



Zi-MVZ-Panel

Jahresbericht 2022

Wirtschaftliche Situation, Rahmenbedingungen und Versorgung
in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2021

Impressum

- **Herausgeber**
Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland
Salzufer 8
10587 Berlin
Tel. (030) 22 00 560 50
E-Mail: zi@zi.de
- **Vorstand**
Dr. Dominik Graf von Stillfried (Vorsitzender)
Thomas Czihal (stellv. Vorsitzender)
- **Kuratorium**
Dr. med. Annette Rommel (Vorsitzende)
Mark Barjenbruch (stellv. Vorsitzender)
- **Projektteam**
Markus Leibner (Fachbereichsleiter)
Dr. Katja Hillmann (Projektleitung)
Julian Schmied
Wolfgang Bogumil
Julia Folle
Stefan Gensler
Anika Hartert
Caroline Weber
- **Zi-Treuhandstelle**
Markus Becker (Leitung)
Nela Reinert
- **Hinweise**
3. Jahrgang • Berlin, Juni 2023
ISSN 2703-0636
Schutzgebühr für Einzelbestellungen: 5 Euro

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.

Der Bericht achtet auf geschlechtssensible Sprache. In Ausnahmefällen, in denen die Lesbarkeit des Textes sowie der Grafiken stark eingeschränkt ist, wird auf die maskuline Sprachweise zurückgegriffen. Aus den selben Gründen wird vereinzelt von Ärztinnen und Ärzten und nicht zusätzlich von Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesprochen, wobei beide Fachgruppen gemeint sind.

Das Zentralinstitut dankt dem Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ) für die wertvolle Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung des Zi-MVZ-Panels.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildungsverzeichnis..... | 5 |
| Tabellenverzeichnis..... | 7 |
| Vorwort..... | 8 |
| Zusammenfassung | 9 |
| Kapitel 1: Das Zi-MVZ-Panel..... | 16 |
| Kapitel 2: Struktureller Aufbau der Medizinischen Versorgungszentren | 19 |
| Kapitel 3: Personal und Ausbildung in Medizinischen Versorgungszentren | 27 |
| Ärztliches und nicht-ärztliches Personal in MVZ..... | 28 |
| Schwerpunkt: Ausbildung von nicht-ärztlichem Personal in MVZ | 34 |
| Kapitel 4: Wirtschaftliche Lage von Medizinischen Versorgungszentren | 59 |
| Investitionstätigkeit | 60 |
| Messung der wirtschaftlichen Lage in MVZ | 63 |
| Bewertung der Wirtschaftslage und strategische Ausrichtung..... | 71 |
| Kapitel 5: Versorgungsstrukturen in Medizinischen Versorgungszentren | 77 |
| Ergebnisse aus der Erhebung | 78 |
| Ergebnisse aus verknüpften Erhebungs- und KV-Abrechnungsdaten..... | 86 |
| Kapitel 6: Datenmaterial und Erhebungsmethodik..... | 93 |
| Glossar | 99 |
| Literaturverzeichnis | 101 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| (A)OP | (Ambulante) Operation(en) |
| ärztl. | ärztlich |
| BAG | Berufsausübungsgemeinschaft |
| BMV-Ä | Bundesmantelvertrag-Ärzte |
| BMVZ | Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. |
| BpIR | Bedarfsplanungsrichtlinie |
| BSNR | Betriebsstättennummer |
| HBSNR | Hauptbetriebsstättennummer |
| NBSNR | Nebenbetriebsstättennummer |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EUROGO | EURO-Gebührenordnung |
| FA/FÄ | Facharzt/Fachärzte |
| GbR | Gesellschaft bürgerlichen Rechts |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| HNO | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |
| IGeL | Individuelle Gesundheitsleistung |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| Mio. | Millionen |
| MVZ | Medizinisches Versorgungszentren |
| N (n) | Gesamtanzahl (Anzahl) |
| psych. | psychotherapeutisch |
| SGB V | Fünftes Buch Sozialgesetzbuch |
| TSVG | Terminservice- und Versorgungsgesetz |
| Tsd. | Tausend |
| WBA | Weiterbildungsassistent/ Weiterbildungsassistentin |
| Zi | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland |
| ZiPP | Zi-Praxis-Panel |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1 | Anzahl der Gesellschafter nach Trägerart | 20 |
| Abbildung 2 | Gründungsjahr nach Trägerart | 21 |
| Abbildung 3 | Rechtsform nach Trägerart | 22 |
| Abbildung 4 | Regionstyp nach Trägerart | 22 |
| Abbildung 5 | MVZ-Grundtyp nach Trägerart | 23 |
| Abbildung 6 | Fachübergreifende MVZ nach Trägerart..... | 24 |
| Abbildung 7 | Hausärztlich tätig nach Trägerart | 24 |
| Abbildung 8 | Kooperation nach Trägerart | 26 |
| Abbildung 9 | Bewertung der Personalsituation bei nicht-ärztlichem medizinischen Personal | 28 |
| Abbildung 10 | Bewertung der Personalsituation bei ärztlichem Personal | 29 |
| Abbildung 11 | Personalverfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal nach Regionstyp | 29 |
| Abbildung 12 | Personalverfügbarkeit von ärztlichem Personal nach Regionstyp | 29 |
| Abbildung 13 | Personalverfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal nach Trägerart...30 | |
| Abbildung 14 | Personalverfügbarkeit von ärztlichem Personal nach Trägerart.....30 | |
| Abbildung 15 | Erwartungen hinsichtlich der Entwicklung des Personals | 31 |
| Abbildung 16 | Erwartete Engpässe in der Patientenversorgung aufgrund von fehlendem ärztlichem Personal nach Trägerart | 32 |
| Abbildung 17 | Erwartete Mehrbelastung des nicht-ärztlichen medizinischen Personals nach Trägerart | 32 |
| Abbildung 18 | Strategien zur Begegnung aktueller Personalengpässe | 33 |
| Abbildung 19 | Strategie Teilzeit beim ärztlichen Personal auszubauen nach Regionstyp..... | 33 |
| Abbildung 20 | Ausbildungstätigkeit nach Organisationsform | 38 |
| Abbildung 21 | Falls bisher ausgebildet wurde: geplante Änderung der Ausbildungsstrategie | 39 |
| Abbildung 22 | Anzahl der Auszubildenden nach Organisationsform | 40 |
| Abbildung 23 | Gründe für Ausbildung unter den teilnehmenden MVZ | 42 |
| Abbildung 24 | Gründe gegen eine Ausbildung..... | 42 |
| Abbildung 25 | Zur Stellenbesetzung genutzte Kanäle | 43 |
| Abbildung 26 | Relevanz von Kenntnissen und Fähigkeiten für die MFA-Ausbildung | 45 |
| Abbildung 27 | Ausprägung von Kenntnissen und Fähigkeiten bei Ausbildungsbeginn | 45 |
| Abbildung 28 | Gründe für die Abweichung zwischen tatsächlicher und gewünschter Intensität der Arbeitsbeiträge | 46 |
| Abbildung 29 | Eigenständige Arbeitsbeiträge | 47 |

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 30 | Gründe für die Ausbildungsabbrüche | 48 |
| Abbildung 31 | Gründe für den Überarbeitungsbedarf der Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte..... | 50 |
| Abbildung 32 | Fehlende oder nicht ausreichend behandelte Ausbildungsinhalte..... | 51 |
| Abbildung 33 | Gründe für den Überarbeitungsbedarf der Ausbildungsordnung im Allgemeinen..... | 52 |
| Abbildung 34 | Anteil der Investitionstätigkeit am Jahresumsatz nach Trägerart..... | 60 |
| Abbildung 35 | Anteil der Investitionstätigkeit am Jahresumsatz nach Regionstyp | 60 |
| Abbildung 36 | Entwicklung der Investitionen nach Bereichen..... | 61 |
| Abbildung 37 | Investitionen in neue Arztsitze nach Trägerart | 62 |
| Abbildung 38 | Investitionen zur Konzentration auf spezielle Leistungen | 62 |
| Abbildung 39 | Einschätzung der wirtschaftlichen Lage im Jahr 2022 | 71 |
| Abbildung 40 | Einschätzung der Gesamteinnahmen nach Trägerart im Jahr 2022 | 72 |
| Abbildung 41 | Einschätzung der Gesamtkosten nach Trägerart im Jahr 2022..... | 73 |
| Abbildung 42 | Einschätzung des Jahresüberschuss nach Trägerart im Jahr 2022..... | 73 |
| Abbildung 43 | Erwartete Entwicklung der Einnahmen innerhalb der kommenden drei Jahren | 74 |
| Abbildung 44 | Erwartete Entwicklung der Personalkosten innerhalb der kommenden drei Jahren | 74 |
| Abbildung 45 | Entwicklung der GKV-Einnahmen nach Trägerart..... | 74 |
| Abbildung 46 | Entwicklung der ärztlichen Personalkosten nach Trägerart | 75 |
| Abbildung 47 | Finanzielle Ziele der Jahresplanung 2022..... | 76 |
| Abbildung 48 | Ziel Investitionen zu steigern nach Trägerart..... | 76 |
| Abbildung 49 | Ziel Gewinne steigern nach Trägerart..... | 76 |
| Abbildung 50 | Bestehende Verträge mit besonderen Versorgungsformen | 81 |
| Abbildung 51 | Bewertung des Versorgungsangebots aus Sicht der MVZ. Wie bewerten Sie | 82 |
| Abbildung 52 | Bewertung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern nach Trägerart | 83 |
| Abbildung 53 | Erwartete Entwicklung verschiedener Versorgungsaspekte aus Sicht der MVZ | 83 |
| Abbildung 54 | Erwartete Entwicklung hinsichtlich der Konzentration aus spez. Leistungen nach Trägerart | 84 |
| Abbildung 55 | Erwartete Entwicklung hinzu veränderter Inanspruchnahme durch Telemedizinangebote nach Regionstyp..... | 84 |
| Abbildung 56 | Verfolgte Strategien zur Weiterentwicklung der MVZ | 85 |
| Abbildung 57 | Strategie Ausweitung der Versorgungsleistung nach Trägerart..... | 85 |
| Abbildung 58 | Strategie Spezialisierung des Leistungsangebots nach Trägerart..... | 86 |
| Abbildung 59 | Strategie Versorgung in strukturschwachen Regionen nach Trägerart..... | 86 |
| Abbildung 60 | Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Fachgebieten nach WBO, 4. Quartal 2021 | 97 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|---|----|
| Tabelle 1 | Die 10 am häufigsten vorkommenden Fachgebiete nach Trägerart, 2021 (4. Quartal) | 25 |
| Tabelle 2 | Gesamteinnahmen je Arzt (in Vollzeitäquivalenten) in Tsd. Euro im Jahr 2021 | 67 |
| Tabelle 3 | Anteil der Einnahmen aus GKV-Leistungen (in %) im Jahr 2021..... | 67 |
| Tabelle 4 | Gesamtaufwendungen je Arzt (gemessen in Vollzeitäquivalenten) in Tsd. Euro im Jahr 2021..... | 68 |
| Tabelle 5 | Anteil Personalkosten an Gesamtaufwendungen (in %) im Jahr 2021..... | 68 |
| Tabelle 6 | Personalkosten je angestellter Arzt/Psychotherapeut in Tsd. Euro im Jahr 2021 | 69 |
| Tabelle 7 | Jahresüberschuss je Gesellschafter in Tsd. Euro im Jahr 2021 | 69 |
| Tabelle 8 | Jahresüberschuss je Vertragsarzt/-psychotherapeut in Tsd. Euro im Jahr 2021..... | 70 |
| Tabelle 9 | Patientenversorgung der teilnehmenden MVZ (Median-Werte) | 80 |
| Tabelle 10 | Leistungsbedarf nach EUROGO je MVZ in Euro im Jahr 2021..... | 88 |
| Tabelle 11 | Leistungsbedarf je Behandlungsfall im Jahr 2021..... | 89 |
| Tabelle 12 | Leistungsbedarf je Vollzulassung im Jahr 2021..... | 90 |
| Tabelle 13 | Behandlungsfälle je MVZ im Jahr 2021..... | 91 |
| Tabelle 14 | Auszahlungsquote je MVZ im Jahr 2021 | 92 |

Vorwort

Seitdem im Jahr 2004 die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht wurde, haben sich diese Einrichtungen in der ambulanten Versorgung in Deutschland etabliert. MVZ als integrierte Versorgungsform ist nicht nur bei Patientinnen und Patienten beliebt, sondern wird auch als attraktiver Arbeitgeber von vielen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten bevorzugt, die zunehmend ein Angestelltenverhältnis statt die Selbständigkeit mit einer eigenen Praxis suchen.

Die zunehmende Relevanz zeigt sich auch durch die weiterhin steigende Anzahl an MVZ-Neugründungen. Seitdem im Jahr 2015 die Gründung fachgleicher MVZ zugelassen wurde, ist die Anzahl mit 4.170 MVZ im Jahr 2021 um 96 % gestiegen.

MVZ und ihre Wirkungen für das Gesundheitssystem sind nach wie vor Gegenstand von intensiven und kontroversen Diskussionen. Organisations- und Kooperationsstrukturen mit anderen Einrichtungen, die Wahl von Trägerart sowie Inhaberschaft und deren Wechselbeziehungen, insbesondere bei der Beteiligung von Investoren, gestalten sich für die Öffentlichkeit und Politik nicht hinreichend transparent.

Das Zi befragt vor diesem Hintergrund im Rahmen des Zi-MVZ-Panels seit 2017 Inhaberinnen und Inhaber sowie ärztlich Leitende in MVZ. Inhaltlich werden die teilnehmenden MVZ zu ihrer wirtschaftlichen Situation und Personal- und Versorgungsstruktur befragt. Zudem widmet sich die Erhebung einem jährlich wechselnden Schwerpunktthema.

Das Zi nutzt die Möglichkeit, die Erhebungsdaten mit den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen aller MVZ Deutschlands verknüpfen zu können und in einen großen objektiven Rahmen zu stellen. Das Versorgungsverhalten der teilnehmenden MVZ auf Basis ihrer Abrechnungstätigkeit lässt sich somit im Zusammenhang mit ihren Angaben zur Versorgungstätigkeit im Rahmen der Befragung analysieren.

Der Erhebungsrücklauf hat sich erfreulicherweise in der Erhebungswelle 2022 deutlich erhöht. Gleichzeitig ist für ausführlichere Analysen eine größere Stichprobe erforderlich. Wir hoffen, dass dieser Trend einer erhöhten Teilnahmebereitschaft auch für zukünftige Befragungen aufrechterhalten werden kann und sind dabei auf die Unterstützung möglichst vieler MVZ angewiesen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!



Dr. Dominik Graf von Stillfried
Vorstandsvorsitzender



Thomas Czihal
stellvertretender
Vorstandsvorsitzender



Markus Leibner
Fachbereichsleiter
Ökonomie

Zusammenfassung

Seit dem Jahr 2017 erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) jährlich im Rahmen des Zi-MVZ-Panels Daten zur Wirtschaftssituation in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmen. Ziel des Zi-MVZ-Panels ist es, die Versorgungstätigkeit der in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Versorgungsumfang- und spektrum, Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit) sowie die Wirtschaftslage (Erträge, Aufwendungen, Jahresüberschuss, Investitionstätigkeit) abzubilden. Zudem werden die teilnehmenden MVZ auch nach ihren subjektiven Einschätzungen zur gegenwärtigen Situation, zu zukünftigen Entwicklungen und Strategien befragt.

Aufgrund der komplexen und kooperativen Organisations- und Versorgungsstruktur der MVZ werden, sofern es die Anzahl der teilnehmenden MVZ erlaubt, differenzierte Auswertungen nach u. a. Trägerschaft und Regionstyp berichtet. Als Trägergruppen werden vertragsarzt- und krankenhausgetragene MVZ sowie MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V (im Weiteren: Dialyse-MVZ) berücksichtigt. Weitere aktuelle Trägerarten wie anerkannte Praxisnetze nach § 126 Absatz 3 SGB V und kommunale Einrichtungen werden aufgrund der zu geringen Fallzahl unter sonstige Träger zusammengefasst, um die Anonymität der wenigen teilnehmenden MVZ dieser Trägerschaft zu wahren. Das gilt auch für MVZ mit einer Trägerbeteiligung, die nach aktueller Gesetzgebung nicht mehr gründungsberechtigt ist, aber im Rahmen des Bestandsschutzes weitergeführt werden können (Heilmittelerbringer u. a.). Hinsichtlich der regionalen Typisierung wird zwischen städtischen Regionen (Kernstadt), verdichteten Kreisen (Umland) sowie ländlichen Gebieten (Land) unterschieden.

Der vorliegende Jahresbericht beschreibt die Ergebnisse zur vierten Erhebungswelle 2022, die überwiegend auf Angaben zum Berichtsjahr 2021 basieren. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Januar bis Mai 2022 und insgesamt nahmen 288 MVZ an der Erhebung teil, das entspricht einem Rücklauf von 7,5 %.

Die im nachfolgenden zusammenfassend vorgestellten Ergebnisse werden im Detail in den Kapiteln 2 bis 5 ausgeführt.

Organisationsstruktur

1. Rund 38 % der teilnehmenden Einrichtungen wurden im Berichtsjahr 2021 von einem Krankenhaus getragen. Vertragsarztgetragene MVZ machten 34 % der Teilnehmenden aus. An 16 % der teilnehmenden MVZ waren Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V als Träger (im Weiteren: Dialyse-MVZ) beteiligt. Die restlichen 12 % werden von sonstigen Trägern wie z.B. Heilmittelerbringer oder Kommunen getragen (vgl. Seite 20).
2. Mehrheitlich bestehen MVZ aus lediglich ein oder zwei Gesellschafterinnen und Gesellschaftern, allerdings weisen etwa 21 % der MVZ vier oder mehr Gesellschafterinnen und Gesellschafter auf (vgl. Seite 20).

3. Die durchschnittliche Bestandsdauer der teilnehmenden MVZ beträgt neun Jahre, wobei krankenhausgetragene MVZ im Durchschnitt elf Jahre und vertragsarztgetragene MVZ acht Jahre bestanden (vgl. Seite 21).
4. Bei teilnehmenden vertragsarztgetragenen MVZ lag zum Stichtag 31.12.2021 der Anteil der MVZ in Form einer GmbH bei 56 % und der Anteil MVZ in Form einer GbR bei 36 %. Krankenhausgetragene MVZ firmierten zu 52 % als GmbH und zu 39 % als gGmbH. Schließlich waren fast alle Dialyse-MVZ als GmbH eingetragen (vgl. Seite 21).
5. Bei über einem Drittel der teilnehmenden MVZ liegt die Hauptbetriebsstätte in Kernstädten, 42 % sind in verdichteten Kreisen und 21 % sind in ländlichen Regionen verortet (vgl. Seite 22).
6. Vertragsarztgetragene MVZ wiesen mit 12 % den geringsten Anteil an Hauptbetriebsstätten in ländlichen Regionen aus (vgl. Seite 22).
7. Nahezu drei Viertel der teilnehmenden MVZ setzten sich zum Berichtsjahr 2021 zu 100 % aus angestellten Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten zusammen. Selbst unter den vertragsarztgetragenen MVZ finden sich bereits 40 %, die angestelltes ärztliches Fachpersonal beschäftigten. Lediglich in 12 % der MVZ waren ausschließlich Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig (vgl. Seite 23).
8. Der Anteil von fachübergreifenden MVZ liegt bei 61 %. Der deutlich höhere Anteil von fachgleichen MVZ findet sich unter den vertragsarztgetragenen MVZ (50 % gegenüber 17 % bei Krankenhaus-MVZ). Etwa zwei Drittel der Dialyse-MVZ sind fachgleich organisiert (vgl. Seite 24).
9. Knapp 60 % der teilnehmenden MVZ waren im Jahr 2021 zudem rein fachärztlich tätig. Rund ein Drittel war sowohl haus- als auch fachärztlich tätig (vgl. Seite 24).
10. Unter den teilnehmenden MVZ waren 45 % Teil einer Laborgemeinschaft, 41 % teilten sich die Infrastruktur mit dem Träger-Krankenhaus und bei 22 % der MVZ bestanden Kooperationen mit einem anderen Krankenhaus. In der vergangenen Erhebungswelle zum Berichtsjahr 2019 waren lediglich 18 % der teilnehmenden MVZ Teil einer Laborgemeinschaft (vgl. Seite 25 f.).

Wirtschaftliche Situation

Die Abbildung der wirtschaftlichen Lage in den teilnehmenden MVZ erfolgt zum einen durch die subjektive Beurteilung der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation sowie die erwartete Entwicklung hinsichtlich der Einnahmen, Kosten und Investitionen in den kommenden Jahren, zum anderen durch die Angaben zur Höhe der Erträge und Aufwendungen im Berichtsjahr 2021.

1. Rund die Hälfte der teilnehmenden MVZ bewerteten die gesamte Einnahmehöhe als gut oder eher gut und die verbleibende Hälfte als schlecht oder eher schlecht. Wenn

allein GKV-Leistungen berücksichtigt werden, erhöhte sich der Anteil der MVZ, die die Einnahmen als schlecht bewerteten, auf 15 %. Noch negativer fiel mit 27 % die Einschätzung aus, wenn nach den GKV-Einnahmen je Fall gefragt wurde (vgl. Seite 71).

2. Nur 13 % der Dialyse-MVZ sprachen sich für eine eher gute Einnahmenlage aus während fast zwei Drittel der vertragsarztgetragenen MVZ sowie rund die Hälfte der krankenhausgetragenen MVZ ihre Einnahmenlage als gut oder eher gut einschätzten (vgl. Seite 72).
3. Krankenhausgetragene MVZ sowie Dialyse-MVZ bewerteten den Überschuss im Jahr 2021 zu rund 70 % eher schlecht bzw. schlecht, unter vertragsarztgetragenen MVZ waren es 56 %. Das reflektiert auch die im Vergleich zu krankenhausgetragenen MVZ höheren tatsächlichen Überschüsse der MVZ mit Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten (vgl. Seite 73).
4. Gut drei Viertel (78 %) der krankenhausgetragenen MVZ erwarteten zum Zeitpunkt der Erhebung 2022 einen Anstieg der Einnahmen aus GKV-Leistungen, während nur 56 % der vertragsarztgetragenen MVZ mit steigenden GKV-Einnahmen und 41 % eher mit sinkenden GKV-Einnahmen rechneten (vgl. Seite 74).
5. Unter den teilnehmenden Einrichtungen tätigten 15 % Investitionen in Höhe von mehr als 50 % ihres Jahresumsatzes im Jahr 2021. Der Großteil investierte eher zwischen 5 % und 10 % des Jahresumsatzes (vgl. Seite 60 f.).
6. Neben der Investitionsquote wurde die zeitliche Entwicklung der Investitionen in den letzten drei Jahren erfragt. Insbesondere in den Bereichen IT und Telematik sowie Hygiene stiegen bei 90 % der MVZ die Investitionen am häufigsten (vgl. Seite 61).
7. 62 % der krankenhausgetragenen MVZ berichteten stärker in den Erwerb neuer Arztsitze investiert zu haben. Bei vertragsarztgetragenen MVZ lag dieser Wert mit 41 % niedriger (vgl. Seite 61).
8. Bei Betrachtung des Medians lag der Überschuss je Gesellschafterin bzw. Gesellschafter bei vertragsarztgetragenen MVZ, unabhängig von der Rechtsform, bei etwa 200 Tsd. Euro. Bei vertragsarztgetragenen MVZ in der Rechtsform einer GmbH lag der Wert mit 153 Tsd. Euro recht deutlich unter dem Wert der GbR und Partnergesellschaften mit 200 Tsd. Euro (vgl. Seite 69).
9. Im Median haben Krankenhaus-MVZ einen Überschuss von 10 Tsd. Euro je Gesellschafter und 109 Tsd. Euro im Durchschnitt. Das erste Quartil macht einen Verlust von 76 Tsd. Euro, was zeigt, dass eine nicht unerhebliche Zahl an Krankenhaus-MVZ im Jahr 2021 Verluste aufwies (vgl. Seite 69).
10. Im Jahr 2021 lag der durchschnittliche Anteil an GKV-Leistungen unter den vertragsarztgetragenen MVZ bei 56 %, bei krankenhausgetragenen MVZ bei 61 % und bei Dialyse-MVZ bei 79 % (vgl. Seite 67).

11. Im Median lagen die Aufwendungen je angestellte Ärztin bzw. Arzt im Jahr 2021 bei vertragsarztgetragenen MVZ bei 103 Tsd. Euro und bei krankenhausgetragenen MVZ bei 122 Tsd. Euro. Die jeweiligen Mittelwerte stimmten hingegen überein (151 Tsd. Euro gegenüber 150 Tsd. Euro). Die MVZ-Dialysezentren berichteten im Median 241 Tsd. Euro Personalkosten je angestellte Ärztin bzw. Arzt (vgl. Seite 69).
12. Die Personalkostenquote liegt bei vertragsarztgetragenen MVZ im Durchschnitt bei 31 %, bei krankenhausgetragenen MVZ bei 40 % und bei Dialyse-MVZ bei 32 % (vgl. Seite 68).

Versorgung durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal

1. Im Jahr 2021 waren in den teilnehmenden MVZ im Median fünf Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem medianen Versorgungsumfang von drei Arztsitzen angestellt. In krankenhausgetragenen MVZ waren es im Median acht angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem Versorgungsumfang von sechs Arztsitzen, während in vertragsarztgetragenen MVZ sowie in Dialyse-MVZ im Median nur vier Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem Versorgungsumfang von drei Arztsitzen in Anstellung tätig waren (vgl. Seite 79).
2. Krankenhausgetragene MVZ sowie Dialyse-MVZ wiesen im Median keine Vertragsärztinnen und -ärzte sowie -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten auf, vertragsarztgetragene MVZ bestanden jedoch im Median aus zwei Vertragsärztinnen und -ärzte sowie -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten mit einem Versorgungsumfang von insgesamt zwei Arztsitzen (vgl. Seite 79).
3. Der Anteil an GKV-Patientinnen und -Patienten lag im Median bei rund 90 %, wobei keine trägerspezifischen Unterschiede aufgefallen sind. Während der mediane Anteil an Selbstzahlenden bzw. PKV-Patientinnen und -Patienten am Gesamtpatientenstamm in Krankenhaus-MVZ bei 5 % lag, versorgten Vertragsarzt-MVZ sowie MVZ-Dialysezentren im Median 10 % ihres Patientenstamms mit Selbstzahlerleistungen (vgl. Seite 80).
4. Die teilnehmenden MVZ gaben an, dass sich 84 % der durchschnittlich wöchentlichen Arbeitszeit des ärztlichen und psychotherapeutischen Fachpersonals auf GKV-Patientinnen und -Patienten verteilt und 11 % auf Selbstzahlende. Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten brachten durchschnittlich 80 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für die Versorgung von GKV-Patientinnen und -Patienten und 15 % für Selbstzahlende auf (vgl. Seite 81).
5. 74 % der Zeit wurde durchschnittlich von angestellten Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten aufgebracht (weitere 3 % mit vor-/nachstationärer Versorgung), 19 % ohne Patientinnen und Patienten für bspw. dokumentarische Tätigkeiten und 3 % der Arbeitszeit entfiel auf die Versorgung von Notfällen (vgl. Seite 81).

6. Die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischem Personal wurde insgesamt von 76 % der teilnehmenden MVZ als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt. Beim ärztlichem bzw. psychotherapeutischem Personal wurde die Verfügbarkeit von 80 % als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt (vgl. Seite 29).
7. 78 % der vertragsarztgetragenen MVZ waren der Meinung, dass nicht-ärztliches medizinisches Personal schlecht oder eher schlecht verfügbar ist, bei ärztlichem Personal wurde die Verfügbarkeit von 72 % als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt (vgl. Seite 30 f.).
8. Krankenhaus-MVZ bewerteten die Verfügbarkeit nicht-ärztlichen Personals zu 78 % sowie ärztlichen Personals zu 71 % als eher schlecht bzw. schlecht (vgl. Seite 30 f.).
9. Die Verfügbarkeit des Personals auf dem Land wurde von 30 % der teilnehmenden MVZ als gut oder eher gut beurteilt wurde, es waren jedoch zwei Drittel der 60 ländlichen MVZ mit der Personalverfügbarkeit unzufrieden. Im Vergleich dazu nahmen 88 % der städtischen MVZ sowie 79 % der MVZ im Umland die Verfügbarkeit als schlecht oder eher schlecht wahr (vgl. Seite 29).
10. 31 % der MVZ nahmen im Jahr 2021 an keinen besonderen Versorgungsformen teil. Mit 22 % am häufigsten, benannten die Teilnehmenden abgeschlossene Verträge zu Strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V. Im Berichtsjahr 2019 lag dieser Wert noch bei 44 %, im Jahr 2017 sogar bei etwas über der Hälfte (56 %) der teilnehmenden MVZ. Verträge zur Ambulanten Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurden von 12 % der teilnehmenden MVZ abgeschlossen (vgl. Seite 81 f.).

Mit Zustimmung der teilnehmenden MVZ wurden die Erhebungsdaten mit den KV-Abrechnungsdaten, unter Wahrung vollständiger Anonymität der Einrichtung, verknüpft. Konkret werden aus den Erhebungsdaten die Trägerart (Krankenhaus, Vertragsarzt, MVZ in Trägerschaft von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen), der Regionstyp (Kernstadt, verdichteter Kreis, ländliche Region), der Teilnahmestatus der im MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Rechtsform (GmbH, gGmbH, GbR/Partnersgesellschaft) um Leistungsmerkmale aus den KV-Abrechnungsdaten erweitert und ausgewertet.

1. Die Ergebnisse im vierten Quartal des Berichtsjahrs 2021 zeigen, dass Fachärztinnen und -ärzte der Inneren Medizin in allen MVZ-Trägerarten, Dialyse-MVZ ausgenommen, mit 13-16 % ähnlich häufig vertreten waren. In Dialyse-MVZ lag der Anteil von Fachärztinnen und -ärzte der Inneren Medizin bei 30 %, weitere 20 % der Fachärztinnen und -ärzte versorgten im Fachgebiet Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie und 19 % ausschließlich mit Schwerpunkt Nephrologie (vgl. Seite 21 f.).
2. Der Leistungsbedarf je MVZ betrug im Jahr 2021 im Median 1,30 Mio. Euro bei krankenhausgetragenen MVZ, 0,93 Mio. Euro bei vertragsarztgetragenen MVZ sowie 2,27 Mio. bei Dialyse-MVZ. MVZ in Beteiligung weiterer Träger wiesen einen medianen Leistungsbedarf in Höhe von 0,98 Mio. Euro auf (vgl. Seite 89).

3. MVZ in städtischen Räumen erbrachten im Median einen Leistungsbedarf von 1,33 Mio. Euro, gefolgt von MVZ in ländlichen Regionen mit 1,23 Mio. Euro. MVZ in verdichteten Kreisen wiesen einen medianen Leistungsbedarf von 1,13 Mio. Euro auf (vgl. Seite 89).
4. Bei Betrachtung des Leistungsbedarfs je Behandlungsfall im Jahr 2021 kann festgestellt werden, dass krankenhausgetragene MVZ mit 72 Euro je Fall einen etwas niedrigeren Median aufwiesen, als MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten (83 Euro je Fall). Dialyse-MVZ erbrachten im Median einen Leistungsbedarf in Höhe von 759 Euro je Fall (vgl. Seite 90).

Schwerpunktthema: Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA)

Um eine klare Datengrundlage zur Ausbildungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung zu schaffen, hat das Zi die an der Erhebungswelle 2021 des Zi-Praxis-Panels teilnehmenden Praxen und die an der Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Rahmen eines Schwerpunktthemas umfassend zu ihrer Ausbildungstätigkeit befragt.

1. Die Ergebnisse verdeutlichen die hohe Bereitschaft der Praxen und MVZ der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung, eigenes Personal auszubilden und somit dem allgemeinen Fachkräftemangel entgegenzuwirken. 42 % von ihnen übten im Ausbildungsjahr 2021/2022 eine Ausbildungstätigkeit aus (vgl. Seite 51 ff.).
2. Die wichtigste Motivation für eine Ausbildungstätigkeit der Praxen und MVZ liegt neben der Leistung eines gesamtgesellschaftlichen Beitrags deutlich darin, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, indem zukünftige Fachkräfte ausgebildet werden und diese bereits während der Ausbildung als Personal in den Praxen und MVZ mitwirken.
3. Ein fundamentales Hindernis für die Ausbildung ist die schwierige Bewerbungslage. Sie ist laut der Auswertungsergebnisse der Hauptgrund dafür, dass Praxen oder MVZ ihre Ausbildungstätigkeit beenden. Es zeigt sich zudem, dass zwar zahlreiche Bewerbungen eingehen, aber ein zu geringer Anteil geeignet ist, um den Anforderungen an die MFA-Ausbildung gerecht zu werden. Nicht selten werden Auszubildende mit einem geringeren als dem erwarteten Schulabschluss der Mittleren Reife eingestellt und/oder brechen ihre Ausbildung ab.
4. Nach Einschätzung der Befragten sind Sozialkompetenz und Belastbarkeit die wichtigsten Qualifikationsmerkmale, die Auszubildende bereits zu Beginn der MFA-Ausbildung mitbringen sollten. Diesen beiden Soft-Skills-Faktoren wird im Vergleich zu den Merkmalen IT-Kenntnisse, Handlungsorientiertheit, Sprachkenntnisse und insbesondere zu mathematisch-naturwissenschaftlichen Kenntnissen häufiger eine eher wichtige bzw. sehr wichtige Rolle zugesprochen. Sozialkompetenz und

Belastbarkeit werden relativ zu den anderen Qualifikationsmerkmalen auch als die unter den MFA am besten ausgeprägten Faktoren beurteilt. Dennoch weisen sie insgesamt aufgrund ihrer enormen Wichtigkeit von allen Qualifikationsmerkmalen die größte Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Relevanz und der Ausprägung mitgebrachter Qualifikationsmerkmale auf.

5. Die Diskrepanz bei der Sozialkompetenz stellt sich dementsprechend auch als der Faktor heraus, der von den Befragten neben persönlichen Gründen als Hauptgrund für Ausbildungsabbrüche seitens der Auszubildenden eingestuft wird. Insgesamt sind rund ein Drittel der betrachteten Praxen und MVZ in den Jahren 2017 bis 2021 von Ausbildungsabbrüchen betroffen gewesen.
6. Der Bedarf, die Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte zu überarbeiten, wird insgesamt als hoch eingestuft. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den Bereich der Praxisorganisation. Die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage zu, dass aus diesem Bereich mehr Ausbildungsinhalte vermittelt werden müssten. Aber auch das Thema Digitalisierung, das Lehren (fachgruppen-)spezifischen Wissens und die Vermittlung von Grundkenntnissen aus dem schulischen Bereich und dem Soft-Skills-Bereich sollten bei der Überarbeitung der Ausbildungsordnung aus Sicht der Befragten eine Rolle spielen.

Kapitel 1

Das Zi-MVZ-Panel

Einleitung

Seit dem Jahr 2017 erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) jährlich im Rahmen des Zi-MVZ-Panels Daten zur Wirtschaftssituation in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmen. Das Zi wird getragen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Ziel des Zi-MVZ-Panels ist es die Versorgungstätigkeit der in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Versorgungsumfang und -spektrum, Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit auf Patientengruppen und Tätigkeiten) sowie die Wirtschaftslage (Erträge, Aufwendungen, Jahresüberschuss, Investitionen) soweit wie möglich transparent abzubilden. Zudem werden die teilnehmenden MVZ nach ihrer Einschätzung zur gegenwärtigen Situation, zu zukünftigen Entwicklungen und Strategien befragt.

Seit der Erhebungswelle im Jahr 2020 gibt es jährlich wechselnde Schwerpunktthemen. Nachdem angestelltes Personal in MVZ in der Erhebungswelle 2020 im Fokus stand, lag der Schwerpunkt in der Erhebungswelle 2022 auf dem Thema Ausbildung von nicht-ärztlichem Personal in MVZ. Dieses Thema wurde parallel zur Erhebung im Rahmen des Zi-Praxis-Panels 2021 durchgeführt, welche niedergelassenen Praxen zur Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der vertragsärztlichen Versorgung befragt hat (vgl. Zi-Paper 23/2022).

Die erhobenen Daten im Rahmen der Primärerhebung können um Informationen aus den Abrechnungsdaten der KVen ergänzt werden. Der zusammengesetzte und somit einzigartige Datenkörper des Zi-MVZ-Panels ermöglicht dem Zi weiterführende wissenschaftliche Analysen zur Leistungsstruktur der MVZ in Deutschland.

Die Erhebungswelle 2022 im Zi-MVZ-Panel

Der vorliegende Jahresbericht beruht auf der Erhebung des Jahres 2022. Anfang Januar 2022 wurden 3.838 MVZ angeschrieben und gebeten, den Online-Fragebogen im Rahmen des Zi-MVZ-Panels auszufüllen. Zwischen Januar und Mai 2022 haben sich 288 MVZ an der Erhebung beteiligt, das entspricht einem Rücklauf von 7,5 %. Da die Mehrheit der Fragen optional war, haben nicht alle 288 teilnehmenden Einrichtungen den Fragebogen vollständig ausgefüllt, so dass die Fallanzahl variiert, also nicht immer 288 Fällen entspricht.

Die Angaben der teilnehmenden Einrichtungen bezogen sich mehrheitlich auf den Stichtag 31.12.2021. Vereinzelt wurden die MVZ um ihre Einschätzung zum konkreten Bearbeitungszeitpunkt gebeten.

Inhalt des Berichts

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels wurden bereits im vorangehenden Kapitel zusammengefasst. Einblick zum strukturellen Aufbau der teilnehmenden MVZ in der Erhebung gibt Kapitel 2.

Die Rahmenbedingungen für die in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ergebnisse zu dem Schwerpunktthema Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten werden in Kapitel 3 beschrieben. Darüber hinaus wird in diesem Kapitel die von den teilnehmenden Einrichtungen abgegebene subjektive Bewertung der Situation der ärztlichen Versorgungskapazität beschrieben.

Detaillierte Informationen zu der wirtschaftlichen Situation im Jahr 2021 sowie ergänzende Auswertungsergebnisse zur subjektiven Einschätzung der gegenwärtigen und erwarteten wirtschaftlichen Lage werden in Kapitel 4 vorgestellt.

Kapitel 5 beschreibt Leistungsumfang und -spektrum sowohl auf Basis der Erhebung allein als auch auf Grundlage des verknüpften Datensatzes aus Erhebungs- und KV-Abrechnungsdaten, welches eine Differenzierung des GKV-Leistungsgeschehen nach Merkmalen aus der Erhebungen wie Trägerschaft, Rechtsform und Regionstyp ermöglicht. Auch hier werden die objektiven Ergebnisse durch subjektive Einschätzung zum Versorgungsgeschehen seitens der teilnehmenden Einrichtungen ergänzt.

Informationen zum allgemeinen Aufbau der Erhebung und den verwendeten Datenquellen der unterschiedlichen Auswertungen können Sie in Kapitel 6 nachlesen.

Das Glossar am Ende dieses Berichts umfasst Erläuterungen zu den aufgeführten Kennzahlen.

Kapitel 2

Struktureller Aufbau der Medizinischen Versorgungszentren

Das folgenden Kapitel beschäftigt sich mit den grundlegenden Strukturen der teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und nimmt Bezug zur Grundgesamtheit. Dabei wird auf die folgenden Kennzahlen und Bereiche eingegangen:

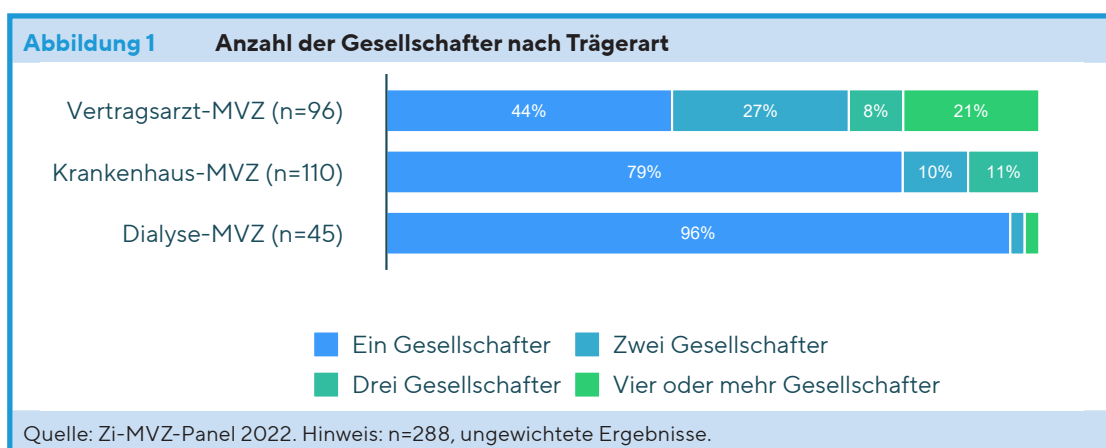
- » Trägerschaft und Inhaberstruktur
- » Region und MVZ-Grundtypen
- » Versorgungstypen und Fachgebiete
- » Kooperation

Trägerschaft und Inhaberstruktur

Rund 38 % der teilnehmenden Einrichtungen wurden im Berichtsjahr 2021 von einem Krankenhaus getragen. Vertragsarztgetragene MVZ machten 34 % der Teilnehmenden aus. An 16 % der teilnehmenden MVZ waren Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V (im Folgenden als Dialyse-MVZ bezeichnet) als Träger beteiligt. Die restlichen 12 % der MVZ in der Stichprobe wiesen andere bzw. weitere Trägerarten auf. Dazu gehörten nach aktueller Gesetzgebung gründungsberechtigte Träger wie kommunale Einrichtungen, aber auch Träger, die im Rahmen des Bestandsschutzes noch weitergeführt werden können, z. B. Heilmittelerbringer.

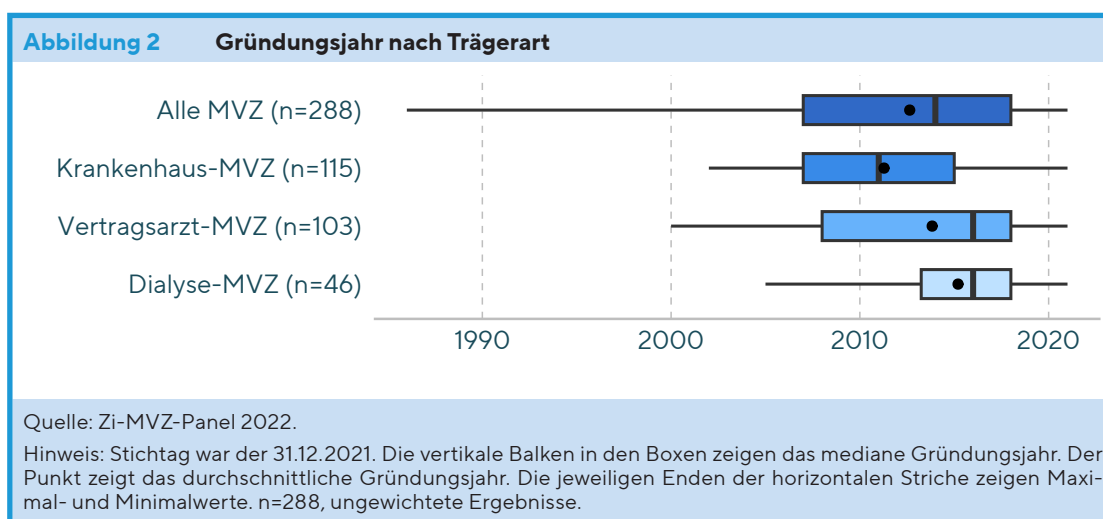
Nach Angaben der KBV waren 44 % der zum Stichtag 31.12.2021 zugelassenen MVZ krankenhausgetragen, 42 % vertragsarztgetragen und 14 % sonstigen Trägern zugeordnet (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022). Im Vergleich zur Grundgesamtheit sind somit Dialyse-MVZ mit 16 % in der Erhebung überrepräsentiert. MVZ können auch unter der Beteiligung mehrere Trägerarten geführt werden (Mehrfachträgerschaften).

Die Trägerschaft bei MVZ steht in enger Verbindung mit dem Gründerkreis, welcher sowohl natürliche als auch juristische Personen umfassen kann. Im Falle von krankenhausgetragenen MVZ ist es in der Regel ein Unternehmen, das als Gesellschaft im Zulassungsvertrag eingetragen wird. Nur jedes fünfte Krankenhaus-MVZ hat mehr als einen Gesellschafter, z. B. eine weitere Krankenhausgesellschaft oder weitere Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten (vgl. Abbildung 1).



