln (vgl. Abbildung 2).



Aus den Erhebungsergebnissen lässt sich nicht ableiten, dass sich v.a. Krankenhaus-MVZ in Kernstädten ansiedeln (33 % vs. 45 % bei vertragsärztlich getragenen MVZ). Verglichen mit der räumlichen Ansiedlung von MVZ, die in den statistischen Informationen für den Stichtag 31.12.2017 von der KBV veröffentlicht wurden, fällt auf, dass der Anteil von MVZ-Gründungen in Kernstädten in der Grundgesamtheit höher ist als unter den am Zi-MVZ-Panel teilnehmenden Einrichtungen (48 % vs. 38 %). Der Anteil von Ansiedlungen in ländlichen Gemeinden ist in der Grundgesamtheit mit 14 % kleiner als in der Erhebung (22 %). 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 im Datenblatt angegeben haben und damit nicht auf den Stichtag 31.12.2017 Bezug nimmt.

Betrachtet man die teilnehmenden MVZ nach Versorgungsbereich, zeigt sich vor allem ein großer Anteil reiner Facharzt-MVZ. Der Anteil rein hausärztlicher MVZ ist mit 7 % am geringsten (vgl. Abbildung 3). Diese Verteilung spiegelt sich auch in den Anteilen fachübergreifend tätiger MVZ in der Erhebung wider (82 %).

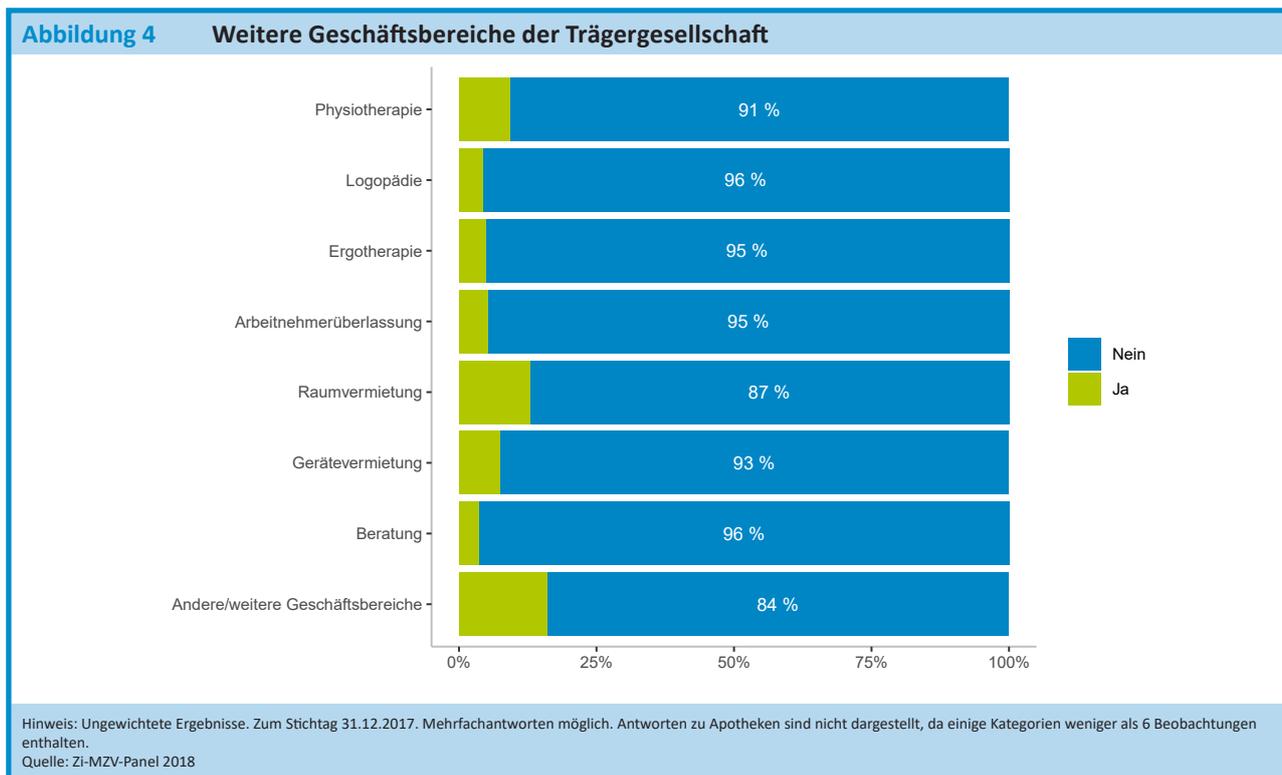


Ausgehend vom ersten vollen Geschäftsjahr bis 2018 bestanden die teilnehmenden Einrichtungen im Median seit sieben Jahren. Bei der getrennten Betrachtung nach Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ lässt sich ein Unterschied von 1,5 Jahren Bestandsdauer feststellen (Krankenhaus-MVZ: 6,5 Jahre, Vertragsarzt-MVZ: 5 Jahre). Anderweitig getragene MVZ bestehen im Median seit 9 Jahren.

Organisationsstruktur, Arbeitsorganisation und Kooperationen

Der Erfahrungszugewinn der ersten Sondererhebung zu MVZ zeigt sich in der zweiten Erhebungswelle des Zi-MVZ-Panels insbesondere in den neuen, detaillierten Fragen zu Organisationsstruktur der MVZ und deren Arbeitsorganisation. Gerade in diesem Bereich zeigt sich die Flexibilität, die die Organisationsform eines MVZ bietet (vgl. Gibis, Armbruster, Hofmann, & Lubs, 2018) und dass diese auch genutzt wird. Eng verbunden mit den organisatorischen Strukturen und der Arbeitsweise sind Kooperationen unterschiedlicher Art, da auch diese in die

1 Stadt: Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstärkten Räumen; Umland: Hochverdichtete Kreise, verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und in verstärkten Räumen, ländliche Kreise höherer Dichte; Land: Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und verstärkten Räumen sowie ländliche Kreise geringerer Dichte



Arbeits- und Organisationsabläufe integriert bzw. darauf abgestimmt werden müssen. Das folgende Kapitel enthält Informationen zu diesen Bereichen:

- Organisation von Geschäftsführung- und Verwaltungsaufgaben
- Weitere Geschäftsbereiche der Träger-Gesellschaft
- Einrichtungen in unmittelbarer Nähe der MVZ-Hauptbetriebsstätte
- Nutzung bzw. Bereitstellung von Infrastruktur
- Controllingsystem
- Qualitätsmanagementsysteme
- Einschätzung der Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitenden.

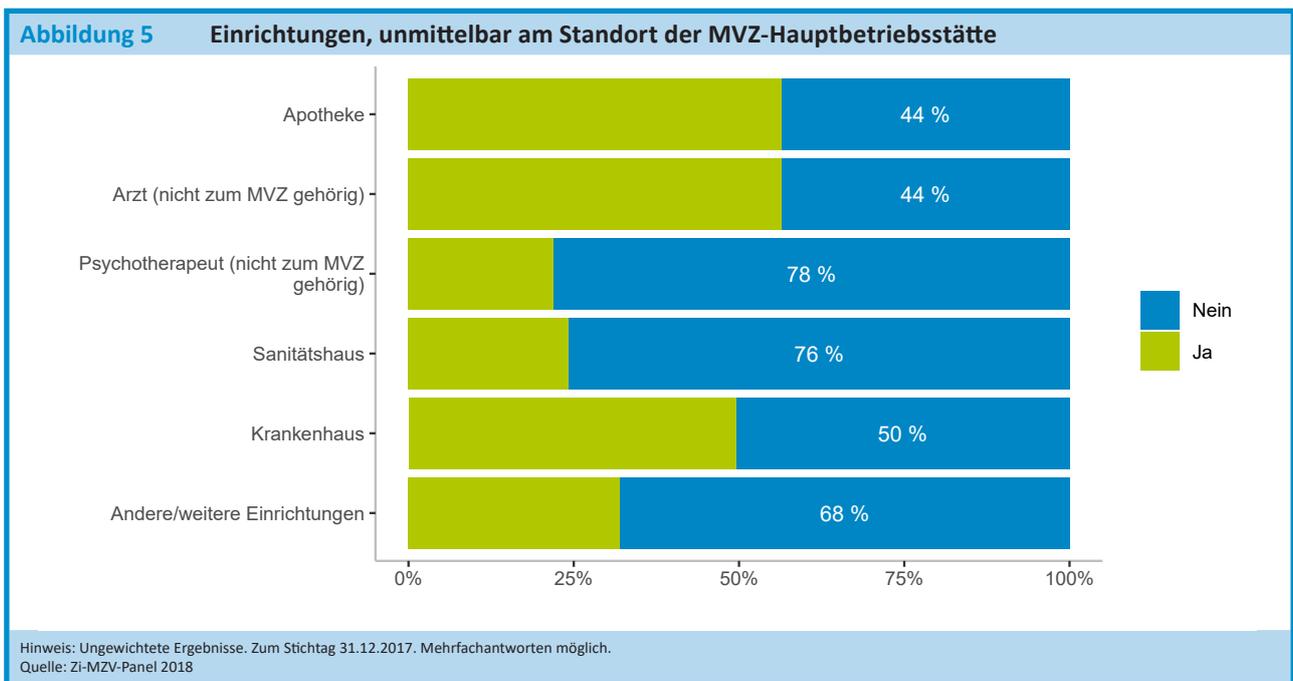
Die Aufgaben der Geschäftsführung des MVZ wurden überwiegend durch eigens dafür angestelltes Personal übernommen (42,9 %), nur in 21,7 % der Fälle durch Inhaberinnen und Inhaber selbst. Die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen organisierte die Verwaltung über eine eigenständige Organisationseinheit, z. B. eine zentrale Verwaltung (53,3 %). Zu etwa gleichen Anteilen erfolgte die Organisation der Verwaltungsaufgaben entweder über die Inhaber (21,2 %) oder die Trägergesellschaft (20,3 %).

Die Trägergesellschaften der teilnehmenden MVZ haben häufig neben ihrem MVZ noch weitere Ge-

schäftsbereiche. Vermietungen (20 %) oder Therapie-Praxen (18 %) werden von den Teilnehmenden vorrangig genannt (vgl. Abbildung 4).

Unter den Einrichtungen, die sich in unmittelbarer Nähe der Hauptbetriebsstätte des teilnehmenden MVZ befinden und für Patienten möglicherweise ein zusätzliches Versorgungsangebot darstellen oder gegenteilig für Patienten bzw. Kunden das MVZ ein zusätzliches Angebot darstellt, befinden sich insbesondere Apotheken, nicht zum MVZ gehörige Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser (vgl. Abbildung 5). Der jeweils hohe Anteil an Apotheken sowie nicht zum MVZ gehörigen Ärztinnen und Ärzte unmittelbar am Hauptstandort lässt sich vermutlich durch klassische Ärztehäuser bzw. Gesundheitszentren erklären. Mit nahezu 50 % sticht auch der Anteil an in der Nähe befindlichen Krankenhäusern hervor. Dieser lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass sich das Träger-Krankenhaus in unmittelbarer Umgebung der MVZ-Hauptbetriebsstätte befindet.

Die Vernetzung der teilnehmenden Einrichtungen zeigt sich auch in der Nutzung bzw. Bereitstellung von Infrastruktur, wie z. B. Personal, Räumlichkeiten, Abrechnungsdienstleistungen. Mit deutlichem Abstand am häufigsten, wird hier von den Teilnehmenden die Nutzung von Laborgemeinschaften angegeben (40 %), aber auch die Nutzung ambulanter Operationszentren (16 %).

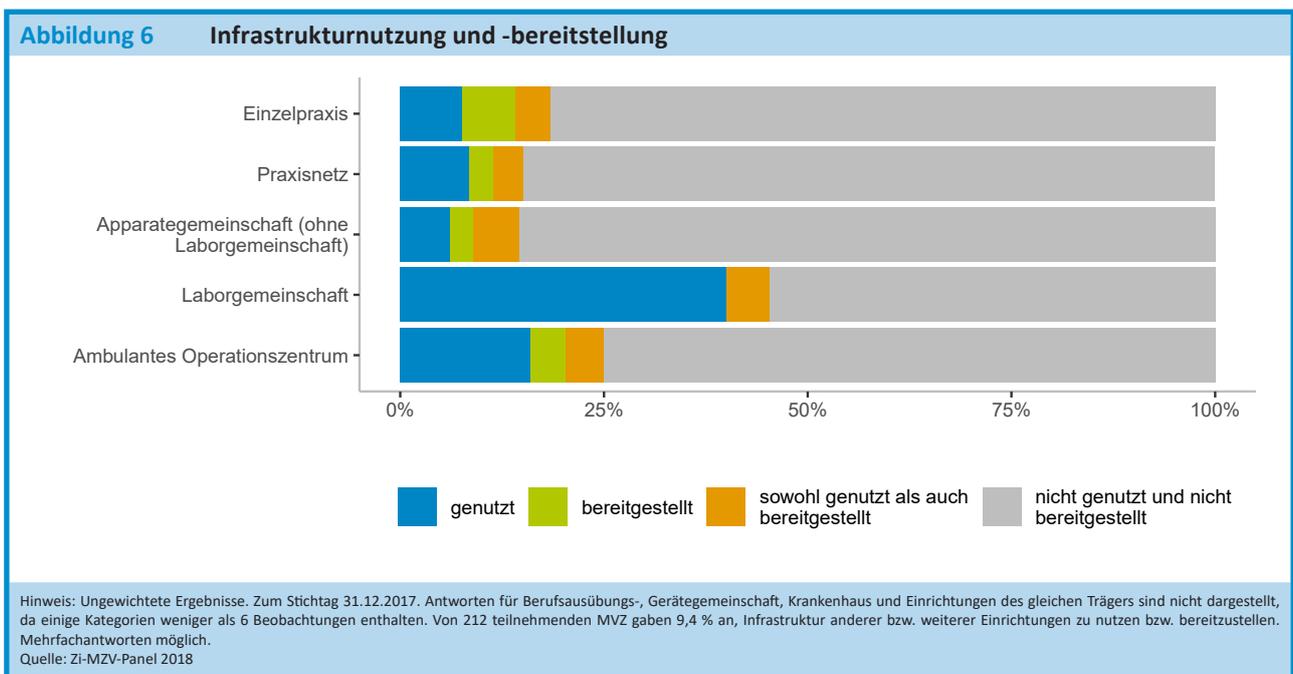


Infrastruktur von Einzelpraxen, Praxisnetzen und Apparategemeinschaften² wird nur in geringerem Maß genutzt oder diesen bereitgestellt bzw. beides (vgl. Abbildung 6).

Die dargestellten komplexen internen und externen Strukturen verdeutlichen die Notwendigkeit eines adäquaten betriebswirtschaftlichen Steuer-elementes. Die teilnehmenden Einrichtungen besitz-en mehrheitlich ein auf den ambulanten Sektor

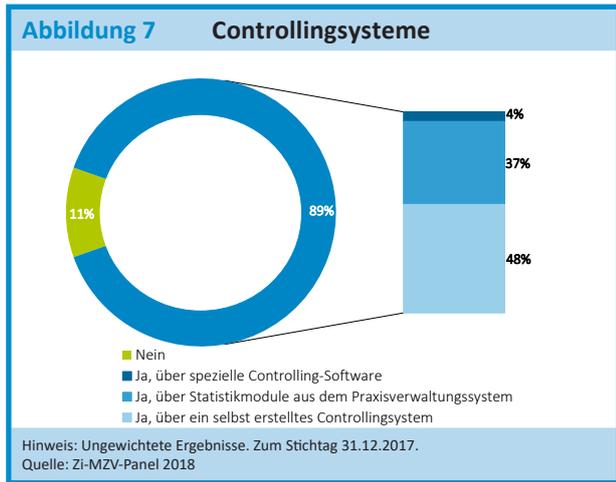
ausgerichtetes Controllingsystem (89 %). Deutlich wird aber, dass nur eine sehr kleine Gruppe hierfür eine spezielle Controlling-Software nutzt (4 %); die Mehrzahl nutzt ein selbst erstelltes Controllingsystem (48 %); die übrigen 37 % verwenden für diesen Zweck die Statistikmodule aus der Praxissoftware (vgl. Abbildung 7).

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung sind auch MVZ verpflichtet,



2 Apparate- und Gerätegemeinschaft wurden getrennt abgefragt. Als Apparategemeinschaft bezeichnet man den Zusammenschluss von Vertragsärzten zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung gerätebezogener Untersuchungsleistungen, bei denen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung aufgehoben ist, die erbrachten Leistungen aber dennoch dem anweisenden Arzt bzw. der anweisenden Ärztin zugeschrieben werden. Im Gegensatz dazu werden in einer Gerätegemeinschaft, gemeinsam angeschaffte Geräte individuell genutzt und es besteht gegenüber den Patienten die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung (Krieger, 2010).

ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) einzuführen (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die Mehrzahl der Teilnehmenden nutzt mindestens eines der aufgelisteten QM-Systeme oder ein anderes (79 %). Mit deutlichem Abstand wird die internationale Norm DIN ISO 9001 am häufigsten von den Befragten genannt (49 %). Danach folgt mit 26 % der Nennungen das von den Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und der KBV entwickelte QM-System „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (vgl. Abbildung 8).



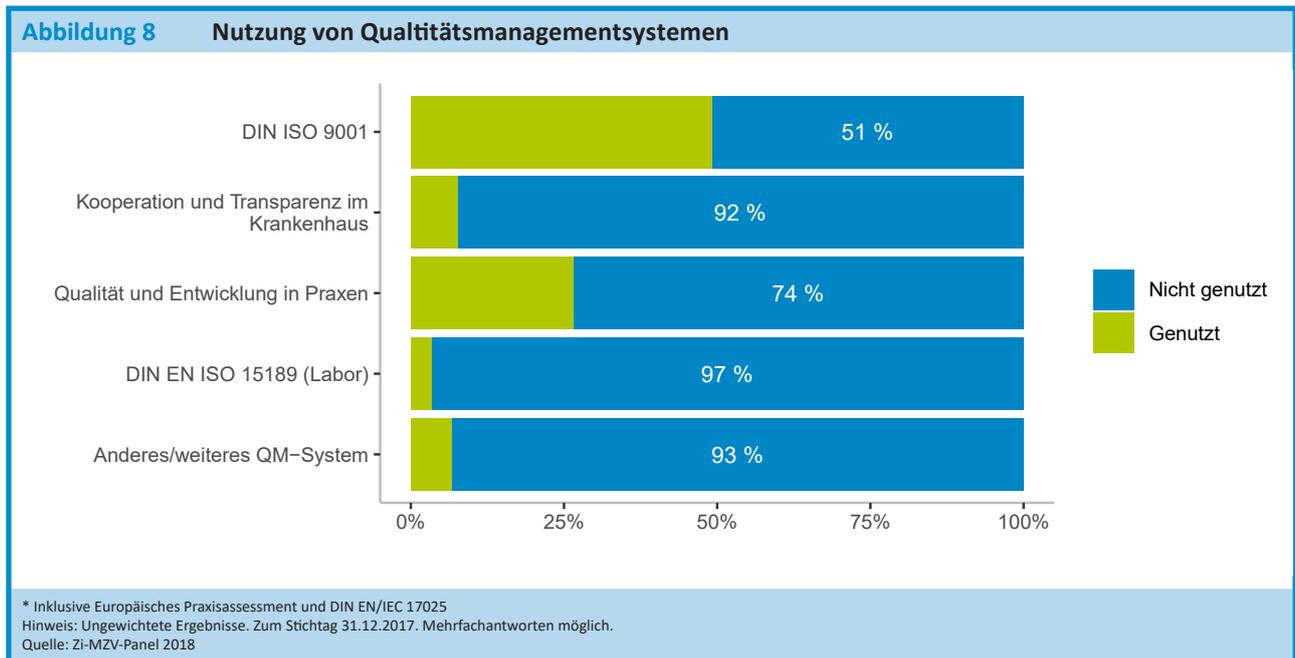
Etwa 21 % der teilnehmenden Einrichtungen gaben an, keines der aufgelisteten QM-Systeme zu nutzen, auch die Frage nach anderen bzw. weiteren genutzten QM-Systemen verneinten sie. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Implementierung eines QM-Systems ist hier eher von partiellen Antwortausfällen auszugehen als von tatsächlich nicht vorhandenen QM-Systemen.

