

Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung

Schlussbericht

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

Dr. Christof Minartz

Christina Niedermeier, M.P.H.

Erstellt mit Unterstützung des
Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München

Dezember 2020

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	7
1 Ausgangssituation, Zielsetzung und Vorgehensweise.....	8
1.1 Ausgangssituation.....	8
1.1.1 Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung und wachsende Kritik an der Privatisierung im deutschen Gesundheitswesen	8
1.1.2 Darstellung der Entwicklung und Bedeutung von insbesondere MVZ mit Kapitalbeteiligung in der deutschen Gesundheitsversorgung	11
1.2 Zielsetzung.....	15
1.3 Vorgehensweise	15
2 Funktionen von Gewinn.....	18
2.1 Funktionen von Gewinn in einer sozialen Marktwirtschaft.....	18
2.2 Monopolgewinne – nicht immer ein Störfaktor	19
2.3 Funktionen von Gewinn im Gesundheitssektor.....	20
2.4 Gibt es ein Risiko der regionalen Monopolbildung?	23
3 Bestimmungsfaktoren des wirtschaftlichen Erfolgs von MVZ mit Kapitalbeteiligung	24
3.1 Definition von wirtschaftlichem Erfolg	24
3.2 Gestaltungsmöglichkeiten auf der Umsatzseite für MVZ und Arztpraxen in der GKV	26
3.2.1 Regulierte Preise: keine Gestaltungsvariable	26
3.2.2 Begrenzte Gestaltung der durchschnittlichen Vergütung durch Leistungsschwerpunkte	27
3.2.3 Begrenzte Gestaltung der abrechenbaren Leistungsmenge.....	28
3.2.4 Begrenzte Gestaltung der Leistungsmenge durch Wahl des Praxisortes	29
3.3 Gestaltungsmöglichkeiten auf der Kostenseite	29
3.3.1 Laufende Betriebskosten und deren Gestaltungsoptionen	30
3.3.1.1 Beschäftigte Ärzte	30
3.3.1.2 Nichtärztliches Fachpersonal.....	39

3.3.2 Rationalisierungsgewinne durch moderne Ausstattung	44
3.4 Gefährden ökonomische Ziele die Patientenversorgung?.....	48
3.5 Versorgungsqualität und Effizienz – kein Widerspruch	51
3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	54
4 Flächendeckende Versorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung	56
4.1 Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung	56
4.2 Beitrag der MVZ mit Kapitalbeteiligung zur flächendeckenden Versorgung...	60
5 Versorgungsqualität der MVZ mit Kapitalbeteiligung als entscheidender Wettbewerbsvorteil	67
5.1 Wettbewerb durch MVZ	67
5.2 Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung.....	68
5.2.1 Definition von Qualität im Gesundheitswesen	68
5.2.2 Hohe Qualität in MVZ mit Kapitalbeteiligung	70
6 Abschließende Gegenüberstellung gängiger Vorwürfe mit den Fakten	80
6.1 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Gefährdung der flächendeckenden Versorgung	81
6.2 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Monopolisierung und Qualität.....	84
6.3 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Ökonomisierung und Kommerzialisierung .	87
Anhang 1: Befragung Ärzte 2020	93
Anhang 2: Befragung MFA/MTA 2020.....	102
Anhang 3: Patientenbefragung 2018, Fallbeispiel 1	111
Anhang 4: Patientenbefragung Katarakt, Fallbeispiel 2.....	113
Literaturverzeichnis	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung von MVZ (Gesamtzahl) und Krankenhaus MVZ im Zeitraum 2004-2018	11
Abbildung 2: Entwicklung der in MVZ tätigen Ärzte im Zeitraum 2004-2018.....	12
Abbildung 3: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach vorheriger Tätigkeit	31
Abbildung 4: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Geschlecht.....	32
Abbildung 5: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Altersgruppen.....	33
Abbildung 6: Therapiefreiheit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit.....	34
Abbildung 7: Ökonomischer Druck in der in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung	35
Abbildung 8: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit.....	36
Abbildung 9: Behandlungszeit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung	37
Abbildung 10: Verwirklichung des Qualitätsanspruchs in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung	38
Abbildung 11: Zufriedenheit des nicht-ärztlichen Fachpersonals mit der Tätigkeit im MVZ mit Kapitalbeteiligung.....	40
Abbildung 12: Kenntnis des medizinischen Fachpersonals über die Eigentumsverhältnisse im MVZ mit Kapitalbeteiligung	41
Abbildung 13: Einschätzung der Qualität der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung durch MTA/MFA	42
Abbildung 14: Einschätzung des Einflusses von ökonomischen Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten durch nichtärztliches Fachpersonal.....	43
Abbildung 15: Organigramm eines MVZ mit Kapitalbeteiligung	44

Abbildung 16: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit	45
Abbildung 17: Einschätzung zur Ausstattung mit Medizintechnik im MVZ im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit.....	46
Abbildung 18: Einschätzung zum Digitalisierungsgrad im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit	47
Abbildung 19: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung	48
Abbildung 20: Ökonomische Vorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis differenziert nach vorheriger Tätigkeit	49
Abbildung 21: Therapiefreiheit im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit.....	50
Abbildung 22: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Effizienz.....	51
Abbildung 23: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Behandlungsqualität	52
Abbildung 24: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Wartezeiten auf einen Termin	53
Abbildung 25: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Wartezeiten in der Praxis	54
Abbildung 26: Typenzuordnung der Kreise entsprechend ihrer Rolle in der fachärztlichen Grundversorgung	57
Abbildung 27: Versorgungsgrad bei Augenärzten im Jahr 2018	58
Abbildung 28: Versorgungsgrad bei HNO-Ärzten im Jahr 2018	59
Abbildung 29: Aufschlüsselung der Städte und Gemeinden mit MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen.....	60
Abbildung 30: MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen	61
Abbildung 31: MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen gewichtet mit der Anzahl der dort tätigen Ärzte	63
Abbildung 32: Wartezeiten: Einzelpraxis vs. MVZ mit Kapitalbeteiligung.....	71
Abbildung 33: Einschätzung zu den Wartezeiten auf einen Termin im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit	72
Abbildung 34: Einschätzung zu den Wartezeiten während des Termins im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit	72

Abbildung 35: Vergleichende Einschätzung zur Subspezialisierung im MVZ mit Kapitalbeteiligung	73
Abbildung 36: Vergleichende Einschätzung zur Integration der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit	74
Abbildung 37: Einschätzung zur Qualität der Patientenversorgung	75
Abbildung 38: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel I: Allgemein (n = 1.176; Jahr 2018)	76
Abbildung 39: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel II: Katarakt: Koordination des Termins zur Voruntersuchung (n = 651, Jahre 2018-2020).....	77
Abbildung 40: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel II: Katarakt: Übermittlung von Vorbefunden, Diagnose und Indikation (n = 593, Jahre 2018-2020).....	78
Abbildung 41: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel II: Katarakt: Vorläufiges Behandlungsergebnis (n = 681, Jahre 2018-2020)	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: MVZ/Praxen des BBMV in Bayern: PKV-Marktanteil im jeweiligen Landkreis/ kreisfreien Stadt	65
---	----

1 Ausgangssituation, Zielsetzung und Vorgehensweise

1.1 Ausgangssituation

1.1.1 Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung und wachsende Kritik an der Privatisierung im deutschen Gesundheitswesen

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003, welches von der damaligen rot-grünen Regierungskoalition beschlossen wurde, wurde die Möglichkeit geschaffen, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) – auch solche mit Kapitalbeteiligung) – an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmen können. Mit der Einführung von MVZ wurde beabsichtigt und ermöglicht, dass die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr allein durch freiberufliche¹ niedergelassene Vertragsärzte gewährleistet wird, sondern auch von institutionellen Trägergesellschaften, die als mittelbare Betreiber von MVZ vertragsärztliche Leistungen ausschließlich bzw. zumindest im Wesentlichen von angestellten Ärzten erbringen lassen. Damit stellten MVZ in der bisherigen Reformgeschichte eine tiefgreifende Veränderung der vertragsärztlichen Versorgung dar.

¹ Es muss festgehalten werden, dass nicht nur der niedergelassene Arzt in eigener Praxis den freien Beruf des Arztes ausübt. Auch ein angestellter Arzt, z. B. im Krankenhaus oder MVZ, ist in einem freien Beruf tätig, wenn die Weisungsunabhängigkeit von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen gewährleistet ist. Die Rechtsform des Arbeitsverhältnisses ist nicht relevant für die Einordnung der Ausübung des Arztberufes als freier Beruf. Auch wenn ein Arzt wirtschaftlich abhängig ist, muss er in seinen ärztlichen Entscheidungen frei bleiben. Das ist eine notwendige Voraussetzung, damit er seine Patienten entsprechend seinen Qualifikationen und seiner Verantwortung behandeln kann.

Dessen ungeachtet ist es wichtig, den Unterschied zwischen dem freien Arztberuf und dem des freiberuflich niedergelassenen Arztes herauszustellen: Den niedergelassenen Arzt als selbständigen Freiberufler kennzeichnet, dass er auf eigene Rechnung arbeitet und die Investitionen in Praxisausstattung und zugehörige Geräte selbst trägt. Er alleine entscheidet über die medizinisch-technische sowie personelle Ausstattung der Praxis. Folglich übernimmt er zum einen ein unternehmerisches Risiko und zum anderen kann er unternehmerische Chancen wahrnehmen. Bei seinem wirtschaftlichen Handeln kann der niedergelassene Arzt frei entscheiden.

Während der selbständig tätige Freiberufler darüber hinaus in keine Hierarchie eingebunden ist, gilt dies alles für den angestellten Arzt nicht. Dieser ist hierarchisch eingebunden und wirtschaftlich abhängig. Für seine Tätigkeit erhält er ein Gehalt. Der Freiberufler hingegen erhält für seine erbrachten Leistungen ein Honorar und es gilt, dass sein Einkommen so hoch ausfällt, wie seine Honorarerlöse die ihm bei der Leistungserbringung entstandenen Kosten übersteigen, d. h. das Einkommen entspricht dem Praxisüberschuss bzw. -gewinn (vgl. Minartz (2011), S. 24f.).

Nach der Einführung der MVZ in die deutsche Versorgungslandschaft haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen mit den zwischenzeitlich durchgeführten Gesundheitsreformen geändert und der §95 SGB V („Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“) wurde entsprechend angepasst – insbesondere im Hinblick, wer MVZ gründen darf und wie dies ausgestaltet sein darf. So mussten MVZ zunächst fachübergreifend sein, was im Laufe der Zeit allerdings aus dem Gesetz gestrichen wurde. Auch war als Gesellschaftsform die Aktiengesellschaft zunächst zulässig, was aber auch geändert wurde.

Durch die Einführung von MVZ in die vertragsärztliche Versorgung fand eine Abkehr von der bestehenden Organisationsstruktur des ambulant-ärztlichen Sektors statt. Die klassischen Einzelpraxen, die von selbständigen freiberuflichen Ärzten geführt werden, können durch kooperative MVZ ersetzt werden, die zu einem Großteil mit angestellten Ärzten arbeiten. Entsprechend wurde diese neue Versorgungsform im vertragsärztlichen Sektor in den letzten Jahren sowohl von Ärzten als auch von Patienten rege angenommen.

Obwohl neu gegründete MVZ gegenüber Einzelpraxen oft ein deutlich höheres Ausstattungsniveau aufweisen und zudem die häufig fachübergreifenden Kooperationen dazu führen, dass Qualitätsvorteile im Hinblick auf die Patientenversorgung erzielt werden, betrachtet man MVZ mit Kapitalbeteiligung auch kritisch in der deutschen Versorgungslandschaft. Die Ausweitung von MVZ mit Kapitalbeteiligung führt dazu, dass die ambulant-ärztliche Leistungserbringung weg von freiberuflichen Ärzten zu angestellten Ärzten verlagert wird. Damit werden die MVZ mit Kapitalbeteiligung von den selbständigen freiberuflichen niedergelassenen Ärzten als eine immer größer werdende Konkurrenz empfunden.

Gerade auch angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase suchten in den letzten Jahren und suchen auch weiterhin Investoren Möglichkeiten, ihr Kapital zu investieren. Das (deutsche) Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Beteiligung an MVZ im Speziellen werden hierbei als attraktive Optionen erwogen, weshalb es in den letzten Jahren nicht nur zu einer raschen Zunahme von MVZ, sondern auch von MVZ mit Kapitalbeteiligung gekommen ist.

Obwohl das in das Gesundheitswesen eingebrachte Beteiligungskapital dazu beiträgt, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wird diese Entwicklung zum Teil kritisch gesehen. Es ist im Allgemeinen eine zunehmende Ablehnung der Privatisierung des deutschen Gesundheitswesens zu beobachten. So wird beispielsweise in Sachsen-Anhalt von mehreren Parteien gefordert, privatisierte Krankenhäuser wieder zu verstaatlichen bzw. zu kommunalisieren. „Wo der öffentliche Versorgungsauftrag gefährdet ist, muss die Privatisierung rückabgewickelt werden“, heißt es in einem Antrag der SPD in Sachsen-Anhalt.²

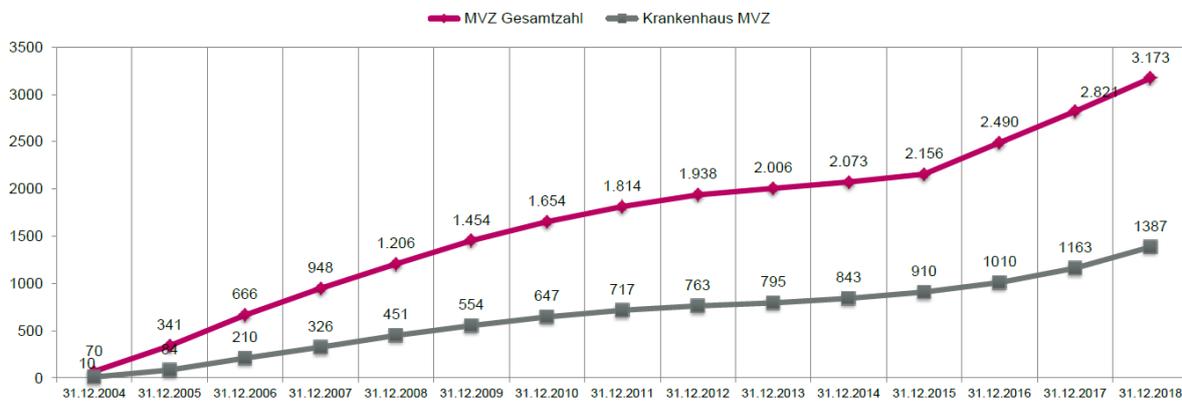
Die oben genannten Reformmaßnahmen zur rechtlichen Ausgestaltung der MVZ verfolgten oft auch das Ziel, die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Vertragsärzte wieder zu stärken und die Möglichkeiten für institutionelle Leistungserbringer zur Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung einzuschränken. Ein aktueller Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE (Drucksache 19/14372) sieht vor, die Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenzulegen und den MVZ mit Kapitalbeteiligung weitgehende (Dokumentations-)Auflagen aufzuerlegen. Vor allem wird postuliert, dass die Versorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung schlechter sei, weil die Betreiber eine Rendite für ihr eingesetztes Kapital erzielen möchten. Vor diesem Hintergrund wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auch ein Gutachten zum Stand und zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren vergeben, dessen Veröffentlichung noch aussteht.

² Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2020), o. S.

1.1.2 Darstellung der Entwicklung und Bedeutung von insbesondere MVZ mit Kapitalbeteiligung in der deutschen Gesundheitsversorgung

Seit Einführung der MVZ in das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2004, sind die Zahlen der zugelassenen MVZ steigend. Dies verdeutlicht die folgende Abbildung, die die Entwicklung für alle MVZ sowie für die darin enthaltene Teilgruppe der Krankenhaus MVZ von 2004 bis 2018 darstellt.