Vertragsarztgetragene MVZ bestehen hingegen, im Durchschnitt, aus zwei ärztlichen oder psychotherapeutischen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern, die zumeist im MVZ selbst tätig sind. Allerdings haben auch 44% der Vertragsarzt-MVZ nur einen Gesellschafter und 21% vier oder mehr Gesellschafter. Dialyse-MVZ wurden fast ausschließlich von einer einzelnen Gesellschaft getragen.

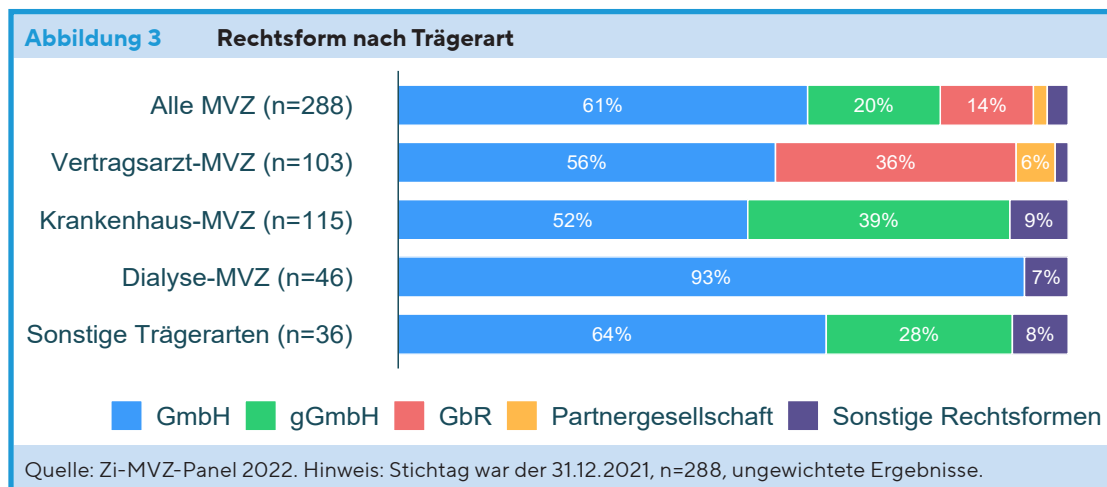
Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 wurden erstmalig Medizinisches Versorgungszentren (MVZ), als neue Organisationsform der ambulanten Versorgung in Deutschland, gegründet. Ehemalige vor 1990 gegründete Polikliniken – historisch bedingt oft als 311er-Einrichtungen bezeichnet – genießen Bestandschutz und wurden den MVZ gleichgestellt bzw. später in MVZ umgewandelt. Die Zusammensetzung des Gründerkreises hat sich im Laufe der Zeit verändert, weshalb die durchschnittliche Bestandsdauer der MVZ-Typen entsprechend variiert (vgl. Abbildung 2).



Die durchschnittliche Bestandsdauer aller teilnehmenden MVZ beträgt neun Jahre, wobei krankenhausgetragene MVZ am häufigsten zwischen den Jahren 2011 und 2012 gegründet wurden und somit zum Stichtag 31.12.2021 im Durchschnitt elf Jahre bestanden. Vertragsarztgetragene MVZ wiesen eine durchschnittliche Bestandsdauer von acht Jahren auf. Die Hälfte der Vertragsarzt-MVZ sowie Dialyse-MVZ wurde nach 2016 gegründet. Vermutlich lässt sich dies auf das im Jahr 2015 verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zurückführen, mit dem die Gründung fachgleicher MVZ bzw. die Überführung von fachgleichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften in fachgleiche MVZ zugelassen wurde.

Die Art des Trägers bestimmt maßgeblich die Wahl der Rechtsform. Abbildung 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Rechtsformen unter den teilnehmenden MVZ differenziert nach Trägerart. Bei MVZ, die von Vertragsärztinnen und -ärzten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten getragen sind, lag der Anteil der MVZ in Form einer GmbH bzw. GbR bei 56 % bzw. bei 36 %. Krankenhausgetragene MVZ firmierten zu 52 % als GmbH und zu 39 % als gGmbH. Schließlich waren fast alle Dialyse-MVZ als GmbH eingetragen. Unter allen teilnehmenden MVZ gaben 61 % an, dass ihr MVZ zum 31.12.2021 eine GmbH. 20 % firmierten als gGmbH und 14 % als GbR. Die übrigen 5 % waren Partnergesellschaften sowie andere Rechtsformen (z. B. Einzelunternehmen). Die Verteilung der Stichprobe weist Ähnlichkeiten zur Grundgesamtheit auf, in der 68 % der MVZ als GmbH, 11 % als gGmbH und 16 % als GbR

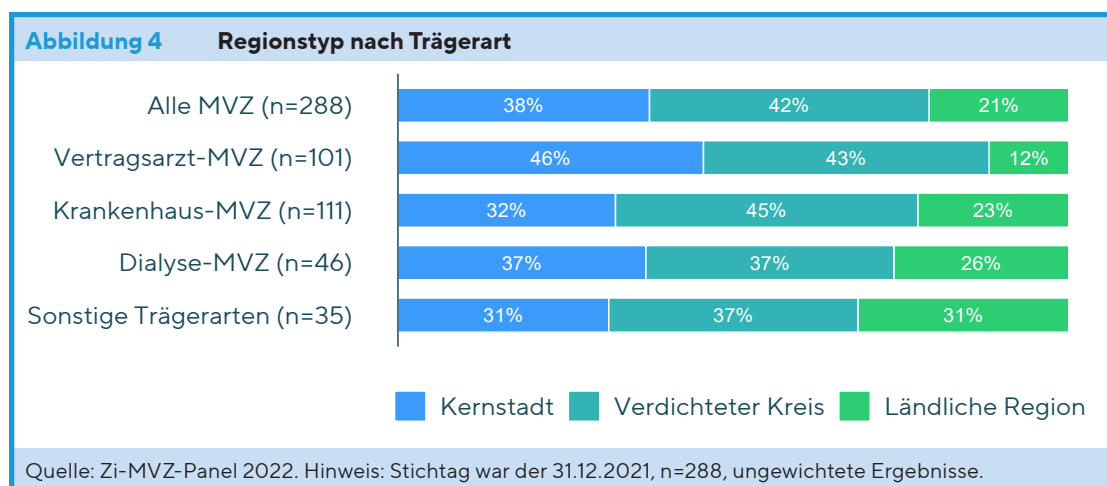
eingetragen waren (vgl. statistische Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Stichtag 31.12.2021). MVZ, die als gGmbH firmieren, sind in der Stichprobe leicht überrepräsentiert.



Des Weiteren haben wir die teilnehmenden MVZ gefragt, ob es seit der Gründung Änderungen bezüglich des Gesellschafterkreises gab. Am häufigsten von jeweils 26 MVZ wurde ein Rechtsformwechsel sowie der Verkauf genannt, 36 MVZ haben den Austritt von Vertragsärztinnen und -ärzten verzeichnet. Von wenigen MVZ wurde zudem der Wechsel von Gesellschafterinnen bzw. Gesellschaftern genannt.

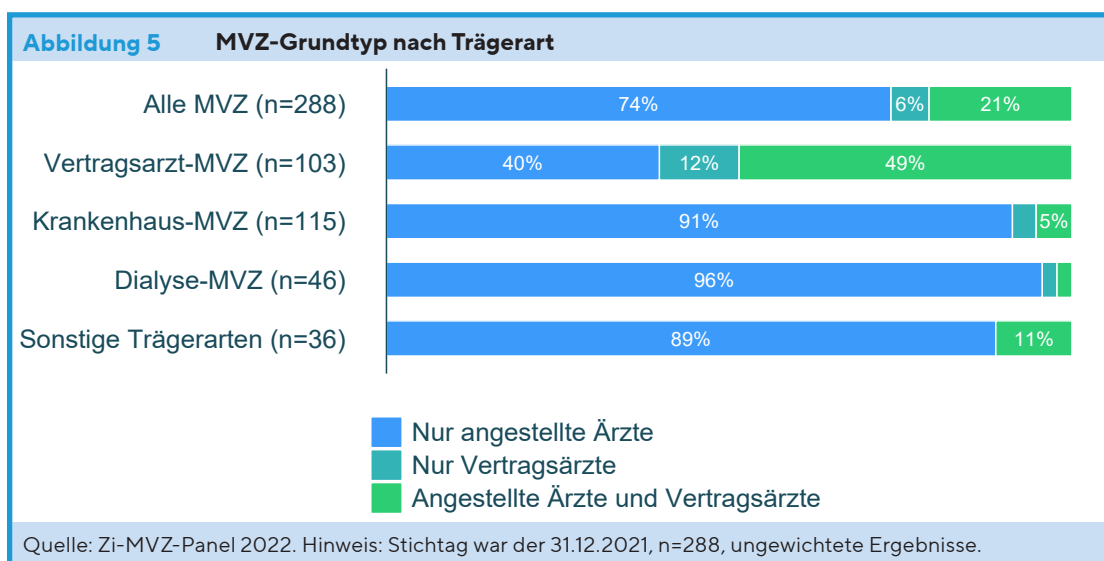
Region und MVZ-Grundtyp

Die regionale Verteilung der teilnehmenden MVZ ist in Abbildung 4 dargestellt. In der gesamten Stichprobe liegt der Anteil der MVZ in Kernstädten bei 38 %, in verdichteten Kreisen bei 42 % und in ländlichen Regionen bei 21 %. Im Vergleich zur Grundgesamtheit sind damit die MVZ in ländlichen Regionen und verdichteten Kreisen etwas stärker vertreten. 46 % aller vertragsärztlich zugelassenen MVZ in Deutschland lagen zum Stichtag 31.12.2021 in Kernstädten, 39 % in verdichteten Kreisen und 15 % in ländlichen Gebieten (vgl. Statistische Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Stichtag 31.12.2021).



Nach Trägerart betrachtet, lässt sich erkennen, dass vertragsarztgetragene MVZ mit 12 % den geringsten Anteil an Hauptbetriebsstätten in ländlichen Region und mit knapp 50 % den höchsten Anteil in Kernstädten unter allen teilnehmenden MVZ aufwiesen. Die regionale Verteilung krankenhausetragener MVZ sowie Dialyse-MVZ war ähnlich, wobei Dialyse-MVZ etwas stärker im ländlichen Raum (26 %) bzw. den Kernstädten (37 %) und krankenhausetragene etwas mehr in verdichteten Kreisen (45 %) verortet waren.

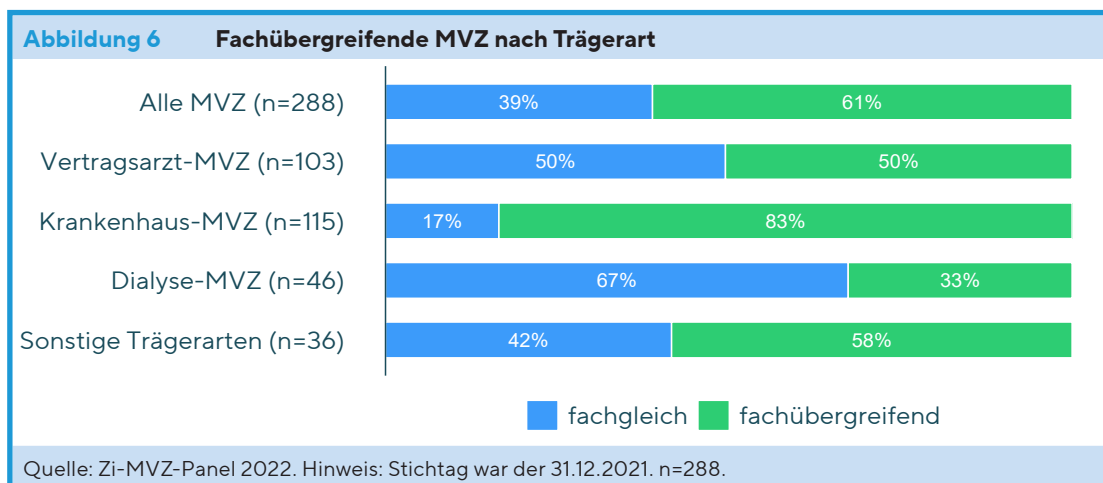
Abbildung 5 zeigt wie sich die MVZ in der Stichprobe hinsichtlich der Zusammensetzung von angestellten und vertragsärztlich zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten unterscheiden. Nahezu drei Viertel der teilnehmenden MVZ setzte sich zum Berichtsjahr 2021 zu 100 % aus angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zusammen. In der letzten Erhebung zum Berichtsjahr 2019 lag dieser Wert noch bei zwei Drittel der MVZ (siehe Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2021).



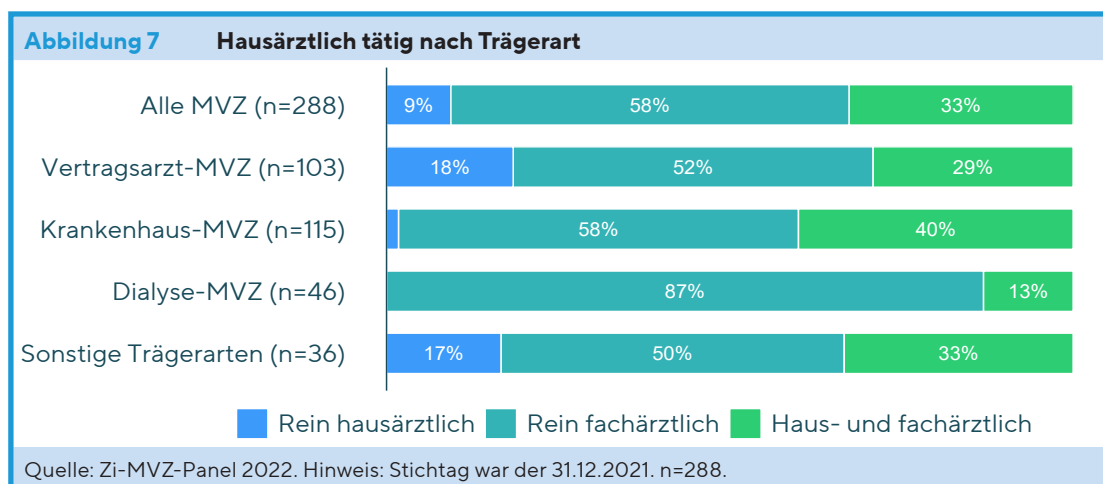
Selbst unter den vertragsarztgetragenen MVZ finden sich bereits 40 %, die ausschließlich angestelltes ärztliches und psychotherapeutisches Fachpersonal beschäftigten. Lediglich in 12 % der MVZ waren hingegen nur Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig. Der Trend ist analog zur Grundgesamtheit, in der zum Stichtag 31.12.2021 von allen in MVZ praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten 81 % in Anstellung tätig waren (vgl. KBV Statistische Informationen 2021).

Versorgungstypen und Fachgebiete

Seit dem Jahr 2015 können MVZ neben fachübergreifenden auch fachgleiche MVZ gründen. Der Anteil fachübergreifender MVZ liegt nunmehr zum Stichtag 31.12.2021 mit 61 % bei weit über der Hälfte der teilnehmenden MVZ (vgl. Abbildung 6). Während 50 % der vertragsarztgetragenen MVZ im Jahr 2021 fachgleich versorgten, sind es lediglich 17 % der teilnehmenden MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses. Etwa zwei Drittel der Dialyse-MVZ waren fachgleich organisiert.



Knapp 60 % der teilnehmenden MVZ waren zudem rein fachärztlich, rund ein Drittel hingegen sowohl haus- als auch fachärztlich tätig. Der Anteil der rein hausärztlich tätigen MVZ war in vertragsarztgetragenen MVZ mit 18 % sowie unter sonstiger Trägerbeteiligung mit 17 % am höchsten (vgl. Abbildung 7).



Die Ergebnisse legen nahe, dass Versorgungsumfang und -breite hinsichtlich der vertretenen Fachgebiete der teilnehmenden MVZ entsprechend ihrer Trägerart ausgerichtet sind. Auswertungen auf Basis einer Verknüpfung der Erhebungsdaten mit den KV-Abrechnungsdaten für das vierte Quartal des Berichtsjahrs 2021 zeigen, dass Fachärztinnen und -ärzte der Inneren Medizin in allen MVZ-Trägerarten, Dialyse-MVZ ausgenommen, mit 13-16 % ähnlich häufig vertreten waren. In Dialyse-MVZ lag der Anteil von Fachärztinnen und -ärzte der Inneren Medizin bei 30 %, weitere 20 % der Fachärztinnen und -ärzte versorgten im Fachgebiet Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie und 19 % ausschließlich mit Schwerpunkt Nephrologie (vgl. Tabelle 1).

In den teilnehmenden vertragsarztgetragenen MVZ waren zu 15 % Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner tätig und zu 14 % Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Krankenhausgetragene MVZ zeigen ein eher breites Fachgebietsspektrum. Ärztliches und psychotherapeutisches Fachpersonal war zu 9 % in der Unfallchirurgie und Orthopädie, zu 8 % in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zu 7 % in der Chirurgie vertreten. Der Anteil Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner lag lediglich bei 4 %. In krankenhausgetragenen MVZ konnten 40 % der Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht den ersten zehn Fachgebieten in Tabelle 1 zugeordnet werden, welches für ein deutlich breites Fachgruppenangebot steht; in vertragsarztgetragenen MVZ verteilt sich nur ein Viertel auf weitere Fachgebiete.

| Tabelle 1 Die 10 am häufigsten vorkommenden Fachgebiete nach Trägerart, 2021 (4. Quartal) | | | |
|--|--|--|---|
| Vertragsarzt-MVZ | Krankenhaus-MVZ | Dialyse-MVZ | Sonstige Trägerarten |
| Allgemeinmedizin (381; 15%) | Innere Medizin (626; 13%) | Innere Medizin (303; 30%) | Innere Medizin (156; 16%) |
| Innere Medizin (367; 15%) | Orthopädie und Unfallchirurgie (450; 9%) | Innere Medizin und (SP) Nephrologie (199; 20%) | Allgemeinmedizin (121; 13%) |
| Psych. Psychotherapeut/ Psychotherapeutin (357; 14%) | Frauenheilkunde und Geburtshilfe (383; 8%) | SP Nephrologie (192; 19%) | Orthopädie und Unfallchirurgie (77; 8%) |
| Chirurgie (176; 7%) | Chirurgie (344; 7%) | Psych. Psychotherapeut/ Psychotherapeutin (63; 6%) | Chirurgie (75; 8%) |
| Augenheilkunde (162; 7%) | Strahlentherapie (282; 6%) | Frauenheilkunde und Geburtshilfe (49; 5%) | Laboratoriumsmedizin (68; 7%) |
| Orthopädie und Unfallchirurgie (115; 5%) | Allgemeinmedizin (218; 4%) | SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (30; 3%) | Frauenheilkunde und Geburtshilfe (44; 5%) |
| Radiologie (81; 3%) | Pathologie (194; 4%) | Allgemeinmedizin (29; 3%) | Psych. Psychotherapeut/ Psychotherapeutin (36; 4%) |
| Diagnostische Radiologie (75; 3%) | Anästhesiologie (185; 4%) | Innere Medizin und (SP) Kardiologie (27; 3%) | Strahlentherapie (34; 4%) |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe (71; 3%) | Neurologie (169; 3%) | Chirurgie (20; 2%) | Innere Medizin und (SP) Kardiologie (30; 3%) |
| Orthopädie (64; 3%) | Augenheilkunde (129; 3%) | Neurologie (19; 2%) | Kinder- und Jugendmedizin (24; 2%) |
| Weitere (628; 25%) | Weitere (2010; 40%) | Weitere (65; 7%) | Weitere (301; 31%) |
| Gesamt (2477; 100%) | Gesamt (4990; 100%) | Gesamt (996; 100%) | Gesamt (966; 100%) |

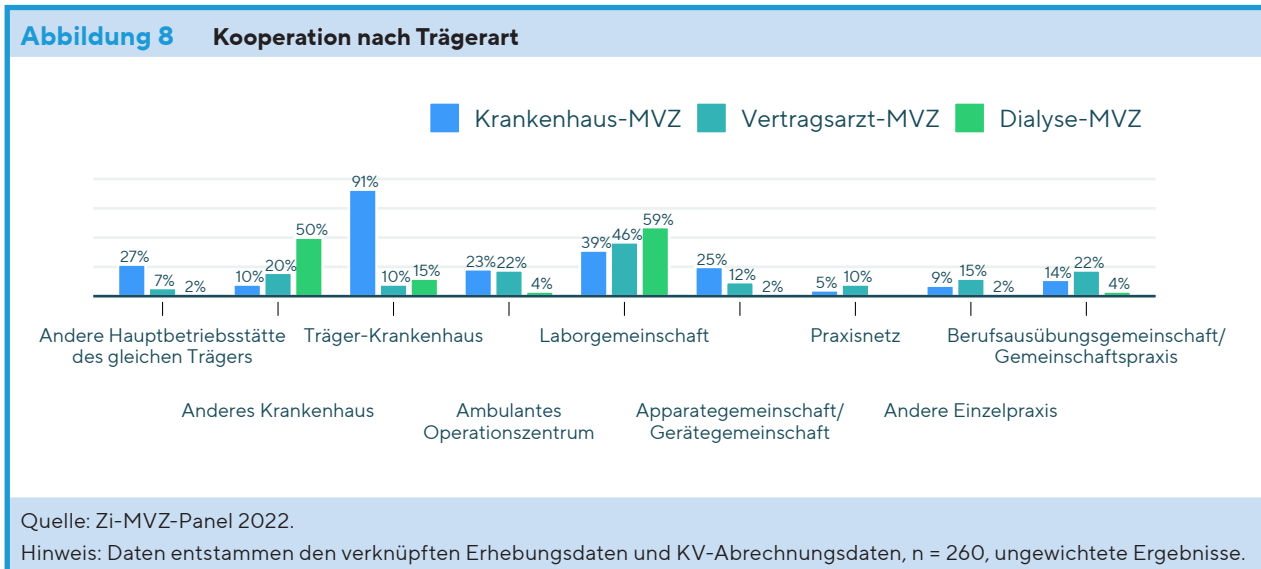
Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022.
Hinweis: Daten entstammen den verknüpften Erhebungsdaten und KV-Abrechnungsdaten. In Klammern: Die Anzahl der tätigen Ärzte/Psychotherapeuten der Trägerart und deren Anteil an allen Ärzten/Psychotherapeuten der MVZ je Trägerart, n = 260, ungewichtete Ergebnisse.

Kooperation und Infrastruktur

Teilnehmende MVZ wurden außerdem gefragt, mit welchen Einrichtungen im Jahr 2021 Kooperationen zur Nutzung und Bereitstellung von Infrastruktur bestanden. 45 % der MVZ gaben an, Teil einer Laborgemeinschaft zu sein, 41 % teilten sich die Infrastruktur mit dem Träger-Krankenhaus und bei 22 % der MVZ bestanden Kooperationen mit einem anderen Krankenhaus. In der vergangenen Erhebungswelle zum Berichtsjahr 2019 waren lediglich 18 % der teilnehmenden MVZ Teil einer Laborgemeinschaft.

Wie zu erwarten, kooperierten 91 % der krankenhausgetragenen MVZ mit ihrem Träger-Krankenhaus (vgl. Abbildung 8). Differenziert nach Trägerschaft, arbeiteten mit 50 % vor

allem Dialyse-MVZ mit anderen Krankenhäusern zusammen. Kooperation mit Laborgemeinschaften bestanden bei 59 % der Dialyse-MVZ, während Krankenhaus-MVZ nur zu 39 % und Vertragsarzt-MVZ nur zu 46 % Teil einer Laborgemeinschaft waren. Möglicherweise lässt sich dies damit erklären, dass die betreffenden Träger-Krankenhäuser über ein eigenes Labor verfügen. Hingegen bestanden bei vertragsarztgetragenen MVZ zu 22 % Kooperationen mit Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Gemeinschaftspraxen (vgl. Abbildung 8).



Bei etwa einem Viertel der krankenhausegetragenen MVZ bestanden Kooperationen mit Gerätegemeinschaften (25 %) und andere Hauptbetriebsstätten des gleichen Trägers (27 %).

In Kernstädten scheinen MVZ seltener Kooperationen, insbesondere mit Laborgemeinschaften, einzugehen. Lediglich 2 % bis 3 % der städtischen MVZ waren Teil einer Laborgemeinschaft gegenüber 58 % auf dem Land. Allerdings gaben MVZ im städtischen Raum häufiger Kooperation mit BAG und anderen Einzelpraxen an, welches seltener unter den ländlichen MVZ vorkam.

Kapitel 3

Personal und Ausbildung in Medizinischen Versorgungszentren

Ärztliches und nicht-ärztliches Personal in MVZ

Seitdem im Jahr 2004 die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vom Gesetzgeber ermöglicht wurde, haben sich diese Einrichtungen fest in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland etabliert. Nicht nur als integrierte Versorgungsform bei Patientinnen und Patienten beliebt, sondern auch als attraktiver Arbeitgeber von vielen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten bevorzugt, die zunehmend das Angestelltenverhältnis statt die Selbständigkeit mit einer eigenen Praxis suchen.

Dieser Trend zur Anstellung kann als genereller Wandel des Arztberufs gesehen werden. Laut Bundesärztekammer waren rund 30 % aller Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in MVZ, Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Jahr 2021 angestellt. Die Bereitschaft unter jungen Nachwuchsärztinnen und -ärzten, unternehmerisches Risiko und Personalverantwortung zu übernehmen scheint abzunehmen.

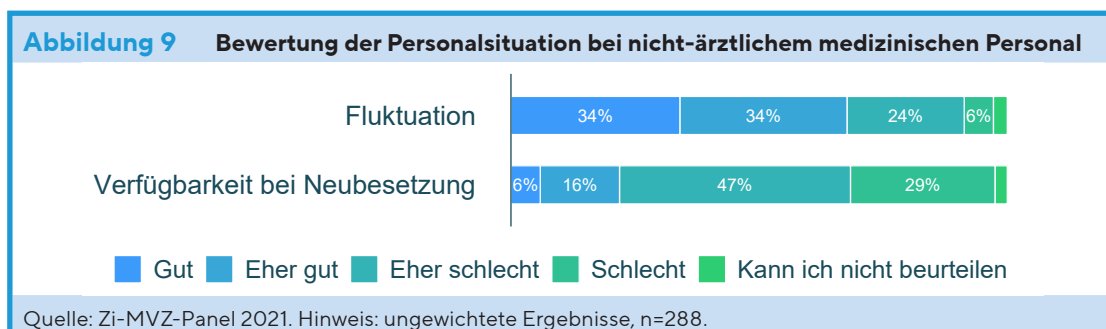
Seitdem im Jahr 2015 die Gründung fachgleicher MVZ zugelassen wurde, ist die Anzahl mit 4.170 MVZ im Jahr 2021 um 96 % gestiegen. Die prozentuale Steigerung zum Vorjahr 2020 allein lag bei rund 8 %.

Neben der wirtschaftlichen Situation (Kapitel 4) spielen Rahmenbedingungen hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in MVZ eine entscheidende Rolle für Qualität und Attraktivität der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in MVZ.

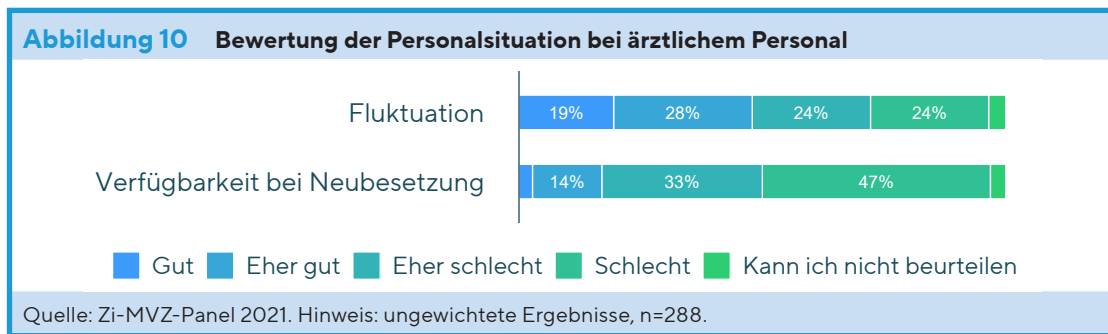
Das Zi-MVZ-Panel erfasst für das Berichtsjahr 2021 den zeitlichen Versorgungsumfang sowie die ärztliche Versorgungstätigkeit gegenüber Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus werden subjektive Einschätzungen der in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur sowohl gegenwärtigen Situation als auch zukünftigen Entwicklung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erhoben. Mithilfe dieser Indikatoren kann tendenziell die Stimmungslage bzw. vorliegende Probleme in bestimmten Bereichen der ambulanten Versorgung in MVZ abgebildet werden.

Personalverfügbarkeit

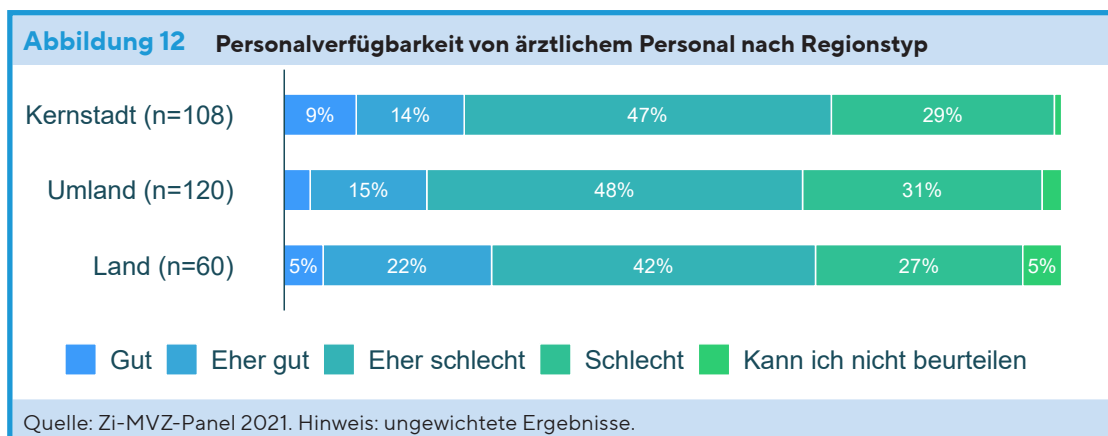
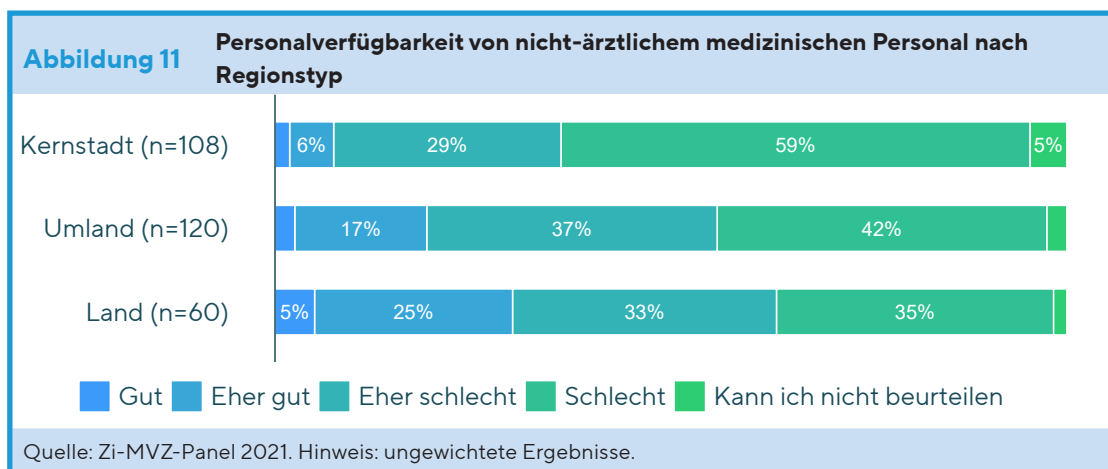
Die teilnehmenden MVZ wurden gebeten, die gegenwärtige Personalsituation hinsichtlich der Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt und der Fluktuation zum Zeitpunkt der konkreten Bearbeitung des Fragebogens zwischen Januar und Mai 2022 zu bewerten. Dabei wurde zwischen nicht-ärztlichem und ärztlichem Personal unterschieden (vgl. Abbildung 9 und 10).



Die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischem Personal wurde insgesamt von 76 % der teilnehmenden MVZ als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt. Die Fluktuation, also der Wechsel nicht-ärztlichen medizinischen Personals, wurde hingegen nur von knapp einem Drittel der teilnehmenden MVZ als negativ wahrgenommen (vgl. Abbildung 9).



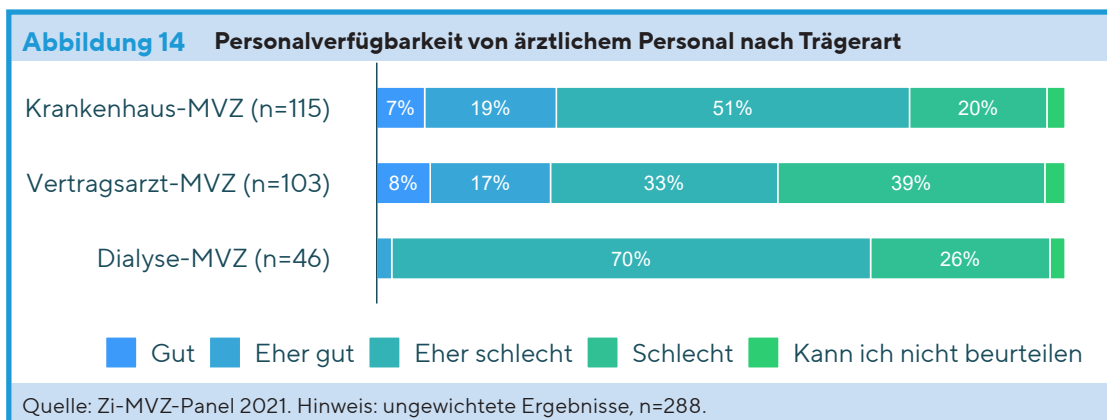
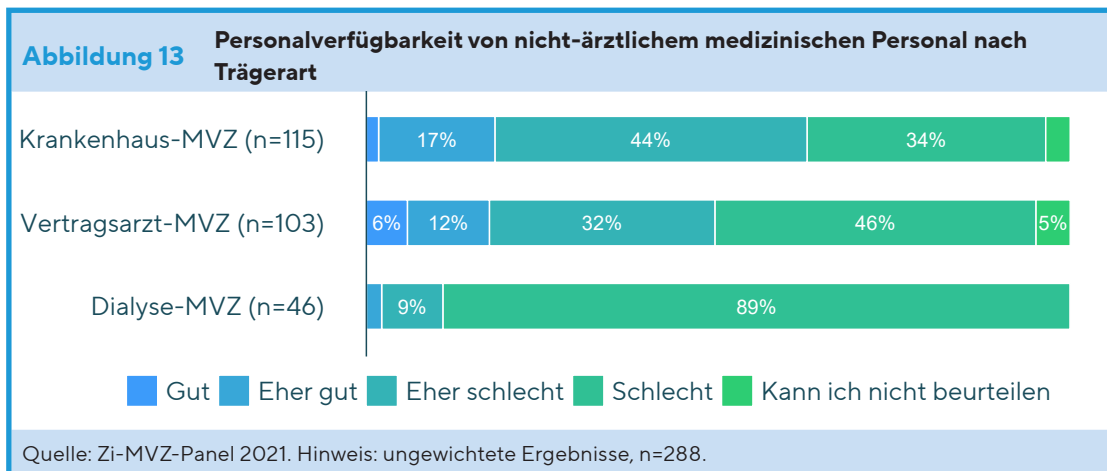
Beim ärztlichem bzw. psychotherapeutischem Personal wurde die Verfügbarkeit des Personals von 80 % als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt (vgl. Abbildung 10). Da zum Berichtsjahr 2019 dieser Wert noch bei 68 % lag, kann von einer Verschlechterung des Angebots auf dem Arbeitsmarkt ausgegangen werden (vgl. Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2021). Die Ergebnisse zeigen, dass knapp die Hälfte der teilnehmenden MVZ die Fluktuation unter Ärzten und Psychotherapeuten als negativ wahrgenommen haben, obwohl ein vergleichsweise höherer Anteil von Ärzten und Psychotherapeuten die Einrichtungen verlassen im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (vgl. Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2020, S. 46f).



Das Angebot des medizinischen Fachpersonals zwischen städtischen und ländlichen Regionen unterscheidet sich meist stark. In Abbildung 11 wird die Personalverfügbarkeit von nicht-ärztlichem medizinischen Personal differenziert nach Regionstyp dargestellt. Obwohl die Verfügbarkeit des Personals auf dem Land von 30 % der teilnehmenden MVZ als gut oder eher gut beurteilt wurde, waren immer noch zwei Drittel der 60 ländlichen MVZ mit der Personalverfügbarkeit unzufrieden. Im Vergleich dazu nahmen 88 % der städtischen MVZ sowie 79 % der MVZ im Umland die Verfügbarkeit als schlecht oder eher schlecht wahr.

Die Beurteilung der gegenwärtigen Lage hinsichtlich der Verfügbarkeit ärztlichen Personal weist hingegen keine deutlichen regionalen Unterschiede auf (vgl. Abbildung 12). Der Anteil der MVZ, die die Verfügbarkeit ärztlichen Personals als schlecht oder eher schlecht einschätzten war mit 79 % der MVZ im Umland zwar am höchsten, jedoch sind die Unterschiede marginal.

Bei Berücksichtigung der Trägerschaft, fällt die sehr negative Einschätzung hinsichtlich der Personalverfügbarkeit bei MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V (im Weiteren: Dialyse-MVZ) deutlich auf. Von nahezu allen Dialyse-MVZ (n=46) wurde die Verfügbarkeit von nicht-ärztlichen medizinischem Personal als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt (vgl. Abbildung 13). Das gilt auch für die Verfügbarkeit von ärztlichem Personal (96 %, vgl. Abbildung 14). Auch die Fluktuation bei beiden Personalgruppen wurde von Dialyse-MVZ als schlecht bewertet (medizinisches Personal: 96 %, ärztliches/ psychotherapeutisches Personal: 63 %).

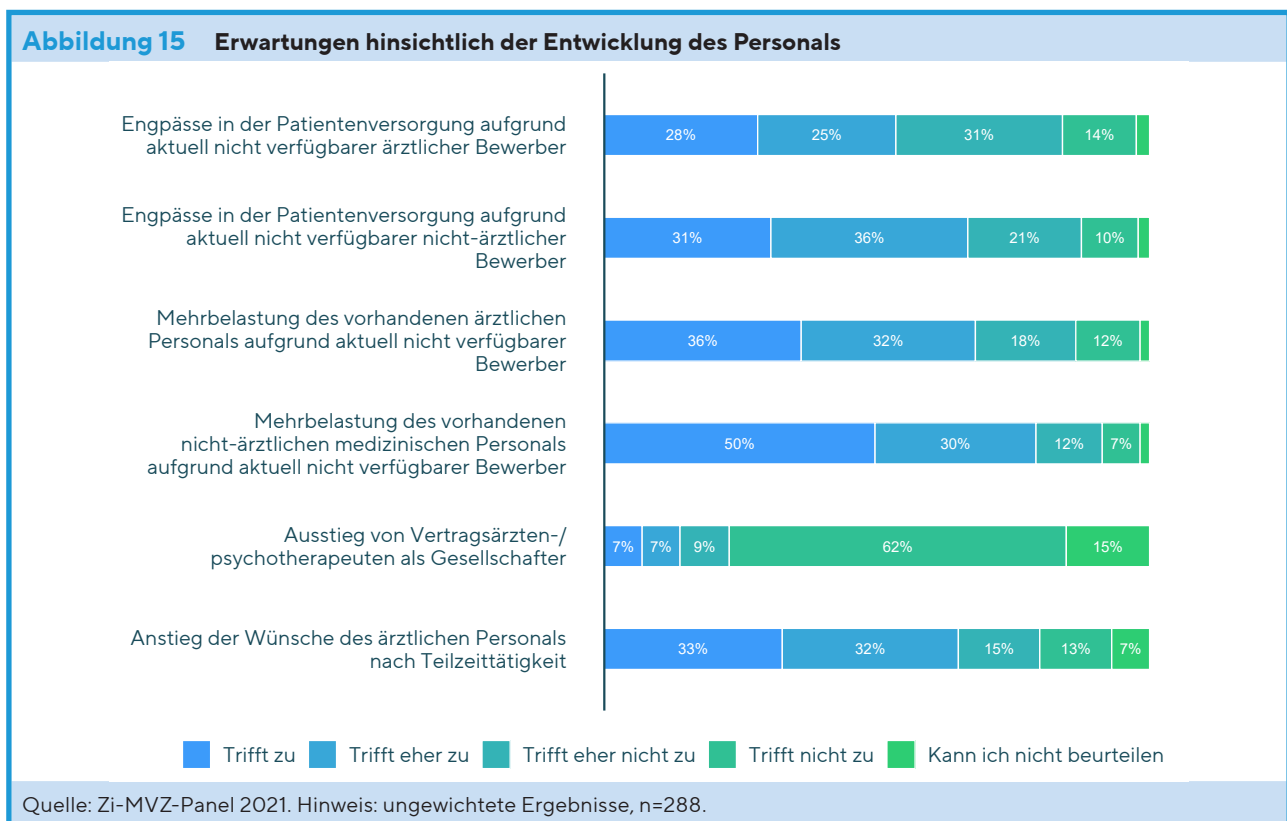


Krankenhaus- und vertragsarztgetragene MVZ schätzten im Vergleich zu Dialyse-MVZ die Situation weniger als überwiegend schlecht ein. Trotzdem waren 78 % der vertragsarztge-

tragenen MVZ der Meinung, dass nicht-ärztliches medizinisches Personal schlecht oder eher schlecht verfügbar ist, bei ärztlichem Personal wurde die Verfügbarkeit von 72 % als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt. Krankenhaus-MVZ wichen nicht stark von der Einschätzung der Vertragsarzt-MVZ ab: Insgesamt bewerteten sie die Verfügbarkeit nicht-ärztlichen Personals zu 68 % als (eher) schlecht und die Verfügbarkeit ärztlichen Personals zu 71 % als eher schlecht bzw. schlecht.

Erwartungen an den Arbeitsmarkt

Des Weiteren wurden die teilnehmenden MVZ nach ihren Erwartungen hinsichtlich der Entwicklung des Personals innerhalb der nächsten drei Jahre gefragt.

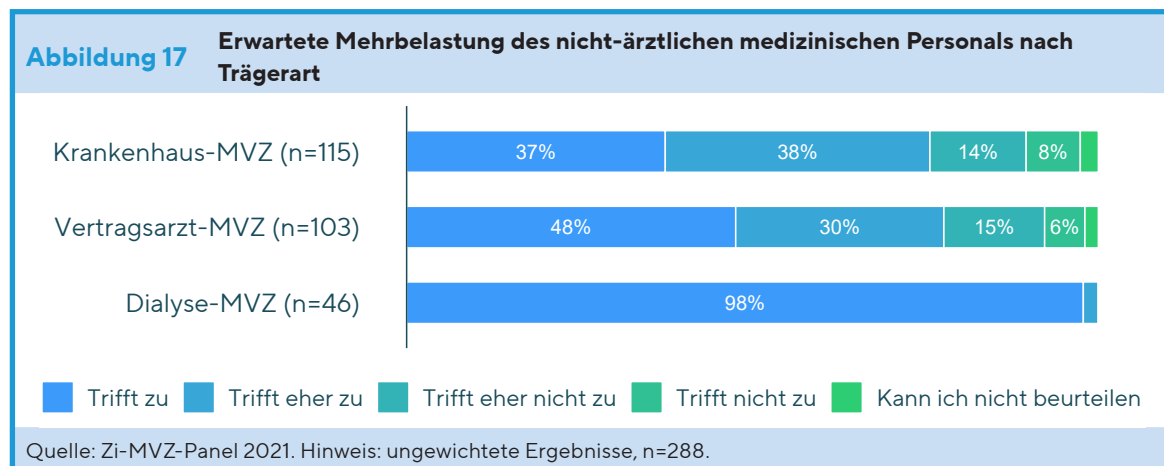
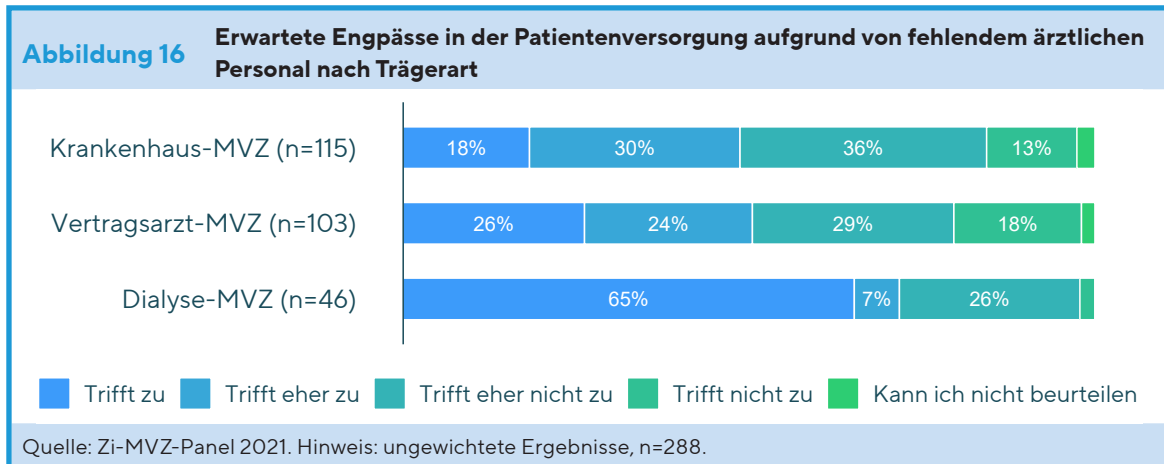


Vor dem Hintergrund der oben festgestellten schlechten Verfügbarkeit des Personals ist es weniger überraschend, dass die teilnehmenden MVZ entsprechende Engpässe in der Patientenversorgung und Belastung des vorhandenen Personals in den nächsten drei Jahren erwarten (vgl. Abbildung 15). Während etwas über die Hälfte der Teilnehmenden von Engpässen aufgrund nicht ausreichender Bewerbungen bei ärztlichem medizinischen Personal ausgehen, rechnen rund zwei Drittel der teilnehmenden MVZ mit Personalengpässen aufgrund nicht verfügbarem nicht-ärztlichen Personals.

