

Ausprägung des Versorgungsauftrages nach Praxisformen in Hamburg

Eine Studie im Auftrag der KV Hamburg für den 3. Hamburger
Versorgungsforschungstag 2021

Dr. Mandy Schulz, Linda Zhu, Dr. Katja Hillmann, Julian Schmied, Markus Leibner, Thomas Czihal

Berlin, im Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung.....	4
2	Zentrale Ergebnisse	5
3	Berichtsteil „Sekundärdatenanalyse“	7
3.1	Angebotsstruktur.....	7
3.1.1	Entwicklung der Arztzahlen	7
3.1.2	Fachgruppenverteilung	8
3.2	Patientenstruktur	9
3.3	Leistungsstruktur.....	11
3.3.1	Verteilung haus- und fachärztlicher Fälle und Leistungen	11
3.3.2	Anzahl haus- und fachärztlicher Arztfälle.....	12
3.3.3	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung	13
3.4	Versorgungsbreite	14
3.4.1	Diagnosen	14
3.4.2	Leistungen	16
3.4.3	Fachgruppenübergreifende Versorgung	17
3.4.4	Überweisungen	19
3.5	Verordnungsvolumen.....	19
3.5.1	Verordnungsvolumen und –kosten gesamt	19
3.5.2	Verordnungsprävalenz bestimmter Medikamente	21
3.6	Versorgungsqualität/-kontinuität.....	24
3.6.1	Augenhintergrunduntersuchung bei Diabetikern	24
3.6.2	Versorgungskontinuität.....	26
4	Berichtsteil „Primärdatenerhebung“	29
4.1	Hintergrund	29
4.2	Verlauf der Erhebung	29
4.3	Organisations- und Inhaberstruktur.....	29
4.4	Versorgungstätigkeit	30
4.5	Kapital und Investitionen	31
4.6	Ziele und Strategien.....	34
5	Anhang.....	36
5.1	Sekundärdatenanalyse: Material und Methoden	36
5.2	Primärdatenerhebung: Ansichtsexemplar Online Fragebogen.....	38



1 Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht „Ausprägung des Versorgungsauftrages nach Praxisformen in Hamburg – Eine Studie im Auftrag der KV Hamburg für den 3. Hamburger Versorgungsforschungstag 2021“ beschreibt im ersten Teil die vertragsärztliche medizinische Versorgung in Hamburg mit einem Fokus auf die Praxisform der Leistungserbringenden (Sekundärdatenanalyse). Hierzu werden allgemeine und spezifische Merkmale von Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie medizinischen Versorgungszentren (MVZ) entlang bestimmter Eckpunkte der Versorgung, wie der Angebots- und Patientenstruktur, der Versorgungsbreite und der Versorgungsqualität in den Mittelpunkt gerückt. Bezuggenommen wird ebenso auf die zeitliche Entwicklung der betrachteten Merkmale, meist von 2015 bis 2019.

Datengrundlagen für den Bericht bilden zum einen die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sowie die Arzneiverordnungsdaten nach § 300 SGB V. Der Bericht bezieht sich auf die durch Hamburger Vertragsärzte erbrachte ambulante Versorgung. In die Betrachtung eingeschlossen werden alle an der Patientenversorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzte anhand des Arztgruppenmerkmals der lebenslangen Arztnummer sowie ihrer Organisation in einer Praxisform. Bei den für den vorliegenden Bericht untersuchten Leistungen handelt es sich ausschließlich um bundesweite kollektivvertragliche Gebührenordnungspositionen.

Ergänzend zu der Analyse der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten sowie die Arzneiverordnungsdaten führte das Zentralinstitut zur kassenärztlichen Versorgung (Zi) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eine Primärdatenerhebung zu MVZ in der ambulanten Patientenversorgung durch. An der Erhebung konnten alle im Jahr 2020 zugelassenen 135 MVZ Betriebsstätten freiwillig in einem Zeitraum von 15. Juli bis 25. August 2021 teilnehmen. Eine Aufwandsentschädigung wurde nicht gezahlt. Ziel der Primärerhebung war es die Inhaberstruktur der MVZ in Verbindung mit der durch die Abrechnungsdaten dargelegten Versorgungsleistung transparenter darzustellen, welches jedoch aufgrund einer zu geringen Rücklaufquote nicht möglich ist.

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung ist unterteilt in die beiden Berichtsteile „Sekundärdatenanalyse“ und „Primärdatenerhebung“. Alle Tabellen- und Abbildungsinhalte wurden so sprechend wie möglich gestaltet und sind durch kurze textliche Erläuterungen ergänzt.

Hinweis zu geschlechtersensiblen Schreibweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in dieser Publikation zumeist die Sprachform des generischen Maskulinums. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechterunabhängig verstanden werden soll.

2 Zentrale Ergebnisse

Sekundärdatenanalyse

Die betrachteten Praxisformen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fachgruppenzusammensetzung. Zwischen den Praxisformen lassen sich anhand der Abrechnungsinformationen auch infolge dessen unterschiedliche Schwerpunkte im Versorgungsgeschehen beobachten. Ebenso gibt es deutliche Hinweise einer spezifischen Ausgestaltung der Versorgungsleistung in MVZ innerhalb einer gleichen Fachgruppe.

- Die Anzahl der in MVZ tätigen Ärzte stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an. Bei abnehmendem Teilnahmeumfang fand dieser Anstieg in der Zählweise nach „Köpfen“ (+45%) stärker statt als nach Vollzeitäquivalenten (+29%).
- Im Vergleich zu anderen Praxisformen gehören MVZ-Ärzte überproportional den Fachgruppen der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung an und deutlich seltener den Fachgruppen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung.
- Kinder, junge Erwachsene und Alte bilden die höchsten Patientenanteile in Einzel- und Gemeinschaftspraxen. MVZ behandeln am häufigsten mittelalte Erwachsene. Dies zeigt sich auch beim erbrachten Leistungsvolumen.
- Die Verteilung der Ärzte nach Vollzeitäquivalenten weicht von der Verteilung der Leistungsstruktur ab: Einzelpraxen übernehmen mehr hausärztliche Versorgung als MVZ, MVZ und Gemeinschaftspraxen sind stärker an der fachärztlichen Versorgung beteiligt.
- Die Versorgungsbreite (Leistungen, Diagnosen, Verordnungen, fachgruppenübergreifende Versorgung) ist in den MVZ im Vergleich zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen am geringsten.
- Im Gegensatz zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen, sind im MVZ erwartungsgemäß mehr als eine Fachgruppe an der Behandlung beteiligt. Die Anzahl verschiedener Fachgruppen je Fall ist jedoch geringer als die Anzahl verschiedener Ärzte je Fall. D.h. die Behandlung durch verschiedene Ärzte variiert im MVZ stärker als die Behandlung durch verschiedene Fachgruppen.
- In MVZ findet kaum eine direkte Inanspruchnahme durch die Patienten statt, sie arbeiten zu ca. 80% auf Überweisung.
- Eine kontinuierliche Versorgung der Patienten findet hauptsächlich durch Einzelpraxen statt. Dort wurde auch eine höhere diagnostische Versorgungsqualität festgestellt als in MVZ.

Primärdatenerhebung

Ziel der Primärerhebung war es insbesondere Investorenbeteiligungen offenzulegen und deren Einfluss auf Versorgungstätigkeiten zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund war der Fragebogen in die Themenbereiche MVZ-Struktur, Versorgung und Finanzierung und Investitionstätigkeit aufgeteilt (siehe Anhang für den Fragebogen).

Von 135 angeschriebenen MVZ in der KV Hamburg beteiligten sich 20 MVZ im Zeitraum 15. Juli bis 25. August 2021 an der Umfrage. Die Stichprobe setzte sich aus zum einen aus 13 vertragsarztgetragenen und fünf krankenhausgetragenen MVZ zusammen. Weiterhin nahmen drei MVZ teil, die einem Kettenverbund

angehören und bei zwei MVZ war eine Kapitalbeteiligungsgesellschaft der wirtschaftliche Eigentümer. Schließlich gab es eine Holding Muttergesellschaft und bei einem weiteren MVZ war ein Investor wirtschaftlicher Eigentümer.

Differenzierte Ergebnisse nach Inhaberstruktur können aufgrund der geringen Stichprobe nicht ausgewiesen werden.

- 45% der teilnehmenden MVZ gaben Erhöhung der Rentabilität als mittelfristiges Ziel an.
- 50% der teilnehmenden MVZ planen engere Kooperation mit stationären Einrichtungen.
- Die höchsten Investitionen der letzten drei Jahren sind in die Bereiche IT und Telemedizin geflossen. Sechs MVZ nutzten im Geschäftsjahr 2020 Investorenkapital oder Kapital einer Beteiligungsgesellschaft zur Finanzierung der Investitionen.
- Sieben der 20 MVZ planen in den nächsten drei Jahren weitere Vertragsarztsitze im KV-Bereich Hamburg zu erwerben.
- Angestellte Ärzte in MVZ verbringen im Schnitt 75% ihrer Arbeitszeit mit Patienten, 8% ohne Patient und 18% für Dokumentationspflichten.

3 Berichtsteil „Sekundärdatenanalyse“

3.1 Angebotsstruktur

3.1.1 Entwicklung der Arztzahlen

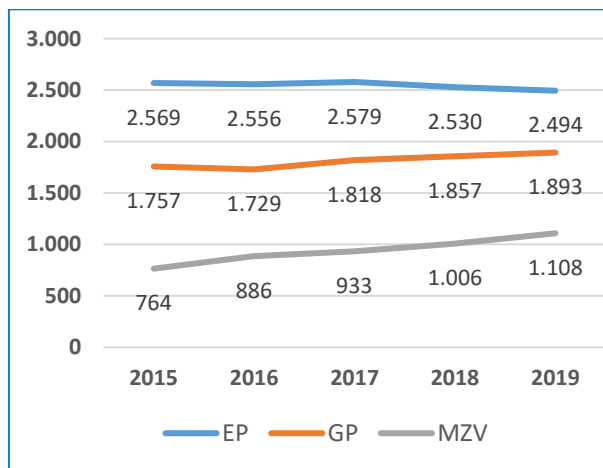
Im Betrachtungszeitraum von 2015 bis 2019 stieg die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte und Ärztinnen von knapp 5.100 auf 5.500 an. Den höchsten Anteil nehmen die in Einzelpraxen (EP) tätigen Ärzte ein. Ihre Anzahl nahm im Zeitverlauf jedoch leicht ab (-3%), während die Anzahl der in Gemeinschaftspraxen (GP) tätigen Ärzte um 8% und der in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen Ärzte deutlich um 45% zunahm (Abbildung 1a).

In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) betrachtet verringerte sich die Arztzahl von 4.341 VZÄ im Jahr 2015 auf 4.180 VZÄ im Jahr 2019. Mit einem Minus von 12% fand der höchste Rückgang bei den EP-Ärzten statt. Keine Veränderung der VZÄ wurde bei GP-Ärzten und eine Zunahme der VZÄ bei MVZ-Ärzten (+29%) beobachtet. (Abbildung 1b).

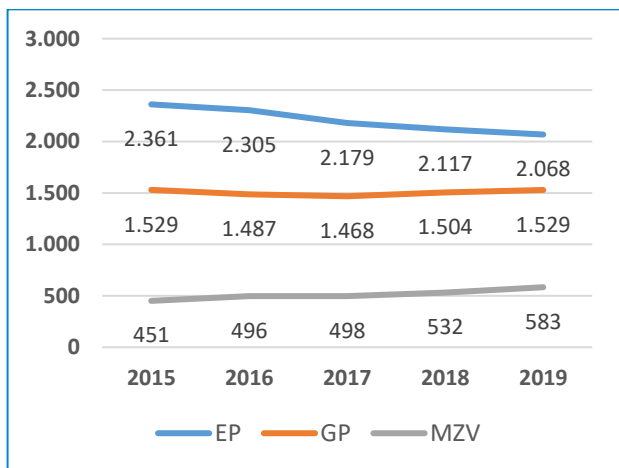
Abbildung 1: Anzahl Ärzte in „Köpfen“ (a) und in Vollzeitäquivalenten (b) nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

a) Anzahl in „Köpfen“



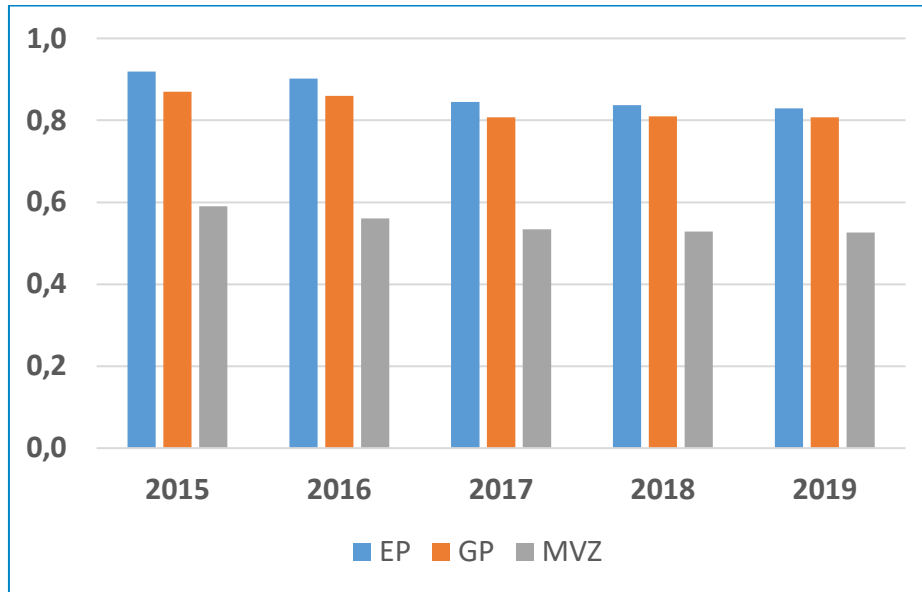
b) Anzahl in Vollzeitäquivalenten



Bei gleichbleibendem Niveauunterschied zwischen EP- und GP-Ärzten auf der einen Seite und MVZ-Ärzten auf der anderen Seite, nahm der Teilnahmeumfang im Beobachtungszeitraum über alle drei Praxisformen leicht ab. Im Jahr 2019 betrug er 0,83 in EP, 0,8 in GP und 0,52 in MVZ (Abbildung 2).