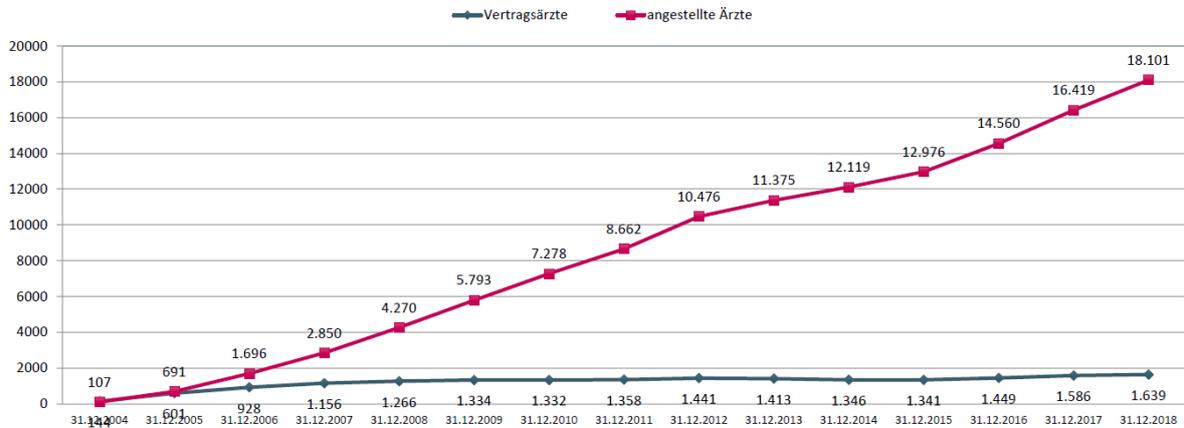
Abbildung 1: Entwicklung von MVZ (Gesamtzahl) und Krankenhaus MVZ im Zeitraum 2004-2018



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019), S. 3.

Mit den steigenden Zulassungszahlen von MVZ gehen auch wachsende Zahlen der dort beschäftigten Ärzte einher, wie die nächste Abbildung zeigt.

Abbildung 2: Entwicklung der in MVZ tätigen Ärzte im Zeitraum 2004-2018



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019), S. 5.

Wie die Abbildungen zeigen, waren zum 31.12.2018 in den 3.173 zugelassenen MVZ 19.740 Ärzte tätig, von denen 18.101 angestellte Ärzte und 1.639 Vertragsärzte waren. Dies entspricht im Durchschnitt 6,2 Ärzten je MVZ. Zum selben Stichtag arbeiteten in Deutschland in der ambulanten Versorgung 157.300 Ärzte und in der stationären Versorgung 201.800 Ärzte.³ Das bedeutet, dass die angestellten Ärzte in den MVZ einen Anteil von 11,5% an den Ärzten in der ambulanten Versorgung und 5,0% an den Ärzten, die in Summe in der ambulanten und stationären Versorgung tätig waren, eingenommen haben.

Die Trägerschaften und die Rechtsformen der MVZ waren hierbei sehr unterschiedlich. 1.355 (41%) MVZ waren in Trägerschaft von Vertragsärzten, 1.387 (42%) in Trägerschaft von Krankenhäusern und 573 (17%) in sonstiger Trägerschaft, wobei Mehrfachträgerschaften möglich waren. Die vorwiegenden Rechtsformen waren GmbH und GbR. Gemäß der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach siedlungsstrukturellen Gebietstypen waren 1.525 MVZ (48%) in einer Kernstadt zugelassen, 1.196 (38%) in einem Ober-/Mittelzentrum und 452 (14%) in ländliche Gemeinden.⁴

³ Vgl. Bundesärztekammer (o. J.), S. 2.

⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019a), S. 3ff.

Im Jahr 2020 wird mittlerweile von ca. 3.500 zugelassenen MVZ in Deutschland ausgegangen. Möchte man die Anzahl der MVZ mit Kapitalbeteiligung ermitteln, so steht man vor einem Abgrenzungsproblem, was unter einem „MVZ mit Kapitalbeteiligung“⁵ verstanden wird. Entsprechend gibt es hierzu auch keine

⁵ Bei Beteiligungskapital handelt es sich um außerbörsliches Eigenkapital für Unternehmen. Beteiligungsgesellschaften sammeln das Eigenkapital, überwiegend bei institutionellen Investoren, wie z. B. Versicherungen, Versorgungswerken, Family Offices oder Stiftungen, (meistens) über ein Fondsvehikel ein und investieren das Kapital in Unternehmen (sog. Portfoliounternehmen). Differenziert werden kann grundsätzlich zwischen drei Ebenen: Der Ebene des Fondsinvestors (auch „LP“, Limited Partner genannt), der Ebene des Fondsinitiators (auch „GP“, General Partner genannt) und der Ebene des Portfoliounternehmens.

Als renditestarke Anlageklasse kommt Beteiligungskapital eine wachsende Bedeutung auch im Hinblick auf die Sicherung der Altersversorgung zu. Das anhaltende Niedrigzinsumfeld befördert diese Entwicklung. Beteiligungskapital ist aber weit mehr als nur eine Anlageklasse, sondern Triebfeder für Innovation und Wachstum: Anders als bei der herkömmlichen Unternehmensfinanzierung mittels Fremdkapital bringen Beteiligungsgesellschaften aufgrund ihres Netzwerkes und ihrer unternehmerischen Expertise mehr ein als „nur“ das bloße Kapital („smart money“). Deswegen wachsen mit Beteiligungskapital finanzierte Unternehmen schneller, sind produktiver und schaffen langfristig mehr Arbeitsplätze als herkömmlich finanzierte Unternehmen.

Grundsätzlich wird Beteiligungskapital in sämtlichen Entwicklungsphasen eines Unternehmens investiert und in nahezu allen Branchen, auch wenn einzelne Beteiligungskapitalgesellschaften auf bestimmte Branchen oder Finanzierungsanlässe spezialisiert sind. Im Allgemeinen wird zwischen zwei Gruppen von Beteiligungsgesellschaften unterschieden: Venture Capital (VC)-Gesellschaften und Mittelstandsfinanzierer. VC-Gesellschaften investieren Wagniskapital in innovative Startups, um die Unternehmensplanung und -gründung zu ermöglichen und die Unternehmen bis zum Markteintritt bzw. darüber hinaus zu begleiten. In der Gründungsphase eines Unternehmens ist Beteiligungskapital oftmals die einzige Finanzierungsquelle. Mittelstandsfinanzierer unterstützen bereits etablierte Unternehmen beim Wachstum oder der Unternehmens- bzw. Gesellschafternachfolge in Form von Minderheits- oder Mehrheitsbeteiligungen. Bei Mehrheitsübernahmen (Buy-Outs) übernimmt der Investor einen dominierenden Teil der Unternehmensanteile und wird neuer Haupteigentümer.

Beteiligungskapital ist vor allem ein Instrument zur Finanzierung kleiner und mittelgroßer Unternehmen (KMU). Der weit überwiegende Teil der in den letzten Jahren in Deutschland mit Beteiligungskapital finanzierten Unternehmen waren KMU. Von den 2017 finanzierten Unternehmen hatten neun von zehn weniger als 500 Beschäftigte oder einen Jahresumsatz von weniger als 50 Mio. Euro.

öffentlichen Daten, sondern nur einzelne – zum Teil explorativen - Analysen⁶, welche nicht den gesamten Markt abdecken. Die MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft werden von der KBV ermittelt und ausgewiesen, allerdings ist auch hier eine Einteilung innerhalb der Krankenhaus MVZ nach MVZ mit Kapitalbeteiligung schwierig, da auch die Beteiligungsverhältnisse zwischen den Krankenhäusern bzw. privaten Klinikketten sehr unterschiedlich sind.⁷

Eine Untersuchung von ver.di ergab, dass von den zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden ca. 2.400 MVZ über 200 MVZ mit Kapitalbeteiligung waren, d. h. weniger als 10%. Die Erfassung von MVZ mit Kapitalbeteiligung wurde jedoch als unvollständig eingeschätzt.⁸ Nach Einschätzung des Mitglieds des Deutschen Bundestags und Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein Rudolf Henke dürften im Jahr 2018 von den knapp 3.200 zugelassenen MVZ etwa 420 MVZ in Händen von privaten Investoren gelegen haben, d. h. ca. 13%.⁹

Geht man von einer weiteren Steigerung der Akquisitionstätigkeit privater Investoren auf bis zu 15% seit 2018 aus, ergibt sich im Jahr 2020 bei etwa 3.500 zugelassenen MVZ ein Anteil der MVZ mit Kapitalbeteiligung von 350 (untere Grenze: 10%) bis 525 (obere Grenze: 15%). Diese Spannweite wird als realistische Größe für die MVZ mit Kapitalbeteiligung angenommen, was bedeutet, dass der Anteil in der vertragsärztlichen Versorgung bislang gering ist. Ausgehend von einer durchschnittlichen Größe von 6,2 Ärzten je MVZ, resultiert hieraus, dass in MVZ mit Kapitalbeteiligung ca. 2.170 bis 3.255 Ärzte arbeiten. Bezogen auf knapp 160.000 in der ambulanten Versorgung tätige Ärzte im Jahr 2020 ergibt dies einen Anteil von ca. 1,4% bis 2,0%. Von einer Monopolstellung kann daher nicht die Rede sein.

⁶ Beispielsweise Rainer Bobsin: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland 20 Jahre Private Equity - Eine Bestandsaufnahme; Christoph Scheuplein: Private Equity Monitor - Die aktuelle Tätigkeit von Finanzinvestoren in Deutschland.

⁷ Vgl. Müller (2020), S. 437.

⁸ ver.di (o.J.), o. S.

⁹ Beneker (2018), o. S.

1.2 Zielsetzung

In der vorliegenden Untersuchung wird eine Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch MVZ mit Kapitalbeteiligung durchgeführt. MVZ mit Kapitalbeteiligung werden von unterschiedlichen Seiten vielfältig kritisiert. Es wird vor allem behauptet, dass die Gewinnorientierung zu einer schlechteren Patientenversorgung führt. Ziel ist es, sich gründlich und datenbasiert mit den Vorwürfen, die MVZ mit Kapitalbeteiligung gemacht werden, auseinanderzusetzen und zu prüfen, ob die Vorwürfe zutreffend sind. Bei der Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung sollen im Folgenden neben theoretischen Überlegungen, insbesondere empirische Daten herangezogen werden.

1.3 Vorgehensweise

An den Anfang stellen wir eine grundsätzliche, theoretisch basierte Betrachtung über die Funktionen von Gewinn im Allgemeinen und im Speziellen im Gesundheitsbereich. Dieser Abschnitt greift die derzeit in Deutschland häufig diskutierte Frage auf, ob die Gewinnerzielung im Gesundheitssektor nicht generell eingeschränkt bis verboten werden sollte.

Anschließend findet eine Analyse der Bestimmungsfaktoren des wirtschaftlichen Erfolgs von MVZ mit Kapitalbeteiligung statt. Es wird gezeigt, dass gerade eine hohe Qualität bei der Patientenversorgung wichtig ist, um Gewinne erzielen zu können. Hierbei werden vor allem empirisch ermittelte Daten verwendet. Diese wurden mittels einer Befragung von Ärzten und von nichtärztlichem Fachpersonal in MVZ mit Kapitalbeteiligung gewonnen, die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführt wurde. An der Befragung nahmen einerseits 51 Ärzte sowie andererseits 18 nichtärztliche Fachangestellte teil. Es wurden hierzu zwei separate Fragebögen verwendet, die im Anhang 1 und 2 dargestellt sind.

Befragt wurden ausschließlich Ärzte und nichtärztliches Fachpersonal aus MVZ mit Kapitalbeteiligung, da diese Personen einen guten Einblick in die Arbeit am Patienten haben – sowohl in MVZ mit Kapitalbeteiligung als auch in anderen Einrichtungen des

Gesundheitswesens, in denen sie vorher gearbeitet haben. Entsprechend können diese Personen die Qualität der Patientenversorgung und andere Aspekte des Versorgungsgeschehens in MVZ mit Kapitalbeteiligung gut beurteilen.

Bislang liegen kaum bis keine empirischen Daten zur Patientenversorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung vor, weshalb die durchgeführte Befragung neue Ergebnisse in einem bislang wenig erforschten Bereich liefert. Um diese Ergebnisse zu erhalten, wurde der Fragebogen an Mitarbeiter von MVZ mit Kapitalbeteiligung verschickt, die diesen freiwillig und anonym beantworten konnten. Diese Vorgehensweise hat den Nachteil, dass keine repräsentative Stichprobe vorliegt. In der Praxis sind Zufallsstichproben oder Quotenstichproben, die notwendig sind, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, nur schwer zu erreichen. Dies gilt insbesondere für den betrachteten, noch wenig erforschten Bereich der MVZ mit Kapitalbeteiligung.

Dennoch konnten mit der gewählten Vorgehensweise und der erstmaligen Befragung von Leistungserbringern wichtige und neuartige Einblicke zum Versorgungsgeschehen in MVZ mit Kapitalbeteiligung erfasst werden. Dies heißt aber nicht, dass damit bereits alle wünschenswerten Informationen vorliegen und es keiner weiteren Forschung in diesem Bereich bedarf. Ganz im Gegenteil wäre eine breiter angelegte Nachuntersuchung wünschenswert, die die Schwächen der hier durchgeführten Untersuchung kompensiert und weiterführende Ergebnisse liefert. Um bereits heute weitere Informationen und Einblicke zur Versorgungsqualität in MVZ mit Kapitalbeteiligung zu erhalten, wurden zusätzlich in MVZ mit Kapitalbeteiligung durchgeführte Patientenbefragungen einbezogen, um diese wichtige Perspektive anhand von empirischen Daten zu beleuchten.

In einem nächsten Schritt steht im Rahmen der vorliegenden Studie die flächendeckende Versorgung im Fokus. Es wird analysiert, ob diese durch MVZ mit Kapitalbeteiligung gefährdet oder gefördert wird. Hierzu wird auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie auf Daten des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) zurückgegriffen. Zudem wird anhand von Daten des PKV-Verbandes zum PKV-Marktanteil in einzelnen Kreisen

untersucht, ob eine „Rosinenpickerei“ der MVZ mit Kapitalbeteiligung bei der Wahl des Standortes stattfindet.

Anschließend wird analysiert, wie sich der durch MVZ ausgelöste Wettbewerb auf die ambulant-ärztliche Versorgung auswirkt. Bei der Einführung der MVZ war der Wettbewerbsgedanke eine wesentliche Triebfeder. Im Mittelpunkt unserer Betrachtung steht, wie sich der Wettbewerb auf die Qualität der Patientenversorgung auswirkt. Konkret wird gezeigt, was der Eintritt von MVZ mit Kapitalbeteiligung in die vertragsärztliche Versorgung für die Qualität der Leistungserbringung bedeutet. Hierzu werden sowohl Daten aus unseren Mitarbeiterbefragungen herangezogen als auch Patientenbefragungen, die von MVZ mit Kapitalbeteiligung zur Verfügung gestellt wurden.

Den Abschluss der Untersuchung bildet eine zusammenfassende Auseinandersetzung mit den aktuell diskutierten Vorwürfen gegen MVZ, insbesondere mit Kapitalbeteiligung, indem diesen Behauptungen Fakten gegenübergestellt werden. Auf diese Weise soll die realitätsnahe Bedeutung der MVZ mit Kapitalbeteiligung für die deutsche Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden.

2 Funktionen von Gewinn

Im Nachfolgenden werden zuerst kurz die Funktionen von Gewinn im Ordnungsmodell einer sozialen Marktwirtschaft aufgezeigt, um dann der Frage nachzugehen, ob und inwieweit Gewinn im Gesundheitssektor diese Funktionen auch im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen kann und sollte.

2.1 Funktionen von Gewinn in einer sozialen Marktwirtschaft

Im Ordnungsmodell der sozialen Marktwirtschaft wird dem Wettbewerb und dem damit verbundenen Gewinnstreben der Marktteilnehmer die zentrale Steuerungsfunktion der Ressourcen zugeordnet. Dies beinhaltet freien Marktzutritt für qualifizierte Leistungsanbieter, die im Wettbewerb zueinander stehen. Dem freien Markteintritt steht aber das Risiko des Marktausscheidens gegenüber. Sowohl für Markteintritt wie für Marktaustritt ist der Gewinn die entscheidende Steuerungsgröße. Gewinne bzw. Gewinnchancen locken einerseits neue Marktteilnehmer an und verdrängen andererseits durch Verluste bzw. Verlustrisiken, die auch als negative Gewinne bezeichnet werden können, weniger erfolgreiche Marktteilnehmer. Damit sorgt der Gewinn für eine ständige Überprüfung der Marktteilnehmer, inwieweit diese erfolgreich und damit effizient an der Versorgung der Nachfrager mitwirken.