Als eine Folge sehen die MVZ mehrheitlich eine Mehrbelastung des in ihren MVZ tätigen Personals. 68 % der MVZ rechnen mit einer Mehrbelastung des ärztlichen Personals sowie 80 % mit einer Mehrbelastung des nicht-ärztlichen Personals in den nächsten drei Jahren.

Eine zukünftige Entwicklung, die von 65 % der befragten MVZ erwartet wird, ist ein vermehrter Wunsch nach Teilzeitarbeit. Ein Ausstieg von Vertragsärztinnen und -ärzten als Gesellschafter wurden von den meisten MVZ nicht erwartet.

Wird die erwartete Entwicklung hinsichtlich der Engpässe in der Patientenversorgung aufgrund fehlender ärztlicher Bewerberinnen und Bewerber nach Trägerart separat betrachtet, fallen erneut die Angaben der Dialyse-MVZ auf: Rund zwei Drittel sehen innerhalb der nächsten drei Jahre ärztliche Personalengpässe aufgrund einer schlechten Bewerberlage auf ihr jeweiliges MVZ zukommen. Bei krankenhausgetragenen MVZ lag dieser Wert bei 48 %, bei vertragsarztgetragenen MVZ bei 50 % (vgl. Abbildung 16).

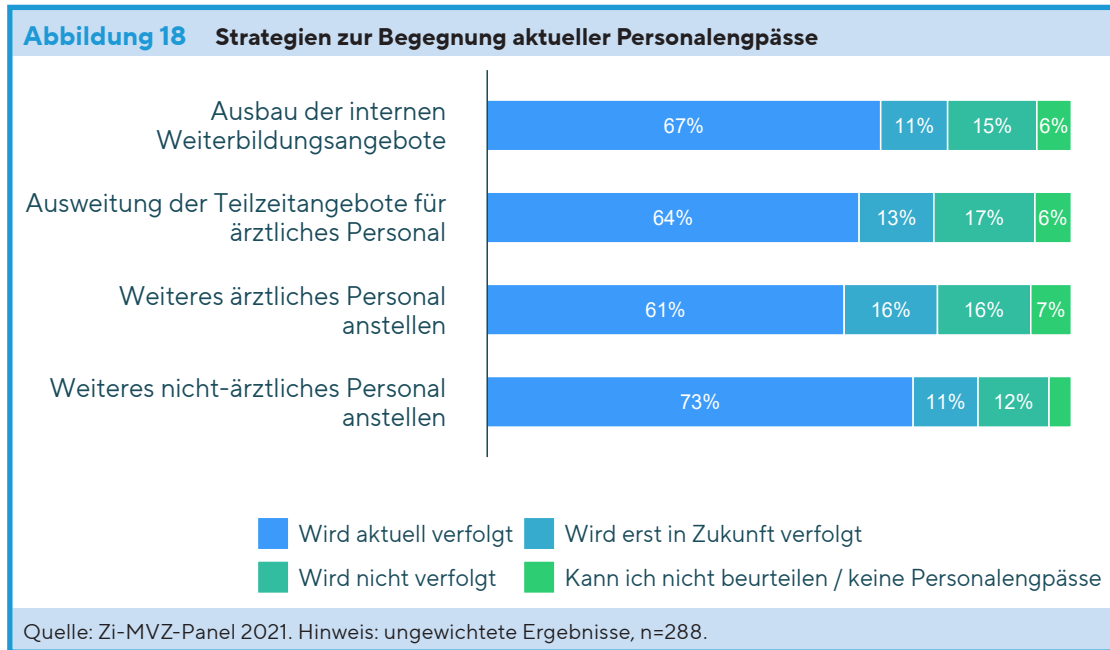


In Abbildung 17 wird die erwartete Entwicklung hinsichtlich einer Mehrbelastung des hiesigen nicht-ärztlichen medizinischen Personals aufgrund fehlender Bewerberinnen und Bewerber nach Trägerart differenziert. Hier sehen die teilnehmenden MVZ mehrheitlich eine problematische Entwicklung, wobei mit 98 % nahezu alle Dialyse-MVZ eine Mehrbelastung erwarten. Krankenhaus-MVZ bzw. Vertragsarzt-MVZ stimmen einer Mehrbelastung des hiesigen nicht-ärztlichen medizinischen Personals aufgrund fehlender Bewerberinnen und Bewerber zu 75 % bzw. zu 78 % zu.

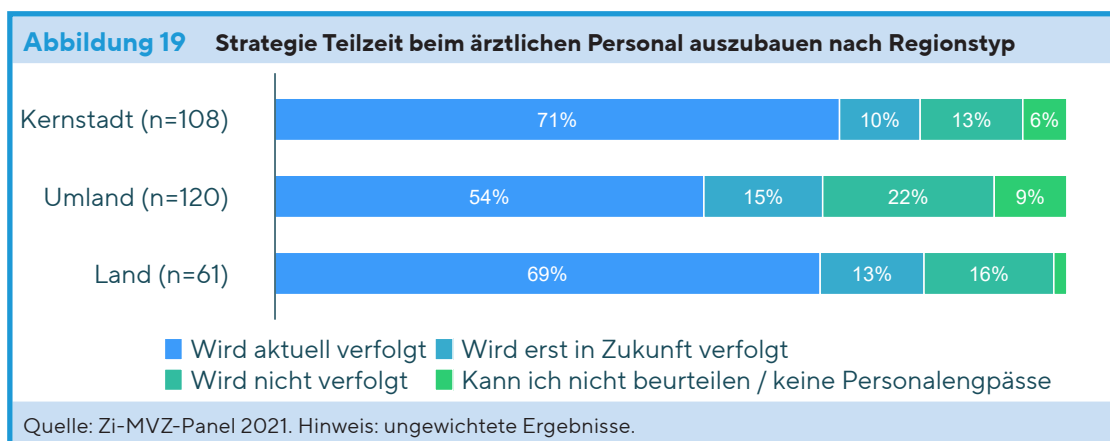
Die Angaben nach Regionstyp haben nur eine Auffälligkeit: Während die Engpässe in der Patientenversorgung aufgrund von fehlenden ärztlichen Bewerbenden häufiger als zutreffen eingeschätzt wird (38 % trifft zu, 17 % trifft eher zu), wird ein Engpass aufgrund von fehlenden nicht-ärztlichen Bewerbenden seltener erwartet (27 % trifft zu, 23 % trifft eher zu).

Strategien

In einem weiteren Schritt wurden die MVZ nach Strategien, die zur Behebung bzw. Entschärfung eventueller Personalengpässe verfolgt werden, gefragt (vgl. Abbildung 18). Weiteres nicht-ärztliches Personal einzustellen, wird dabei am häufigsten aktuell verfolgt (73 %), darauf folgt der Ausbau der internen Weiterbildungsangebote (67 %), die Ausweitung der Teilzeitangebote für ärztliches Personal (64 %) und weiteres ärztliches Personal anstellen (61 %).



Es lassen sich keine Unterschiede bei den Personalstrategien erkennen, wenn nach Trägerart differenziert wird. Die Strategie, das Teilzeitangebot für ärztliches Personal auszuweiten, wird von über der Hälfte der MVZ verfolgt, während es in der Stadt bereits von 71 % und in ländlichen Regionen von rund 69 % der MVZ verfolgt wird (vgl. Abbildung 19).



Schwerpunkt: Ausbildung von nicht-ärztlichem Personal in MVZ

Im letzten Jahresbericht 2021 hatten viele teilnehmenden MVZ angegeben, dass die Verfügbarkeit von Personal stark eingeschränkt ist. Das gilt insbesondere für das nicht-ärztliche medizinische Personal (vgl. Zi-MVZ-Panel: Jahresbericht 2021). Eigenes Personal auszubilden ist zwar ein Weg, Personalengpässe zu überwinden, jedoch mit erheblichen Kosten verbunden.

In der letzten Erhebungswelle wurde vor diesem Hintergrund Ausbildung von medizinischem Personal als Schwerpunktthema gewählt. Die Ausbildung von medizinischen Fachangestellten und ähnlichem Fachpersonal ist keine MVZ spezifische Aufgabe ist, sondern vielmehr eine Herausforderung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung. Daher wurde dieses Schwerpunktthema gemeinsam mit dem Zi-Praxis-Panel bearbeitet und somit auch die Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaft mit einbezogen. Dazu beantworteten die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sowie die Leiterinnen und Leiter der MVZ einen gemeinsamen Fragebogen.

Die Auswertungsergebnisse hat das Zi Anfang Juli 2022 in Form des Zi-Papers 23/2022 unter dem Titel „Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung“ (Oettel et al., 2022) veröffentlicht. Im folgenden Kapitel werden Auszüge aus diesem Papier vorgestellt. Den Fragebogen und weitere Abbildungen finden Sie ebenfalls im Zi-Paper.

Hintergrund

Praxispersonal wie Medizinische Fachangestellte (MFA) zählen zu den Gesundheits- und Pflegeberufen, welche seit 2019 als besonders von Fachkräfteengpässen betroffene Berufe eingestuft werden (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 4; Bundesagentur für Arbeit, 2021, S. 4). Die im Jahr 2021 durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) durchgeführte Befragung zum Thema „Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung“ bestätigt, dass Praxen der vertragsärztlichen Versorgung bei der Suche nach Praxispersonal Schwierigkeiten haben, geeignete Bewerberinnen und Bewerber zu finden und die Verfügbarkeit speziell qualifizierten Personals und von MFA auf dem regionalen Arbeitsmarkt als äußerst schlecht einstufen (vgl. Oettel et al., 2021, S. 8-10).

Die Ausbildung nicht-ärztlichen Personals wird von den meisten Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern der vertragsärztlichen Versorgung als ein Mittel wahrgenommen, dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken – und nicht nur vor dem Hintergrund, einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten, zu dem sie sich etwa aus Tradition verpflichtet fühlen (vgl. Oettel et al., 2021, S. 10-11; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2022, S. 11).

Gleichzeitig werden immer wieder Probleme bei der Besetzung der Ausbildungsstellen beklagt oder die Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte bemängelt.

Um die Ausbildungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung empirisch beurteilen zu können und die Relevanz und Ursachen potenzieller Defizite bei der Ausbildung eigenen

Praxispersonals offen zu legen, hat das Zi die an der Erhebungswelle 2021 des Zi-Praxis-Panels teilnehmenden Praxen und die an der Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Rahmen des Schwerpunktthemas umfassend zu ihrer Ausbildungstätigkeit befragt.

Aus den Erhebungsergebnissen können Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungssituation abgeleitet werden. Die Notwendigkeit zur Bereitstellung entsprechender Auswertungsergebnisse ergibt sich zudem aus der im Jahr 2022 anstehenden Novellierung der Ausbildungsordnung für MFA durch die Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer hat das Zi im Jahr 2021 hierzu um Unterstützung mit entsprechenden Daten gebeten. Der Fokus der Studie liegt ausdrücklich auf der Ausbildung der MFA, da Praxen der vertragsärztlichen Versorgung nur sehr vereinzelt bei der Ausbildung im Bereich anderer Ausbildungsberufe involviert sind.

Eine wesentliche Erkenntnis, die sich an mehreren Stellen der Analyse und in verschiedenen Dimensionen zeigt, ist der Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern für die MFA-Ausbildung. Angesichts der Beliebtheit des Ausbildungsberufs (MFA gilt laut Bundesinstitut für Berufsbildung seit Anfang des Jahres als beliebtester Ausbildungsberuf, vgl. Ärzte Zeitung, 2022; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2021) scheint dies zunächst überraschend. Die hier vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass sich die schwierige Bewerbungslage vor allem auf Qualifikationsdefizite der Bewerberinnen und Bewerber bzw. der eingestellten Auszubildenden bezieht und nicht auf Probleme bei der Stellenbesetzung an sich.

Die Konkurrenz mit anderen Arten von Betrieben um die besten Auszubildenden stellt eines der Hauptprobleme dar, mit denen sich die vertragsärztlichen Praxen und MVZ konfrontiert sehen. Hieraus ergeben sich, auch im Hinblick auf die anstehende Überarbeitung der Ausbildungsordnung, verschiedene Handlungsempfehlungen: 1. Bestehende Defizite im Rahmen der Ausbildung ausgleichen. 2. Attraktivität der MFA-Ausbildung für die besten Bewerberinnen und Bewerber steigern. Eine zweigleisige, modulare Ausrichtung der MFA-Ausbildung mit der Möglichkeit, Grundlagenkenntnisse nur aus bestimmten, jeweils persönlich erforderlichen Bereichen zu wählen und mit attraktiven Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die besten Kandidatinnen und Kandidaten könnte die beiden konkurrierenden Handlungsmöglichkeiten in Einklang bringen.

Zusätzlich sollten weitere Möglichkeiten zur Steigerung der Attraktivität der MFA-Ausbildung erörtert werden, um durch diesen Attraktivitätsgewinn den Pool geeigneter Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildung in den vertragsärztlichen Praxen und MVZ zu erhöhen. Die Einrichtungen sind, um die notwendige Attraktivitätssteigerung „ihres“ Ausbildungsberufes zu erreichen und dadurch dem medizinischen Fachkräftemangel entgegenzuwirken, auf monetäre und nicht-monetäre Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und anderer politischer Akteure angewiesen.

Gleichzeitig sind die Praxen und MVZ selbst gefordert, ihre Bewerbungsverfahren auszuweiten und zu verbessern, indem sie beispielsweise die zur Stellenbesetzung genutzten Kanäle ausweiten bzw. diversifizieren oder ihre Bewerbungsverfahren verbessern, um eine Steigerung der Attraktivität der eigenen Praxis bzw. des MVZ als Arbeitsplatz, als auch ein besseres Arbeitsmarktmatch mit der geeignetsten Kandidatin bzw. dem geeignetsten Kandidaten herbeizuführen. Für beides ist die Aufwendung finanzieller Mittel seitens der Praxen

und MVZ notwendig und eine Unterstützung seitens KVen und anderer politischer Akteure unerlässlich.

Erhebungsablauf, Stichprobe und methodische Hinweise

Die Erhebung erfolgte per Online-Fragebogen im Rahmen der jährlichen Erhebung des Zi-Praxis-Panels 2021 und des Zi-MVZ-Panels 2022. Diese fanden zwischen dem 10. Dezember 2021 und dem 31. März 2022 (Zi-Praxis-Panel) und dem 15. Januar und 31. Mai 2022 (Zi-MVZ-Panel) statt.

Im Rahmen der Erhebungswelle 2021 des Zi-Praxis-Panels wurden insgesamt 58.894 Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung per postalischem Einladungsverfahren um Teilnahme an der Erhebung gebeten. Die Grundgesamtheit bildet das Bundesarztregister zum Stand 31.12.2020. Die angeschriebenen Praxen wurden auf Basis einer Stichprobe aus der Grundgesamtheit ausgewählt. Während die Stichprobe 100 % aller Facharztpraxen umfasst, wurden 60 % der hausärztlich tätigen Praxen und 30 % der Praxen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie ausgewählt. Diese stellen die Stichprobengesamtheit dar.

Um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurden hausärztliche und psychotherapeutische Praxen zufällig unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte des jeweiligen Praxisstandortes ausgewählt. Unter Berücksichtigung einer Nachlauffrist wurden an der Erhebung teilnehmende Praxen bis zum 19. April 2022 berücksichtigt. Von den 58.894 angeschriebenen Praxen haben zum Stand 19. April 2022 4.535 Praxen Angaben zum Schwerpunktthema Ausbildung gemacht. Somit beteiligten sich etwa 8 % der angeschriebenen Praxen. Diese Praxen werden in der vorliegenden Analyse zum Schwerpunktthema berücksichtigt.

Im Rahmen der Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels wurden 3.838 zugelassene MVZ und ihnen gleichgestellte Einrichtungen per postalischem Einladungsverfahren um Teilnahme gebeten. Das Zi-MVZ-Panel stellt eine Vollerhebung auf Grundlage des Bundesarztregisters zum 31.12.2020 dar. Bis zum 12. Mai 2022 haben 230 MVZ Angaben zum Schwerpunktthema Ausbildung gemacht und werden in der vorliegenden Analyse zum Schwerpunktthema berücksichtigt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von etwa 6 %.

Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte in zwei Teilen. Der erste Teil (A) der Befragung umfasst einen Fragenblock zur aktuellen, früheren und geplanten Ausbildungstätigkeit und die jeweiligen Gründe dafür bzw. dagegen. Der zweite, umfangreichere Teil (B) der Auswertung umfasst Fragen zum zeitlichen und personellen Umfang der Ausbildungstätigkeit sowie zu den folgenden Themenbereichen: Ausbildungsplan, Ausbildungsinhalte, Überarbeitung der Ausbildungsordnung, Auszubildendenprofil, Stellenbesetzung, Auszubildendeneinsatz, Abwanderung/Bindung und Abbrüche (Fragenblöcke B bis J).

Teil A trifft sowohl auf ausbildende Praxen und MVZ zu als auch auf solche ohne Ausbildungstätigkeit. Dieser Teil wurde von 4.506 der 4.535 teilnehmenden Praxen und von 227 der 230 teilnehmenden MVZ beantwortet. Teil B trifft nur auf Einrichtungen zu, die an der Ausbildung beteiligt sind bzw. waren. Er wurde insgesamt von 2.753 der 4.535 teilnehmenden Praxen und von 190 der 230 teilnehmenden MVZ beantwortet.

In Teil B werden 2.201 der antwortenden 2.753 Praxen und 164 der antwortenden 190 MVZ berücksichtigt, welche die erste Frage dieses Befragungsteils (Frage B1) nach den einzelnen Jahren ihrer Ausbildungstätigkeit beantwortet haben. Diese Selektion ist erforderlich, um bei der Auswertung zwischen solchen Praxen und MVZ zu differenzieren, die aktuell ausbilden, und solchen, die sich bei ihren weiteren Angaben auf eine frühere Ausbildungstätigkeit beziehen. Die 552 ausgeschlossenen Praxen und 26 ausgeschlossenen MVZ sind zudem größtenteils solche, auf die laut ihrer Angaben in Teil A der zweite Befragungsteil gar nicht zutraf, da sie keine Ausbildungstätigkeit ausüben.

In Teil A werden 15 der 4.506 antwortenden Praxen und 14 der 227 antwortenden MVZ aus der Fallauswahl ausgeschlossen, welche die Frage nach dem zeitlichen Umfang ihrer Ausbildungstätigkeit im zweiten Befragungsteil beantworteten, im ersten Teil jedoch angaben, nicht auszubilden und dort vergleichsweise sehr wenige Angaben gemacht haben (da die Bewertungsfragen nicht beantwortet wurden). Abschließend verbleiben 4.491 Praxen und 213 MVZ, die im ersten Teil ausgewertet werden können. Die weitere Aufbereitung und Auswertung der beiden Teile erfolgt gesondert, unabhängig vom Antwortverhalten im jeweils anderen Teil.

Im nächsten Schritt wurde die Fallauswahl auf Praxen beschränkt, für welche, auf Basis der zu den Praxisdaten im Zi-Praxis-Panel getätigten Angaben, der Fachbereich ermittelbar war und welche dabei nicht den übergreifend tätigen Praxen oder dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich zugeordnet wurden. Dies ermöglicht eine durchgängige Differenzierung der Analysen nach den Versorgungsbereichen hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

Um eine durchgängige Differenzierung der Analysen nach Organisationsform durchführen zu können, werden des Weiteren in beiden Teilen Praxen ausgeschlossen, für welche auf Grundlage der zu den Praxisdaten im Zi-Praxis-Panel getätigten Angaben keine Zuordnung zu den Kategorien Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft möglich ist. Bei den MVZ werden an dieser Stelle Labor-MVZ ausgeschlossen.

Hieraus ergibt sich für Teil A eine maximale Fallauswahl von 3.480 Beobachtungen, davon 3.270 Praxen und 210 MVZ. In Teil B umfasst die maximale Fallauswahl 2.319 Beobachtungen, davon 2.155 Praxen und 164 MVZ. Im Falle einer Differenzierung der Analysen nach Versorgungsraum (Nord, Süd, West, Ost) oder Regionstyp (Stadt, Land, Umland) reduziert sich die Fallzahl in Teil A von 210 auf 207 MVZ und in Teil B von 164 auf 160 MVZ, für welche jeweils ihre KV-Zugehörigkeit und ihr Regionstyp in pseudonymisierter Form von der Zi-Treuhandstelle an das Zi übergeben werden konnte.

Die Fallzahl der Praxen bleibt bei der Differenzierung nach Versorgungsraum oder Regionstyp konstant. Die Angaben zur KV-Zugehörigkeit werden folgendermaßen den Versorgungsräumen zugeordnet: Versorgungsraum Nord – Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein; Versorgungsraum Ost – Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen; Versorgungsraum West – Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westfalen-Lippe; Versorgungsraum Süd – Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen.

Innerhalb der Analysen variiert die Fallzahl über die einzelnen Fragen hinweg, abhängig davon, auf welche Praxen und MVZ die jeweilige Frage zutrifft und für welchen Anteil dieser

Einrichtungen jeweils plausible Angaben vorliegen. Bei der Plausibilisierung der Daten wurden als unplausibel erachtete Angaben bestimmter Praxen bzw. MVZ ausgeschlossen, beispielsweise im Falle widersprüchlicher Angaben oder sonst nicht auftretender Extremwerte.

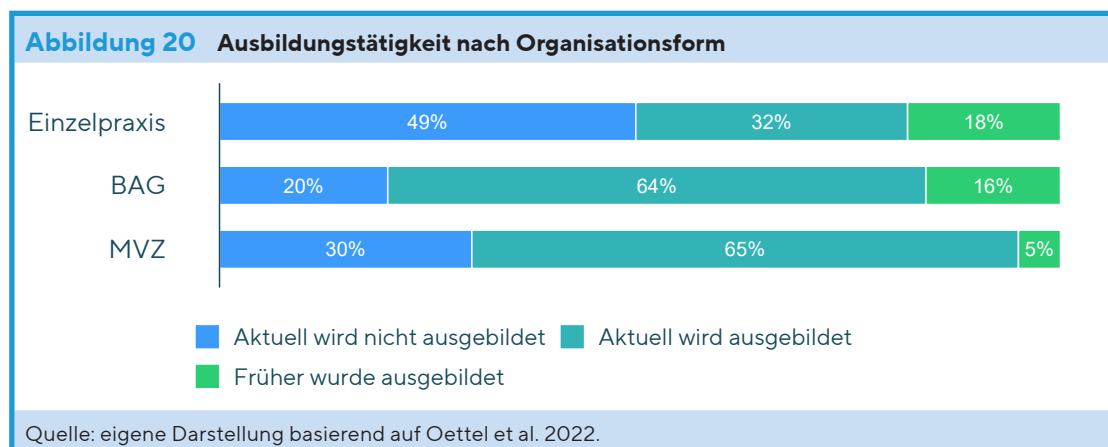
Eine Gewichtung der Ergebnisse erfolgte nicht. Die nachfolgende Stichprobendeskription bezüglich der befragten Praxen zeigt jedoch, dass die ausgewertete Stichprobe in wesentlichen Merkmalen der Grundgesamtheit sehr ähnlich ist (vgl. Kapitel Struktur bzw. Zi-Paper 2023, S. 12ff). Ein Ausgleich von Abweichungen durch ein Gewichtungsverfahren ist daher nicht erforderlich. Auch so können die berichteten Ergebnisse zur Ausbildungssituation als repräsentativ für die Vertragsärzteschaft betrachtet werden.

Ergebnisse

42 % der vertragsärztlichen Praxen und MVZ bilden aktuell aus. Weitere 17 % der Einrichtungen beziehen sich mit ihren Angaben auf eine Ausbildungstätigkeit vor dem aktuellsten Ausbildungsjahr beginnend in 2021. Nimmt man diese Praxen und MVZ hinzu, die früher ausgebildet haben, liegt die langfristige Ausbildungsquote bei 59 % (2.036 von 3.459 Einrichtungen).

In vielen Fällen ist die höhere Bereitschaft auszubilden mit der Größe der Einrichtung zu erklären: Einrichtungen mit nur einem behandelnden Arzt bilden bzw. bildeten in weniger als der Hälfte der Fälle (47 %) eigenes Personal aus (vgl. Abbildung 7). In Praxen und MVZ mit zwei behandelnden Ärzten steigt der Anteil mit aktueller oder früherer Ausbildungstätigkeit bereits auf 68 %. In Praxen bzw. MVZ mit mehr als zwei behandelnden Ärzten liegt die langfristige Ausbildungsquote bei 82 %.

Das zeigt sich auch, wenn die Ausbildungsquote nach Organisationsform aufgeschlüsselt wird (vgl. Abbildung 20). Hier zeigt sich, dass kooperative Organisationsformen mehr ausbilden. Bei MVZ liegt der Anteil der Einrichtungen die aktuell oder früher ausgebildet haben bei 70 %, bei BAG sogar bei 80 %.



Nach Regionstypen unterscheidet sich die Ausbildungsquote im Hinblick auf eine aktuelle oder frühere Ausbildungstätigkeit hingegen nur geringfügig. Sie liegt zwischen 58 % (Land) und 59 % (Umland). Aktuell bilden Einrichtungen im städtischen Raum und im Umland (43 % und 43 %) etwas häufiger aus als solche auf dem Land (38 %). Eine frühere Ausbil-

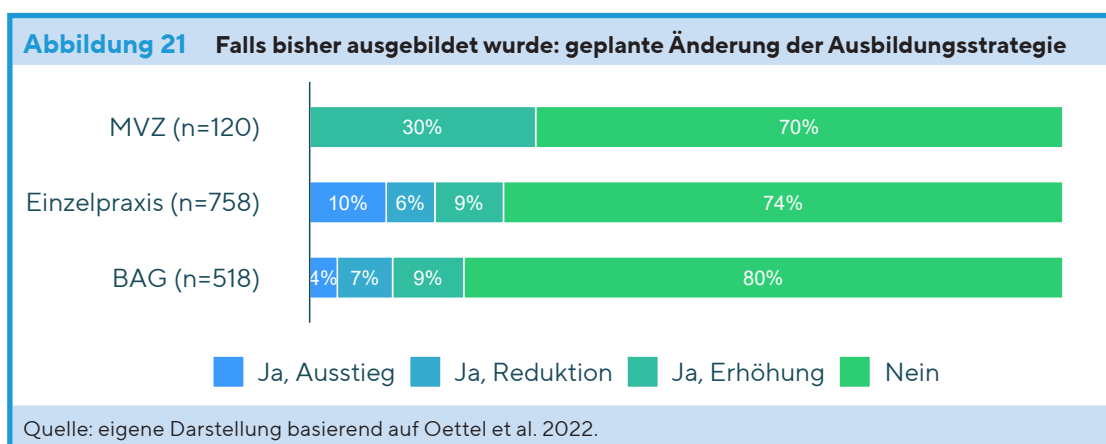
dingstätigkeit gaben hingegen vergleichsweise mehr Praxen und MVZ im ländlichen Raum an (20 %) als in der Stadt bzw. im Umland (16 % bzw. 17 %).

Des Weiteren bilden bzw. bildeten hausärztliche Praxen etwas öfter eigenes Personal aus als fachärztliche (64 % und 54 %).

Zusammenfassend kann die Ausbildungsbereitschaft innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung als hoch eingeordnet werden und sie ist tendenziell größer je größer die Einrichtung ist. Trotz der geringeren Ausbildungsbereitschaft in den kleinen Praxen wird die Ausbildung aber maßgeblich von diesen mitgetragen, da kleine Einrichtungen mit einem behandelnden Arzt zahlenmäßig etwas stärker vertreten sind (1.949 Praxen und MVZ bzw. 56 %) als die mittelgroßen oder großen Einrichtungen zusammen (1.510 Praxen und MVZ bzw. 44 %).

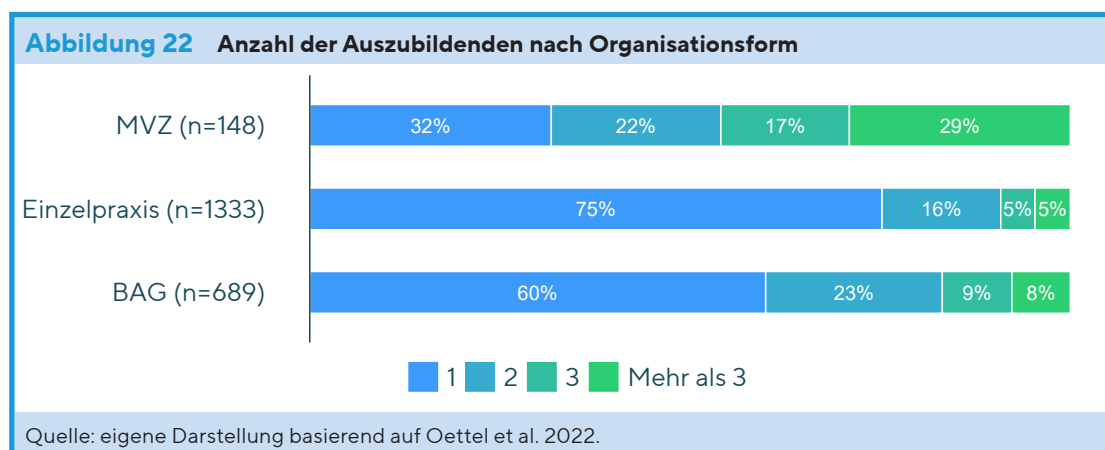
Planung

Die vertragsärztlichen Praxen und MVZ, die weder im aktuellen Ausbildungsjahr 2021/2022 ausbilden noch früher ausgebildet haben, planen dies zu mehr als 90 % beizubehalten. 10 % dieser Einrichtungen (127 von 1.306 Praxen und MVZ) wollen zukünftig eine eigene Ausbildungstätigkeit aufnehmen. Von den Praxen und MVZ, die früher ausgebildet haben, planen rund 30 % (150 von 510 Praxen und MVZ) einen Wiedereinstieg. Die vertragsärztlichen Einrichtungen, die aktuell ausbilden, wollen dies zum größten Teil so beibehalten (76 % bzw. 1.059 von 1.396 Praxen und MVZ). 11 % der aktuell ausbildenden Einrichtungen (152 von 1.396 Praxen und MVZ) planen, mehr Personal auszubilden, wohingegen ein insgesamt größerer Anteil (13 %) plant, die Ausbildungstätigkeit zu reduzieren (6 % bzw. 89 von 1.396 Praxen und MVZ) oder sogar ganz zu beenden (7 % bzw. 96 von 1.396 Praxen und MVZ). Die teilnehmenden MVZ isoliert betrachtet fällt auf, dass hier alle MVZ, die eine Änderung ihrer Ausbildungsstrategie planen, eine Erhöhung der Ausbildung planen. Bei Einzelpraxen und BAGs ist der entsprechende Anteil deutlich geringer (vgl. Abbildung 21).



Insgesamt ist die Anzahl von Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung, die einen Einstieg oder Wiedereinstieg in die Ausbildungstätigkeit planen (insgesamt 277 Praxen und MVZ) mehr als zweieinhalb Mal so groß wie die Anzahl derer, die einen Ausstieg aus der aktuellen Ausbildungstätigkeit planen (96 Praxen und MVZ). Somit ist für die Zukunft eine Zunahme der Ausbildungsquote zu erwarten.

Zum 01.11. des Jahres, in dem die vertragsärztlichen Praxen und MVZ zuletzt ausbildeten, hatten sie im Schnitt 1,54 Auszubildende. 67 % der Einrichtungen hatten genau einen Auszubildenden und 19 % bzw. 7 % zwei bzw. drei Auszubildende. Der Anteil von Praxen und MVZ mit mehr als drei Auszubildenden lag bei 7 %. Unter den teilnehmenden MVZ ist der Anteil der Einrichtungen, die mehr als drei Auszubildende haben, bei 29 %. Zum Vergleich, bei BAG liegt der Anteil bei 8 % (vgl. Abbildung 22).



Für die Ausbildung eigenen Personals lassen sich drei etwa gleichwertige Hauptgründe identifizieren. Erstens die Qualifizierung von Fachkräften, die langfristig in der Praxis eingesetzt werden sollen, zweitens der Einsatz von Auszubildenden als Arbeitskräfte in der Praxis bereits während der Ausbildungszeit und drittens, dass die Ausbildung eine gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe darstellt. Diese Gründe wurden von jeweils mindestens 80 % der antwortenden Praxen und MVZ als wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichten auf einer Skala von 1 (gar kein Grund) bis 5 (sehr wichtiger Grund) einen Mittelwert von knapp unter oder über 4. Andere in ihrer Relevanz zu bewertende Gründe (Positive Wirkung auf das Betriebsklima, Ausbildung gehört zur Praxistradition und insbesondere die Einsparung von Rekrutierungs- und Einarbeitungskosten für externe Fachkräfte) wurden deutlich seltener als wichtig oder sehr wichtig eingestuft (52 %, 50 % und 36 %) und erhielten auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) einen Mittelwert um 3.

Unter den teilnehmenden MVZ sind die Gründe ein Stück weit anders gelagert (vgl. Abbildung 23). Die Qualifizierung von Fachkräften, die langfristig im eigenen MVZs eingesetzt werden, ist zu 46 % ein sehr wichtiger oder eher wichtiger Grund, Ausbildung als gesellschaftliche Aufgaben zu 40 % und der Einsatz in der eigenen Praxis während der Ausbildungszeit zu 36 %.

Gegen die Ausbildung eigenen Praxispersonals lässt sich ein Hauptgrund identifizieren (vgl. Abbildung 24): Es lassen bzw. ließen sich keine qualifizierten Bewerberinnen und Bewerber finden. Dieser Grund wurde von 44 % der antwortenden Praxen als eher wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichte auf einer Skala der 1 (gar kein Grund) bis 5 (sehr wichtiger Grund) den Mittelwert 2,73. Andere in ihrer Relevanz zu bewertende Gründe wurden seltener als eher wichtig oder sehr wichtig eingestuft (von jeweils unter 30 % der antwortenden Praxen) und erhielten auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) einen Mittelwert von maximal 2,32.

Bei vertragsärztlichen Praxen, die ihre Ausbildungstätigkeit beendet haben bzw. planen, sie zu beenden, ist der Faktor, dass sich keine geeigneten Bewerberinnen und Bewerber finden ließen, noch deutlicher als Hauptgrund erkennbar: Er wurde von 68 % der antwortenden Praxen als eher wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichte auf einer Skala von 1 (gar kein Grund) bis 5 (sehr wichtiger Grund) den Mittelwert 3,62. Andere in ihrer Relevanz zu bewertende Gründe wurden deutlich seltener als eher wichtig oder sehr wichtig eingestuft (von jeweils unter 24 % der antwortenden Praxen) und erhielten auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) einen Mittelwert von maximal 2,18.

Die meisten Praxen und MVZ (78 %) hatten für ihr aktuellstes Ausbildungsjahr genau eine Ausbildungsstelle zu besetzen. 16 % der Einrichtungen boten zwei, 6 % mehr als zwei Stellen für Auszubildende an. Erwartungsgemäß sind die Anteile von Praxen und MVZ mit mehr als einer angebotenen Ausbildungsstelle unter großen Praxen und MVZ (mehr als ein behandelnder Arzt) größer als unter kleinen (ein behandelnder Arzt). Allerdings hatten auch die großen Einrichtungen im aktuellsten Ausbildungsjahr zu rund 70 % nur eine Ausbildungsstelle.

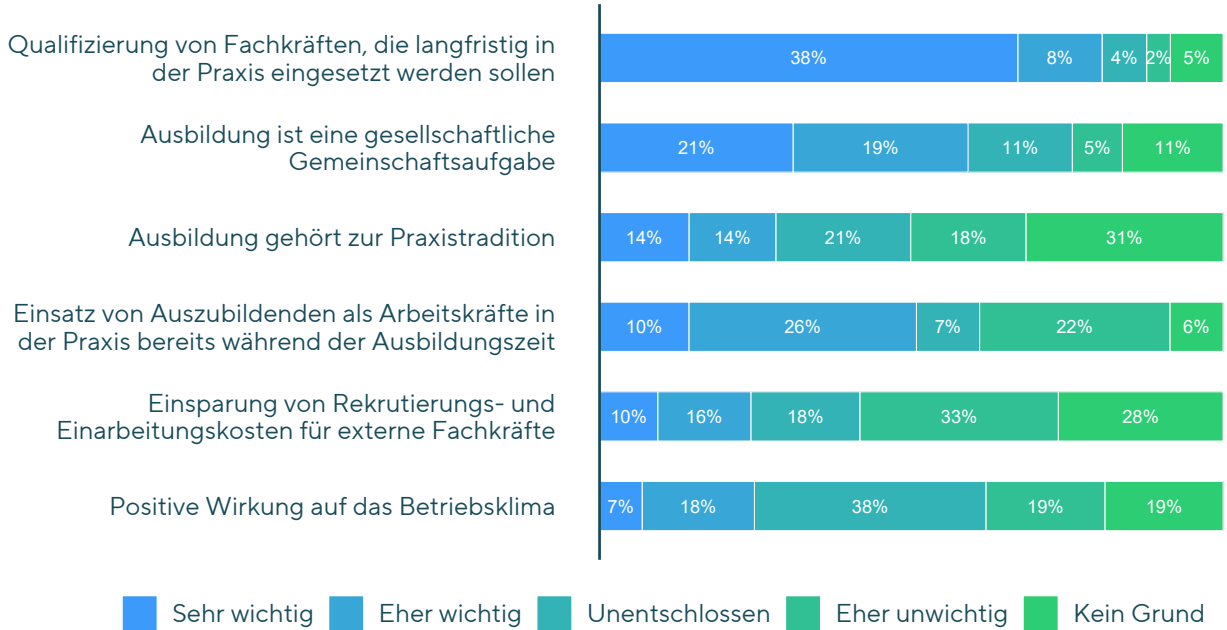
Deutliche Unterschiede hinsichtlich des Stellenangebotes zeigen sich zwischen vertragsärztlichen Praxen und MVZ: Während die Verteilung der Praxen auf die drei Größenklassen in etwa der oben beschriebenen Verteilung folgt, ist der Anteil von MVZ, die in ihrem aktuellsten Ausbildungsjahr mehr als eine Ausbildungsstelle zu besetzen hatten, deutlich größer. 23 % der MVZ boten zwei, 37 % mehr als zwei Ausbildungsstellen an.

Auf der Nachfrageseite (Bewerbungen) sieht es folgendermaßen aus: Fast die Hälfte aller Praxen und MVZ (insgesamt 50 %) erhielt vier und mehr Bewerbungen je angebotener Ausbildungsstelle. Jeweils ähnlich große Anteile von rund 14 bis 17 % erhielten im Schnitt eine bis unter zwei, zwei bis unter drei oder drei bis unter vier Bewerbungen je Stelle. Bei 4 % der Einrichtungen ging im Schnitt weniger als eine Bewerbung je angebotener Ausbildungsstelle ein.

Von den zu besetzenden Ausbildungsstellen hatten zu Beginn des aktuellen Ausbildungsjahres 2021/2022 rund 90 % der betreffenden Praxen und MVZ alle Stellen besetzt. In den verbleibenden Einrichtungen waren ein Teil (7 %) oder alle (4 %) Ausbildungsstellen zu Beginn des Ausbildungsjahres noch offen. Unter den Praxen und MVZ, die nur vor 2021 eine Ausbildungstätigkeit ausübten, waren zu Beginn des entsprechenden Ausbildungsjahres in nur etwa drei Vierteln (76 %) der Einrichtungen alle Ausbildungsstellen besetzt.

In 21 % von ihnen waren zu Beginn des Ausbildungsjahres alle und in 3 % ein Teil der Ausbildungsstellen unbesetzt. Es hat sich also nicht nur die Anzahl je Praxis angebotener Ausbildungsstellen vergrößert, sondern auch die Besetzungsquote verbessert bzw. sind Praxen und MVZ, die ihre Ausbildungstätigkeit beenden, tendenziell eher solche mit einer schlechteren Besetzungsquote. Dies passt zu der oben getätigten Feststellung, dass die ihre Ausbildungstätigkeit beendenden Einrichtungen tendenziell eher solche mit einer geringeren Anzahl eingehender Bewerbungen sind, und zu der Feststellung, dass Stellenbesetzungsprobleme der Hauptgrund für das Ausscheiden von Einrichtungen aus der Ausbildungstätigkeit sind.

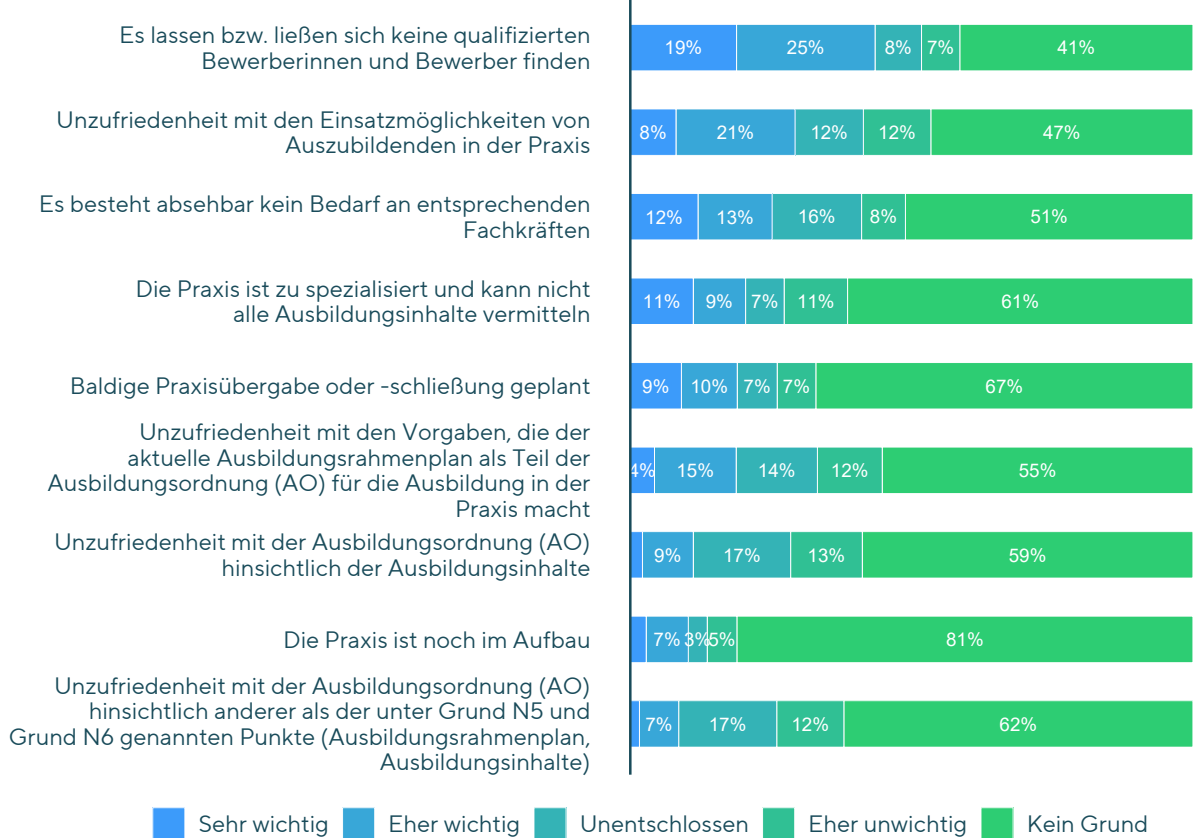
Abbildung 23 Gründe für Ausbildung unter den teilnehmenden MVZ



Quelle: eigene Darstellung basierend auf Oettel et al. 2022.