Abbildung 2: Teilnahmeumfang nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum



3.1.2 Fachgruppenverteilung

Die aggregierte Darstellung der Verteilung der Ärzte nach Fachgruppen ist in Tabelle 1 wiedergegeben. In den Fachgruppen-Kategorien der Bedarfsplanung¹ betrachtet wird deutlich, dass der höchste Anteil Ärzte nach Praxisform jeweils im Rahmen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu finden ist, mit knapp 58% der EP-Ärzte, 46% der GP-Ärzte und 41% der MVZ-Ärzte im Jahr 2019. Zusammen mit der Kategorie „hausärztliche Versorgung“ erhöhen sich diese Anteile bei EP-Ärzten auf rund 86%, bei den GP-Ärzten auf 71% und auf 60% bei den MVZ-Ärzten. Folglich ist der Anteil von MVZ-Ärzten in der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung mit 22% bzw. 13% höher als der vergleichbare Anteil von Ärzten in Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxen (siehe Tabelle 1).

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2391/BPL-RL_2020-12-17_iK-2021-02-18.pdf (Zugriff am 03.09.2021)

Tabelle 1: Anteil Ärzte in Bedarfsplanungskategorien nach Praxisform, 2015 und 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

Bedarfsplanungskategorie	Jahr	EP	GP	MVZ
Hausärztliche Versorgung	2015	30,8%	28,3%	19,0%
	2019	28,0%	25,4%	19,0%
Allgemeine fachärztliche Versorgung	2015	54,4%	43,0%	39,8%
	2019	57,8%	46,1%	41,4%
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	2015	11,3%	16,7%	20,6%
	2019	11,3%	17,2%	22,0%
Gesonderte fachärztliche Versorgung	2015	2,0%	4,2%	16,0%
	2019	1,6%	3,6%	12,6%

3.2 Patientenstruktur

Im Beobachtungszeitraum wurden durchschnittlich pro Quartal etwa 414 Tsd. Patienten in Einzelpraxen, 575 Tsd. Patienten in Gemeinschaftspraxen und knapp 490 Tsd. Patienten in MVZ behandelt. Je nach Praxisform unterscheidet sich jedoch die Alterszusammensetzung der Patienten. Abbildung 3 gibt die Anteile von 5-Jahres-Altersgruppen in den Praxisformen wieder. Auffällig sind die unterschiedlichen Anteile insbesondere bei Kindern und jungen Erwachsenen, die vergleichsweise am häufigsten in Einzelpraxen behandelt werden. An der Behandlung der mittelalten Bevölkerung sind zunehmend MVZ und Gemeinschaftspraxen beteiligt. Mit knapp 10% des Patientenaufkommens in MVZ macht die Altersgruppe der 51- bis 55-Jährigen dort den höchsten Anteil aus. In der alten und hochbetagten Bevölkerung leisten Gemeinschaftspraxen den vergleichsweise höchsten Anteil am praxisform-bezogenen Patientenstamm. Diese Dreiteilung der schwerpunktmäßig behandelten Altersklassen (Kinder/junge Erwachsene, mittelalte Erwachsene, Alte) wird auch in der nach 15-Jahren-Alterskategorien zusammengefassten Darstellung in Tabelle 2 deutlich.

Bemerkenswert ist ebenfalls der Blick auf den nach Altersgruppen differenzierten Leistungsbedarf in den Praxisformen (Abbildung 4). Unabhängig vom Alter, werden Patienten in Einzelpraxen behandelt, übersteigt deren durchschnittlicher Leistungsbedarf den der anderen Praxisformen. Außerdem nimmt dieser bis auf einen Rückgang bei jungen Erwachsenen bis ins hohe Alter stetig zu und beträgt in der höchsten Alterskategorie der über 95-Jährigen etwa das 3-Fache des Leistungsbedarfs in Gemeinschaftspraxen und sogar das 6-Fache des Leistungsbedarfs in MVZ. Gemeinschaftspraxen und MVZ weisen nur eine geringe Variation des Leistungsbedarfs im Altersgang auf. In MVZ sinkt dieser etwa ab dem 75. Lebensjahr kontinuierlich ab. Im Zusammenhang mit der Altersverteilung der Patienten betrachtet, wird somit deutlich, dass das Gros an Versorgung in Einzelpraxen stattfindet und insbesondere der Versorgungsumfang von Hochbetagten.

Abbildung 3: Altersverteilung der Patienten innerhalb der Praxisform in 5-Jahres-Altersgruppen, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

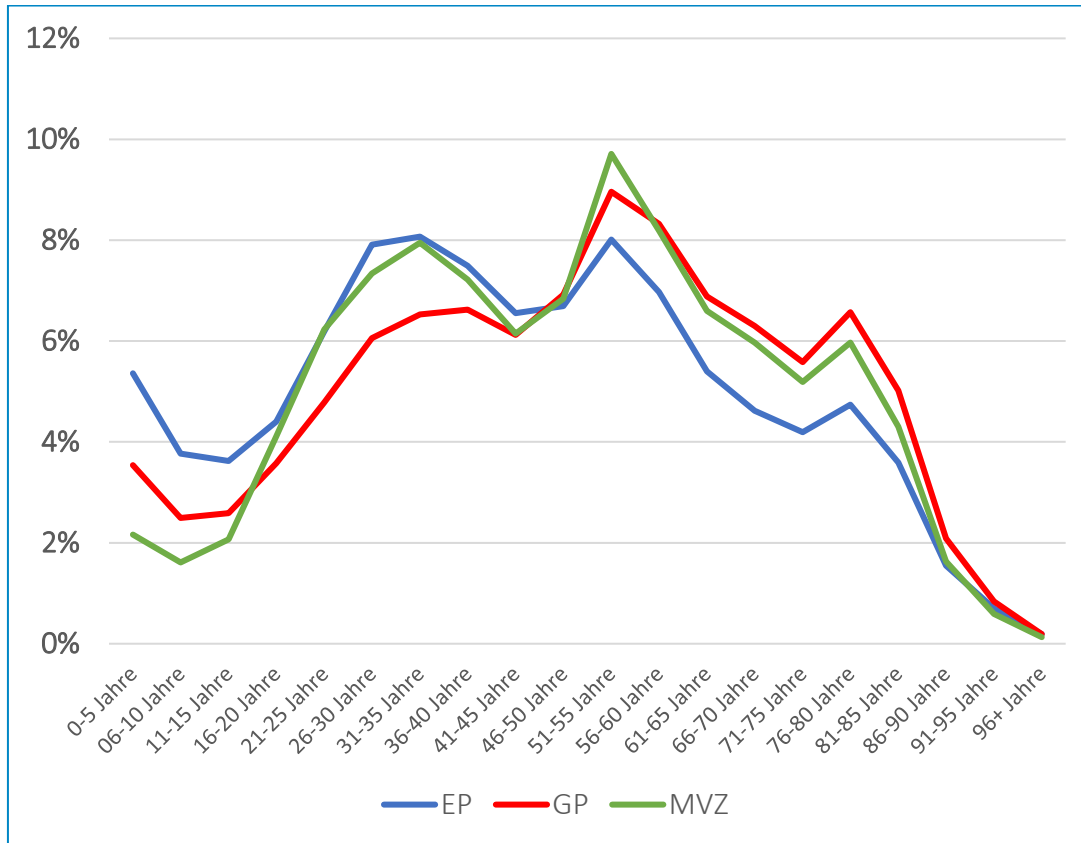


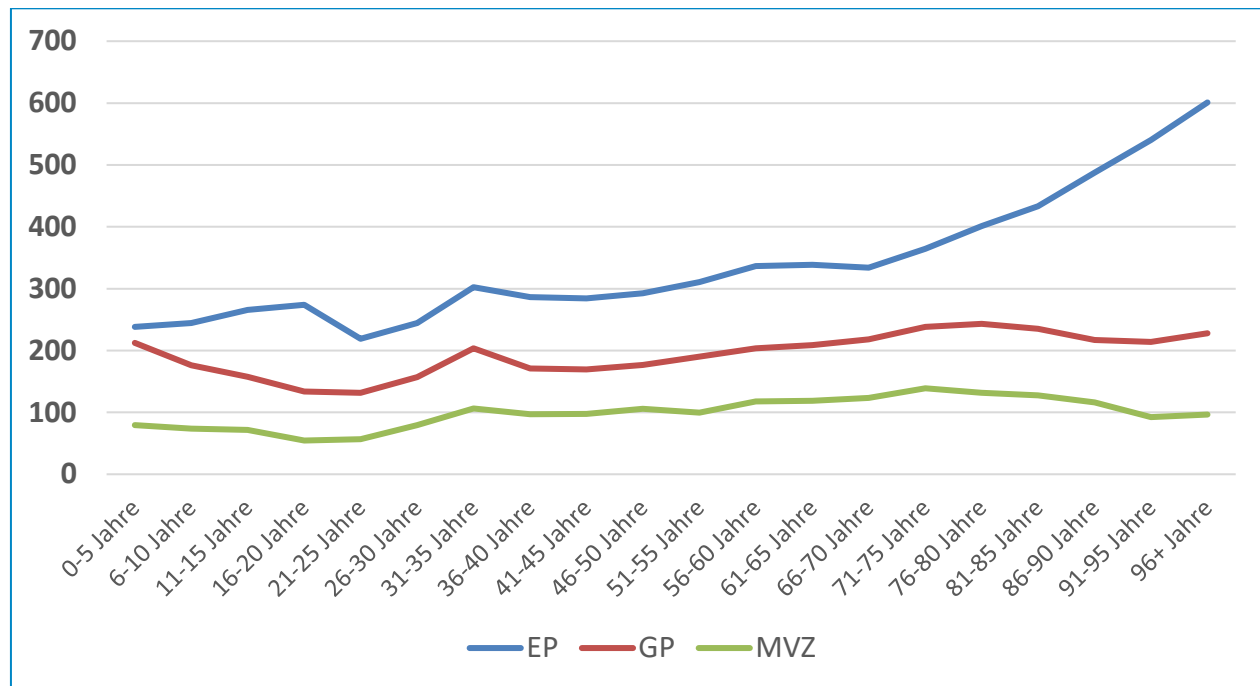
Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten innerhalb der Praxisform in 15-Jahres-Altersgruppen, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

Altersgruppe (in Jahren)	EP	GP	MVZ
0-15	13%	9%	6%
16-30	19%	14%	18%
31-45	22%	19%	21%
46-60	22%	24%	25%
61-75	14%	19%	18%
76+	11%	15%	13%

Abbildung 4: Durchschnittlicher Leistungsbedarf (in EUR) je Patient nach 5-Jahres-Altersgruppen und Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum



3.3 Leistungsstruktur

Im Vordergrund dieses Kapitels steht die Verteilung ausgewählter Leistungen über die Praxisformen. Aufgrund des geringeren Anteils von MVZ-Ärzten – dieser machte nach „Köpfen“ 20% und nach Vollzeitäquivalenten 14% aus (vgl. Abbildung 1) – werden die Leistungsanteile nach Praxisform der Arztverteilung gegenübergestellt.

3.3.1 Verteilung haus- und fachärztlicher Fälle und Leistungen

Tabelle 3 umfasst die Verteilung hausärztlicher und ausgewählter fachärztlicher Fälle sowie bestimmter Leistungen nach Praxisform. Somit überstieg im Jahr 2019 der Anteil der hausärztlichen Fälle in Einzelpraxen den bei vergleichbarer Arbeitsteilung nach Vollzeitäquivalenten erwarteten Anteil (Anteil Ärzte in VZÄ 49% vs. Anteil hausärztliche Fälle 57%). Demgegenüber steht der niedrigere als erwartete Anteil bei den MVZ (Anteil Ärzte nach VZÄ 14% vs. Anteil hausärztliche Fälle 9%). Im Kontrast dazu verhält sich die Verteilung der fachärztlichen Fälle: bis auf den Anteil fachärztlicher Fälle im Fachgebiet Augenheilkunde liegen die Anteile kardiologischer (18%), orthopädischer (17%), gynäkologischer (16%) und insbesondere radiologischer Fälle (48%) über der nach VZÄ erwarteten Verteilung. Dies trifft auch auf Gemeinschaftspraxen zu.

Bezüglich der Verteilung ausgewählter Leistungen ergibt sich ein ähnliches Bild: MVZ nehmen seltener an der Leistungserbringung zur Prävention, wie das Impfen sowie im Rahmen der häuslichen Versorgung

(Besuche) teil. Dafür sind sie überproportional an spezialisierten Leistungen, wie Bildgebung oder Katarakt-OP beteiligt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung hausärztlicher und fachärztlicher Fälle sowie ausgewählter Leistungen nach Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

VZÄ = Vollzeitäquivalente

	EP	GP	MVZ
Hausärztliche Fälle	57%	34%	9%
Fachärztliche Fälle			
Kardiologie	23%	59%	18%
Orthopädie	34%	49%	17%
Gynäkologie	43%	41%	16%
Augenheilkunde	44%	47%	9%
Radiologie	4%	48%	48%
Ausgewählte Leistungen			
Besuche	64%	30%	6%
Impfungen	56%	36%	8%
Katarakt-OP	36%	44%	20%
Bildgebung	28%	51%	21%
Verteilung der Ärzte nach VZÄ	49%	37%	14%

3.3.2 Anzahl haus- und fachärztlicher Arztfälle

Einen weiteren Blickwinkel auf die praxisform-spezifische Leistungsstruktur bietet die Anzahl der Fälle je Arzt. Neben der Anzahl der Arztfälle je „Kopf“ ist in der nachfolgenden Tabelle 4 anhand der bereits in Tabelle 3 gewählten Leistungsbereiche auch die Anzahl der Arztfälle je Vollzeitäquivalent angegeben. Demnach betrug die hausärztliche Versorgungsleistung je Kopf in Einzelpraxen absolut rd. 3.200 Arztfälle vs. 1.450 im MVZ. Dies entspricht einem relativen Anteil von 45% der Versorgungsleistung in MVZ gegenüber Einzelpraxen und geht zum Teil auf den geringeren Teilnahmeumfang der MVZ-Ärzte zurück. Mit der Umrechnung auf Vollzeitäquivalente wird dieser Umstand herausgerechnet. Doch auch dann liegt die hausärztliche Versorgungsleistung der MVZ weiterhin unter der der Einzelpraxen: je VZÄ beträgt die

Versorgungsleistung im MVZ durchschnittlich 2.860 Arztfälle (absolut) bzw. 81% der Versorgungsleistung in Einzelpraxen. Dort liegt sie im Durchschnitt bei 3.540 Arztfällen (siehe Tabelle 4).