Gewinne im Sinne von Überschüssen der Erlöse über die eingesetzten Faktorkosten treten nicht nur in der Privatwirtschaft, sondern auch in der Verwaltung und im öffentlichen Versorgungsbereich auf. Auch Verluste kommen in allen Bereichen der öffentlichen und privaten Wirtschaft vor, doch sind die Konsequenzen sehr unterschiedlich. In der Privatwirtschaft müssen Verluste von den Eigentümern und Kapitalgebern getragen werden, während in der öffentlichen Wirtschaft Verluste in der Regel vom Steuerzahler zu übernehmen sind. Den Gewinnchancen stehen im Privatsektor Verlustrisiken gegenüber, während im öffentlichen Bereich Überschuss-Möglichkeiten bestehen, aber keine echten Verlustrisiken. Von daher ist in einem gemischt besetzten Wirtschaftsbereich, wie dem Gesundheitssektor, die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen zulasten gewinnorientierter Leistungserbringer stets gegeben.

Wird ein Wirtschafts- oder Versorgungsbereich grundsätzlich wettbewerblich organisiert, wie es im Ordnungsmodell der sozialen Marktwirtschaft konzipiert ist, so ergeben sich – systembedingt – Gewinnchancen und Verlustrisiken. Wettbewerb beinhaltet die unternehmerische Freiheit beim Einsatz von Produktionsfaktoren, d. h. die Gestaltung der Kosten und die Möglichkeit bei der Erstellung von Leistungen, eigene Wege zu gehen. Der erfolgreiche Unternehmer findet Wege, die ihm einen Gewinn ermöglichen, der weniger erfolgreiche Unternehmer muss entweder seine betrieblichen Produktionsprozesse neu ausrichten oder Verluste hinnehmen, was in einem Ausscheiden aus der Versorgung enden kann. So sorgt der Wettbewerb für eine ständige Selektion von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Prozessen der Leistungserstellung. Im Endergebnis wird die Versorgung mit Leistungen effizienter und damit kostengünstiger. Davon profitieren insbesondere die Konsumenten.

2.2 Monopolgewinne – nicht immer ein Störfaktor

In dem Ordnungsmodell der sozialen Marktwirtschaft werden Monopole in der Privatwirtschaft prinzipiell durch die Kartellbehörde kontrolliert bzw. verboten. Dieses Verbot stützt sich auf die Erkenntnis, dass Monopolisten beim Streben nach Gewinn den Preis ihrer Produkte höher und gleichzeitig die Produktmenge niedriger ansetzen als unter Wettbewerbsbedingungen. Lange Zeit ging man davon aus, dass es sogenannte natürliche Monopole gibt, da bestimmte Leistungen technisch nicht teilbar sind. Als Beispiele hierfür können die Monopole der Bundesbahn und Bundespost im letzten Jahrhundert genannt werden. Mittlerweile ist die technische Unteilbarkeit der Telefonleitungen bzw. der Bahngleise aufgehoben und damit keine Monopolstellung mehr gerechtfertigt.

Daneben gibt es staatlich bzw. politisch gewollte Monopole im sozialen Bereich wie zum Beispiel der Wasserversorgung oder Müllentsorgung. Hier will man vor allem einkommensschwache Bevölkerungskreise vor einer Überforderung schützen, was aber auch auf anderem Wege erreicht werden könnte. Eine aktuelle Diskussion im Bereich Infrastruktur bezieht sich auf eine mögliche Privatisierung der Autobahnen in Deutschland, die in unseren Nachbarländern bereits ganz oder teilweise gegeben ist.

Doch werden auch in der Konzeption der sozialen Marktwirtschaft Monopole akzeptiert, ja geschützt, wenn ein Unternehmer durch Innovation ein Alleinanbieter einer Leistung ist. In diesem Fall kann der Innovator weltweit sein Produkt durch Patente vor Nachahmung und dadurch Konkurrenz schützen lassen und so für eine gewisse Zeit mögliche Konkurrenz vermeiden. Diese Monopolstellung wird damit begründet, dass der Innovator für eine bestimmte Zeit einen Monopolpreis für sein Produkt verlangen darf, um so seine erhöhten Forschungsaufwendungen, die ein Imitator nicht hat, durch einen Monopolgewinn refinanzieren zu können. Diese staatlich geschützte Monopolstellung ist stets nur temporär und wird oft durch nachfolgende konkurrierende Innovationen relativiert.

Insgesamt kommt dem Gewinn in einer sozialen Marktwirtschaft die Funktion einer Belohnung von erfolgreichen Unternehmern zu, die gleichzeitig mit dem erzielten Gewinn ihre erfolgreiche Wirtschaftsführung durch Kauf- oder Kapitalbeteiligung auf andere Unternehmen übertragen können. Letztlich wird dadurch die Leistungserstellung insgesamt effizienter. Daneben ist der Gewinn auch ein Treiber für Innovationen, sofern sich diese durch Patentschutz entsprechend über einen Monopolgewinn refinanzieren lassen.

Hinzu kommt noch eine weitere Funktion des wettbewerblichen Gewinnstrebens: Der Wettbewerb bietet auch den Leistungsnutzern Wahlfreiheit zwischen den verschiedenen Angeboten. Diese Funktion hat gerade im Gesundheitssektor einen hohen Wert, da zum Beispiel eine freie Arztwahl für das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt als elementar eingeschätzt wird.

2.3 Funktionen von Gewinn im Gesundheitssektor

Die geschilderten positiven Effekte haben in Deutschland und anderswo dazu geführt, dass auch in der Gesundheitsversorgung Wettbewerb zumindest akzeptiert, ja teilweise auch gefördert wird. Doch wird das Gewinnstreben im Gesundheitssektor häufig reguliert, um vor allem Selektionsprozesse hinsichtlich der Patienten zu begrenzen. Man nimmt Effizienzverluste in Kauf, um mehr Verteilungsgerechtigkeit zu erreichen. Dies ist auch in Deutschland der Fall.

Wer jedoch Wettbewerb im Gesundheitssektor will, muss auch Gewinne und Verluste von Leistungserbringer akzeptieren. Doch irrig ist die Meinung, dass Gewinne durch überhöhte Preise oder aus schlechterer Versorgung der Patienten herrühren. Schließlich werden in Deutschland, wie auch in anderen europäischen Staaten, die Preise für ärztlich dominierte Gesundheitsleistungen durch staatlich regulierte Gebührenordnungen vorgegeben. Gewinne bzw. Überschüsse in einem solchen System lassen sich nur durch eine hohe Leistungsqualität oder innovative Versorgungsprozesse erzielen, sofern den Patienten Wahlfreiheit in dem Gesundheitssystem eingeräumt wird. So erzielte Gewinne sind dann Belohnung für eine attraktive Leistungserbringung und können durch Investitionen in weitere Praxen oder auch Krankenhäuser erfolgreiche Leistungsprozesse multiplizieren. Davon profitieren sowohl die Patienten als auch die Krankenkassen. Erstere werden besser versorgt und Letztere sparen durch eine höhere Kosteneffizienz Ausgaben.

Im Wettbewerb erzielte Gewinne müssen generell frei verfügbar für die jeweiligen Leistungserbringer sein. Bindet sich der Leistungserbringer freiwillig an eine zweckgebundene Verwendung des Gewinns, wie es die gemeinnützigen Einrichtungen tun, so erhält der Betrieb Steuerfreiheit zugesprochen. Nicht angebracht hingegen ist es, die Gewinnentnahme als Ausbeutung des Systems bzw. Fremdverwendung von Krankenkassenbeiträgen zu disqualifizieren. Schließlich ist der Gewinn die Gegenleistung für, wie oben beschrieben, eine bessere und/oder kostengünstigere Leistung. Eine Zweckbindung des Gewinns ist auch deswegen wenig hilfreich, weil dadurch innovative Unternehmer abgeschreckt werden.

Die Motivation, weshalb ein Unternehmer eine Leistung erbringt, sei es, um einen Gewinn zu erzielen, sei es aus karitativem Beweggrund oder auch nur um seine Familie ernähren zu können, ist für die Versorgung irrelevant. Es kommt auf das Ergebnis der Versorgung aus Sicht der Patienten an. Auch Ärzte werden aus ganz unterschiedlichen Motivationslagen heraus tätig. Für die Patienten zählt das Behandlungsergebnis, auch wenn dahinter das Streben nach angemessenen Einkommen steht, das ökonomisch als Gewinnstreben einzustufen ist.

Der heute häufig formulierte Vorwurf, dass Investoren MVZ übernehmen, um Gewinne aus dem Gesundheitssystem abzuziehen, verkennt die tatsächliche

Interessenlage. So übernehmen zum Beispiel Beteiligungskapitalgesellschaften häufiger MVZ nur für eine gewisse Zeit, um diese nach Modernisierung und Rationalisierung zu einem höheren Preis zu verkaufen. Dies bedingt jedoch, die Leistungsprozesse nicht auszudünnen, sondern durch Investitionen zu verbessern. Hierzu wird in erster Linie ein erzielter Gewinn eingesetzt. Quasi im Nebeneffekt wird damit auch die Patientenversorgung verbessert, anderenfalls lässt sich kaum eine Wertsteigerung erreichen.

Eher ist bei abgehenden, in den Ruhestand tretenden Ärzten zu beobachten, dass sie gegen Ende ihrer beruflichen Tätigkeit die Investitionen in ihre Praxis reduzieren und so kurzfristig einen höheren Überschuss bzw. ein höheres Einkommen anstreben. Dass sich dadurch nicht leichter ein Nachfolger findet, liegt auf der Hand. Häufig sind es dann MVZ mit Kapitalbeteiligung, die solche Praxen übernehmen und damit die Versorgung sicherstellen.

Eine Gewinnausschüttung, wie sie oft von Außenstehenden vermutet und schnell zum Vorwurf gemacht wird, ist für Investoren kontraproduktiv. So musste z. B. die Ministerin für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt ihre Behauptung im Juli 2020 zurücknehmen, dass die private Klinikgruppe Ameos opulente Gewinnsummen jährlich ins Ausland transferiert. Das Oberlandesgericht von Sachsen-Anhalt untersagte der Ministerin diese Aussage und drohte im Falle einer Wiederholung eine Strafzahlung von 250.000 € an. Die Klinikgruppe belegte, dass sie sämtliche Überschüsse in ihre Kliniken reinvestiert.¹⁰ Damit kompensiert die Unternehmensgruppe gleichzeitig eine staatlich verursachte Investitionsschwäche deutscher Krankenhäuser. Eine solche Investitionsschwäche ist auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte, insbesondere dort wo hohe Praxisinvestitionen erforderlich sind, zum Beispiel in der Labormedizin oder auch Radiologie, vorzufinden. Durch eine Kapitalbeteiligung externer Investoren kann diese Investitionsschwäche, wenn nicht beseitigt so zumindest reduziert werden.

¹⁰ Vgl. kma Online (2020), o. S.

2.4 Gibt es ein Risiko der regionalen Monopolbildung?

In der Gesundheitsversorgung, sowohl im Krankenhausbereich als auch im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung, steigt durch den medizinischen Fortschritt getrieben die Spezialisierung und damit auch eine Tendenz zur Zentralisierung. Beide Tendenzen führen zu einer gewissen Ausdünnung der regionalen Versorgungsdichte, insbesondere auf dem Land. Es gilt, dass weniger Leistungserbringer mehr Patienten versorgen, womit gleichzeitig eine relative regionale Monopolisierung der Versorgung entsteht. Diese Tendenz wird sowohl durch die Krankenhausplanung als auch durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung einerseits unterstützt, andererseits abgebremst. Unterstützt wird diese Tendenz dadurch, dass durch die Planungen eines Krankenhauses oder auch eines Arztsitzes ein gewisser Versorgungsbereich quasi als Monopol zugewiesen wird. Abgebremst wird wiederum die Entwicklung zur Zentralisierung dadurch, dass die Niederlassungsfreiheit für Praxen und ähnlich auch für Krankenhäuser deutlich begrenzt ist, sofern man im Bereich der GKV an der Patientenversorgung teilnehmen möchte.

Diese regionalen Versorgungsplanungen erlauben weder eine Monopolpreisbildung, da eine strikte Preisregulierung besteht, noch ein Versorgungsmonopol, da durch die deutlich zunehmende Mobilität der Patienten, die regionalen Zuordnungen der zu versorgenden Bevölkerung an Bedeutung verloren haben. Schließlich steht auch die Zusicherung einer Wahlfreiheit für die Patienten einem regionalen Versorgungsmonopol entgegen. Derzeit ist eine Diskussion darüber in Gange, inwieweit Zusammenschlüsse von Krankenhäusern vom Kartellamt zu überprüfen sind. Für die niedergelassenen Vertragsärzte wurde diese Diskussion bislang noch nicht angestoßen, obwohl immer wieder auch der Vorwurf einer Monopolisierung dann erhoben wird, wenn sich Arztpraxen unter dem Dach einer Holding zu einem Arztnetz zusammenschließen. Dass durch den Zusammenschluss von Einzelpraxen zu Arztzentren die Versorgungsqualität verbessert und die Kosteneffizienz erhöht wird, bei gleichbleibenden regulierten Vergütungen, wird oft von den Kritikern ausgeblendet.

3 Bestimmungsfaktoren des wirtschaftlichen Erfolgs von MVZ mit Kapitalbeteiligung

3.1 Definition von wirtschaftlichem Erfolg

Wirtschaftlicher Erfolg wird in der Regel am erreichten Überschuss des Umsatzes über den zugeordneten Kosten gemessen. Wird der Überschuss eines Betriebes ins Verhältnis zum Umsatz gesetzt, so erhält man als Maßstab die Umsatzrendite. Betriebswirtschaftlich wichtiger ist aber der Maßstab EBIT (Überschuss vor Zinsen und Steuern). Im Folgenden wollen wir vom Überschuss (EBIT) ausgehen, sofern keine weitere Spezifizierung im Text erfolgt ist.

Wie schon oben angesprochen errechnet sich der Überschuss, auch häufig mit (Roh-)Gewinn bezeichnet, aus der einfachen Gleichung:

$$\text{Überschuss/Gewinn} = \text{Umsatz} - \text{Kosten}$$

Will ein Unternehmen bzw. ein Betrieb einen Überschuss bzw. Gewinn erzielen, dann gibt es somit zwei Gestaltungsfelder, nämlich einerseits die Umsatzseite und andererseits die Kostenseite. Dabei gilt die Maxime, einerseits den Umsatz zu steigern, bei gleichbleibenden Kosten, andererseits die Kosten zu senken, bei gleichbleibendem Umsatz.

Diese generelle rationale Leitmaxime gilt ebenfalls für ambulante Arztpraxen, Krankenhäuser und auch medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – unabhängig davon, ob diese mit oder ohne Kapitalbeteiligung arbeiten. Wenn bei niedergelassenen Ärzten nicht von Gewinnen gesprochen wird, sondern von angemessenen Einkommen als Ziel, so errechnet sich dieses ebenfalls aus der Differenz zwischen Honorarvolumen – das entspricht dem Umsatz – und den Kosten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gibt es zwischen dem Gewinn eines MVZ mit Kapitalbeteiligung und dem angemessenen Einkommen eines niedergelassenen Arztes betriebswirtschaftlich kein Unterschied. In der Berechnung des Honorarvolumens werden nämlich auch Kostenbestandteile berücksichtigt, die

typisch für einen Selbständigen sind, wie z.B. die kalkulatorische Verzinsung des Eigenkapitals.¹¹

Nicht nur private (gewinnorientierte) Unternehmen streben ein positives Ergebnis, d.h. einen Überschuss an, sondern auch freigemeinnützige Unternehmen. Bei Letzteren muss dieser Überschuss allerdings dann wieder reinvestiert werden und darf nicht für betriebsfremde, externe Zwecke verwendet werden. Der Überschuss dient insbesondere zur Modernisierung der betrieblichen Abläufe oder auch zur Erweiterung des Leistungs-Portfolios.

Öffentliche Betriebe sind ebenfalls gehalten, mindestens die betrieblichen Kosten aus den Erlösen refinanzieren zu können, doch bleiben dann keine Mittel für die Modernisierung und Rationalisierung. Daher streben auch öffentliche Unternehmen Überschüsse an, um aus eigener Kraft modernisieren zu können.

Ohne einen entsprechend hohen Eigenkapitalanteil erhalten Gesundheitsbetriebe von den Banken keine Kredite, mit denen sie künftige Investitionen finanzieren könnten. Gerade in den hochinvestiven Fächern wie Nuklearmedizin oder apparategestützter Chirurgie verlangen Banken teilweise einen Eigenkapitalnachweis von 50%. Dieser kann entweder über Kapitalbeteiligung und/oder thesaurierte Gewinne erreicht werden. Für öffentliche Einrichtungen ergibt sich noch die Möglichkeit der Bürgschaft durch ihre Eigentümer.