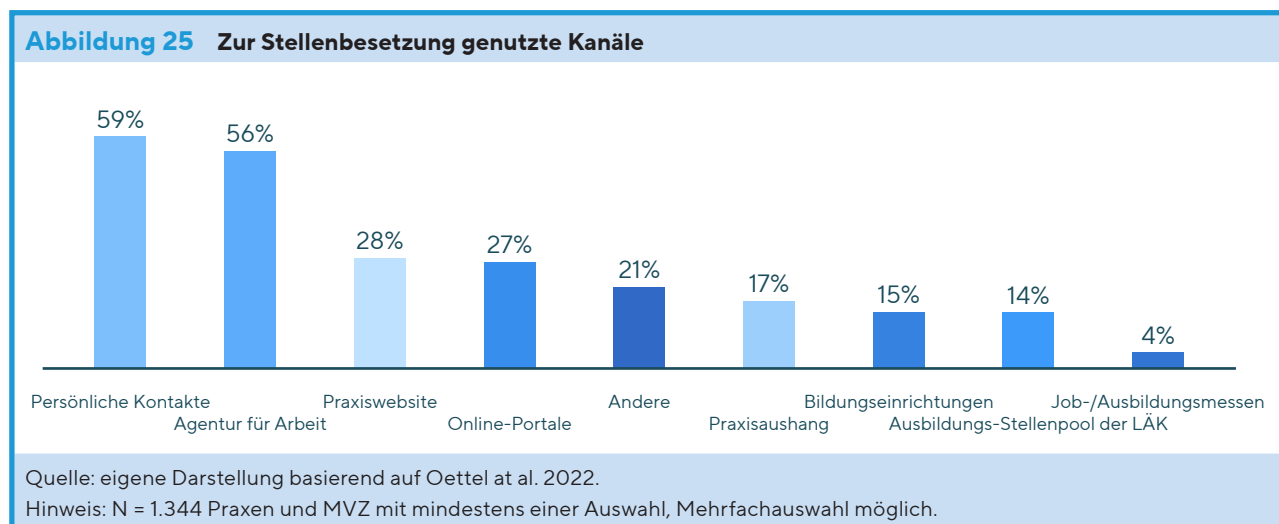
Hinweise: N zwischen 2.203 und 2.219 (variiert je nach Anzahl von antwortenden Praxen und MVZ je Merkmal). Anteile von Praxen und MVZ je Kategorie. Sortierung nach der Summe der Anteile für „eher wichtig“ und „sehr wichtig“. Der Anteil in der Kategorie „gar nicht wichtig“ liegt bei allen Merkmalen unter 1% und ist hier nicht gesondert ausgewiesen.

Abbildung 24 Gründe gegen eine Ausbildung



Hinweise: Praxen und MVZ ohne Ausbildungstätigkeit. N zwischen 1.291 und 1.321 (variiert je nach Anzahl von antwortenden Praxen und MVZ je Grund). „AO“ steht für Ausbildungsordnung. Anteile von Praxen je Bewertungskategorie. Sortierung nach der Summe der Anteile für „sehr wichtig“.

Der Weg zur Stellenbesetzung führt in den allermeisten Fällen (59 %) über persönliche Kontakte oder die Bundesagentur für Arbeit (rund 56 %, vgl. Abbildung 25). Alle anderen Besetzungs Kanäle werden von einem deutlich geringeren Anteil von Praxen und MVZ (maximal 28 %) genutzt. Nach Praxisgröße oder in der zeitlichen Entwicklung unterscheidet sich dieses Ergebnis kaum.



Als Zwischenfazit zur Beschreibung der quantitativen Seite der Stellen- und Bewerbungslage lässt sich feststellen, dass sich rein quantitativ die Nachfrage nach Ausbildungsstellen und die Besetzung der Ausbildungsstellen für die Praxen und MVZ, die im aktuellen Ausbildungsjahr 2021/2022 eine Ausbildungstätigkeit ausüben, als nicht schlecht darstellt: Mehr als die Hälfte der Einrichtungen erhielt vier und mehr Bewerbungen je Ausbildungsstelle. Kaum eine Praxis oder ein MVZ (3 %) erhielt im Schnitt je angebotener Stelle weniger als eine Bewerbung. Rund 90 % der Praxen und MVZ konnten alle angebotenen Ausbildungsstellen besetzen. Allerdings waren auch in rund 4 % der Einrichtungen zu Beginn des Ausbildungsjahres 2021/2022 alle Ausbildungsstellen unbesetzt.

Wie steht es um die qualitative Seite der Stellen- und Bewerbungslage?

In 24 % der aktuell ausbildenden Praxen und MVZ waren für das Ausbildungsjahr 2021/2022 alle eingehenden Bewerbungen auf Ausbildungsstellen geeignet. In weiteren 30 % der betreffenden Einrichtungen waren mehr als die Hälfte der eingehenden Bewerbungen geeignet, insgesamt also 54 %. 44 % dieser Praxen und MVZ erhielten maximal zur Hälfte geeignete Bewerbungen, 2 % gar keine geeigneten Bewerbungen für das Ausbildungsjahr 2021/2022.

Unter den Praxen und MVZ, die nur vor 2021 eine Ausbildungstätigkeit ausübten, waren in etwa einem Drittel (33 %) der betreffenden Fälle alle und in weiteren 26 % mehr als die Hälfte der eingehenden Bewerbungen geeignet, insgesamt also 59 %. 35 % dieser Einrichtungen erhielten maximal zur Hälfte geeignete Bewerbungen und 5 % gar keine Bewerbungen für das entsprechende Ausbildungsjahr. Der Anteil von Einrichtungen mit mindestens hälftiger Eignung der Bewerbungen hat folglich abgenommen bzw. sind Praxen und MVZ, die ihre Ausbildungstätigkeit beenden, tendenziell eher solche mit einer vergleichsweise guten Bewerbungseignung. Gleichzeitig sind die aus der Ausbildungstätigkeit ausscheidenden

Einrichtungen allerdings auch die mit einem geringeren Stellenangebot und einer schlechteren Besetzungsquote.

Der größte Teil der Praxen und MVZ wünscht sich von den Auszubildenden als schulische Qualifikation die Mittlere Reife (73 % bzw. 1.692 Praxen und MVZ). Nur 4 % der Einrichtungen sind mit einer geringeren schulischen Qualifikation (Hauptschulabschluss) zufrieden, insgesamt 15 % würden am liebsten Auszubildende mit Fachhochschul- oder Allgemeiner Hochschulreife einstellen.

Mehr als zwei Drittel der Praxen und MVZ, die dem allgemeinen Standard entsprechend Auszubildende mit Mittlerer Reife als schulischer Qualifikation anstellen möchten, gelingt dies hinsichtlich des überwiegenden Teils ihrer Auszubildenden (68 %, inklusive 2 % mit höherem als dem gewünschten Abschluss). Fast ein Drittel der Einrichtungen (33 %) berichten jedoch, dass ihre Auszubildenden in der Regel einen niedrigeren als den gewünschten Abschluss (hier Mittlere Reife) aufwiesen.

Als Zwischenfazit zur Beschreibung der qualitativen Seite der Stellen- und Bewerbungslage lässt sich feststellen, dass die Bewerbungslage der Praxen und MVZ, die im aktuellen Ausbildungsjahr 2021/2022 eine Ausbildungstätigkeit ausüben, eher schlecht zu bewerten ist: In fast der Hälfte der Einrichtungen (46 %) waren im Schnitt nicht einmal die Hälfte der Bewerbungen je Stelle geeignet und in fast einem Drittel (32 %) der Praxen und MVZ hatten die eingestellten Auszubildenden in der Regel einen geringeren als den erwarteten Schulabschluss ‚Mittlere Reife‘.

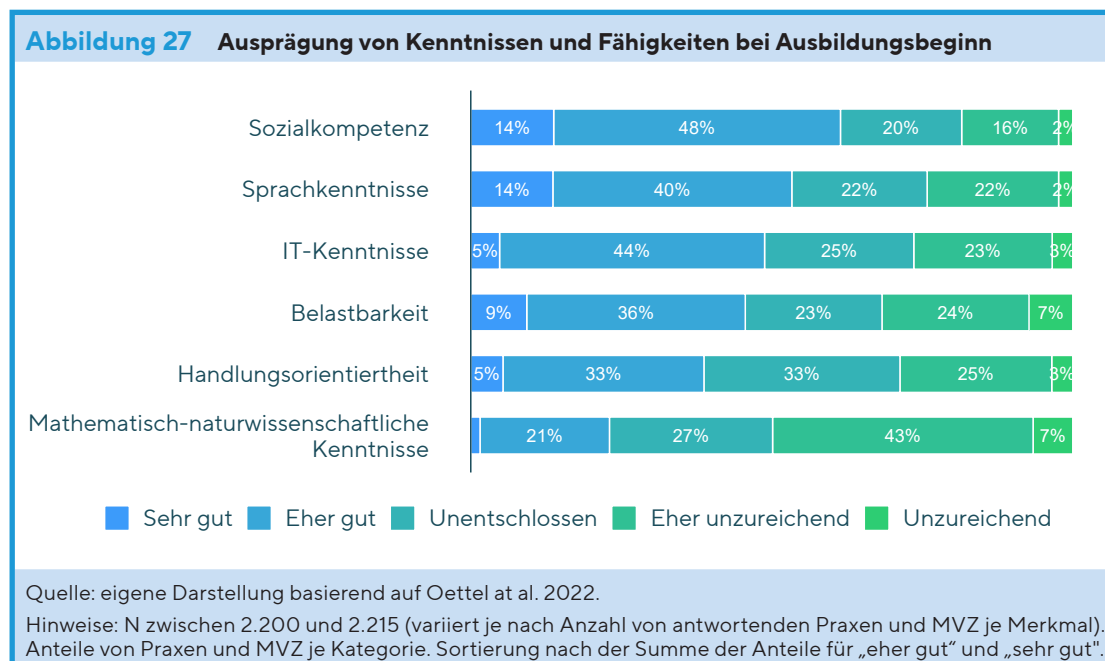
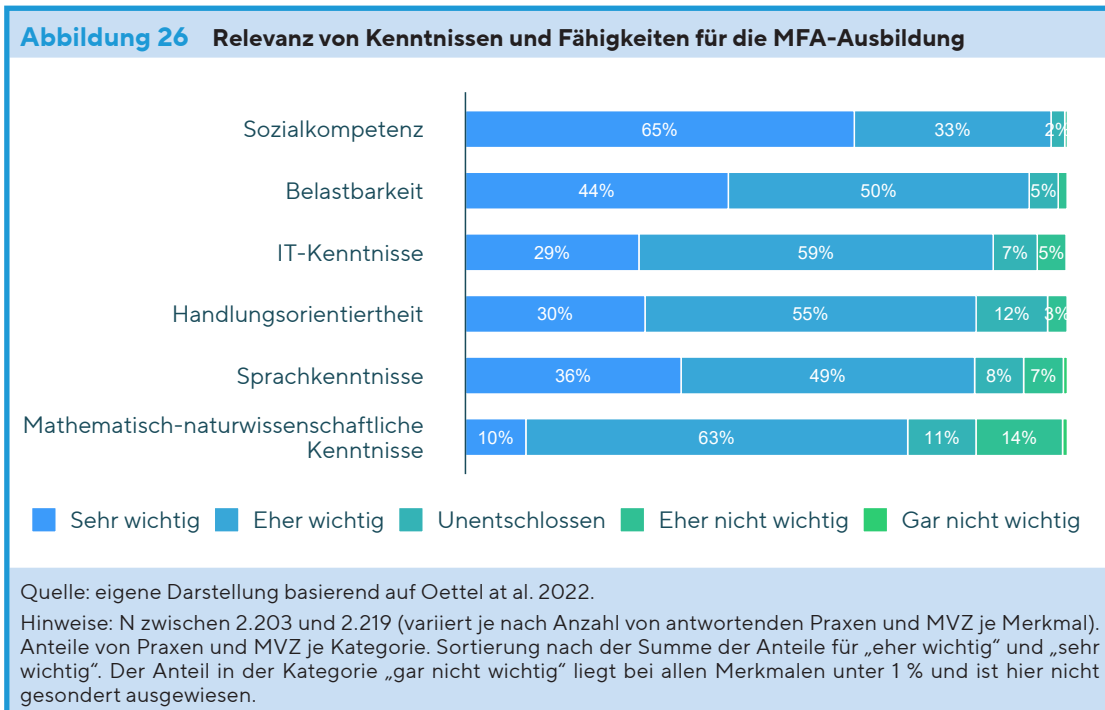
Während die Praxen und MVZ also, wie oben beschrieben, rein quantitativ aus einem ausreichend großen Bewerbungspool schöpfen können, ist die qualitative Eignung der Bewerberinnen und Bewerber, die eingestellt werden, problematisch. Dies passt zu der Feststellung, dass die ausbildenden Einrichtungen darunter leiden, dass sie zu wenige geeignete Bewerberinnen und Bewerber für ihre Ausbildungsstellen finden und dies dazu führen kann, dass sie aus diesem Grund die Ausbildungstätigkeit komplett aufgeben.

Als Folge einer Besetzung mit unzureichend qualifizierten Kandidatinnen oder Kandidaten sind eine verminderte Qualität der Arbeitsbeiträge und vermehrte Ausbildungsabbrüche zu erwarten.

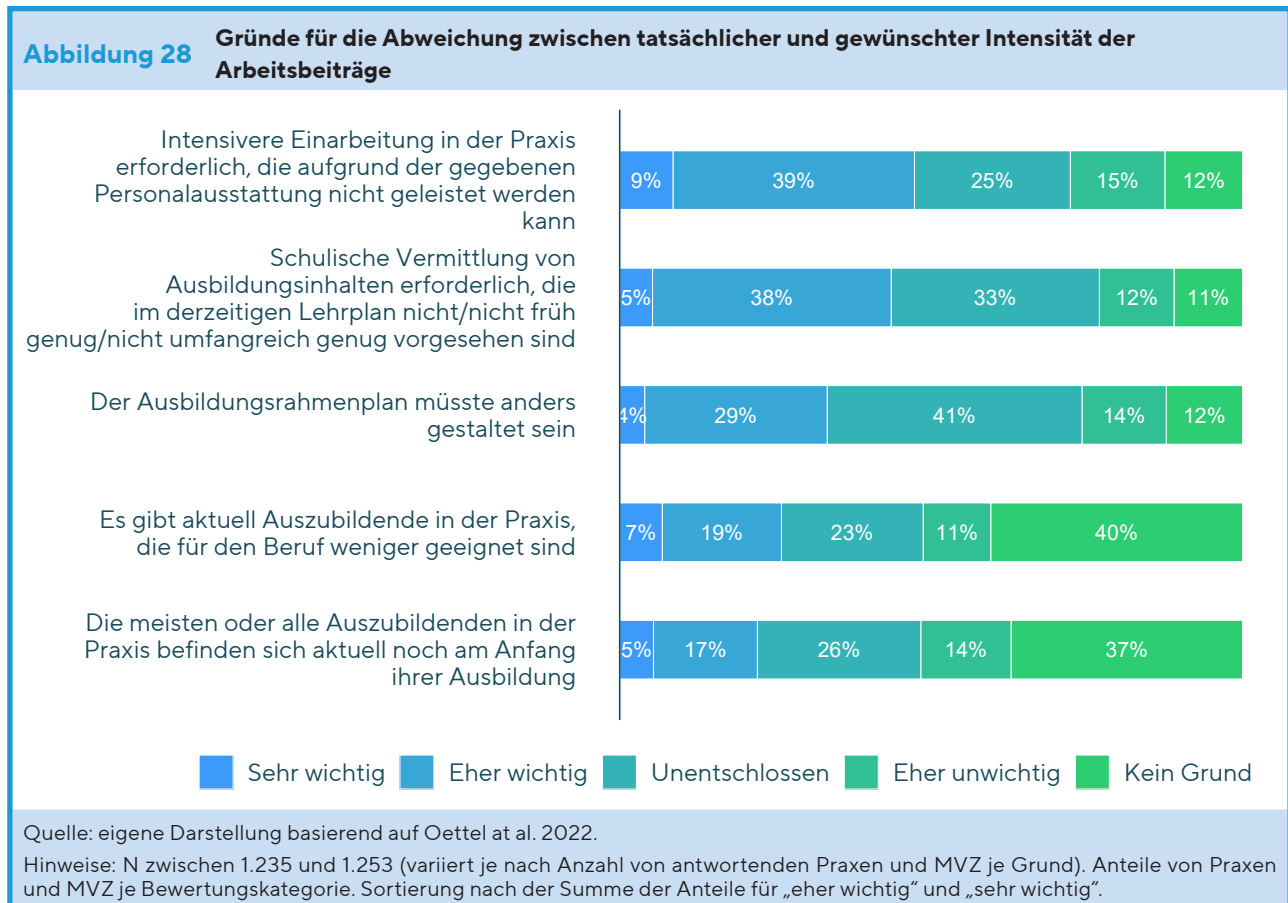
In welcher Hinsicht bestehen die oben festgestellten Defizite bei der Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber? Um dies zu untersuchen, wurden die teilnehmenden Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter gebeten, sowohl die Relevanz als auch die tatsächliche Ausprägung der folgenden Kenntnisse und Fähigkeiten zu bewerten: Mathematisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse, Sprachkenntnisse, IT-Kenntnisse, Sozialkompetenz, Handlungsorientiertheit, Belastbarkeit. Die Beurteilung der Relevanz erfolgte auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig), die Beurteilung der tatsächlichen Ausprägung auf einer Skala von 1 (unzureichend) bis 5 (sehr gut).

Abbildung 26 zeigt, dass allen abgefragten Kenntnissen und Fähigkeiten von den Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leitern eine hohe Bedeutung zugesprochen wird: Alle Merkmale wurden von fast mindestens einem Viertel (73 %) der Einrichtungen als wichtig oder sehr wichtig beurteilt. Dies gilt aber insbesondere im Hin-

blick auf den Faktor Sozialkompetenz. Dieser wird von über zwei Dritteln (65 %) der Praxen und MVZ als sehr wichtig erachtet. Mit 97 % schätzt ihn fast die gesamte Vertragsärzteschaft als wichtig oder sehr wichtig ein. Als zweitwichtigstes Qualifikationsmerkmal kann die Belastbarkeit identifiziert werden. Insgesamt 94 % stufen diesen Faktor als wichtig oder sehr wichtig ein. Hier geben allerdings mit 44 % der Praxen und MVZ im Vergleich zur Sozialkompetenz (65 %, vgl. oben) deutlich weniger das Urteil „sehr wichtig“ ab. Die vergleichsweise geringste Rolle spielen der Einschätzung der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter zufolge mathematisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse. 74 % von ihnen stufen dieses Merkmal als wichtig oder sehr wichtig ein, nur 10,0 % beurteilen es als „sehr wichtig“.



Die Sozialkompetenz ist gleichzeitig auch das Merkmal, das unter den Auszubildenden vergleichsweise am besten ausgeprägt ist (vgl. Abbildung 27): 61 % der Praxen und MVZ stufen diesen Faktor als eher gut oder sehr gut ausgeprägt ein. Auf den nachfolgenden Plätzen folgen Sprach- und IT-Kenntnisse. Diese werden von rund der Hälfte (52 % bzw. 49 %) der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leitern als eher gut oder sehr gut ausgeprägt beurteilt. Mathematisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse sind hingegen vergleichsweise am schlechtesten ausgeprägt. Hier gaben 23 % der Praxen und MVZ an, dass es unter ihren Auszubildenden in der Regel eher gut oder gut ausgeprägt ist bzw. war.



Ziel der weiteren Analyse war es, die genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in eine Rangfolge von denen mit den ernsthaftesten hin zu denen mit den geringsten Qualifikationsdefiziten zu bringen. Zu diesem Zweck wurde die Differenz aus den Skalenpunkten zur tatsächlichen Ausprägung und denen zur Relevanz gebildet. Für diese Differenz gibt es drei wichtige Konstellationen:

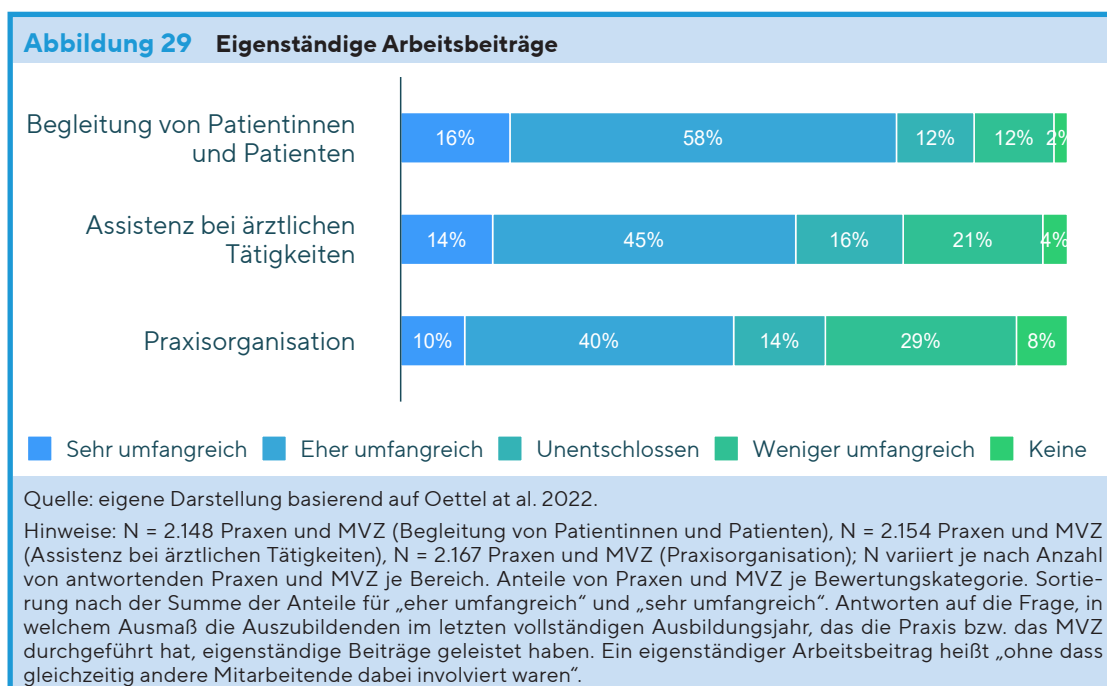
- < 0 (Qualifikationsdefizit vorhanden / negativer Match, d.h. Mismatch): Ein Wert kleiner als Null ergibt sich, wenn auf der entsprechenden Skala von 1 bis 5 die Relevanz des jeweiligen Merkmals wichtiger eingestuft wird als die Güte der Ausprägung beurteilt wird. Die Relevanz des Merkmals wird hier stärker bewertet als das Merkmal tatsächlich ausgeprägt ist.
- 0 (ausgeglichen / perfekter Match): Ein Wert gleich Null ergibt sich, wenn auf der entsprechenden Skala von 1 bis 5 die Relevanz des jeweiligen Merkmals genauso wichtig eingestuft wird, wie die Güte der Ausprägung beurteilt wird. Die Relevanz passt hier zur tatsächlichen Ausprägung.

- > 0 (kein Qualifikationsdefizit vorhanden / positiver Match): Ein Wert größer als Null ergibt sich, wenn auf der entsprechenden Skala von 1 bis 5 die Relevanz des jeweiligen Merkmals weniger wichtig eingestuft wird als die Güte der Ausprägung beurteilt wird. Die Relevanz des Merkmals wird hier schwächer bewertet als das Merkmal tatsächlich ausgeprägt ist.

Die so ermittelten Skalenwerte sind mit dem sogenannten Skill Mismatch oder Qualification Mismatch vergleichbar, welche in der Arbeitsmarktökonomik die Diskrepanz zwischen vorhandener und benötigter Qualifikation eines Arbeitnehmers beschreibt (vgl. beispielsweise McGowan und Andrews, 2015). Da hier die Relevanz des jeweiligen Merkmals und nicht die benötigte Ausprägung erfragt wurde, sind die Werte nur indirekt als Skills Mismatch interpretierbar. Da die jeweilige Skalendifferenz jedoch für jedes Merkmal auf gleiche Weise berechnet worden ist, lässt sich die durch Sortierung der Merkmale ermittelte Rangfolge als Rangfolge von denen mit den ernsthaftesten hin zu denen mit den geringsten Qualifikationsdefiziten interpretieren.

Gemäß dieser Rangfolge besteht das ernsthafteste Qualifikationsdefizit bei den Merkmalen Sozialkompetenz und Belastbarkeit. Beide Merkmale werden den Soft Skills zugeordnet. Mathematisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse als erstes Merkmal, das sich auf schulisch vermittelte Fähigkeiten bezieht, steht auf Platz drei. Etwas schwächer ist das Qualifikationsdefizit beim Merkmal Handlungsorientiertheit, welches auf Platz 4 folgt. Am relativ geringsten sind die Qualifikationsdefizite bei IT- und Sprachkenntnissen, welche auf den hinteren beiden Plätzen liegen.

Hieraus sollte nicht geschlussfolgert werden, dass Sozialkompetenz das am schlechtesten unter den Auszubildenden ausgeprägte Merkmal ist. Betrachtet man die der Berechnung der Qualifikationsdefizite zugrundeliegende Einzelbewertung der Ausprägung der einzelnen Merkmale (vgl. oben), zeigt sich sogar, dass die Sozialkompetenz das am besten ausgeprägte Merkmal ist. Die Sozialkompetenz weist aber in Bezug auf ihre Relevanz, welche im Zuge der Corona-Pandemie sicherlich noch einmal an Bedeutung gewonnen hat, die größten Qualifikationsdefizite unter den Auszubildenden auf.

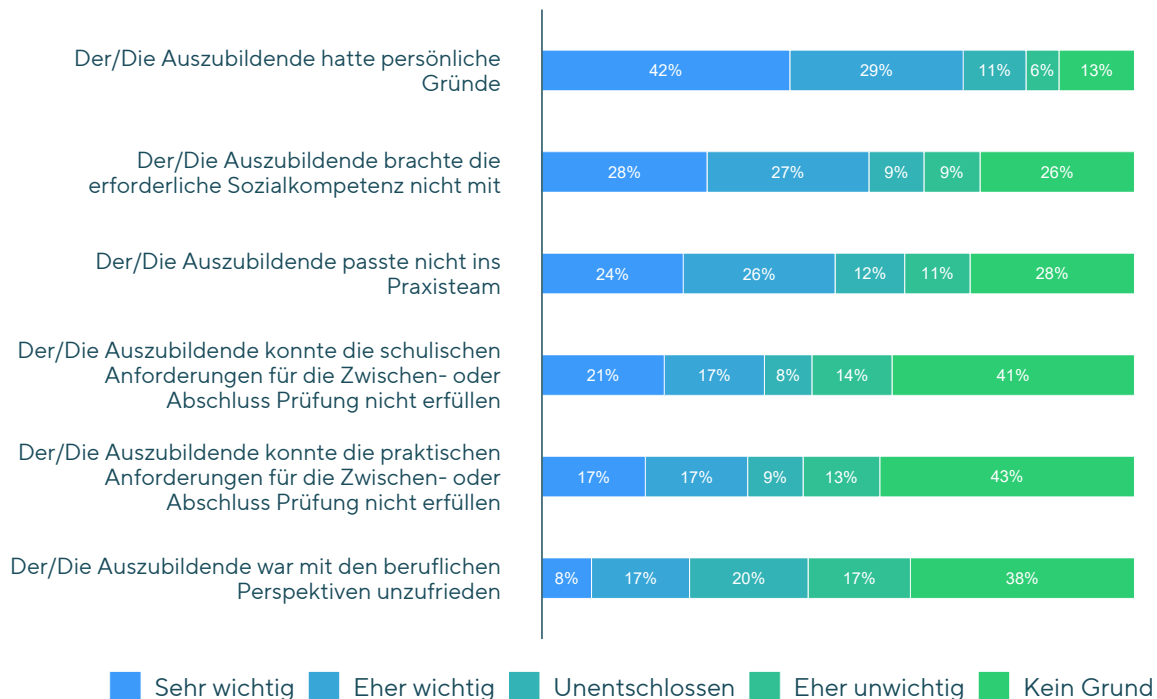


Eigenständige Arbeitsbeiträge (das heißt „ohne dass gleichzeitig andere Mitarbeitende dabei involviert sind“) leisten die Auszubildenden vor allem im Bereich der Begleitung von Patientinnen und Patienten (vgl. Abbildung 29): Bezogen auf das letzte vollständige Ausbildungsjahr, das sie durchgeführt haben, gaben fast drei Viertel (74 %) der Praxen und MVZ an, dass in diesem Bereich Auszubildende eher umfangreiche oder sehr umfangreiche Arbeitsbeiträge geleistet haben. Auf einer Skala von 1 (keine Beiträge) bis 5 (sehr umfangreiche Beiträge) erreichte dieser Bereich mit 3,75 den höchsten Mittelwert. Im Bereich der Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten sind es ebenfalls noch deutlich mehr als die Hälfte (59 %) der Einrichtungen, die einen derartigen Arbeitsumfang ihrer Auszubildenden angaben. Der entsprechende Mittelwert liegt hier bei 3,45. Die vergleichsweise geringsten Arbeitsbeiträge werden im Bereich der Praxisorganisation geleistet. Hier gaben etwa die Hälfte (50 %) der Praxen und MVZ an, dass sie die Arbeitsverträge ihrer Auszubildenden als eher umfangreich oder sehr umfangreich bewerteten. Auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) erreichte dieser Bereich mit 3,16 den niedrigsten Mittelwert.

Gleichzeitig wünschen sich die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter im Bereich der Praxisorganisation am häufigsten (42 % der Einrichtungen) eine Intensivierung der Arbeitsbeiträge ihrer Auszubildenden. Bezüglich der anderen beiden Bereiche besteht dieser Intensivierungswunsch nur bei rund 30 % der Praxen und MVZ.

Insgesamt besteht der Wunsch nach Intensivierung des Auszubildendeneinsatzes aber in weniger als der Hälfte der Praxen und MVZ. Ein in Folge der Qualifikationsdefizite zu erwartender verminderter Einsatz der Auszubildenden bestätigt sich also nicht.

Abbildung 30 Gründe für die Ausbildungsabbrüche



Quelle: eigene Darstellung basierend auf Oettel et al. 2022.

Hinweise: Von Abbrüchen betroffene Praxen und MVZ mit Ausbildungstätigkeit in den Jahren 2017-2020. N zwischen 550 und 562 (variiert je nach Anzahl von antwortenden Praxen und MVZ je Grund). Anteile von Praxen und MVZ je Bewertungskategorie. Sortierung nach der Summe der Anteile für „eher wichtig“ und „sehr wichtig“.

Für die Abweichung zwischen tatsächlicher und gewünschter Intensität des Auszubildeneinsatzes lassen sich zwei Hauptgründe identifizieren: Die mangelnde berufsschulische Vermittlung von Arbeitsinhalten aufgrund einer Fehlgestaltung des Lehrplans sowie fehlende Einarbeitungskapazitäten aufgrund der Personalausstattung. Diese Gründe wurden von 44 % bzw. 47 % der antwortenden Praxen und MVZ als wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichten sie auf einer Skala von 1 (gar kein Grund) bis 5 (sehr wichtiger Grund) den Mittelwert 3,16 bzw. 3,17.

Ungefähr ein Drittel (33 %) der Praxen und MVZ sind in den Jahren 2017 bis 2021 von Ausbildungsabbrüchen betroffen gewesen, darunter mehr als ein Viertel (28 %) sogar mehrmals.

Mehr als drei Viertel (78 %) der betroffenen Auszubildenden befanden sich zum Zeitpunkt des Ausbildungsabbruches im ersten Lehrjahr. Der Anteil von Abbrechenden im zweiten Lehrjahr beläuft sich aber auf immerhin 20 %. Ein Abbruch in späteren Lehrjahren erfolgte hingegen nur bei 2 % der Auszubildenden.

Welche Alternative wählten die Auszubildenden mit Abbrüchen ihrer MFA-Ausbildung? Die meisten, knapp ein Drittel (33 %) der Auszubildenden, stiegen mit dem Abbruch aus dem Beruf aus (auch vorübergehend, bspw. aus familiären oder persönlichen Gründen, vgl. Abbildung 27). Etwas mehr als ein Viertel (26 %) der Auszubildenden entschieden sich für eine andere Ausbildungsrichtung im medizinischen Bereich, gefolgt von einer anderen Ausbildungsrichtung im nicht-medizinischen Bereich (15 % der Auszubildenden). Im seltensten Falle (2 % der Auszubildenden) wurde ein Studium aufgenommen. In den übrigen Fällen lag eine sonstige Alternative vor (17 %) oder war noch nicht entschieden (7 %).

Für die Ausbildungsabbrüche lassen sich private Gründe als Hauptgrund und soziale Gründe als weitere wichtige Gründe identifizieren (vgl. Abbildung 30): Persönliche Gründe des bzw. der Auszubildenden wurden von 71 % der antwortenden Einrichtungen als wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichte dieser Aspekt auf einer Skala von 1 (gar kein Grund) bis 5 (sehr wichtiger Grund) den Mittelwert 3,81. Soziale Gründe, genauer gesagt mangelnde Sozialkompetenz und mangelndes Passen ins Praxisteam, wurden von jeweils ungefähr der Hälfte (55 % bzw. 49 %) der Einrichtungen als wichtig oder sehr wichtig eingestuft bzw. erreichten sie auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) den Mittelwert 3,20 bzw. 3,07.

Eine Unzufriedenheit mit den beruflichen Perspektiven oder, dass die Auszubildenden die schulischen oder praktischen Anforderungen nicht erfüllen könnten, sind hingegen keine wichtigen Gründe für die Ausbildungsabbrüche. Im Gegenteil hält jeweils deutlich mehr als die Hälfte der Praxen und MVZ diese für keinen oder einen eher unwichtigen Grund für die Ausbildungsabbrüche.

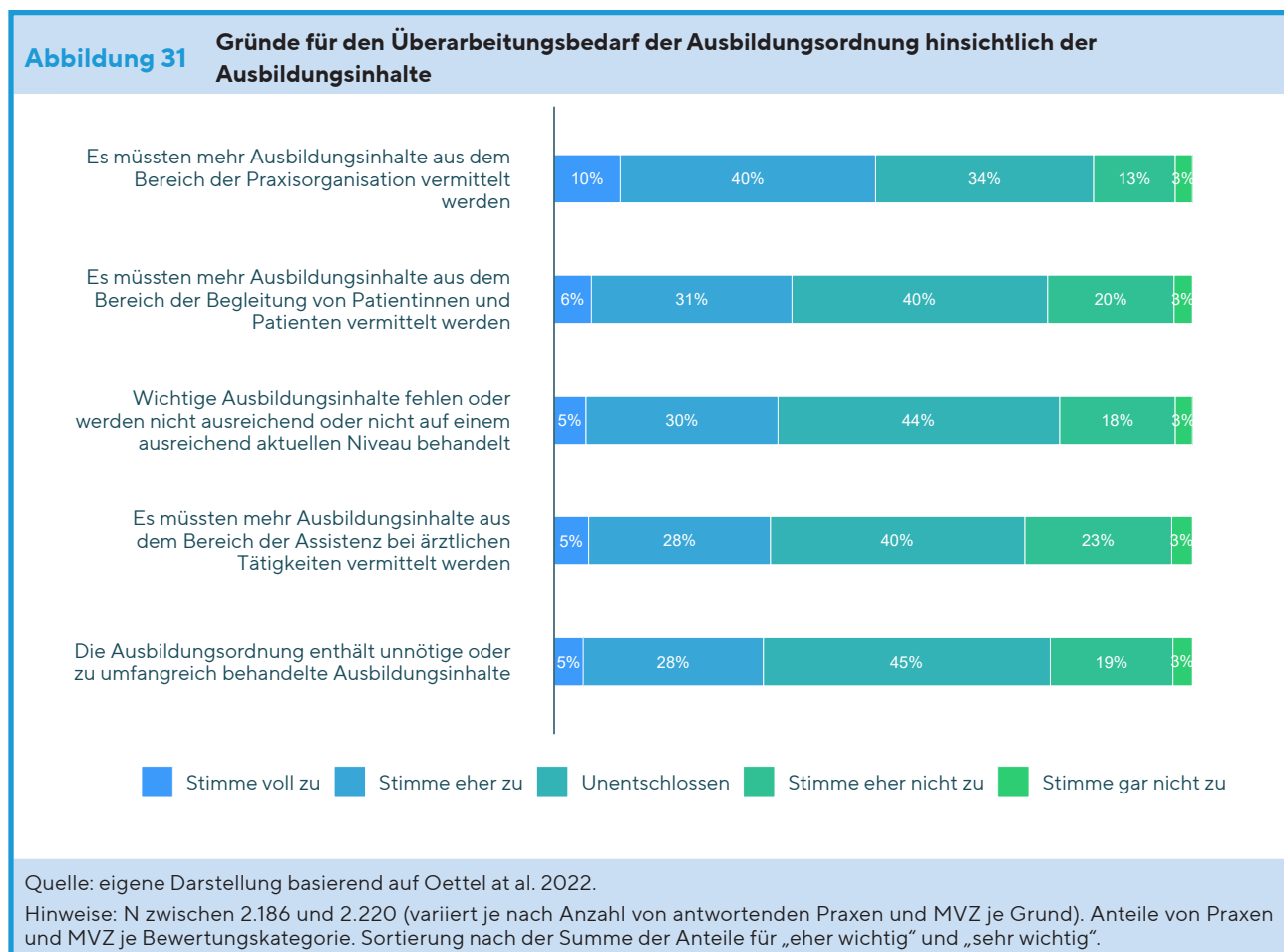
Sozialkompetenz wurde bereits als der Faktor identifiziert, bei dem die Auszubildenden die vergleichsweise größten Qualifikationsdefizite angesichts der hohen Relevanz dieses Faktors aufweisen. Hier zeigt sich nun, dass sich dieses Defizit so stark auswirkt, dass es neben persönlichen Gründen als Hauptgrund für Ausbildungsabbrüche gilt. Schulisch erworbene Grundqualifikationen wurden hingegen als Faktoren identifiziert, bei denen die Auszubildenden die vergleichsweise geringsten Qualifikationsdefizite aufweisen.

Entsprechend zeigt sich hier, dass die Auszubildenden die schulischen und praktischen Anforderungen – abgesehen von denen an soziale Fähigkeiten – gut meistern können und

diese in der Regel keinen Abbruchgrund darstellen.

Um die aus Sicht der vertragsärztlichen Praxen und MVZ wichtigsten Gründe für eine Aktualisierung der Ausbildungsordnung identifizieren zu können, wurden die teilnehmenden ausbildenden Einrichtungen um eine Beurteilung der Relevanz verschiedener Aussagen zur Überarbeitung der Ausbildungsordnung gebeten, sowohl hinsichtlich der Ausbildungsinhalte als auch hinsichtlich des allgemeinen Überarbeitungsbedarfs. Zusätzlich zu dieser Beurteilung konnten weitere Gründe für eine Aktualisierung der Ausbildungsordnung frei genannt werden und fehlende bzw. nicht ausreichend oder nicht auf ausreichend aktuellem Niveau behandelte Ausbildungsinhalte sowohl ausgewählt als auch frei genannt werden.

Für die Überarbeitung der Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte sprechen sich die Praxen und MVZ vor allem aus, weil mehr Ausbildungsinhalte aus dem Bereich der Praxisorganisation vermittelt werden müssten (vgl. Abbildung 31): Dieser Aussage stimmte knapp die Hälfte der antwortenden Einrichtungen eher oder voll zu bzw. erreichte die Aussage auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) den Mittelwert 3,42. Nur 16 % der antwortenden Einrichtungen gab an, dieser Aussage gar nicht oder eher nicht zuzustimmen.



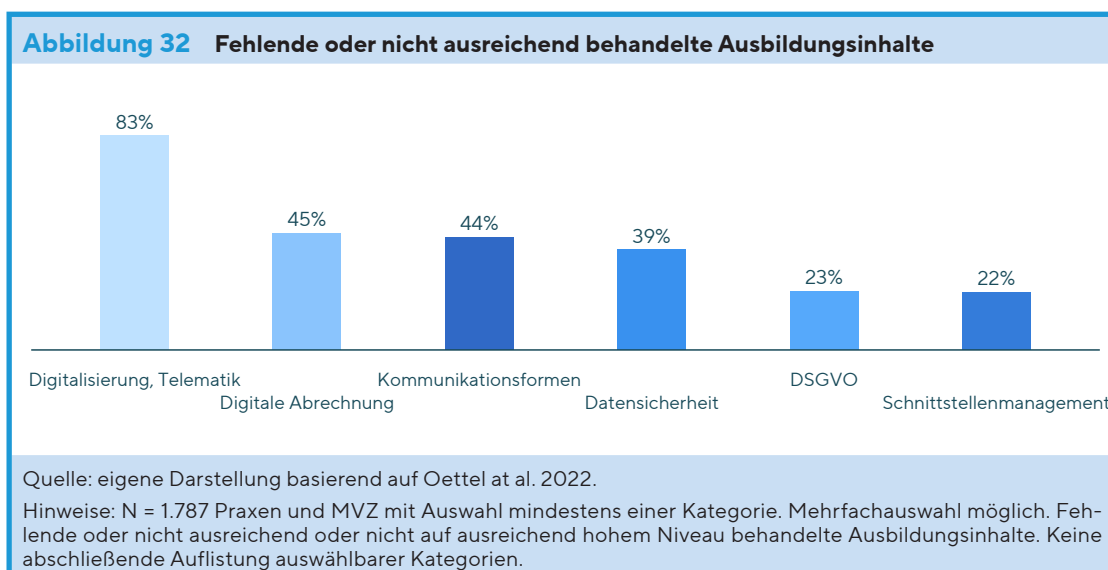
Anderen in ihrer Relevanz zu bewertenden Aussagen (vgl. Abbildung 31) wurde seltener, aber mit jeweils rund 33 % bis 37 % der antwortenden Praxen und MVZ immer noch recht häufig zugestimmt. Nur rund 21 % bis 26 % der antwortenden Einrichtungen stimmten diesen Aussagen gar nicht oder eher nicht zu und sie erhielten auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) den Mittelwert 3,10 bis 3,16.

Gefragt nach weiteren wichtigen Gründen für die Überarbeitung der Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte wurde mit 19 % der ausgewerteten Fälle am häufigsten genannt, dass die Auszubildenden mehr IT-Kenntnisse benötigten und das Thema Digitalisierung in der Ausbildungsordnung einen größeren Stellenwert bekommen sollte.

Zudem beziehen sich 12 % der ausgewerteten Nennungen zu weiteren Gründen darauf, dass die Grundlagen der Auszubildenden nicht ausreichend seien. Es müssten demnach Mängel im Bereich von Soft Skills, der Allgemeinbildung aber auch an den schulischen Grundlagen wie Rechtschreibung und Rechnen behoben werden. In 12 % der ausgewerteten Fälle wurde beanstandet, dass den Auszubildenden mehr spezifisches Wissen der jeweiligen Fachbereiche vermittelt werden sollte. Dies gilt sowohl in Bezug auf verschiedene fachärztliche als auch auf den hausärztlichen Fachbereich.

Zudem wurde in 12 % der Fälle angegeben, dass die Auszubildenden zu viel theoretisches Wissen erlangten, welches in der Praxis nicht von Relevanz sei und die Ausbildungsinhalte daher stärker auf praxisrelevante Inhalte konzentriert werden sollten. In 9 % der ausgewerteten Fälle wurde kritisiert, dass die medizinischen Inhalte in der Ausbildungsordnung aktualisiert und ausgeweitet werden müssten. Es sollten Anatomie, gängige Krankheitsbilder, Pharmazie und ICD-10 Codes gelehrt werden. In ebenfalls 9 % der ausgewerteten Fälle wurde eine stärkere Vermittlung betriebswirtschaftlicher Kenntnisse, darunter Abrechnung, Finanzierung und Praxismanagement, gefordert.