Im Gegensatz zu den hausärztlichen Arztfällen fällt die Anzahl fachärztlicher Arztfälle je VZÄ mit Ausnahme der Gynäkologie in MVZ höher aus als in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, ebenso die Arztfälle spezialisierter Leistungen, wie z.B. Katarakt-OP und Bildgebung. Zu beobachten ist hier sogar eine vergleichbare Versorgungsleistung je Kopf und die 2- bis 3-fache Versorgungsleistung je VZÄ gegenüber Einzelpraxen. Arztfälle mit Besuchen und Impfungen hingegen fallen auch je VZÄ im MVZ deutlich hinter der Versorgungsleistung in Einzelpraxen zurück (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittliche Anzahl hausärztlicher und fachärztlicher Arztfälle sowie ausgewählter Leistungen nach Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

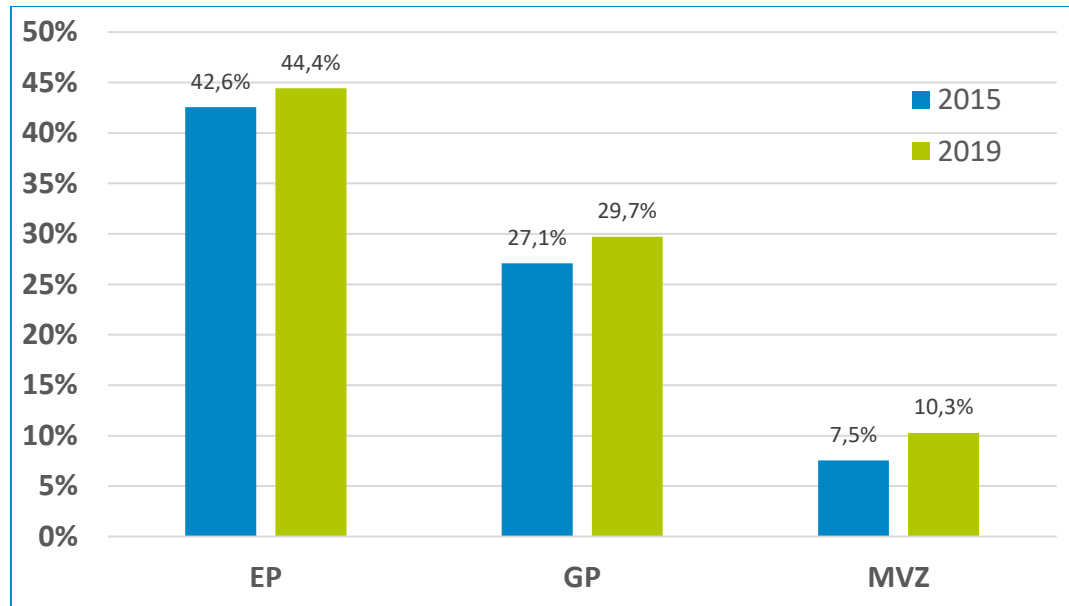
	Arztfälle je „Kopf“			Arztfälle je VZÄ		
	EP	GP	MVZ	EP	GP	MVZ
Hausärztliche Fälle	3.206	2.595	1.446	3.540	2.979	2.861
Fachärztliche Fälle						
Kardiologie	2.375	2.428	1.789	3.025	2.878	3.401
Orthopädie	3.936	3.012	3.152	4.730	4.171	5.087
Gynäkologie	3.062	2.497	1.460	3.652	3.263	2.904
Augenheilkunde	4.979	3.507	2.548	5.284	4.889	4.923
Radiologie	4.850	3.990	2.800	5.660	7.138	7.081
Ausgewählte Leistungen						
Besuche	186	109	94	211	124	173
Impfungen	254	186	105	288	223	190
Katarakt-OP	160	175	160	165	272	492
Bildgebung	474	593	496	537	811	968

3.3.3 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Abschließend wird die Abrechnung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nach Praxisform betrachtet. Anteilig an allen Behandlungsfällen je Praxisform wird sie mit 44% in Einzelpraxen in 2019 mehr als viermal so häufig wie in MVZ abgerechnet. Dort beträgt ihr Anteil nur 10% (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Relativer Anteil der Fälle mit Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung an allen Behandlungsfällen nach Praxisform, 2015 und 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum



3.4 Versorgungsbreite

In diesem Kapitel werden verschiedene Indikatoren aus der Versorgung nachgezeichnet, die Hinweise auf das medizinische Spektrum der Versorgungsformen geben. Dies umfasst Diagnosen, Leistungen, Arzneimittelverordnungen sowie Einblicke in die fachgruppenübergreifende Versorgung.

3.4.1 Diagnosen

Zur Abschätzung der Breite der Behandlungsanlässe in Einzel-, Gemeinschaftspraxen und MVZ wurde die jährliche durchschnittliche Anzahl distinkter ICD 10-Codes auf der 3-Steller-Ebene pro Patient nach Praxisform bestimmt (Abbildung 6). Bei nahezu gleichbleibendem Trend über den Beobachtungszeitraum wurden in Einzelpraxen pro Patient rd. 7 verschiedene Diagnosen kodiert, in Gemeinschaftspraxen knapp 6 und in MVZ rd. 4 Diagnosen. Die deutlich geringere Diagnosezahl in MVZ lässt ein engeres Behandlungsspektrum (aufgrund der Fokussierung auf spezielle Leistungsbereiche) vermuten. Im Gegenzug spricht das breitere Diagnosespektrum in Einzel- und Gemeinschaftspraxen für eine umfassende und ggf. kontinuierliche Grundversorgung, die eine Vielzahl von Erkrankungen und weiteren Behandlungsanlässen beinhaltet.

Die zehn am häufigsten genannten Diagnose-Codes nach Praxisform sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Erwartungsgemäß führen in allen Praxisformen die Volkskrankheiten die Top 10-Liste an. Im Unterschied zu den anderen Praxisformen treten in Einzelpraxen häufiger akute Infektionen und somatoforme Störungen als Behandlungsanlässe auf, bei Gemeinschaftspraxen kontrazeptive Maßnahmen und bei MVZ die Behandlung der Adipositas-Erkrankung.

Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl verschiedener Diagnosen (ICD-3-Steller) je Patient nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

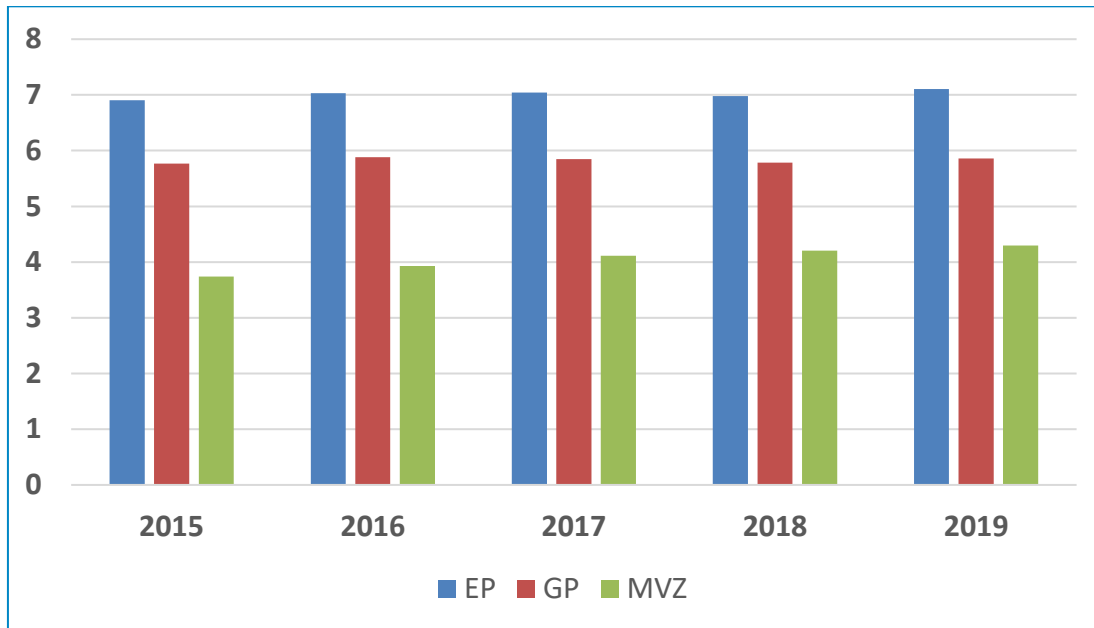


Tabelle 5: TOP 10-Diagnose-Codes (ICD-3-Steller) mit relativen Häufigkeiten nach Praxisform, 2019

Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis		MVZ				
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,3%	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,3%	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,4%
M54	Rückenschmerzen	2,7%	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	3,6%	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	3,5%
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	2,6%	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2,3%	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	3,2%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2,4%	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2,2%	M54	Rückenschmerzen	2,6%
F32	Depressive Episode	2,0%	M54	Rückenschmerzen	2,0%	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2,5%
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	1,6%	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1,7%	E66	Adipositas	2,1%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1,3%	F32	Depressive Episode	1,5%	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,5%
J45	Asthma bronchiale	1,2%	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,3%	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1,5%
F45	Somatoforme Störungen	1,2%	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1,2%	F32	Depressive Episode	1,3%
E03	Sonstige Hypothyreose	1,1%	J45	Asthma bronchiale	1,2%	E03	Sonstige Hypothyreose	1,2%

3.4.2 Leistungen

Im Hinblick auf die Breite des Leistungsspektrums in Einzel-, Gemeinschaftspraxen und MVZ wurde die jährliche durchschnittliche Anzahl distinkter Gebührenordnungspositionen auf der 5-Steller-Ebene pro Patient nach Praxisform bestimmt (Abbildung 7). Ein allen drei Praxisformen ist ein stetig steigender Trend der mittleren Anzahl an GOP über den Beobachtungszeitraum festzustellen. Gleichbleibend ist jedoch der Niveauunterschied zwischen den Praxisformen. So wurden im Jahr 2019 in Einzelpraxen pro Patient durchschnittlich knapp 18 verschiedene Leistungsziffern abgerechnet, in Gemeinschaftspraxen rund 13 und in MVZ 10 GOP. Auch hier lässt die geringere Leistungszahl (in Analogie zur Diagnosezahl) in MVZ auf ein engeres Leistungsspektrum (aufgrund der Fokussierung auf spezielle Leistungsbereiche) vermuten. Im Vergleich dazu spricht das breitere Leistungsspektrum in Einzel- und Gemeinschaftspraxen für ein vielfältiges Leistungsangebot und eine umfassende Leistungserbringung.

Anhand der zehn am häufigsten abgerechneten Gebührenordnungspositionen nach Praxisform (siehe Tabelle 6) ist festzustellen, dass in Einzelpraxen mehr Leistungen aus dem Bereich der sprechenden Medizin, wie das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderliche problemorientierte ärztliche Gespräch sowie im Rahmen der Versorgung von chronisch Kranken (Chronikerpauschale) erbracht werden als in GP und MVZ. In diesen Praxisformen dominieren hauptsächlich Laborleistungen das Leistungsgeschehen.

Abbildung 7: Durchschnittliche Anzahl verschiedener Gebührenordnungspositionen (GOP-5-Steller) je Patient nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

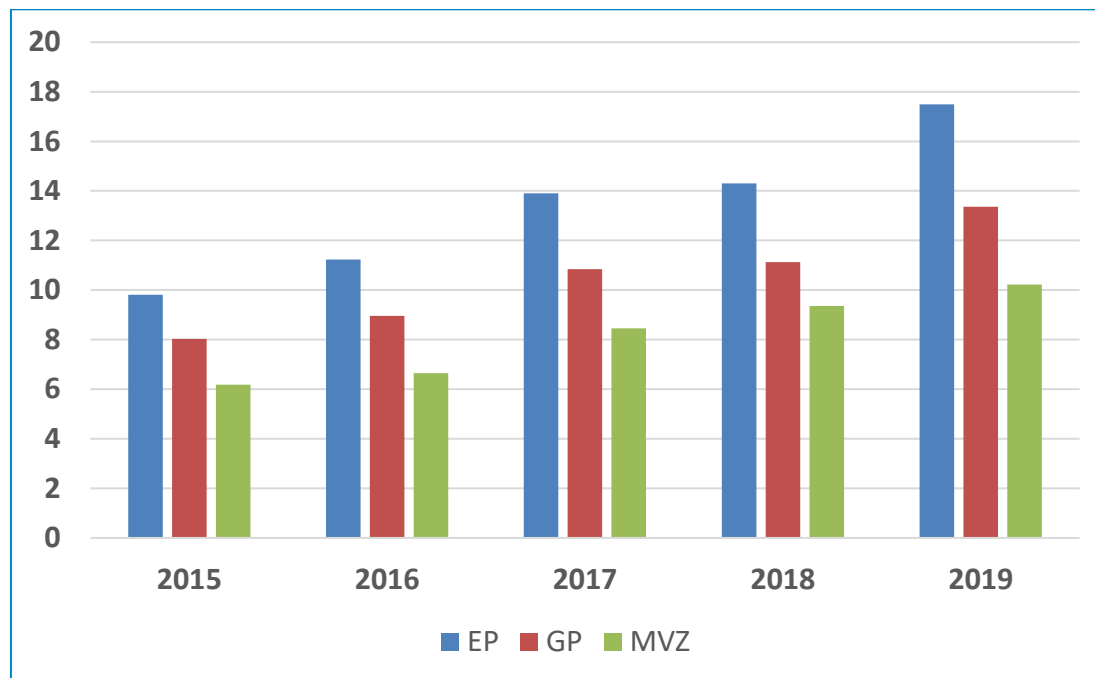


Tabelle 6: TOP 10-Gebührenordnungspositionen (GOP-5-Steller) mit relativen Häufigkeiten nach Praxisform, 2019

Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis		MVZ				
32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	6,9%	32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	4,2%	40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	4,2%
03040	Zusatzpauschale zu GOP 03000 und 03030, Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags	3,3%	32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	1,8%	12220	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	3,8%
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	2,0%	32071	Gamma-GT	1,5%	40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	2,2%
03003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	1,8%	03040	Zusatzpauschale zu GOP 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags	1,4%	32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	1,6%
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung	1,8%	32067	Kreatinin, enzymatisch	1,4%	32120	Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	1,2%
03222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	1,6%	32070	GPT	1,2%	32071	Gamma-GT	1,1%
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung	1,3%	32101	TSH	1,1%	32101	TSH	1,1%
40144	Kopie, EDV-technische Abschrift	1,1%	32081	Kalium	1,1%	32070	GPT	1,0%
03004	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	0,9%	32057	Glukose	1,0%	32460	CRP	1,0%
35571	Zuschlag Einzeltherapie	0,9%	03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	0,9%	32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	0,9%

3.4.3 Fachgruppenübergreifende Versorgung

Die Untersuchung der Beteiligung unterschiedlicher Fachgruppen an der Versorgung der Patienten wird im Folgenden abgehandelt. Dabei wird der Fokus auf die fachgruppen- und arztübergreifende Versorgung je Patient in allen drei Praxisformen zum einen und je Behandlungsfall - nur in MVZ² - zum anderen gerichtet.