Alle drei Unternehmenstypen streben von daher Überschüsse an, um insbesondere auf eine sich rasch wandelnde Umwelt autonom mit Investitionen reagieren zu können. Überschuss bzw. Gewinn ist bei allen drei Unternehmenstypen nur

¹¹ Betrachtet man die EBM-Kalkulation en détail, so wird deutlich, dass der kalkulatorische Eigenkapitalzins in einer durchschnittlichen Höhe von lediglich 511,29 Euro zur Berechnung des technischen Leistungsanteils eingeflossen ist. Dieser kalkulatorische Kostenbeitrag für den Einsatz von Eigenkapital wurde nicht berechnet, sondern auf Grundlage von Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses festgelegt. Mit dieser pauschalen Festlegung wird unterstellt, dass niedergelassene Ärzte annähernd kein Eigenkapital in ihren Praxen einsetzen, sondern überwiegend mit Fremdkapital arbeiten.

mittelbares Ziel, um das Unternehmen zu erhalten und möglichst werthaltig weiterzuentwickeln. Dies trifft auch für externe Investoren zu. Insbesondere Investoren, die nur temporär in ein Unternehmen investieren wollen, streben keine Gewinnausschüttung an, sondern bevorzugen einen Wertzuwachs des Unternehmens, den sie bei einem Verkauf realisieren können (vgl. hierzu auch: „Kapitel 2: Funktionen von Gewinn“).

3.2 Gestaltungsmöglichkeiten auf der Umsatzseite für MVZ und Arztpraxen in der GKV

Der Umsatz eines Unternehmens bzw. eines MVZ ist, wie auch für die Einzelpraxis, bestimmt als Produkt von Preis und Menge der erbrachten Leistungen:

$$\text{Umsatz} = \text{Preis pro Leistungseinheit} \times \text{Zahl der Leistungseinheiten}$$

Es sind also prinzipiell zwei Variablen, die sich zur Gestaltung des Umsatzes anbieten.

3.2.1 Regulierte Preise: keine Gestaltungsvariable

Die Preise für ambulant-ärztliche Leistungen, wie auch für ambulante Operationen, sind für GKV-Versicherte durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der Höhe und damit in ihrem relativen Gefüge zueinander festgelegt. Darüber hinaus gibt es mit dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) eine weitere Begrenzungsregelung. Der HVM sieht Regelungen vor, die verhindern, dass die Tätigkeit der Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung über deren jeweilige Versorgungsaufträge hinaus übermäßig ausgedehnt wird. Im HVM finden hierzu mengenbegrenzende Regelungen mittels Regeleistungsvolumen (RLV) und qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) Anwendung. Es werden Plausibilitätsvorgaben und -prüfungen eingesetzt, um (unbegründete) Leistungsausweitungen zu verhindern. Letztlich führen diese Mengenbegrenzungen bei Überschreitung zu einer Absenkung des Punktwertes und damit zu einer geringeren Vergütung je erbrachter Leistung. Die Anreize zu einer Ausdehnung der Leistungserbringung und die Möglichkeiten zu einer Ausdehnung der Erlöse sind dadurch gering.

Die Preise für ambulant-ärztliche Leistungen für Privatversicherte sind ebenfalls in der Höhe und im relativen Gefüge zueinander reglementiert. Dies erfolgt über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Alle Leistungserbringer können keinen Einfluss auf die Höhe der Leistungsvergütung nehmen.¹² Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Vergütung gibt es keine vergleichbaren Mengengrenzungen. Eine Einflussnahme der Leistungserbringer auf ihren Umsatz ist damit nur über die Menge und nicht über den Preis möglich, d. h. beispielsweise indem mehr Privatpatienten behandelt werden.

In der Preistheorie spricht man in einem solchen Szenario von Preisnehmern. Preisnehmer sind zugleich Mengenanpasser, d. h. um den Umsatz zu erhöhen, verbleibt nur die Steigerung der abrechnungsfähigen Leistungseinheiten, das ist die Zahl der Patienten und – durch Leitlinien, die Gebührenordnungen und weitere zugehörige Instrumente begrenzt – die Leistungsmenge pro Patient. Patienten wiederum sind in erster Linie durch vom Patienten wahrnehmbare Leistungsqualität zu gewinnen.

3.2.2 Begrenzte Gestaltung der durchschnittlichen Vergütung durch Leistungsschwerpunkte

Auch wenn die einzelnen Preise regulativ festgelegt sind, kann die durchschnittliche Vergütung dadurch gestaltet werden, dass man Leistungen mit niedrigem Deckungsbeitrag reduziert und sich auf anspruchsvolle Leistungen mit höherem Deckungsbeitrag, spezialisiert. Spezialisierung wird oft auch als „Rosinenpicken“ bezeichnet und ist in der ambulant-ärztlichen Versorgung durchaus erwünscht. Zum anderen gibt es in der vertragsärztlichen Versorgung eine Behandlungspflicht, die je nach Fachgebiet ein Behandlungsverbot beinhaltet. Hingegen kann durch Spezialisierung ein bestimmtes Behandlungsgebiet bevorzugt werden, was dann

¹² Bei der Abrechnung nach der GOÄ findet allerdings ein Steigerungssatz Anwendung, der sich nicht nach ökonomischen, sondern nach medizinischen Kriterien richten soll: „Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen.“ §5 Abs. 2 GOÄ.

jedoch entsprechende Fachkenntnisse und häufig auch spezielle medizintechnische Ausstattung verlangt.

Doch nicht immer tragen höhere Entgelte auch zu einem höheren Überschuss bei, da sie in der Regel auch mit höheren Kosten verbunden sind. Von daher ist die Leistungsspezialisierung nur ein begrenztes Handlungsfeld.

Die durchschnittliche Vergütung pro Leistungseinheit kann hingegen deutlicher durch einen höheren Anteil an Privatpatienten erhöht werden. Dazu müssen allerdings auch diese Patienten angeworben werden. Und es stehen alle Leistungserbringer in einem gewissen Wettbewerb um Privatpatienten, die vor allem durch die speziellen Kenntnisse und Ausstattung einer Praxis angezogen werden. Letztlich entscheidet hier die Leistungsqualität über die Attraktivität einer Arztpraxis. Wem eine Praxis oder ein MVZ gehört, spielt für die Patientenentscheidung keine Rolle! Dies lässt sich auch eindeutig aus den in *Punkt 5.2.2* dargestellten Patientenbefragungen entnehmen.

3.2.3 Begrenzte Gestaltung der abrechenbaren Leistungsmenge

Während die Preise generell nicht direkt beeinflussbar sind, kann die Leistungsmenge, wenn auch nur in engen Grenzen, gestaltet werden. Die Grenzen heißen in der vertragsärztlichen Versorgung Regelleistungsvolumen und Preisabsenkung für Mehrleistungen jenseits des Regelleistungsvolumens. Beide Regulierungen gelten für alle Arztpraxen wie auch für MVZ mit Kapitalbeteiligung, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Einen begrenzten Vorteil haben Gemeinschaftspraxen wie auch MVZ dadurch, dass mehrere Arztsitze die Ausschöpfung ihrer Regelleistungsvolumina zusammen optimieren können. Dies kann z.B. bei Erkrankung eines Vertragsarztes der Fall sein. In der privatärztlichen Versorgung hingegen gibt es keine Mengenbegrenzungen in Form von abgesenkten Preisen.

3.2.4 Begrenzte Gestaltung der Leistungsmenge durch Wahl des Praxisortes

Patienten bevorzugen, insbesondere bei allgemeinärztlichen Behandlungen, örtlich nahe gelegene Arztpraxen. Bei fachärztlichen Behandlungen hingegen akzeptiert der Patient auch weitere Wege, wenn er sich eine bessere Behandlungsqualität erhofft. Dennoch ist mit dem Standort das Potential an Patienten, wenn auch in Grenzen, verbunden. So weisen Städte mit einer größeren Zahl von Selbständigen und Beamten ein höheres Potential an Privatversicherten auf als ländliche Regionen. Allerdings gilt das heute mit der Umstrukturierung der ländlichen Regionen immer weniger. So zeigt eine Untersuchung der PKV¹³, dass in Bayern Ärzte in ländlichen Regionen kaum weniger privates Honorarvolumen abrechnen als ihre Kollegen in städtischen Gebieten. Ein Grund dafür ist, dass in Städten die Konkurrenz durch die höhere Zahl an Ärzten intensiver ist, also mehr Ärzte – auch reine Privatärzte – ein zwar insgesamt höheres Volumen teilen, letztlich aber durchschnittlich pro Vertragsarzt ein teilweise sogar niedrigeres privates Honorarvolumen aufweisen, als Kollegen auf dem Lande.

Vertragsärzte und auch MVZ können nur begrenzt ihren Niederlassungsort selbst bestimmen. Schließlich sind durch die kassenärztliche Niederlassungsplanung die Standorte für Praxen weitgehend vorgegeben und da MVZ in der Regel Praxen bzw. Arztsitze übernehmen sind sie auch an deren Standorte gebunden. Allenfalls können sie beim Kauf von Praxen das lokale Patientenpotential abschätzen und Arztsitze am Ort des MVZ konzentrieren. Dies kann zu einer gewissen Ausdünnung von Standorten führen. Andererseits sind solche Praxen oft gar nicht mehr durch niederlassungswillige Ärzte zu besetzen und bleiben dann, bei Kauf durch ein MVZ als Nebenstelle eines MVZ immerhin noch präsent.

3.3 Gestaltungsmöglichkeiten auf der Kostenseite

Großes Potential zur Steigerung des betrieblichen Ergebnisses liegt in der ambulant-ärztlichen Versorgung auf der Kostenseite. Diese wollen wir systematisch in diesem Abschnitt analysieren. Wir gehen dabei so vor, dass wir die laufenden Betriebskosten

¹³ Vgl. Chaibi und Schulze Ehring (2019).

und die Investitionsausgaben getrennt betrachten. Bei den Betriebskosten wiederum unterscheiden wir zwischen Personal- und Sachkosten.

3.3.1 Laufende Betriebskosten und deren Gestaltungsoptionen

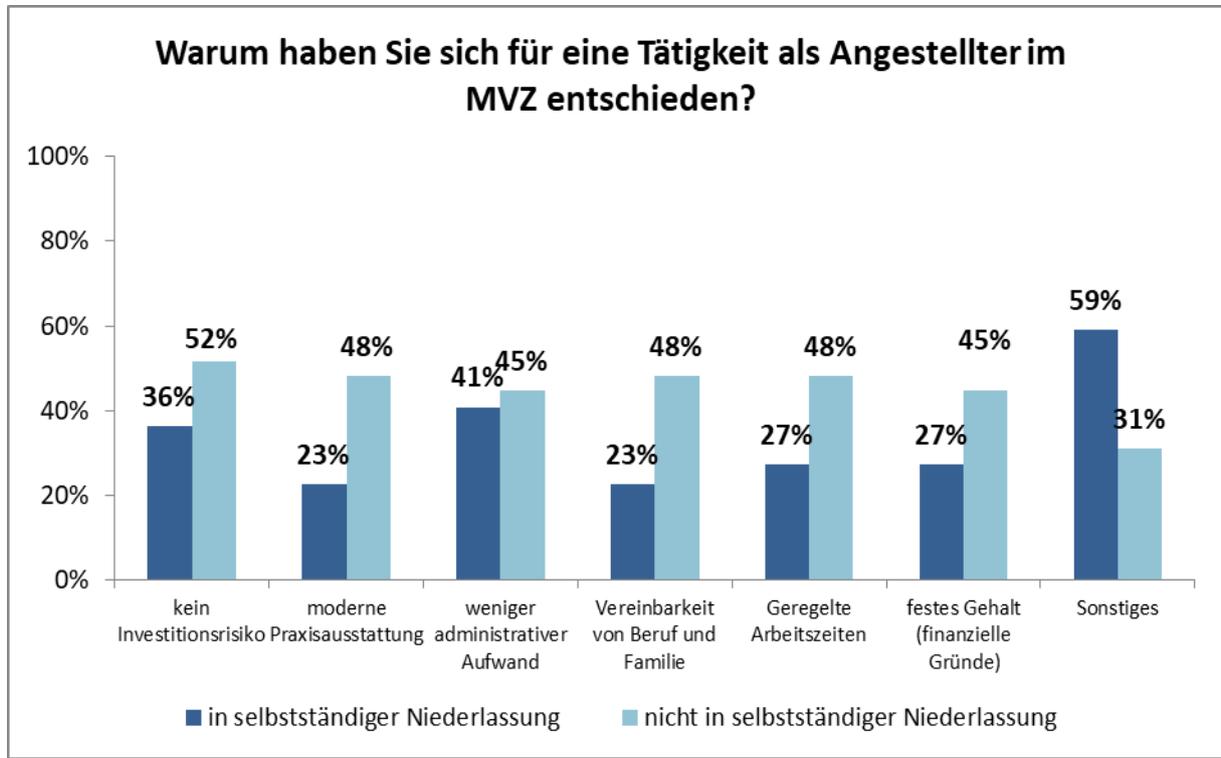
Wie schon angesprochen, wollen wir hier zwischen Personal- und Sachkosten unterscheiden. Bei den Personalkosten wollen wir nach den Kategorien ärztliches Personal, nicht ärztliches Personal sowie Management inklusive Verwaltungspersonal differenzieren.

3.3.1.1 Beschäftigte Ärzte

Lange Zeit waren angestellte Ärzte in der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland unbekannt bzw. eine kleine Minderheit. Erst mit der Gründung von MVZ stieg die Zahl der angestellten Ärzte rasch an, wie in Abschnitt 1.1.2 gezeigt wird. So fand in den letzten Jahren eine Vervielfachung der angestellten Ärzte statt, wobei die MVZ die wichtigsten Arbeitgeber sind. Offensichtlich ist für viele junge Ärzte und Ärztinnen eine Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis in einem MVZ mit Vorteilen verbunden, die sie in der eigenen Niederlassung oder auch im Krankenhaus nicht sehen. Dies trifft vor allem für Fachärzte zu, da diese bei einer Niederlassung eine hohe Erst-Investition zu finanzieren haben.

Um Informationen zu den Gründen für die Arbeit und zum Arbeitsgeschehen in einem MVZ zu erhalten, wurden mittels eines von uns erstellten Fragebogens Ärzte befragt, die in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung arbeiten. Es wurde bei der Befragung unterschieden nach Ärzten, die vorher bereits in selbstständiger Niederlassung gearbeitet haben und solche die nicht aus der Niederlassung kommen. Bei der Frage nach dem Grund der Beschäftigung im MVZ gaben die meisten Ärzte, die vorher nicht in selbstständiger Niederlassung gearbeitet haben, das Investitionsrisiko bei der Niederlassung an, dicht gefolgt von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelten Arbeitszeiten sowie einer modernen Praxisausstattung, wie die folgende Abbildung zeigt.