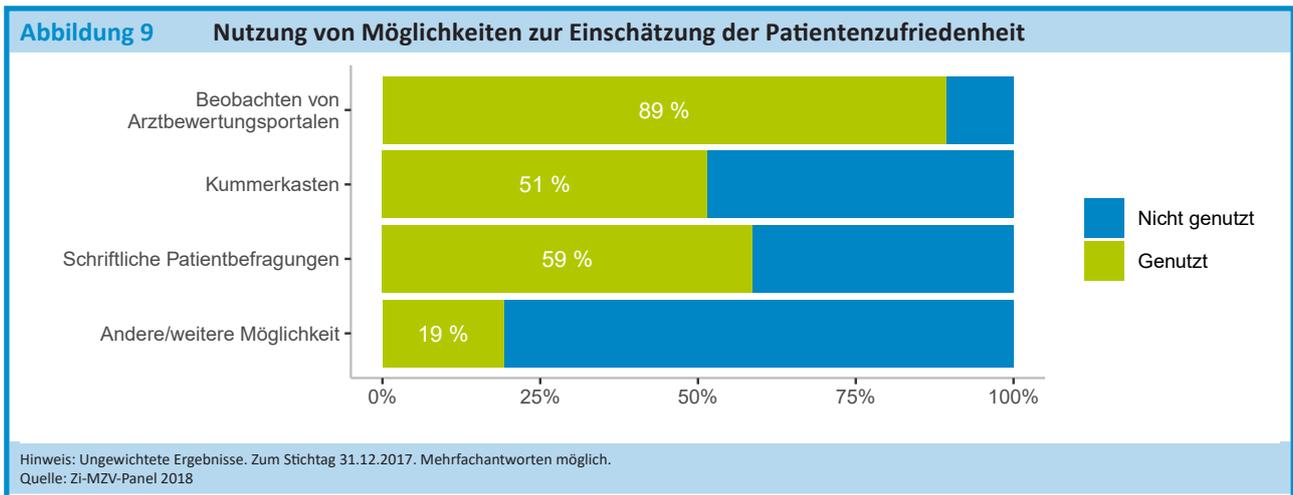
Eng verbunden mit dem Themenbereich Qualitätsmanagement ist die Patientenzufriedenheit. Die Teilnehmenden nutzen diverse Möglichkeiten zur Einschätzung der Patientenzufriedenheit (vgl. Abbildung 9). Mit 89 % sind Arztbewertungsportale das am häufigsten genannte Instrument der Teilnehmenden. Auch schriftliche Befragungen werden von vielen Einrichtungen genutzt (59 %). Den klassischen „Kummerkasten“ nutzen immerhin noch über die Hälfte der Teilnehmenden (52 %). Etwa 19 % gaben an, andere Möglichkeiten zur Einschätzung heranzuziehen. Diese Instrumente werden in unterschiedlicher Frequenz, von regelmäßig wöchentlich bis zweijährlich oder auch unregelmäßig, angewendet.

Die Einschätzung der Zufriedenheit ist auch auf den Bereich der Mitarbeitenden auszuweiten. Fast alle antwortenden Einrichtungen (97 %) führen Gespräche mit Mitarbeitenden durch. Verbreitet ist zu diesem Zweck auch das indirekte Schätzen über Kennzahlen wie Fehltag, Fluktuation und Kündigungsraten, davon machen knapp drei Viertel der teilnehmenden Einrichtungen Gebrauch. Befragungen von Mitarbeitenden führen ca. 42 % durch (vgl. Abbildung 10). Auch im Bereich der Mitarbeiterzufriedenheit kommen diese Instrumente unterschiedlich oft zum Einsatz.

Zulassungen und Versorgungsaspekte

Wie auch andere Organisationsformen im ambulanten Versorgungssektor, dürfen Medizinische Versorgungszentren nur nach Zulassung an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen. Zu diesem Zweck



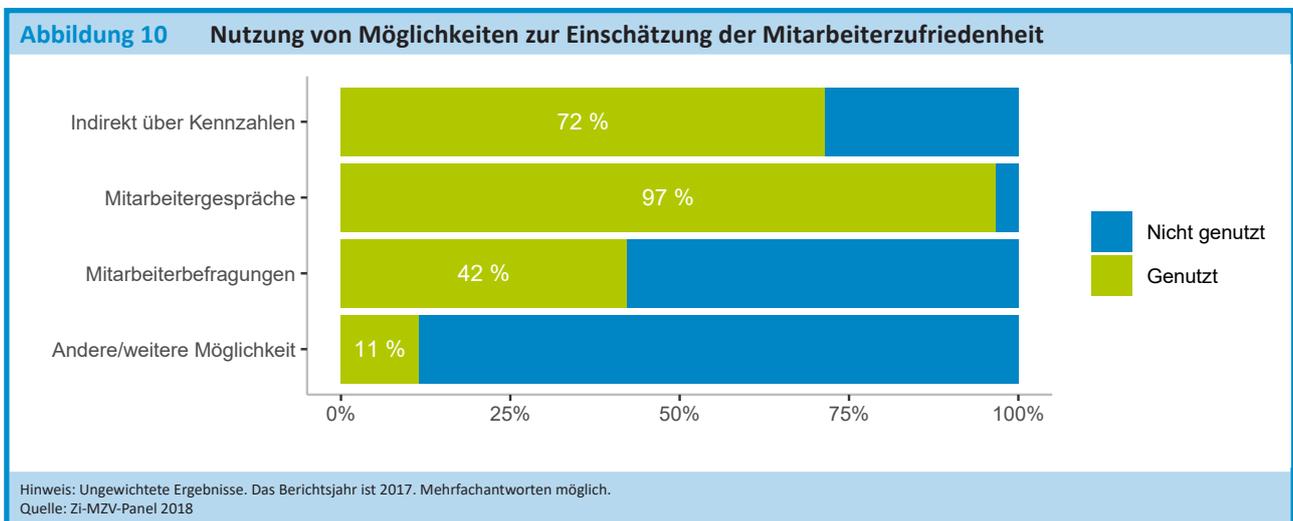


können sich MVZ auf ausgeschriebene Kassensitze bewerben. Weiterhin können niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten ihre persönliche Zulassung in das MVZ einbringen. Bei dieser zweiten Variante gibt es einerseits die Möglichkeit, die persönliche Zulassung an das MVZ zu übertragen. Andererseits kann man die persönliche Zulassung ruhen und während der Tätigkeit im MVZ von dessen Zulassung überlagern lassen. Im Falle der Zulassungsübertragung an das MVZ, behält das MVZ auch nach Austritt der einbringenden Ärztin/Psychotherapeutin die Zulassung. Bei einer überlagerten persönlichen Zulassung des einbringenden Arztes/Psychotherapeuten wird nach Austritt dessen persönliche Zulassung wieder gültig, damit kann das MVZ nicht mehr über diese Zulassung verfügen.

Der über die Zulassung definierte „Versorgungsauftrag“, bzw. bei angestellten Ärzten die Anstellungsgenehmigung, enthält neben dem Zulassungsfachgebiet auch den jeweiligen Versorgungsumfang, mit dem zeitlich für jeden Arzt individuell der Umfang der Teilnahme an der GKV-Versorgung beschrieben

wird (vgl. Tabelle 1). Gemäß Zulassungsverordnung der Ärzte (ZV-Ärzte) müssen dabei von jedem Arzt – gleich ob angestellt oder vertragsärztlich tätig – bei einem Anrechnungsfaktor von 1,0 (= Vollzeit-Äquivalent) mindestens 20 Sprechstunden je Woche angeboten werden. Für Ärzte mit Teilzeitanstellung oder -zulassung gilt die Verpflichtung zum Angebot der Mindestsprechstundenzahl anteilig (0,75 Arzt = 15 h / 0,5 Arzt = 10 h / 0,25-Arzt = 5 Stunden). Diese Angaben beziehen sich auf den Stand vor Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (Mai 2019); seit dem wurde die Mindestsprechstundenzeit für einen Vollzeitarzt – mit den entsprechenden Auswirkungen für Teilzeitärzte – auf 25 Sprechstunden angehoben.

Parallel zu dieser Vorgabe gibt die Bedarfsplanungsrichtlinie (§ 51 BpLR) für angestellte Ärzte Anrechnungsfaktoren vor, die sich nicht an der Sprechstundenverpflichtung, sondern an der arbeitsvertraglich vereinbarten Gesamtarbeitszeit orientieren. Danach gilt, dass ein angestellter Arzt im Sinne der Bedarfsplanung als „halber Arzt“ – also mit einem „Versor-

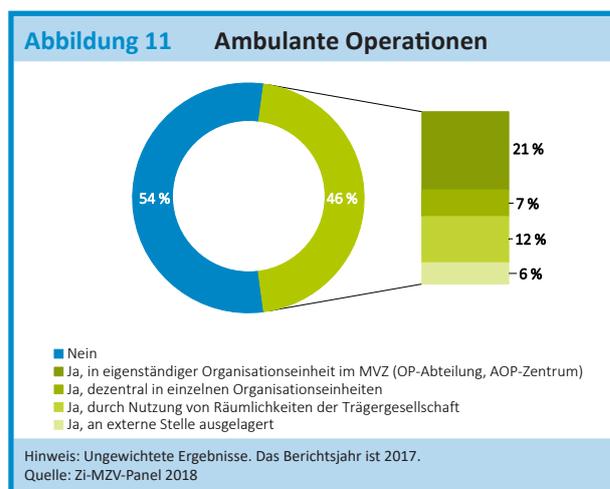


gungsauftrag“ von 0,5 einzustufen ist – wenn im Arbeitsvertrag eine Arbeitszeit von mindestens 10 und maximal 20 Stunden vereinbart wurde. Diese andere Einteilung hebt jedoch die Vorschrift aus der ZV-Ärzte nicht auf. D.h. von diesem Korridor an Gesamtarbeitszeit müssen im Fall eines „Halb-Arzt“ Fall mindestens 10 Stunden als Sprechstunden eingesetzt werden. Bei in Vollzeit angestellten Ärzten muss insgesamt eine Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden vereinbart werden, von denen der Angestellte im Minimum 20 Stunden je Woche direkt in der angekündigten Sprechstunde den Patienten zur Verfügung stehen muss. Insofern besteht hinsichtlich der Vorgaben zum zeitlichen Umfang des direkten Patientenkontaktes kein Unterschied zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten, obwohl die Vorgaben aus Zulassungsverordnung und Bedarfsplanungsrichtlinie auf den ersten Blick einen anderen Eindruck erwecken.

Die teilnehmenden Einrichtungen bestehen im Median aus drei Fachgebieten mit einem medianen Gesamtversorgungsumfang von viereinhalb „Arztsitzen“. Der Gesamtversorgungsumfang beschreibt die Summe der einzelnen Versorgungsumfänge der Zulassungsfachgebiete (vgl. Tabelle 2) – unabhängig davon, wie viele Ärzte ggf. in Teilzeit auf diesen Arztsitzen tätig sind. Vertragsärztlich getragene MVZ bestehen im Median nur aus zwei Fachgebieten mit einem Gesamtversorgungsumfang von fünf Arztsitzen. MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen sind mit einem Median von drei Fachgebieten und fünfeinhalb Arztsitzen etwas größer. Gleiches gilt für Krankenhaus-MVZ, die einen Median von vier Fachgebieten und einen medianen Gesamtversorgungsumfang von viereinhalb Sitzen aufweisen.

Etwa 46 % der teilnehmenden Einrichtungen gaben an, ambulante Operationen unter der Hauptbetriebsstättennummer des MVZ durchzuführen, etwa ein Fünftel dieser Einrichtungen organisiert ambulante Operationen über eine eigenständige Orga-

nisationseinheit (z. B. OP-Abteilung, AOP-Zentrum) und etwa 12 % nutzen dafür Räumlichkeiten der Trägergesellschaft (vgl. Abbildung 11). Die nach Art der Trägerschaft differenzierte Betrachtung zeigt, dass mit 50 % am häufigsten Krankenhaus-MVZ ambulante Operationen unter der Hauptbetriebsstättennummer durchführen. Dahinter folgen mit 46 % MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen und mit 40 % vertragsärztlich getragene MVZ. Insbesondere für die vertragsärztlich und anderweitig getragenen MVZ ist an dieser Stelle unbekannt, ob ambulante Operationen ggf. an Nebenbetriebsstätten durchgeführt werden.



Hinsichtlich des medizinischen Personals lässt sich festhalten, dass in MVZ jeweils im Median acht Ärzte bzw. Psychotherapeuten – freiberuflich und angestellt, inkl. Weiterbildungsassistent (WBA) – sowie 14 Mitarbeiter des nichtärztlichen medizinischen Bereichs tätig sind. Bei ausschließlicher Betrachtung des angestellten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Personals (inkl. WBA), sind 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 Krankenhaus-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 vertragsärztlich getragenen MVZ (n=61).

Zum Stichtag 31.12.2017 gab die Kassenärztliche Bundesvereinigung die durchschnittliche Arbeitsgröße zugelassener MVZ mit 6,4 Ärztinnen und Ärzten an. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die KBV das arithmetische Mittel berechnet, im Rahmen der Erhebung jedoch auf den Median zurückgegrif-

Tabelle 2 Gesamtversorgung nach Trägerart

Träger	Anzahl Zulassungsfachgebiete	Versorgungsumfang („Arztsitze“)
Gesamt	3	4,5
Vertragsarzt-MVZ	2	5
Krankenhaus-MVZ	4	4,5
Andere Träger	3	5,5

Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

fen wird und Psychotherapeuten eingeschlossen, jedoch Weiterbildungsassistenten ausgeschlossen sind. Der Median beläuft sich hierbei auf fünf Ärztinnen und Ärzte (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Auffällig ist, dass trotz der im Vergleich geringen medianen Anzahl des nichtärztlichen medizinischen Personals bei diesen höher liegt als in MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen und Krankenhaus-MVZ (Vertragsarzt-MVZ: 18, n=62; anderweitig getragene MVZ: 13, n=28; Krankenhaus-MVZ: 11 Beschäftigte, n=101).

Insgesamt wurden durch die teilnehmenden MVZ im Median 4.206 GKV-Patienten³ und 408 nicht über die GKV abgerechnete Patienten⁴ im vierten Quartal 2017 versorgt. Jeweils auf die Kopffzahl bezogen, waren dies 624 GKV-Patienten je Arzt bzw. Psychotherapeut im Median. Nach Träger differenziert lässt sich feststellen, dass in Krankenhaus-MVZ geringfügig mehr GKV-Patienten je Arzt oder Psychotherapeut versorgt wurden als in vertragsärztlich getragenen MVZ (Median: 673 vs. 625). In MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen waren es im Median 465 GKV-Patienten je Arzt/Psychotherapeut (n=25). Auch bei den nicht über die GKV abgerechneten Patienten ergeben sich keine größeren Unterschiede zwischen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ (Median: 73 Patienten in Krankenhaus-MVZ, n=92; 76 Patienten in Vertragsarzt-MVZ, n=62). In MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen waren es im Median 39 nicht über die GKV abgerechnete Patienten je Arzt/Psychotherapeut (n=25).

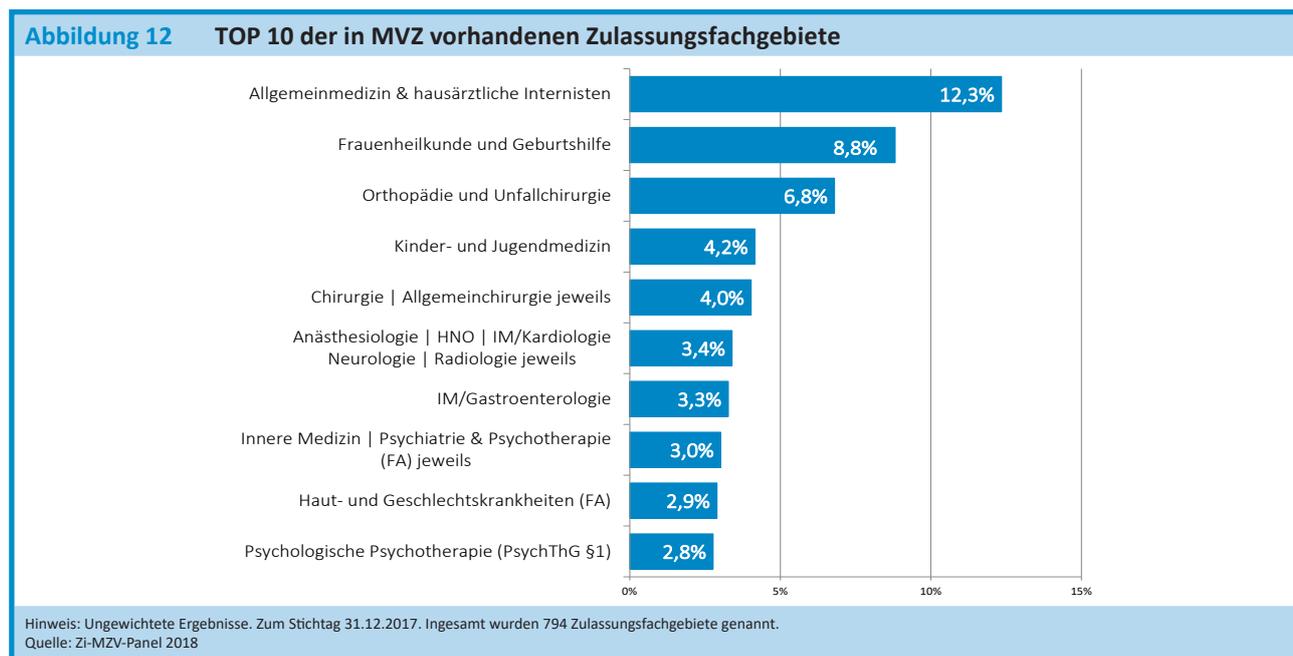
Aufgrund der Verwendung von Kopffzahlen statt Vollzeitäquivalenten ist die Vergleichbarkeit und Interpretation dieser Ergebnisse eingeschränkt.

Die drei häufigsten vorhandenen Zulassungsfachgebiete in MVZ sind Allgemeinmedizin und hausärztliche Internistik, Gynäkologie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie (vgl. Abbildung 12). Insgesamt wurden von den 212 Teilnehmenden, 794 Fachgebiete angegeben.

Nach Aggregation von ähnlichen Zulassungsfachgebieten ist festzustellen, dass die Anteile der chirurgischen und internistischen Fächer insgesamt, den Anteil der Allgemeinmedizin noch übersteigen.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass auch die von der KBV veröffentlichten stichtagsbezogenen Daten zur Fachgruppenverteilung zeigen, dass Hausärzte (50,1 %), fachärztliche Internisten (29,8 %) und Chirurgen (19,8 %) am häufigsten in MVZ vertreten sind. Die Vergleichbarkeit der Grundgesamtheitsdaten der KBV und der Erhebungsdaten aus dem Zi-MVZ-Panel ist jedoch eingeschränkt, da die genaue Zuordnung der Zulassungsfachgebiete zu den Fachgruppen nicht bekannt ist. Für die Erhebung 2019 im Rahmen des Zi-MVZ-Panels kann diese Zuordnung der Anlage entnommen werden (vgl. Anhang, Zuordnungstabelle für Fachgebiete).

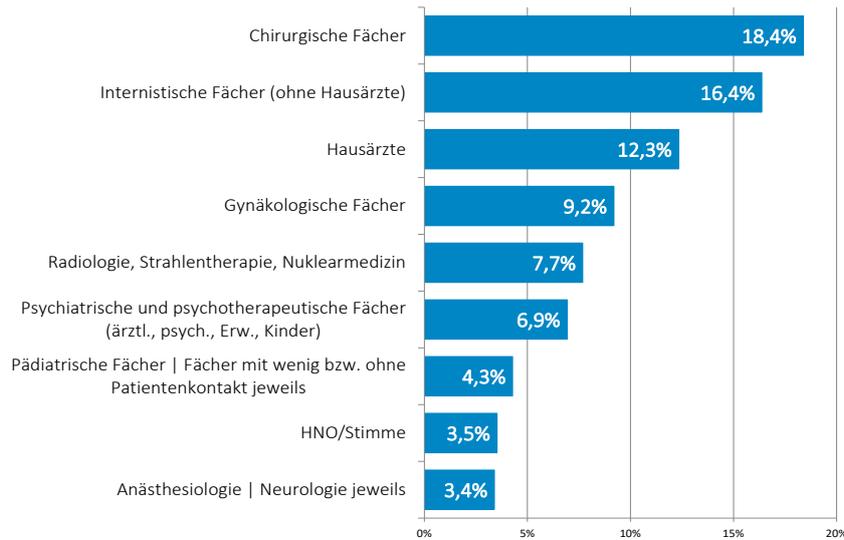
Fasst man die genannten Zulassungsfachgebiete noch weiter zusammen und ordnet sie den Versor-



3 Inkl. über die KV abgerechnete Selektivverträge.

4 Über die Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse, eine Privatversicherung (inkl. IGeL) abgerechnete oder im Auftrag eines Krankenhauses bzw. konsiliarisch versorgte Patienten.

Abbildung 13 TOP 10 der in MVZ vorhandenen Fachgebieten



Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Zum Stichtag 31.12.2017.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

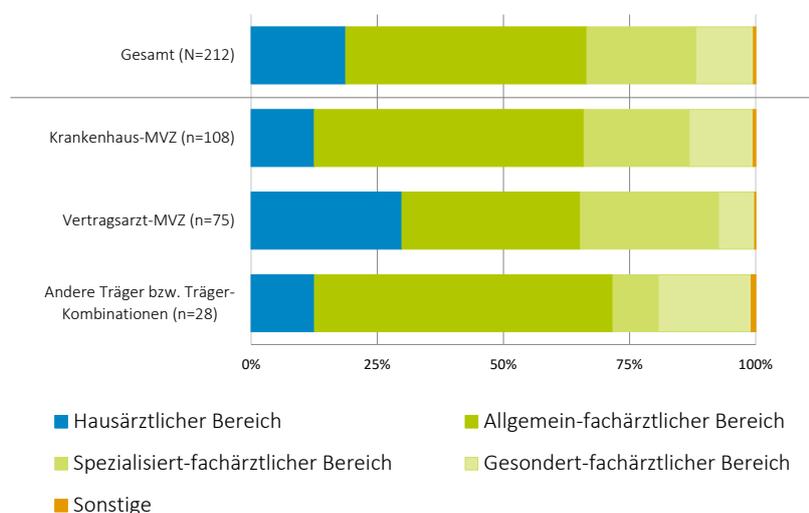
gungsebenen in Anlehnung an die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) zu, lässt sich zur Veranschaulichung die durchschnittliche fachliche Zusammensetzung eines teilnehmenden MVZ ableiten (vgl. Anhang, Zuordnungstabelle für Fachgebiete und Abbildung 14).