Wie in Tabelle 7 abgebildet, ist die fachgruppenübergreifende Behandlung je Patient durch Einzel- und Gemeinschaftspraxen höher als in MVZ. Die mittlere Anzahl unterschiedlicher Fachgruppen je Patient betrug im Jahr 2019 1,83 in Einzelpraxen, 2,07 in Gemeinschaftspraxen und 1,61 in MVZ. Diese Anzahlen sind auch über die Zeit sehr stabil. Leichten Zuwachs gab es hingegen bei der Anzahl behandelnder Ärzte je Patient. Gemeinschaftspraxen zeigen den höchsten Wert mit 2,68 im Jahr 2019 (2,59 in 2015), darunter liegen MVZ mit 2,46 (von 2,26 im Jahr 2015) und Einzelpraxen mit 2,14 (von 2,06 im Jahr 2015).

² Die Betrachtung je Behandlungsfall ergibt nur für die in MVZ behandelten Patienten sinnvolle Ergebnisse, da theoretisch mehr als eine Fachgruppe an der Behandlung pro Fall beteiligt sein kann. Die Anzahl der Fachgruppen je Behandlungsfall in Einzelpraxen ist per Definition 1, in Gemeinschaftspraxen liegt sie nur sehr selten über 1.

Tabelle 7: Durchschnittliche Anzahl verschiedener Fachgruppen und Ärzte je Patient nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

Jahr	Fachgruppen je Patient			Ärzte je Patient		
	EP	GP	MVZ	EP	GP	MVZ
2015	1,82	2,06	1,61	2,06	2,59	2,26
2016	1,83	2,08	1,63	2,11	2,66	2,30
2017	1,82	2,07	1,65	2,12	2,70	2,41
2018	1,81	2,05	1,61	2,10	2,64	2,36
2019	1,83	2,07	1,61	2,14	2,68	2,46

Die mittlere Anzahl verschiedener Fachgruppen und Ärzte je Behandlungsfall in MVZ ist in Tabelle 8 zusammengestellt. Im Gegensatz zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen, sind im MVZ im Durchschnitt mehr als eine Fachgruppe an der Behandlung beteiligt. Der Wert beträgt rund 1,2³ und ist über die Zeit relativ stabil. Die Anzahl verschiedener Fachgruppen je Fall ist jedoch geringer als die Anzahl verschiedener Ärzte je Fall. Durchschnittlich sind mehr als 1,4 verschiedene Ärzte an einem Behandlungsfall beteiligt. Dem liegt offenbar der insgesamt niedrige Teilnahmeumfang je MVZ-Arzt zugrunde, der dazu führt, dass pro Behandlungsfall die Ärzte häufiger wechseln. Dieser Wechsel geht jedoch nicht in gleichem Maße mit der Mitbehandlung durch eine andere Fachgruppe einher, sondern tritt eher fachgruppengleich auf.

Tabelle 8: Durchschnittliche Anzahl verschiedener Fachgruppen und Ärzte je Behandlungsfall in Medizinischen Versorgungszentren, 2015 bis 2019

Jahr	Fachgruppen je Fall	Ärzte je Fall
2015	1,20	1,46
2016	1,19	1,42
2017	1,22	1,47
2018	1,18	1,44
2019	1,16	1,44

³ Etwa 83% der in MVZ behandelten Fälle wiesen genau eine Fachgruppe auf, in 13% der Fälle waren zwei verschiedene Fachgruppen beteiligt, in 4% der Fälle waren drei oder mehr Fachgruppen beteiligt.

3.4.4 Überweisungen

Ein weiterer Indikator für die Versorgungsbreite stellt der Anteil der Überweisungsfälle an allen Behandlungsfällen dar. Hier wurden deutliche Unterschiede zwischen den Praxisformen beobachtet (siehe Tabelle 9). Während Einzelpraxen durchschnittlich über den gesamten Beobachtungszeitraum in ca. 10% der Fälle auf Überweisung tätig wurden, betrug dieser Anteil in Gemeinschaftspraxen bereits rund 44% und in MVZ sogar 80%. Somit finden 4 von 5 Behandlungsfällen in MVZ auf Überweisung statt. Dies weist wiederum auf den hohen Spezialisierungsgrad von MVZ hin. Es bedeutet aber auch, dass die breite Versorgung der Patienten, die durch eine direkte Inanspruchnahme durch Patienten, wie sie in Einzelpraxen zu beobachten ist, in MVZ praktisch nicht stattfindet.

Tabelle 9: Anteil der Behandlungsfälle mit Überweisungen nach Praxisform, 2015 bis 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

Jahr	EP		GP		MVZ	
	Anzahl Fälle mit Überweisung (in Mio.)	Anteil an allen Fällen	Anzahl Fälle mit Überweisung (in Mio.)	Anteil an allen Fällen	Anzahl Fälle mit Überweisung (in Mio.)	Anteil an allen Fällen
2015	0,7	11,5%	3,4	45,6%	2,9	81,9%
2016	0,7	12,0%	3,4	44,9%	3,1	79,9%
2017	0,7	12,4%	3,2	44,0%	3,3	80,5%
2018	0,6	10,0%	3,2	43,3%	3,4	78,8%
2019	0,4	7,0%	3,1	42,8%	3,7	77,2%

3.5 Verordnungsvolumen

Die Beschreibung des Umfangs von Arzneimittelverordnungen steht im Mittelpunkt dieses Kapitels. Hierzu wird zunächst das gesamte Verordnungsvolumen nach Praxisform und die damit verbundenen Kosten beleuchtet (siehe Abschnitt 3.5.1) sowie die Verordnungsprävalenz ausgewählter Medikamente auf ihre Verteilung über die Praxisformen aufgezeigt (Abschnitt 3.5.2).

3.5.1 Verordnungsvolumen und –kosten gesamt

Die Anzahl der Verordnungen insgesamt variierte im Zeitverlauf nach Praxisform (siehe Abbildung 8). Während sie in Einzelpraxen von 6,5 Mio. im Jahr 2015 auf 6,2 Mio. im Jahr 2019 sank, stieg sie in MVZ von rd. 800Tsd. auf knapp 1,2 Mio. Anteilig betrachtet erfolgten im Jahr 2019 51% aller Verordnungen aus Einzelpraxen, 39% aus Gemeinschaftspraxen und 10% aus MVZ. Abweichend von dieser Verteilung verhalten sich hingegen die Verordnungskosten. Hier gingen 33% der Gesamtkosten auf Verordnungen von Einzelpraxen, 39% auf Verordnungen von Gemeinschaftspraxen und 28% auf Verordnungen von MVZ zurück. Diese Beobachtungen legen nahe, dass MVZ im Gegensatz zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen

eher an speziellen medikamentösen Behandlungen beteiligt sind. Die durchschnittlichen Verordnungskosten je Fall unterstützen diese Vermutung (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 8: Anzahl Gesamtverordnungen (in Mio.) nach Praxisform, 2015 bis 2019

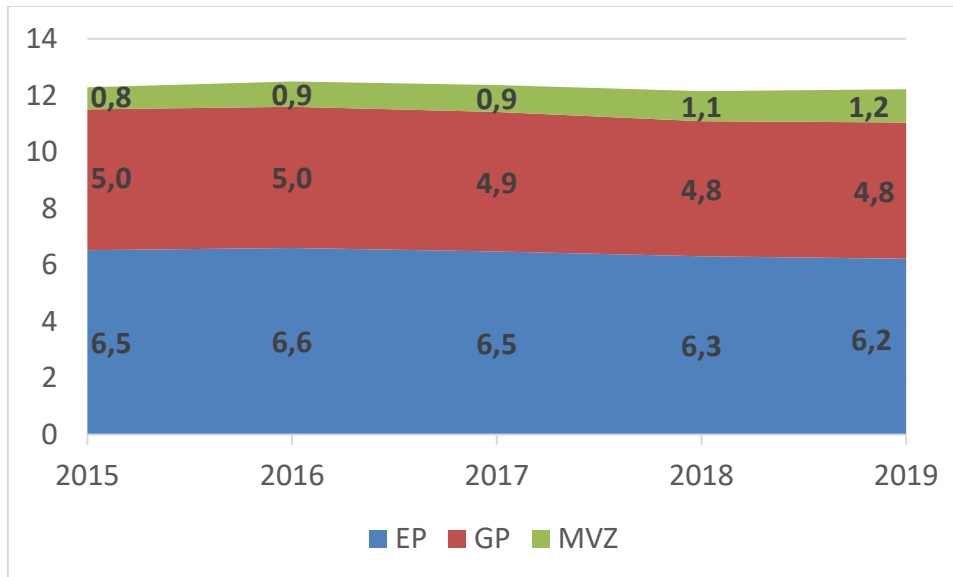
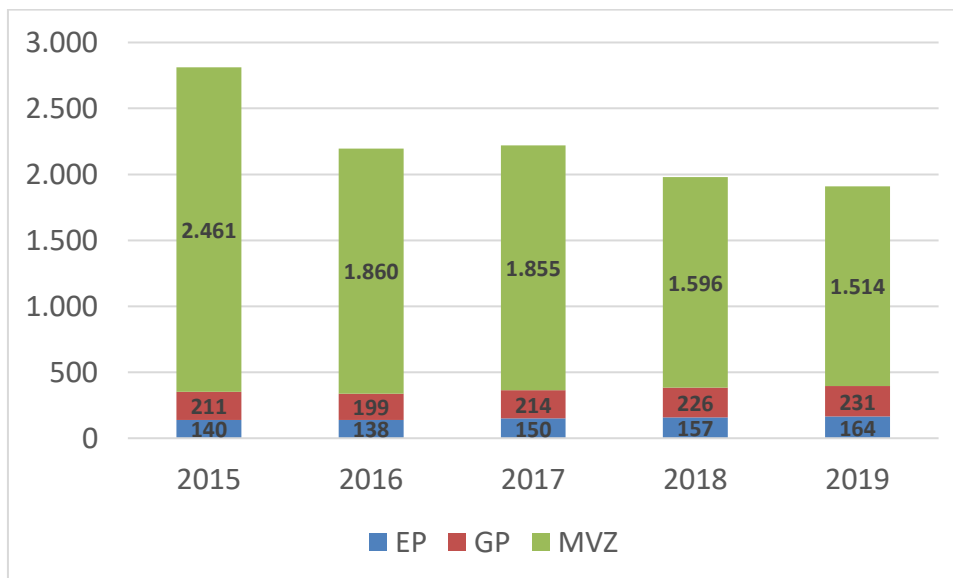


Abbildung 9: Durchschnittliche Verordnungskosten (in Euro, brutto) je Fall nach Praxisform, 2015 bis 2019



3.5.2 Verordnungsprävalenz bestimmter Medikamente

Tabelle 10 listet die Auswahl an Medikamenten und die dazugehörige/n Hauptindikation/en, anhand derer die Verteilung der Verordnungsprävalenz über die Praxisformen bestimmt wurde.

Tabelle 10: Ausgewählte Wirkstoffgruppen (ATC 3-stellig) mit Hauptindikation(en)

ATC-Code	ATC-Name	Indikation
A10	Antidiabetika	Diabetes mellitus
B01	Antithrombotische Mittel	Vorhofflimmern, Akutes Koronarsyndrom
B03	Antianämika	Niereninsuffizienz
C02KX	Antihypertensiva PAH	Pulmonale arterielle Hypertonie (PAH)
C07, C08, C09	Antihypertonika	Hypertonie
C10	Lipidsenker	Fettstoffwechselstörung
D05	Antipsoriatika	Psoriasis
J05	Virustatika	HIV, Hepatitis C
L01	Antineoplastische Mittel	Tumoren
L04	Immunsuppressiva	Rheuma, CED, Transplantation, ...
M05	Mittel bei Knochenerkrankungen	Osteoporose
N02	Analgetika	Schmerztherapie
N03	Antiepileptika	Epilepsie
N04	Antiparkinsonmittel	Mb. Parkinson
N06	Antidepressiva	Depression
R03	Mittel bei obstr. Atemwegserkrankungen	Asthma, COPD
Sonder7	Parenterale Lösungen	diverse
V04CA	Diabetes-Tests	Blutzuckermessung

Die folgenden Balkendiagramme lassen eindrücklich den Schwerpunkt medikamentöser Therapien der Praxisformen erkennen. Die Medikation der großen Volkskrankheiten wie Diabetes, Hypertonie oder Fettstoffwechselstörungen sowie die Versorgung neurologischer und psychischer Erkrankungen geht eindeutig auf das Konto von Einzel- und Gemeinschaftspraxen. So werden Antidiabetika (A01), Antithrombotika (B01), Antihypertensiva (C02KX, C07-C09), Lipidsenkern (C10), Antipsoriatika (D05), Mitteln bei Knochenerkrankungen (M05), Analgetika (N02), Antiepileptika (N03), Antiparkinsonmittel (N04), Antidepressiva (N06), Mitteln bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03) sowie die Verordnung von Diabetes-Tests (V04CA) hauptsächlich von Einzel- und/oder Gemeinschaftspraxen getragen. Der Fokus in MVZ liegt hingegen in der Versorgung seltener Erkrankungen, wie HIV/Aids oder Tumoren mit der Verordnung hochspezialisierter Wirkstoffgruppen, wie Virustatika (J05), antineoplastischer Mittel (L01), Immunsuppressiva (L04) oder parenteralen Lösungen (Sonder7).