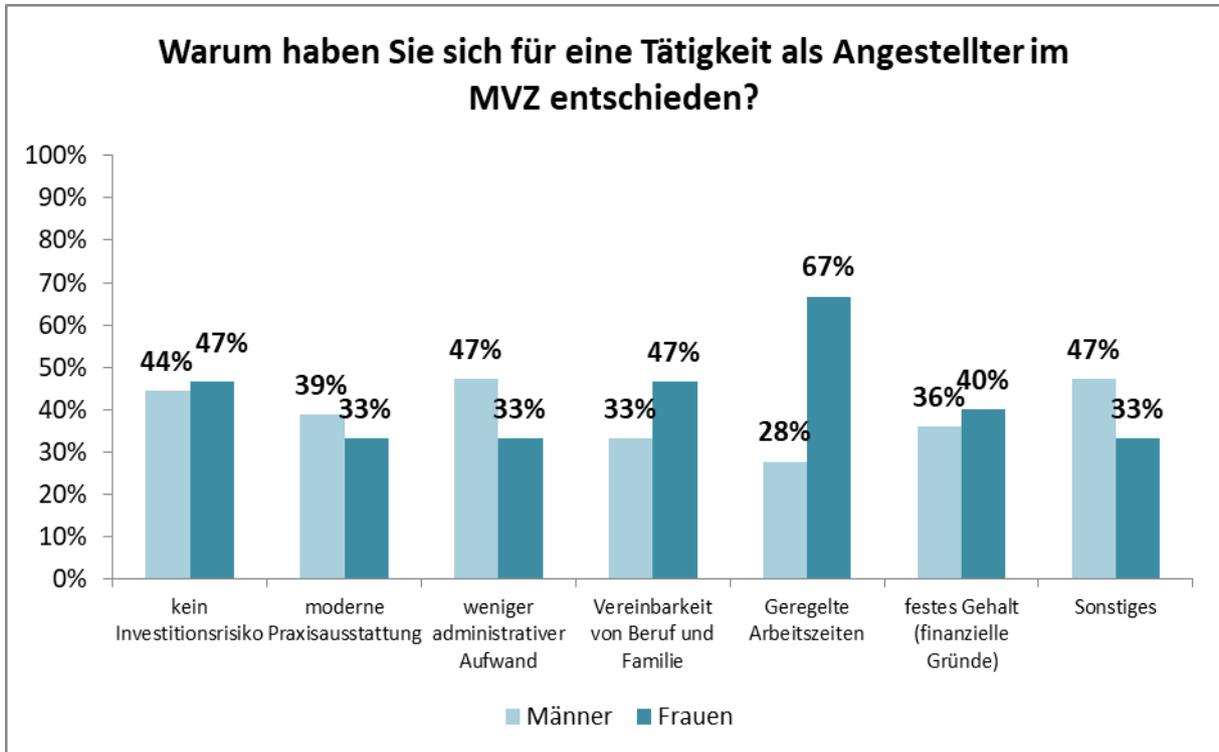
Abbildung 3: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach vorheriger Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Bei Ärzten, die aus der Niederlassung kommen, dominiert der geringere administrative Aufwand im MVZ mit Kapitalbeteiligung als Grund. An zweiter Stelle steht das Investitionsrisiko, während die anderen Gründe deutlich weniger Gewicht haben als bei den angestellten Ärzten. Bei den häufig genannten „Sonstigen Gründen“ wurde oft die Praxisnachfolge bzw. der Praxisverkauf genannt. Differenziert man die Antworten nach Alter und Geschlecht, so zeigt sich, wenig überraschend, dass Frauen vor allem geregelte Arbeitszeiten sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im MVZ mit Kapitalbeteiligung schätzen und Männer den geringeren administrativen Aufwand sowie das fehlende Investitionsrisiko. Die nach Geschlecht differenzierten Ergebnisse werden in der nächsten Abbildung dargestellt.

Abbildung 4: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Geschlecht



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

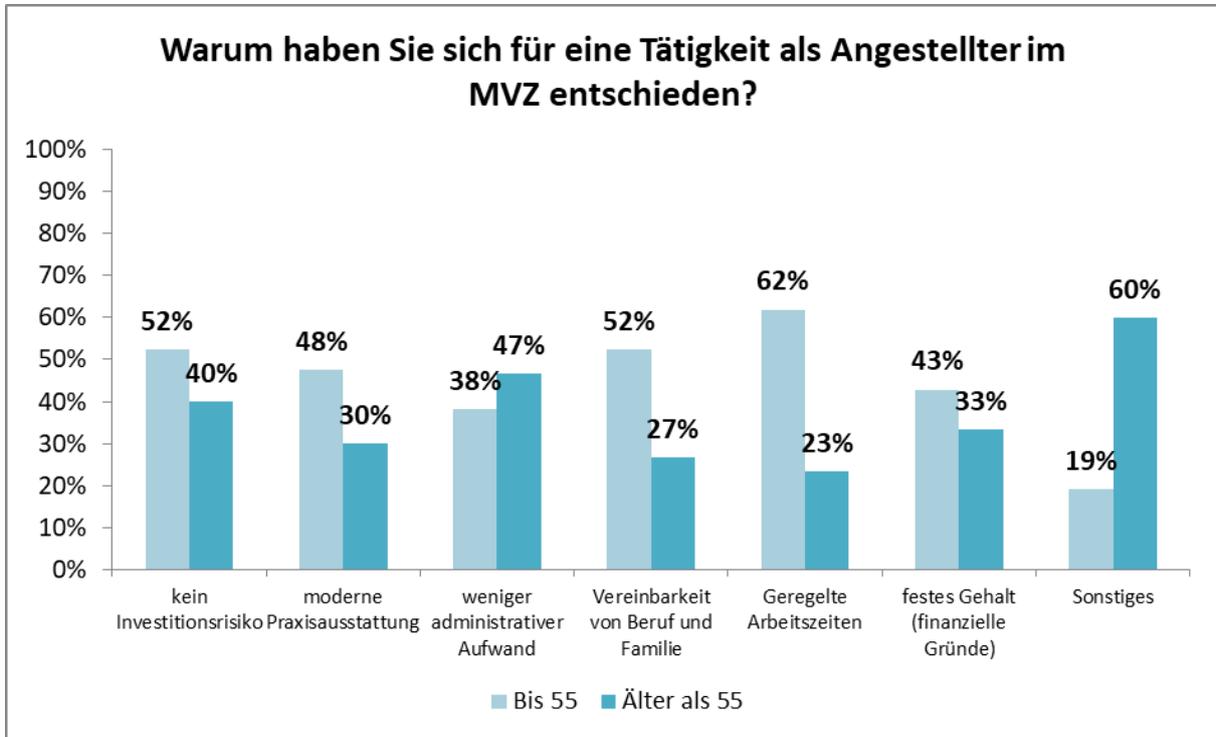
Somit dürften alle MVZ durch den wachsenden Frauenanteil an dem Arztberuf begünstigt sein.

Doch wo liegen die spezifischen Vorteile von MVZ mit Kapitalbeteiligung?

Tatsächlich zeigt sich, wie vermutet, dass junge Fachärzte und Fachärztinnen Wert auf geregelte Arbeitszeiten und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie legen.

Um weitere Hinweise zu erhalten, haben wir die Antworten nach Altersgruppen getrennt ausgewertet. Zudem spielt in der jüngeren Altersgruppe eine moderne Praxisausstattung eine dominierende Rolle, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 5: Gründe für Tätigkeit als Angestellter im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Altersgruppen



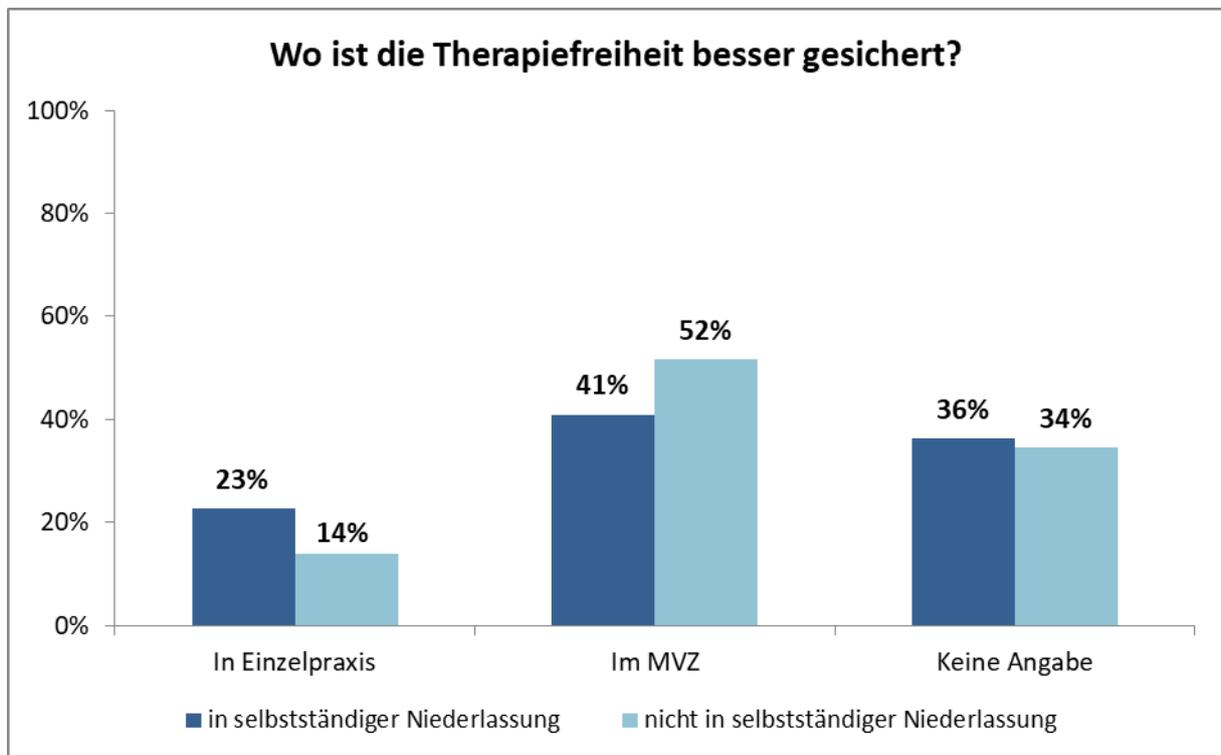
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Die oben beschriebenen ärztlichen Präferenzen können MVZ mit Kapitalbeteiligung im besonderen Maße erfüllen, da sie einerseits aus Überschüssen Rationalisierungsinvestitionen tätigen können und andererseits durch eine externe Finanzierung der Investitionen stets dem neusten Stand der Medizintechnik folgen können. Aufgrund der Größe können sie darüber hinaus geregelte Arbeitszeiten, wie zum Beispiel Teilzeitbeschäftigungen anbieten, was insbesondere für Frauen ein gewichtiger Vorteil sein dürfte. Hinzu kommt, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung in der Regel in einem Verbund arbeiten und daher jungen Ärzten und Ärztinnen auch einen Arbeitsplatzwechsel zur Fort- und Weiterbildung anbieten können.

Das Arbeitsklima ist in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung, wie auch in anderen Bereichen der Patientenversorgung, weitgehend von den jeweiligen Vorgesetzten und Kollegen abhängig. Da MVZ mit Kapitalbeteiligung immer unter einer ärztlichen Leitung stehen müssen, kann auch die ärztliche Therapiefreiheit von den

Kapitalgebern nicht bzw. nur indirekt beeinflusst werden. Hier unterscheiden sich die Einrichtungen nicht nach der Eigentümerschaft, sondern eher nach dem Führungsstil der jeweiligen ärztlichen Leitung. Überraschenderweise gaben in unserer Befragung 41% bzw. 52% der Ärzte an, dass ihre Therapiefreiheit in MVZ mit Kapitalbeteiligung besser gesichert ist als in Einzelpraxen (23% bzw. 14%), wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist.

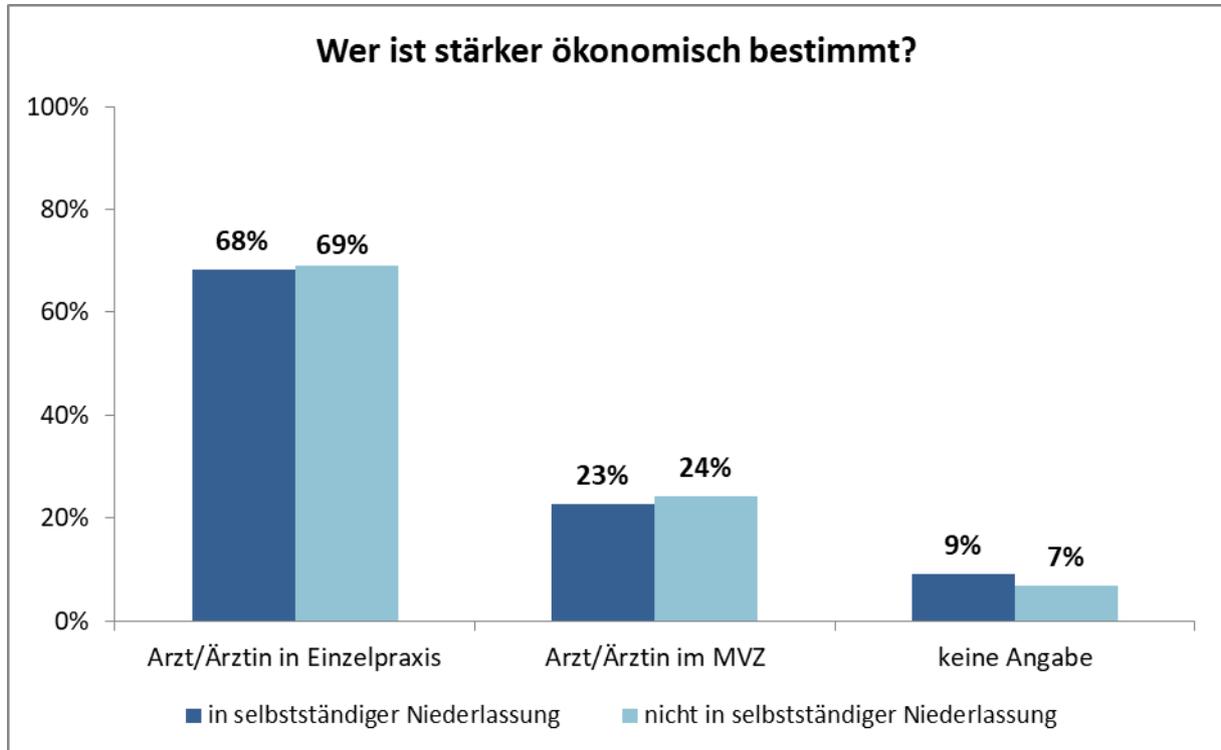
Abbildung 6: Therapiefreiheit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Ebenso ist bemerkenswert, dass die Mehrzahl der Ärzte annimmt, dass in Einzelpraxen der ökonomische Druck größer ist als in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung, wie die Abbildung 7 zeigt. Diese Meinung wird dezidiert auch von Ärzten vertreten, die vorher selbst in eigener Praxis tätig waren und damit aus persönlicher Erfahrung urteilen können.

**Abbildung 7: Ökonomischer Druck in der in der Einzelpraxis vs. im MVZ
mit Kapitalbeteiligung**

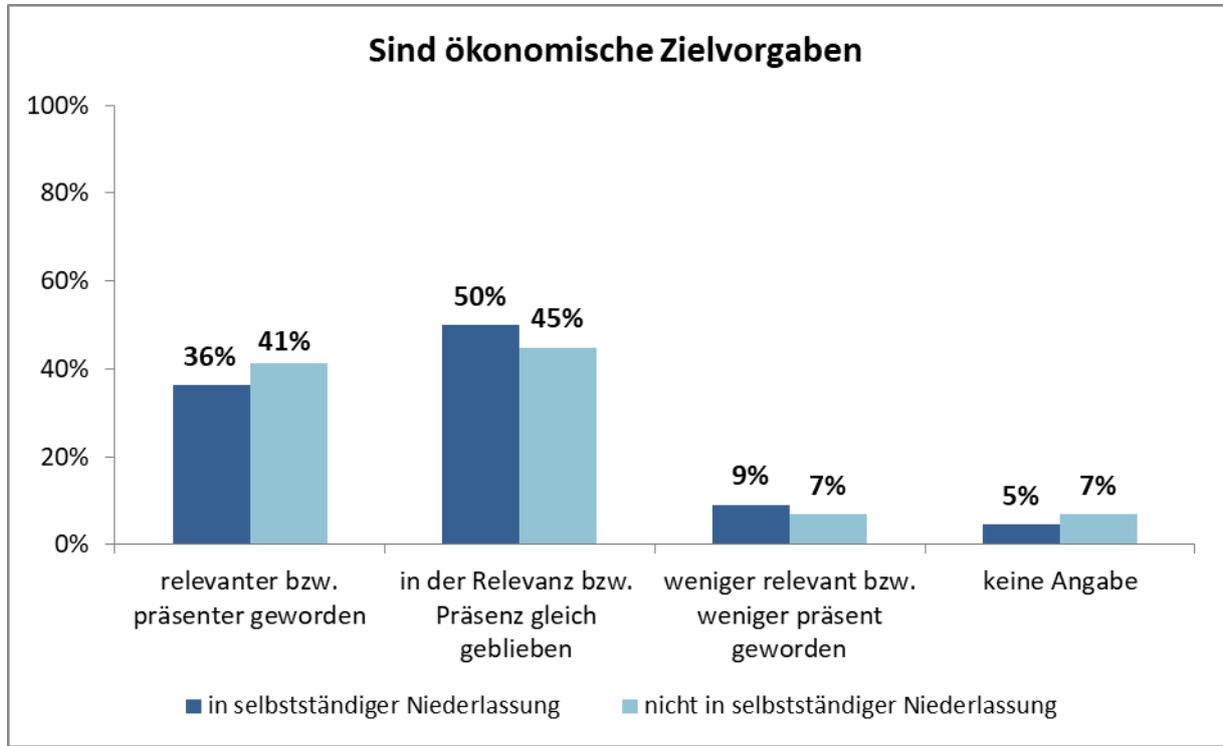


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Ökonomische Zielvorgaben sind heute in nahezu allen Bereichen der Gesundheitsversorgung in Form von Wirtschaftsplänen eingesetzt. Eingebettet in die Wirtschaftspläne sind oft konkrete Ziele für Ärzte, wie Fallzahlen, Case-Mix Punkte oder Patienten- bzw. Krankenscheinzahlen.