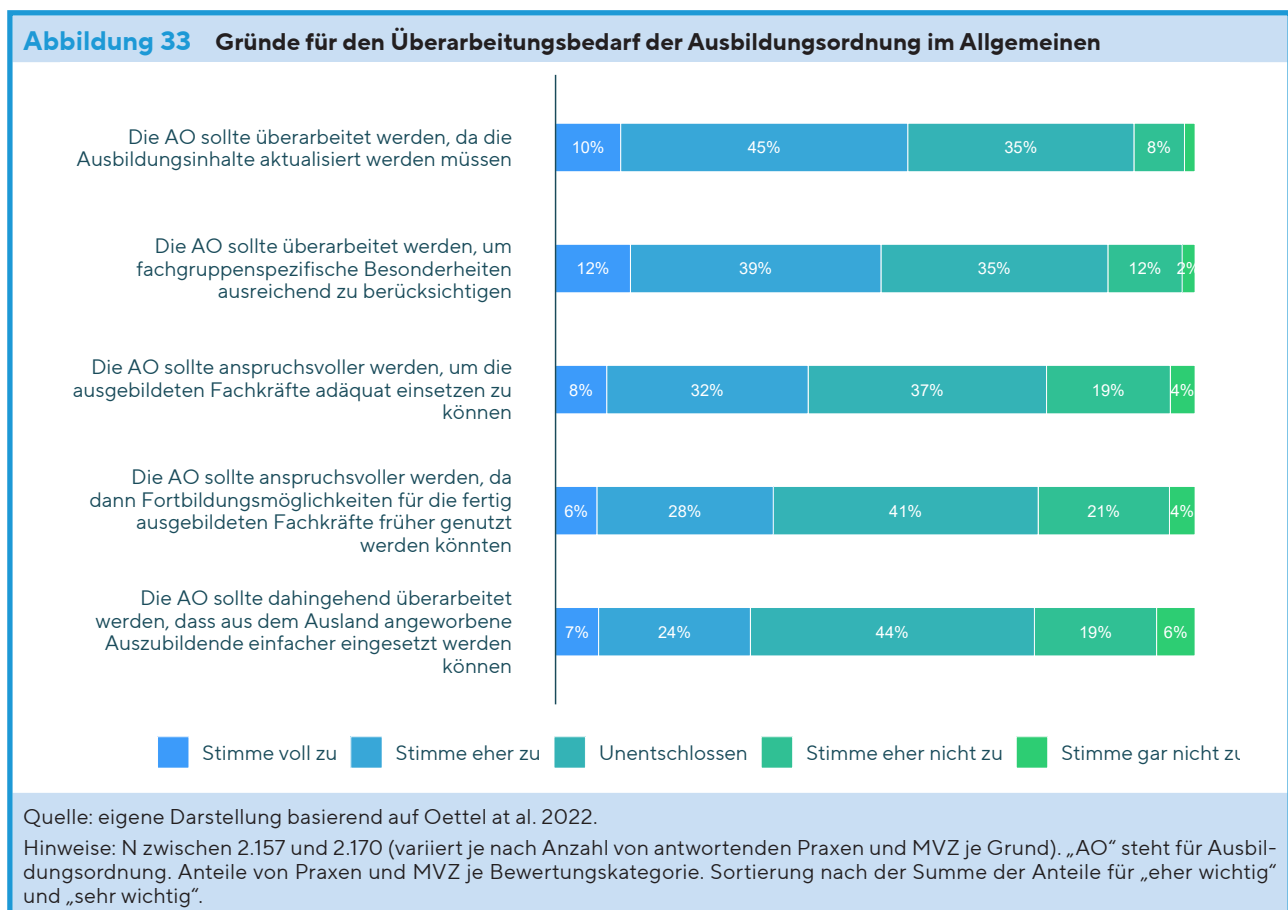
Folglich wird der Bedarf, die Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte zu überarbeiten, von den ausbildenden vertragsärztlichen Praxen und MVZ insgesamt als sehr hoch eingestuft und dies gilt insbesondere im Hinblick auf Inhalte im Bereich der Praxisorganisation. Dies ist der Bereich, der in oben als der identifiziert wurde, in dem sich die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter am häufigsten eine stärkere Einbindung ihrer Auszubildenden durch eigenständige Arbeitsbeiträge wünschen.



Der Bedarf, die schulische und praktische Vermittlung der drauf bezogenen Ausbildungsinhalte entsprechend anzupassen, um einen effizienteren Einsatz der Auszubildenden in den Einrichtungen zu erreichen, wurde dort ebenfalls bereits ausgemacht. Dies bestätigen die

in diesem Abschnitt beschriebenen Ergebnisse. Diesem zufolge stellt zudem neben bzw. im Bereich der Praxisorganisation die mangelnde Vermittlung von Ausbildungsinhalten bezogen auf die Digitalisierung einen wichtigen Grund für eine inhaltliche Überarbeitung der Ausbildungsordnung dar.

Letzteres zeigt sich auch daran, dass 83 % der Praxen und MVZ, die mindestens einen Ausbildungsinhalt auswählten, der gemäß der aktuellen Ausbildungsordnung fehlt bzw. nicht ausreichend oder nicht auf ausreichend aktuellem Niveau behandelt wird, sich für „Digitalisierung, Telematik“ entschieden (vgl. Abbildung 32). Mit deutlichem Abstand folgen „Digitale Abrechnung“ (von 45 % der Einrichtungen ausgewählt), „Kommunikationsformen“ (von 44 % der Praxen und MVZ ausgewählt) und „Datensicherheit“ (von 39 % der Praxen und MVZ ausgewählt), sowie mit weiterem Abstand „DSGVO“ (von 23 % der Praxen und MVZ ausgewählt) und „Schnittstellenmanagement“ (von 22 % der Einrichtungen ausgewählt). Bis auf „Kommunikationsformen“ fallen somit die wichtigsten Punkte, welche als Ausbildungsinhalte nicht oder nicht ausreichend gehandelt werden, in den Bereich Digitalisierung.



Bei der Nennung anderer als der vorgegebenen Ausbildungsinhalte überwiegt mit 22 % der ausgewerteten Fälle die Angabe, dass zu wenig medizinische Fachkenntnisse (Physiologie, Anatomie, Pharmazeutik) oder praktische medizinische Fähigkeiten (Blutabnahme, Wundversorgung, Impfen, kleinere Operationen) vermittelt würden. Am zweithäufigsten (18 %) wurde als weiterer fehlender Ausbildungsinhalt die Vermittlung von Grundvoraussetzungen im Bereich der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit und Zuverlässigkeit (Soft Skills), aber auch schulischer Grundkenntnisse, vor allem im Bereich Sprache und Rechtschreibung, genannt.

Bei der Angabe anderer als der vorgegebenen Ausbildungsinhalte überwiegt mit 23 % der ausgewerteten Fälle die Angabe, dass zu wenig medizinische Fachkenntnisse (Physiologie, Anatomie, Pharmazie) vermittelt würden. Am zweithäufigsten (21 %) wurde als weiterer fehlender Ausbildungsinhalt der Bereich Grundlagenkenntnisse und -fähigkeiten genannt. Hierunter fallen Grundvoraussetzungen im Bereich der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, der Belastbarkeit und Zuverlässigkeit (Soft Skills), aber auch schulischer Grundkenntnisse, vor allem im Bereich Sprache und Rechtschreibung.

Zudem wurde in 10 % der ausgewerteten Fälle angegeben, dass zu wenig medizinisch praktische Fähigkeiten (Blutabnahme, Wundversorgung, Impfen, kleinere Operationen) gelehrt würden. Eine zu geringe Vermittlung von spezifischem Wissen für die jeweiligen Fachbereiche wurde in 8 % der ausgewerteten Fälle bemängelt.

In der Zusammenfassung sollten aus Sicht der ausbildenden Praxen und MVZ bei der Überarbeitung der Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte neben dem Thema Digitalisierung auch die Vermittlung von (fachgruppen-)spezifischem Wissen und von Grundkenntnissen aus dem schulischen und dem Soft-Skills-Bereich eine Rolle spielen.

Für die Überarbeitung der Ausbildungsordnung im Allgemeinen sprechen sich die Praxen und MVZ erneut vor allem aus, weil die Ausbildungsinhalte aktualisiert werden müssten, aber auch weil fachgruppenspezifische Besonderheiten ausreichend berücksichtigt werden müssten (vgl. Abbildung 33): Diesen beiden Aussagen stimmte jeweils etwas mehr als die Hälfte der antwortenden Praxen und MVZ eher oder voll zu bzw. erreichten die Aussagen auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) einen Mittelwert um jeweils 3,5. Nur 10 % bzw. 14 % der antwortenden Einrichtungen gab an, diesen Aussagen gar nicht oder eher nicht zuzustimmen. Anderen in ihrer Relevanz zu bewertenden Aussagen (vgl. Abbildung 33 für eine Auflistung) wurde seltener, aber mit jeweils rund 30 % bis 39 % der antwortenden Praxen und MVZ immer noch recht häufig zugestimmt. Nur etwa ein Viertel der antwortenden Einrichtungen stimmten diesen Aussagen gar nicht oder eher nicht zu (23 % bis 25 %) und sie erhielten auf der Skala von 1 bis 5 (vgl. oben) den Mittelwert 3,06 bis 3,20.

Gefragt nach weiteren wichtigen Gründen für die Überarbeitung der Ausbildungsordnung im Allgemeinen wird vor allem erneut das Thema Digitalisierung genannt (15 % der ausgewerteten Fälle). Des Weiteren wurde in 13 % der ausgewerteten Fälle angegeben, dass die Ausbildungsordnung dahingehend aktualisiert werden müsse, mehr Praxisbezug und weniger Theorie zu beinhalten. Zudem wurde in 8 % der Nennungen die Qualifizierungen der MFA als zu gering eingestuft. In weiteren jeweils 7 % der Fälle wird als Grund für die Überarbeitung genannt, dass die Grundlagenkenntnisse und -fähigkeiten und die Arbeitsmoral der Auszubildenden nicht ausreichend seien. Außerdem sollte die Verbesserung der Sozialkompetenzen, beispielsweise die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, stärker in den Fokus rücken.

Bezüglich der Ausbildungsordnung im Allgemeinen bestätigt sich im Wesentlichen, was bereits hinsichtlich der Ausbildungsinhalte als die Hauptpunkte identifiziert wurde, die bei der Überarbeitung der Ausbildungsordnung Berücksichtigung finden sollten: Digitalisierung, fachgruppenspezifische Besonderheiten, Praxisorientierung und Sozialkompetenz.

Fazit

Die Ausbildungsbereitschaft innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist mit einer aktuellen Ausbildungsquote von rund 42 % der Praxen und MVZ als hoch einzuordnen. Sie liegt jedoch auf ähnlichem Niveau wie schon 2008 (maximal 44 %, vgl. Bundesärztekammer, 2010, S. 12). Allerdings ist eine Steigerung zu erwarten. Die Ausbildungsbereitschaft ist tendenziell größer, je größer die Einrichtung ist. Trotz der geringeren Ausbildungsquote unter den kleinen Praxen wird die Ausbildung aufgrund ihrer hohen Anzahl aber maßgeblich von diesen mitgetragen. Räumliche Unterschiede der Ausbildungsquote, welche in einer vorangehenden Studie bereits festgestellt wurden (KV Hessen 35 %, KV Nordrhein 25 %, vgl. Bundesärztekammer, 2010, S. 12), können durch die positive Korrelation zwischen Praxisgröße bzw. MVZ-Größe und Ausbildungsbereitschaft erklärt werden.

Die wichtigste Motivation für eine eigene Ausbildungstätigkeit ist neben der Leistung eines gesamtgesellschaftlichen Beitrags deutlich die, dem Personalmangel entgegenzuwirken, indem zukünftige Fachkräfte ausgebildet werden und bereits währenddessen als Personal in den Praxen und MVZ mitwirken.

Ein großes Hindernis für die Ausbildung in den Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung ist die schwierige Bewerbungslage. Sie ist der Hauptgrund für Ausstiege von Praxen und MVZ aus der Ausbildungstätigkeit. Mit der vorliegenden Analyse kann gezeigt werden, dass sich die schwierige Bewerbungslage vor allem auf die durchschnittliche Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber bzw. der eingestellten Auszubildenden bezieht und nicht auf Probleme bei der Stellenbesetzung an sich.

Rein quantitativ können die Praxen und MVZ aus einem ausreichend großen Bewerbungspool schöpfen, denn die Nachfrage nach Ausbildungsstellen ist hoch: Mehr als die Hälfte der in der vorliegenden Analyse ausgewerteten Einrichtungen erhielt vier und mehr Bewerbungen je Stelle. Dies passt dazu, dass der MFA-Beruf laut Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) seit Anfang des Jahres als beliebtester Ausbildungsberuf zählt (vgl. Ärzte Zeitung, 2022; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2021).

Auch die Besetzung der Ausbildungsstellen stellt für die Praxen und MVZ scheinbar nur selten Probleme dar: Mehr als die Hälfte der Einrichtungen erhielt im aktuellen Ausbildungsjahr 2021/2022 vier und mehr Bewerbungen je Ausbildungsstelle. Kaum eine Praxis oder ein MVZ (3 %) erhielt im Schnitt je angebotener Stelle weniger als eine Bewerbung. Rund 90 % der Praxen und MVZ konnten alle angebotenen Ausbildungsstellen besetzen. Dies spiegelt den auf 17 % bezifferten Anstieg neu abgeschlossener MFA-Ausbildungsverträge zwischen 2010 und 2018 (vgl. Bundesärztekammer, 2022) und die weitere Steigerung um 5 % zwischen 2018 und 2021 (eigene Berechnung auf Grundlage von Bundesärztekammer, 2022; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2021) wider.

Auch von Auszubildendenseite wird die gute Stellenlage bestätigt: In einer Umfrage der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter 1.754 MFA-Auszubildenden gaben 76 % dieser an, dass es für sie leicht oder sehr leicht war, einen Ausbildungsplatz zu finden (Ärztekammer Westfalen-Lippen, 2020, S. 4). Die Situation im Ausbildungsmarkt unterscheidet sich von der im Bereich des fertig ausgebildeten Praxispersonals, wo der Fachkräftemangel so stark wirkt, dass kaum oder keine Bewerbungen eingehen und Stellen somit gänzlich unbesetzt

bleiben (vgl. Oettel et al., 2021, S. 8-9; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, 2022, S. 6-7).

Im Gegensatz zu der aus quantitativer Sicht also positiv zu beurteilenden Lage bei der Besetzung von Ausbildungsstellen, stellt sich die Qualifikation bzw. Eignung der Bewerberinnen und Bewerber als problematisch dar: In fast der Hälfte der Einrichtungen (rund 46 %) waren im Schnitt nicht einmal die Hälfte der Bewerbungen je Ausbildungsstelle geeignet und in fast einem Drittel (rund 32 %) der Praxen und MVZ hatten die eingestellten Auszubildenden in der Regel einen geringeren als den von den Inhaberinnen und Inhabern bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leitern erwarteten Schulabschluss ‚Mittlere Reife‘. In der Gesamtschau der Stellen- und Bewerbungslage sagt folglich ein nicht zu vernachlässigender Anteil der vertragsärztlichen Praxen und MVZ Bewerberinnen und Bewerber mit aus ihrer Sicht nicht ausreichender schulischer Qualifikation oder auf sonstige Weise nicht ausreichender Eignung einen Ausbildungsplatz zu.

Dass sie dies tun (müssen), heißt aber auch, dass tendenziell, bevor eine Stelle unbesetzt bleibt, eine nicht ganz der Wunschkandidatin oder dem Wunschkandidaten entsprechende Person den Ausbildungsplatz erhält. Angesichts des allgemeinen Personalmangels ist dies nicht verwunderlich, denn in einer solchen Situation könnten die Arbeitsbeiträge der unbesetzten Auszubildendenstellen nicht einfach durch anderes Personal kompensiert werden. Im Bereich des fertig ausgebildeten Praxispersonals trägt die mangelnde Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber ebenfalls zur problematischen Bewerbungslage bei (vgl. Oettel et al., 2021, S. 8-9; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, 2022, S. 6-7).

Während dort aber vor allem fehlende IT-Kenntnisse bemängelt werden, beziehen sich die hier bezüglich der Auszubildenden festgestellten Qualifikationsdefizite vor allem auf Soft-Skills-Faktoren wie Sozialkompetenz und Belastbarkeit. Dies gilt jedoch, obwohl diese beiden Faktoren als die unter den MFA relativ zu anderen Qualifikationsmerkmalen am besten ausgeprägten beurteilt wurden. Da ihnen gleichzeitig eine enorme Relevanz zugesprochen wird, welche sich im Rahmen der Corona-Pandemie sicherlich noch einmal erhöht hat, treten bei ihnen im Vergleich zu anderen Merkmalen die größten Qualifikationsdefizite unter den Auszubildenden auf. Probleme hinsichtlich mathematisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse oder anderer schulisch vermittelter Fähigkeiten, inklusive IT-Kenntnisse, sind eher nachrangig.

Dementsprechend stellt sich die mangelnde Sozialkompetenz auch als der Faktor heraus, der neben persönlichen Gründen als Hauptgrund für Ausbildungsabbrüche gilt. Die schulischen und praktischen Anforderungen – abgesehen von denen an soziale Fähigkeiten – können von den Auszubildenden hingegen gut gemeistert werden und stellen nur selten einen Abbruchgrund dar. Ein Drittel (33 %) der in der vorliegenden Analyse ausgewerteten Praxen und MVZ sind in den Jahren 2017 bis 2021 von Ausbildungsabbrüchen betroffen gewesen, darunter mehr als ein Viertel (28 %) sogar mehrmals. Diese Größenordnung passt zur Relation zwischen vorläufig aufgelösten und neu abgeschlossenen MFA-Ausbildungsverträgen bezogen auf das Jahr 2018, welche bei 26 % liegt (eigene Berechnung auf Grundlage von Deutscher Bundestag, 2020, Tabellen 3 und 4, S. 5).

Im Gegensatz zu Ausbildungsabbrüchen als Folge der Qualifikationsdefizite ist ein nennenswert verminderter Einsatz der Auszubildenden in den Praxen und MVZ nicht festzu-

stellen: Ein Wunsch nach stärkerer Einbindung der Auszubildenden durch eigenständige Arbeitsbeiträge besteht in weniger als der Hälfte der Einrichtungen. Ist dies jedoch der Fall, bezieht sich der Intensivierungswunsch vor allem auf den Bereich der Praxisorganisation, wo die eigenständigen Arbeitsbeiträge der Auszubildenden im Vergleich zu den Bereichen Begleitung von Patientinnen und Patienten und Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten geringer sind. Im Managementbereich benötigen die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter offensichtlich mehr Entlastung als bei ärztlichen Tätigkeiten.

Der Verstärkung eigenständiger Arbeitsbeiträge während der Ausbildungsphase stehen mangelnde Einarbeitungskapazitäten und eine unzureichende schulische und praktische Vermittlung der entsprechenden Ausbildungsinhalte entgegen. Ersteres ist auf den generellen Fachkräftemangel zurückzuführen. Letzteres ist ein erster Hinweis darauf, dass die anstehende Überarbeitung der Ausbildungsordnung für MFA dringend geboten ist.

Erwartungsgemäß stufen die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bzw. MVZ-Leiterinnen und MVZ-Leiter gemäß der weiteren hier vorliegenden Analyse den Bedarf, die Ausbildungsordnung hinsichtlich der Ausbildungsinhalte zu überarbeiten, insgesamt, aber insbesondere im Hinblick auf den Bereich der Praxisorganisation, als hoch ein. Es zeigt sich eine Notwendigkeit, die schulische und praktische Vermittlung der darauf bezogenen Ausbildungsinhalte anzupassen, um einen effizienteren Einsatz der Auszubildenden in den Einrichtungen zu erreichen.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass aus Sicht der ausbildenden Praxen und MVZ sowohl bei der inhaltlichen als auch der allgemeinen Überarbeitung der Ausbildungsordnung das Thema Digitalisierung, das Lehren (fachgruppen-)spezifischen Wissens und die Vermittlung von Grundkenntnissen aus dem schulischen und dem Soft-Skills-Bereich eine Rolle spielen sollten.

Um die Ausbildungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, sollten die zuvor genannten Punkte bei der anstehenden Überarbeitung der Ausbildungsordnung Berücksichtigung finden. Die Ausweitung (fachgruppen-)spezifischer Ausbildungsinhalte gestaltet sich angesichts einer zeitlich beschränkten Ausbildungsdauer vermutlich schwierig. Sie ist daher eher ein Thema für Weiter- und Fortbildungskonzepte als für die grundlegende MFA-Ausbildung. In jedem Fall besteht angesichts der mehrfachen Nennung dieses Themas seitens der Praxen und MVZ Handlungsbedarf, um die Ausbildungsbereitschaft fachärztlicher Praxen und MVZ, welche schon jetzt niedriger ist als die der hausärztlichen Einrichtungen, nicht weiter zu vermindern.

Das Thema Digitalisierung wird an vielfältigen Stellen, sowohl bei der Überarbeitung der Rahmenlehrpläne für den schulischen als auch der Ausbildungsrahmenpläne für den praktischen Ausbildungsteil von Relevanz sein. Allgemein ist dies aktuell ein zentrales Thema im Gesundheitswesen. Das Bundesministerium für Gesundheit kündigte kürzlich einen Strategiewechsel in diesem Bereich an, der vom Deutschen Ärztetag begrüßt wurde (vgl. Ärzteblatt, 2022). Ein Ausbau der Inhalte zur Digitalisierung wird auch vom Berufsverband für Pflegeberufe gefordert. Dieser drängt, dass digitale Kompetenzen stärker in den Ausbildungsplan von MFA eingebunden werden sollen, um die Ausbildung an die sich durch die Digitalisierung verändernden Anforderungen anzupassen (vgl. Ärzte Zeitung, 2021).

Die Notwendigkeit der Vermittlung von Grundkenntnissen aus dem schulischen und dem Soft-Skills-Bereich ergibt sich primär aus der dargestellten schwierigen Bewerbungslage, in der Praxen und MVZ in einem nicht zu vernachlässigenden Anteil von Fällen Auszubildenden mit nicht ausreichender schulischer Qualifikation oder auf sonstige Weise nicht ausreichender Eignung einen Ausbildungsplatz zusagen (müssen). Ein Weg, diesem Problem zu begegnen, wäre es, bestehende Defizite im Rahmen der Ausbildung auszugleichen und Themen wie schulische Grundkenntnisse und Soft-Skills-Kompetenzen in den Lehrplan aufzunehmen. Eine alternative Handlungsmöglichkeit besteht darin, die Attraktivität der MFA-Ausbildung für die besten Bewerberinnen und Bewerber zu steigern.

Dass trotz der Beliebtheit des Ausbildungsberufs seitens der Bewerberinnen und Bewerber Probleme bei der Besetzung mit geeigneten Kandidatinnen und Kandidaten bestehen, zeigt, dass Praxen und MVZ mit anderen Arten von Betrieben um die besten Auszubildenden konkurrieren müssen. Um hier die Wettbewerbsposition der vertragsärztlichen Einrichtungen zu verbessern, wäre bei der anstehenden Überarbeitung der Ausbildungsordnung eher eine anspruchsvollere Ausrichtung anzustreben. Dies steht im Widerspruch zu der oben genannten Handlungsempfehlung, bestehende Defizite der für eine MFA-Ausbildung gewonnenen Kandidatinnen und Kandidaten innerhalb der Ausbildung abzufangen.

Eine zweigleisige, modulare Ausrichtung der MFA-Ausbildung mit der Möglichkeit, Grundlagenkenntnisse nur aus bestimmten, jeweils persönlich erforderlichen Bereichen zu wählen und mit attraktiven Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die besten Kandidatinnen und Kandidaten könnte die beiden konkurrierenden Handlungsmöglichkeiten in Einklang bringen.

Unabhängig von der Ausrichtung der Ausbildungsordnung sollten weitere Möglichkeiten zur Steigerung der Attraktivität der MFA-Ausbildung erörtert werden, um durch diesen Attraktivitätsgewinn den Pool geeigneter Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildung in den vertragsärztlichen Praxen und MVZ zu erhöhen. Diese Einrichtungen stehen, ähnlich wie mit dem stationären Bereich, in dem für die MFA bei Ausbildungsende eine höhere Vergütung lockt, bei Ausbildungsbeginn in Konkurrenz zu anderen ausbildenden Betrieben. Die Karrierepfade anderer, beispielsweise kaufmännischer Ausbildungsberufe, führen oftmals trotz vergleichbarer Ausbildungsvergütung später zu höheren Gehaltsstufen.

Die vertragsärztlichen Praxen und MVZ sind, um die notwendige Attraktivitätssteigerung „ihres“ Ausbildungsberufes zu erreichen und dadurch dem medizinischen Fachkräftemangel entgegenzuwirken, auf monetäre und nicht-monetäre Unterstützung der KVen und anderer politischer Akteure angewiesen. Denkbar sind beispielsweise Ausbildungs- und Wertschätzungsoffensiven.

Gleichzeitig sind die Praxen und MVZ selbst gefordert, ihre Bewerbungsverfahren auszuweiten und zu verbessern. Die hier vorliegende Analyse zeigt, dass über die Hälfte der Praxen und MVZ persönliche Kontakte und die Bundesagentur für Arbeit zur Besetzung ihrer Stellen nutzen, andere Kanäle wie beispielsweise die Praxis- oder MVZ-Website oder Online-Portale hingegen nur von einem Bruchteil der Einrichtungen verwendet werden. Hier besteht also Potenzial, über eine Ausweitung und Diversifizierung der Suchkanäle besser geeignete Bewerberinnen und Bewerber zu akquirieren.

Ebenso könnten verbesserte, professionalisierte Bewerbungsverfahren sowohl eine Steigerung der Attraktivität der eigenen Praxis bzw. des MVZ als Arbeitsplatz als auch ein besseres Arbeitsmarktmatch mit der geeignetsten Kandidatin bzw. dem geeignetsten Kandidaten herbeiführen. Für beides ist die Aufwendung finanzieller Mittel seitens der Praxen und MVZ notwendig. Auch hier, zur Vergrößerung des Bewerbungspools bzw. Verbesserung der Arbeitsmarktmatches ist weitere Unterstützung seitens KVen und anderer politischer Akteure unerlässlich.

Ein Beispiel für Letzteres stellen die Ausbildungs-Stellenpools der Landesärztekammern dar, deren Nutzung laut der hier vorliegenden Analyse allerdings auf rund 14 % der Praxen und MVZ beschränkt ist. Denkbar wären des Weiteren Vermittlungsangebote für Arbeitsortwechsler oder Wechsler aus einer anderen medizinischen Ausbildungsrichtung in die MFA-Ausbildung und Entscheidungshilfen für unentschlossene Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten.

Kapitel 4

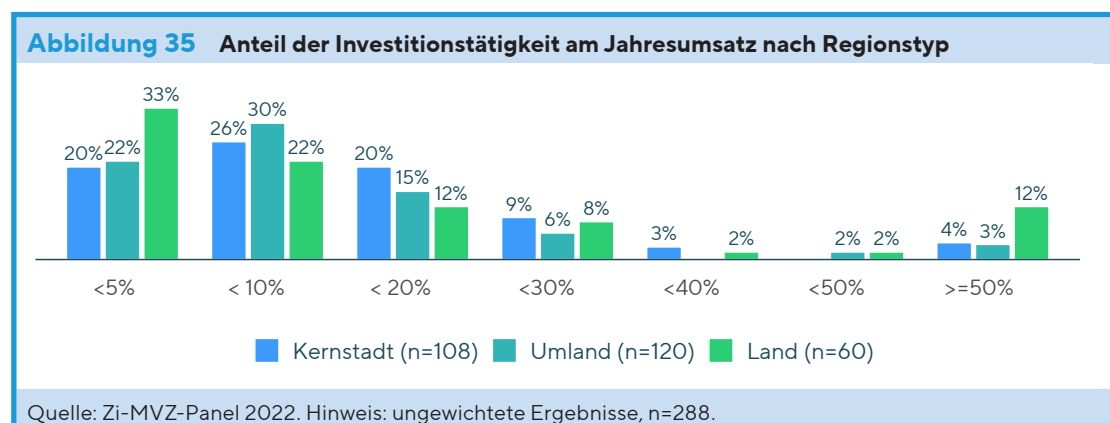
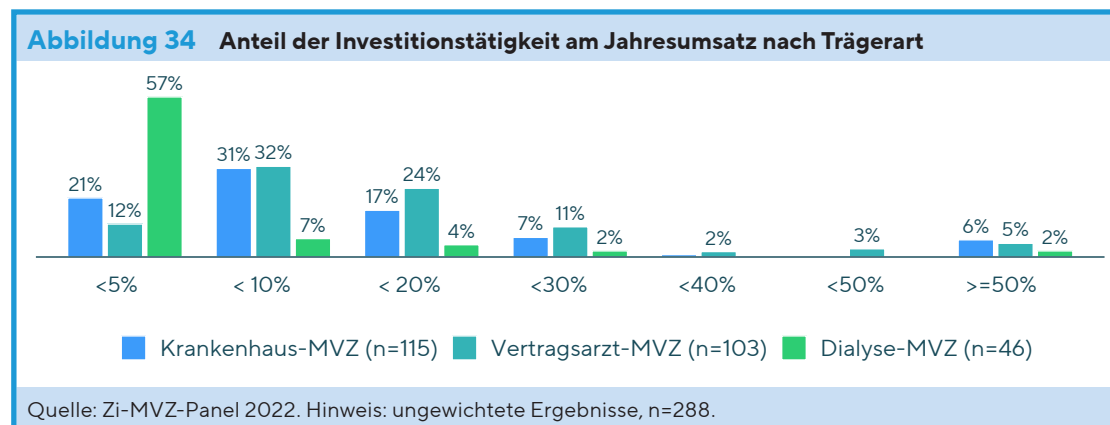
Wirtschaftliche Lage von Medizinischen Versorgungszentren

In den folgenden Ausführungen werden Verteilungswerte aller 288 teilnehmenden MVZ sowie nach Trägerart differenzierte Werte berichtet. Dabei werden krankenhause-, vertragsarztgetragene MVZ sowie MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach §126 Absatz 3 SGB V berücksichtigt.

Der Gesetzgeber erlaubt aktuell auch anerkannten Praxisnetzen nach §126 Absatz 3 SGB V und gemeinnützigen Trägern die Gründung eines MVZ (vgl. Box auf Seite 64). Zudem bestehen vereinzelt MVZ in Trägerarten, die nach aktueller Gesetzgebung nicht mehr gründungsberechtigt sind, aber durch den Bestandsschutz weitergeführt werden dürfen, darunter u.a. Heilmittelerbringer. Bisher erreichen MVZ dieser Trägerarten in der aktuellen Erhebung sowie in den vergangenen Erhebungen des Zi-MVZ-Panels nicht die nötige Fallzahl von mindestens fünf MVZ, um den Datenschutz bzw. die Anonymität einzelner MVZ aufrecht zu erhalten. Daher können zu diesen Trägergruppen keine differenzierten Werte berichtet werden.

Investitionstätigkeit

Zu Beginn des Wirtschaftsteils des Fragebogens wurden die teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefragt, in welchem Umfang und in welchen Bereichen sie Investitionen im Berichtsjahr 2021 getätigt hatten. Als Investitionen werden hier langfristig gebundene finanzielle Mittel verstanden, die in materiellen und immateriellen Vermögensgegenständen gebunden sind. Als Kennzahl zum Umfang der Investitionen wurde die Investitionsquote, d. h. die im Berichtsjahr getätigten Investitionen gemessen am Bruttojahresumsatz des gleichen Jahres, verwendet.

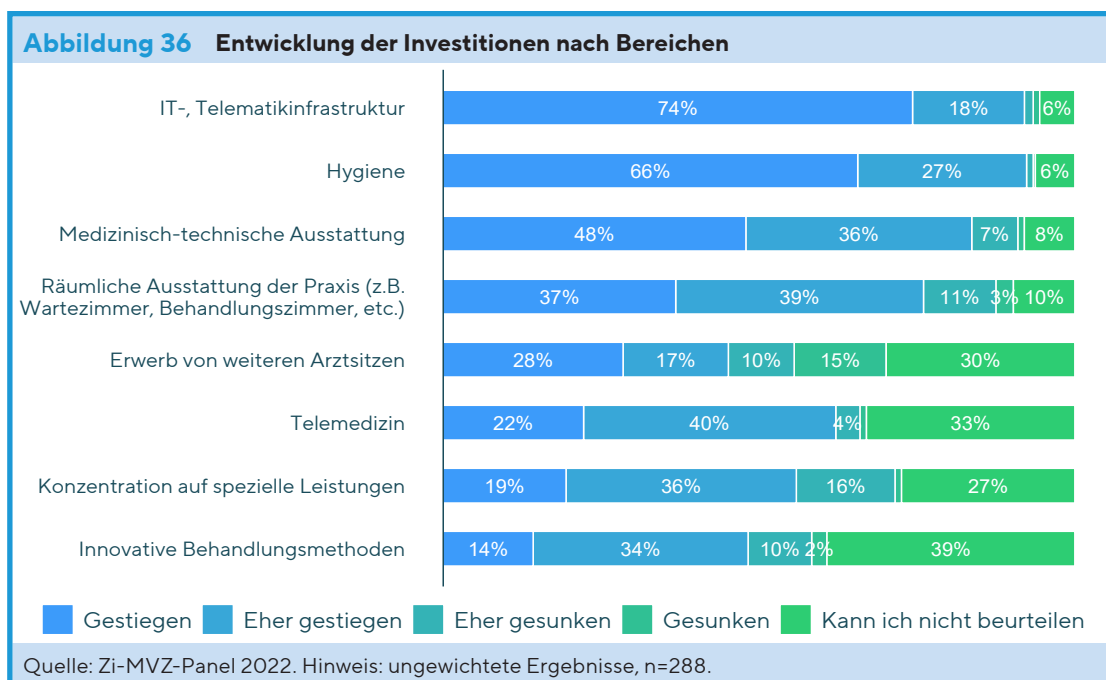


Insgesamt tätigten 15 % der teilnehmenden MVZ Investitionen in Höhe von mehr als 50 % ihres Jahresumsatzes im Jahr 2021. Der Großteil investierte eher zwischen 5 % und 10 % des Jahresumsatzes.

Abbildung 34 zeigt die Verteilung der Investitionsquote nach Trägerart. MVZ in Trägerschaft von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen (im Weiteren: Dialyse-MVZ) berichteten die geringste Investitionsquote: Bei 57 % der MVZ lag die Investitionsquote bei unter 5 %. Zum Vergleich, bei lediglich 21 % der krankenhausgetragenen MVZ und 12 % der vertragsarztgetragenen MVZ belief sich die Investitionsquote auf unter 5 % ihres Bruttojahresumsatzes im Jahr 2021. Bei 56 % der Vertragsarzt-MVZ und 48 % der Krankenhaus-MVZ lag die Investitionsquote zwischen 5 % und 20 %.

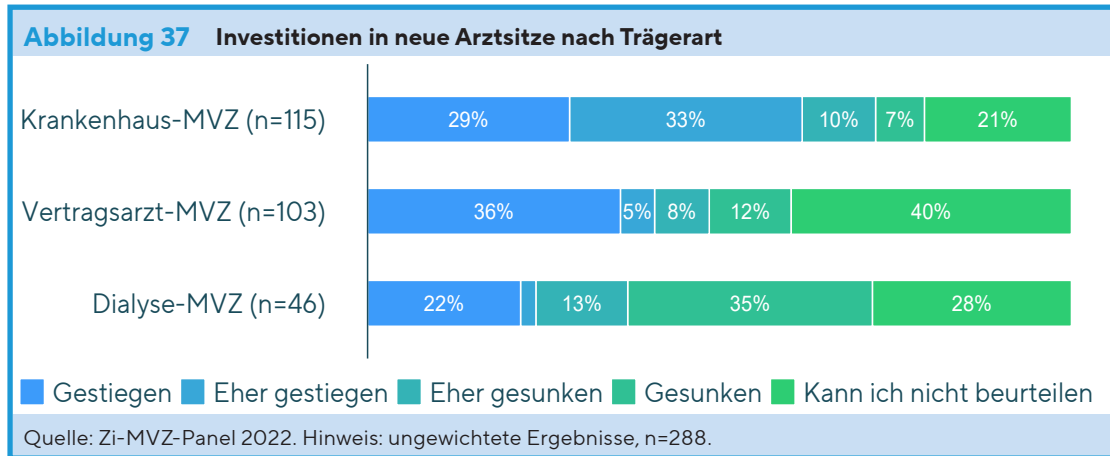
Differenziert nach Regionstyp zeigt Abbildung 35, dass die Investitionen in ländlichen Gebieten sehr unterschiedlich sind. Rund ein Drittel der MVZ hat angegeben, unter 5 % des Jahresumsatzes in 2021 investiert zu haben (20 % Kernstadt, 22 % Umland). Demgegenüber investierten allerdings 12 % der ländlichen MVZ mehr als 50 % ihres Bruttojahresumsatzes (4 % Kernstadt, 3 % Umland).

Neben der Investitionsquote wurde – differenziert nach Bereichen – die zeitliche Entwicklung der Investitionen in den letzten drei Jahren erfragt. In den Bereichen IT und Telematik stiegen die Investitionen bei über 90 % der MVZ am häufigsten. 84 % der MVZ gaben an, dass die Investitionen in Hygienemaßnahmen gestiegen sind, bei 74 % der MVZ wurde stärker in medizinisch-technische Ausstattung investiert (vgl. Abbildung 36).

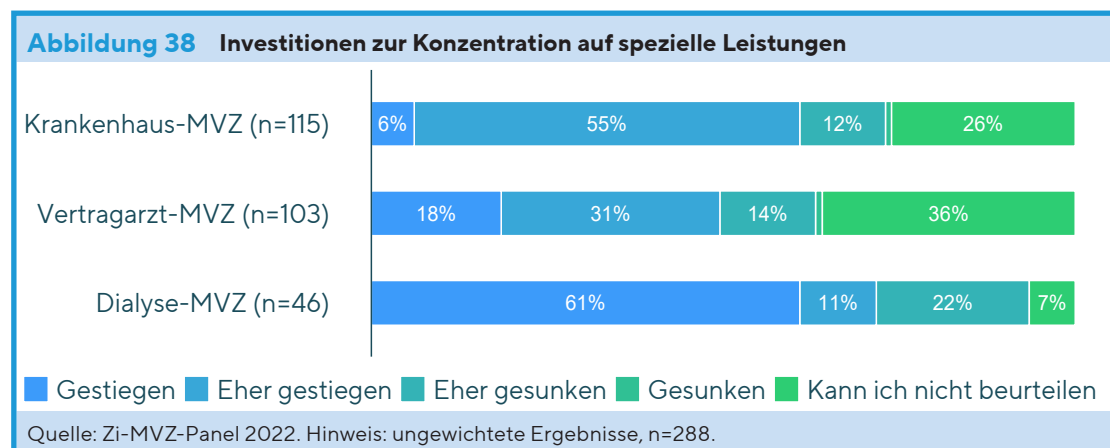


Insgesamt haben in allen Bereichen die Investitionen in den letzten drei Jahren zugenommen: Mehr als die Hälfte der MVZ berichteten von gestiegenen Investitionen. Ausnahmen bestehen bei Investitionen in den Erwerb weiterer Arztsitze sowie in das Angebot innovativer Behandlungsmethoden. 45 % der MVZ gaben an, stärker in den Erwerb von Arztsitzen investiert zu haben, während bei 25 % die Investitionen in den Erwerb eines Arztsitzes (eher) gesunken sind (vgl. Abbildung 36).

Eine weitere Differenzierung nach Trägerschaft zeigt, dass 41 % der vertragsarztgetragenen MVZ in den letzten drei Jahren in den Erwerb neuer Arztsitze investierten. Bei krankenhausgetragenen MVZ lag dieser Wert mit 62 % deutlich höher. Eine gestiegene Investitionstätigkeit in neue Arztsitze wurde von lediglich 24 % der Dialyse-MVZ angegeben (vgl. Abbildung 37).



Investitionen, die eine Konzentration auf spezielle Leistungen stärken bzw. erweitern, stiegen bei gut der Hälfte der teilnehmenden MVZ. Lediglich 17 % berichteten abnehmende Investitionen im Jahr 2021. Bei Berücksichtigung der Trägerschaft wird deutlich, dass Dialyse-MVZ am häufigsten von gestiegenen Investitionen berichteten (72 %). Rund die Hälfte der vertragsarztgetragenen MVZ wiesen gestiegene Investitionen im Bereich der Leistungskonzentration auf, bei krankenhausgetragenen MVZ lag dieser Wert mit 61 % etwas höher (vgl. Abbildung 38).



Die Investitionsentwicklung in den Bereichen IT, Hygiene sowie räumlicher und medizinisch-technischer Ausstattung weist keine deutlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerarten auf.

Messung der wirtschaftlichen Lage in MVZ

Hintergrund

Der Jahresüberschuss als Differenz aus Gesamterträgen und Gesamtaufwendungen kann zur Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Versorgungseinheiten genutzt werden. MVZ besitzen, im Vergleich zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und insbesondere zu Einzelpraxen (EP), einige Merkmale, die Vergleichbarkeit und Interpretierbarkeit des Indikators einschränken.

Für Praxen selbstständiger Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten existiert mit dem Zi-Praxis-Panel (ZiPP) des Zentralinstituts eine langjährige Datenbasis zur wirtschaftlichen Lage der niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Praxisinhaberinnen und -inhaber. Als verlässliche Quelle zu relevanten Finanzdaten kann dort insbesondere auf den steuerlichen Jahresabschluss und die damit grundsätzlich vorhandene Kostenartenrechnung zurückgegriffen werden. Eine Kostenstellenrechnung, die etwa für BAG mit unterschiedlichen Fachgebieten sinnvoll sein könnte, konnte die Aussagekraft der Ergebnisse des ZIPP erweitern. Der dort ermittelte Überschuss kann als Einkommen der Praxisinhaber interpretiert werden (nach Abzug von Zahlungen für Vorsorge, Steuer usw.).

Wer kann aktuell Gesellschafter einer MVZ-Trägersgesellschaft sein?

Gemäß § 95(1) SGB V:

- Vertragsärzte oder angestellte Ärzte, die im MVZ tätig sind
- Krankenhäuser
- Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V
- Anerkannten Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V
- Gemeinnützige Träger (durch Ermächtigung oder Zulassung oder Gründung durch Kommune)

In MVZ existieren tendenziell mehrere Fachgebiete mit unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen. Zur sachgerechten Abbildung der dazu aufgegliederten Ertrags- und Kostenwerte wäre ein (Kosten-)Rechnungssystem erforderlich. Aufgrund vorliegender Erfahrung aus früheren Erhebungswellen des Zi-MVZ-Panels hat sich herausgestellt, dass oft nur die Einnahmen nach Fachgebieten differenziert berichtet werden können. Eine verursachungsgerechte Kostenzuordnung erfolgt oft nicht bzw. nur über pauschale Zurechnungsquoten.

Darüber hinaus wird das Einkommen der tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht (nur) aus dem Überschuss gezahlt, weil die Zahlungen für angestelltes ärztliches und psychotherapeutisches Fachpersonal bereits als Aufwendungen den Wert des Überschusses gemindert haben.

Die Interpretation des Überschusses ist somit in MVZ deutlich komplizierter als in Einzelpraxen. Daneben wird die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch einige Besonderheiten der Rahmenbedingungen der Versorgung in MVZ beeinflusst. Dazu gehören:

1. Unterschiedlichen Arten ein MVZ als Träger zu betreiben bzw. zu gründen und deren rechtliche Möglichkeiten und Vorgaben

2. Teilzeitanstellungen und die hohe Anzahl an angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten:

Wie gut kann die Wirtschaftslage von MVZ in Kapitalgesellschaften bewertet werden?

In den Zulassungsregelungen wurde bisher meist verlangt, dass zu jedem MVZ auch eine Trägergesellschaft (z.B. GmbH) gegründet werden muss. Mit Einführung des TSVG 2019 wurde der § 95 so geändert, dass eine Trägergesellschaft mehrere MVZ gründen bzw. betreiben kann. Bei krankenhausetragenen MVZ sind die vermögens- und gesellschaftsrechtlichen Verbindungen der Trägergesellschaft (z. B. Beteiligungen von Investoren an dem Krankenhaus) in der Regel nicht erkennbar.

zu 1) Als Gründungsgesellschafterin bzw. -gesellschafter kommen nach aktueller Rechtslage dazu sehr unterschiedliche Akteure in Frage (siehe Box). Zudem existieren noch Trägerformen, die nach damaliger Rechtslage zulässig waren und bis heute Bestandsschutz genießen. Die Art des Trägers bestimmt maßgeblich die Strukturen der MVZ, insbesondere hinsichtlich der Inhaberinnen und Inhaber, der Rechtsform und damit verbundenen Rechnungslegungsvorschriften sowie der Versorgungsstruktur und dem Geschäftsmodell.