Abbildung 10: Relative Verordnungsanteile ausgewählter Wirkstoffgruppen nach Praxisform, 2015-2019

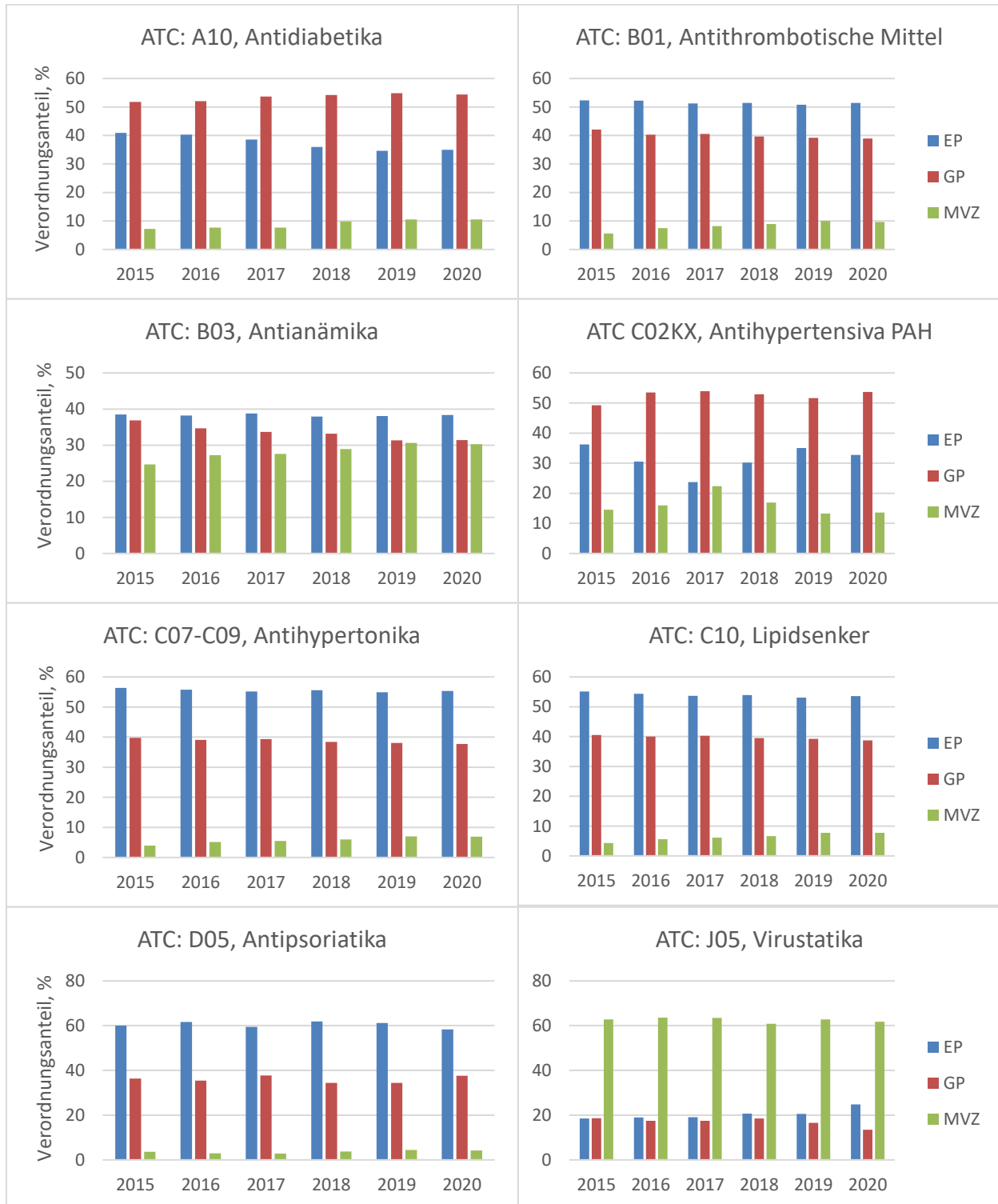


Abbildung 10: fortgesetzt

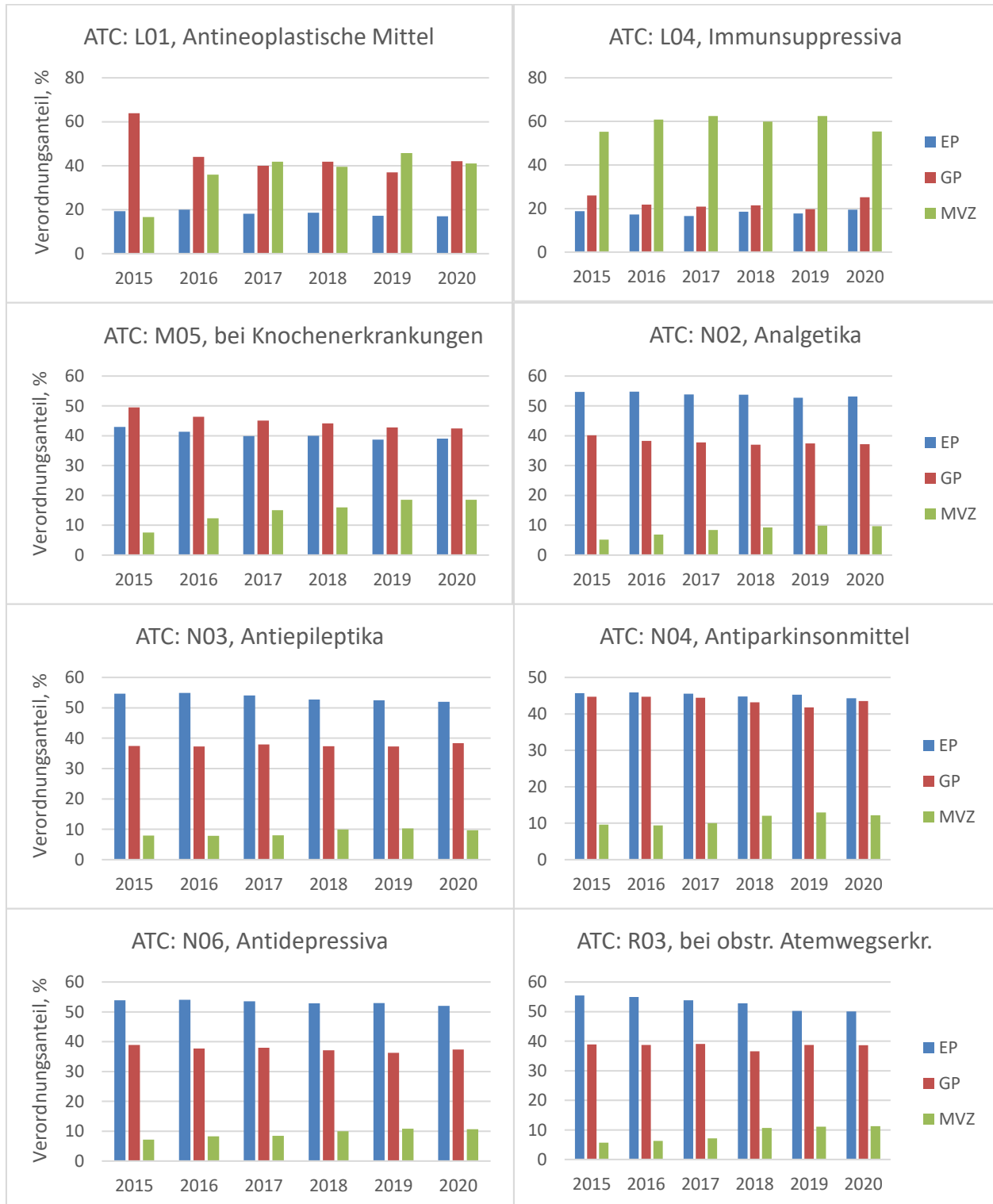
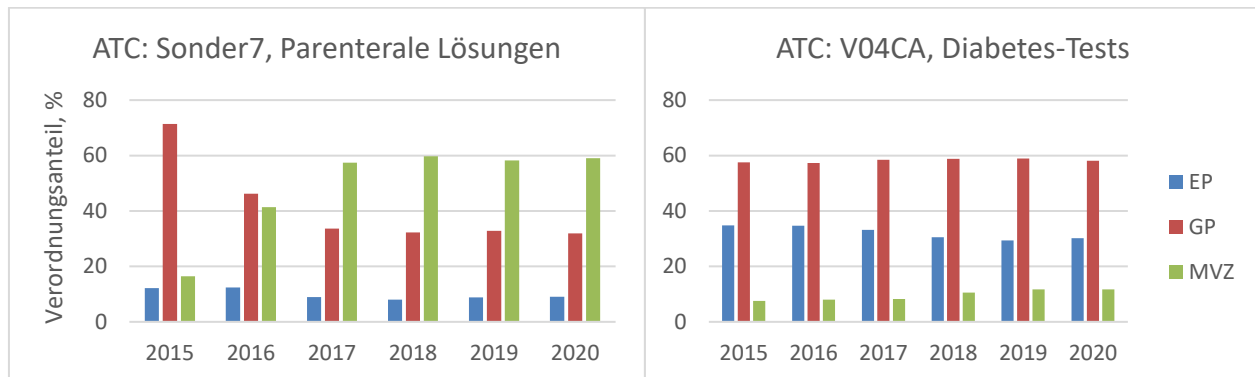


Abbildung 10: fortgesetzt



3.6 Versorgungsqualität/-kontinuität

3.6.1 Augenhintergrunduntersuchung bei Diabetikern

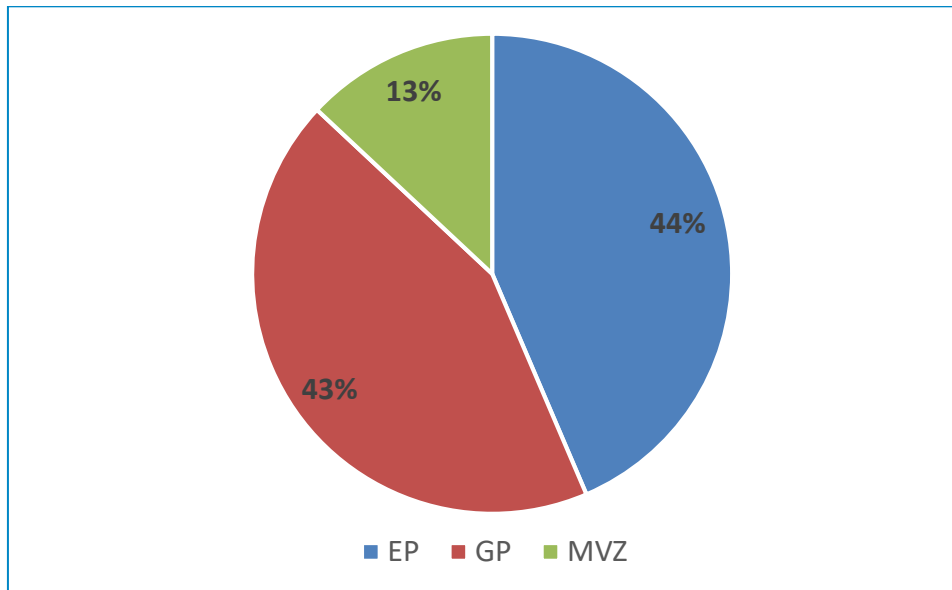
Diabetiker sollten einmal jährlich eine Untersuchung des Augenhintergrundes zur Früherkennung von Netzhautkomplikationen (diabetische Retinopathie) vornehmen lassen⁴. Die Quote an Diabetikern mit der entsprechenden Untersuchung (GOP 06333 - Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes) wird als Indikator für die Versorgungsqualität bei der Behandlung von Diabetikern angesehen.

Zunächst ist anhand der Leistungshäufigkeit der Augenhintergrunduntersuchung festzustellen, dass diese mehrheitlich und etwa zu gleichen Anteilen durch Einzel- und Gemeinschaftspraxen (zusammen 87%) erbracht werden. 13% der Augenhintergrunduntersuchen werden in MVZ durchgeführt (Abbildung 11).

⁴ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen bei Diabetes – Langfassung, 2. Auflage. Version 2. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000318. www.netzhautkomplikationen.versorgungsleitlinien.de (Letzter Zugriff 16.09.2021)

Abbildung 11: Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes, Anteil der Leistungshäufigkeit nach Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum



Auf die Diabetespatienten bezogen ergibt sich eine leichte Differenz in der Quote der Diabetiker mit Augenhintergrunduntersuchung in Abhängigkeit von der Praxisform (siehe Tabelle 11). Diabetiker, die wegen ihres Diabetes in Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxen behandelt wurden, wiesen einen Anteil mit Untersuchung des Augenhintergrundes von 20% bzw. 19% auf. Bei Diabetespatienten in MVZ betrug der Anteil hingegen nur 14%. Diese Beobachtung legt nahe, dass Diabetiker, die in MVZ behandelt werden, nicht zwangsläufig von einer besseren Versorgungsqualität die Durchführung empfohlener Diagnostik betreffend profitieren. Vielmehr ist zu erwägen, dass aufgrund der Spezialisierung von MVZ, bspw. im Rahmen von Katarakt-Operationen (siehe Kapitel 3.3.1, Tabelle 3 und Kapitel 3.3.2, Tabelle 4), eher operative als diagnostische Behandlungskapazitäten vorgehalten bzw. ausgeschöpft werden.

Tabelle 11: Anteil Diabetiker mit Augenhintergrunduntersuchung nach Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

	Anzahl behandelte Diabetiker gesamt	Anteil Diabetiker mit Augenhintergrunduntersuchung
EP	68.838	20%
GP	80.363	19%
MVZ	23.467	14%

3.6.2 Versorgungskontinuität

Versorgungsqualität steht in engem Zusammenhang mit Versorgungskontinuität⁵. Die kontinuierliche Versorgung wird in der Literatur mit Hilfe verschiedener Indizes quantifiziert, die einen positiven Einfluss auf verschiedene Endpunkte gezeigt haben⁶. Anhand der vertragsärztlichen Abrechnungsinformationen wurde in Anlehnung an die bestehenden Kontinuitätsindizes der Anteil der Patienten bestimmt, der in mindestens drei von vier Quartalen des Jahres bei demselben Arzt in Behandlung war. Dafür wurden drei Arztgruppen ausgewählt, bei denen aufgrund der Art der Behandlung eine kontinuierliche Versorgung angenommen werden kann. Hierbei handelt es sich um Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner (KJM) und Psychotherapeuten. Wie aus Abbildung 12 hervorgeht, wurden die höchsten Patientenanteile mit einer kontinuierlichen Versorgung in allen drei Fachgruppen in Einzelpraxen gefunden, d.h. 41% bei Hausärzten, 33% bei Kinder- und Jugendmedizinern, 50% bei Psychotherapeuten. Die entsprechenden Anteile in MVZ betragen, 5% (Hausärzte und KJM) bzw. 10% (Psychotherapeuten) und weisen darauf hin, dass eine Behandlungskontinuität am häufigsten in Einzelpraxen stattfindet.