Bei der Differenzierung nach Träger ist festzustellen, dass sich die Zusammensetzung nach Versorgungsebenen zwischen den unterschiedlichen Trägerarten stark unterscheidet (vgl. Abbildung 14). Vertragsärztlich getragene MVZ haben mit ca. 30 % einen hohen Anteil an hausärztlicher Versorgung, während Krankenhaus-MVZ und anderweitig getragene MVZ insbesondere Fachgebiete des allgemein-fach-

ärztlichen Versorgungsbereichs umfassen. Unterschiede zeigen sich auch im Bereich der spezialisiert- und gesondert-fachärztlichen Versorgungsebenen: Vertragsarzt-MVZ stechen mit einem Anteil von ca. 27 % an Fachgebieten der spezialisiert-fachärztlicher Versorgungsebene hervor, während es auf Ebene der gesondert-fachärztlichen Versorgung mit etwa 19 % die anderweitig getragenen MVZ sind. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Darstellung keine Rückschlüsse auf z. B. Gründungsmotive oder die Spezialisierung auf eine bestimmte Versorgungsebene zulässt.

Die Teilnehmenden wurden ebenfalls dazu befragt, ob es zum Zeitpunkt der Erhebung Nachbeset-

Abbildung 14 MVZ nach Versorgungsbereich und Trägerschaft



Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Zum Stichtag 31.12.2017. Einteilung der angegebenen Zulassungsfachgebiete in die jeweiligen Versorgungsebenen erfolgte in Anlehnung an die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

zungsprobleme für ärztliche Stellen gab und welche Zulassungsfachgebiete davon betroffen waren. Außerdem wurde gefragt, ob es sich um die Nachbesetzung eines Angestelltensitzes handelte, also eine Zulassung des MVZ und nicht eine personengebundene Zulassung eines Vertragsarztes/-psychotherapeuten, die während der Tätigkeit am MVZ ruhte und dem MVZ nach dessen Austritt nicht mehr zur Verfügung steht.

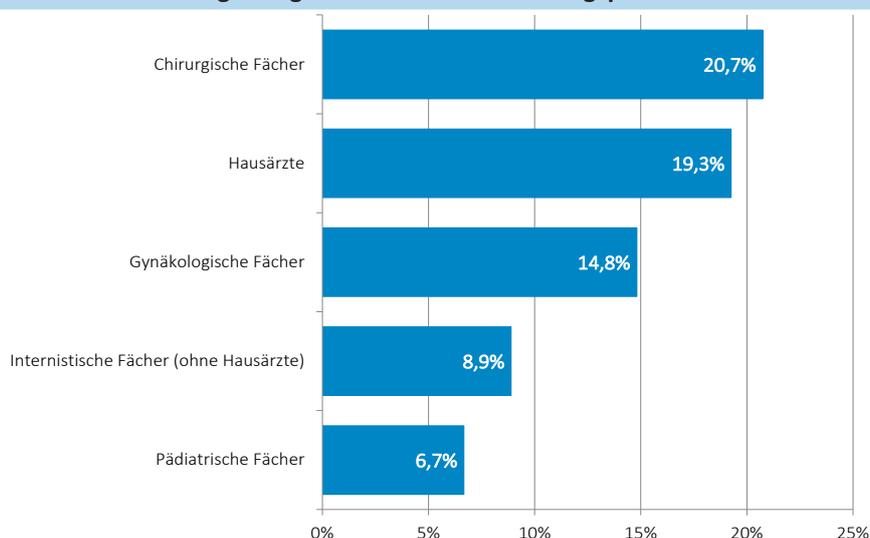
Teilnehmende Einrichtungen, bei denen die Nachbesetzungsprobleme einen Angestelltensitz betrafen, wurden gebeten die nachzubesetzenden Zulassungsfachgebiete aufzulisten. Die gegebenen Antworten spiegeln die Liste der vorhandenen Zulassungsfachgebiete nahezu wider, das heißt, die drei am häufigsten vertretenen Zulassungsfachgebiete (chirurgische Fächer, Allgemeinmedizin/hausärztliche Internistik, Gynäkologie) werden auch am häufigsten als die Fachgebiete benannt, für die es Nachbesetzungsprobleme gab. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse muss beachtet werden, dass sich die Frage nach den vorhandenen Zulassungsfachgebieten auf den Stichtag 31.12.2017 bezog, während die Frage zu Nachbesetzungsproblemen den Stand zum Erhebungszeitpunkt abbildet. Es ist auch möglich, dass Teilnehmende zum Stichtag nicht besetzte Zulassungsfachgebiete, für die das MVZ aber eine gültige Zulassung besitzt, nicht als „vorhanden“ aufgelistet haben (vgl. Abbildung 15).

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden auch gebeten, anzugeben, wie viele ausgelagerte Praxisräume und Nebenbetriebsstätten zum MVZ gehör-

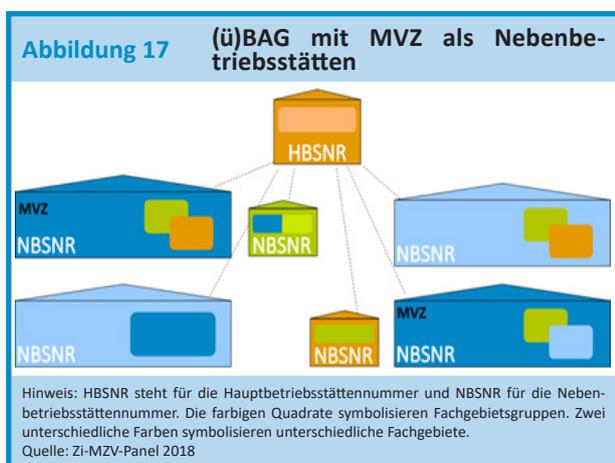
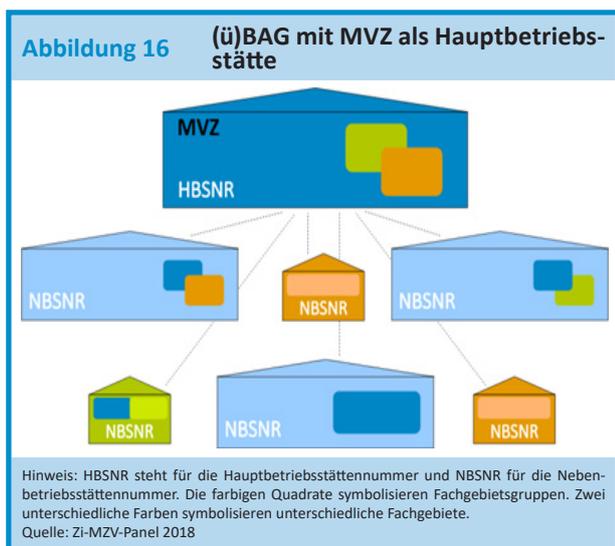
ten. Im Median weisen die Teilnehmenden zwei Nebenbetriebsstätten und einen ausgelagerten Praxisraum aus. Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern sowie nach Regionstyp lassen sich nicht feststellen.

Gemäß des Bundesmantelvertrages-Ärzte steht MVZ – wie allen zugelassenen Vertragsärzten – die Option offen, Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zu sein (§ 15a Abs. 3 BMV-Ä). Elf Prozent der teilnehmenden MVZ sind entweder Teil einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. In einer solchen Konstellation kann ein MVZ sowohl Haupt- als auch Nebenbetriebsstätte sein (§ 15a Abs. 1, 4, BMV-Ä; vgl. Abbildung 16-17). 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, 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.

Abbildung 15 TOP 5 der Zulassungsfachgebiete mit Nachbesetzungsproblemen



Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Zum Stichtag 31.12.2017. Mehrfachantworten möglich. Insgesamt haben 86 teilnehmende MVZ Angaben zu Fachgebieten mit Nachbesetzungsproblemen gemacht. Der Befragungszeitraum lag in Q1/2019.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018



Die teilnehmenden Einrichtungen wurden ebenfalls danach befragt, ob sie im Jahr 2017 Verträge zu besonderen Versorgungsformen bzw. Selektivverträge abgeschlossen hatten. Mit insgesamt fast 56 % am häufigsten, benennen die Teilnehmenden abgeschlossene Verträge zu Strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V. An zweiter und dritter Stelle folgen die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (25 %) sowie Strukturverträge gemäß §73a SGB V (22 %). Bei diesen drei Vertragsarten fällt auf, dass darunter deutlich häufiger auch Selektivverträge mit KV-Beteiligung sind. Verträge zur integrierten Versorgung werden etwas öfter ohne KV-Beteiligung abgeschlossen (vgl. Abbildung 18). Vor Juli 2015 war es für KVen nicht möglich, Vertragspartner von Verträgen nach §§140a ff zu sein.

Bewertung, Planung und Erwartung

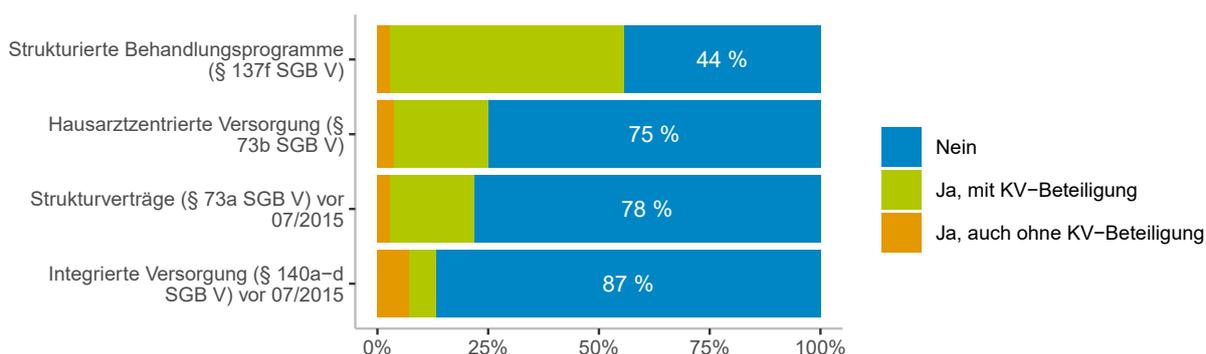
In diesem Abschnitt sollen subjektive und perspektivische Fragen für ein möglichst umfassendes Bild der MVZ in Deutschland herangezogen werden. Mit dem Themenbereich zu Bewertung, Planung

und Erwartungen wird u. a. auf die Gewinnung von ärztlichem/psychotherapeutischem Personal eingegangen, bspw. welche Rahmenbedingungen sind mit einer Tätigkeit in MVZ verbunden. Des Weiteren werden die teilnehmenden Einrichtungen um die Einschätzung hinsichtlich Planungssicherheit und Erwartungen zur Wirtschaftslage des MVZ, der Entwicklung der Betriebskosten sowie Ausstattung gebeten. Das folgende Kapitel enthält Angaben zu:

- Bewertung der gegenwärtigen Situation
- Erwartungen zur Entwicklung im Jahr 2018
- Vorzüge zur Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter.

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden gebeten ihre zum Bearbeitungszeitpunkt aktuelle Situation zu bewerten. Etwa drei Viertel der Teilnehmenden (75,5 %) schätzen ihre Gesamtsituation als eher gut bzw. gut ein. Vertragsarzt-MVZ schätzen ihre Gesamtsituation noch deutlich öfter als gut bzw. eher gut ein als Krankenhaus-MVZ (Vertragsarzt-MVZ: 88,7 %, n=71; Krankenhaus-MVZ: 72,1 %, n=104). Nur etwas mehr als die Hälfte der MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen dagegen schätzt ihre Gesamtsituation als gut bzw. eher gut ein 53,6 %, n=28. Bei der Frage nach der Höhe des Jahresüberschusses ändert sich das Bild: Insgesamt bewertet ca. die Hälfte der Antwortenden die Höhe des Jahresüberschusses als gut bzw. eher gut. Unterscheidet man an dieser Stelle nach Trägerart zeigt sich eine gegensätzliche Bewertung zwischen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ: Nur 40,4 % der Krankenhaus-MVZ (n=104) bewerten die Höhe des Jahresüberschusses als gut bzw. eher gut, während es bei den Vertragsarzt-MVZ 69,4 % (n=72) sind. Bei den teilnehmenden MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen ist der Anteil, derjenigen Einrichtungen, die die Höhe des Jahresüberschusses mit gut bzw. eher gut bewertet noch etwas niedriger (35,7 %, n=28).

Weiterhin sollten die Teilnehmenden die wirtschaftliche Planungssicherheit für die kommenden zwölf Monate bewerten. In der Gesamtbetrachtung wird dieser Punkt überwiegend positiv mit gut bzw. eher gut bewertet (64 %). Nach Trägerart getrennt, ergeben sich erneut deutliche Unterschiede. Die von einem Krankenhaus getragenen MVZ (n=105) bewerten die wirtschaftliche Planungssicherheit lediglich zu 53,3 % als gut bzw. eher gut, bei den Vertragsarzt-MVZ (n=70) sind es 77,1 %. Auch die anderweitig getragenen MVZ sind hier optimistischer: 70,

Abbildung 18 Verträge zu besonderen Versorgungsformen

Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Antworten für Verträge zu Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V), SAPV (§ 37b SGB V), ASV (§ 116b SGB V), besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V, vor 07/2015), besondere Versorgung (§ 140a SGB V, seit 07/2015) sind nicht dargestellt, da einige Kategorien weniger als 6 Beobachtungen enthalten. Mehrfachantworten möglich.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

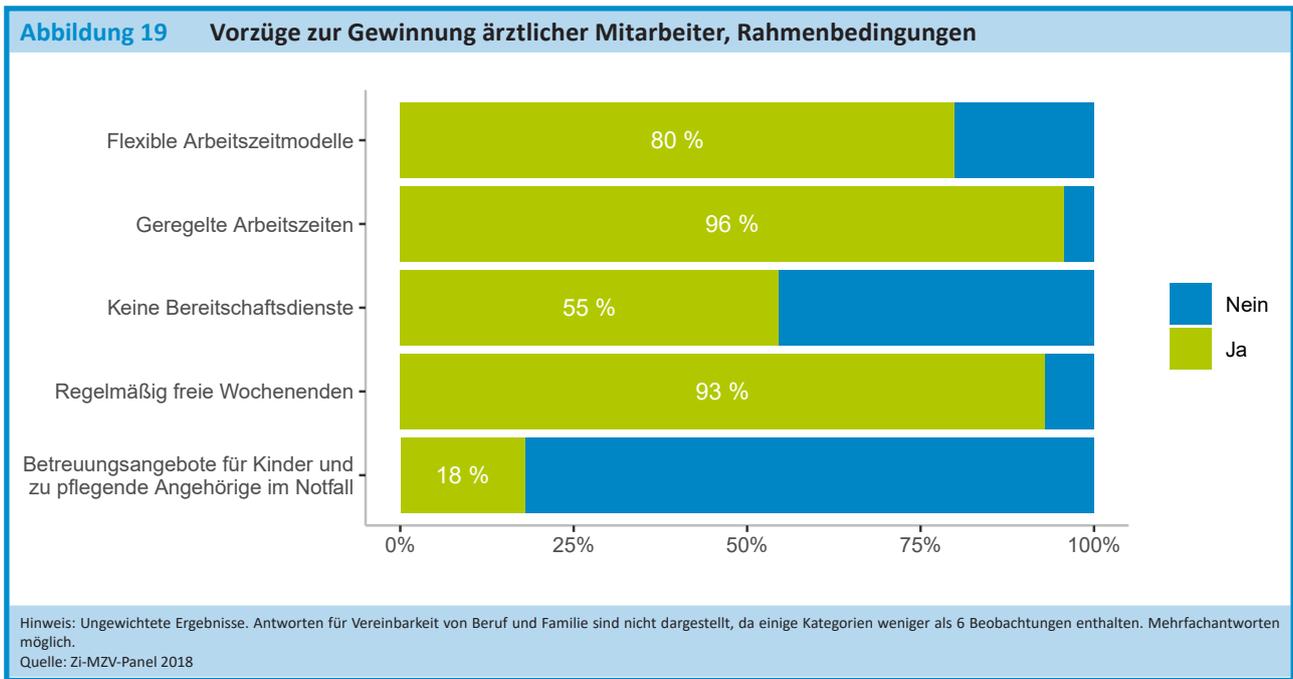
4 % bewerten die wirtschaftliche Planungssicherheit mit gut bzw. eher gut.

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: 50,3 %; schlecht bzw. eher schlecht: 49,7 %). Allerdings ist bei nach Trägerschaft getrennter Auswertung festzustellen, dass nur 40,2 % der Krankenhaus-MVZ (n=97) diesen Punkt gut bzw. eher gut bewerten. Bei den Vertragsarzt-MVZ (58,8 %, n=68) und den MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombination (63 %, n=27) fällt diese Bewertung deutlich positiver aus. Zu beachten ist, dass während des Erhebungszeitraums die Diskussionen zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in vollem Gange waren. Zu Beginn des Erhebungszeitraumes (16.01.2019) enthielt der TSVG-Entwurf u. a. noch eine Passage, die die Nachbesetzung von Angestelltensitzen in MVZ betraf und vorsah, dass auch nachzubesetzende Angestelltensitze bei Personalwechsel vorbehaltlich durch den Zulassungsausschuss zu prüfen seien. Diese Regelung wurde am 07.03.2019 aus dem Gesetzesentwurf gestrichen, da sie die Planbarkeit kooperativer Organisationsformen erheblich beschränkt hätte. Es ist davon auszugehen, dass Teilnehmende, die den Online-Fragebogen vor dem 07.03.2019 ausgefüllt haben, die Frage nach der politisch-strategischen Planungssicherheit für die kommenden zwölf Monate negativer bewertet haben als die Einrichtungen, die erst im Anschluss teilgenommen haben. Da Krankenhaus-MVZ wesentlich häufiger mit angestellten Ärzten bzw. Psychothera-

peut ist dies auch ein möglicher Erklärungsansatz für die pessimistischere Bewertung durch Krankenhaus getragene MVZ.

Die Teilnehmenden wurden ebenfalls gebeten, ihre Zufriedenheit mit weiteren Aspekten zu bewerten: Mit den Räumlichkeiten des MVZ ist die Mehrheit der Teilnehmenden zufrieden bzw. eher zufrieden (84,3 %). Auch mit der Verkehrsanbindung (93,3 %) und mit der medizinisch-technischen Ausstattung (95,7 %) sind die meisten teilnehmenden Einrichtungen zufrieden bzw. eher zufrieden. Mit den Praxisverwaltungssystemen ist die Mehrzahl ebenfalls zufrieden bzw. eher zufrieden (74 %).

Ein weiteres Themenfeld in der Erhebung zum Berichtsjahr 2017 waren die Erwartungen für Entwicklungen bezüglich der Wirtschaftslage, der Betriebskosten und der Ausstattung im Jahr 2018. An dieser Stelle ist zu beachten, dass der Erhebungszeitraum im ersten Quartal 2019 war, damit waren die Entwicklungen für 2018 prinzipiell bereits bekannt. Vor dem Hintergrund der ausgesetzten Erhebung für das Berichtsjahr 2018 sind die Angaben dennoch nützlich, da sie de facto eher den Ist-Stand für 2018 wiedergeben: Hinsichtlich der Wirtschaftslage ist der größte Anteil der Teilnehmenden optimistisch und erwartete eine Verbesserung für 2018 (48,6 %), weitere 38,7 % erwarteten keine Veränderung. Bei den Betriebskosten für 2018 erwartete die Mehrheit eine Steigerung (68,4 % bzw. keine Veränderung (28,7 %). Im Hinblick auf die Ausstattung des MVZ erwartete die Mehrheit keine Veränderung (59 %) oder eine Verbesserung.