Bei vertragsarztgetragenen MVZ wird der Überschuss unter den, im MVZ (meist ärztlich) tätigen, Gesellschafterinnen und Gesellschafter verteilt. Bei Gesellschaften in Krankenhausträgerschaft fließt der Jahresüberschuss aber typischerweise an eine juristische Person, d. h. ein Unternehmen. Die Trägergesellschaft hat wiederum ihre eigenen Gesellschafter, deren Anzahl liegt den Zulassungsausschüssen und dem Zi-MVZ-Panel aber nicht vor. Dazu kommt, dass juristische Personen in Form einer Trägergesellschaft zur Gründung von Tochtergesellschaften bzw. weiteren MVZ Standorten ermächtigt werden können. Diese wiederum beeinflussen den tatsächlichen Überschuss des MVZ, z.B. durch Regelungen zum Ausgleich von Fehlbeträgen. MVZ können bei der Gründung zwar die Rechtsform frei wählen, allerdings hat die Trägerart einen großen Einfluss auf die Wahl der Rechtsform (vgl. Abbildung 3 in Kapitel Struktur).

Was ist eine gGmbH?

Gemeinnützige GmbH stellen eine Sonderform der GmbH dar. Sie kann wirtschaftlich tätig sein und Gewinne erzielen. Da es nach dem Steuerrecht keine eigenständige Rechtsform darstellt, richten sich Abgaben nach den Grundsätzen der GmbH, aber auch in Teilen denen von gemeinnützigen Organisationen (vgl. Weidmann und Kohlhepp 2009).

Die Rechtsform wiederum bestimmt die Vorgaben zur Gewinnausweisung und Jahresabschlussrechnung. So gibt es bei MVZ einen hohen Anteil an GmbHs, die bilanzierungspflichtig sind und somit Pflichten des Handelsregisters unterworfen sind. MVZ in Form einer GbR können sich hinsichtlich der Art des Jahresabschlusses frei entscheiden.

zu 2) In MVZ finden sich im Gegensatz zu allen anderen Organisationsformen in der ambulanten Versorgung der niedrigste Anteil an ganzen Vertragsarztsitzen. Die Mehrheit verfügt eher über eine Zulassung im Umfang eines halben bis drei Viertel Arztsitzes. Dies geht einher mit einer vergleichsweise großen Anzahl an angestellten Ärztinnen und Ärzten

bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Hierdurch wird es erschwert Merkmale auf eine aussagekräftige Referenzgröße, wie z. B. dem Gewinn je Arzt/Psychotherapeut, in Bezug zu setzen.

Indikatoren und Referenzgrößen

Aufgrund der oben diskutierten Probleme sind wirtschaftliche Indikatoren bei MVZ teilweise nur eingeschränkt interpretierbar. Da es aber bei MVZ grundsätzlich wenig öffentliche Informationen gibt und auch die KV-Abrechnungsdaten teilweise keine Schlüsse zulassen, werden dennoch einige ausgewählte Größen berichtet:

- (1) Gesamteinnahmen je ärztl./psychoth. Vollzeitäquivalent
- (2) GKV-Quote der Einnahmen
- (3) Gesamtaufwendungen je ärztl./psychoth. Vollzeitäquivalent
- (4) Anteil Personalkosten
- (5) Personalkosten je angestelltes ärztl./psychoth. Vollzeitäquivalent
- (6) Überschuss je Gesellschafter/Inhaber (Person oder juristische Person):
- (7) Überschuss je Vertragsarztsitz

zu (1) Die Gesamteinnahmen umfassen sämtliche Einnahmen, die aus der Erbringung von GKV- sowie PKV-Leistungen, Selbstzahlerleistungen oder IGeL sowie BG/Unfallkassenleistungen erwirtschaftet werden. Diese werden durch die Summe der im MVZ tätigen Versorgungsumfänge geteilt.

zu (2) Die GKV-Quote der Einnahmen drückt aus inwieweit das MVZ seine Einnahmen aus GKV-Leistungen erwirtschaftet. Im Zi-MVZ-Panel 2022 sollten die teilnehmenden MVZ die GKV-Quote direkt angeben.

zu (3) Die Gesamtaufwendungen umfassen alle innerhalb des Berichtsjahres anfallenden Kosten für Personal, Maschinen, Räume, IT, etc. Diese werden durch die Summe der im MVZ geleisteten Versorgungsumfänge geteilt.

zu (4) Beim Anteil der Personalkosten werden die jährlichen Aufwendungen für Personal jeglicher Art den Gesamtaufwendungen gegenübergestellt. Zu den Personalkosten gehören insbesondere Kosten für ärztliches Personal, also angestellte Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie nicht-ärztliches medizinisches Personal und Verwaltungspersonal. Der Anteil der Personalkosten zeigt tendenziell an wie kapitalintensiv die Gruppe der MVZ ist.

zu (5) Personalkosten für angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden hier auf die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, gemessen in Vollzeitäquivalenten, runtergerechnet. Es entsteht eine Maßzahl, die Gehälter der Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, über das MVZ hinweg mittelt.

zu (6) Der Überschuss je MVZ wird berechnet, indem (2) von (1) abgezogen wird. Aufgrund der oben beschriebenen Problematik ist diese Methode besser geeignet, um Wirtschaftlichkeit zwischen Trägern zu vergleichen als die teilnehmenden MVZ konkret nach dem Gewinn des MVZ zu fragen. Dieser wird in Bilanzen anders definiert als in einer steuerlichen Jahresüberschussrechnung. Dazu kommt, dass bilanzpflichtige MVZ die Angaben zu Einnahmen und Aufwendungen unter Umständen erst zeitlich nach dem Abschluss der Befragung auf Basis einer Bilanz liefern können. Der Überschuss je Gesellschafter/ in drückt aus wie viel den eingetragenen Gesellschafterinnen und Gesellschafter nach Abzug aller Kosten von den Gesamteinnahmen übrig bleibt. Sofern es sich um ärztlich/ psychotherapeutisch tätige Gesellschafterinnen und Gesellschaftern handelt, kann dieser Wert mit praktizierenden Leistungserbringern aus anderen Organisationsformen verglichen werden, zum Beispiel mit dem Überschuss je Inhaber in den Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften.

zu (7) Der Überschuss je Vertragsarztsitz drückt aus, wie sich der Überschuss je MVZ auf die im MVZ tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten verteilt. Insbesondere bei vertragsarztgetragenen MVZ ohne angestelltes ärztliches und psychotherapeutisches Personal stellt dieser Indikator eine vergleichbare Form zum Überschuss je InhaberInhaber bei Berufsausübungsgemeinschaften dar. Der Indikator wird berechnet, indem (1) durch die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten geteilt wird. Dabei wird das angestellte ärztliche und psychotherapeutische Personal nicht mitgezählt.

Homogenisierung und Vergleichsgruppen

Mit Hilfe verschiedener im Zi-MVZ-Panel verfügbaren Stratifizierungsvariablen werden die MVZ so gruppiert, dass die interne und externe Vergleichbarkeit der oben genannten Indikatoren teilweise wiederhergestellt werden kann. Dazu werden die folgenden Merkmale herangezogen.

- » Trägerschaft
- » Teilnahmestatus der tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- » Rechtsform

Auf Basis dieser Merkmale bzw. Merkmalskombinationen ergeben sich folgende Vergleichsgruppen:

- 1) Vertragsarztgetragene MVZ in allen Rechtsformen (n=97)
 - a) Vertragsarztgetragene MVZ in Personengesellschaften wie GbR, Partnergesellschaften oder Einzelunternehmen, besonders für den Vergleich mit Einzelpraxen und BAG (n=41)
 - b) Vertragsarztgetragene MVZ, die als GmbH firmieren (n=55)
 - c) Vertragsarztgetragene MVZ, die kein ärztl./psychoth. Fachpersonal haben (n=6)

- 2) Krankenhaus-MVZ (n=111)
 - a) Gemeinnützige Krankenhaus-MVZ, also gGmbH (n=45)
 - b) Krankenhaus-MVZ die als GmbH firmieren (n=57)
- 3) MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen (n=45)

Ergebnisse

In Tabelle 2 werden die Einnahmen aus GKV-Leistungen und sonstigen Leistungen durch die Anzahl der in den MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten geteilt.

| Tabelle 2 Gesamteinnahmen je Arzt (in Vollzeitäquivalenten) in Tsd. Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 200 | 300 | 398 | 450 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 193 | 305 | 386 | 437 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 206 | 289 | 415 | 456 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | 205 | 295 | 434 | 464 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | 169 | 267 | 350 | 372 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | 236 | 340 | 440 | 500 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 663 | 930 | 966 | 1.323 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Dabei wird nicht die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sondern die anteiligen Versorgungsumfänge summiert. Hier zeigen sich deutlich geringere Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, als bezüglich der Jahresüberschüsse (vgl. Tabelle 8). Die Mittelwerte der krankenhauses- und vertragsarztgetragenen MVZ lagen für das Jahr 2021 zwischen 350 Tsd. Euro und 440 Tsd. Euro. Dialyse-MVZ stechen deutlich heraus mit durchschnittlich 930 Tsd. Euro Einnahmen je Arzt (vgl. Tabelle 2).

| Tabelle 3 Anteil der Einnahmen aus GKV-Leistungen (in %) im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 20 | 66 | 56 | 85 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 19 | 60 | 54 | 90 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 33 | 70 | 57 | 80 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | 40 | 80 | 61 | 90 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | 31 | 71 | 60 | 90 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | 51 | 80 | 64 | 90 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 83 | 90 | 79 | 91 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Tabelle 3 berichtet die Höhe des Anteils der Einnahmen aus GKV-Leistungen an den Gesamteinnahmen. Im Jahr 2021 lag der Anteil an GKV-Leistungen unter den vertragsarztgetragenen MVZ durchschnittliche bei 56 %, bei krankenhausgetragenen MVZ bei 61 % und bei Dialyse-MVZ bei 79 %. Die medianen Anteile liegen jeweils deutlich höher, welches die Vermutung nahelegt, dass einige der teilnehmenden MVZ einen deutlich geringen Anteil an GKV-Leistungen aufwiesen. Da diese Quote direkt abgefragt wurde, ist nicht auszuschließen, dass die Frage falsch verstanden wurde und versehentlich der Anteil an Nicht-GKV Leistungen angegeben wurde. Im Vergleich zu den Praxen (ZiPP Berichtsjahr 2020: 78 %) liegen die GKV-Quoten in Vertragsarzt-MVZ deutlich unter diesem Vergleichswert (Median 66 %). Dialyse-MVZ liegen mit einer medianen Quote von 90 % deutlich darüber.

| Tabelle 4 Gesamtaufwendungen je Arzt (gemessen in Vollzeitäquivalenten) in Tsd. Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 129 | 232 | 297 | 364 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 157 | 284 | 316 | 409 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 112 | 161 | 266 | 339 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | 200 | 292 | 409 | 461 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | 200 | 275 | 339 | 357 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | 239 | 337 | 406 | 505 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 520 | 776 | 871 | 1.178 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

In Tabelle 4 werden die gesamten Aufwendungen, die dem MVZ im Berichtsjahr 2021 angefallen sind, durch die Anzahl der tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten - gemessen in Vollzeitäquivalenten - geteilt. Es fällt auf, dass Dialyse-MVZ die höchsten Aufwendungen je Arzt hatten mit einem Median von 776 Tsd. Euro. Unter den vertragsarztgetragenen MVZ hatten die Personengesellschaften mediane Aufwendungen von 161 Tsd. Euro, während MVZ in Form einer GmbH Aufwendungen in Höhe von 284 Tsd. Euro aufwiesen. Krankenhausgetragene MVZ in Form einer gGmbH wiesen mit 337 Tsd. Euro höhere Aufwendungen als in Form einer GmbH mit 275 Tsd. Euro auf.

| Tabelle 5 Anteil Personalkosten an Gesamtaufwendungen (in %) im Jahr 2021 | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 10 | 30 | 31 | 50 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 25 | 38 | 38 | 55 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 2 | 15 | 21 | 33 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | 30 | 41 | 40 | 50 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | 33 | 42 | 41 | 50 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | 28 | 41 | 38 | 49 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 19 | 28 | 32 | 51 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Tabelle 5 zeigt den Anteil der Personalkosten an den Gesamtaufwendungen. Die Personalkostenquote liegt bei vertragsarztgetragenen MVZ im Durchschnitt bei 31 %, bei Krankenhaus-MVZ bei 40 % und bei Dialyse-MVZ bei 32 %. Die vertragsarztgetragenen GmbHs hatten mit durchschnittlich 38 % einen deutlich höheren Anteil als die vertragsarztgetragenen Personengesellschaften (21 %).

Tabelle 6 zeigt die Personalaufwendungen für angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeut je angestellter Arzt/Psychotherapeut (gemessen an der Summe an anteiligen Versorgungsumfängen). Auf Basis dieses Indikators sollen die Bruttolöhne der angestellten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten approximiert werden. Im Median lagen die Aufwendungen je angestellter Arzt im Jahr 2021 bei vertragsarztgetragenen MVZ bei 103 Tsd. Euro und bei krankenhausgetragenen MVZ bei 122 Tsd. Euro. Die jeweiligen Mittelwerte stimmten mit etwa 150 Tsd. Euro hingegen überein. Dialyse-MVZ berichteten im Median von 241 Tsd. Euro Personalkosten je angestellte Ärztin/Arzt bzw. je Psychotherapeutin/-therapeut.

| Tabelle 6 Personalkosten je angestellter Arzt/Psychotherapeut in Tsd. Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 61 | 103 | 151 | 182 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 72 | 120 | 137 | 193 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 50 | 96 | 165 | 136 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | 78 | 122 | 150 | 177 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | 69 | 117 | 146 | 161 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | 86 | 121 | 150 | 179 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 192 | 241 | 251 | 296 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Tabelle 7 zeigt den Überschuss je eingetragenen Gesellschafter. Ein Gesellschafter kann auch eine juristische Person sein, die in diesem Fall auch als ein Gesellschafter gilt. Die Einnahmen beziehen sich jeweils auf GKV- und sonstige Leistungen.

| Tabelle 7 Jahresüberschuss je Gesellschafter in Tsd. Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 97 | 70 | 199 | 265 | 292 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 55 | 29 | 153 | 274 | 288 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 41 | 133 | 200 | 278 | 289 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 111 | -76 | 10 | 109 | 125 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 57 | -120 | 0 | -110 | 110 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 45 | -7 | 30 | 305 | 150 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 45 | 0 | 200 | 333 | 600 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Bei Betrachtung des Medians lag der Überschuss je Gesellschafter bei vertragsarztgetragenen MVZ, unabhängig von der Rechtsform, bei 200 Tsd. Euro. Bei vertragsarztgetragenen GmbHs lag der Wert mit 153 Tsd. Euro recht deutlich unter dem Wert der GbR und Partnergesellschaften mit 200 Tsd. Euro. Die Beobachtung von oben, dass MVZ in Form einer GbR und bzw. oder Partnergesellschaft höhere Überschüsse erzielen, bestätigt sich hier. Das liegt mitunter daran, dass es in dieser Gruppe mehr Variation nach unten gibt. So gibt es 25 % der MVZ in der Gruppe der GmbHs, die nur um die 29 Tsd. Euro Überschuss und weniger erwirtschafteten. Bei Betrachtung des Durchschnitts liegen die Werte allerdings deutlich näher aneinander.

Die Gruppe der vertragsarztgetragenen MVZ in GbR bzw. Partnergesellschaften sind noch am ehesten mit Einzelpraxen und BAGs zu vergleichen. Im Vergleich zu Überschuss je Inhaber aus den Einzelpraxen und BAGs liegen die Durchschnittswerte der MVZ damit etwas höher. So lag der Median in diesen Organisationsformen im Berichtsjahr 2021 bei 150 Tsd. Euro (vgl. ZiPP Jahresbericht 2021). Die Unterschiede resultieren vermutlich aus der unterschiedlichen Größe hinsichtlich Anzahl der tätigen Ärzte und Breite des Leistungsspektrums.

Bei krankenhausgetragenen MVZ können auch juristische Personen, ergo Unternehmen als Gesellschafter auftreten, diese werden hier wie eine Person, also ein Gesellschafter behandelt. In der Mehrheit wiesen die teilnehmenden krankenhausgetragenen MVZ im Jahr 2021 auch nur einen Gesellschafter (80 %, vgl. Abbildung 1 im Kapitel 2) auf. Daher ähneln sich die Werte bei dieser Trägerart sehr mit den Werten hinsichtlich Überschuss je MVZ. Im Median haben Krankenhaus-MVZ einen Überschuss von 10 Tsd. Euro je Gesellschafter und 109 Tsd. Euro im Durchschnitt. Das erste Quartil macht einen Verlust von 76 Tsd. Euro, was zeigt, dass eine nicht unerhebliche Zahl an Krankenhaus-MVZ im Jahr 2021 Verluste aufwies.

| Tabelle 8 Jahresüberschuss je Vertragsarzt/-psychotherapeut in Tsd. Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | vorkommende Rechtsformen | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Vertragsarzt-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Partnergesellschaft | 74 | 100 | 200 | 307 | 309 |
| Vertragsarzt-MVZ | GmbH | 35 | 35 | 100 | 275 | 274 |
| Vertragsarzt-MVZ | GbR, Partnergesellschaft | 39 | 153 | 219 | 333 | 324 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR, Einzelunternehmen | 22 | -10 | 39 | -37 | 166 |
| Krankenhaus-MVZ | GmbH | 11 | 8 | 38 | -148 | 207 |
| Krankenhaus-MVZ | gGmbH | 9 | -9 | 70 | 88 | 222 |
| Dialyse-MVZ | gGmbH, GmbH, GbR | 2 | / | / | / | / |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022. Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

In Tabelle 8 wird der Überschuss je Vertragsarzt des MVZ berichtet. Dabei geht nur die Anzahl der Vertragsarztsitze und nicht die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in die Zählung mit ein. Es werden zudem auch ärztlich tätige Gesellschafter als Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten gezählt, sofern sie als Vertragsarzt im Fragebogen angegeben wurden. Bei vertragsarztgetragenen MVZ zeigen sich keine großen Unterschiede bzgl. des Überschuss je Gesellschafter (vgl. Tabelle 7), was vermutlich daran liegt, dass die meisten

Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in dieser Trägerform auch ärztlich tätige Inhaberinnen und Inhaber sind. In Krankenhaus-MVZ gibt es wenige Vertragsärzte – in der Mehrheit der MVZ in dieser Trägerform gibt es nur angestellte Ärzte. Insofern gibt es auch nur 22 MVZ in Krankenhausträgerschaft mit Vertragsärzten – dort liegt der Überschuss je Vertragsarzt im Median bei 39 Tsd. Euro. Dialyse-MVZ beschäftigen üblicherweise keine Vertragsärzte, daher wird dieser Indikator aufgrund nur weniger Fälle nicht berichtet.

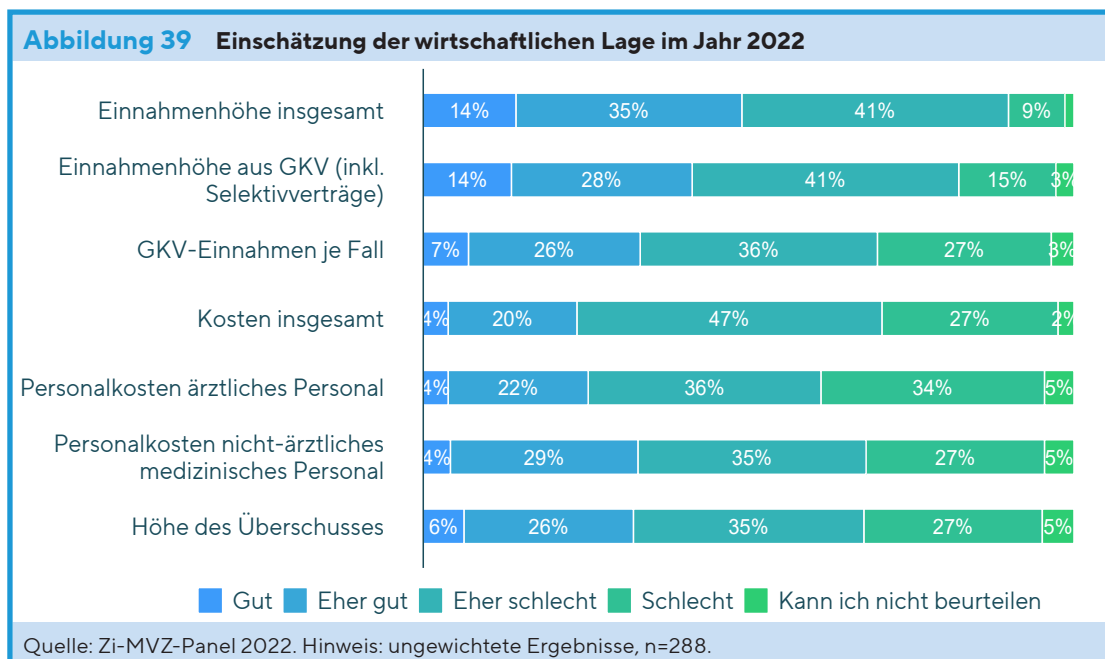
Bewertung der Wirtschaftslage und strategische Ausrichtung

Im vorherigen Abschnitt wurde ein Ansatz zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit bzw. des wirtschaftlichen Erfolges in MVZ, verbunden mit der Schwierigkeit die starke Heterogenität der komplexen Organisationsstrukturen mit der Bildung von Gruppen weitestgehend zu homogenisieren bzw. zu reduzieren. Im dem Zuge wurden wirtschaftliche Indikatoren vorgestellt, die zum Teil in der Erhebung direkt erfragt oder innerhalb der Auswertung auf Basis weiterer Angaben generiert wurden. Das ermöglicht viele Vergleiche, vernachlässigt jedoch einige nicht berücksichtigte oder unbeobachtete Faktoren.

Daher wurden die MVZ zusätzlich nach ihrer subjektiven Einschätzung der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage, zu ihren Erwartungen und gesetzten Zielen für die kommenden Jahre gefragt.

Bewertung

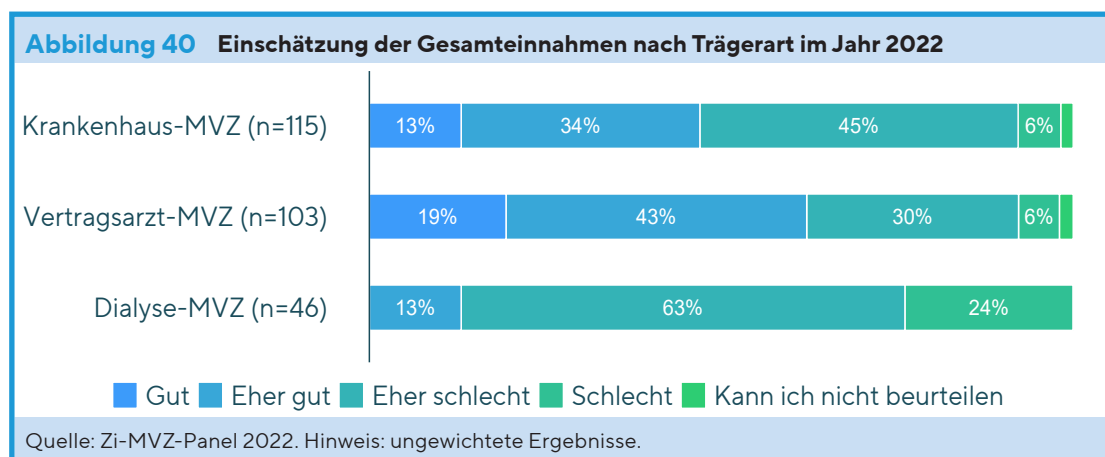
Daher wurden die MVZ in einem zweiten Schritt gebeten, ihre wirtschaftliche Lage im Jahr 2022 selbst abzuschätzen bzw. zu bewerten. Abbildung 39 zeigt dies für einige typische Kennzahlen zur Bewertung der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage.



Hinsichtlich der Einnahmen fiel die Einschätzung der MVZ sehr unterschiedlich aus. So bewertete knapp die Hälfte der teilnehmenden MVZ die Einnahmenhöhe als gut oder eher

gut, während 9 % der MVZ die Einnahmehöhe als schlecht und 41 % als eher schlecht einstufen. Wenn nur GKV-Leistungen berücksichtigt werden, erhöht sich der Anteil der MVZ, die die Einnahmen als schlecht bewerteten auf 15 %. Noch negativer fiel die Einschätzung aus, wenn nach den GKV-Einnahmen je Fall gefragt wurde (27 %).

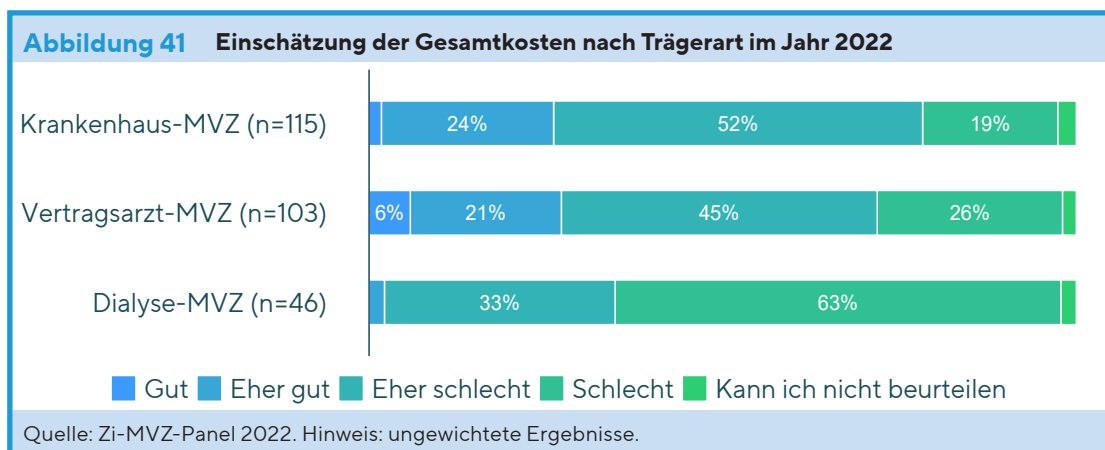
Differenziert nach Trägerschaft fällt auf, dass vor allem Dialyse-MVZ ihre Einnahmenlage deutlich schlechter einschätzten als vertragsarzt- oder krankenhausetragene MVZ. Nur 13 % der Dialyse-MVZ sprachen sich für eine eher gute Einnahmenlage aus, während fast zwei Drittel (62 %) der vertragsarztgetragenen MVZ und mit 47 % knapp die Hälfte der krankenhausetragenen MVZ ihre Einnahmen als gut oder eher gut einschätzten (vgl. Abbildung 40).



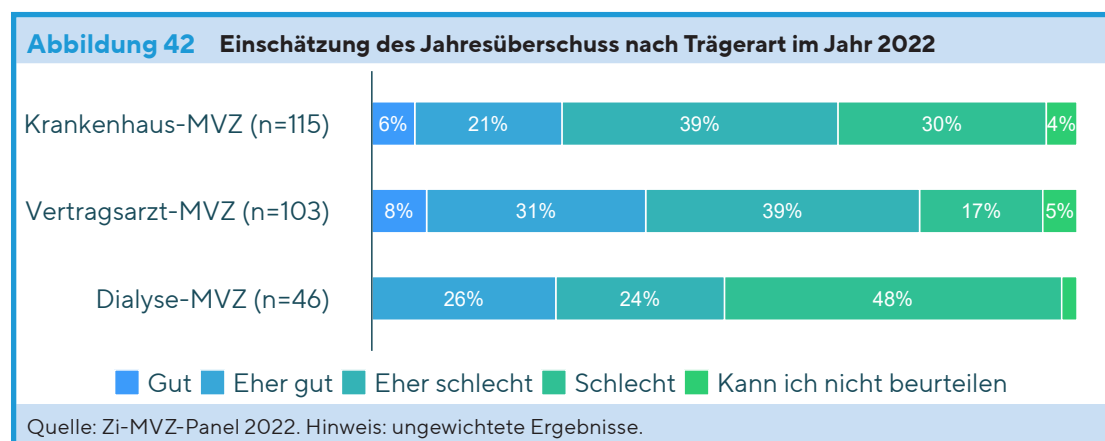
Hinsichtlich der Kosten schätzten die teilnehmenden MVZ die Lage zu Beginn des Jahres 2022 insgesamt als negativ ein, was vor dem Hintergrund der anhaltenden Inflation verständlich ist. 47 % schätzten die Lage hinsichtlich der gesamten Kosten als eher schlecht und 27 % als schlecht ein (vgl. Abbildung 39). Auch die Lage der Personalkosten, insbesondere die Kosten für ärztliches Personal, wurde als schlecht empfunden. Die teilnehmenden MVZ bewerteten die Kostenlage für ärztliches Personal zu 70 % und für nicht-ärztliches Personal zu 62 % als schlecht bzw. eher schlecht. Nicht einmal jedes dritte MVZ schätzte die Personalkostenlage als zufriedenstellend ein (vgl. Abbildung 39). Das lässt sich vermutlich damit erklären, dass sich die Inflation im Berichtsjahr 2021 vor allem bei den Materialkosten bemerkbar gemacht hat, während die Lohnkosten weniger stark gestiegen sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2021).

Differenziert nach Trägerschaft fällt auf, dass vor allem Dialyse-MVZ die Gesamtkostenlage zu 96 % als schlecht oder eher schlecht einordneten, wobei hier betont werden muss, dass fast zwei Drittel der Dialyse-MVZ die Gesamtkostenlage als sehr schlecht bewerteten (vgl. Abbildung 41). Ein etwas milderer, aber dennoch alarmierendes Bild zeichnet sich bei Krankenhaus- sowie Vertragsarzt-MVZ ab, welche zu jeweils 71 % ebenfalls von einer schlechten bzw. eher schlechten Gesamtkostenlage in 2022 berichteten.

Wird die Bewertung des Jahresüberschusses insgesamt betrachtet, so gaben 62 % der teilnehmenden MVZ an, dass dieser eher schlecht (35 %) bis schlecht (27 %) war. Knapp jedes dritte MVZ schätzte die Höhe des Überschusses als gut bzw. eher gut ein (vgl. Abbildung 39).



Krankenhausgetragene MVZ bewegen sich mit ihrer Bewertung des Überschusses in einem ähnlichen Bereich (39 % eher schlecht, 30 % schlecht). Immerhin bewerteten 27 % der Krankenhaus-MVZ ihren Überschuss als gut bzw. eher gut. Krankenhausgetragene MVZ schätzten ihren Überschuss weniger zufriedenstellend ein: Mehr als die Hälfte der MVZ (56 %) berichteten von einer schlechten bzw. eher schlechten Überschusshöhe. Rund 40 % der Vertragsarzt-MVZ gab an, über eine gute bzw. eher gute Überschusshöhe zu verfügen. Knapp die Hälfte der Dialyse-MVZ bewertete den Überschuss als schlecht (48 %), ein Viertel als eher schlecht und ein weiteres Viertel schätzte den Überschuss als gut ein (vgl. Abbildung 42).

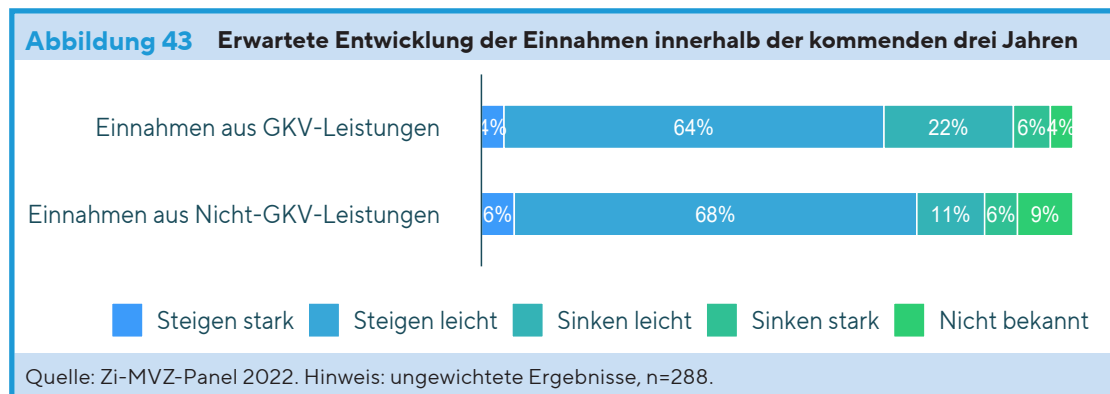


Perspektiven

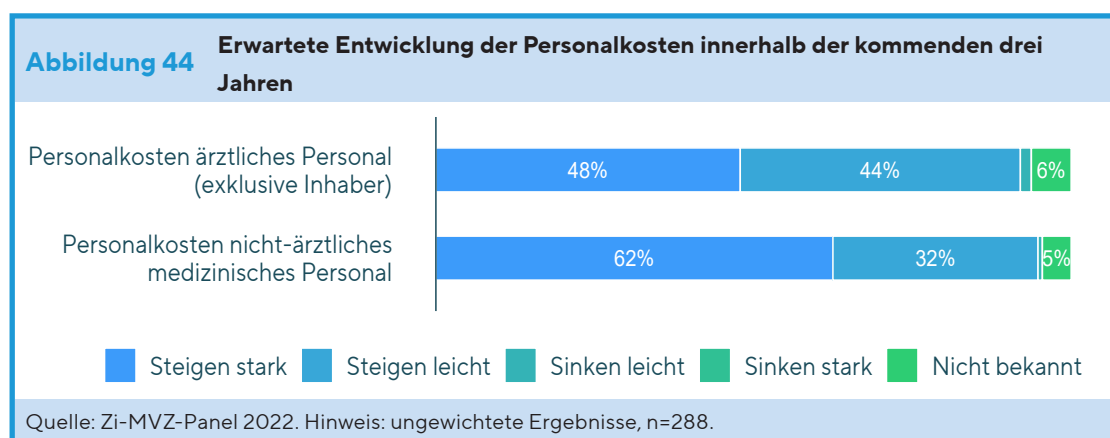
Im Folgenden wurden die teilnehmenden MVZ danach gefragt, welche Entwicklung sie hinsichtlich der wirtschaftlichen Lage in den nächsten drei Jahren für ihr MVZ erwarten. Insgesamt erwarteten die teilnehmenden MVZ mehrheitlich sowohl steigende Einnahmen als auch steigende Aufwendungen.

Abbildung 43 zeigt, dass gut zwei Drittel der MVZ einen leichten Anstieg der Einnahmen aus GKV-Leistungen erwartet, immerhin 28 % erwarteten hingegen sinkende Einnahmen. Bei den Einnahmen jenseits der GKV-Leistungen sind die Erwartungen im Vergleich etwas höher. Hier erwarteten 74 % einen Anstieg.

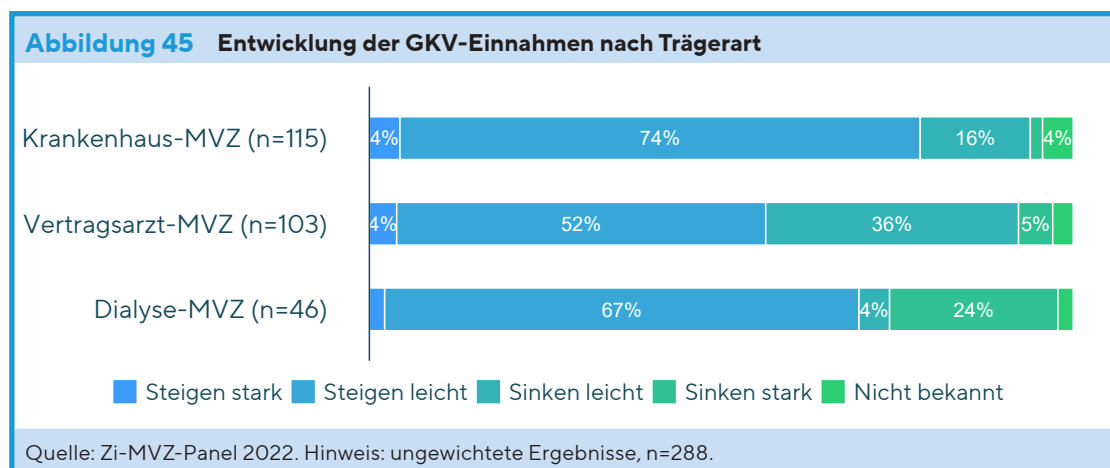
Abbildung 44 zeigt, dass die teilnehmenden MVZ gleichzeitig erwarteten, dass die Personalkosten in den nächsten drei Jahren steigen werden. Das gilt für das ärztliche



Personal: Hier erwarten 48 %, dass die Kosten stark steigen werden und 44 %, dass sie geringfügig ansteigen werden. Aber auch für das nicht-ärztliche medizinische Personal, z.B. MFAs, MTAs. Hier erwarteten 62 % fast zwei Drittel der MVZ eine starke Steigerung und 32 % eine eher leichte Steigerung.

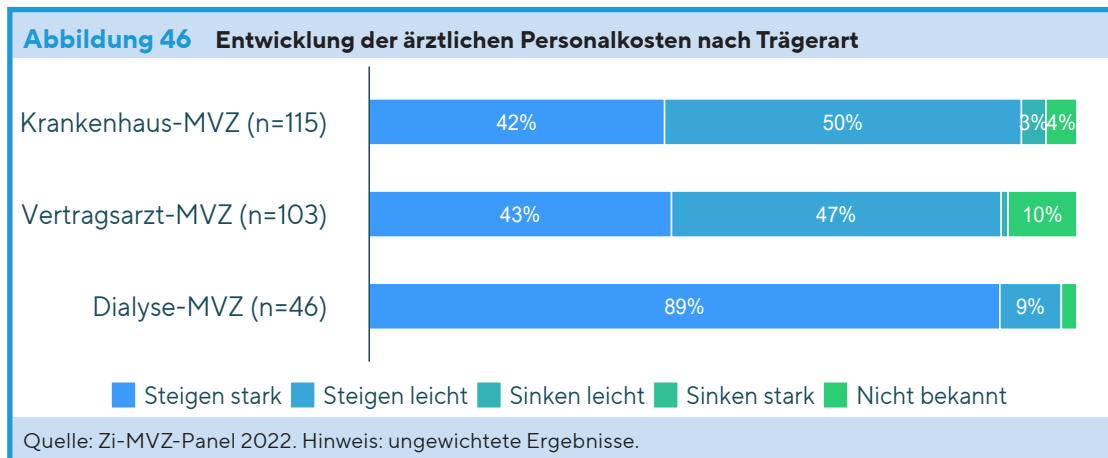


Wird die Entwicklung der GKV-Einnahmen nach Trägerschaft verglichen, so fällt auf, dass krankenhausgetragene MVZ insgesamt positivere Erwartungen haben: 74 % der MVZ gingen hier von einer leichten Steigerung der GKV-Einnahmen aus, 4 % sogar von stark steigenden Einnahmen. Vertragsarztgetragene MVZ erwarteten zu 41 % sinkende und nur zu 56 % steigende GKV-Einnahmen. Gut zwei Drittel der Dialyse-MVZ rechnete mit steigenden GKV-Einnahmen (vgl. Abbildung 45).



Bei Betrachtung der erwarteten Entwicklung der ärztlichen Personalkosten in den nächsten drei Jahren nach Trägerart, weichen Dialyse-MVZ von den anderen beiden Trägerarten

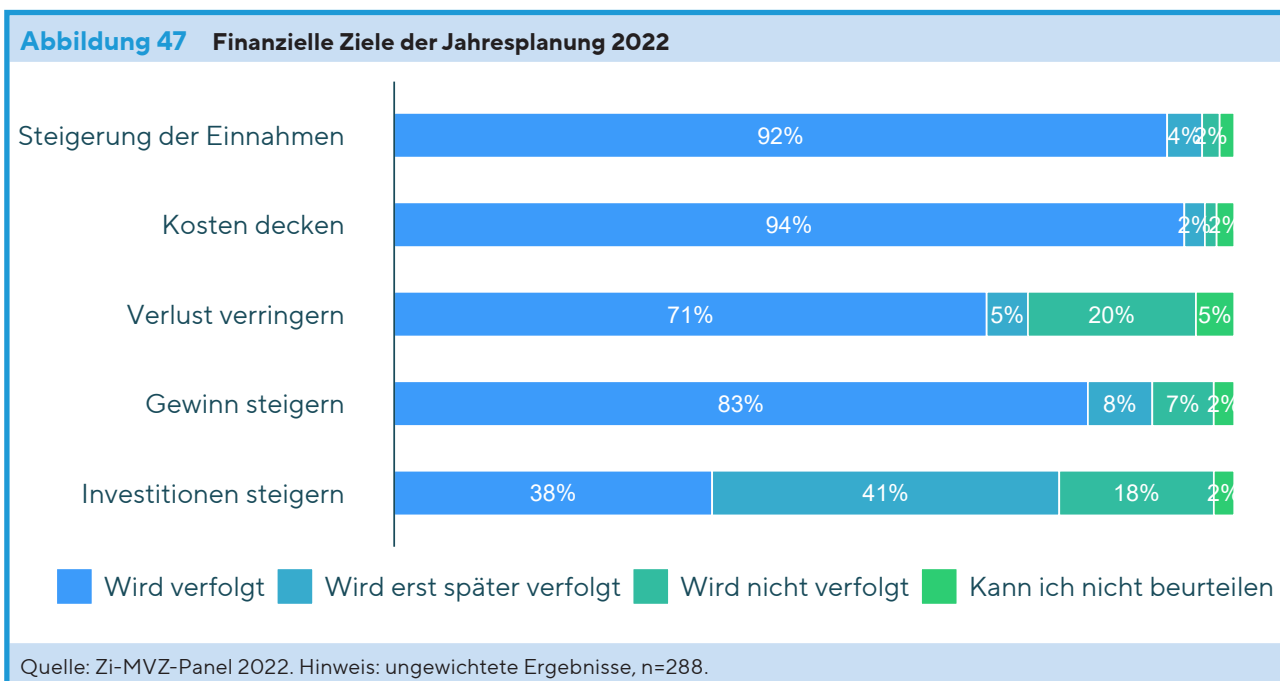
ab. Hier erwarteten 89 %, dass die Personalkosten für ärztliches Personal stark steigen, weitere 9 %, dass diese geringfügig steigen. Etwas über 40 % der krankenhaus- und vertragsarztgetragenen MVZ erwarteten einen starken Anstieg, rund 50 % jeweils einen leichten Anstieg der Kosten für ärztliches Personal (vgl. Abbildung 46).



MVZ, die in Kernstädten oder dem Umland verortet sind, weichen von der Gesamtdarstellung zu den erwarteten wirtschaftlichen Entwicklungen kaum ab. MVZ, die in ländlichen Regionen liegen, geben allerdings häufiger eine erwartete Steigerung der Einnahmen an. Die gilt sowohl für GKV-Leistungen (7 % steigen stark, 78 % steigen leicht), als auch für Nicht-GKV-Leistungen (2 % steigen stark, 83 % steigen leicht).

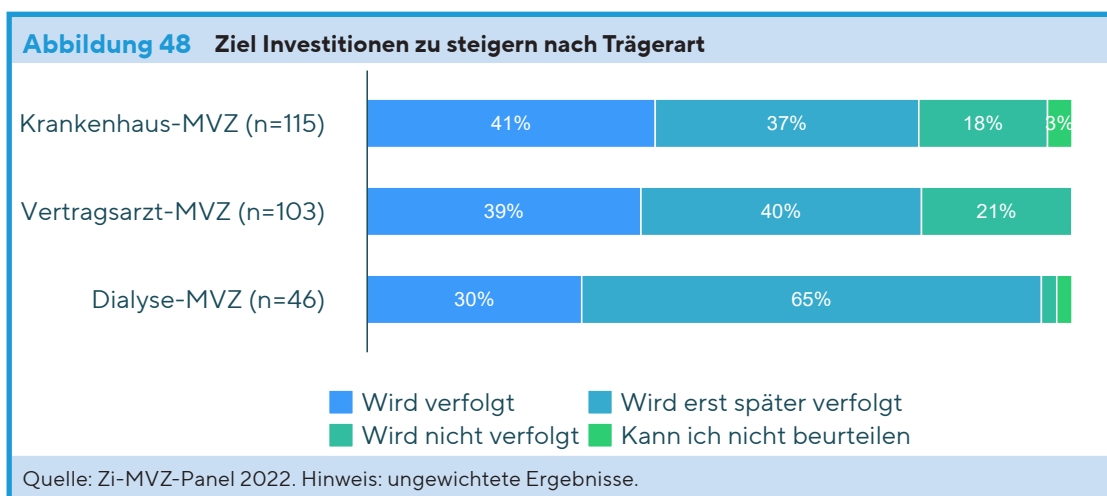
Wirtschaftliche Ziele

In einem weiteren Schritt haben wir die teilnehmenden MVZ gefragt, welche finanziellen Ziele Sie sich in der Jahresplanung 2022 vorgenommen haben (vgl. Abbildung 47).