Die altersgruppenspezifische Betrachtung bei Hausärzten und KJM ergab insgesamt höhere Patientenanteile mit kontinuierlicher Versorgung (Abbildung 10). In der Gruppe der über 60-Jährigen in hausärztlicher Versorgung betrug der Anteil 65% in Einzelpraxen, 49% in Gemeinschaftspraxen und 36% in MVZ (vgl. Abbildung 13a). Bei den 0- bis 4-jährigen Kindern wurden 45% in Einzelpraxen, 36% in Gemeinschaftspraxen und 24% in MVZ in wenigstens drei Quartalen des Jahres von demselben Arzt behandelt (vgl. Abbildung 13b).

⁵ <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html> (Letzter Zugriff 17.09.2021)

⁶ [1] Swanson, J.O.; Vogt, V.; Sundmacher, L.; Hagen, T.P.; Moger, T.A. (2018): Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy*, 122(7), p. 737-745. [2] Vogt, V., Koller, D., Sundmacher, L. (2016): Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany. *Eur J Public Health*, 26(4), p. 555-561.

Abbildung 12: Versorgungskontinuität* bei ausgewählten Fachgruppen nach Praxisform, 2019

EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

KJM = Kinder- und Jugendmediziner

** Anteil Patienten mit mind. 3 Quartalen pro Jahr bei demselben Arzt*

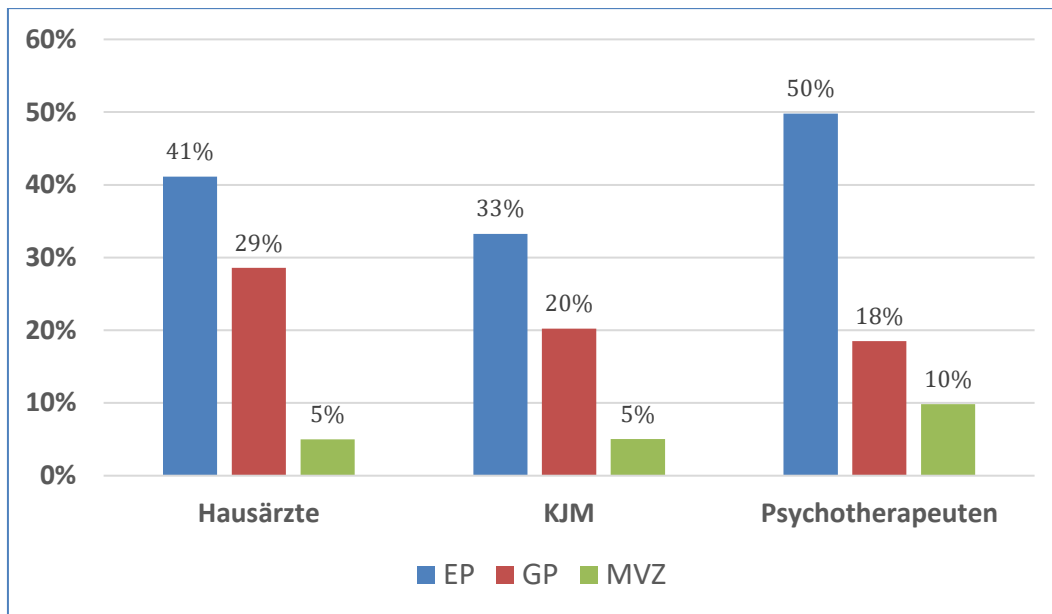


Abbildung 13: Versorgungskontinuität* bei ausgewählten Fachgruppen und Alter der Patienten nach Praxisform 2019

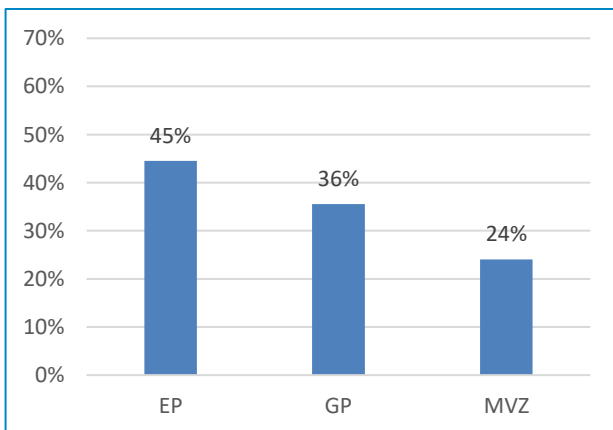
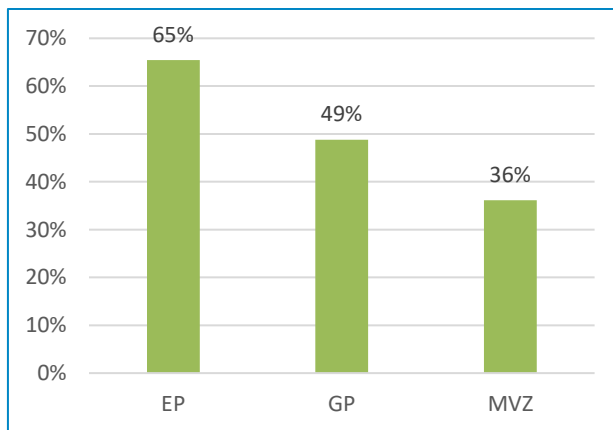
EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

KJM = Kinder- und Jugendmediziner

** Anteil Patienten mit mind. 3 Quartalen pro Jahr bei demselben Arzt*

a) Hausärzte, Patienten 60+ Jahre

b) KJM, Patienten 0-4 Jahre





4 Berichtsteil „Primärdatenerhebung“

4.1 Hintergrund

Insbesondere nach der Erweiterung des Gründerkreises für Medizinische Versorgungszentren fordern die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Bundesärztekammer mehr Transparenz bei MVZ. Auch wenn alle Gesellschafter eines MVZ bei den Zulassungsstellen angegeben werden und GmbHs im Rahmen des Handelsregisters noch zusätzliche Informationen liefern müssen, bleiben die Inhaberstrukturen der MVZ bei nicht-vertragsarztgetragenen MVZ oft unbekannt. Mit speziell für diese Erhebung konzipierten Fragestellungen wurden weitere Details über die Inhaberstrukturen erfragt und gleichzeitig die Freiwilligkeit der Teilnahme zu berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund befasste sich der Fragebogen mit den Themenbereichen MVZ-Struktur, Versorgung, Kapital und Finanzierung sowie Investitionstätigkeit (siehe Ansichtsexemplar des Fragebogens im Anhang). Die Erhebung wurde vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt und hat das Ziel, den besonderen Beitrag der Medizinischen Versorgungszentren zur ambulanten Versorgung in Hamburg näher zu untersuchen. Die Sondererhebung ist in enger Zusammenarbeit mit der KV Hamburg entstanden.

4.2 Verlauf der Erhebung

Insgesamt hat die KV Hamburg 135 MVZ-Betriebsstätten angeschrieben und dabei je Honorareinheit ein Einladungsschreiben für die Erhebung versendet. Die Erhebung startete am 15. Juli 2021. Bis zum Erhebungsschluss zum 25. August beteiligten sich 20 MVZ an der Online-Umfrage. Die technische Umsetzung der Online-Umfrage wurde durch ein speziell vom Zi entwickeltes Tool, die Zi-Survey-App, erreicht. Der Online-Fragebogen wurde vom Team des Zi-MVZ-Panels entwickelt, wobei die KV Hamburg sich aktiv an der Konzeption sowie inhaltlichen Detailfragen beteiligte.

Die eingeschränkte Teilnahme von investorenbetriebenen MVZ erlaubte aus Datenschutzgründen keine differenzierte Analyse der Versorgungs- und Investitionstätigkeit. Stattdessen werden vereinzelt Ergebnisse aus dem Zi Praxis Panels als Vergleich herangezogen, welches im jährlichen Turnus Information zu Einzelpraxen und BAGs liefert (siehe www.zi-pp.de). Die Ergebnisse sollten aufgrund der geringen Stichprobenmenge nicht als statistisch robust sondern indikativ interpretiert werden.

4.3 Organisations- und Inhaberstruktur

Von den 20 MVZ nahmen fünf krankenhausgetragene und dreizehn vertragsarztgetragene MVZ an der Umfrage teil. Zwei der krankenhausgetragenen MVZ gaben an, dass der wirtschaftliche Eigentümer eine Kapitalbeteiligungsgesellschaft ist. Diese auch oft als „Private-Equity“ bezeichneten Investoren sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Beteiligungen zeitlich begrenzt sind. Ein weiteres MVZ gab an, dass ein Investor der wirtschaftliche Eigentümer ist. Schließlich berichteten drei MVZ einem Kettenverbund anzugehören bzw. ein MVZ einer Holding. Insgesamt sind die teilnehmenden MVZ doch überwiegend in ärztlicher Hand, was aber nicht zwingend auf die Gesamtzahl der MVZ in Hamburg zutreffen muss. Laut Angaben der KBV sind etwa 33% der MVZ in Hamburg krankenhausgetragen. Genaue Zahlen zur Anzahl der MVZ mit Investorenbeteiligung in der KV Hamburg gibt es bis dato nicht.

Die teilnehmenden MVZ sind wie folgt strukturiert: In zwei der MVZ sind ausschließlich Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten tätig, acht MVZ beschäftigen hingegen nur angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten: in den übrigen MVZ sind sowohl Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte vertreten. Sieben MVZ wurden vor 2010 gegründet, fünf MVZ zwischen 2010 und 2015 und acht MVZ nach 2015, d.h. nach dem GKV-VSG, welches seitdem die Gründung fachgleicher MVZ zulässt. Vier MVZ, bzw. deren Hauptbetriebsstätten, hatten mehr als drei weiteren Standorten innerhalb Deutschland. Die meisten teilnehmenden MVZ, 14 von 20, hatten keine weiteren Standorte. Die MVZ hatten im Median zwei Gesellschafter, welches sich mit dem Wert aus dem Zi-MVZ-Panel (siehe www.zi-mvz-panel.de) deckt.

4.4 Versorgungstätigkeit

Tabelle 12: Versorgung nach Patientengruppen: Arbeitszeiten

Patientengruppen (Mittelwerte)	Sondererhebung (MVZ, n = 16)	Zi-Praxis-Panel (EP, n = 495)	Zi-Praxis-Panel (GP, n = 297)
GKV-Patienten	85,7%	87,7%	83,7%
BG/Unfall-Patienten	2,2%	2,0%	2,7%
Privat-Patienten	11,6%	9,6%	11,3%
Stationäre Patienten	0,3%	0,7%	2,4%

Hinweise: Sondererhebung (Stichtag 30.6.2020) mit dem Zi-Praxis-Panel 2019. Beobachtungen mit fehlendem Wert wurden als Null gesetzt. Ohne Labore. Antwortgebende sind bei MVZ sind in etwa der Hälfte Ärzte, im ZiPP sind es immer die Inhaber.

In diesem Abschnitt wurden die MVZ gebeten einzuschätzen wieviel Zeit die angestellten Ärzte ihres MVZ im Schnitt für GKV Patienten, BG/Unfall-Patienten, Privat-Patienten sowie stationäre Patienten aufwenden. Die zwei MVZ, die keine angestellten Ärzte beschäftigen und ein Labor-MVZ scheidet hier aus, wodurch nur 16 MVZ ausgewertet wurden. Die Arbeitszeit, die angestellte Ärzte im Durchschnitt für GKV-Patienten aufbrachte lag bei den MVZ bei 86 % (Siehe Tabelle 12). Damit liegen sie leicht unter der Zeit von Einzelpraxen und leicht über der Zeit von Gemeinschaftspraxen. Die Zeit für Privatpatienten liegt bei den MVZ bei etwa 12% und damit höher als bei den Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Die Unterschiede sind insgesamt aber gering.

Größere Unterschiede finden sich, wenn nach den Arbeitszeiten nach Versorgungstätigkeit gefragt wird. Hier wurden die Teilnehmenden gebeten, die durchschnittliche Arbeitszeit der angestellten Ärzte in die Kategorien „mit Patienten“, „ohne Patienten“ und für „Dokumentation“ einzuschätzen. Der Anteil der Zeit für Dokumentation lag dabei bei fast 19% (Siehe Tabelle 13). Bei den Einzel- und Gemeinschaftspraxen lag die Zeit ohne Patienten (inklusive Dokumentationsarbeiten) bei unter 10%. Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit ist das ein bemerkenswertes Ergebnis, da gemeinhin angenommen wird, dass Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ aufgrund des kaufmännischen Personals weniger Zeit für Verwaltungstätigkeiten aufwenden müssen.

Tabelle 13: Versorgung nach Tätigkeit: Arbeitszeiten

Tätigkeiten (Mittelwerte)	Sondererhebung (MVZ, n = 17)	Zi-Praxis-Panel (EP, n= 421)	Zi-Praxis-Panel (GP, n = 251)
... mit Patienten	74,1%	89,9%	89,4%
... ohne Patienten	7,5%	9,2%	9,5%
... für Dokumentation	18,4%	-	-
... für Notfälle	-	0,9%	1,1%

Hinweise: Sondererhebung (Stichtag 30.6.2020) mit dem Zi-Praxis-Panel 2019. Beobachtungen mit fehlendem Wert wurden als Null gesetzt. Ohne Labore. Antwortgebende sind bei MVZ sind in etwa der Hälfte Ärzte, im ZiPP sind es immer die Inhaber.

Schließlich wurde nach der Anzahl der Patienten nach Patientengruppen gefragt. Daraus wurden Anteile an GKV-Patienten, BG- bzw. Unfallpatienten, Privatpatienten und stationäre Patienten berechnet (siehe Tabelle 14). Der Anteil der GKV-Patienten bei den MVZ beträgt demnach 88%, der Anteil an Privatpatienten 9%. Stationäre Patienten gab es bei MVZ in der KV Hamburg nicht. Die Anteile sind insgesamt ähnlich zu den Werten aus den Einzel- und Gemeinschaftspraxen.