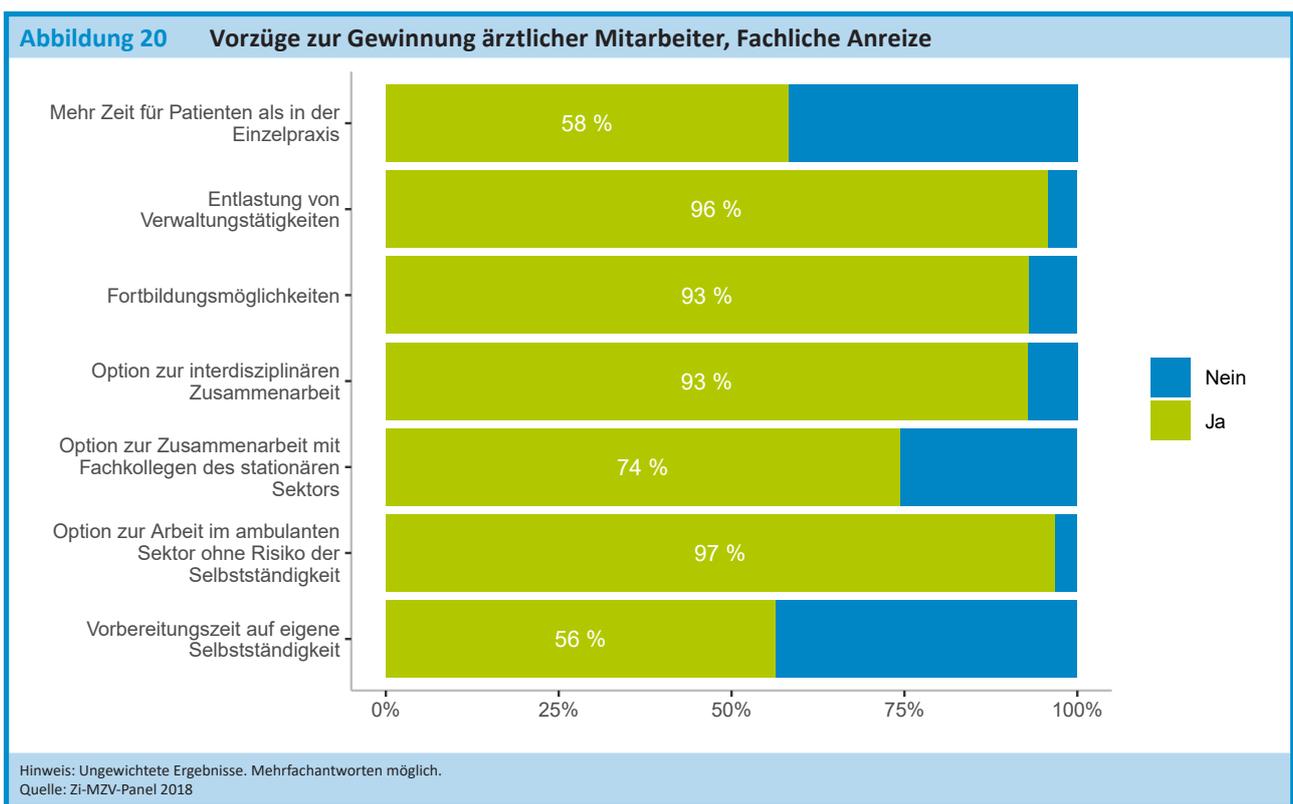


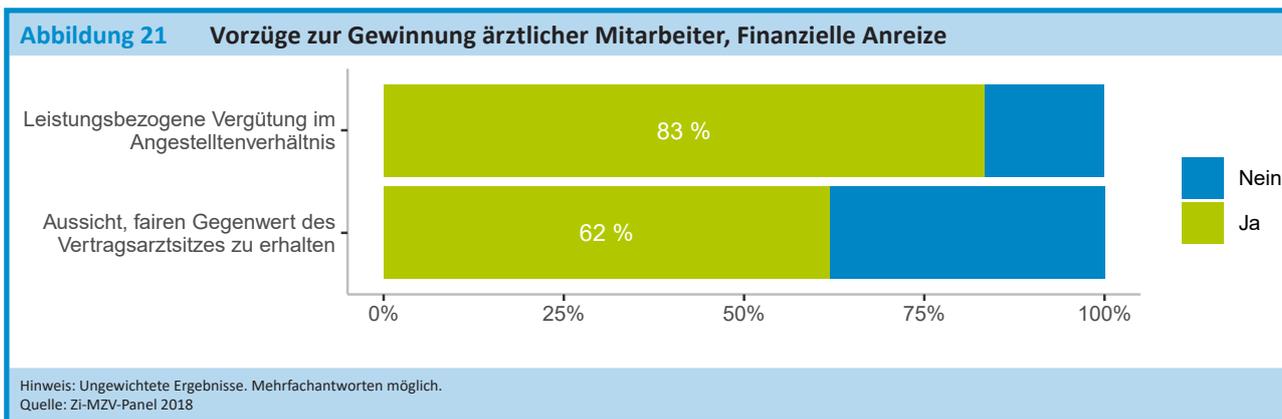
Die teilnehmenden Einrichtungen wurden darüber hinaus zu den Vorzügen befragt, die sie zur Gewinnung neuer ärztlicher Mitarbeiter anbieten können. Nahezu alle teilnehmenden Einrichtungen gewähren die Möglichkeit der Arbeit im ambulanten Versorgungssektor ohne das Risiko einer eigenen Selbstständigkeit (97 %), die Entlastung von Verwaltungsaufgaben (96 %) oder geregelte Arbeitszeiten (96 %). Die wenigsten Einrichtungen können potenziellen Mitarbeitern dagegen Notfall-Betreuungsangebote für Kinder und zu pflegende Angehörige anbieten (18 %). Bei der Betrachtung der finanziellen

Anreize ist festzustellen, dass 83 % eine leistungsbezogene Vergütung im Angestelltenverhältnis bieten können. Nur knapp zwei Drittel können einen fairen Gegenwert für einen Vertragsarztsitz in Aussicht stellen (vgl. Abbildung 19 bis 21).

Finanzen

Eines der Hauptziele des Zi-MVZ-Panels ist die Schaffung von mehr Transparenz bezüglich der Kostenstruktur in MVZ. Eine Darstellung auf Basis der Zulassungsfachgebiete wäre an dieser Stelle erstre-





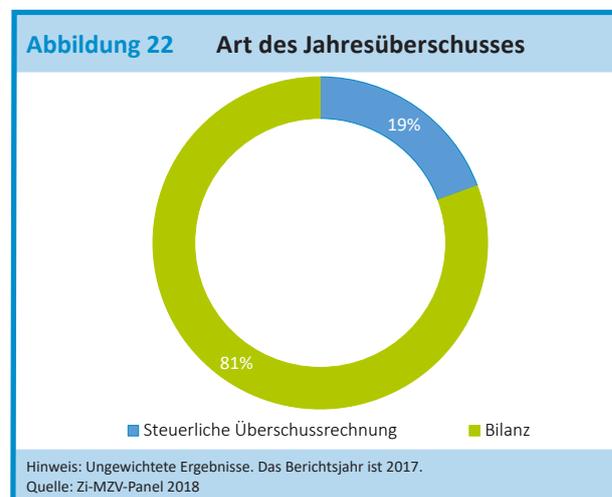
benswert, auch hinsichtlich des Vergleichs mit Einzelpraxen. Die Heterogenität einerseits im Hinblick auf die Organisationsstruktur und betriebswirtschaftliche Steuerung sowie andererseits im Hinblick auf die Größe der Medizinischen Versorgungszentren, erschwert die strukturierte Erfassung zuverlässiger und vergleichbarer Daten zu diesen Punkten jedoch erheblich. Aus diesem Grund erheben und berichten wir weiterhin nur Finanzdaten für das MVZ insgesamt. Dieses Kapitel umfasst folgende Themen:

- Möglichkeit, Finanzangaben nach Fachgebiet getrennt anzugeben
- Art des Jahresabschlusses
- Art der Kosten- und Leistungsrechnung und personelle Zuständigkeit
- Gewinn- und Verlustsituation
- Gesamt- und Personalaufwendungen
- Gesamt- und GKV-Erträge
- Überschuss je Inhaber
- Klimaindex 2017.

Insgesamt könnten etwa zwei Drittel (64,5 %) der teilnehmenden MVZ, die fachübergreifend tätig sind, getrennte Angaben zu Aufwendungen und Erträgen je Fachgebiet machen. Problematisch für zukünftige Erhebungen wäre die jeweils MVZ-individuelle Definition eines „Fachgebietes“, das folglich in der jeweiligen betriebswirtschaftlichen Aufstellung die Bezugsgröße darstellen würde. Außerdem kann nicht außer Acht gelassen werden, dass der Ausfüllaufwand für große MVZ nicht zu leisten wäre. Bei der Betrachtung nach Trägerart wird zudem deutlich, dass vor allem vertragsärztlich getragene MVZ keine nach Fachgebiet getrennten Finanzangaben machen können (57,8 %, n=44). Die Mehrzahl der Krankenhaus-MVZ könnte diese Daten dagegen zur Verfügung stellen (69,6 %, n=87).

Die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen (ca. 81 %) schloss das Geschäftsjahr 2017 mittels einer Bilanz ab (vgl. Abbildung 22). Die Erwartung, dass sich diese Angaben stark nach Art der Trägerschaft, und damit verbunden auch der Rechtsform, unterscheidet, hat sich bestätigt. Während über 95 % der Krankenhaus-MVZ (n=108) und über 90 % der MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen (n=28) bilanzierten, war es bei den vertragsärztlich getragenen MVZ 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 steuerlichen Überschussrechnung (SÜR) versus Bilanz. Vertragsärztlich getragene MVZ wählen zur Hälfte die SÜR als wesentlich einfachere Form des Jahresabschlusses. Die Gehälter der Inhaber sind in der erforderlichen Einnahme-Überschussrechnung nicht enthalten, sondern werden in der Regel dem Gewinn entnommen. 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.

Im Hinblick auf die Zuständigkeit für die Kosten- und Leistungsrechnung im Jahr 2017 lässt sich festhalten, dass in fast der Hälfte der teilnehmenden MVZ (47 %) mehrere⁵ bzw. andere Personalgruppen beteiligt waren. Bei alleiniger Zuständigkeit wurden am häufigsten das Controlling (21 %) und Steuerberater (18 %) benannt (vgl. Abbildung 23). Bei der Differenzierung nach der Trägerschaft wird deutlich, dass die Zuständigkeit in Krankenhaus-MVZ mit ca. 45 % (n=108) am häufigsten mehreren Personalgruppen bzw. mit 37 % dem Controlling zufällt, während es in Vertragsarzt-MVZ mit 44 % (n=75) am häufigsten die Steuerberater waren. In ca. 68 % der MVZ mit



anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen waren mehrere Personalgruppen für die Kosten- und Leistungsrechnung zuständig.

Bei der Art der Kosten- und Leistungsrechnung nutzen 36 % der teilnehmenden Einrichtungen eine andere bzw. eine Kombination aus den vorgegebenen Antwortkategorien für das interne Rechnungswesen. Die Kostenstellenrechnung wurde mit 30 % am häufigsten als die einzige genutzte Rechnungsart genannt, während 24 % ausschließlich die Kostenartenrechnung als einfachste Stufe nutzen (vgl. Abbildung 24). Auch an dieser Stelle offenbaren sich deutliche Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Trägerarten. Mit ca. 43 % wurde in vertragsärztlich getragenen 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 MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen zeigt sich ein ähnliches Bild: Rund die Hälfte der MVZ nutzt eine andere Art der Kosten-/Leistungsrechnung bzw. eine Kombination und etwa 29 % nutzen die Kostenstellenrechnung.

Die Gewinn- und Verlustsituation für das Berichtsjahr 2017 stellt sich insgesamt positiv für die teilnehmenden Einrichtungen dar, ca. 60 % konnten das Jahr mit einem Gewinn abschließen. Zwischen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ zeigt sich jedoch ein gegensätzliches Bild. Während Vertragsarzt-MVZ in 2017 weit überwiegend einen Gewinn gemacht haben (84,4 %, n=64), konnten nur 47,1 % (n=104) der Krankenhaus-MVZ das Jahr mit einem Gewinn beenden. MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen schlossen das Jahr 2017 jeweils zu 50 % mit einem Gewinn bzw. Verlust ab.

Im Rahmen der Erhebung machten die Teilnehmenden detaillierte Angaben zu Aufwendungen und Erträgen für das Jahr 2017. Im Median hatten die Einrichtungen in 2017 Gesamtaufwendungen in Höhe von ca. 1,36 Mio. € davon wurden 960.000 € als Personalaufwendungen ausgewiesen. Dies entspricht einem medianen Anteil der Personalaufwendungen an den Gesamtaufwendungen von 73 %. Unterschiede zeigen sich zwischen den verschiedenen MVZ-Trägern: Während sich in Krankenhaus-MVZ die medi-

⁵ Kombinationen von Personalgruppen ergaben sich aus den aufgeführten Antwortkategorien, bei denen es sich um Mehrfachantworten handelte.

Tabelle 3 Aufwendungen nach Trägerschaft			
	Krankenhaus-MVZ	Vertragsarzt-MVZ	MVZ mit anderen Trägern und Träger-Kombinationen
Gesamtaufwendungen			
n	93	58	26
1. Quartil	686,8	788,1	1.012,8
Median	1.464,1	1.300,0	1.507,3
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.232,3 (2.253,4)	2.249,6 (2.370,0)	2.455,3 (2.671,6)
3. Quartil	2.979,9	2.531,3	2.854,9
Personalaufwendungen			
n	93	59	26
1. Quartil	490,1	560,0	555,6
Median	850,0	1.029,0	1.021,3
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.294,4 (1.133,2)	1.402,1 (1.200,7)	1.518,9 (1.295,4)
3. Quartil	1.690,0	1.846,8	2.442,8
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass den Personalaufwendungen jeweils ein kalkulatorisches Arztgehalt in Höhe von 130.000 € hinzuzufügen ist, sofern für tätige Inhaber keine Personalaufwendungen vorliegen. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018			

anen Gesamtaufwendungen auf 1,46 Mio. € (davon für Personal, Median: 850.000 €) belaufen, liegen die medianen Gesamtaufwendungen in Vertragsarzt-MVZ bei 1,30 Mio. € (davon für Personal, Median: 1,03 Mio. €). MVZ mit anderen Trägern oder Träger-Kombinationen haben im Median Gesamtaufwendungen in Höhe von 1,51 Mio. € (davon für Personal, Median: 1,02 Mio. €) angegeben. Der mediane Anteil der Personal- an den Gesamtaufwendungen liegt in Krankenhaus-MVZ (72,6 %) und MVZ mit anderen Trägern/Träger-Kombinationen (72,5 %) etwas niedriger als in vertragsärztlich getragenen MVZ (75,1 %). Detaillierte Angaben zu den entsprechenden Lage-

parametern finden sich in Tabelle 3.

Die Angaben zu den Aufwendungen in 2017 lassen sich darüber hinaus nach Regionstyp differenzieren (Tabelle 4). Hier zeigt sich, dass MVZ, deren Hauptbetriebsstätte sich in einer Kernstadt befand, im Median (1,69 Mio. €) deutlich höhere Gesamtaufwendungen haben als MVZ mit Hauptbetriebsstätten im Umland (1,30 Mio. €) bzw. in ländlichen Regionen (1,36 Mio. €). Hinsichtlich der Aufwendungen für Personal sind ebenfalls noch Unterschiede sichtbar, diese fallen allerdings geringer aus. So liegen sie in städtischen MVZ im Median bei ca. 1,06 Mio. €.

Tabelle 4 Aufwendungen nach Regionstyp			
	Stadt	Umland	Land
Gesamtaufwendungen			
n	57	70	36
1. Quartil	782,7	723,0	767,3
Median	1.687,0	1.298,6	1.361,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.513,6 (2.399,6)	2.178,7 (2.301,1)	1.847,5 (1.746,0)
3. Quartil	3.604,0	2.531,2	2.251,4
Personalaufwendungen			
n	57	71	36
1. Quartil	503,5	570,0	518,1
Median	1.060,0	946,9	996,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.380,8 (1.132,9)	1.383,0 (1.225,4)	1.233,8 (950,6)
3. Quartil	1.923,7	1.846,8	1.552,0
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass den Personalaufwendungen jeweils ein kalkulatorisches Arztgehalt in Höhe von 130.000 € hinzuzufügen ist, sofern für tätige Inhaber keine Personalaufwendungen vorliegen. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018			

	Hausarzt-MVZ und Haus-/Facharzt-MVZ gemischt	Facharzt-MVZ
Gesamtaufwendungen		
n	98	80
1. Quartil	812,7	597,2
Median	1.300,0	1.609,8
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.064,8 (2.008,2)	2.506,5 (2.683,1)
3. Quartil	2.557,9	3.217,7
Personalaufwendungen		
n	98	81
1. Quartil	592,5	452,9
Median	973,7	922,9
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.277,0 (1.019,0)	1.458,3 (1.337,7)
3. Quartil	1.587,5	2.037,1
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass den Personalaufwendungen jeweils ein kalkulatorisches Arztgehalt in Höhe von 130.000 € hinzuzufügen ist, sofern für tätige Inhaber keine Personalaufwendungen vorliegen. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018		

bei MVZ im Umland bei ca. 947.000 € und bei ländlichen MVZ bei ca. 997.000 €. Die Verteilungen und Lageparameter sind Abbildung 27 und Abbildung 28 sowie Tabelle 5 und Tabelle 6 zu entnehmen. Der Anteil der Personal- an den Gesamtaufwendungen liegt für Stadt-MVZ im Median bei 67,3 %, während er bei MVZ im Umland (74,1 %) und in ländlichen Regionen (73,6 %) höher liegt.

Weiterhin wurden die Angaben der Teilnehmenden zu den Aufwendungen differenziert nach MVZ-Versorgungsbereich betrachtet. Aufgrund der geringen Zahl rein hausärztlicher MVZ wurden diese mit den gemischt haus- und fachärztlichen MVZ zusammen-

gefasst. Es ist davon auszugehen, dass die Unterschiede deutlicher wären, wenn alle drei Gruppen getrennt dargestellt werden würden. Die medianen Gesamtaufwendungen im Jahr 2017 liegen in Hausarzt-MVZ und gemischten Haus-/Facharzt-MVZ bei 1,30 Mio. € während sie in reinen Facharzt-MVZ bei 1,61 Mio. € liegen. Die Personalaufwendungen betragen in Hausarzt-MVZ und gemischten Haus-/Facharzt-MVZ im Median ca. 974.000 € und in reinen Facharzt-MVZ bei ca. 923.000 €. Der Anteil der Personal- an den Gesamtaufwendungen lag damit bei etwa drei Viertel in den Hausarzt- und gemischten MVZ (73,4 %) und bei etwa einem Drittel in reinen Facharzt-MVZ (67,3 %). Zur Veranschaulichung und zum Vergleich der Daten sei auf Tabelle 5 verwiesen.

	Krankenhaus-MVZ	Vertragsarzt-MVZ	MVZ mit anderen Trägern und Träger-Kombinationen
Gesamterträge			
n	94	59	26
1. Quartil	649,5	950,0	1.027,2
Median	1.255,9	1.500,0	1.405,5
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.252,5 (2.363,6)	2.614,8 (2.711,5)	2.262,4 (2.587,8)
3. Quartil	2.894,5	3.025,0	2.487,5
GKV-Erträge			
n	93	59	26
1. Quartil	561,4	688,0	942,3
Median	996,6	1.310,0	1.266,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.673,8 (1.646,7)	2.024,9 (2.087,7)	1.649,2 (1.377,4)
3. Quartil	2.133,4	2.610,0	1.847,5
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. MVZ, die 2018 ihr erstes vollständiges Geschäftsjahr hatten und die als Ausreißer innerhalb der Variable „Gesamterträge“ definiert wurden, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018			

Tabelle 7 Lageparameter zu Erträgen nach Regionstyp			
	Stadt	Umland	Land
Gesamterträge			
n	58	71	36
1. Quartil	886,7	750,0	698,9
Median	1.647,1	1.241,3	1.485,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.664,9 (2.435,3)	2.371,3 (2.725,3)	1.797,4 (1.619,5)
3. Quartil	3.614,7	2.790,0	2.150,1
GKV-Erträge			
n	58	71	35
1. Quartil	611,5	600,0	621,7
Median	1.425,0	996,6	1.233,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.971,5 (1.738,2)	1.821,0 (2.014,9)	1.423,3 (1.128,1)
3. Quartil	2.624,2	2.023,8	1.948,5
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018			

Neben den Aufwendungen sollten die Teilnehmenden ebenfalls Angaben zu den Erträgen im Jahr 2017 machen. Die Gesamterträge der teilnehmenden MVZ lagen im Median bei 1,44 Mio. €, die GKV-Erträge bei 1,18 Mio. €. Der mediane Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen lag bei 85,6 %. Auch auf der Ertragsseite zeigen sich Unterschiede je nach Art der Trägerschaft (vgl. Tabelle 6). In Krankenhaus-MVZ betragen die medianen Gesamterträge 1,26 Mio. € und die medianen GKV-Erträge 997.000 €. Bei den Vertragsarzt-MVZ lag die Höhe der Gesamterträge im Median bei 1,50 Mio. € und die medianen GKV-Erträge bei 1,31 Mio. €. In MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen betragen die Gesamterträge im Median 1,41 Mio. € und die GKV-Erträge 1,27 Mio. €. Der mediane Anteil der GKV-Erträge an

den Gesamterträgen ist in vertragsärztlich getragenen MVZ deutlich niedriger als in Krankenhaus-MVZ (80,8 % vs. 85,7 %); am höchsten ist er jedoch mit 89 % in MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen. Die entsprechenden Lageparameter sind Tabelle 9 und Tabelle 10 zu entnehmen.

Auch die Erträge der teilnehmenden MVZ wurden differenziert nach Regionstyp betrachtet und zeigen zum Teil deutliche Unterschiede. Stadt-MVZ gaben im Median Gesamterträge in Höhe von 1,65 Mio. € an, während MVZ mit Hauptbetriebsstätten im Umland im Median Gesamterträge von 1,24 Mio. € berichteten. MVZ in ländlichen Regionen liegen mit medianen Gesamterträgen von 1,49 Mio. € dazwischen. Im Hinblick auf die GKV-Erträge zeigt sich ein

Tabelle 8 Lageparameter zu Erträgen nach Versorgungsbereich		
	Hausarzt-MVZ und Haus-/ Facharzt-MVZ gemischt	Facharzt-MVZ
Gesamterträge		
n	98	82
1. Quartil	941,7	589,2
Median	1.371,5	1.485,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	2.262,6 (2.394,4)	2.488,7 (2.634,3)
3. Quartil	2.677,9	3.017,5
Personalaufwendungen		
n	98	81
1. Quartil	697,0	514,7
Median	1.210,7	1.145,6
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	1.772,5 (1.797,9)	1.792,6 (1.739,0)
3. Quartil	1.912,8	2.493,4
Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro. Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018		

	Stadt	Umland	Land
n	52	67	32
1. Quartil	-12,1	-100,0	-282,8
Median	105,6	8,8	31,0
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	100,3 (390,6)	46,9 (500,2)	-112,9 (575,4)
3. Quartil	249,9	156,1	184,3

Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

ähnliches Bild: MVZ in Kernstädten geben im Median GKV-Erträge in Höhe von 1,43 Mio. €, MVZ im Umland in Höhe von 997.000 € und Land-MVZ in Höhe von 1,23 Mio.