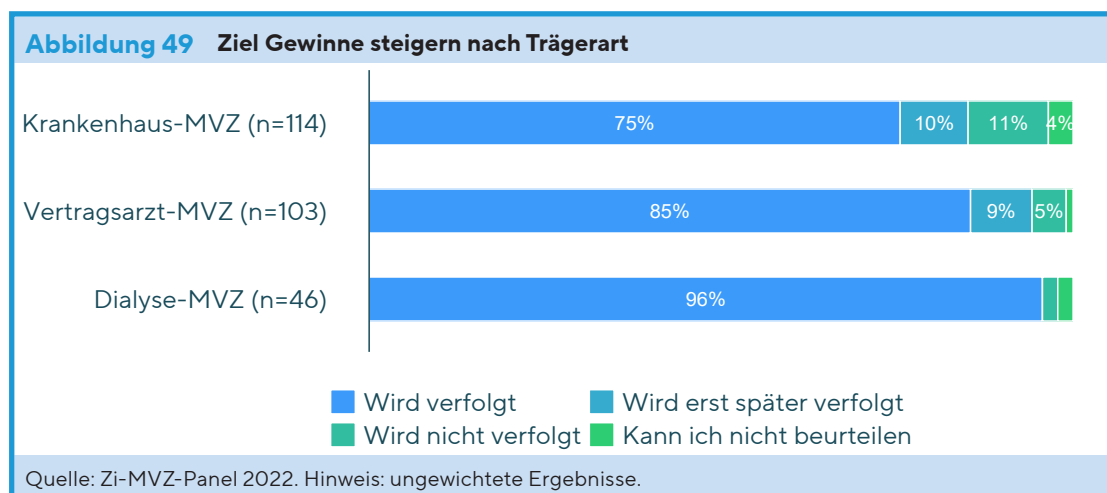


Dabei haben sich fast alle teilnehmenden MVZ vorgenommen, die Einnahmen zu steigern (92 % aktuell und 4 % als perspektivisches Ziel). Ähnlich verteilt war das Ziel die eigenen Kosten zu decken. Die Verluste zu verringern wurde von 71 % aktuell verfolgt und von 20 % nicht verfolgt. Den Gewinn zu steigern war bei 83 % der teilnehmenden MVZ ein aktuelles Ziel und bei 8 % ein Ziel was später verfolgt wird. 38 % der teilnehmenden MVZ strebten an die Investition zu steigern und 41 % berichteten, dass sie die Investitionen zu einem späteren Zeitpunkt erhöhen wollen.

Das Ziel, Investitionen zu steigern, wird von Dialyse-MVZ am seltensten aktuell verfolgt (30 %), allerdings wollen 65 % dieses Ziel später verfolgen. Vertragsarzt-MVZ und Krankenhaus-MVZ weichen von der Gesamtdarstellung nur minimal ab. Rund 40 % der Krankenhaus- sowie Vertragsarzt-MVZ verfolgen das Ziel der Investitionssteigerung aktuell, jeweils weitere rund 40 % planen eine Steigerung der Investitionen in der Zukunft (vgl. Abbildung 48).



Bei dem Ziel, Gewinne zu steigern, können nach Trägerschaft kleine Unterschiede festgestellt werden (vgl. Abbildung 49). Während sich die Zielsetzung der Vertragsarzt-MVZ nicht groß von der Gesamtheit unterscheidet (wird zu 85 % verfolgt und zu 9 % erst später verfolgt), verfolgen Dialyse-MVZ das Ziel mit 96 % deutlich häufiger und Krankenhaus-MVZ eher seltener (75 % wird aktuell verfolgt, 10 % wird später verfolgt).



Kapitel 5

Versorgungsstrukturen in Medizinischen Versorgungszentren

Dieses Kapitel präsentiert Ergebnisse zu Art und Umfang der Versorgung aus unterschiedlichen Datenquellen: In einem ersten Schritt werden Ergebnisse aus der Primärerhebung des Zi-MVZ-Panels zur Versorgungstätigkeit des ärztlichen und psychotherapeutischen Personals zum Berichtsjahr 2021 vorgestellt. In einem zweiten Schritt werden die Erhebungsergebnisse mit den KV-Abrechnungsdaten verknüpft, welches differenzierte Ergebnisse ermöglicht, die allein aus den KV-Abrechnungsdaten nicht gewonnen werden können. Hierbei wird vor allem auf Merkmale, u. a. Trägerschaft, Regionstyp zurückgegriffen, die in den KV-Abrechnungsdaten des Zi nicht vorliegen.

Ergebnisse aus der Erhebung

Personal- und Versorgungsstruktur

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können im Gegensatz zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften ausschließlich durch angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten¹ geführt werden. In den vergangenen Jahren ist eine deutliche Zunahme dieser Form zu beobachten, was sich auch in der vorliegenden Stichprobe widerspiegelt.

Zum Stichtag 31.12.2021 bestanden fast drei Viertel der MVZ ausschließlich aus angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten; dieser Wert lag zum Berichtsjahr 2019 noch bei zwei Drittel der teilnehmenden MVZ (siehe Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2021). In über 90 % der krankenhausgetragenen MVZ sowie MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V (im Weiteren: Dialyse-MVZ) arbeiteten ausschließlich angestelltes ärztliches und psychotherapeutisches Fachpersonal. Selbst unter den vertragsarztgetragenen MVZ gaben 40 % an, dass sie zum Stichtag 31.12.2021 nur angestellte Ärzte bzw. und Psychotherapeuten beschäftigt haben. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zur vergangenen Erhebung zum Berichtsjahr 2019 fast verdoppelt.

In 21 % der teilnehmenden MVZ waren neben angestellten Ärzten und Psychotherapeuten auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten tätig (vgl. Abbildung 5, Kapitel 2). Lediglich 6 % der Teilnehmenden waren reine Vertragsarzt-MVZ, in der letzten Erhebung zum Jahr 2019 waren es noch 10 %. Der zunehmende Anteil an Ärzten bzw. Psychotherapeuten in Anstellung deckt sich laut Angaben der KBV mit der Grundgesamtheit: Zum Stichtag 31.12.2021 arbeiteten 24.078 angestellte Ärzte und Psychotherapeuten bei knapp 1.700 Vertragsärzten und -psychotherapeuten in MVZ (vgl. Statistische Informationen der KBV 2021). Das entsprach bezugnehmend auf 2021 einem Anteil von 81 %.

Um die Tätigkeit von Ärzten bzw. Psychotherapeuten entsprechend ihres Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung besser abbilden zu können, wurden die MVZ nicht allein nach der personellen Anzahl gefragt, sondern auch um Angaben zum Versorgungsumfang der tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 31.12.2021 gebeten. Der Gesamtversorgungsumfang beschreibt die Summe der einzelnen Versorgungsumfänge – unabhängig davon, wie viel ärztliches und psychotherapeutisches Personal ggf. in Teilzeit auf diesen Arztsitzen tätig ist.

¹ Da die Lesbarkeit des Textes sowie der Grafiken in diesem Kapitel stark eingeschränkt würde, wird im Folgenden auf die maskuline Sprachweise zurückgegriffen (siehe auch Impressum).

Im Jahr 2021 waren in den teilnehmenden MVZ im Median fünf Ärzte und Psychotherapeuten angestellt, bei einem medianen Versorgungsumfang von drei Arztsitzen. In krankenhausgetragenen MVZ waren es im Median acht angestellte Ärzte und Psychotherapeuten mit einem Versorgungsumfang von sechs Arztsitzen, während in vertragsarztgetragenen MVZ sowie in Dialyse-MVZ im Median nur vier Ärzte und Psychotherapeuten mit einem Versorgungsumfang von drei Arztsitzen in Anstellung tätig waren. Krankenhausgetragene MVZ sowie Dialyse-MVZ wiesen im Median keine Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf, vertragsarztgetragene MVZ bestanden jedoch im Median aus zwei Vertragsärzten und -psychotherapeuten mit einem Versorgungsumfang von insgesamt zwei Arztsitzen.

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 und 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 Ärzte und Psychotherapeuten die Zulassung. Bei einer überlagerten persönlichen Zulassung wird nach Austritt des Arztes die persönliche Zulassung wieder gültig und somit dem MVZ entzogen. Der über die Zulassung definierte Versorgungsauftrag enthält neben dem Zulassungsfachgebiet auch den mittels Anrechnungsfaktor festgelegten Versorgungsumfang, der den zeitlichen Umfang der Teilnahme an der GKV-Versorgung beschreibt.

Jedes MVZ verfügt über eine ärztliche Leitung, die im MVZ ärztlich tätig sein muss. Im Median umfasste die Tätigkeit der ärztlichen Leitung in krankenhausgetragenen MVZ im Jahr 2021 einen Teilnahmeumfang von 0,8, welches einem zeitlichen Umfang von etwa 30-35 Stunden entspricht. Der Teilnahmeumfang der ärztlichen Leitung in einem Vertragsarzt-MVZ belief sich auf einen Arztsitz. Die Position der ärztlichen Leitung ist bei über der Hälfte der teilnehmenden MVZ unverändert geblieben, bei 34 % wechselte diese alle vier Jahre oder seltener. In 83 % der vertragsarztgetragenen MVZ gab es bisher keinen Wechsel der ärztlichen Leitung. In diesen Fällen wird angenommen, dass der Inhaber die Rolle der ärztlichen Leitung übernommen hat. Im Vergleich dazu wechselten Dialyse-MVZ die Position der ärztlichen Leitung häufiger: Hier wechselten 24 % alle ein bis drei Jahre, 52 % mindestens alle vier Jahre und 24 % wechselten die ärztliche Leitung nie.

Patientenversorgung

Im vierten Quartal 2021 wurden in allen teilnehmenden MVZ im Median 3.111 Patienten versorgt (vgl. oberen Teil von Tabelle 9). Davon waren 88 % (2.750) gesetzlich versichert und 7 % (232) selbstzahlend (PKV, Beihilfe, IGeL). Die Anzahl der Patienten zwischen den verschiedenen Trägerarten variiert sehr stark. In krankenhausgetragenen MVZ wurden im

Median 4.486 Patienten versorgt, in vertragsarztgetragenen MVZ waren es 3.264 und in Dialyse-MVZ mit 1.038 Patienten deutlich weniger. Der Anteil an GKV-Patienten lag bei allen Trägerarten bei im Median bei rund 90 %. Der Anteil an Selbstzahlenden bzw. PKV-Patienten am Gesamtpatientenstamm zeigten leichte Unterschiede: Während der mediane Anteil in Krankenhaus bei 5 % lag, versorgten Vertragsarzt- sowie Dialyse-MVZ im Median 10 % ihrer Patienten mit Selbstzahlerleistungen (PKV, IGeL).

Mit Blick auf die Anzahl versorgter Patienten je Arzt gaben die teilnehmenden MVZ im Median 513 Patienten je Arzt an, wobei vertragsarztgetragene MVZ mit 667 Patienten je Arzt die Liste anführten, darunter wurden 54 Selbstzahlende je Arzt versorgt. In krankenhausgetragenen MVZ fielen im Median 549 Patienten auf einen Arzt, Dialyse-MVZ versorgten mit 276 Patienten je Arzt deutlich weniger (vgl. unteren Teil von Tabelle 9).

| Tabelle 9 Patientenversorgung der teilnehmenden MVZ (Median-Werte) | | Teilnehm. MVZ | Vertragsarzt-MVZ | Krankenhaus-MVZ | Dialyse-MVZ |
|---|--|---------------|------------------|-----------------|-------------|
| n | | 288 | 98 | 111 | 45 |
| je MVZ | Insgesamt | 3.111 | 3.264 | 4.486 | 1.038 |
| | GKV-Patienten | 2.750 | 3.000 | 4.178 | 922 |
| | selektivvertragliche GKV-Patienten | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Selbstzahler | 232 | 333 | 240 | 103 |
| | BG-/Unfallkasse-Patienten | 10 | 12 | 11 | 0 |
| | vor- und/oder nachstationär behandelte Patienten | 0 | 0 | 0 | 70 |
| je Vollzeit-äquivalent | Insgesamt | 800 | 807 | 764 | 25 |
| | GKV-Patienten | 0 | 0 | 14 | 0 |
| | selektivvertragliche GKV-Patienten | 0 | 0 | 14 | 0 |
| | Selbstzahler | 70 | 72 | 88 | 5 |
| | BG-/Unfallkasse-Patienten | 3 | 3 | 4 | 0 |
| | vor- und/oder nachstationär behandelte Patienten | 0 | 0 | 1 | 0 |
| je Arzt | Insgesamt | 513 | 667 | 549 | 276 |
| | GKV-Patienten | 454 | 603 | 481 | 236 |
| | selektivvertragliche GKV-Patienten | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Selbstzahler | 32 | 54 | 26 | 27 |
| | BG-/Unfallkasse-Patienten | 2 | 3 | 2 | 0 |
| | vor- und/oder nachstationär behandelte Patienten | 0 | 0 | 0 | 24 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022.
Hinweis: Bezugszeitraum ist das vierte Quartal 2021. Da es MVZ gibt, die aufgrund ihres Leistungsangebots sehr viele Patientinnen und Patienten behandeln, wurde hier der Median als Vergleichsgröße gewählt. Ungewichtete Ergebnisse.

Wenn nicht die Personenanzahl der Ärzte sondern deren Versorgungsumfang bzw. die Vollzeitäquivalente der angestellten Ärzte als Referenzgröße genutzt wird, sind die Unterschiede der insgesamt behandelten Patienten zwischen Vertragsarzt- und Krankenhaus-MVZ kleiner (807 vs. 764). Bei Dialyse-MVZ lag dieser Wert bei 25 was dafür spricht, dass es viele Ärzte in dieser Trägerschaft mit anteiligen Versorgungsumfängen gibt (vgl. mittleren Teil von Tabelle 8).

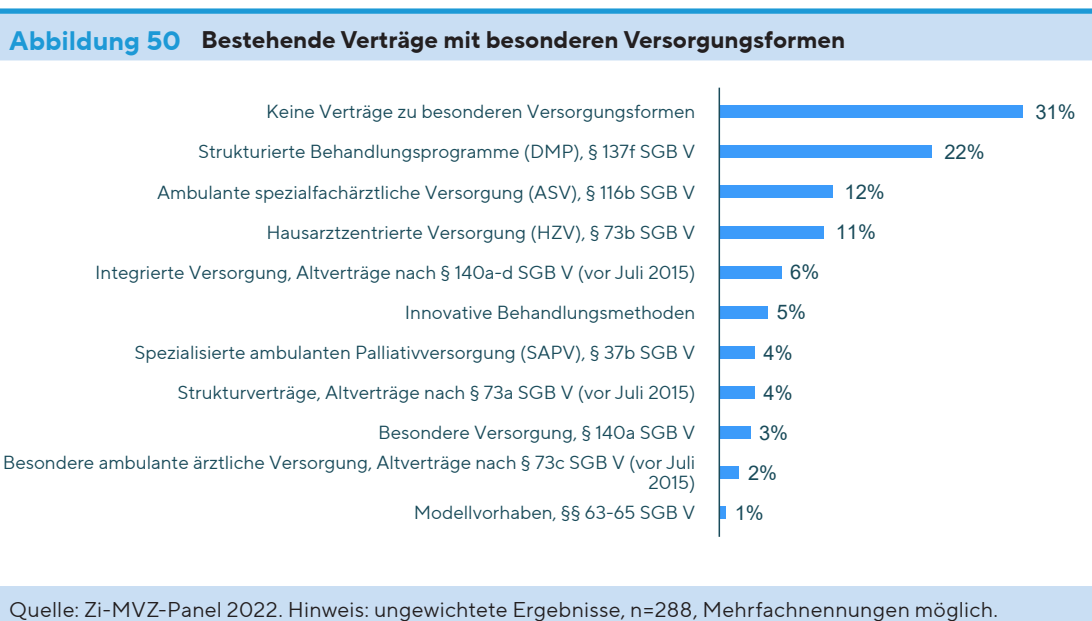
Verteilung der Arbeitszeiten

Zudem wurde erhoben, wie sich die wöchentliche Arbeitszeit von angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten im vierten Quartal 2021 auf verschiedene Patientengruppen verteilt hat. Die teilnehmenden MVZ gaben an, dass sich die wöchentlichen Arbeitszeit der angestellten Ärzte im Durchschnitt zu 84 % auf GKV-Patienten verteilt und zu 11 % auf Selbstzahlende. Vertragsärzte und -psychotherapeuten brachten 80 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für die Versorgung von GKV-Patienten auf, 15 % für Selbstzahlende. Der Rest Arbeitszeit verteilte sich jeweils auf BG-/Unfallkasse- und vor/oder nachstationär behandelte Patienten.

Die MVZ wurden in einem weiteren Schritt nach der Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit auf verschiedene Versorgungstätigkeiten gefragt. Dabei stellte sich heraus, dass angestellte Ärzte und Psychotherapeuten im Durchschnitt 74 % der Zeit mit Patienten verbrachten (weitere 3 % mit vor-/ nachstationären Patienten) und 19 % ohne Patienten, für bspw. dokumentarische Tätigkeiten. 3 % der Arbeitszeit entfiel laut Angaben auf die Versorgung von Notfallpatienten. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erbrachten mit durchschnittlich 68 % etwas weniger Zeit an Patienten, stattdessen wurde erwartungsgemäß mit 24 % mehr Arbeitszeit für Tätigkeiten ohne Patienten aufgewendet.

Besondere Versorgungsformen

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden ebenfalls danach befragt, ob sie im Jahr 2021 Verträge zu besonderen Versorgungsformen bzw. Selektivverträge abgeschlossen hatten. 31 % der MVZ nahmen im Jahr 2021 an keinen besonderen Versorgungsformen teil. Mit 22 % am häufigsten, benannten die Teilnehmenden abgeschlossene Verträge zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V. Im Berichtsjahr 2019 lag dieser Wert noch bei 44 %, im Jahr 2017 sogar bei 56 % der jeweils teilnehmenden MVZ. Verträge zur ambulanten spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurden von 12 % der teilnehmenden MVZ abgeschlossen. An vierter Stelle folgt mit 11 % die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, im Jahr 2019 nahmen noch 23 % der MVZ daran teil (vgl. Abbildung 50). Insgesamt ist festzustellen, dass die Teilnahme an Verträgen zu besonderen Versorgungsformen in den letzten Jahren rückläufig war.

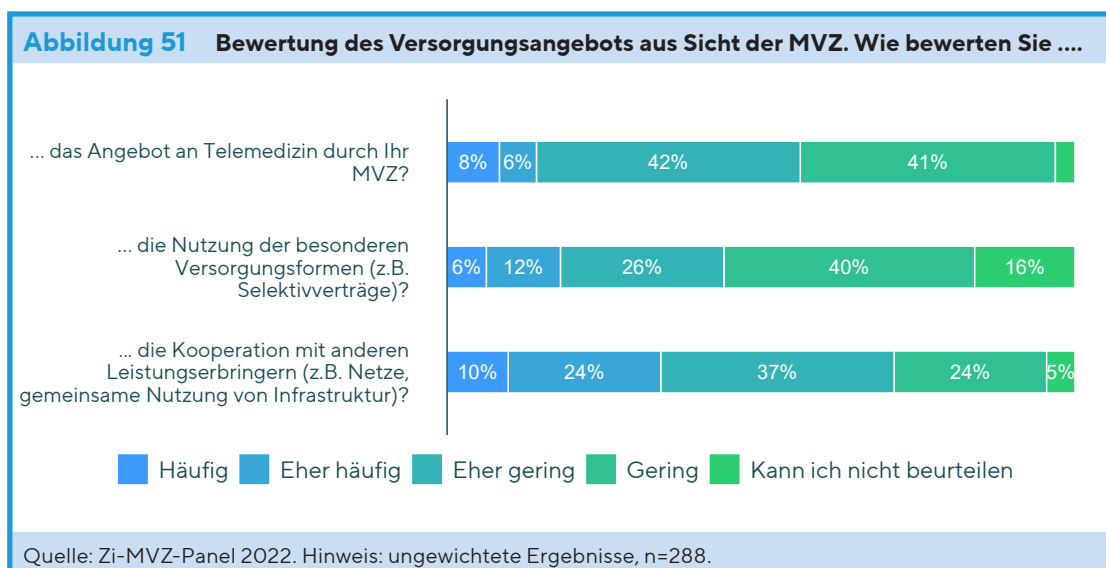


Die Ergebnisse einer Befragung von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigten, dass sich mit 40 % noch deutlich mehr niedergelassene Ärzte im Jahr 2019 an Verträgen zu Strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V beteiligten. Bei etwa 17 % der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften lagen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V vor (vgl. Zi-Praxis-Panel 2020).

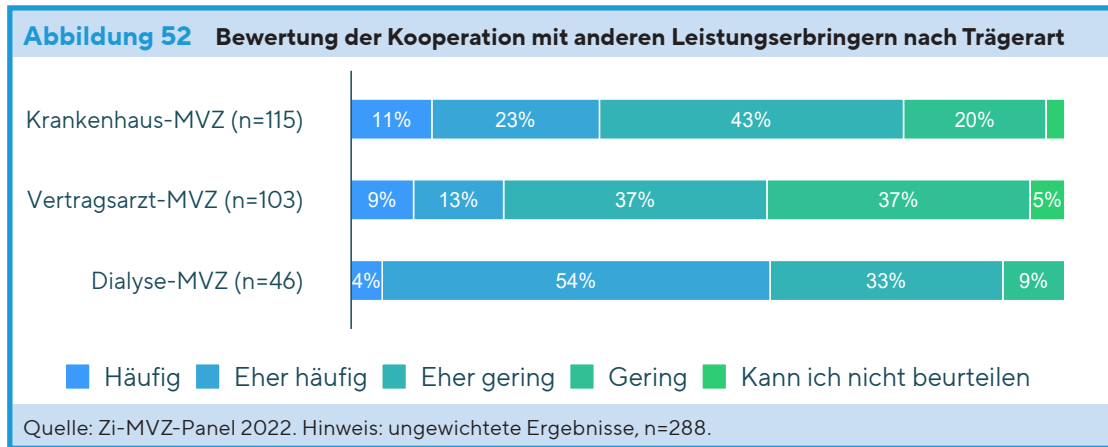
Bei Berücksichtigung der Trägerschaft fällt auf, dass es signifikante Unterschiede von MVZ gibt, bei denen ein Dialysezentrum als Träger beteiligt ist, gegenüber vertrags- und krankenhausgetragenen MVZ. Am 31.12.2021 bestanden bei zwei Drittel der Dialyse-MVZ keine Verträge zu besonderen Versorgungsformen. Hingegen waren lediglich 23 % der vertragsarztgetragenen sowie 28 % der krankenhausgetragenen MVZ an keinen besonderen Versorgungsformen beteiligt. Mit 18 % nahmen deutlich mehr Dialyse-MVZ an innovativen Behandlungsmethoden nach § 137e SGB V teil. Bei 19 % der krankenhausgetragenen MVZ bestanden Verträge zur Ambulanten spezialfachärztliche Versorgung (ASV) vor und somit deutlich mehr als Vertragsarzt- und Dialyse-MVZ.

Bewertung und perspektivische Entwicklung der Versorgungssituation

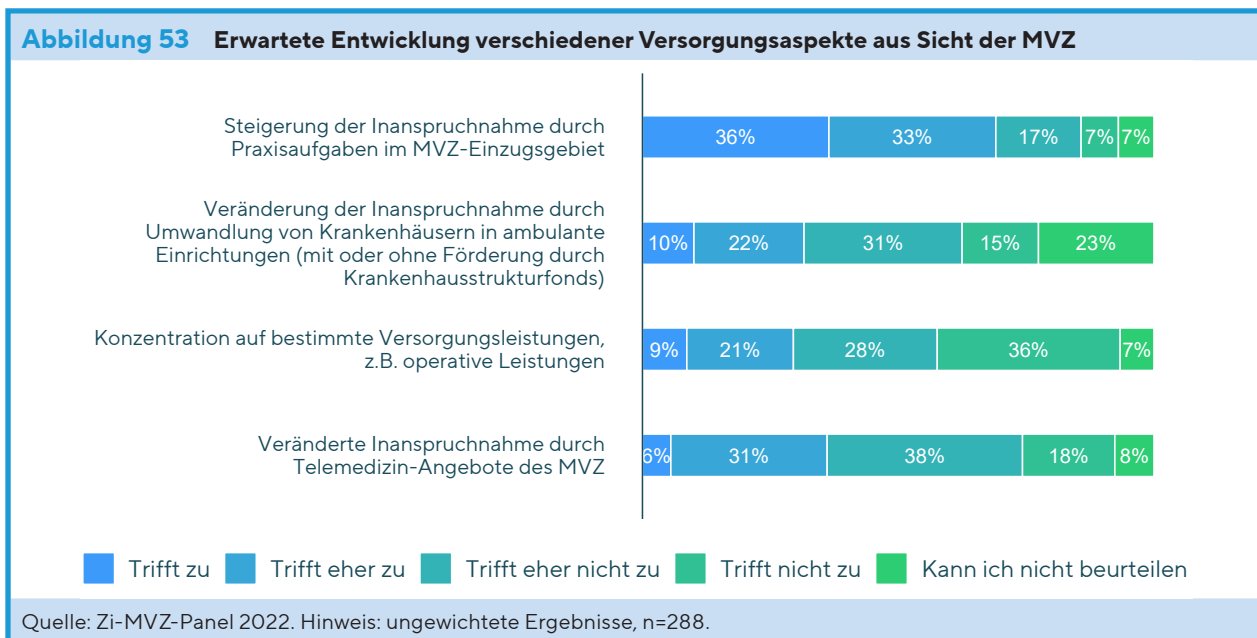
Die teilnehmenden MVZ wurden gebeten, verschiedene Formen des Leistungsangebots und der Kooperation mit anderen Leistungserbringern des eigenen MVZ zu bewerten (vgl. Abbildung 51). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei vielen MVZ noch ungenutztes Potenzial in Bezug auf die Nutzung von Online-Dienstleistungen besteht: Über 80 % der Teilnehmenden berichteten, dass das Angebot an Telemedizin gering bzw. eher gering ist. Die Nutzung besonderer Versorgungsformen im MVZ (z.B. Selektivverträge) wurde nur von 18 % als häufig oder eher häufig beschrieben. Die Kooperation mit anderen Leistungserbringern (u.a. Ärztenetze) wurde von über 60 % der teilnehmenden MVZ als (eher) gering beschrieben, was bei MVZ als kooperativ ausgelegtes Konzept überraschend wenig erscheint.



Bei Berücksichtigung der Trägerschaft fällt auf, dass 58 % der Dialyse-MVZ mit anderen Leistungserbringern deutlich häufiger kooperieren als vertragsarzt- und krankenhausgetragene MVZ. Ein Drittel der krankenhausgetragenen MVZ bewertete die Kooperation mit anderen Leistungserbringern als häufig (11 %) bzw. eher häufig (23 %). Vertragsarztgetragene MVZ gaben an, dass sie zu 9 % häufig und zu 13 % eher häufig mit anderen Einrichtungen kooperieren (vgl. Abbildung 52).

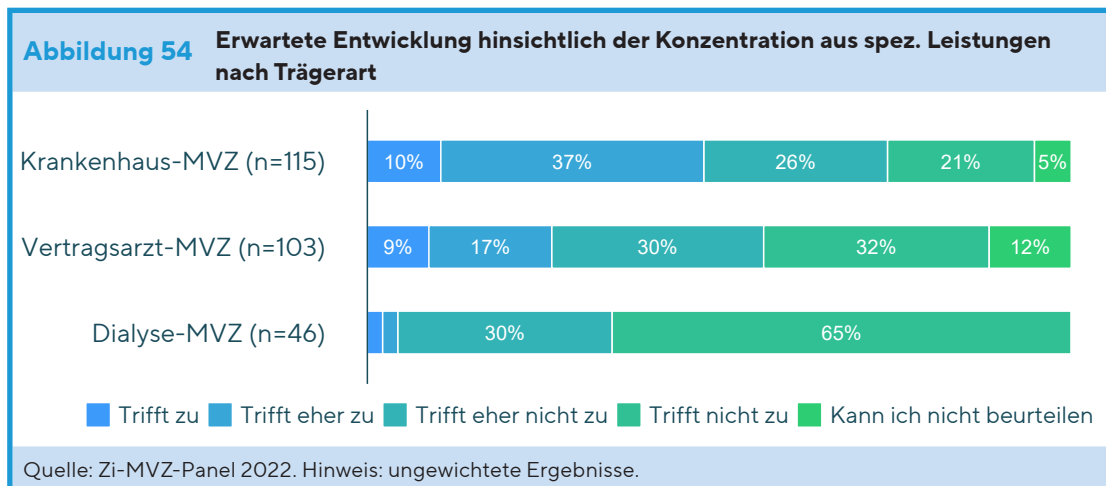


Gefragt nach der erwarteten Entwicklung in den nächsten drei Jahren berichteten 69 % der teilnehmenden MVZ von einer Steigerung der Inanspruchnahme durch Praxisaufgaben im MVZ-Einzugsgebiet (vgl. Abbildung 53). Eine Veränderung der Inanspruchnahme durch Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante Einrichtungen (32 %), durch die Konzentration auf bestimmte Versorgungsleistungen (30 %) oder eine Veränderung der Inanspruchnahme durch Telemedizin-Angebot (37 %) wurden seltener erwartet.

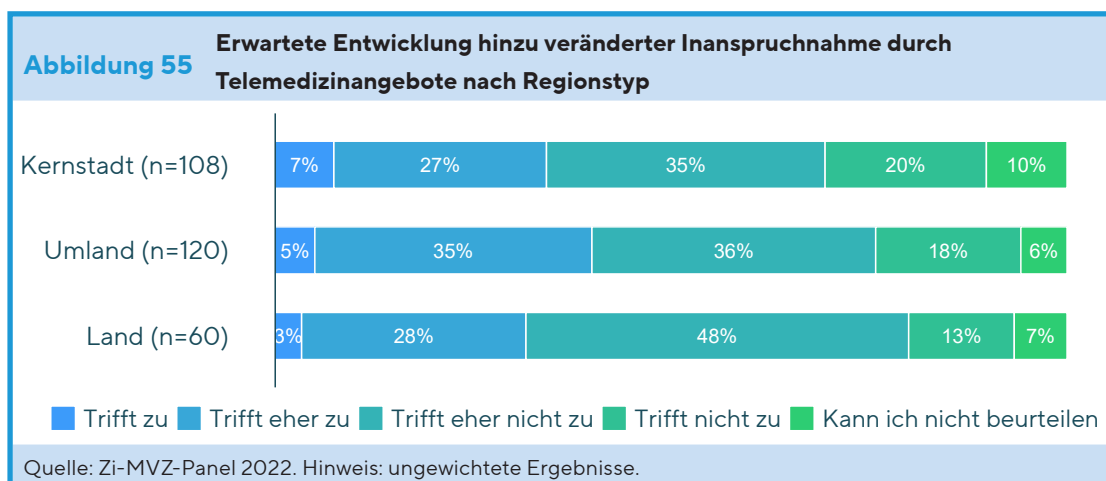


In der öffentlichen Diskussion wird oft die These aufgestellt, dass viele MVZ, bedingt durch die allgemeine Unterfinanzierung im vertragsärztlichen Bereich, gezwungen sind, auf potenziell profitable Leistungen umzusteigen bzw. ihre Versorgung mehrheitlich auf umsatzstarke Leistungen zu konzentrieren (bspw. auf OP-Leistungen). Abbildung 54 zeigt, dass unter krankenhausgetragenen MVZ eine Entwicklung in Richtung Leistungskonzentration am

häufigsten erwartet wird (47 % stimmten hier zu bzw. eher zu). Bei vertragsarztgetragenen MVZ lag dieser Wert bei 26 %, bei Dialyse-MVZ lediglich bei 3 %.



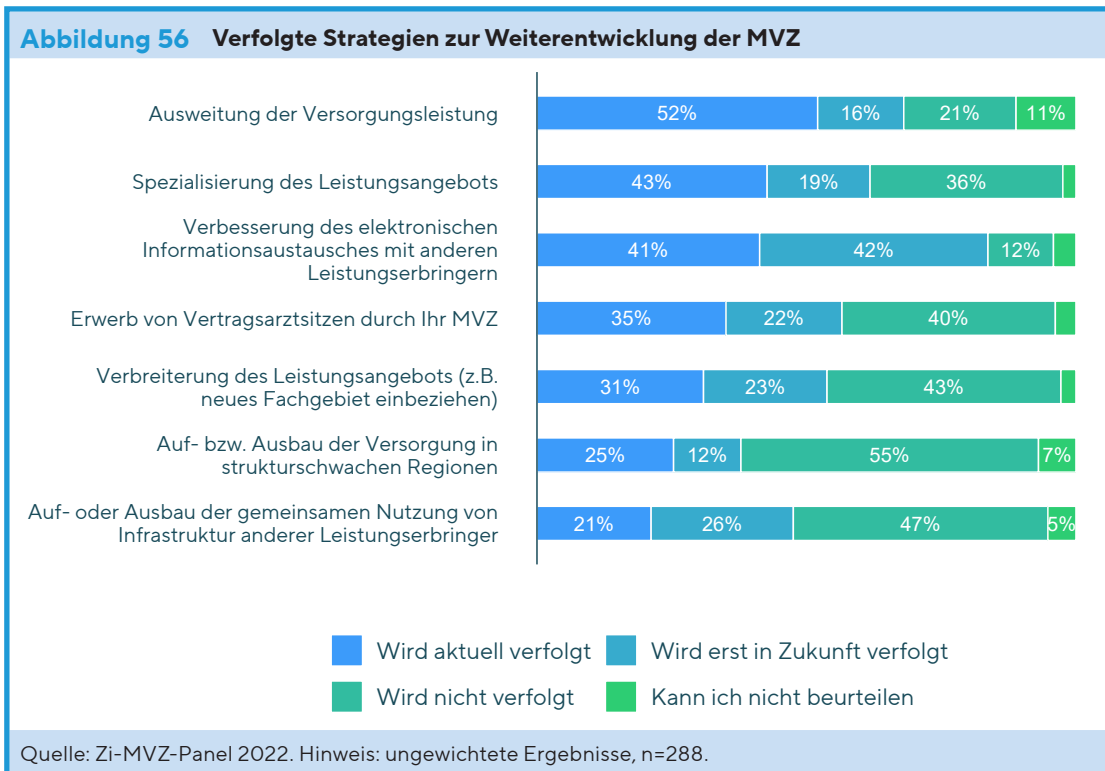
Angebote aus der Telemedizin sind möglicherweise abhängig von der Arzt- und Patientendichte. Abbildung 55 zeigt allerdings, dass dementsprechend auf dem Land am wenigsten mit einer Ausweitung der Telemedizin gerechnet wird. 61 % stimmten hier nicht oder eher nicht zu. In der Kernstadt betrug dieser Wert 55 %, während er im Umland bei 54 % lag.



Schließlich wurden die teilnehmenden MVZ gefragt, welche Strategien sie verfolgten, um Ihr MVZ in den kommenden drei Jahren weiterzuentwickeln (vgl. Abbildung 56).

Eine Ausweitung der Versorgungsleistung wurde dabei mit 52 % am häufigsten aktuell verfolgt. Dazu kamen noch 16 %, die diese Strategie zukünftig verfolgen werden. Auch eine Spezialisierung des Leistungsangebots wurde mit 43 % vergleichsweise häufig genannt, 19 % gaben dabei an, dass diese Strategie in Zukunft verfolgt wird. Auch die Verbesserung des elektronischen Informationsaustausches mit anderen Leistungserbringern ist eine beliebte Strategie der MVZ zur Weiterentwicklung. 41 % verfolgen diese Strategie aktuell und 42 % in Zukunft.

Eine Expansion im Sinne von Erwerb von weiteren Vertragsarztsitzen oder einer Verbreiterung des Leistungsangebots wurde von rund einem Drittel der MVZ aktuell verfolgt. Der Ausbau oder Aufbau der Versorgung in strukturschwachen Regionen wird nur von



einem Viertel der MVZ verfolgt. Schließlich werden engere Kooperationen mit anderen Leistungserbringern nur von 21 % der teilnehmenden MVZ als Strategie zur Weiterentwicklung des MVZ angegeben.

Da das Trägermerkmal zum einen die Inhaberstruktur als auch die Versorgung beeinflusst (vgl. Kapitel Struktur), ist zu erwarten, dass sich die Strategien unterscheiden. Hinsichtlich der aktuell verfolgten Strategie, die Versorgungsleistung auszuweiten, liegen Krankenhaus- und Vertragsarzt-MVZ mit 63 % bzw. 59 % eng beieinander, während Dialyse-MVZ die Strategie nur in 9 % der Fälle aktuell verfolgen. Über die Hälfte (59 %) der Dialyse-MVZ konnte diesbezüglich keine konkrete Angabe machen (vgl. Abbildung 57).

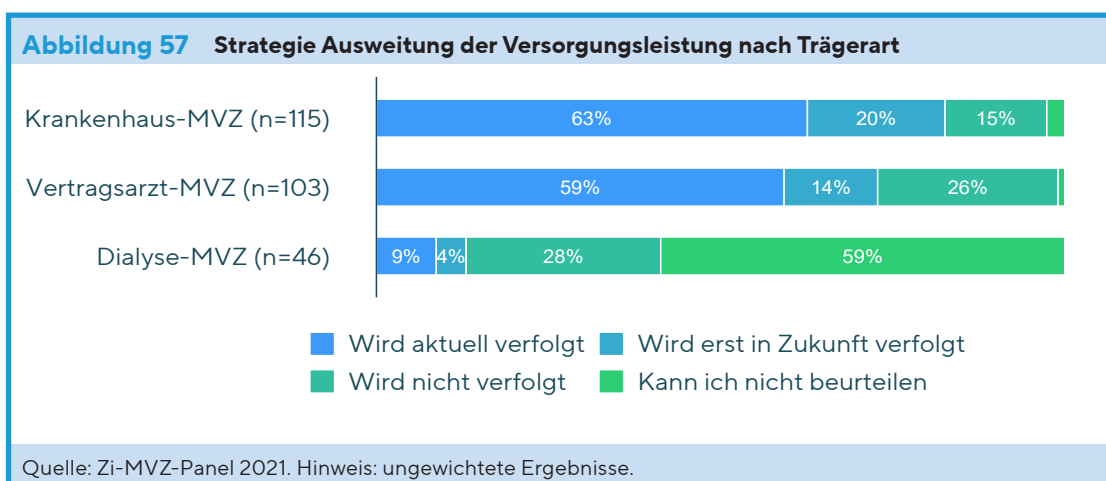
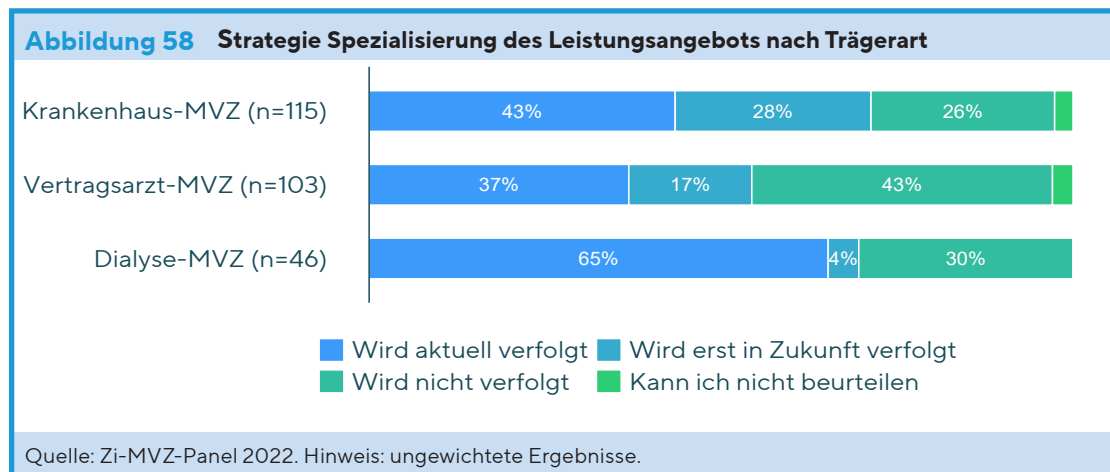
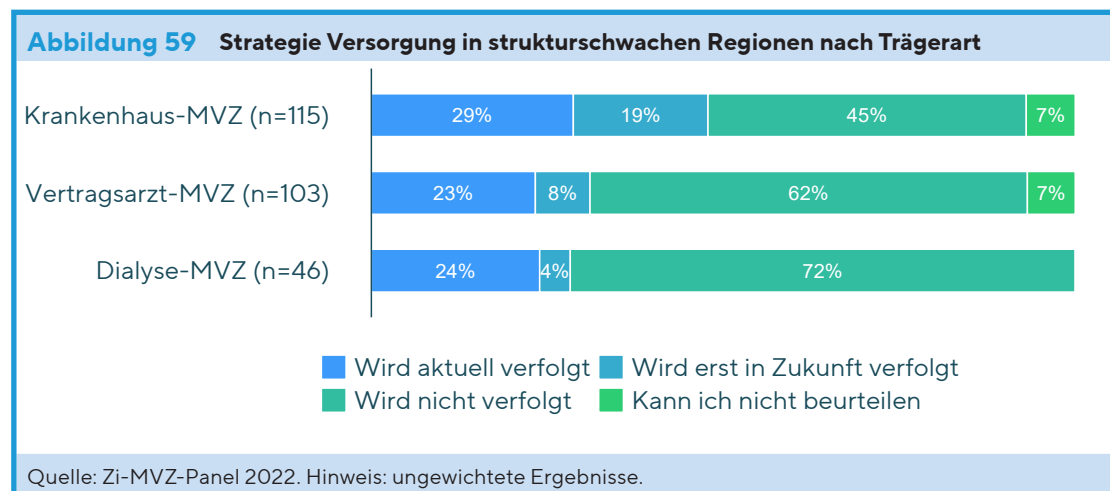


Abbildung 58 zeigt, dass Dialyse-MVZ eher eine Spezialisierung des Leistungsangebot anstreben. 65 % verfolgen diese Strategie aktuell. Bei Krankenhaus- bzw. Vertragsarzt-MVZ lag dieser Wert bei 43 % bzw. 37 %, jedoch planen weitere 17 % der vertragsarztgetragenen und 28 % der krankenhausetragenen MVZ mit einer Leistungsspezialisierung in der Zukunft.



Eine Expansion in Form von neuen Vertragsarztsitzen wurde von den krankenhausgetragenen MVZ mit 49 % am häufigsten aktuell verfolgt. Bei den Vertragsarzt-MVZ lag dieser Wert bei 38 % und bei Dialyse-MVZ bei 4 %.

Der Auf- bzw. Ausbau der Versorgung in strukturschwachen Regionen wird von den teilnehmenden MVZ nur begrenzt angestrebt, am stärksten aber noch von krankenhausgetragenen MVZ. Die Umsetzung dieser Strategie wird von 29 % der teilnehmenden Krankenhaus-MVZ derzeit und von 19 % zukünftig verfolgt. Bei Vertragsarzt-MVZ betrug dieser Wert 23 % bzw. 8 %, während Dialyse-MVZ den Auf- bzw. Ausbau der Versorgung in strukturschwachen Regionen zu 24 % aktuell verfolgen und zu 4 % in der Zukunft anstreben (vgl. Abbildung 59).



Ergebnisse aus verknüpften Erhebungs- und KV-Abrechnungsdaten

Hintergrund

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

Daraus ist ein Datenkörper entstanden, der die KV-Abrechnungs- und Versorgungsstrukturen der teilnehmenden Einrichtungen im Jahr 2021 widerspiegelt und somit Informationen aus Erhebung und Abrechnung verknüpft. Der Datenkörper enthält nur MVZ, die ein vollständiges Geschäftsjahr 2021 aufweisen, d. h. in allen vier Quartalen GKV-Leistungen erbracht und abgerechnet wurden.