Tabelle 14: Versorgung nach Patientengruppen: Patientenzahlen

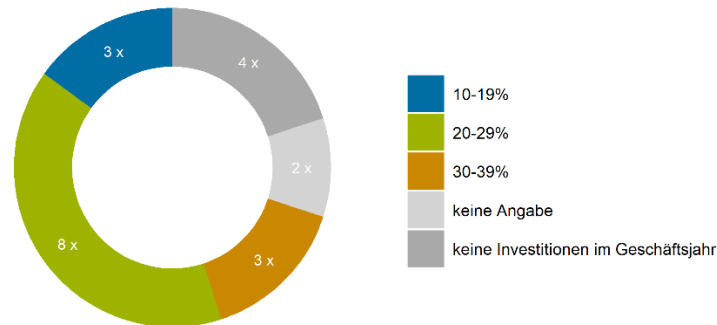
Patientengruppen (Mittelwerte)	Sondererhebung (MVZ, n = 16)	Zi-Praxis-Panel (EP, n = 4323)	Zi-Praxis-Panel (GP, n = 943)
GKV-Patienten	88,3%	89,0%	86,6%
BG/Unfall-Patienten	2,3%	1,0%	1,7%
Privat-Patienten	9,3%	9,7%	11,1%
Stationäre Patienten	0,0%	0,3%	0,6%

Hinweise: Sondererhebung (Stichtag 30.6.2020) mit dem Zi-Praxis-Panel 2019. Beobachtungen mit fehlendem Wert wurden als Null gesetzt. Ohne Labore. In der Sondererhebung wurde nach „vor-/nachstationär behandelten Patienten“ gefragt; im ZiPP nach Krankenhaus-Patienten, die im Auftrag des Krankenhauses bzw. konsiliarisch untersucht wurden.

4.5 Kapital und Investitionen

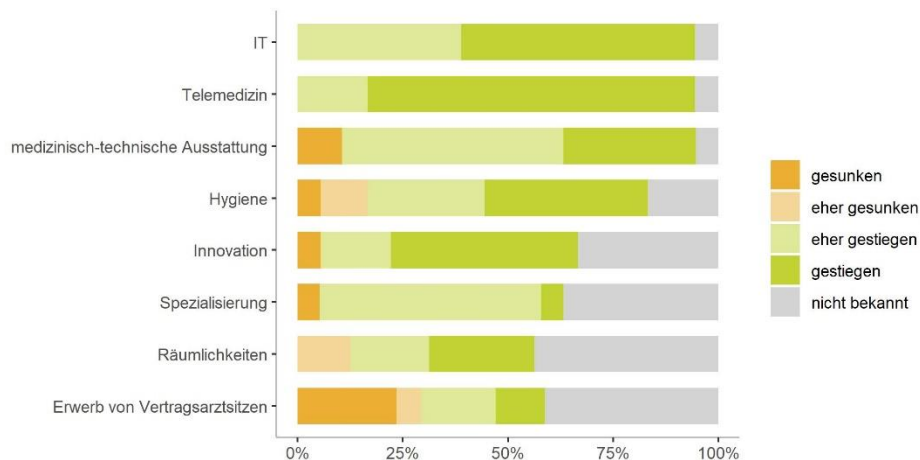
Im Vergleich zu Einzelpraxen haben MVZ, durch die Bündelung der Ressourcen mehrerer Vertragsärzte, verstärkt die Möglichkeit Investitionen zu tätigen. Tatsächlich sind aus Sicht von 16 der 20 befragten MVZ die Investitionen in ihrem MVZ im Geschäftsjahr 2020 gestiegen. Zudem hat die Mehrheit der MVZ, 20 bis 29 Prozent des Jahresumsatzes investiert (siehe Abbildung 14). Rund ein Viertel der jungen MVZ, die nach 2015 gegründet wurden, investierten sogar zwischen 30 und 39% ihres Umsatzes.

Abbildung 14: Umfang der getätigten Investitionen im Geschäftsjahr 2020



Seit der Ausweitung des Gründerkreises für MVZ gibt es die Möglichkeit Kapital über Investoren oder Beteiligungen aufzunehmen die keinen unmittelbaren medizinischen Hintergrund haben. Daher haben wir die teilnehmenden MVZ um ihre Einschätzung gebeten, wie sich die Investitionen in den letzten drei Jahren in verschiedenen operativen Bereichen entwickelt haben. Ziel war es herauszufinden ob es Unterschiede je nach Inhaberstruktur gibt, zum Beispiel, dass MVZ mit Beteiligungen in anderen Bereichen investieren. Aufgrund der geringen Fallzahl kann hier aber nur allgemein festgestellt werden, dass die Bereiche IT und Telemedizin am häufigsten mit einem positiven Trend eingeschätzt wurden (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Entwicklung von Investitionen in den teilnehmenden MVZ in den letzten drei Jahren

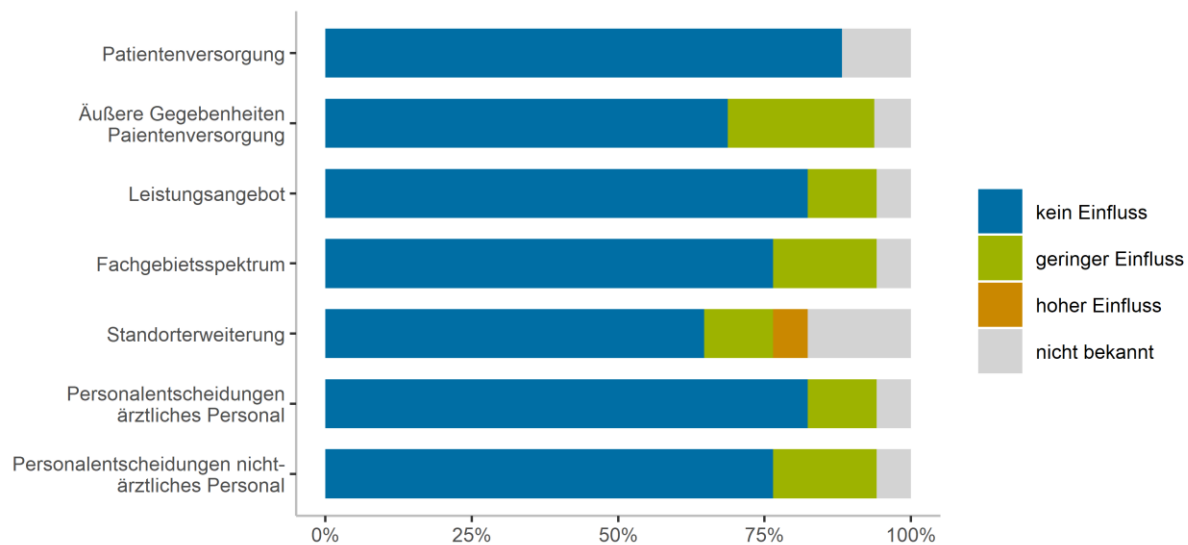


Ferner berichteten die MVZ wie die im Geschäftsjahr 2020 getätigten Investitionen finanziert wurden. In 9 von insgesamt 26 Nennungen (Feld mit Mehrfachantworten) wurde dazu das Eigenkapital der Vertragsärzte genutzt, fünf Mal wurde Kapital einer Beteiligungsgesellschaft bzw. einmal Investorenkapital eingesetzt. Sieben Mal wurden Bankkredite und ähnliches genannt und die restlichen vier berichteten keine signifikanten Investitionen im Geschäftsjahr 2020.

Investitionen zum Erwerb von weiteren Vertragsarztsitzen wurde in etwa einem Viertel der MVZ mit einem steigenden Trend eingeschätzt (siehe Abbildung 15). Die MVZ wurden zu dem Thema auch konkret gefragt, ob sie planen in den nächsten drei Jahren weitere Vertragsarztsitze im KV Bereich Hamburg zu erwerben. Das beantworteten sieben MVZ mit „Ja“ und sechs MVZ mit „Nein“. Die restlichen sieben gaben an, dass ihnen das nicht bekannt ist. Jene MVZ, die mit neuen Vertragsarztsitzen planen, wurden weiter gefragt wie die Expansion finanziert wird. Dabei wurde fünf Mal das Eigenkapital der Vertragsärzte, einmal das Kapital der Beteiligungsgesellschaft und vier Mal Bankkredite genannt.

Es zeigt sich insgesamt in diesen Fragen, wenn auch nur indikativ, dass es nicht unüblich ist bei den MVZ in der KV Hamburg Kapital von nicht-ärztliche Investoren zu beziehen. Die Frage stellt sich dann allerdings ob durch das Kapital, welches aus nicht-ärztliche Hand stammt und auf Renditeerzielung basiert, Einfluss auf die ambulante Patientenversorgung genommen wird. Die teilnehmenden MVZ wurden daher gebeten einzuschätzen ob in ihrem MVZ nicht-ärztliche Investoren „keinen“, „geringen“ oder „hohen Einfluss“ nehmen (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Einfluss von nicht-ärztlichen Investoren

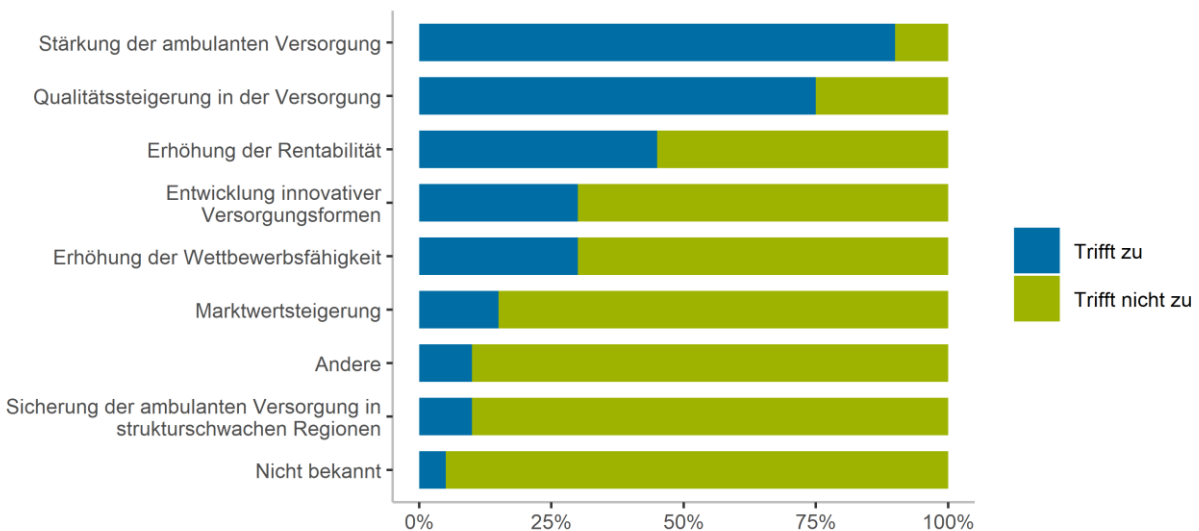


In der direkten Patientenversorgung, also Diagnose und Therapie, nehmen Investoren in keinem der teilnehmenden MVZ Einfluss (siehe Abbildung 16). Bei den äußeren Gegebenheiten, z.B. der Inneneinrichtung der Praxis, bei der Terminfindung, Wartezeiten, Videosprechstunden und ähnlichem, gibt es vier MVZ, die einen geringen Einfluss von Investoren berichteten. Beim Leistungsangebot und Fachgebietsspektrum sowie bei Personalentscheidungen gab es zwei bis drei MVZ die „geringen Einfluss“ ankreuzten. Schließlich berichtete ein MVZ, dass es bei Standorterweiterungen einen hohen Einfluss von nicht-ärztlichen Investoren gibt und zwei weitere MVZ einen geringen Einfluss. Es lässt sich also festhalten, dass nicht-ärztliche Investoren vor allem bei der strategischen Ausrichtung des MVZ Einfluss nehmen, wenn auch eher vereinzelt. Hier muss allerdings noch beachtet werden, dass der Großteil der MVZ in der Stichprobe in rein vertragsärztlicher Hand liegt und dort rechtlich keine Investoren als Gesellschafter vorkommen.

4.6 Ziele und Strategien

Schließlich wurde der Frage nachgegangen inwieweit die strategische Ausrichtung der MVZ davon abhängt ob der wirtschaftliche Eigentümer des MVZ ein Investor ist oder das MVZ in rein vertragsärztlicher Hand liegt. Dazu wurden in einem ersten Schritt die MVZ gebeten ihre selbstgesetzten Ziele für die nächsten drei Jahre einzuschätzen. Dabei wurden neun Kategorien vorgegeben (Siehe Abbildung 17). Die MVZ sollten die drei Ziele auswählen, welche am ehesten mit der Planung ihres MVZ übereinstimmen.

Abbildung 17: Verfolgte Ziele der MVZ innerhalb der kommenden drei Jahre

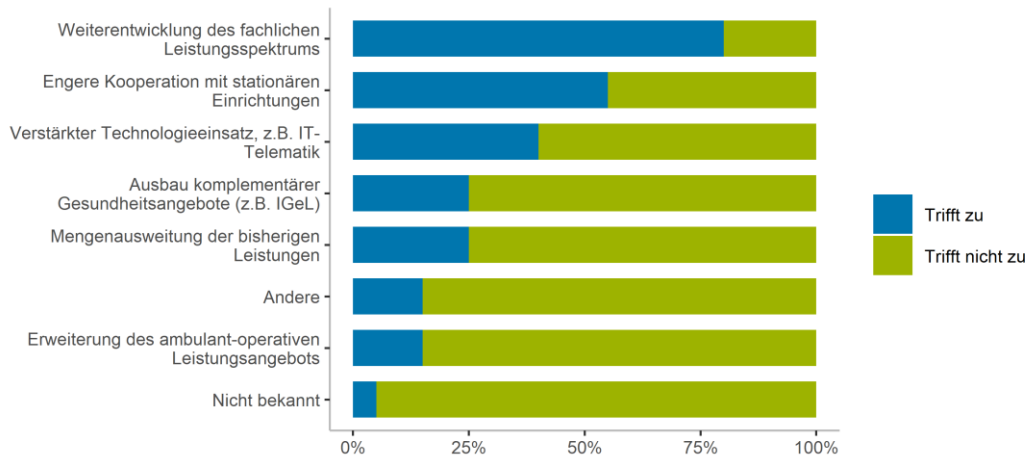


Leider konnte auch hier aufgrund der Stichprobengröße keine Differenzierung nach Inhaberstruktur vorgenommen werden, so dass hier nur die Verteilung der 20 teilnehmenden MVZ berichtet wird. Etwa 90% der Befragten gaben an die ambulante Versorgung stärken zu wollen, etwa 75% nannten die Qualitätssteigerung in der Versorgung als Ziel. Auch wirtschaftliche Ziele wurden häufig gewählt, z.B. wurde die Erhöhung der Rentabilität bei 45% der Fälle als Ziel genannt.