Der Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen unterscheidet sich zwischen den drei Regionstypen nicht wesentlich (Stadt: 84,8 %, Umland: 85,7 %, Land: 87,3 %). Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Angaben zu Gesamt- und GKV-Erträgen.

Es erfolgte außerdem eine differenzierte Betrachtung der Erträge im Jahr 2017 nach dem MVZ-Versorgungsbereich, wobei auch hier festzuhalten ist, dass die Unterschiede bei getrennter Betrachtung der drei Gruppen wahrscheinlich deutlicher ausfallen würden. Hausarzt-MVZ und gemischte Haus-/Facharzt-MVZ gaben im Median Gesamterträge von 1,37 Mio. € an, während es bei reinen Facharzt-MVZ 1,49 Mio. € waren. Die Höhe der GKV-Erträge war in Hausarzt- und gemischten MVZ mit im Median 1,21 Mio. € etwas höher als in Facharzt-MVZ (1,16 Mio. €). Entsprechend war der Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen im Median in den rein hausärztlichen und gemischten MVZ höher als in den rein fachärztlichen MVZ (86,1 % vs. 82,6 %). Detaillierte Angaben zu den Lageparametern finden sich in Tabelle 8.

Angaben zum Überschuss je Inhaber⁶ im Jahr 2017 sind für insgesamt 164 teilnehmende Einrichtungen verfügbar, wenngleich die Kennziffer „Überschuss je Inhaber“ für Krankenhaus-MVZ und auch für andere Träger/Träger-Kombinationen nur bedingt aussagekräftig hat. Insgesamt beträgt der Überschuss im Median ca. 37.000 € je Inhaber. Die nach Trägerart differenzierte Auswertung offenbart erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern: In Krankenhaus-MVZ lag der mediane Überschuss je Inhaber bei 3.100 € und in MVZ mit anderen Trägern bzw. Träger-Kombinationen lag er bei 10.390 € je Inhaber. In vertragsärztlich getragenen MVZ lag der Überschuss je Inhaber dagegen bei etwa 128.600 €. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist unbedingt zu beachten, dass an dieser Stelle aufgrund der insgesamt geringen Teilnahmequote nicht zusätzlich nach Art des Jahresabschlusses differenziert werden konnte. Das heißt, es fließen sowohl Einrichtungen ein, die zum Jahresabschluss bilanzpflichtig sind als auch Einrichtungen, die eine steuerliche Überschussrechnung erstellen.

Der folgende Absatz soll zumindest für die jeweils häufigste(n) Konstellation(en) bei vertragsärztlich getragenen MVZ und Krankenhaus-MVZ Aufschluss zu Aufwendungen und Erträgen unter Berücksichtigung des Jahresabschlusses geben. Teilnehmende

	Hausarzt-MVZ und Haus-/Facharzt-MVZ gemischt	Facharzt-MVZ
n	94	70
1. Quartil	-75,8	-169,3
Median	36,8	36,03
Arithmetisches Mittel (Standardabweichung)	66,2 (351,9)	-5,3 (601,4)
3. Quartil	188,3	188,7

Hinweis: Ungewichtete Ergebnisse. Das Berichtsjahr ist 2017. Angaben in Tsd. Euro.
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

⁶ Die Variable „Anzahl Inhaber“ beruht auf folgenden Annahmen: i) in Vertragsarzt-MVZ entspricht die Zahl der angegebenen Freiberufler der Zahl der Inhaber in Krankenhaus-MVZ ii) bei MVZ mit anderem Träger wurde die Zahl der Inhaber auf 1 festgesetzt iii) bei Träger-Kombinationen entspricht die Zahl der Inhaber der Anzahl angekreuzter Träger.

MVZ, die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten getragen werden, erstellen zum Jahresabschluss jeweils etwa zur Hälfte eine Bilanz bzw. eine Steuerliche Überschussrechnung. In bilanzierenden Vertragsarzt-MVZ lagen die Gesamtaufwendungen im Median bei 1,8 Mio. € und die Gesamterträge bei 1,5 Mio. €.

Der Überschuss je Inhaber lag bei bilanzierenden Vertragsarzt-MVZ bei 134.500 €. In Vertragsarzt-MVZ, die nicht bilanzpflichtig waren und den Jahresabschluss 2017 mittels Steuerlicher Überschussrechnung machten, lag der Median der Gesamtaufwendungen bei 1,2 Mio. € und der Median der Gesamterträge bei 1,45 Mio. €. Für Vertragsarzt-MVZ mit steuerlicher Überschussrechnung lag der mediane Überschuss je Inhaber bei ca. 106.000 €. Teilnehmende Krankenhaus-MVZ schlossen das Geschäftsjahr 2017 in der Mehrzahl mittels Bilanz ab. Im Median lagen die Gesamtaufwendungen für die bilanzierenden Krankenhaus-MVZ bei 1,43 Mio. € und die Gesamterträge bei 1,3 Mio. €. Für bilanzierende Krankenhaus-MVZ lag der Überschuss je Inhaber bei ca. 7.400 €.

Die Größe Überschuss je Inhaber wurde ebenfalls nach Regionstypen getrennt betrachtet und zeigt große Unterschiede (vgl. Tabelle 9). In MVZ, die ihre Hauptbetriebsstätte in einer Stadt haben, liegt der Überschuss im Median bei etwa 106.000 € je Inhaber und damit deutlich höher als in MVZ im Umland (8.800 €) und in ländlichen Regionen (31.000 €).

Bei differenzierter Betrachtung des Überschusses je Inhaber nach MVZ-Versorgungsbereich zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in den Medianen (Hausarzt- und gemischte MVZ: 37.000 € je Inhaber; Facharzt-MVZ: 36.000 € je Inhaber). Wobei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen sei, dass sich bei getrennter Betrachtung der drei Gruppen, wahrscheinlich größere Differenzen zeigen würden (vgl. Tabelle 10).

Basierend auf den Daten aus dem Zi-Praxis-Panel wurde durch das Zi ein Klimaindex für die wirtschaftliche Situation in vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Praxen entwickelt (Nastansky & Leibner, 2018). Der Klimaindex bildet die Zufriedenheit der Praxisinhaber und Praxisinhaberinnen mit dem Status quo der wirtschaftlichen Situation zum Erhebungszeitpunkt und der erwarteten Entwicklung diesbezüglich für das Folgejahr ab.

Die für die Berechnung des Klimaindex erforderlichen Variablen wurden im Rahmen des Zi-MVZ-Panels in leicht modifizierter Form erhoben. Damit ist es möglich den Klimaindex zur wirtschaftlichen Situation auch für die an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen nachzubilden. Zur ausführlichen Beschreibung der Berechnungsmethodik sei an dieser Stelle auf das entsprechende Zi-Paper verwiesen (Nastansky & Leibner, 2018). Grundlage für die Berechnung bilden die in Kapitel A2.4 beschriebenen Angaben zur Zufriedenheit mit der Höhe des Jahresüberschusses 2017⁷ sowie die Angaben zur Erwartung hinsichtlich der Entwicklung der Wirtschaftslage im Jahr 2018⁸. Der Klimaindex kann Werte zwischen -/+100 annehmen, wobei -100 bedeuten würde, dass alle Befragten die Lage als „Schlecht“ bzw. „Eher schlecht“ einschätzen und eine „Verschlechterung“ der wirtschaftlichen Situation im Folgejahr erwarten. Der Wert +100 würde entsprechend bedeuten, dass alle Befragten die Lage als „Gut“ bzw. „Eher gut“ einschätzen und für das Folgejahr eine „Verbesserung“ der wirtschaftlichen Situation erwarten.

In die Berechnung des Klimaindex flossen insgesamt die Angaben von 190 Einrichtungen, die an der Erhebung 2018 des Zi-MVZ-Panels teilgenommen haben und deren erstes volles Geschäftsjahr maximal 2017 oder aber davor war (vgl. Tabelle 11). Von diesen bewerteten 49,5 % die Höhe des Jahresüberschusses 2017 mit „Gut“ bzw. „Eher gut“, dementsprechend fiel die Bewertung der anderen Hälfte auf „Schlecht“ bzw. „Eher schlecht“. Daraus ergibt sich für die Lagebewertung ein Saldo von -1,1. Hinsichtlich der Entwicklung der Wirtschaftslage erwarten 46,3 % eine Verbesserung und 13,2 % eine Verschlechterung in 2018, was zu einem Saldo von +33,2 führt. Damit liegt der Klimaindex als arithmetisches Mittel aus den Differenzbeträgen der Lagebewertung und der Erwartungshaltung bei +16,1.

Die bereits an anderer Stelle beschriebenen Unterschiede hinsichtlich Aufwendungen und Erträgen zwischen vertragsärztlich getragenen MVZ und Krankenhaus-MVZ, lassen auch für den Klimaindex eine differenzierte Betrachtung sinnvoll erscheinen (vgl. Tabelle 11). Für 61 Vertragsarzt-MVZ konnte der Index berechnet werden: So bewerten 70,5 % die Höhe des Jahresüberschusses mit „Gut“ bzw. „Eher gut“ und 29,5 % mit „Schlecht“ bzw. „Eher schlecht“ (Saldo: +41). Im Hinblick auf die Entwicklung der wirtschaftlichen Lage in 2018 erwarten 44,3 % eine Verbesserung und 11,5 % eine Verschlechterung

7 Merkmalsausprägungen: „Schlecht“, „Eher schlecht“, „Eher gut“, „Gut“, „Kann ich nicht beurteilen“

8 Merkmalsausprägungen: „Verschlechterung“, „Keine Veränderung“, „Verbesserung“

Tabelle 11 Klimaindex insgesamt und nach Trägerschaft differenziert

	n	Saldo		Klimaindex
		Bewertung 2017	Erwartung 2018	
Gesamt	190	-1,1	33,2	16,1
Trägerschaft				
Krankenhaus-MVZ	100	-20,0	29,0	4,5
Vertragsarzt-MVZ	61	41,0	32,8	36,9

Hinweis: Zur Berechnung des Klimaindex siehe Nastansky und Leibner (2018)
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

(Saldo: +32,8). Der daraus resultierende Klimaindex von +36,9 spiegelt dabei die ausgeprägte positive Ausgangssituation und eine weiterhin optimistische Zukunftserwartung wider. An dieser Stelle bietet sich der Vergleich mit den Klimaindex-Ergebnissen der am ZiPP teilnehmenden Praxisinhaber an, die im Erhebungszeitraum 2018 Angaben zum Berichtsjahr 2017 gemacht haben (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019). Die ZiPP-Teilnehmenden kommen bei der Bewertung der aktuellen Wirtschaftslage – gemessen an der Beurteilung der Höhe des Jahresüberschusses – auf einen Saldowert von +39, während der Saldo für die Erwartung zur Entwicklung der Wirtschaftslage bei -8,2 lag. Der ZiPP-Klimaindex „(...) zeigt mit +15,4 Punkten noch ein merklich positives Wirtschaftsklima an“. An dieser Stelle fällt auf, dass die vertragsärztlich getragenen MVZ des Zi-MVZ-Panels einen mehr als doppelt so hohen Wert (+36,9 vs. +15,4) erreichen.

Von 100 Krankenhaus-MVZ bewerteten 40 % die Höhe des Jahresüberschusses 2017 mit „Gut“ bzw. „Eher gut“, 60 % dagegen mit „Schlecht“ bzw. „Eher schlecht“. Der Saldo von -20 für die aktuelle Situation kennzeichnet eine deutlich negative Bewertung der von einem Krankenhaus getragenen MVZ. Allerdings zeigt sich für die Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung der Wirtschaftslage in 2018 ein optimistisches Bild: Der Saldo von +29 ergibt sich aus 43 %, die eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage erwarten und 14 %, die mit einer Verschlechterung rechnen. Damit liegt das Wirtschaftsklima mit +4,5 im unteren positiven Bereich. Die teilnehmenden Krankenhaus-MVZ befinden sich in einer eher negativen Ausgangslage 2017, haben aber einen optimistischen Blick auf die Entwicklung der Wirtschaftslage. An dieser Stelle sei noch einmal angemerkt, dass die wirtschaftliche Lage 2018 aufgrund des späten Erhebungszeitraumes grundsätzlich bekannt gewesen sein dürfte und sich möglicherweise positiver als im Vorjahr darstellte. Sollte sich dieses Ergebnis in

den Folgejahren weiterhin zeigen, sollten mögliche Gründe erörtert werden.

Der Klimaindex bei MVZ, die von einem Krankenhaus getragen wurden, ist um ein Vielfaches geringer als der Wert für vertragsärztlich getragene MVZ (+4,5 vs. +36,9) und auch deutlich niedriger im Vergleich zu den ZiPP-Teilnehmenden (+4,5 vs. +15,4).

Die nach Regionstyp bzw. MVZ-Versorgungsbereich differenzierten Ergebnisse zum Klimaindex sind Tabelle 12 zu entnehmen. Auch im Hinblick auf den Regionstyp zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede. MVZ, die in Kernstädten zu verorten sind, zeigen mit +7,9 Punkten zwar ein positives Wirtschaftsklima an, liegen aber deutlich unterhalb der Werte von MVZ, die sich im Umland bzw. einem verdichteten Kreis befinden (+21,8) und auch von MVZ in ländlichen Regionen (+18,3). Zumindest anhand der Erhebungsdaten lässt sich diese Diskrepanz nicht damit erklären, dass diese Krankenhaus-MVZ vorrangig in Kernstädten angesiedelt sind.

Hinsichtlich des MVZ-Versorgungsbereichs lassen sich in den nur grob aggregierten Gruppen „Hausarzt-MVZ und gemischten Haus-/Facharzt-MVZ“ (+17,2) sowie „Facharzt-MVZ“ (+14,8) nur geringfügige Unterschiede bezüglich des Klimaindex feststellen. An dieser Stelle wäre eine feinere Differenzierung notwendig, um Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen identifizieren zu können.

Insgesamt wäre es für die Betrachtung des Wirtschaftsklimas und den fachlichen Diskurs dazu, wünschenswert nach mehreren Merkmalen zu stratifizieren und damit Untergruppen zu vergleichen. Dies ist aufgrund der begrenzten Teilnahmequote momentan noch nicht möglich. Zukünftig wird es auch interessant sein, den Klimaindex im Zeitverlauf zu betrachten. Vor dem Hintergrund des Erhebungszeitraumes des Zi-MVZ-Panel 2018 (01-03/2019) ist zu beachten, dass die Angaben zur Entwicklungser-

Tabelle 12 Klimaindex differenziert nach Regionstyp und MVZ-Versorgungsbereich					
		n	Saldo		Klimaindex
			Bewertung 2017	Erwartung 2018	
Regionstyp					
	Stadt	63	-1,6	17,5	7,9
	Umland	71	1,4	42,3	21,8
	Land	41	2,4	34,1	18,3
Versorgungsbereich					
	Hausarzt-MVZ und gemischte Haus-/Facharzt-MVZ	99	-1,0	35,4	17,2
	Facharzt-MVZ	91	-1,1	30,8	14,8

Hinweis: Zur Berechnung des Klimaindex siehe Nastansky und Leibner (2018)
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2018

wartung für 2018 von den Teilnehmenden in Kenntnis des Ist-Standes gemacht wurden bzw. zumindest mit einem Gefühl für diesen, sofern noch kein Jahresabschluss vorlag. Dies ist möglicherweise auch ein Erklärungsansatz für die trotz negativer Lagebewertung optimistische Erwartungshaltung der Krankenhaus-MVZ.

Ablauf und Inhalte der Erhebung

Erhebungsform und -zweck

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 Online 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

Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland wurde im Jahr 2017 (Stichtag 31.12.2016) durchgeführt. Mit dem Zi-MVZ-Panel 2018 folgte die zweite Welle zu Beginn des Jahres 2019. In dem vorliegenden Jahresbericht werden zunächst in Teil A die Ergebnisse aus der zweiten Erhebung mit Berichtsjahr 2017 veröffentlicht.

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

Erhebungsinstrument und -inhalte

Die Erhebung zum Berichtsjahr 2017 untergliederte sich konkret in folgende neun Themenfelder:

- Grunddaten
- Organisationsstruktur
- Arbeitsorganisation
- Zulassungen
- Kooperationen
- Bewertung, Planung & Erwartung
- Versorgung
- Finanzen
- Erhebungsabschluss

Die Erhebungseinheit ist im Rahmen des Zi-MVZ-Panels der über die physische Adresse und die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) definierte Vertragsarztsitz, das heißt 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

Die Erhebung erfolgte vom 16.01.2019 bis 31.03.2019. Es wurden alle 2.827 zugelassenen MVZ und ihnen gleichgestellte Einrichtungen zur Teilnahme gemäß den §§ 95 bzw. 311 des fünften Sozialgesetzbuches eingeladen (Stichtag: 31.12.2017). Mit dem Einladungsschreiben wurden den potenziellen Teilnehmenden die Registrierungsdaten für den Online-Fragebogen übermittelt. Sie wurden gebeten, den Fragebogen bis 15.02.2019 abzuschließen und das Datenblatt an die Zi-Treuhandstelle zu übersenden.

Während der Feldphase wurden die Einrichtungen, die zum jeweiligen Zeitpunkt noch keinen Fragebogen vollständig abgeschlossen („finalisiert“) hatten, an die Teilnahme erinnert. Das erste Erinnerungsschreiben wurde Ende Januar verschickt und informierte gleichzeitig über die Verlängerung des Erhebungszeitraumes bis 28.02.2019. Mitte Februar ging ein zweites Erinnerungsschreiben an die Teilnehmer, welches auf die nochmalige Verlängerung des Erhebungszeitraumes bis zum 31.03.2019 hinwies. Teilnehmende Einrichtungen, die bereits den Online-Fragebogen finalisiert, aber jeweils zum Zeitpunkt der Erinnerungsschreiben noch kein Datenblatt eingesandt hatten, wurden darauf hingewiesen, dieses an die Zi-Treuhandstelle zu schicken. Mitte März erfolgte eine letzte Erinnerung an alle Teilnehmenden, die sich bis zu diesem Zeitpunkt im Fragebogen registriert, diesen aber noch nicht finalisiert hatten. Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, die Erhebung bis spätestens 31.03.2019 vollständig abzuschließen. Sofern diese Teilnehmenden kein Interesse mehr an einem Abschluss der Erhebung hatten, wurden sie gebeten, einen beigefügten Kurzfragebogen zu Absagegründen auszufüllen und wieder an die Zi-Treuhandstelle zu übermitteln.

Validierung der Erhebungsdaten

Zur Sicherung der Datenqualität erfolgte nach Abschluss der Feldphase die Validierung der Angaben durch umfangreiche Plausibilitätsprüfungen. Teilnehmende Einrichtungen, bei denen sich in

diesem Zusammenhang unplausible Antwortkombinationen zeigten, wurden im Rahmen eines Korrekturverfahrens am 24. Juni 2019 angeschrieben und um Prüfung sowie gegebenenfalls Korrektur der Originalangaben gebeten. Sofern die zu prüfenden Angaben aus Sicht der Teilnehmenden korrekt waren, sollten sie dies kurz erläutern. Die geprüften bzw. korrigierten Unterlagen sollten bis zum 10. Juli 2019 über die Treuhandstelle wieder an das Zi übersendet werden. Die korrigierten Angaben wurden anschließend in den Datensatz eingepflegt.

Ablauf

Alle teilnahmeberechtigten Einrichtungen wurden im Januar 2019 zur Teilnahme am Zi-MVZ-Panel eingeladen und konnten sich bis Ende März 2019 an der Erhebung zum Berichtsjahr 2017 beteiligen. Mit der Finalisierung des Online-Fragebogens wurden die Teilnehmenden aufgefordert, das als PDF-Formular angebotene Datenblatt auszufüllen und an die Zi-Treuhandstelle zu übermitteln. Dies war auf dem Postweg, per E-Mail oder Fax möglich. 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 zuzuordnen. Die Angaben zur Kontaktperson erleichtern die künftige Kommunikation zu den Ergebnis- und Feedbackberichten, die den Teilnehmenden nach Abschluss der Analysen bereitgestellt werden.

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 und einrichtungsbezogener 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 aus-

schließlich in einer Datenstelle, d.h. in einem speziell abgesicherten und isolierten Raum innerhalb des Zi, zu dem nur berechnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Zutritt haben. Aus der Datenstelle werden grundsätzlich nur aggregierte Ergebnisse entnommen. Eine Ausnahme bilden die individuellen Feedbackberichte, für die MVZ-spezifische Daten entnommen werden – allerdings nur für Einrichtungen, die an der Erhebung teilgenommen und somit Anspruch auf einen Feedbackbericht 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 2017 werden im vorliegenden Jahresbericht deskriptiv-statistisch mittels Angaben zu Häufigkeiten und Lageparametern beschrieben. Aufgrund der organisatorischen Heterogenität von MVZ-Einrichtungen und der erheblichen Unterschiede zwischen den teilnehmenden Einrichtungen bezüglich ihrer fachlichen Zusammensetzung und Größe, wird statt des Mittelwertes vorwiegend der Median als Lagemaß berichtet.