Daraus resultiert auch, dass in der nachfolgenden Abbildung nahezu alle Ärzte ökonomische Zielvorgaben als relevant bzw. präsent bezeichnen.

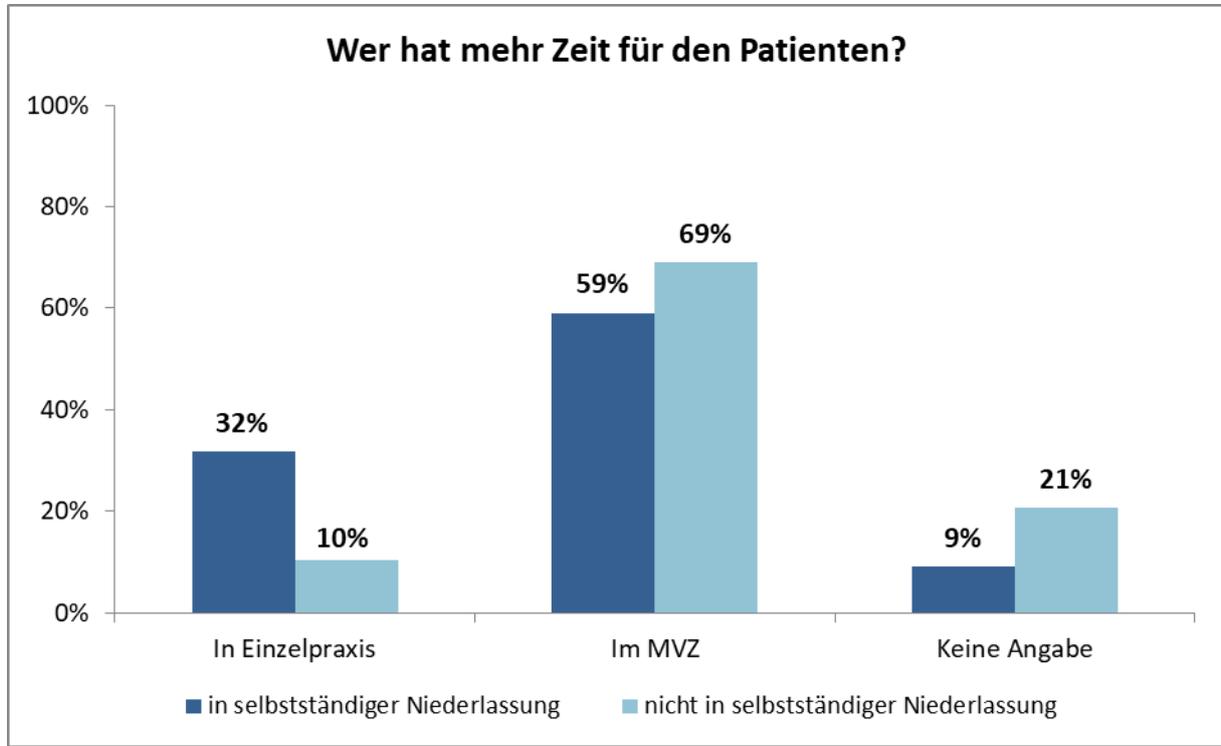
**Abbildung 8: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung
im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit**



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Bemerkenswert ist, dass trotz ökonomischer Vorgaben die meisten Ärzte – sowohl diejenigen, die vorher in selbstständiger Niederlassung gearbeitet haben (59%), als auch diejenigen, die vorher angestellt waren (69%) – der Meinung sind, dass Ärzte im MVZ mit Kapitalbeteiligung mehr Zeit für den Patienten haben als Ärzte in der Einzelpraxis (vgl. Abbildung 9).

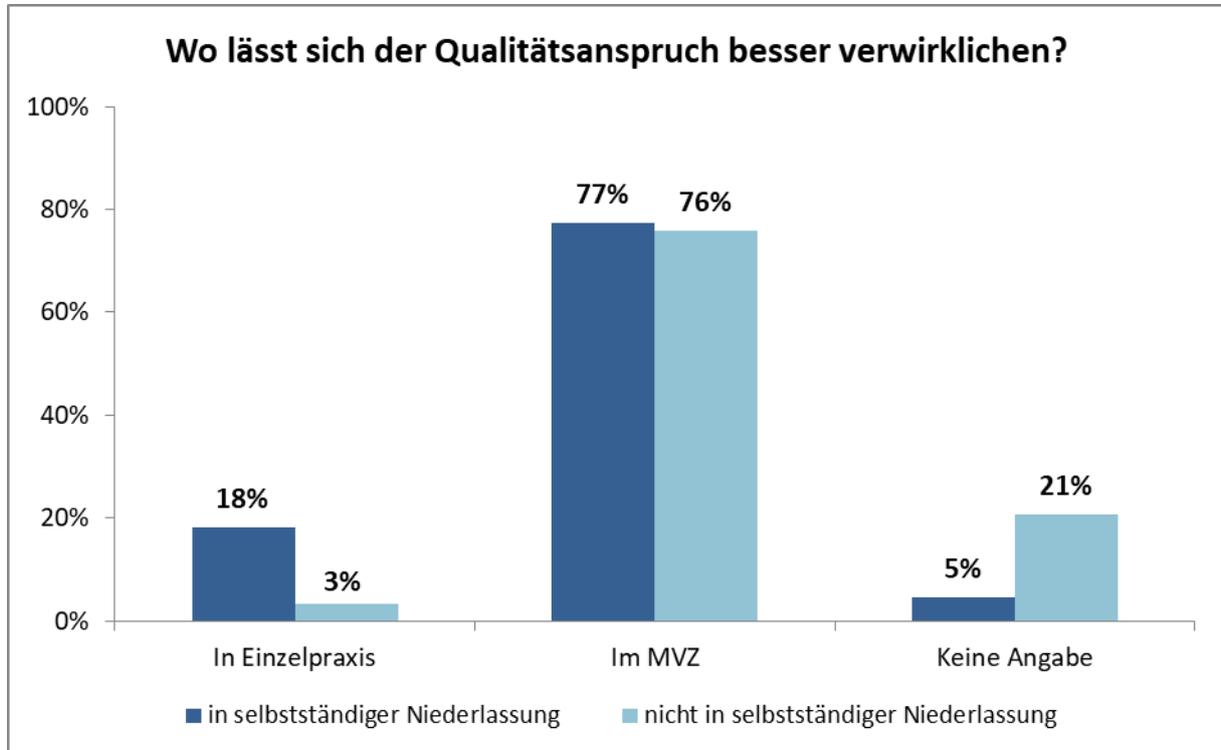
Abbildung 9: Behandlungszeit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Ähnlich positiv wie die Zeit für die Patienten wird die Verwirklichung des Qualitätsanspruchs im MVZ mit Kapitalbeteiligung eingeschätzt. So gaben 77% bzw. 76% der Ärzte an, dass im MVZ mit Kapitalbeteiligung der Qualitätsanspruch weitgehender verwirklicht werden kann als in einer Einzelpraxis. Die entsprechenden Ergebnisse sind im Detail in der folgenden Abbildung zu sehen.

Abbildung 10: Verwirklichung des Qualitätsanspruchs in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Auf dem Gebiet der Vergütung der Angestellten, und damit der Arbeitskosten des MVZ mit Kapitalbeteiligung, sind heute auch die angestellten Ärzte in der ambulant-ärztlichen Versorgung am Tarif der Krankenhausärzte angelehnt. Und da der Arztberuf ein Mangelberuf ist, können Ärzte bei Unzufriedenheit ohne größere Probleme den Arbeitgeber wechseln. Doch äußerten sich rund 60% der Ärzte mit ihrer derzeitigen Tätigkeit sehr zufrieden. Unzufrieden hingegen waren lediglich 8% der Befragten.

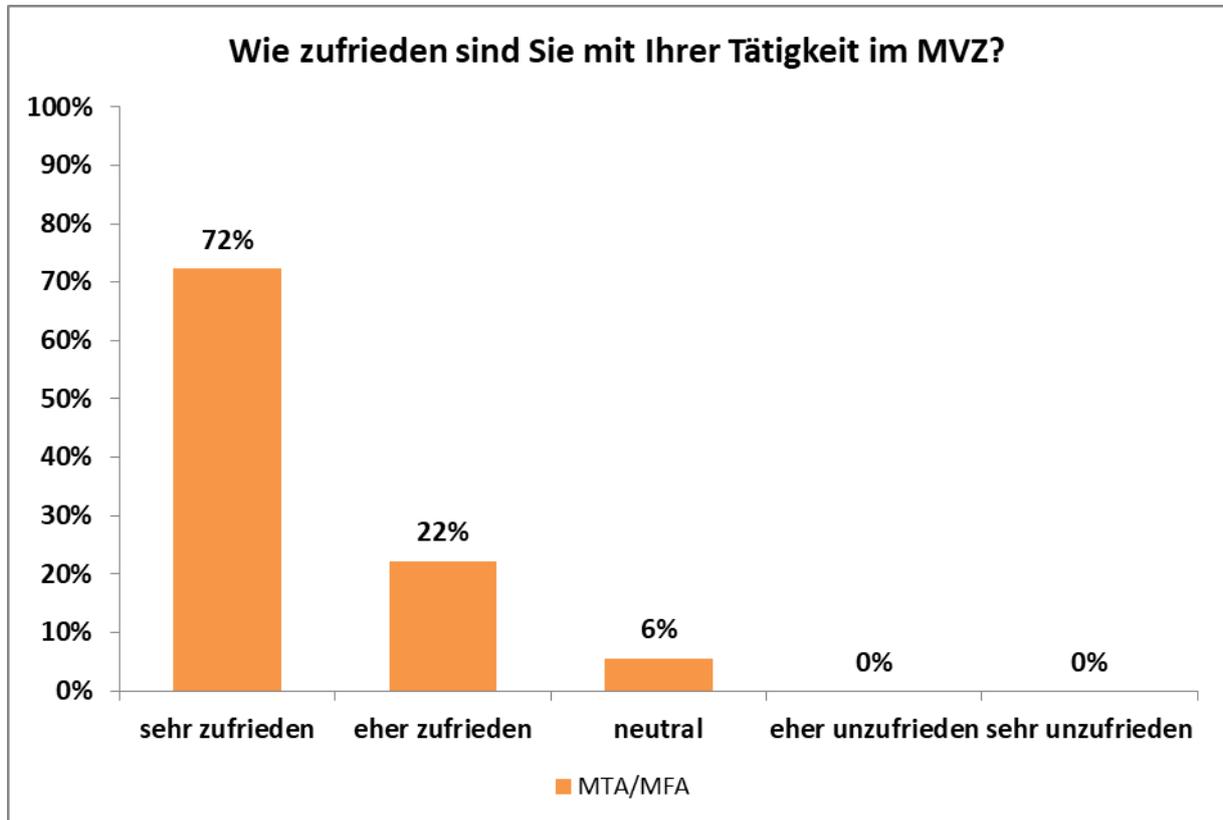
Zusammengefasst gilt: MVZ mit Kapitalbeteiligung sind für Ärzte und Ärztinnen attraktive Arbeitgeber. Kostenvorteile liegen nicht in einer niedrigeren Vergütung der Angestellten, sondern in einem effizienten Arbeitseinsatz.

3.3.1.2 Nichtärztliches Fachpersonal

Das nicht-ärztliche Fachpersonal, das sind in erster Linie medizinische Fachangestellte (MFA) und medizinisch-technische Assistenten (MTA), haben in der Regel nicht die Wahl zwischen Selbstständigkeit und Angestellten-Status. Sie können jedoch zwischen einer Beschäftigung im Krankenhaus, in der niedergelassenen Praxis oder einem MVZ wählen.

Um Informationen zu den Gründen für die Arbeit und zum Arbeitsgeschehen in einem MVZ zu erhalten, wurde mittels des in Anhang 2 wiedergegebenen Fragebogens das nicht-ärztliche Fachpersonal befragt, welches in MVZ mit Kapitalbeteiligung arbeitet. Für das Fachpersonal sind vermutlich wie bei den befragten Ärzten und Ärztinnen vor allem die Arbeitsplatzsicherheit, geregelte Arbeitszeiten, die sich mit der Familienarbeit abstimmen lassen, und das Arbeitsklima entscheidend. Die angegebene hohe Arbeitszufriedenheit der Fachangestellten deutet an, dass ihr MVZ diese Vorstellung weitestgehend erfüllt (vgl. nachfolgende Abbildung).

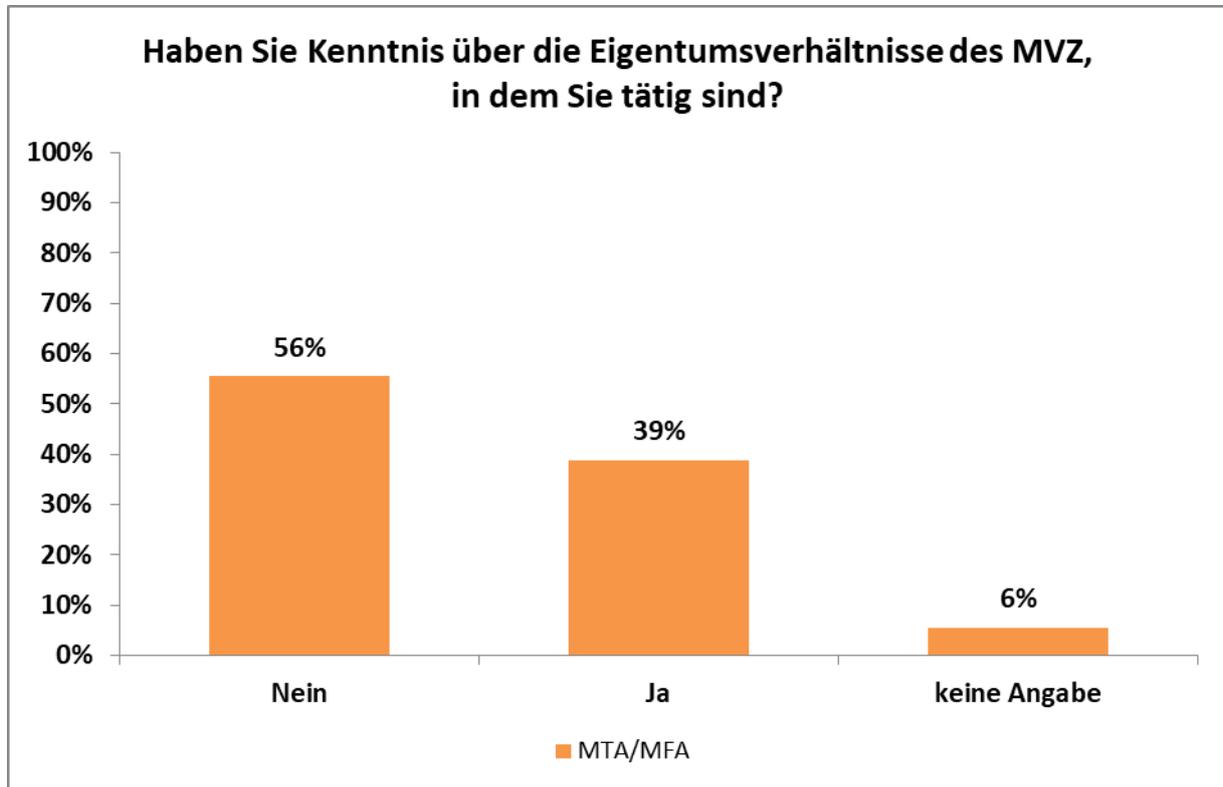
Abbildung 11: Zufriedenheit des nicht-ärztlichen Fachpersonals mit der Tätigkeit im MVZ mit Kapitalbeteiligung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Wem das MVZ gehört ist nebensächlich, zumal häufig der oder die Eigentümer nicht die direkten Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten sind. Diese Einschätzung stützen die nachfolgenden Antworten auf die Frage nach der Kenntnis der Eigentumsverhältnisse ihres MVZ.