In einem zweiten Schritt wurden die MVZ gebeten, die Maßnahmen zu nennen, die sie zur Erreichung der im ersten Schritt gewählten Ziele genutzt wurden (vgl. Abbildung 18). Dabei wurde am häufigsten die Weiterentwicklung des fachlichen Leistungsspektrums genannt. Aber auch über die Hälfte der MVZ gaben an die Kooperation mit stationären Einrichtungen zu erhöhen zu wollen. Verstärkter Technologieeinsatz wie z.B. in Form von IT-Telematik wurde von rund ein Drittel der MVZ gewählt und Ausbau von IGeL von einem Viertel der MVZ.

Für die MVZ, die Rentabilität als Ziel wählten wurde die Weiterentwicklung des fachlichen Leistungsspektrums in acht von neun Fällen als Maßnahme genannt. In sieben von neun Fällen waren es stationäre Kooperationen. Es lässt sich also festhalten, dass es bei den teilnehmenden MVZ aus der KV Hamburg durchaus Versorgungsziele im Vordergrund stehen, die Wirtschaftlichkeit aber ebenso ein wichtiger Faktor ist.

Abbildung 18: Maßnahmen zur Zielerreichung



5 Anhang

5.1 Sekundärdatenanalyse: Material und Methoden

Als Datengrundlage dienen die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sowie die Arzneiverordnungsdaten nach § 300 SGB V für die Jahre 2015 bis 2019.

Die Fachgruppeneinteilung wurde anhand der zweistelligen Fachgruppencodierung (8.+9. Stelle der LANR) nach KBV-Schlüsseltabelle⁷ vorgenommen.

Neben der Anzahl der Ärzte („Köpfe“) wird auch die Anzahl der Ärzte nach Vollzeitäquivalenten bestimmt. Dazu wird der Teilnahmeumfang je Arzt aus den Quartalen eines Jahres auf ein Jahr berechnet. Dabei wird der Teilnahmeumfang eines Arztes in all seinen tätigen Praxen je Quartal aufsummiert mit der Obergrenze 1 (voller Versorgungsauftrag) und mit 1/4 gewichtet. Dann wird der berechnete maximal mögliche Teilnahmeumfang je Quartal über alle vier Quartale auf das Jahr gerechnet. Die Summe aller Teilnahmeumfangswerte ergibt die Arztzahl nach Vollzeitäquivalenten und ist stets geringer als die Anzahl nach „Köpfen“. Die Kombination aus Teilnahmeumfang und -status ergibt die folgenden Ausprägungen:

- voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten (Wert 1)
- Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten (Wert 1)
- Sonstige (Wert 1)
- Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten (Wert 0,75)
- Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten (Wert 0,5)
- hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten (Wert 0,5)
- Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten (Wert 0,25)

Die Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ) wurde anhand des Merkmals BS_ART, welches jeder BSNR (quartals- und jahresweise) zugeordnet ist, bestimmt.

Zur Klassifikation der Wirkstoffe wird das ATC-System⁸ verwendet. In diesem international gebräuchlichen System werden Arzneimittel einer der anatomischen Hauptgruppen zugeordnet, die in weitere pharmakologisch-therapeutisch-chemische Untergruppen aufgeteilt sind. Der ATC-Code bildet die verschiedenen Ebenen ab und stellt auf Wirkstoffebene eine siebenstellige Zeichenkette dar. Gemäß § 73 Abs. 8 SGB V dient das ATC-DDD-System auch als gesetzlich festgelegte Basis für Arzneimittel-Kostenvergleiche zur Steuerung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise. Das DIMDI gibt seit dem 01. Januar 2004 die jährlich aktualisierte amtliche Fassung der ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen heraus.

⁷ https://applications.kbv.de/S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.01.xhtml (letzter Zugriff am 14.09.2021)

⁸ Uwe Fricke, Judith Günther, Anette Zawinell: Methodik der ATC-Klassifikation und der DDD-Festlegung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2006, ISBN 3-922093-40-X.

Die Anzahl verordneter Packungen wird als Verordnungsvolumen definiert. Dabei entspricht eine Verordnung einer Packung.

Als Verordnungskosten wurde der „Brutto“-Preis einer Verordnung, d.h. der tatsächliche Abgabepreis eines Präparates zum Zeitpunkt der Abgabe in der Apotheke, verwendet. Der Bruttoabgabepreis entspricht dem Wert, der von der Apotheke auf das Rezept zur Abrechnung aufgetragen wird. Er enthält die gesetzliche Mehrwertsteuer; Rabatte oder Zuzahlungen sind nicht abgezogen. Der Bruttoabgabepreis eines Arzneimittels wird durch die Arzneimittelpreisverordnung bestimmt und kann sich jeweils zum 1. oder 15. eines Monats ändern.

5.2 Primärdatenerhebung: Ansichtsexemplar Online Fragebogen

A1 In welchem Jahr wurde Ihr MVZ mit der aktuellen Betriebsstätte gegründet?
 (JJJJ)

A2 Durch wen wurde Ihr MVZ gegründet?
Mehrfachantworten möglich.
 Zugelassener Vertragsarzt
 Zugelassenes Krankenhaus
 Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen § 126 Abs. 3 SGB V
 Gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt
 Kommune
 Andere
Und zwar?

A3 In welcher Rechtsform wurde Ihre MVZ-Betriebsstätte am Stichtag 30.06.2020 geführt?
 GmbH
 gGmbH
 Einzelunternehmen
 Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
 Partnerschaftsgesellschaft
 eingetragene Genossenschaft
 Andere Rechtsform

A4 Wer war Träger der Gesellschaft am Stichtag 30.06.2020?
Mehrfachantworten möglich.
 Krankenhaus
 Vertragsarzt/ärzte
 Anderer bzw. weiterer Träger

A5 Wie setzte sich Ihr MVZ am Stichtag 30.06.2020 zusammen?
 ausschließlich Vertragsärzte/-psychotherapeuten
 ausschließlich angestellte Ärzte/Psychotherapeuten
 sowohl angestellte als auch Vertragsärzte/-psychotherapeuten

A6 Wie viele weitere Standorte bzw. Filialen gehörten am Stichtag 30.06.2020 zur Trägergesellschaft?
Bei Mehrfachträgerschaften machen Sie bitte Angaben nur zu dem Krankenträger.
Eine eigene Betriebsstätte wird vorausgesetzt.
Bitte berücksichtigen Sie alle zu Ihrer Hauptbetriebsstätte gehörenden Standorte innerhalb Deutschlands.
 Anzahl

B1 Wie viele Patienten der folgenden Patientengruppen wurden im 2. Quartal 2020 in Ihrem MVZ versorgt?

GKV-Patienten	<input type="text"/>
BG-/Unfall-Patienten	<input type="text"/>
Privat-Patienten (IGeL, Selbstzahler, PKV)	<input type="text"/>
Vor-/Nachstationär behandelte Patienten	<input type="text"/>

B2 Wie verteilt sich in der Regel die wöchentliche Arbeitszeit von angestellten Ärzten Ihres MVZ auf folgende Patientengruppen?

GKV-Patienten	BG-/Unfall-Patienten	Privat-Patienten	Vor-/Nachstationär	Summe
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

B3 Wie verteilt sich in der Regel die wöchentliche Arbeitszeit von angestellten Ärzten Ihres MVZ auf folgende Versorgungstätigkeiten?

mit Patienten	ohne Patienten	Dokumentation	Summe
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

B4 Wie viele Stunden im Geschäftsjahr 2020 haben angestellte Ärzte Ihres MVZ für Fortbildungen aufgewendet?
 Std./Jahr

C1 Wie vielen Inhabern oder Gesellschaftern gehörte Ihr MVZ am Stichtag 30.06.2020?

Anzahl

C2 Welche Aussagen waren zum Stichtag 30.06.2020 zutreffend?
 Mehrfachantworten möglich.

MVZ gehörte zu einem Kettenverbund.
 MVZ gehörte zu einem Praxisnetz bzw. -verbund.
 MVZ gehörte zu einer Holding.
 Nicht bekannt
 Andere

Und zwar?

C3 Welche Beteiligungsverhältnisse waren im Geschäftsjahr 2020 für Ihr MVZ vorherrschend?

MVZ lag ausschließlich in der Hand von Vertragsärzten.
 MVZ bzw. das Trägerkrankenhaus wurde unter Investorenbeteiligung geführt, d.h. wirtschaftlicher Eigentümer sind Finanzinvestoren.
 MVZ bzw. das Trägerkrankenhaus wurde unter Beteiligung einer Kapitalgesellschaft geführt, d.h. wirtschaftlicher Eigentümer ist eine Beteiligungsgesellschaft.*
 Andere

* d.h. eine Private Equity Gesellschaft, z.B. nach § 1 Abs. Kapitalanlagegesetzbuch (KAGB) oder geschlossenes Alternative Investmentfonds („AIF“) § 1 Abs. 3 u. 5 KAGB

C3.1 Seit wann?

(JJJJ)

C4 Wie wurden Investitionen aus dem Geschäftsjahr 2020 finanziert?
 Mehrfachantworten möglich.

Eigenkapital der Vertragsärzte*
 Kapital der Beteiligungsgesellschaft**
 Investorenkapital***
 Kapital der Krankenhausträgergesellschaft
 Sonstiges Fremdkapital (bspw. Bankkredite)
 Keine signifikanten Investitionen im Geschäftsjahr 2020

* Hier sind auch Vertragsärzte gemeint, die ihre Zulassung in das MVZ einbringen, ruhen lassen oder abgeben und sich anstellen lassen.
 ** Hier ist Kapital gemeint, welches die Beteiligungsgesellschaft an Eigenkapital in das MVZ mitgebracht hat.
 *** Hier ist Kapital von anderen Investoren gemeint, die nicht als Beteiligungsgesellschaft agieren.

C5 Wie hat sich der Umfang der getätigten Investitionen insgesamt in den letzten drei Jahren verändert?

gesunken eher gesunken eher gestiegen gestiegen nicht bekannt

C6 Wie hoch war der Anteil von getätigten Investitionen bezogen auf den Gesamtumsatz im Jahr 2020?

keine signifikanten Investitionen getätigt <10% 10-19% 20-29% 30-39% 40-49% 50% oder mehr

C7 Wie haben sich die Investitionen in Ihrem MVZ in den letzten drei Jahren in den folgenden Bereichen entwickelt?

	gesunken	eher gesunken	eher gestiegen	gestiegen	nicht bekannt
IT-, Telematikinfrastruktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telemedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinisch-technischen Ausstattung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innovative Behandlungsmethoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentration auf spezielle Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Räumliche Ausstattung (z.B. Wartezimmer, Behandlungszimmer etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erwerb von weiteren Vertragsarztsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C8 Planen Sie in den nächsten drei Jahren weitere Vertragsarztsitze im KV-Bereich Hamburg zu erwerben?

Ja
 Nein
 Nicht bekannt

C8.1 Wie planen Sie den Erwerb neuer Vertragsarztsitze zu finanzieren?
 Mehrfachantworten möglich.

Eigenkapital der Vertragsärzte*
 Kapital der Beteiligungsgesellschaft**
 Investorenkapital***
 Anderes Fremdkapital (bspw. Bankkredite)
 Nicht bekannt
 Weitere

* Hier sind auch Vertragsärzte gemeint, die ihre Zulassung in das MVZ einbringen, ruhen lassen oder abgeben und sich anstellen lassen.
 ** Hier ist Kapital gemeint, welches die Beteiligungsgesellschaft an Eigenkapital in das MVZ mitgebracht hat.
 *** Hier ist Kapital von anderen Investoren gemeint, die nicht als Beteiligungsgesellschaft agieren.

C9 Welche Ziele verfolgen Sie für Ihr MVZ innerhalb der kommenden drei Jahre?

Bitte wählen Sie bis zu drei Antwortmöglichkeiten.

- Stärkung der ambulanten Versorgung
- Sicherung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen Regionen
- Marktwertsteigerung
- Erhöhung der Rentabilität
- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit
- Entwicklung innovativer Versorgungsformen
- Qualitätssteigerung in der Versorgung
- Nicht bekannt
- Andere

C10 Mit welchen Maßnahmen möchten Sie die in C9 genannten Ziele erreichen?

Mehrfachantworten möglich.

- Weiterentwicklung des fachlichen Leistungsspektrums
- Erweiterung des ambulant-operativen Leistungsangebots
- Mengenausweitung der bisherigen Leistungen
- Verstärkter Technologieeinsatz, z.B. IT-Telematik
- Ausbau komplementärer Gesundheitsangebote (z.B. IGeL)
- Engere Kooperation mit stationären Einrichtungen
- Nicht bekannt
- Andere

C11 In welchem Ausmaß nehmen nicht-ärztliche Investoren Einfluss auf die folgenden Bereiche?

	keinen Einfluss	geringen Einfluss	hoher Einfluss	nicht bekannt
Patientenversorgung (Diagnose und Therapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Äußere Gegebenheiten der Patientenversorgung*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungsangebot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachgebietsspektrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standortenerweiterung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalentscheidungen ärztliches Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalentscheidungen nicht-ärztliches Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*z.B. Inneneinrichtung der Praxis, Terminfindung, Wartezellen, Videosprechstunden, andere Kommunikationsmedien

D1 Bitte teilen Sie uns zum Abschluss mit, in welcher Funktion Sie am MVZ tätig sind.

Fortschritt 19% (5 von 27)

- Mitarbeiter der Hauptbetriebsstätte
- Mitarbeiter der Beteiligungsgesellschaft
- Mitarbeiter der Trägergesellschaft
- Arzt/Psychotherapeut
- Mitarbeiter einer anderen Personalgruppe

D2 Haben Sie zusätzliche Hinweise oder Anregungen, die Sie uns gerne mitteilen würden?

Zurück

Finalisieren