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 einen individuellen Feedbackbericht, der die eigenen Ergebnisse für ausgewählte Kennziffern den Werten der entsprechenden Vergleichsgruppe gegenüberstellt. Der Feedbackbericht wird in einem Onlineportal bereitgestellt, das über eine Dialogverfahren verfügt und die direkte, anonyme Kommunikation zu inhaltlichen Fragen zwischen Teilnehmenden und Zi ermöglicht. Das Feedback umfasst

- Altersstruktur der Patientinnen und Patienten
- Gesamtleistungsbedarf je Vollzulassung
- Basisleistungsanteil
- Mitversorgungsgrad mit anderen ambulanten Leistungserbringern
- Liste identifizierter Kernleistungsbereiche auf Basis der GOP-Umsatzanteile,
- Rangliste der umsatzstärksten GOP-Leistungen für max. die ersten fünf Kernleistungsbereiche

sowie der Rang der entsprechenden GOP innerhalb der Vergleichsgruppe.

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.

Teil B

Versorgung und Beschäftigungsstrukturen: Ergebnisse aus Routinedaten

Analysen mit Routinedaten der KVen

Im Hinblick auf den in Teil A diskutierten Detailgrad der genutzten Erhebungsdaten, ist es für weiterführende Fragestellungen zu Versorgung, Beschäftigung und Fluktuation, die im folgenden Abschnitt näher erläutert werden, notwendig, zusätzliche Datenquellen hinzuzuziehen. Die Nutzung der KV-Abrechnungsdaten sowie der Bundesarztregisterstatistik soll insbesondere auch dazu dienen, die Analyse der Versorgungssituation von und mit MVZ zu untersuchen und zu prüfen.

Die KV-Abrechnungsdaten stammen aus der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt. Die Abrechnungsstatistik enthält die pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die Abrechnungsdaten umfassen sowohl Angaben zu den Stammdaten der Praxen bzw. Einrichtungen (MVZ) und Ärzte und Psychotherapeuten (zum Beispiel Zulassungsumfang, Zulassungsstatus) als auch Angaben zu den abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) je Leistungserbringer bzw. Einrichtung. Auch Angaben zum Versorgungsinhalt (zum Beispiel Diagnosen und Alter der versorgten Patienten) sind enthalten. Für Forschungszwecke steht ein Teil dieser Daten dem Zi für Auswertungen in pseudonymisierter Form zur Verfügung.

Darüber hinaus bieten die Daten der Grundgesamtheit die Möglichkeit, Kooperations-, Wirtschafts- und Patientensteuerungseffekte zu untersuchen. Die Auswertungen beziehen sich vorrangig auf das Berichtsjahr 2017, welches mit dem Berichtsjahr der Erhebung identisch ist⁹.

Fragestellung und Analyseziele

Fragestellungen, die im Rahmen der Forschung zum Thema Medizinische Versorgungszentren formuliert und analysiert werden könnten, lassen sich aus den Intentionen und Begründungen der betreffenden Institutionen entwickeln. Mitunter sind hierzu die Gesetze des Bundes, Gutachten des Sachverständigenrates sowie Statements des Bundesministeriums für Gesundheit relevant. Mit der Öffnung der ambulanten Versorgung für Medizinischen Versor-

gungszentren waren sehr verschiedene Erwartungen und Ziel verbunden. Einen aktualisierten Überblick zu den vielfältigen Erwartungen bietet z. B. das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates-Gesundheit (SVR-Gesundheit, 2018).

In der amtlichen Begründung zum Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes (Deutscher Bundestag, 2003) wird eine komplexe Zielsetzung formuliert, die insbesondere auch durch die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren erreicht werden soll:

- Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung
- Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen
- Patientenversorgung in der am besten entsprechenden Versorgungsform
- Beschleunigung von Innovationen und Erschließen von Effizienzreserven.

Medizinische Versorgungszentren sollten sich danach insbesondere auszeichnen durch:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen, die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten
- unternehmerische Führung
- MVZ werden von zugelassenen Leistungserbringern gebildet. Dabei können Freiberufler und Angestellte in diesen Zentren tätig sein
- Die medizinischen Versorgungszentren werden – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugelassen.

Mit den neuen Regelungen ab 2015 zu erweiterter Gründungsvoraussetzungen (Zulassung fachgleicher MVZ; Gründungsmöglichkeit durch Kommunen) im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde die versorgungsbezogene Erwartung verbunden, die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

Zum Thema MVZ hebt das Bundesministerium für Gesundheit aktuell den Zusammenhang von Versorgung und Arbeitsbedingungen hervor: „Die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung setzt

⁹ Die hier bereits vorhandenen Auswertungen können durch Schichtungen (z.B. nach KV, Regionstyp) und durch Einbezug weiterer Merkmale (z.B. Leistungsumfang und -bedarf, Behandlungsanlässe nach ICD-10) erweitert werden.

Versorgungsstrukturen voraus, die den Vorstellungen der Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufsausübung Rechnung tragen“ (Homepage Stand 20. Januar 2020). Dem Wunsch vieler, insbesondere junger Mediziner, nach einer Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis, sei gerecht zu werden. MVZ böten mit flexibleren Arbeitszeiten hierbei eine attraktive Form der Berufsausübung.

Aus den genannten Aspekten wurden für diesen Bericht folgende zentrale Fragestellungen ausgewählt, die sich an den wichtigsten Personengruppen, nämlich Patientinnen und Patienten und Beschäftigte, orientieren:

- Wie wird die ambulante Versorgung durch MVZ sichergestellt bzw. gewährleistet?
- Welche Versorgungsleistungen werden in MVZ für GKV-Patienten erbracht?
- Wie gestalten sich die Beschäftigungsformen von Ärzten und Psychotherapeuten in MVZ gegenüber niedergelassenen Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern?
- Welche Bedeutung hat das MVZ als Arbeitsort für Ärzte und Psychotherapeuten?

Darüber hinaus bieten die Daten der Grundgesamtheit Optionen zur Untersuchung von Kooperations-, Wirtschafts- und Patientensteuerungseffekten, die zu beobachten sind. Die hier bereits vorhandenen Auswertungen können durch Schichtungen (z. B. nach KV, Regionstyp) und durch Einbezug weiterer Merkmale (z. B. Leistungsumfang und bedarf, Behandlungsanlässe nach ICD-10) erweitert werden.

Datenquellen und -aufbau

KV-Abrechnungsdaten

Die KV-Abrechnungsdaten bieten Informationen zu den erbrachten einzelnen Leistungen gemäß der GOP aus dem Leistungskatalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), der zu einer Beschreibung der Leistungsstruktur genutzt werden kann. Dies ermöglicht eine Quantifizierung der tatsächlich realisierten Leistungsmengen und des abgerechneten Leistungsbedarfes in Euro.

Informationen zu Art und Umfang der Zulassung je Leistungserbringer (je Ärztin bzw. Psychotherapeutin) bieten die Chance, die Versorgung klassiert zu quantifizieren (Stufen: 100 % / 50 % / 25 %). Die Trägerschaft lässt sich nur teilweise erkennen: Hat der Leistungserbringer die Zulassung an das MVZ übertragen, wird dieser als „angestellt“ in den Abrechnungsdaten gekennzeichnet, selbst wenn er Teil der Trägergesellschaft des MVZ ist.

Jedes MVZ als Untersuchungsobjekt wird anhand der pseudonymisierten Betriebsstättennummer (BSNR) definiert. Bei individuellen zeitbezogenen Vergleichen je MVZ oder Praxis erfordert diese Kennzeichnung besondere Beachtung.

- Wird der Versorgungsumfang verändert (z. B. Abgabe oder Zukauf von Arztsitzen), sind entsprechende strukturell bedingte Veränderungen in der Menge und ggf. auch der Leistungsarten zu erwarten.
- Wird ein MVZ oder eine Praxis aufgegeben und der entsprechende Versorgungsauftrag durch andere Leistungserbringer (z. B. neue Berufsausübungsgemeinschaft) übernommen, wird dies in den Abrechnungsdaten nicht als „Wechsel“ erkennbar, weil alte und neue BSNR nicht als verbunden gekennzeichnet werden.

Bei einer Erweiterung der hier vorgenommenen Auswertungen zu Zeitvergleichen und der Interpretation der Ergebnisse ist dies zu beachten.

Bundesarztregister

Berichte des Bundesarztregisters sind Bestandteil des öffentlich zugänglichen Internetangebotes und bieten teilweise Tabellen an, die bezüglich der Organisationsform nach „freier Praxis“ und „Einrichtungen“ differenzierte Ergebnisse ausweisen und damit Auswertungen zu MVZ als Einrichtung ermöglichen. Im Bundesarztregister ist jeder Arzt oder Psychotherapeut verzeichnet, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder führen die Daten der Ärzte und Psychotherapeuten ihrer Region im jeweiligen Landesarztregister zusammen und übermitteln sie monatlich an die KBV. Dabei übermitteln sie nicht nur Name und Anschrift der Medizinerin oder des Mediziners, sondern zum Beispiel auch, ob er in einer Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis arbeitet. Außerdem sind seine Fachgebiete, Schwerpunkte und Zusatz- sowie Weiterbildungsmaßnahmen als Attribute vermerkt.

Die Bundesarztregister-Statistik umfasst alle persönlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen alle Ärzte und Psychotherapeuten teil, die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln dürfen. Die Leistungserbringer in Medizinischen Versorgungszentren verfügen entweder über eine Zulassung und werden dann als Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut gezählt oder sind im MVZ angestellt (Zählung als angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen). Zu MVZ sind nur Daten enthalten, die sich auf angestellte Ärzte und Psychotherapeuten beziehen. Als „Einrichtungen“ zählen:

- Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
- Einrichtungen nach § 311 SGB V (die ehemaligen Polikliniken in den neuen Bundesländern)
- Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- kommunalen Eigeneinrichtungen.

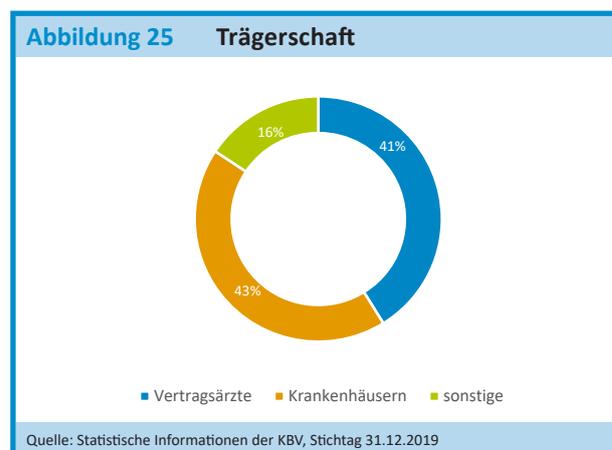
Auf die separate Ausweisung der Angestellten in Einrichtungen mit Leistungsbeschränkung wird verzichtet (weniger als 1 Prozent der Angestellten in Einrichtungen).

Bestand und Zusammensetzung von MVZ im Jahr 2019

Seit dem Einbezug der MVZ in die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2004 beobachtet die KBV die Dynamik der MVZ und trägt jährlich statistische Information zu Bestand und Entwicklung der MVZ zusammen. Grundlage für die umfassende Zusammenstellung sind Zulassungsdaten über MVZ-Neugründungen sowie Veränderungen zu den MVZ-Beständen, die die 17 KVen zur Verfügung stellen. Dieser Abschnitt hat das Ziel, die MVZ-Landschaft für das Jahr 2019 – im Vergleich zum Jahr 2018 – auf Basis der Zahlen der KBV zum Stichtag 31.12.2019 abzubilden. Insgesamt waren im Jahr 2019 3.539 MVZ zugelassen, d. h. im Vergleich zum Vorjahr 2018 sind 366 MVZ hinzugekommen (11,5 %).

Aus den MVZ-Bestandsdaten der KBV ergab sich, dass zum Stichtag 31.12.2019 bei 43 % aller zu diesem Zeitpunkt zugelassenen MVZ ein Krankenhaus an der Trägerschaft beteiligt war; an 41 % waren Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beteiligt (vgl.

Abbildung 25).¹⁰ Im Vergleich zu 2018 nahm der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung leicht zu.



In Abbildung 26 werden für das Jahr 2019 die MVZ Neugründungen dem Gesamtbestand der MVZ mit Beteiligung eines Krankenhauses als Träger gegenübergestellt.

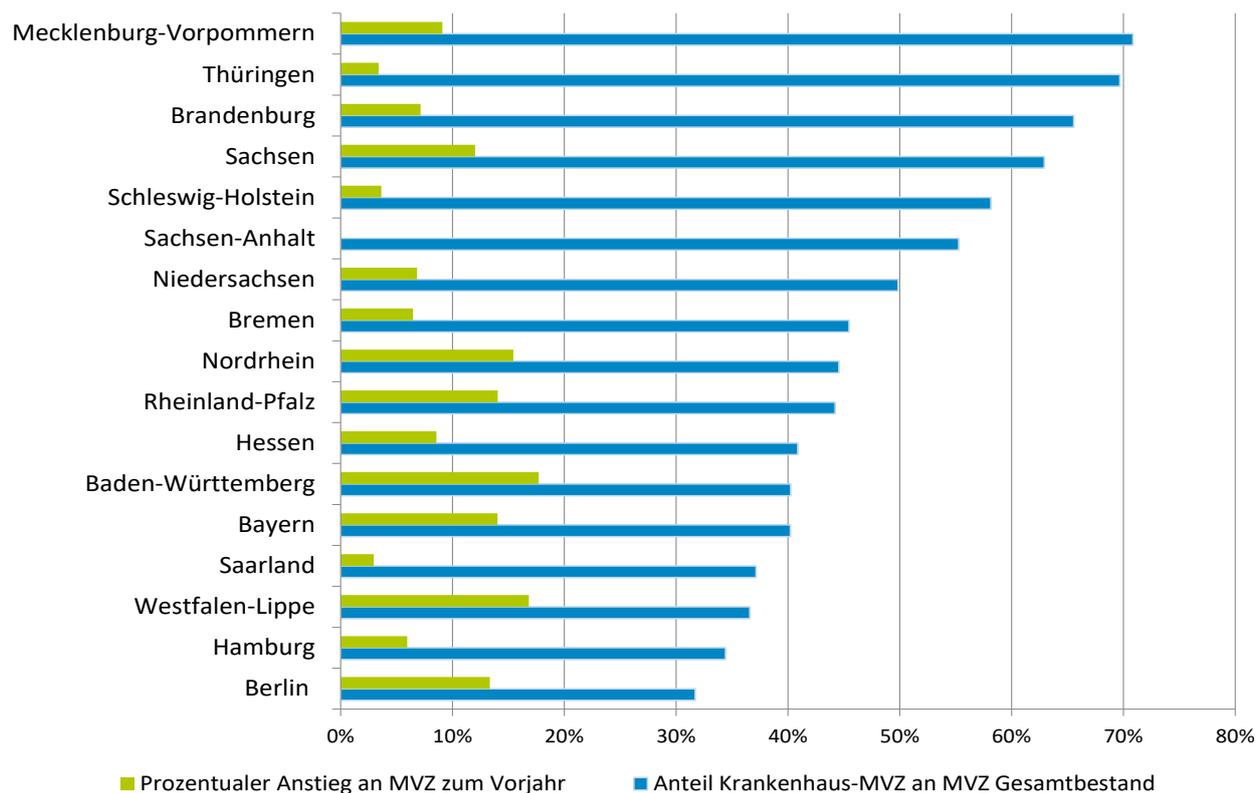
Aus den MVZ-Bestandsdaten der KBV ergab sich, dass zum Stichtag 31.12.2019 bei 43 % aller zu diesem Zeitpunkt zugelassenen MVZ ein Krankenhaus an der Trägerschaft beteiligt war; an 40,8 % waren Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beteiligt (Abbildung 25)¹¹. Im Vorjahr 2018 nahm der Anteil der MVZ mit einem Krankenhaus als Träger bereits leicht zu, so dass ein – wenn auch nur knapper – Wechsel der Mehrheitsverhältnisse von Vertragsärzten zu Krankenhäusern eintrat.

In Abbildung 26 werden für das Jahr 2019 die MVZ Neugründungen dem Gesamtbestand der MVZ mit Beteiligung eines Krankenhauses als Träger gegenübergestellt.

Hinsichtlich der Anzahl an Neugründungen im Jahr 2019 rangieren auf den ersten vier Plätzen mit einem Zuwachs an MVZ von über 15 % die KVen Westfalen-Lippe, Nordrhein, Baden-Württemberg und Bayern (Abbildung 26). Im Vergleich zu 2018 hat die Gründungsquote in der KV Hessen um 12 Prozentpunkte abgenommen. Schlusslichter mit Gründungsquoten von unter 5 % sind, wie im Jahr 2018, die KVen Thüringen, Schleswig-Holstein sowie Sachsen-Anhalt und Bremen, welche keine Neugründungen auf Basis der KBV Statistik verzeichnen.

¹⁰ Die Bestandszahlen beinhalten Mehrfachträgerschaften.

¹¹ Die Bestandszahlen beinhalten Mehrfachträgerschaften.

Abbildung 26 Anteil der MVZ mit Krankenhausträgerschaft und MVZ Neugründungen

Quelle: Statistische Informationen der KBV, Stichtag 31.12.2019

Auffällig ist auch das Verhältnis zwischen der Anzahl der Neugründungen und dem Bestandsanteil Krankenhaus-getragener MVZ in 2018. Im Jahre 2018 bestand eine hohe Gründungsquote vor allem in KVen, die über einen vergleichsweise geringen Anteil an Krankenhausträgerschaften verfügen. KVen, die einen Anteil von mehr als 45 % Krankenhausgetragener MVZ aufweisen, gründen wesentlich weniger. Diese Gegenläufigkeit tritt insbesondere in den neuen Ländern sowie in der KV Schleswig-Holstein auf.¹²

Aus welchen Motiven die aktuellen Gründungen erfolgen, ist nicht bekannt. Aus der ersten Erhebung des Zi-MVZ-Panel (Berichtsjahr 2016) wurde bei den teilnehmenden Einrichtungen „Anstellung von Ärzten“ sowie „Position am ambulanten Markt erhalten bzw. verbessern“ häufig (jeweils über 40 %) als starke Motive genannt. Spezifizierte Analysen nach Region, Trägerart und Fachgebieten in den KV-Abrechnungsdaten könnten hierzu Hinweise liefern.

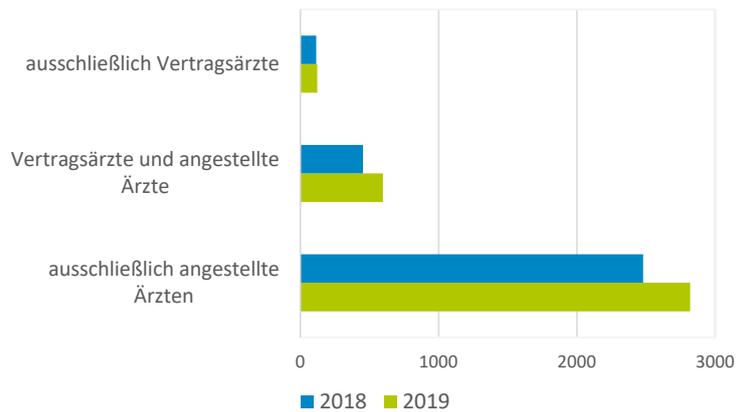
Die Beschäftigung von Ärzten und Psychotherapeuten in MVZ erfolgt überwiegend in einem Angestelltenverhältnis. Zum Stichtag 31.12.2019 arbeiteten

21.887 Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ, davon waren 20.212 als Angestellte tätig. Insgesamt entspricht das einem Zuwachs von 2.147 im Vergleich zum Vorjahr 2018. Unter den 3.539 MVZ arbeiteten 2.820 ausschließlich mit angestellten Ärzten und Psychotherapeuten (Abbildung 27). Das entspricht einem Anteil von 79 %; im Jahr 2017 lag der Anteil noch bei 78 %. Misch-MVZ, in denen Angestellte und Vertragsärzte bzw. Psychotherapeuten zusammenarbeiten, waren in 2019 zu 17 % vertreten; im Vorjahr waren es 14 %.

Im Durchschnitt waren im Jahr 2019 6,2 Ärztinnen und Ärzte pro MVZ tätig, damit im Vergleich zum Vorjahr etwas niedriger. Die räumliche Ansiedelung der MVZ ist trotz des Zuwachses an MVZ für die Jahre 2017 bis 2019 unverändert geblieben. Fast die Hälfte der MVZ gründen in Kernstädten, 38 % lassen sich in Ober- und Mittelzentren nieder, gefolgt von 14 % der MVZ, die in ländlichen Gemeinden gründen. Die Einteilung basiert auf den siedlungsstrukturellen Gebietstypen des BBSR (2007)¹³.

¹² Die Zahlen der KBV-Statistik zu den Neugründungen enthalten MVZ-Schließungen, die nicht gesondert ausgewiesen werden, d.h. die Zahl der Neugründungen wird tendenziell unterschätzt.

¹³ Aufgrund der unterschiedlichen Bezugsbasen können sich Werte zu den MVZ Neugründungen und Beständen aus KV-Zulassungsdaten von denen aus KV-Abrechnungsdaten unterscheiden.