Da sich die berichteten Leistungskennzahlen (Leistungsbedarf, Honorar u. a.) auf Jahreswerte beziehen, muss eine Vergleichbarkeit zwischen den MVZ gewährleistet werden. Zudem konnte die BSNR einzelner MVZ nicht pseudonymisiert und den Erhebungsdaten des teilnehmenden MVZ nicht zugeordnet werden.

Insgesamt enthält der finale verknüpfte Datensatz 260 MVZ, darunter 100 krankenhausgetragene MVZ, 91 vertragsarztgetragene MVZ, 39 MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen (Im Weiteren: Dialyse-MVZ) sowie 30 MVZ unter Beteiligung sonstiger Träger.

Dieser Datenkörper wird genutzt, um ausgewählte Abrechnungskennzahlen (u. a. Leistungsbedarf je MVZ) nach Merkmalen aufzuschlüsseln, die den KV-Abrechnungsdaten nicht zu entnehmen und nur in den Erhebungsdaten enthalten sind.

Konkret werden aus den Erhebungsdaten u. a. die Trägerart (Krankenhaus, Vertragsarzt, Sonstige Träger), der Regionstyp (Kernstadt, verdichteter Kreis, ländliche Region), die Zusammensetzung der in MVZ tätigen Ärzte (MVZ nur mit angestellten Ärzten, MVZ mit Vertragsärzten) und Psychotherapeuten um die Merkmale Leistungsbedarf je MVZ, Behandlungsfälle bzw. Fälle je MVZ, Leistungsbedarf je Vollzulassung, Fachgruppen und Abrechnungsgebiete erweitert und anschließend auf Zusammenhänge hin analysiert.

Mit Blick auf die Fachgebietsbreite der MVZ wiesen die 260 teilnehmenden MVZ im Jahr 2021 durchschnittlich fünf Fachgebiete auf, wobei in krankenhausgetragene MVZ durchschnittlich sechs Fachgebiete und in vertragsarztgetragene MVZ lediglich drei Fachgebiete vertreten waren. Regionsspezifische Unterschiede bestanden hingegen nicht.

Ergebnisse

Der Leistungsbedarf je MVZ stellt die Summe der abgerechneten GKV-Leistungen nach EURO-Gebührenordnung (EUROGO) innerhalb der Hauptbetriebsstätte dar.

Bei den krankenhausgetragenen MVZ lag dieser Wert bei 1,30 Mio. Euro, bei den vertragsarztgetragenen MVZ bei 930 Tsd. Euro, bei den MVZ in Trägerschaft eines Erbringers nicht-ärztlicher Dialyseleistungen bei 2,27 Mio. und MVZ in Beteiligung weiterer Träger hatten einen medianen Leistungsbedarf in Höhe von 980 Tsd. Euro (vgl. Tabelle 10).

| Tabelle 10 Leistungsbedarf nach EUROGO je MVZ in Euro im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----|------------|-----------|------------|------------|
| Merkmal | Untergruppe | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Trägerart | Krankenhaus-MVZ | 100 | 581.298 | 1.296.044 | 2.365.781 | 2.809.756 |
| | Vertragsarzt-MVZ | 91 | 535.933 | 929.896 | 1.653.186 | 1.641.323 |
| | Dialyse-MVZ | 39 | 1.438.294 | 2.272.369 | 3.036.324 | 4.197.042 |
| | Andere/Weitere | 30 | 547.621 | 975.186 | 2.409.012 | 1.702.710 |
| Region | Verdichteter Kreis | 107 | 697.853 | 1.134.357 | 2.216.362 | 2.634.252 |
| | Kernstadt | 99 | 620.690 | 1.328.060 | 2.702.511 | 2.908.649 |
| | Ländliche Region | 54 | 539.036 | 1.230.614 | 1.351.958 | 1.814.086 |
| Zusammensetzung | Nur angestellte Ärzte | 193 | 585.921 | 1.285.364 | 2.320.054 | 2.698.886 |
| | Angestellte- und Vertragsärzte | 52 | 653.766 | 1.160.243 | 1.591.612 | 1.723.755 |
| | Nur Vertragsärzte | 15 | 720.625 | 904.104 | 3.144.722 | 1.926.580 |
| Fachgleich | fachübergreifend | 159 | 798.014 | 1.533.946 | 2.738.869 | 2.825.091 |
| | fachgleich | 101 | 439.248 | 832.267 | 1.408.167 | 1.943.784 |
| Größenklasse | unter 6 Ärzte | 132 | 449.598 | 662.950 | 1.098.016 | 1.243.804 |
| | 6 oder mehr Ärzte | 128 | 1.204.956 | 1.887.894 | 3.380.991 | 3.289.892 |
| Hausärztlich | Rein fachärztlich | 151 | 527.554 | 1.264.029 | 2.569.336 | 2.843.425 |
| | Haus- und Fachärztlich | 85 | 801.137 | 1.500.443 | 1.986.144 | 2.168.957 |
| | Rein hausärztlich | 24 | 493.408 | 641.458 | 871.376 | 978.362 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022 und KV-Abrechnungsdaten (2021). Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

MVZ in städtischen Räumen erbrachten im Median einen Leistungsbedarf von 1,33 Mio. Euro, gefolgt von MVZ in ländlichen Regionen mit 1,23 Mio. Euro, MVZ in verdichteten Kreisen wiesen einen medianen Leistungsbedarf von 1,13 Mio. Euro auf. Allerdings ist die Prävalenz von MVZ im städtischen Raum und verdichteten Kreisen jeweils doppelt so hoch. In der Stichprobe befinden sich rund 99 MVZ im städtischen Bereich, 107 MVZ in verdichteten Kreisen und lediglich 54 MVZ auf dem Land.

Große Unterschiede finden sich hingegen, wenn nach Teilnahmestatus der in den MVZ tätigen Ärzte und Psychotherapeuten aufgeschlüsselt wird. MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten und Psychotherapeuten hatten im Median einen Leistungsbedarf von 1,29 Mio. Euro. Waren im MVZ auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten tätig, lag der Gesamtleistungsbedarf im Jahr 2021 bei 1,16 Mio. Euro. MVZ, in denen allein Vertragsärzte und -psychotherapeuten tätig waren, wiesen einen Leistungsbedarf in Höhe von 900 Tsd. Euro aus. Von diesem MVZ-Typ gab es allerdings nur 15 MVZ in der Erhebung.

Median und arithmetisches Mittel unterscheiden sich mit 900 Tsd. Euro gegenüber 3,14 Mio. Euro deutlich, bei MVZ mit angestellten Ärzten und Psychotherapeuten trifft das nicht zu, das Leistungsspektrum erscheint ausgeglichen. Nahezu drei Viertel der teilnehmenden MVZ beschäftigen ausschließlich angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, in lediglich 10 % der MVZ in der Erhebungsstichprobe sind Vertragsärzte tätig (vgl. Kapitel 2).²

| Tabelle 11 Leistungsbedarf je Behandlungsfall im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Merkmal | Untergruppe | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Trägerart | Krankenhaus-MVZ | 100 | 60 | 72 | 145 | 97 |
| | Vertragsarzt-MVZ | 91 | 65 | 83 | 143 | 119 |
| | Dialyse-MVZ | 39 | 382 | 759 | 760 | 1.085 |
| | Andere/Weitere | 30 | 59 | 71 | 186 | 99 |
| Region | Verdichteter Kreis | 107 | 64 | 81 | 237 | 118 |
| | Kernstadt | 99 | 65 | 95 | 256 | 330 |
| | Ländliche Region | 54 | 63 | 75 | 223 | 161 |
| Zusammensetzung | Nur angestellte Ärzte | 193 | 62 | 84 | 278 | 312 |
| | Angestellte- und Vertragsärzte | 52 | 70 | 86 | 149 | 116 |
| | Nur Vertragsärzte | 15 | 56 | 75 | 86 | 111 |
| Fachgleich | fachübergreifend | 159 | 63 | 76 | 141 | 108 |
| | fachgleich | 101 | 70 | 115 | 400 | 618 |
| Größenklasse | unter 6 Ärzte | 132 | 64 | 87 | 308 | 320 |
| | 6 oder mehr Ärzte | 128 | 64 | 79 | 173 | 126 |
| Hausärztlich | Rein fachärztlich | 151 | 66 | 105 | 346 | 526 |
| | Haus- und Fachärztlich | 85 | 63 | 75 | 102 | 100 |
| | Rein hausärztlich | 24 | 67 | 73 | 76 | 85 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022 und KV-Abrechnungsdaten (2021). Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Bei Betrachtung des Leistungsbedarfs je Behandlungsfall im Jahr 2021 kann festgestellt werden, dass krankenhausgetragene MVZ mit 72 Euro je Fall einen etwas niedrigeren Median aufwiesen, als MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und -psychotherapeuten mit 83 Euro je Fall (vgl. Tabelle 11). Es gab hingegen keinen Unterschied bezüglich des Mittelwerts, welcher bei vertragsarztgetragenen MVZ bei 143 Euro je Fall und bei krankenhausgetragenen MVZ bei 145 Euro je Fall lag. Dialyse-MVZ wiesen durchschnittlich einen Leistungsbedarf in Höhe von 760 Euro je Fall auf.

In städtischen MVZ lag der Leistungsbedarf je Fall im Median mit 95 Euro am höchsten, im ländlichen Bereich mit 75 Euro und verdichteten Kreisen mit 81 Euro etwas geringer.

Ob in MVZ ausschließlich angestellte Ärzte und Psychotherapeuten oder daneben auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten tätig sind, hat keine Auswirkung auf den Leistungsbedarf je Fall. Dieser liegt in beiden Fällen zwischen 84 und 86 Euro je Fall. Reine Vertragsarzt-MVZ ohne angestellte Ärzte und Psychotherapeuten wiesen für 2021 einen Fallwert in Höhe von 75 Euro auf.

² Nach Angaben der KBV sind in 82 % der zum 31.12.2021 bestehenden und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ in Deutschland nur angestellte Ärzte tätig. 16 % der MVZ werden von Ärzten geführt, die angestellte Ärzte beschäftigen, allein in rund 3 % der MVZ praktiziert der/die Inhaber/in ohne Ärzte in Anstellung. Demnach weicht die Verteilung der MVZ-Zusammensetzung in unserer Stichprobe von der in der Grundgesamtheit, insbesondere hinsichtlich des Anteils an MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten ab (vgl. KBV Statistische Information zum Stichtag 31.12.2021).

Hingegen zeigen sich große Unterschiede zwischen fachgleichen und fachübergreifend praktizierenden MVZ.³ Fachübergreifend tätige MVZ erzielten im Jahr 2021 einen Leistungsbedarf je Fall in Höhe von 76 Euro, fachgleiche MVZ jedoch wiesen einen Leistungsbedarf in Höhe von 115 Euro je Fall aus. Auffällig ist hier, dass der Gesamtleistungsbedarf in teilnehmenden fachübergreifenden MVZ im Median bei 1,53 Mio. Euro lag, wobei fachgleiche MVZ mit einem Gesamtleistungsbedarf von 830 Tsd. Euro nur knapp die Hälfte auswiesen (vgl. Tabelle 10). Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass fachübergreifende MVZ in der Erhebungsstichprobe vorrangig krankenhausgetragen sind, in denen tendenziell mehr Ärzte und Psychotherapeuten tätig sind und somit im Jahr 2021 mehr Patienten versorgt werden konnten.

Ein hoher Leistungsbedarf pro MVZ kann auch durch Größe bzw. durch eine hohe Anzahl an Ärzten und Psychotherapeuten und ein damit einhergehendes breiteres Leistungsangebot generiert werden. Die Tendenz zur Teilzeitanstellung nimmt unter Ärzten und Psychotherapeuten zu, so dass eine hohe Anzahl an Ärzten und Psychotherapeuten nicht zwingend mit einem hohen Versorgungsbeitrag – gemessen in Stunden – einhergehen muss. Daher wird im Folgenden der Leistungsbedarf je Vollzulassung untersucht (vgl. Tabelle 12), um den Versorgungsumfang insgesamt abzubilden. Hier wird die Summe der Teilnahmeumfänge aller tätigen Ärzte und Psychotherapeuten durch den Leistungsbedarf der gesamten MVZ-Hauptbetriebsstätte geteilt.

| Tabelle 12 Leistungsbedarf je Vollzulassung im Jahr 2021 | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----|------------|---------|------------|------------|
| Merkmal | Untergruppe | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Trägerart | Krankenhaus-MVZ | 100 | 44.867 | 55.469 | 80.706 | 79.026 |
| | Vertragsarzt-MVZ | 91 | 45.691 | 64.195 | 81.094 | 84.022 |
| | Dialyse-MVZ | 39 | 131.170 | 228.681 | 213.442 | 288.171 |
| | Andere/Weitere | 30 | 37.585 | 56.298 | 107.645 | 73.162 |
| Region | Verdichteter Kreis | 107 | 47.561 | 65.851 | 107.455 | 113.198 |
| | Kernstadt | 99 | 45.046 | 62.574 | 110.193 | 118.071 |
| | Ländliche Region | 54 | 45.554 | 56.136 | 85.130 | 88.621 |
| Zusammensetzung | Nur angestellte Ärzte | 193 | 43.777 | 60.802 | 109.327 | 122.387 |
| | Angestellte- und Vertragsärzte | 52 | 47.635 | 64.716 | 77.281 | 85.893 |
| | Nur Vertragsärzte | 15 | 62.285 | 71.212 | 125.675 | 86.137 |
| Fachgleich | fachübergreifend | 159 | 47.958 | 59.332 | 96.457 | 89.357 |
| | fachgleich | 101 | 43.625 | 68.604 | 115.516 | 145.210 |
| Größenklasse | unter 6 Ärzte | 132 | 43.048 | 61.091 | 95.335 | 114.052 |
| | 6 oder mehr Ärzte | 128 | 48.692 | 64.593 | 112.653 | 103.368 |
| Hausärztlich | Rein fachärztlich | 151 | 48.708 | 71.132 | 131.840 | 158.277 |
| | Haus- und Fachärztlich | 85 | 42.908 | 55.335 | 67.315 | 73.914 |
| | Rein hausärztlich | 24 | 42.047 | 58.107 | 57.257 | 70.306 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022 und KV-Abrechnungsdaten (2021). Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

³ Sowohl die Information zur Zusammensetzung hinsichtlich des Teilnahmestatus der Ärzte als auch zur fachgleichen bzw. fachübergreifenden Ausrichtung des MVZ stammen aus den Erhebungsdaten und wurden nicht den KV-Abrechnungsdaten entnommen. Prinzipiell können diese Informationen auch aus den KV-Abrechnungsdaten gewonnen werden, allerdings geben wir der Aktualität der Erhebungsdaten gegenüber den KV-Abrechnungsdaten den Vorrang (siehe Kapitel 6: Daten und Methodik).

| Tabelle 13 Behandlungsfälle je MVZ im Jahr 2021 | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Merkmal | Untergruppe | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
| Trägerart | Krankenhaus-MVZ | 100 | 8.083 | 15.092 | 29.345 | 28.244 |
| | Vertragsarzt-MVZ | 91 | 5.646 | 10.611 | 23.161 | 18.566 |
| | Dialyse-MVZ | 39 | 1.872 | 2.903 | 5.742 | 6.232 |
| | Andere/Weitere | 30 | 4.793 | 11.144 | 52.278 | 23.084 |
| Region | Verdichteter Kreis | 107 | 6.354 | 11.818 | 23.816 | 21.104 |
| | Kernstadt | 99 | 4.420 | 9.367 | 35.945 | 21.160 |
| | Ländliche Region | 54 | 4.530 | 9.434 | 13.475 | 20.702 |
| Zusammensetzung | Nur angestellte Ärzte | 193 | 4.492 | 9.367 | 25.723 | 21.358 |
| | Angestellte- und Vertragsärzte | 52 | 6.047 | 12.256 | 16.771 | 19.556 |
| | Nur Vertragsärzte | 15 | 8.264 | 10.501 | 66.518 | 21.264 |
| Fachgleich | fachübergreifend | 159 | 8.704 | 15.510 | 38.250 | 27.577 |
| | fachgleich | 101 | 1.827 | 4.893 | 7.452 | 10.139 |
| Größenklasse | unter 6 Ärzte | 132 | 2.458 | 6.328 | 7.447 | 10.192 |
| | 6 oder mehr Ärzte | 128 | 12.396 | 20.247 | 45.715 | 30.955 |
| Hausärztlich | Rein fachärztlich | 151 | 2.528 | 7.458 | 32.162 | 16.520 |
| | Haus- und Fachärztlich | 85 | 9.367 | 17.468 | 20.160 | 29.338 |
| | Rein hausärztlich | 24 | 6.692 | 8.318 | 11.017 | 12.396 |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022 und KV-Abrechnungsdaten (2021). Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses wiesen im Jahr 2021 im Median einen Leistungsbedarf in Höhe von 55 Tsd. Euro je Vollzulassung aus, vertragsarztgetragene MVZ lagen bei 64 Tsd. Euro je Vollzulassung und damit etwa 10 Tsd. Euro höher. Dialyse-MVZ lagen mit einem medianen Leistungsbedarf in Höhe von 229 Tsd. Euro je Vollzulassung deutlich darüber. Bei sonstigen Trägern lag der Wert im Median bei 56 Tsd. Euro je Vollzulassung. MVZ im ländlichen Bereich erzielten einen Leistungsbedarf von nur 56 Tsd. Euro je Vollzulassung, nicht weit von den Werten der städtischen MVZ (63 Tsd. Euro je Fall) und den MVZ in verdichteten Kreisen (66 Tsd. Euro je Fall) entfernt. Der Leistungsbedarf je Vollzulassung belief sich bei MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten und Psychotherapeuten im Median auf 60 Tsd. Euro, hingegen bei MVZ, in denen nur Vertragsärzte tätig sind, auf 71 Tsd. Euro.

Die Fälle pro MVZ stellen einen guten Schätzwert für die Anzahl der im MVZ versorgten Patienten dar (vgl. Tabelle 13). In krankenhausgetragene MVZ wurden im Jahr 2021 im Median etwa 15 Tsd. Fälle generiert, das waren mehr als in vertragsarztgetragene MVZ (11 Tsd. Fälle). Bei Dialyse-MVZ lag der Median bei rund 3 Tsd. Fällen im Jahr 2021. MVZ mit Vertragsärzten bzw. Psychotherapeuten mit und ohne angestellten Ärzten und Psychotherapeuten versorgten im Median insgesamt rund 23 Tsd. Fälle im Jahr 2021, MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten und Psychotherapeuten versorgten im Median 9 Tsd. Fälle. Die teilnehmenden fachübergreifende MVZ versorgten im Median rund 16 Tsd. Fälle, fachgleiche MVZ in der Stichprobe wiesen hingegen nur rund 5 Tsd. Fälle aus.

Die Auszahlungsquote gibt den Anteil des tatsächlich gezahlten Honorars an dem für die Leistung bemessenen Leistungsbedarf an (vgl. Tabelle 14). Im Jahr 2021 wies die Auszahlungsquote für krankenhausgetragene MVZ im Median einen Wert von 96 % auf, d.h. es wurden 96 % des insgesamt angeforderten Leistungsbedarfs als Honorar an die Ärzte und

Psychotherapeuten ausgezahlt. Bei vertragsarztgetragenen MVZ lag die Auszahlungsquote bei 99 % und Dialyse-MVZ wurden sogar 100 % des Leistungsbedarfs als Honorar ausgezahlt. Weitere Unterschiede bezüglich der Auszahlungsquote lassen sich nicht erkennen.

Tabelle 14 Auszahlungsquote je MVZ im Jahr 2021

| Merkmal | Untergruppe | n | 1. Quartil | Median | Mittelwert | 3. Quartil |
|-----------------|--------------------------------|-----|------------|--------|------------|------------|
| Trägerart | Krankenhaus-MVZ | 100 | 93% | 96% | 95% | 98% |
| | Vertragsarzt-MVZ | 91 | 96% | 99% | 98% | 100% |
| | Dialyse-MVZ | 39 | 99% | 100% | 99% | 100% |
| | Andere/Weitere | 30 | 95% | 98% | 96% | 99% |
| Region | Verdichteter Kreis | 107 | 95% | 98% | 97% | 100% |
| | Kernstadt | 99 | 94% | 97% | 95% | 99% |
| | Ländliche Region | 54 | 96% | 99% | 98% | 100% |
| Zusammensetzung | Nur angestellte Ärzte | 193 | 95% | 98% | 96% | 100% |
| | Angestellte- und Vertragsärzte | 52 | 96% | 98% | 98% | 100% |
| | Nur Vertragsärzte | 15 | 96% | 97% | 96% | 99% |
| Fachgleich | fachübergreifend | 159 | 95% | 97% | 96% | 99% |
| | fachgleich | 101 | 97% | 99% | 98% | 100% |
| Größenklasse | unter 6 Ärzte | 132 | 96% | 99% | 98% | 100% |
| | 6 oder mehr Ärzte | 128 | 94% | 97% | 95% | 99% |
| Hausärztlich | Rein fachärztlich | 151 | 94% | 98% | 95% | 100% |
| | Haus- und Fachärztlich | 85 | 96% | 98% | 98% | 100% |
| | Rein hausärztlich | 24 | 99% | 100% | 100% | 100% |

Quelle: Zi-MVZ-Panel 2022 und KV-Abrechnungsdaten (2021). Hinweis: ungewichtete Ergebnisse.

Kapitel 6

Datenmaterial und Erhebungsmethodik

Das Zi-MVZ-Panel ist eine Befragung unter Medizinischen Versorgungszentren und ihnen gleichgestellten Einrichtungen nach §§ 95 bzw. 402 (ehemals § 311) des fünften Sozialgesetzbuches, die an der vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Die Erhebung wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Rahmen seiner satzungsgemäßen Aufgaben aus eigenen Mitteln durchgeführt. Das Zi ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Die Stiftung wird getragen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die erste Erhebung wurde im Jahr 2015 durchgeführt und lief zunächst als Sondererhebung im Rahmen der Stichprobe des Zi-Praxis-Panels. Die erste eigenständige Befragung aller Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland wurde im Jahr 2017 durchgeführt. Mit dem Zi-MVZ-Panel 2022 erfolgte die vierte Erhebungswelle.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und anonym. An der Erhebung teilnehmende MVZ erhalten eine Aufwandspauschale in Höhe von 350 Euro inklusive der gesetzlichen Umsatzsteuer sowie Zugang zu einem individuellen Online-Portal mit Auswertungsergebnissen zum eigenen MVZ sowie den durchschnittlichen Werten vergleichbarer MVZ aus der

Erhebung

Die Erhebung ist so angelegt, dass ausgewählte Kernmerkmale in jedem Erhebungsjahr wiederholt abgefragt werden, u. a. Gründungsjahr, Trägerart, Rechtsform, Jahresabschlussart, Zusammensetzung des ärztlichen Personals sowie finanzielle Einnahmen und Aufwendungen. Somit kann die Entwicklung der wirtschaftlichen Lage sowie die Veränderungen hinsichtlich der Organisations- und Personalstruktur in den teilnehmenden MVZ im Zeitverlauf nachvollzogen werden. In der Mehrheit werden die teilnehmenden MVZ um Angaben zum Stichtag 31.12. des entsprechenden Berichtsjahres gebeten. Der vorliegende Jahresbericht beschreibt die Ergebnisse zur Erhebungswelle 2022, die auf Angaben zum Berichtsjahr 2021 basieren.

Datenschutzkonzept

Im Rahmen des Zi-MVZ-Panels 2022 wurden Daten zu den Themen Organisationsstruktur, Personal und Versorgungstätigkeit, Bewertung und perspektivischen Strategien sowie Finanzen zum Berichtsjahr 2021 erhoben, wobei Fragen hinsichtlich geplanter bzw. realisierter Strategien für einen Zeitraum von drei Jahren abgefragt wurden. Zur Wahrung der Anonymität der teilnehmenden MVZ erfolgt die Verarbeitung der Personen- und Erhebungsdaten getrennt. Für die Verarbeitung von Personendaten und die Kommunikation mit den teilnehmenden MVZ wurde eine vom Zi organisatorisch, räumlich und personell getrennte Treuhandstelle eingerichtet. Die Zi-Treuhandstelle vergibt Pseudonyme an teilnehmende MVZ. Die Verknüpfung von Pseudonymen und Personendaten ist nur der Zi-Treuhandstelle vorbehalten. Der Zi-Treuhandstelle sind keine Erhebungsdaten bekannt. Am Zi selbst werden keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich pseudonymisierte Erhebungsdaten verarbeitet.

Als zusätzliche Datenschutzmaßnahme werden die Daten am Zi in einer gesicherten Datenstelle nach strengen Regeln nur von ausgewählten, dem Datenschutz streng verpflichteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bearbeitet. Herausgegeben werden ausschließlich Informationen in Form von Auswertungen, in denen Datensätze von mindestens sechs MVZ zusammengefasst sind. Datensätze einzelner MVZ werden, abgesehen von der Rückübermittlung individueller Daten im Rahmen des Online-Berichtsportals an teilnehmende MVZ, außerhalb der Zi-Datenstelle nicht zugänglich gemacht.

Der Fragebogen wird von vertretungsberechtigten Personen des teilnehmenden MVZ in Form eines Online-Fragebogens unter des von der Zi-Treuhandstelle an die teilnehmende MVZ vergebenen Pseudonyms (Teilnehmernummer) bearbeitet. Die Zugangsdaten zum Online-Fragebogen werden den teilnehmenden MVZ zum Erhebungsbeginn postalisch zur Verfügung gestellt. Die Bearbeitung des Online-Fragebogens ist mit der Finalisierung abzuschließen. Nach der Finalisierung des Fragebogens können die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form in die Zi-Datenstelle übertragen und dort verarbeitet werden. Zudem werden Teilnehmende nach Abschluss des Online-Fragebogens zur Website der Zi-Treuhandstelle weitergeleitet. Hier hinterlegen sie über ein Online-Formular ihre personenbezogenen Daten, welche für die weitere Kommunikation und die Auszahlung der Aufwandspauschale notwendig sind (Kontaktdaten, Bankverbindung). Das Zi hat keinen Zugriff auf diese personenbezogenen Daten.

Bei vollständiger Beantwortung beider Fragebogenteile erhalten die teilnehmenden MVZ eine Aufwandspauschale in Höhe von 350 Euro inklusive der gesetzlichen Umsatzsteuer. Die Aufwandspauschale wird unter Einbindung eines Notars von der Zi-Treuhandstelle ausgezahlt.

Um zusätzlich Informationen wie Abrechnungsgebiete, Gebührenordnungspositionen, Behandlungsfälle, Leistungsbedarf oder Honorare der MVZ analysieren zu können, werden die KV-Abrechnungsdaten zum GKV-Leistungsgeschehen der MVZ hinzugezogen. Hierzu werden unter notarieller Aufsicht die bei der Zi-Treuhandstelle vorliegenden Angaben zur Betriebsstättennummer (BSNR) der teilnehmenden MVZ pseudonymisiert. Es wird nur die bei der Pseudonymisierung umgerechnete Zahlenfolge (BSNR-Pseudonym), gemeinsam mit dem Pseudonym der Praxis an das Zi weitergegeben. Eine Rückrechnung auf die BSNR ist im Zi zu keiner Zeit möglich. Auf separatem Weg werden zu den BSNR-Pseudonymen die nach dem gleichen Verfahren pseudonymisierten KV-Abrechnungsdaten bereitgestellt und in die Zi-Datenstelle überführt. In der Zi-Datenstelle werden die pseudonymisierten Erhebungsdaten sowie die pseudonymisierten KV-Abrechnungsdaten zusammengeführt.

Grundgesamtheit

Die statistische Grundgesamtheit für die Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels bildeten alle zum Stichtag 31.12.2020 zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen MVZ nach § 95 SGB V sowie ihnen gleichgestellte Einrichtungen nach § 400 SGB V (ehemals § 311 SGB V; u.a. ehemalige Polikliniken in den neuen Bundesländern, die vor 1990 gegründet worden sind).

Die MVZ werden postalisch zur Teilnahme am Zi-MVZ-Panel eingeladen. Hierfür werden die Adressdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt. Die Zusammenführung und Aufbereitung der Adressdaten der einzelnen KVen wird durch die KBV durchgeführt und im Anschluss dem Zi bzw. der Zi-Treuhandstelle zur Verfügung gestellt. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Adressdaten bildet ein vom Bundesministerium für Gesundheit bewilligter Forschungsantrag nach § 75 SGB X.

Erhebungszeitraum und -umfang

Vor Versand der Erhebungsunterlagen wurden bundesweit alle MVZ mit einem persönlichen Schreiben über den baldigen Start der Erhebung informiert und die Zustellung der Erhebungsunterlagen avisiert. Die Erhebungswelle 2022 des Zi-MVZ-Panels wurde Mitte Januar 2022 mit dem Versand der rund 3.800 Erhebungsunterlagen gestartet. Die zur Teilnahme eingeladenen MVZ wurden zunächst gebeten, bis spätestens 31.03.2022 an der Erhebung teilzunehmen. Um weiteren MVZ die Teilnahme zu ermöglichen, wurde der Erhebungszeitraum bis zum 30.04.2022 verlängert und letztlich noch bis zum 30.05.2022 eingereichte Angaben berücksichtigt.

Im Jahr 2022 nahmen insgesamt 288 MVZ an der Erhebungswelle teil, indem sie alle Pflichtangaben des Online-Fragebogen ausfüllten und das Datenblatt einsendeten. Dies stellt im Vergleich zu den Vorjahren (2020: 214 MVZ; 2018: 212 MVZ) eine Tendenz zu einer höheren Teilnehmerzahl dar.

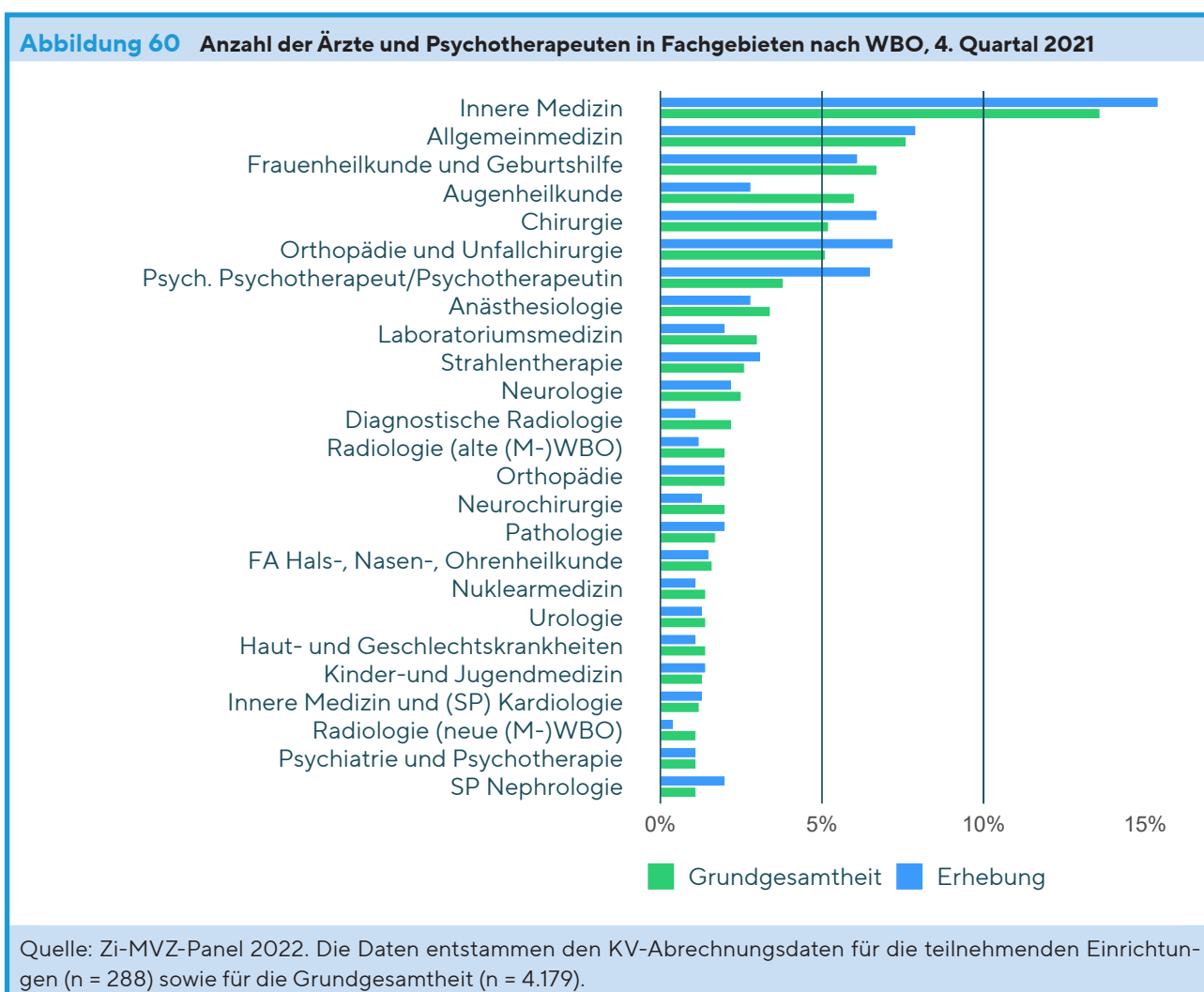
Plausibilisierung

Um die Datenqualität zu verbessern, unterziehen die Analysten die Erhebungsdaten einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung. Dafür wurden auffällige Angaben und Extremwerte einzelner MVZ mit den restlichen Angaben des MVZ überprüft. Beispielsweise wurden im Wirtschaftsteil des Online-Fragebogens Einnahmen und Aufwendungen in bestimmten Einheiten abgefragt (z. B. in Mio. Euro oder Anteile in %). Die Größenordnung einzelner Werte oder Anteilswerte über 100 % lassen vermuten, dass Teilnehmende entweder missverstanden oder den Hinweis übersehen haben. Ein Plausibilisierungsschritt bestand in dem Vergleich auffällig hoher Werte bzgl. der Gesamteinnahmen eines MVZ mit den dazugehörigen Angaben zu Patienten und Gesamtaufwendungen auf Basis der Erhebungsdaten sowie die Höhe des Leistungsbedarfes auf Grundlage der KV-Abrechnungsdaten. Konnte keine Plausibilisierung der betreffenden Werte erfolgen, wurde diese Angaben von den Mitarbeitenden gelöscht und sind somit in der Endauswertung nicht enthalten.

Vergleich zur Grundgesamtheit

Laut Angaben der Statistischen Information der KBV (2022) sind 46 % der MVZ in Kernstädten verortet, unter den teilnehmenden MVZ der Stichprobe beläuft sich dieser Anteil auf 38 %, und ist somit acht Prozentpunkte niedriger. Hingegen sind teilnehmende MVZ in verdichteten Kreisen/Umland (+3 Prozentpunkte) und solche aus ländlichen Regionen (+6 Prozentpunkte) anteilig häufiger vertreten, verglichen mit der Grundgesamtheit.

Abbildung 60 zeigt die Verteilung der in MVZ beschäftigten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf die einzelnen Fachgebiete gemäß Weiterbildungsordnung (WBO) in der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit für das vierte Quartal des Jahres 2021. Der Anteil Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten je Fachgruppe der Stichprobe deckt sich mehrheitlich mit den Anteilen in der Grundgesamtheit aller MVZ, die in den KV-Abrechnungsdaten enthalten sind. Ausnahmen bilden die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die chirurgischen bzw. orthopädischen Fachgebiete. Die Stichprobe ist für diese Fachgebiete leicht überrepräsentiert. Ärztinnen und Ärzte, die in MVZ im Bereich der Augenheilkunde praktizieren, sind hingegen in der Stichprobe mit 2,8 % unterrepräsentiert (gegenüber 6,5% in der Grundgesamtheit).



Feedback im Rahmen eines Online-Berichtsportals

Wie bereits in den vergangenen Erhebungswellen (2020, 2018) des Zi-MVZ-Panels wurde den an der Erhebung teilnehmenden MVZ ihr Feedbackbericht im Oktober 2022 im Online-Format unter www.zi-mvz-panel.de zur Verfügung gestellt. Das Online-Format bietet vielfältige Auswertungsmöglichkeiten. Beispielsweise können unterschiedliche Bezugsgrößen (MVZ, Vollzeitäquivalent, Behandlungsfall) für die ausgewiesenen Kennzahlen gewählt werden und der Umfang der Referenzgruppen ist erweitert worden. Dies bietet den teilneh-

menden MVZ die Möglichkeit, die Auswahl der für sie relevanten Kennzahlen und ihrer Vergleichsgruppe zu optimieren.

Aktuell umfasst das Berichtsportal betriebswirtschaftliche Kennzahlen zu erbrachten Leistungen (Altersstruktur der Patientinnen und Patienten, Umsatz- und Leistungsstruktur) sowie zu zentralen Wirtschaftsdaten (Einnahmen, Ausgaben, Überschuss) und aus dem Bereich Leistungs- und Behandlungsstruktur sowie zum Praxiscontrolling. Vergleichsdaten stehen u. a. für verschiedenen Trägerarten, Regionstypen (Kernstadt/Umland/Land), Rechtsform, Größenklassen zur Verfügung.

Das detailliertere Angebot an Vergleichswerten ermöglicht es den Teilnehmenden des Zi-MVZ-Panels, ihr MVZ mit Gruppen von anderen MVZ zu vergleichen, die dem eigenen MVZ hinsichtlich grundsätzlicher Merkmale ähnelt. Die Ergebnisse des Feedbackberichts ermöglichen eine Einschätzung der GKV-Leistungsstruktur unter Berücksichtigung der individuellen wirtschaftlichen Situation.

Glossar

Das Glossar umfasst Erläuterungen zu den im vorliegenden Bericht aufgeführten Kennzahlen sowie Begrifflichkeiten (Trägerarten). Zunächst werden die Aufwands- und Einnahmekategorien definiert, dann folgen weitere Finanzkennzahlen, Kennzahlen zu den Arbeitszeiten und zum Schluss die statistischen Kennzahlen.

Aufwandskategorien

Aufwendungen für das Personal umfassen alle Personalaufwendungen. Dies beinhaltet sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal sowie angestelltes und nicht-angestelltes Personal.

Einnahmekategorien

Einnahmen aus GKV-Leistungen enthalten die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechneten Leistungen vor Abzug der Verwaltungskosten. Hierbei werden sowohl über KVen abgerechnete kollektivvertragliche Leistungen als auch selektivvertragliche Leistungen berücksichtigt.

Weitere Finanzkennzahlen

Die Einnahmen oder Gesamteinnahmen ergeben sich aus der Summe der oben genannten Einnahmekategorien.

Die Aufwendungen oder Gesamtaufwendungen ergeben sich aus der Summe der oben genannten Aufwandskategorien.

Der Jahresüberschuss errechnet sich aus den Gesamteinnahmen abzüglich der Gesamtaufwendungen.

Kennzahlen zu den Arbeitszeiten

Die ärztlichen Tätigkeiten umfassen die wöchentliche Arbeitszeit für die Patientenversorgung, für die Fachkenntnisse vorausgesetzt sind und beinhaltet die Arbeit mit Patienten, ohne Patienten und Notfalleinsätze.

Die Arbeit mit Patienten umfasst Beratung, Untersuchung und Behandlung.

Die Arbeit ohne Patienten umfasst z. B. Arztbriefe, Gutachten, Dokumentation, Fallkonferenzen, Super-/Intervision.

Notfalleinsätze werden ohne Zeiten der reinen Bereitschaft berücksichtigt.

Statistische Kennzahlen

Der Median stellt den mittleren Wert einer nach der Größe sortierten Liste von Werten dar. Demnach liegen jeweils 50% der beobachteten Werte über und unter dem Medianwert. Im Vergleich zum arithmetischen Mittel ist der Median dadurch robuster gegen Extremwerte.

Die als Mittelwerte angegebenen Durchschnitte sind das arithmetische Mittel, für dessen Berechnung alle beobachteten Werte zusammenaddiert und anschließend durch die Anzahl der beobachteten Werte geteilt wird. Bei Verhältniszahlen wird das gewichtete arithmetische Mittel verwendet.

Bei der Bestimmung der Quartile wird analog zum Median vorgegangen. Der Wert des 1. Quartils wird so bestimmt, dass 25% der Werte unter und 75% der Werte über dem 1. Quartil liegen. Das 3. Quartil ist entsprechend so definiert, dass 75% der Werte unter und 25% der Werte über dem 3. Quartil liegen.

Die Standardabweichung beschreibt, wie stark die Ausprägungen eines Merkmals um den Mittelwert streuen. Mit Hilfe des Standardfehlers wird verdeutlicht, wie präzise der Mittelwert eines Merkmals mit den vorliegenden Daten geschätzt werden kann. Je kleiner der Standardfehler umso genauer ist die Schätzung des Mittelwerts. Der relative Standardfehler setzt den Standardfehler in Relation zum geschätzten Mittelwert des Merkmals.

Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (2022): Ärztetag: Auf tatsächlichen Nutzen von digitalen Anwendungen fokussieren, 27.05.2022. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134607/Aerztetag-Auftatsaechlichen-Nutzenvon-digitalen-Anwendungen-fokussieren>, aufgerufen am 20.06.2023.
- Ärztekammer Westfalen-Lippe (2020): Ergebnisse der Befragung der Auszubildenden zum/ zur Medizinischen Fachangestellten zur Ausbildungszufriedenheit 2020, Münster. Verfügbar unter https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/mfa/Handout_Azubibefragung_2020.pdf, aufgerufen am 20.06.2023.
- Ärzte Zeitung (2021): Ausbildung – Berufsverbände wollen digitale Kompetenzen der Auszubildenden stärken, online, 28.04.2021. Verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Berufsverbaendewollen-digitale-Kompetenzen-der-Auszubildenden-staerken-419998.html>, aufgerufen am 20.06.2023.
- Ärzte Zeitung (2022): Junge Frauen – MFA neuerdings beliebtester Ausbildungsberuf, online, 04.02.2022. Verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/MFA-neuerdings-beliebtester-Ausbildungsberuf-426584.html>, aufgerufen am 20.06.2023.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2019, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte, Nürnberg, Oktober 2020. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, aufgerufen am 20.06.2023.
- Bundesagentur für Arbeit (2021): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2020, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte, Nürnberg, Mai 2021. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, aufgerufen am 20.06.2023.
- Bundesärztekammer (2010): Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung, Berlin. Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RekrutierungMFAb.pdf, aufgerufen am 20.06.2023.
- Bundesärztekammer (2022): Medizinische Fachangestellte - Auszubildende Neuabschlüsse 2018, Berlin. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/mfa/ausbildung/ausbildungszahlen/abschluesse/>, aufgerufen am 30.05.2022.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) (2021): Rangliste 2021 der Ausbildungsberufe nach Neuabschlüssen in Deutschland, Bonn. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/naa309/naa309_2021_tab069_0bund.pdf, aufgerufen am 20.06.2023.

- Deutscher Bundestag (2020): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/15835 – „Fachkraft-Präsenz in Arztpraxen“, 19. Wahlperiode 03.01.2020, Berlin.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021): Jahresbericht des Zi-MVZ-Panel 2021, 2. Auflage. Verfügbar unter https://www.zi-mvz-panel.de/resources/pdf/Jahresbericht_MVZ-Panel_2021.pdf, aufgerufen am 20.6.2023.
- Adalet McGowan, M. and D. Andrews (2015), "Labour Market Mismatch and Labour Productivity: Evidence from PIAAC Data", OECD Economics Department Working Papers, No. 1209, OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/5js1pzx1r2kb-en>, aufgerufen am 20.06.2023.
- Oettel, J., Wolf, R., Zschille, M. und Leibner, M. (2021): Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung, Zi-Paper 17/2021, Hrsg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin. Verfügbar unter https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_17-2021_Personalsituation.pdf, aufgerufen am 20.06.2023.
- Medizinische Versorgungszentren aktuell, Statistische Information zum Stichtag 31.12.2021, Hrsg.: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfügbar unter <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf> aufgerufen am 20.06.2023.
- Weidmann C. und Hohlhepp R. (2009): Die gemeinnützige GmbH: Einrichtung und Besteuerung einer gGmbH, Gabler 1. Auflage.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021): Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2020, Berlin. Verfügbar unter https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2020.pdf, aufgerufen am 20.06.2023.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2022): Sondererhebung „Situation auf dem Arbeitsmarkt für MFA aus Sicht der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten“ für die Kassenärztliche Vereinigung Hansestadt Bremen (KVHB), Berlin. Verfügbar unter <https://www.kvhb.de/fileadmin/kvhb/pdf/Umfragen/MFA-Umfrage-Ergebnis-2022.pdf>, aufgerufen am 20.06.2023.



www.zi-mvz-panel.de