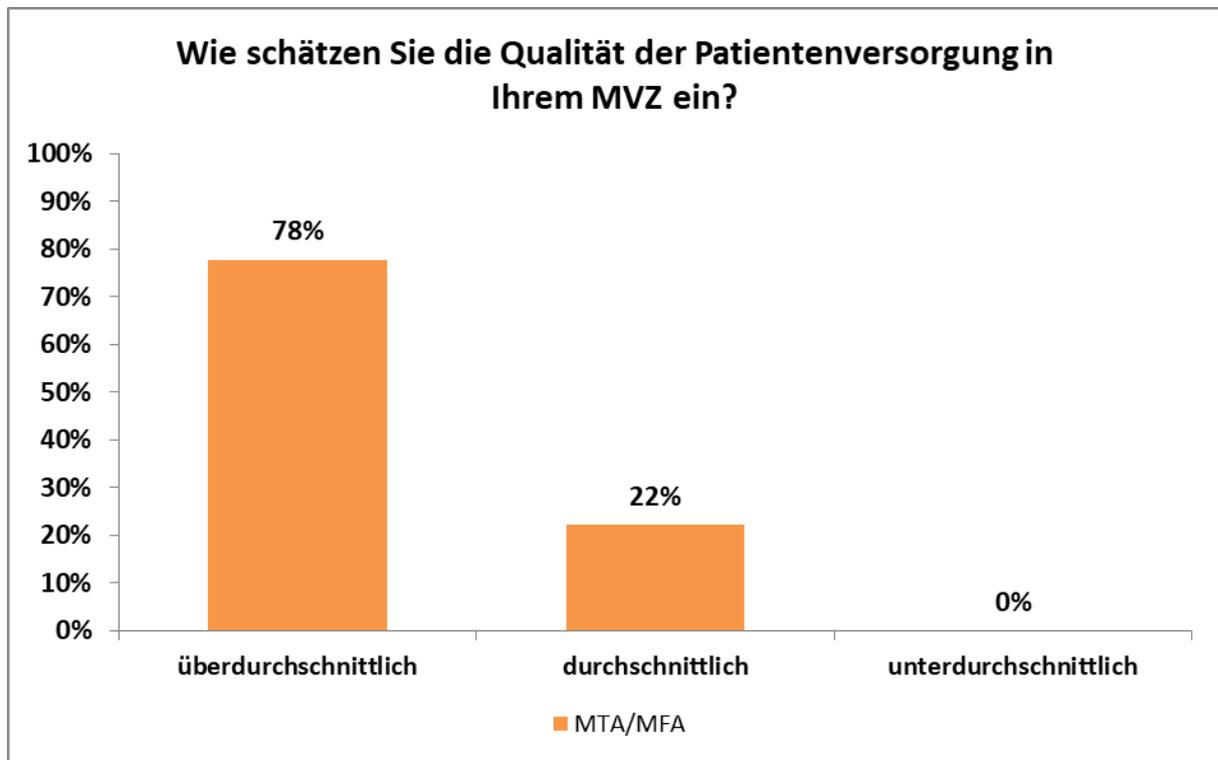
Abbildung 12: Kenntnis des medizinischen Fachpersonals über die Eigentumsverhältnisse im MVZ mit Kapitalbeteiligung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Jedoch können Fachangestellte die Effizienz der Arbeitsabläufe, Wartezeiten aus der Sicht der Patienten und die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlungsqualität gut einschätzen. Ihre Sichtweise liegt zwischen der von Ärzten und der von Patienten und hat von daher einen eigenen Wert.

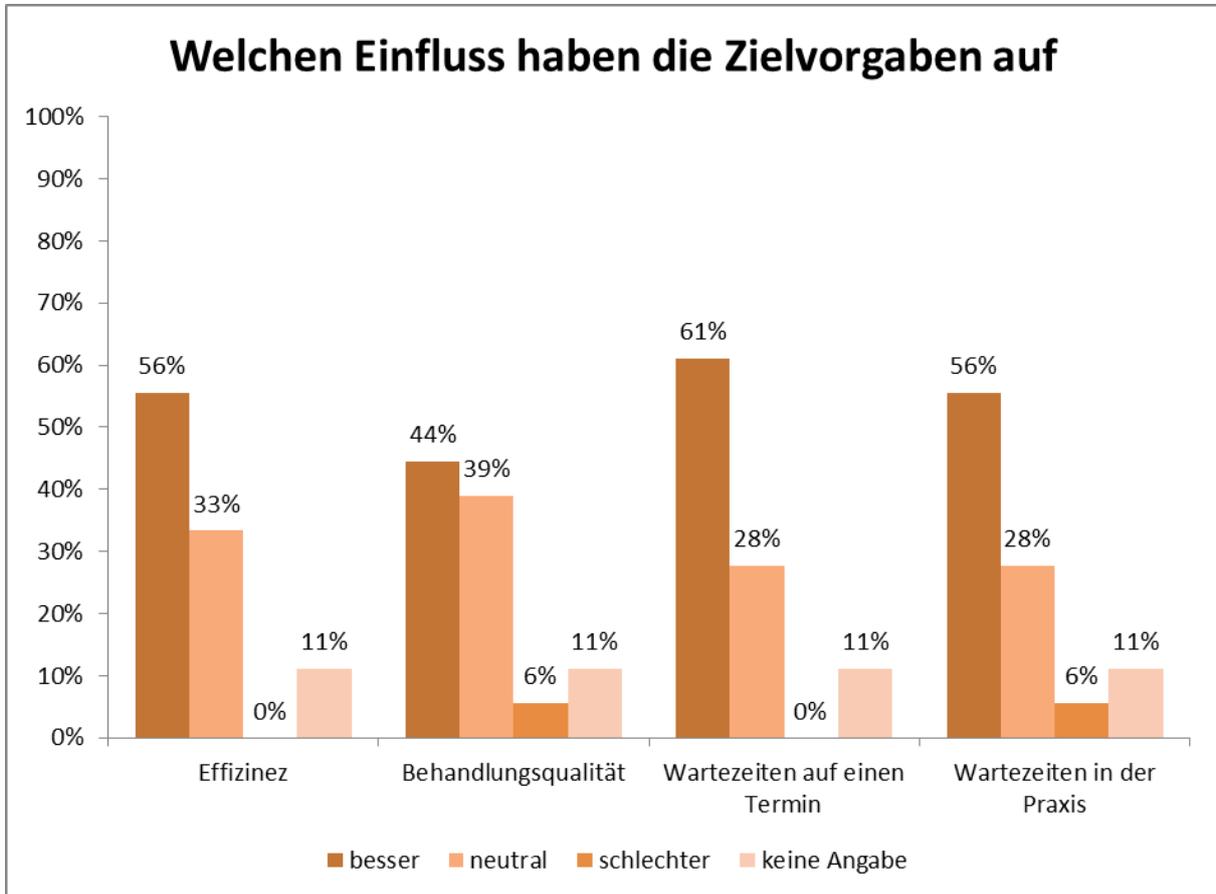
Abbildung 13: Einschätzung der Qualität der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung durch MTA/MFA



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Überraschend ist, dass die nicht-ärztlichen Fachangestellten, die in der Regel nachgeordnete Tätigkeiten wahrnehmen, dennoch angeben, einen erheblichen Entscheidungsspielraum zu haben, der sich auch auf die Arbeitszufriedenheit auswirken dürfte. Gegebene ökonomische Zielvorgaben schränken den Entscheidungsspielraum offensichtlich nur begrenzt ein (vgl. Anhang 2 Frage 9) und werden in ihrer Auswirkung auf die Effizienz, die Behandlungsqualität und die Wartezeiten durchweg positiv bewertet, wie die nachfolgende Abbildung belegt.

Abbildung 14: Einschätzung des Einflusses von ökonomischen Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten durch nichtärztliches Fachpersonal



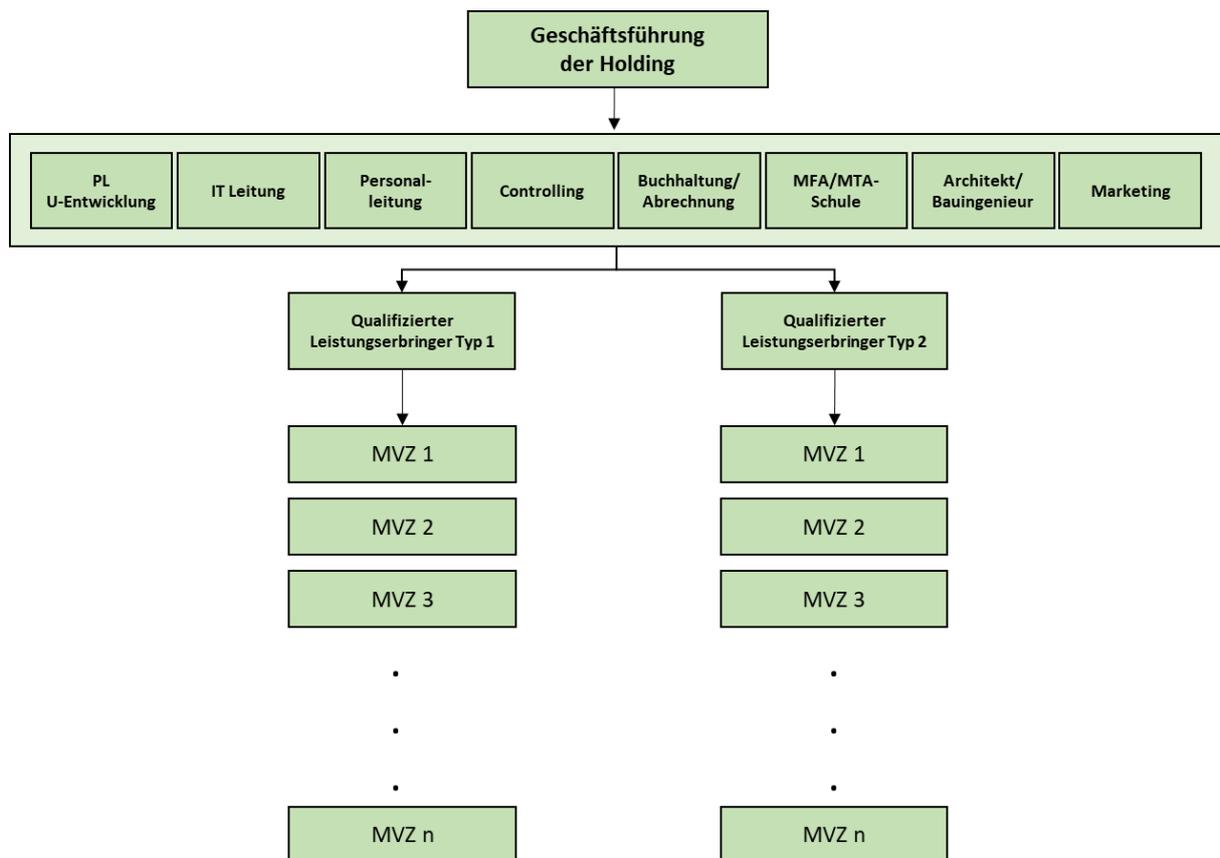
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Höhere Einsparungen beim Fachpersonal können MVZ mit Kapitalbeteiligung nur begrenzt dadurch erreichen, dass sie durch eine effiziente Organisation und durch gezielte Motivation eine höhere Produktivität der Fachangestellten erreichen, was die hohe Arbeitszufriedenheit (vgl. Abbildung 11) andeutet. Eine wichtige Konsequenz ist hierbei, dass Fehlzeiten durch Krankheit reduziert werden. Schließlich liegt die Krankheitsquote im Gesundheitssektor, insbesondere bei den Pflegeberufen überdurchschnittlich hoch. Empirische Befunde dazu, inwieweit MVZ allgemein und MVZ mit Kapitalbeteiligung im Besonderen in der Lage sind, sich diesem Trend zu entziehen, liegen bislang nicht vor.

3.3.2 Rationalisierungsgewinne durch moderne Ausstattung

Für die Höhe der Rationalisierungsgewinne liegen uns keine Berechnungsunterlagen vor. Man kann aber davon ausgehen, dass größere MVZ mit mehreren angestellten Ärzten für diese über eine zentrale Verwaltung die gesamten Abrechnungsarbeiten erledigen, die sonst jeder einzelne Arzt in der Niederlassung für sich machen müsste (vgl. Abbildung 15). Nicht nur, dass diese zentralisierte Abrechnung professionalisiert vorgenommen wird, sie verbraucht auch weniger Arbeitsstunden pro tätigen Arzt. Ein Teil des Rationalisierungsgewinns fließt in Erfolgsprämien. Der größere Teil des Überschusses wird reinvestiert und dient der Wertsteigerung des MVZ und damit auch der Wertsteigerung des investierten Kapitals, was wiederum die Patientenversorgung verbessert.

Abbildung 15: Organigramm eines MVZ mit Kapitalbeteiligung

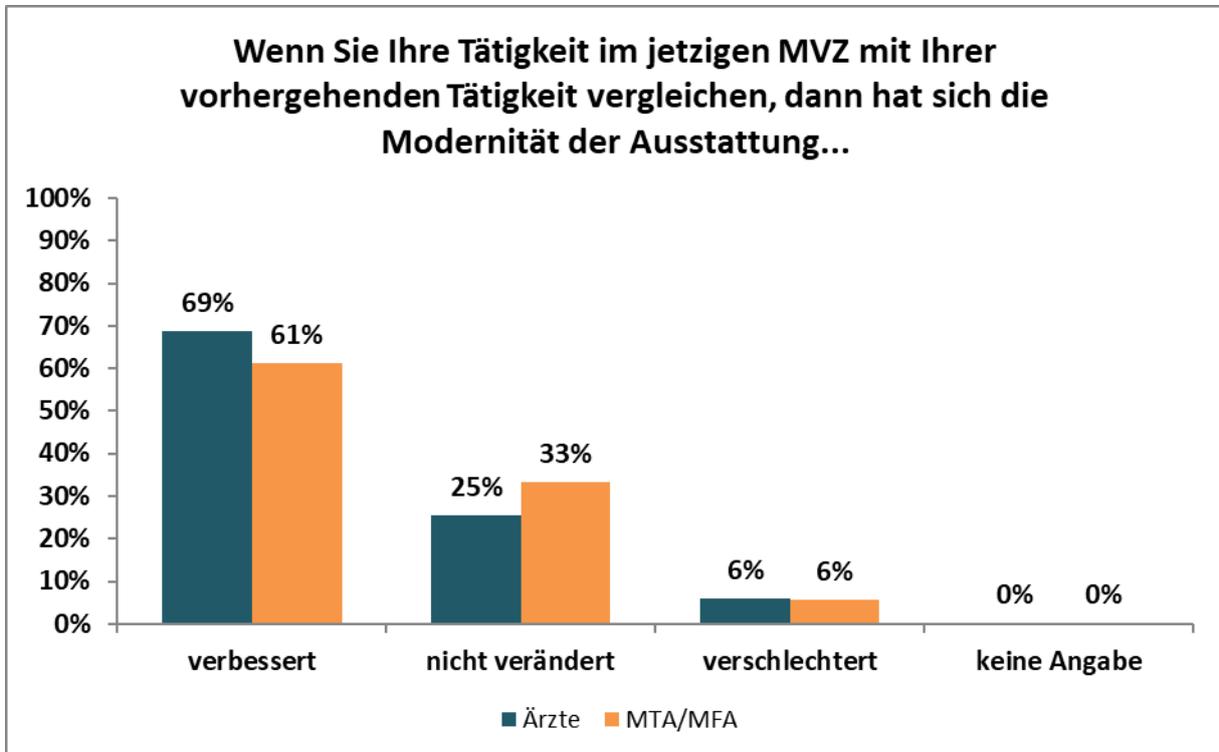


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Rationalisierungsgewinne lassen sich durch eine moderne Praxisausstattung, innovative medizinische Geräte und, zunehmend wichtig, eine etablierte IT-Infrastruktur sowie Anwendungssoftware erzielen.