Abbildung 27 Zusammensetzung der MVZ

Quelle: Statistische Informationen der KBV, Stichtag 31.12.2019

Beschäftigung von Ärzten und Psychotherapeuten

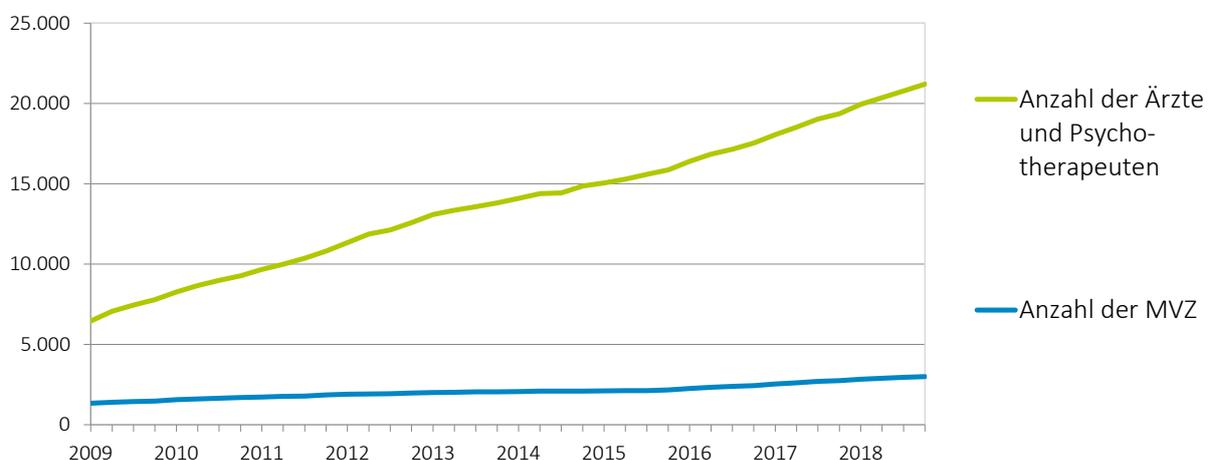
Der folgende Abschnitt stellt Analysen zur Entwicklung des Bestandes von Medizinischen Versorgungszentren und der in diesen Einrichtungen tätigen Leistungserbringer zur Verfügung. Grundlage für die Berechnungen bilden die KV-Abrechnungsdaten. Die Mehrheit der Analysen bezieht sich auf das vierte Quartal 2017 und ist somit identisch zum Berichtsjahr in der Zi-MVZ-Panel Erhebung.

Entwicklung im Zeitverlauf in Deutschland

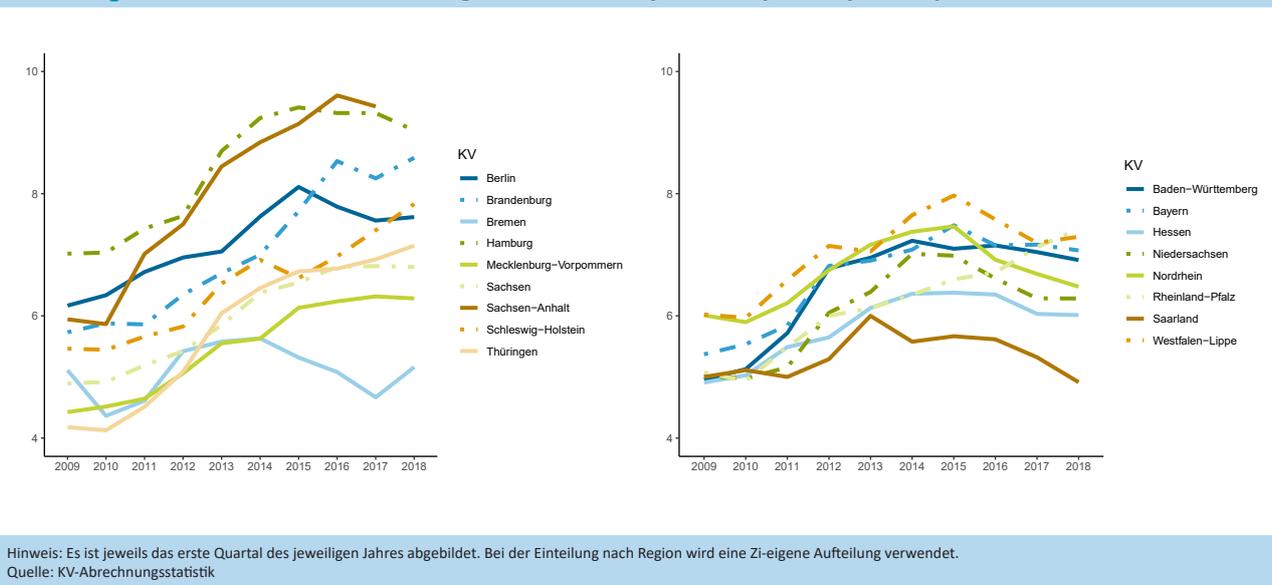
Abbildung 28 zeigt die Anzahl Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und der dort tätigen Leistungserbringer auf Basis der KV-Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2018. Neben dem Anstieg des MVZ-Bestandes von 1.339 auf 2.999 (Steigerung um 124 %), steigt die Anzahl in MVZ tätiger Ärzte und Psychotherapeuten – ohne Gewichtung des

Beschäftigungsumfangs – kontinuierlich, von 6.455 im 1. Quartal 2009 auf 21.213 im vierten Quartal 2018 (Steigerung um 229 %).

Die in Abbildung 28 ausgewiesenen und auf Basis der KV-Abrechnungsdaten berechneten Anzahl der MVZ sowie der Anzahl in MVZ tätigen Leistungserbringer stimmen mit der MVZ-Statistik der KBV nicht überein. Die Daten der KBV, die von den 17 KVen zur Verfügung gestellt wird, weisen hinsichtlich der Anzahl an MVZ einen niedrigeren und hinsichtlich der Anzahl Leistungserbringer einen höheren Bestand aus (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Die Abweichungen zu den hier ermittelten Werten aus den KV-Abrechnungsdaten lassen sich vermutlich auf Doppelzählungseffekte (z. B. Anstellung eines Arztes in mehreren MVZ) bzw. auf unterschiedliche Anlässe (Zulassung, Abrechnung) zurückführen. Jedoch entsprechen die berechneten Veränderungsdaten für

Abbildung 28 Anzahl der MVZ und der dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten

Quelle: KV-Abrechnungsdaten, Stand 31.12.2019

Abbildung 29 Mittlere Anzahl der tätigen Ärzte und Psychotherapeuten je MVZ pro Quartal

den Zeitraum 2009 bis 2018 weitgehend den von der KBV veröffentlichten Veränderungsdaten. So ist die Anzahl der von der KBV ausgegebenen Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten um 212 % gestiegen; der Bestand an MVZ ist um 118 % gewachsen.

Regionale und zeitliche Vielfältigkeit

Ergänzend zu den in Abbildung 28 sichtbaren Entwicklungen für Deutschland insgesamt werden in diesem Abschnitt die regionalen und zeitlichen Besonderheiten betrachtet, die bei der Beschäftigung von Ärzten und Psychotherapeuten in MVZ zu beobachten sind. Als ein Indikator zu regionalen und zeitlichen Unterschieden der Beschäftigung in MVZ lässt sich aus den KV-Abrechnungsdaten die durchschnittliche Anzahl der tätigen Ärzte und Psychotherapeuten je MVZ heranziehen. Diese Kennzahl kann als MVZ-Größe interpretiert werden, das heißt wie viele Leistungserbringer stellen durchschnittlich in einem MVZ die ambulante Versorgung sicher. Andere Merkmale, wie beispielsweise Beschäftigungsumfang und das Fachgebiet, kommen darin nicht zum Ausdruck.

Abbildung 29 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl tätiger Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ pro Quartal. Im 4. Quartal des Jahres 2018 arbeiteten im Durchschnitt rund 7,1 Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ; im Vergleich zu 5,1 im 4. Quartal im Jahr 2009. Zwischen den KVen zeigen sich deutliche Unterschiede: Die KV Sachsen-Anhalt erreicht mit 10,1 den höchsten Wert, gefolgt von der KV Hamburg mit 8,6 und der KV Brandenburg, die im Jahr 2018 auf eine durchschnittliche MVZ-Größe von 8,5 Ärzten bzw. Psychotherapeuten kam. In Bremen

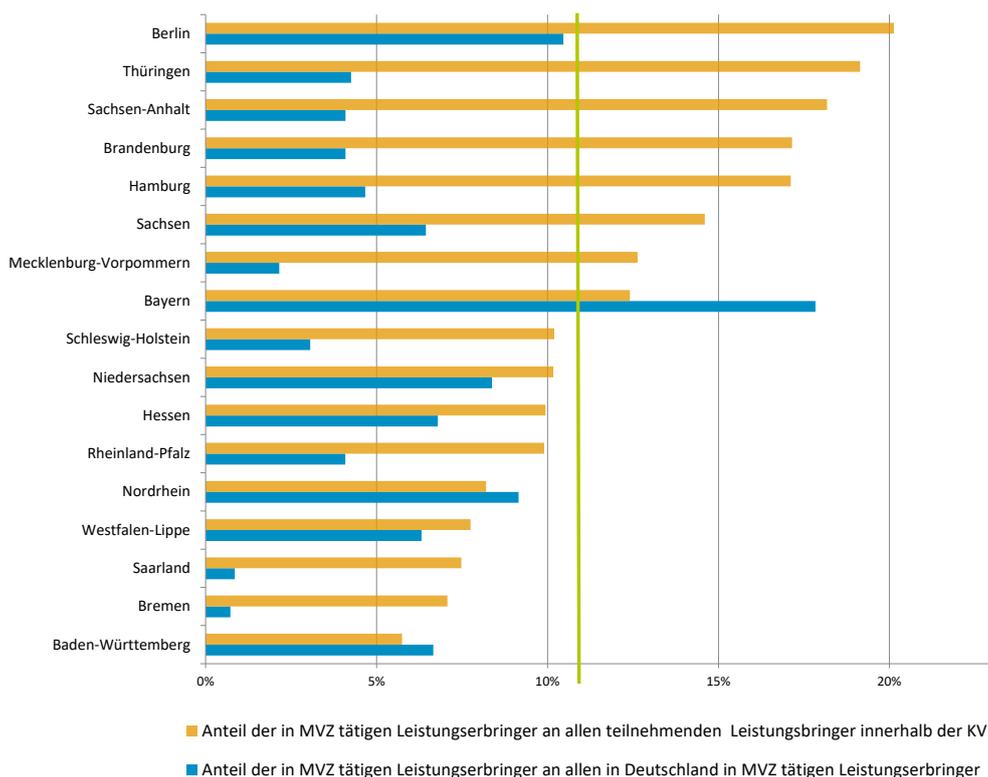
schwankte die Kennzahl nur zwischen 4,4 und 5,2.

Deutlich wird in der grafischen Darstellung, dass auch die Entwicklung innerhalb der einzelnen KVen stark durch gegenläufige Schwankungen geprägt war. So stieg der Wert in Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz nahezu beständig, während sich ab dem Jahr 2015 in den KVen Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Nordrhein ein Rückgang in der durchschnittlichen Anzahl tätiger MVZ-Ärzten und Psychotherapeuten zeigte.

Eine mögliche Erklärung zu den dahinterliegenden Strukturen liefert Abbildung 30, die für jede KV einerseits die Bedeutung der MVZ als Beschäftigungsort von Ärzten bzw. Psychotherapeuten und andererseits die Bedeutung der MVZ-Ärztinnen und Psychotherapeutinnen innerhalb der KV für Deutschland im 4. Quartal 2017 darstellt. Hinsichtlich der Anzahl der tätigen Ärzte und Psychotherapeuten je MVZ zeigt sich eine doch starke Heterogenität nach KVen.

In Abbildung 30 wird deutlich, dass die KVen mit einer durchschnittlich hohen Anzahl an in MVZ tätigen Ärzten und Psychotherapeuten, auch eine hohe MVZ-Prävalenz verzeichnen. So ist in der KV Berlin etwa jeder fünfte (20 %) Arbeitsplatz in einem MVZ, in den KV Brandenburg sowie Hamburg arbeiten 17 %, in der KV Sachsen-Anhalt 18 % der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten in einem MVZ. Im Bundesdurchschnitt sowie in der KV Bayern ist etwa jeder zehnte (11 %), in der KV Baden-Württemberg hingegen nur jeder 20. Arbeitsplatz in einem MVZ (6 %).

Abbildung 30 Anteil der in MVZ tätigen Leistungserbringer



Hinweis: Der vertikale, grüne Strich zeigt den bundesweiten Durchschnitt der in MVZ tätigen Leistungserbringer an allen teilnehmenden Leistungserbringer.
 Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 4. Quartal 2017

Für die Interpretation der Ergebnisse für Gesamtdeutschland ist zu beachten, dass das mengenmäßige Gewicht der KV die Ergebnisse für Deutschland prägt. So ist beispielsweise in der KV Bayern zwar nur jeder zehnte Arbeitsplatz in einem MVZ, allerdings arbeiten 18 % der bundesweit tätigen MVZ-Ärzte und Psychotherapeuten in der KV Bayern. Der regionalen Verteilung kommt also bei allen Auswertungsergebnissen große Bedeutung zu.

Beschäftigung und Versorgungsumfang

Die KV-Abrechnungsdaten enthalten zu jedem Leistungserbringer klassierte Angaben zum Teilnahmeumfang, die die „Sollzeiten“ der Versorgung gemäß Zulassung darstellen. Zur Berechnung der gesamten Versorgungszeiten werden auf Basis dieser Zeiten mit den Werten der Klassenobergrenze (Vollzeit: 40 Std./Woche) die Wochenarbeitszeiten abgeleitet. Beispielsweise wird für das erste Quartil (bis zu 10 Wochenstunden) das Maximum von 10 Stunden verwendet. Die Berechnungen sollten demnach als Schätzung interpretiert werden. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Anzahl an Ärzten und Psychotherapeuten und deren geschätzter Leistung in Form von Wochenarbeitsstunden. Die Ergebnisse sollen insbesondere die Wirkung von Teilzeittätigkeit

angestellter Ärzte und Psychotherapeuten für die Versorgungstätigkeit in MVZ quantifiziert darstellen.

Die Berechnung der Werte für die „Anzahl der Personen“ (Leistungserbringer) sowie deren Versorgungsumfang (summierte Wochenstunden pro Person) erfolgt, in dem für jede Gruppe von Leistungserbringern (Subgruppe) mit dem gleichen Teilnahmeumfang, durch Multiplikation mit der Anzahl der Personen, die Anzahl der Wochenarbeitsstunden pro Subgruppe berechnet wird. Der prozentuale Anteil je Personengruppe an der Summe angestellter Ärzte und Psychotherapeuten oder an der Summe aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist in der vorletzten Spalte angeführt. In der letzten Spalte von Tabelle 13 ist je Subgruppe der prozentuale Anteil an allen geleisteten Wochenstunden verzeichnet.

Demnach arbeiten etwa die Hälfte der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ weniger als 20 Stunden pro Woche, erbringen aber nur etwa ein Viertel der Versorgungszeiten in MVZ (Spalte 5: 22,3 % plus 26,5 % ergibt 48,8 %; Spalte 6: 8,2 % plus 19,7 % ergibt 27,9 %).

Bei einer Alternativberechnung der Wochenarbeitsstunden (Spalte 6) auf Basis anderer Werte der Klassenobergrenze des Teilnahmeumfangs (Spalte 2) von Tabelle 13 (5/15/25/35 Std. und 20/35 Std.) bleibt die wesentliche Aussage unverändert. Die tatsächlichen Arbeitszeiten (z. B. Überstunden) kommen in diesen Zahlen nicht zum Ausdruck.

Versorgung durch MVZ

Versorgungsspektrum

Aus der Kombination der tatsächlichen Abrechnungstätigkeit („Ist-Leistung“) und dem Berechnungsansatz des Versorgungsumfanges („Soll-Umfang“) im vorherigen Abschnitt lassen sich mit Hilfe der Abrechnungsgebiete auch Erkenntnisse zur realisierten Versorgungstätigkeit („Ist-Zustand“) in Medizinischen Versorgungszentren gewinnen. Die Zuordnung der Abrechnungsfachgebiete orientiert sich an der tatsächlichen GKV-Leistungstätigkeit der einzelnen Leistungserbringer, also unabhängig vom Zulassungs- oder Weiterbildungsfachgebiet.

In der Rangfolge der Abrechnungsfachgebiete auf Basis der berechneten Versorgungszeit stehen die Fachinternisten mit einem Versorgungsanteil von rund 12 % an erster Stelle (Tabelle 14). Die hier aufgelisteten Fachgruppen repräsentieren mehr als 75 % der Versorgungstätigkeit der MVZ in Deutschland im Jahr 2016. Daten für 2017 waren noch nicht aufbereitet verfügbar.

Die Betrachtung nach Teilabrechnungsgebieten erlaubt unabhängig von der Anzahl der Leistungserbringer, einen Einblick in die tatsächliche Versorgungstätigkeit der MVZ in Deutschland. Durch regionale Schichtung und weitere Differenzierung anhand der Leistungsarten bzw. Gebührenordnungspositionen und durch Einbezug weiterer Merkmale wie etwa Patientenalter und -morbidity könnte besser erkennbar werden, inwieweit unerwünschte regionale Leistungskonzentrationen („Rosinenpickerei“) vorhanden sind.

Fluktuation

Mit der Bezeichnung „Fluktuation“ werden im Personalwesen verschiedene Effekte im Zusammenhang mit dem Wechsel von Personal verstanden. Im Folgenden werden Zu- und Abwanderungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeitern betrachtet.

Aus Sicht der Patienten wird hier der Frage nachgegangen, wie stark in den verschiedenen Organisationsformen mit einem – vermeintlich unerwünschten – Wechsel der behandelnden Person gerechnet werden muss.

	Teilnahmeumfang (h/Woche)	Anzahl Leistungserbringer	Wochenstunden Leistungserbringer	Wochenstunden pro Leistungserbringer	Anteil	
					Anzahl Leistungserbringer	Wochenstunden
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten	bis 10	4.909	49.090		22,3%	8,2%
	bis 20	5.852	117.040		26,5%	19,7%
	bis 30	1.825	54.750		8,3%	9,2%
	über 30	7.685	307.400		34,9%	51,6%
Summe		20.271	528.280	26,1	91,9%	88,7%
Vertragsärzte und Psychotherapeuten	bis 25	282	7.050		1,3%	1,2%
	bis 40	1.498	59.920		6,8%	10,1%
Summe		1.780	66.970	37,6	8,1%	11,3%
Summe alle Ärzte und Psychotherapeuten		22.051	595.250	27,0	100%	100%

Berechnung:
 - Wochenstunden Leistungserbringer (3) = (1) x (2)
 - Wochenstunden pro Leistungserbringer (4) = (3) / (2)
 - Anteil Leistungserbringer (5) = (2) / Σ (2)
 - Anteil der Wochenstunden (6) = (3) / Σ (3)
 Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 4. Quartal 2017

Aus Sicht der ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiter, wird die Höhe der Abwanderung als einer der Indikatoren für Mitarbeiterzufriedenheit am Arbeitsort angesehen (Herr & Götz, 2014).

Als Kennzahlen zur Beschreibung der Mitarbeiterfluktuation dienen hier die Zu- und Abwanderungsraten, die auf Basis der KV-Abrechnungsdaten ermittelt wurden:

Tabelle 14 Versorgungsumfang nach Teilabrechnungsgebiet			
Arztgruppe	Wochenstunden	Anteil (in %)	Kumuliert
(Teil-)abrechnungsgebiet			
Fachinternisten	69.910	11,9%	11,9%
Innere Medizin, SP Nephrologie	16.000		
Innere Medizin, SP Kardiologie	12.435		
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	9.845		
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	9.385		
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	8.240		
Innere Medizin, SP Pneumologie	5.780		
Innere Medizin, SP Rheumatologie	3.865		
Innere Medizin, SP Angiologie	1.800		
Innere Medizin, SP Endokrinologie	1.560		
Innere Medizin, schwerpunktübergreifend	1.000		
Allgemeinmediziner	56.980	9,7%	21,6%
Allgemeinmedizin	55.210		
Allgemeinmediziner/Internist (Hausarzt)	1.770		
Hausärztliche Internisten	43.410	7,4%	29,0%
Laboratoriumsmedizin	42.765	7,3%	36,2%
Gynäkologie	40.400	6,9%	43,1%
Gynäkologie, konservativ tätig	32.170		
Gynäkologie, operativ tätig	8.230		
Chirurgie	38.865	6,6%	49,7%
Chirurgie, operativ tätig	29.415		
Chirurgie, konservativ tätig	9.450		
Orthopädie			
Orthopädie, konservativ tätig	24.730		
Orthopädie, operativ tätig	11.565		
Augenheilkunde	30.875	5,3%	61,2%
Augenheilkunde, operativ tätig	19.060		
Augenheilkunde, konservativ tätig	11.815		
Radiologie	29.975	5,1%	66,3%
Neurologie	20.980	3,6%	69,8%
Anästhesiologie	19.265	3,3%	73,1%
Strahlentherapie	18.970	3,2%	76,3%
...
Alle Arztgruppen	587.830		100,0%

Hinweis: Nicht alle genannten Abrechnungsgebiete sind hier dargestellt.
Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 4. Quartal 2017

Tabelle 15 Anzahl der Leistungserbringer je Gruppe in MVZ

Arztgruppe	Im 3. & 4. Quartal tätige Leistungserbringer	Abwanderung in %	Zuwanderung in %
Anzahl MVZ	2.683	-0,6%	2,1%
Anzahl Ärzte	18.795	-3,3%	4,4%
Anzahl Fachärzte	15.070	-3,2%	4,3%
Anzahl Hausärzte	3.510	-4,1%	5,5%
darunter			
Anzahl Vertragsärzte	270	-2,9%	1,1%
Anzahl Angestellte Ärzte	3.223	-4,4%	5,9%

Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 3. und 4. Quartal 2017

- (a) Zunächst wurde ein Vergleich des Bestandes von Ärzten und Psychotherapeuten in ein und derselben Organisation (MVZ bzw. Praxen) zwischen zwei aufeinanderfolgenden Perioden (hier die Quartale 3 und 4 des Jahres 2017) vorgenommen. Die Ärzte und Psychotherapeuten wurden auf Basis des Pseudonyms der Lebenslangen Arztnummer (LANR) und die Organisation anhand der Betriebsstättennummer (BSNR) identifiziert. Die Zählung erfolgte unabhängig vom Beschäftigungs- bzw. Zulassungsumfang.
- (b) In einem zweiten Schritt wurde eine sogenannte Organisationsschnittmenge gebildet, die Organisationen (BSNR), die in beiden Perioden bestanden haben, enthält.
- (c) Innerhalb der Organisationsschnittmenge wurde dann gezählt, wie viele der Leistungserbringer in den ausgewählten Betriebsstätten in der Berichtsperiode beschäftigt waren.
- (d) Daraufaufgehend wurde innerhalb der beschriebenen Organisationsschnittmenge ermittelt, wie viele der Leistungserbringer (LANR) in der Berichts- und Vorperiode beschäftigt waren (Leistungserbringerschnittmenge).
- (e) Die Differenz von (b) minus (c) ergibt die Abwanderung, die auf (b) bezogen die Fluktuationsrate ergibt.

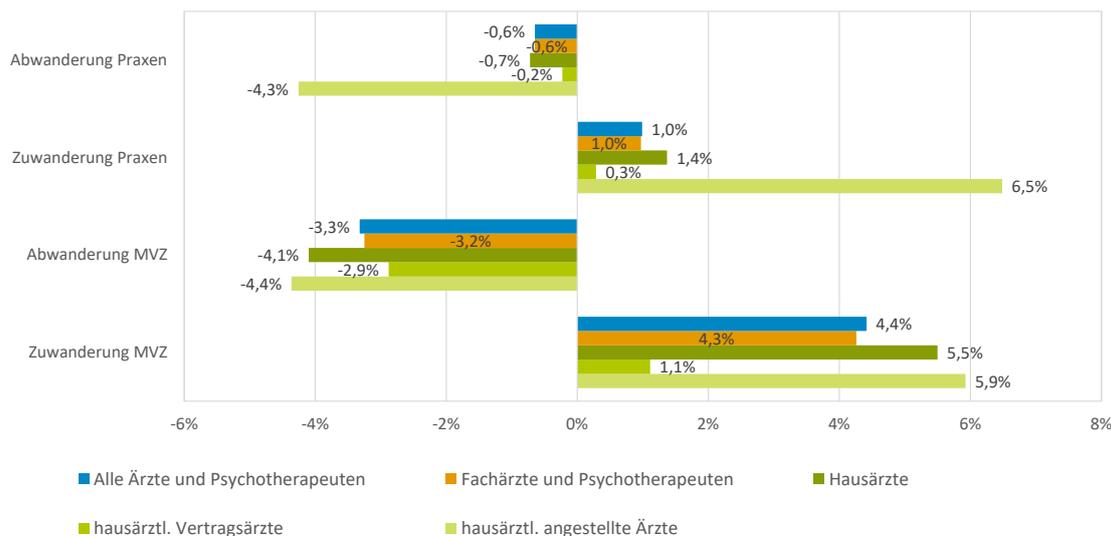
Tabelle 15 und Tabelle 16 geben einen quantitativen Überblick über die Fluktuation in Praxen und MVZ. Die Ergebnisse sind für Fach- und Hausärzte differenziert dargestellt. Für die Arztgruppe der Hausärzte wurde weiter nach angestelltem Arzt bzw. Psychotherapeuten respektive Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten unterschieden.

In 2.683 MVZ waren im 3. Quartal 2017 19.441 und im 4. Quartal 2017 19.625 Ärzte und Psychotherapeuten tätig. Davon waren als Schnittmenge 18.795 in beiden Quartalen in ein- und demselben MVZ beschäftigt. Im Detail entspricht dies einer Zuwanderung von 4,4 % sowie einer Abwanderung von 3,3 % zwischen dem 3. Quartal und 4. Quartal des Jahres 2017.

Tabelle 16 Anzahl der Leistungserbringer je Gruppe in Praxen

Arztgruppe	Im 3. & 4. Quartal tätige Leistungserbringer	Abwanderung in %	Zuwanderung in %
Anzahl Praxen	104.766	-1,0%	1,1%
Anzahl Ärzte	150.542	-0,7%	1,0%
Anzahl Fachärzte	90.376	-0,7%	1,0%
Anzahl Hausärzte	59.231	-0,7%	1,4%
darunter			
Anzahl Vertragsärzte	50.549	-0,2%	0,3%
Anzahl Angestellte Ärzte	7.941	-4,3%	6,5%

Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 3. und 4. Quartal 2017

Abbildung 31 Zu- und Abwanderungsraten im Jahr 2017

Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 4. Quartal 2017

Tabelle 15 und 16, die Zu- und Abwanderungsraten für Ärzte und Psychotherapeuten in vertragsärztlichen Praxen enthält, zeigt sich eine deutlich geringere Fluktuation. Weniger als 1 % verlassen die Praxis nach der Folgeperiode, während 1 % neu in der Praxis tätig werden.

Ein anderes Bild ergibt sich jedoch bei der Betrachtung der Fluktuationsraten unter angestellten Hausärzten in MVZ und Praxen. Die Zu- und Abwanderungsraten sind hier deutlich höher und in beiden Organisationsformen ähnlich.

Die Fluktuationsrate von Ärzten und Psychotherapeuten ist zwischen dem 3. und 4. Quartal 2017 in MVZ höher als in Praxen. Inwieweit dies mit der Organisationsform „MVZ“ oder möglicherweise eine Folge anderer Faktoren, wie beispielsweise Angestelltenstatus, Lebensalter, Versorgungsumfang, Fachgebiet oder Kooperationsgrad der Leistungserbringer, zusammenhängt, bedarf weiterer Analysen.

In Abbildung 31 werden in einer Gesamtschau für beide Organisationsformen der Einrichtungen aus Tabelle 15 und Tabelle 16 die Fluktuationskennzahlen grafisch dargestellt. Die relativen Abwanderungswerte, also der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten, die im 4. Quartal 2017 nicht mehr in der bestehenden Einrichtung „Praxis“ tätig waren – bezogen auf den Bestand der in beiden Quartalen in der Einrichtung vorhanden war –, sind jeweils aus Tabelle 15 und Tabelle 16 entnommen.

Die relativen Zuwanderungswerte, also der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten, die im 4. Quartal

2017 erstmals in der bestehenden Einrichtung Praxis tätig waren – bezogen auf den Bestand, der in beiden Quartalen in der Einrichtung vorhanden war – sind jeweils aus Spalte 4 entnommen.

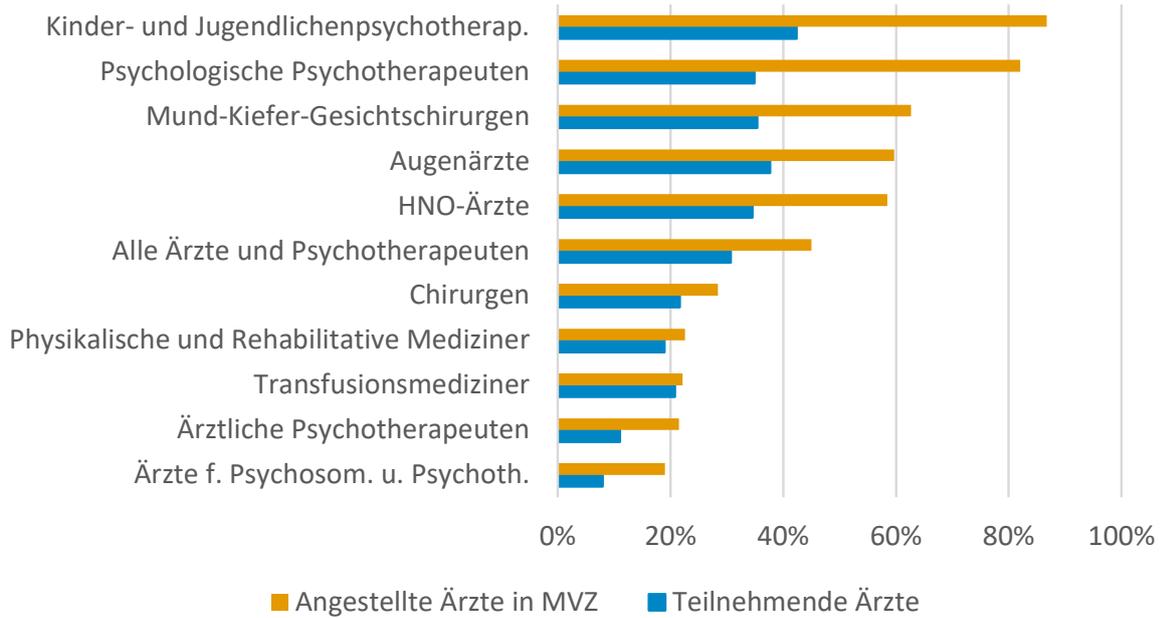
Abbildung 31 zeigt – bezogen auf das 4. Quartal 2017 – hierbei, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich angestellte Ärzte und Psychotherapeuten – unabhängig von der Einrichtung – eine Abwanderungsrate von 4 % aufweisen. Bei Betrachtung des Verhältnisses zwischen der Anzahl Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Anzahl der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten zwischen MVZ und freier Praxis wird deutlich, dass der Status „angestellt“ erheblich häufiger auftritt als „Vertragsarzt“ (3.414 vs. 273). In der Organisationsform „Praxis“ bestehen gänzlich gegenläufige Verhältnisse. Während in MVZ rund 93 % der Leistungserbringer angestellt sind, liegt der Anteil in vertragsärztlichen Praxen bei 14 %.

In den Zuwanderungsraten wird erkenntlich, dass MVZ als Arbeitsort weiterhin attraktiv sind. Durch die Zuwanderungsraten konnte größtenteils die Abwanderung überkompensiert werden.

Altersstruktur der Leistungserbringer in MVZ

Aus den öffentlich verfügbaren Berichten des Bundesarztregisters lassen sich Erkenntnisse zur Altersstruktur ermitteln (Tabellen 3 ff des Bundesarztregisters mit Stand 31.12.2018). Als Organisationsformen werden „Einrichtungen“ im Sinne der MVZ und „Freie Praxis“ unterschieden.

Abbildung 32 Anteil Leistungserbringer unter 50 Jahre nach Fachgruppen

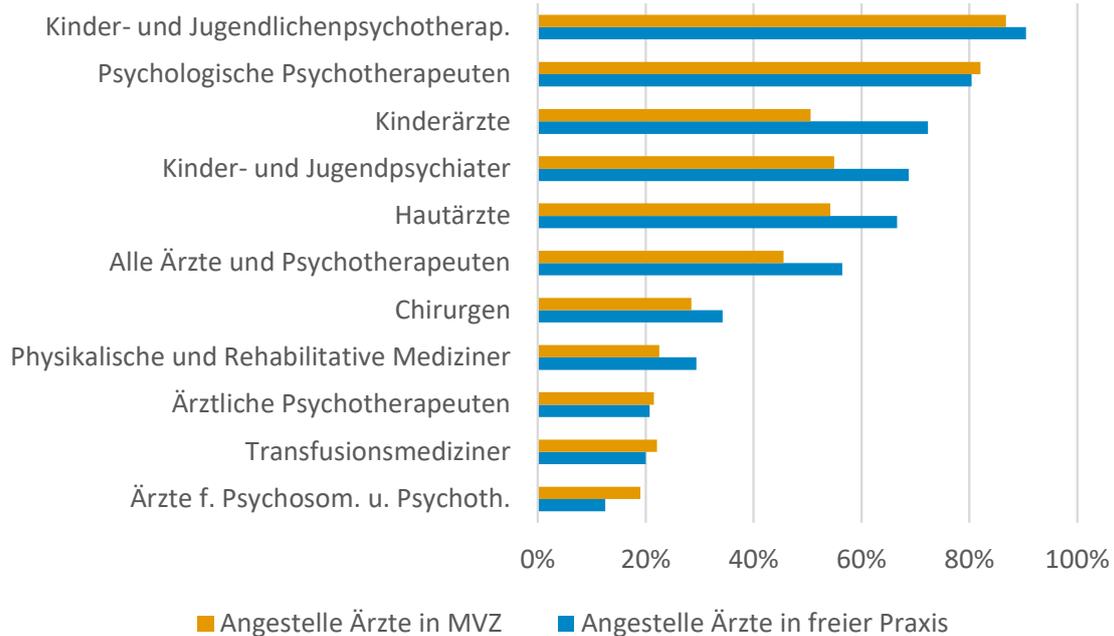


Hinweis: Es sind nur die obersten und untersten 5 Fachgruppen abgebildet, d.h. die 5 „jüngsten“ und 5 „ältesten“ Fachgruppen.
 Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Bundesarzregisters mit Stand 31.12.2018

In Abbildung 32 wird je Fachgruppe die Altersstruktur der in einem MVZ angestellten Ärzten und Psychotherapeuten mit der Alterststruktur der Ärzte und Psychotherapeuten insgesamt verglichen. Abbildung 32 verdeutlicht, dass in jeder Fachgruppe angestellte Leistungserbringer in MVZ („Einrichtungen“) jünger sind, als die Ärzte und Psychotherapeuten insgesamt. Die Fachgruppen sind nach der Höhe des

Anteils an angestellten Ärzten und Psychotherapeuten sortiert und auf die jeweils „jüngsten“ und „ältesten“ Fachgruppen aus Gründen der Vereinfachung in der Darstellung reduziert. In der Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie der Orthopäden ist der relative Anteil angestellter Leistungserbringer mit über rund 40 % am höchsten.

Abbildung 33 Anteil angestellter Leistungserbringer unter 50 Jahre nach Fachgruppen



Hinweis: Es sind nur die obersten und untersten 5 Fachgruppen abgebildet, d.h. die 5 „jüngsten“ und 5 „ältesten“ Fachgruppen.
 Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Bundesarzregisters mit Stand 31.12.2018

Bezogen auf die Summe der Ärzte und Psychotherapeuten aller Fachgruppen sind angestellte Ärzte und Psychotherapeuten bis zu einem Alter von 49 Jahre in MVZ zu 46,6 % vertreten. Bei der Summe aller teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten liegt dieser Wert bei lediglich 30,7 %.

Die Altersstruktur ändert sich, wenn die angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in beiden Organisationsformen betrachtet werden. Abbildung 33 zeigt, dass angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ und „Freier Praxis“ ähnlich „jung“ sind, wie durch den Vergleich mit der Summe aller teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten deutlich wird.

In der Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychologische Psychotherapeuten ist der relative Anteil angestellter Leistungserbringer, die jünger als 50 Jahre alt sind mit über 80 % am höchsten. Dabei lässt sich des Weiteren feststellen, dass weitgehend dieselben Fachgruppen wie in Abbildung 32 die jeweils ältesten und jüngsten Ärzte und Psychotherapeuten stellen. Mit 56 % ist der Anteil unter 49-jährigen angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in freien Praxen sogar um rund 10 Prozentpunkte höher als in MVZ (46 %).

Referenzen

Deutscher Bundestag. (2003). [www.bundestag.de](http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf). Abgerufen am 15. Mai 2020 von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (18. Mai 2020). [www.g-ba.de](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1743/BPL-RL_2018-10-18_iK-2019-01-17.pdf). Von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1743/BPL-RL_2018-10-18_iK-2019-01-17.pdf abgerufen

Gibis, B., Armbruster, S., Hofmann, M., & Lubs, S. (2018). Medizinische Versorgungszentren. Ein Leitfaden für Gründer. Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Herr, D., & Götz, K. (Juli 2014). Wie wollen Mediziner heute arbeiten? G+G Wissenschaft(3), S. 7-15.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017. Berlin. Von <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf> abgerufen

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019. Berlin. Von <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf> abgerufen

Krieger, G. (2010). Apparate und Geräte: Wo liegt der Unterschied? Der Allgemeinarzt, S. 32.

Nastansky, A., & Leibner, M. (2018). Ein Klimaindex für die wirtschaftliche Entwicklung von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten auf Basis von Daten des Zi-Praxis-Panels. Zi-Paper, 2018(2).

SVR-Gesundheit. (2018). Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Berlin/Bonn.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2019). Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2018: Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2014 bis 2017. Berlin.

Anhang

Versorgungsebenen (in Anlehnung an die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA)	Fachgebietsgruppen (Zusammenfassung ähnlicher Fachgebiete)	Zulassungsfachgebiete (in Anlehnung an die M-WBO 2015, Zuordnung zur vorgegebenen Auswahlliste im Online-Fragebogen)
hausärztliche Versorgung	Allgemeinmedizin (FA) / Hausärzt:innen	Allgemeinmedizin (FA)
	Internistische Fächer (mit bzw. ohne Schwerpunkt, mit Hausärzten)	Innere Medizin (Basisweiterbildung) und Auswahl hausärztlicher Versorgungsbereich Innere Medizin (FA) und Auswahl hausärztlicher Versorgungsbereich
Allgemein-fachärztliche Versorgung	Pädiatrische Fächer	Kinder- und Jugendmedizin (FA)
		Kinder-Kardiologie (SP)
		Neonatologie (SP)
		Neuropädiatrie (SP)
	Augenheilkunde (FA)	Augenheilkunde (FA)
	Gynäkologische Fächer	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (FA)
		Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (SP)
		Gynäkologische Onkologie (SP)
		Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin (SP)
	HNO/Stimme	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Basisweiterbildung)
		Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (FA)
		Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (FA), FA für Phoniatrie und Päaudiologie
		Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (FA), FA für Phoniatrie und Päaudiologie
	Haut- und Geschlechtskrankheiten (FA)	Haut- und Geschlechtskrankheiten (FA)
	Chirurgische Fächer	Chirurgie (Basisweiterbildung)
		Allgemeinchirurgie (FA)
		Gefäßchirurgie (FA)
		Kinderchirurgie (FA)
		Orthopädie und Unfallchirurgie (FA)
		Plastische und ästhetische Chirurgie (FA)
Viszeralchirurgie (FA)		
Urologie (FA)	Urologie (FA)	
Neurologie (FA)	Neurologie (FA)	
psychiatrische und psychotherapeutische Fächer (ärztl., psych., Erw., Kinder)	Psychiatrie und Psychotherapie (FA) Forensische Psychiatrie (SP)	
psychiatrische und psychotherapeutische Fächer (ärztl., psych., Erw., Kinder)	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FA) Psychologische Psychotherapie (PsychThG §1) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (PsychThG §1)	
Spezialisiert-fachärztliche Versorgung	Pädiatrische Fächer	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (FA)
	Anästhesiologie (FA)	Anästhesiologie (FA)
	Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin	Radiologie (FA)
		Kinderradiologie (SP)
		Neuroradiologie (SP)
	Internistische Fächer (mit/ohne Schwerpunkt, mit Hausärzten)	Innere Medizin und Angiologie (FA)
		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetes (FA)
		Innere Medizin und Gastroenterologie (FA)
		Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (FA)
		Innere Medizin und Kardiologie (FA)
		Innere Medizin und Nephrologie (FA)
		Innere Medizin und Pneumologie (FA)
		Innere Medizin und Rheumatologie (FA)
psychiatrische und psychotherapeutische Fächer (ärztl., psych., Erw., Kinder)	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (FA)	

Versorgungsebenen (in Anlehnung an die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA)	Fachgebetsgruppen (Zusammenfassung ähnlicher Fachgebiete)	Zulassungsfachgebiete (in Anlehnung an die M-WBO 2015, Zuordnung zur vorgegebenen Auswahlliste im Online-Fragebogen)
Gesondert-fachärztliche Versorgung	Fächer mit wenig bzw. ohne Patientenkontakt	Humangenetik (FA)
	Physikalische und rehabilitative Medizin (FA)	Physikalische und rehabilitative Medizin (FA)
	Chirurgische Fächer	Neurochirurgie (FA)
	Fächer mit wenig bzw. ohne Patientenkontakt	Biochemie (FA)
		Laboratoriumsmedizin (FA)
		Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (FA)
		Pathologie (Basisweiterbildung)
		Neuropathologie (FA)
	Pathologie (FA)	
	Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin	Nuklearmedizin (FA)
Strahlentherapie (FA)		
Transfusionsmedizin (FA)	Transfusionsmedizin (FA)	
Fächer mit wenig bzw. ohne Patientenkontakt	Pathologie (FA)	
Sonstige	nicht KV-zulassungsfähige Fächer	Präventionsmedizin
	Chirurgische Fächer	Herzchirurgie (FA)
		Thoraxchirurgie (FA)
		Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (FA)
	Arbeitsmedizin (FA)	Arbeitsmedizin (FA)
	Fächer mit wenig bzw. ohne Patientenkontakt	Anatomie (FA)
		Hygiene und Umweltmedizin (FA)
		Klinische Pharmakologie (FA)
		Öffentliches Gesundheitswesen (FA)
		Pharmakologie (Basisweiterbildung)
Pharmakologie und Toxikologie (FA)		
Physiologie (FA)		
Rechtsmedizin (FA)		
nicht KV-zulassungsfähige Fächer	Zahnmedizin	

Hinweis: Nicht alle genannten Abrechnungsgebiete sind hier dargestellt.
Quelle: KV-Abrechnungsstatistik, 4. Quartal 2017



www.zi-mvz-panel.de