Die Modernität der Praxisausstattung hat sich gemäß unserer Befragung für alle befragten Beschäftigten im Vergleich zu ihren vorherigen Tätigkeiten verbessert (vgl. nachstehende Abbildung). Es fällt auf, dass vor allem Ärzte und medizinische Fachberufe, die die Modernität der Ausstattung am meisten direkt betrifft, diese deutlich positiv im MVZ mit Kapitalbeteiligung sehen. Dabei waren vorher 43% der Ärzte in der Niederlassung und 20% im Krankenhaus beschäftigt und können von daher besonders gut eine vergleichende Bewertung vornehmen. Vom medizinischen Fachpersonal war rund die Hälfte vorher in der ambulanten Versorgung tätig.

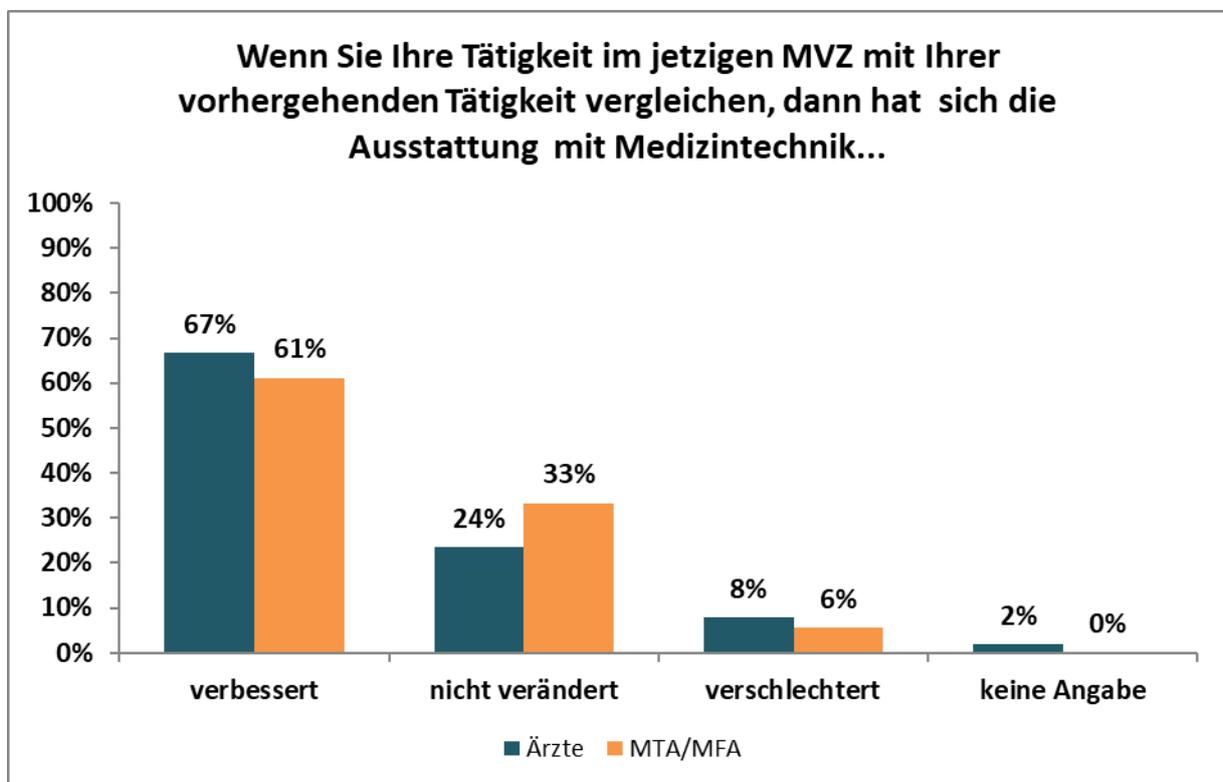
Abbildung 16: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Ähnlich positiv wird die Verbesserung der Medizintechnik im MVZ von den Beschäftigten im Vergleich zu ihrer vorherigen Tätigkeit bewertet. Wiederum fällt auf, dass von den Ärzten die Verbesserung der Medizintechnik etwas stärker wahrgenommen wird. Diese hohe Bewertung wird aber auch von MFA und MTA, die oft mit der Bedienung beauftragt sind, geteilt.

Abbildung 17: Einschätzung zur Ausstattung mit Medizintechnik im MVZ im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit



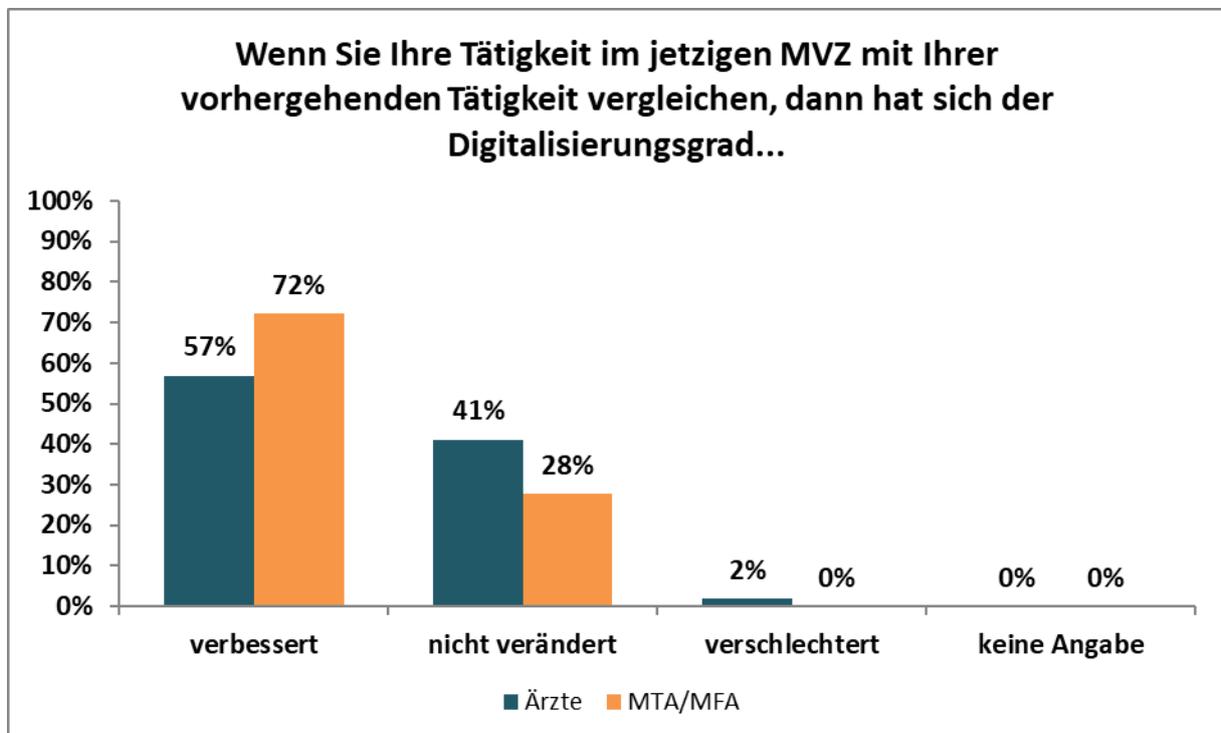
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Gerade in den fachärztlichen Disziplinen, in denen die eingesetzte Technik eine große Rolle spielt, steigt die Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Modernität der unterstützenden Medizintechnik. Aber auch die Behandlungsqualität verbessert sich, was vor allem für die Radiologie zutrifft, da moderne Geräte nicht nur eine bessere Diagnostik zulassen, sondern auch die Bestrahlungsbelastung für die Patienten reduzieren.

Eine Sonderrolle mit zunehmender Bedeutung kommt der Digitalisierung zu. Diese hilft nicht nur, die Prozessabläufe zu rationalisieren, und damit letztlich die Kosten zu senken. Auch die Kommunikation innerhalb des Zentrums, sowie zwischen den verschiedenen Betriebsstätten des MVZ, aber auch mit den Patienten wird durch digitalisierte Prozesse deutlich erleichtert. Damit eröffnen sich schon kurzfristig neue Möglichkeiten der telemedizinischen Betreuung von Patienten, die weitere Anfahrtswege haben oder aufgrund persönlicher Behinderung eine telemedizinische Beratung bevorzugen.

Gut die Hälfte aller Beschäftigten schätzen den Digitalisierungsgrad ihres MVZ im Vergleich zu ihrer vorherigen Tätigkeit als besser ein, wie der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen ist.

Abbildung 18: Einschätzung zum Digitalisierungsgrad im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit



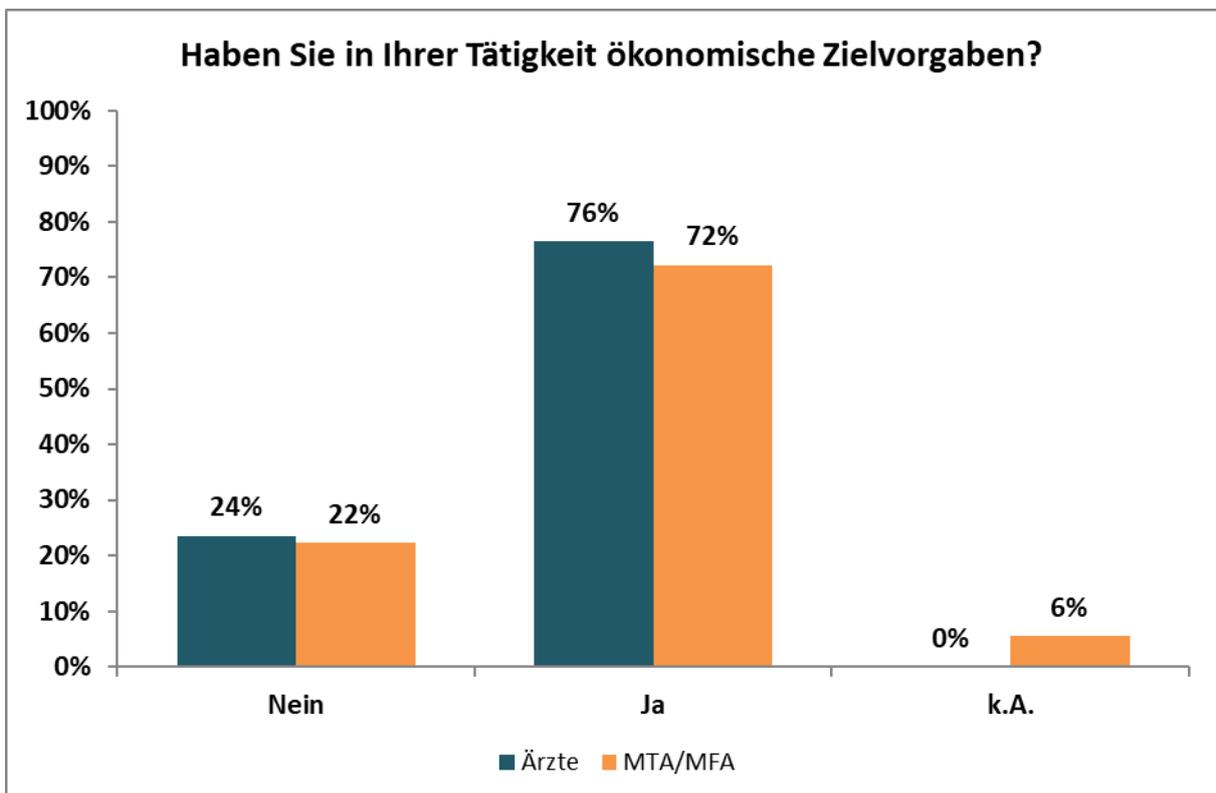
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Aus der obigen Abbildung lässt sich schließen, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung auf dem Weg zur Digitalisierung weiter vorangeschritten sind als andere ambulant-ärztliche Versorgungseinheiten. Insbesondere das sich derzeit öffnende weite Feld der telemedizinischen Versorgung können digital gerüstete Praxen und MVZ rascher erschließen und damit künftig Vorteile erzielen.

3.4 Gefährden ökonomische Ziele die Patientenversorgung?

Die kritische Betrachtung von MVZ mit Kapitalbeteiligung basiert oft auf der Behauptung bzw. Vermutung, dass die Beschäftigten, insbesondere die Ärzte, durch ökonomische Vorgaben allgemein in ihrer Tätigkeit und die ärztliche Therapiefreiheit beschränkt werden und dies die Patientenversorgung beeinträchtigt. Wir haben deswegen in unserer Befragung gezielt danach gefragt, ob und welche ökonomischen Zielvorgaben bestehen und wie sich diese auf die Effizienz und Behandlungsqualität auswirken. Ökonomische Zielvorgaben sind der Mehrzahl der Beschäftigten vorgegeben, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 19: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung

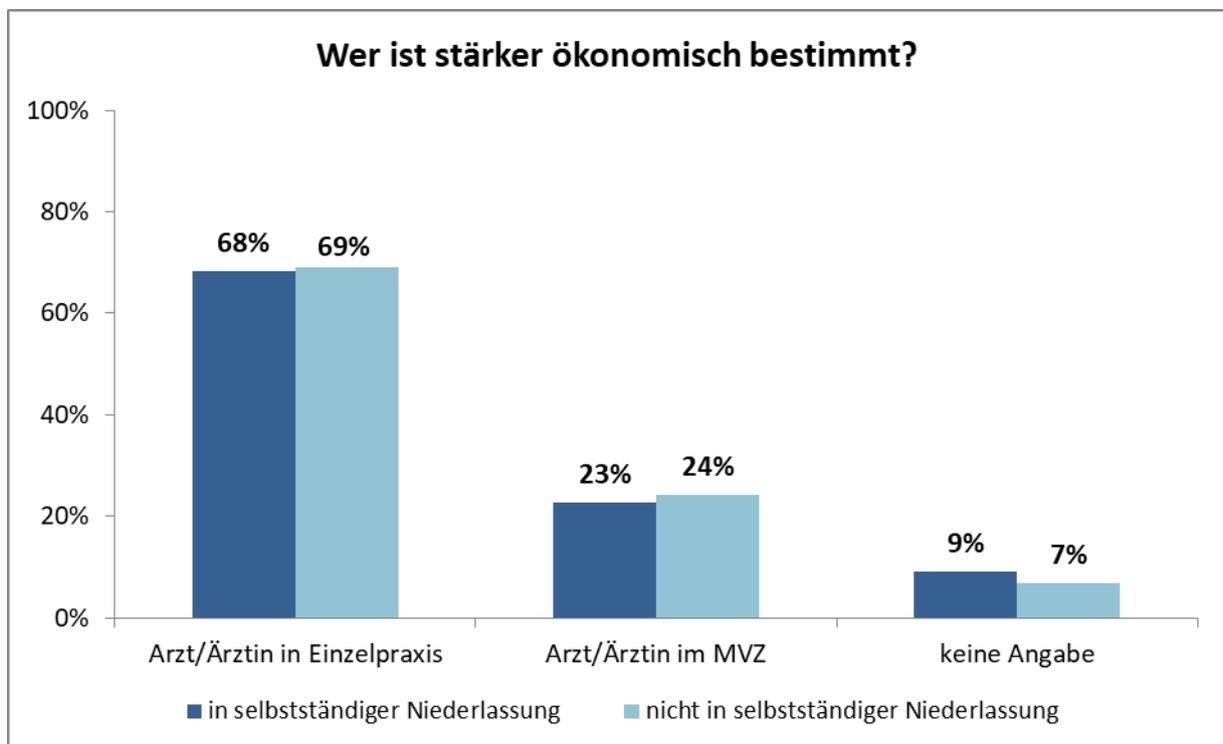


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Bei den Ärzten dominieren die Vorgaben „Fallzahl pro Quartal“ und „Umsatz pro Quartal“ (vgl. Anhang 1, Frage 8). Bei den MFA/MTAs steht hingegen das „Erreichen der Wirtschaftsplanziele“ im Vordergrund (vgl. Anhang 2, Frage 8). Letzteres dürfte heute für die meisten angestellten Gesundheitsberufe zutreffen. Insbesondere haben die Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft, die jährliche Wirtschaftsplanung zur Regel gemacht. Aus der Wirtschaftsplanung werden dann die Teilziele für die einzelnen Beschäftigtengruppen abgeleitet. Auch dort sind Planziele für die Ärzte, wie auch für das ergänzende Funktionspersonal, üblich.

Trotz der Vorgabe von ökonomischen Zielen in ihrem MVZ geben die von uns befragten Ärzte, untergruppiert nach ihrer vorherigen Tätigkeit an, dass in der Einzelpraxis ökonomische Ziele dominanter sind als im MVZ.

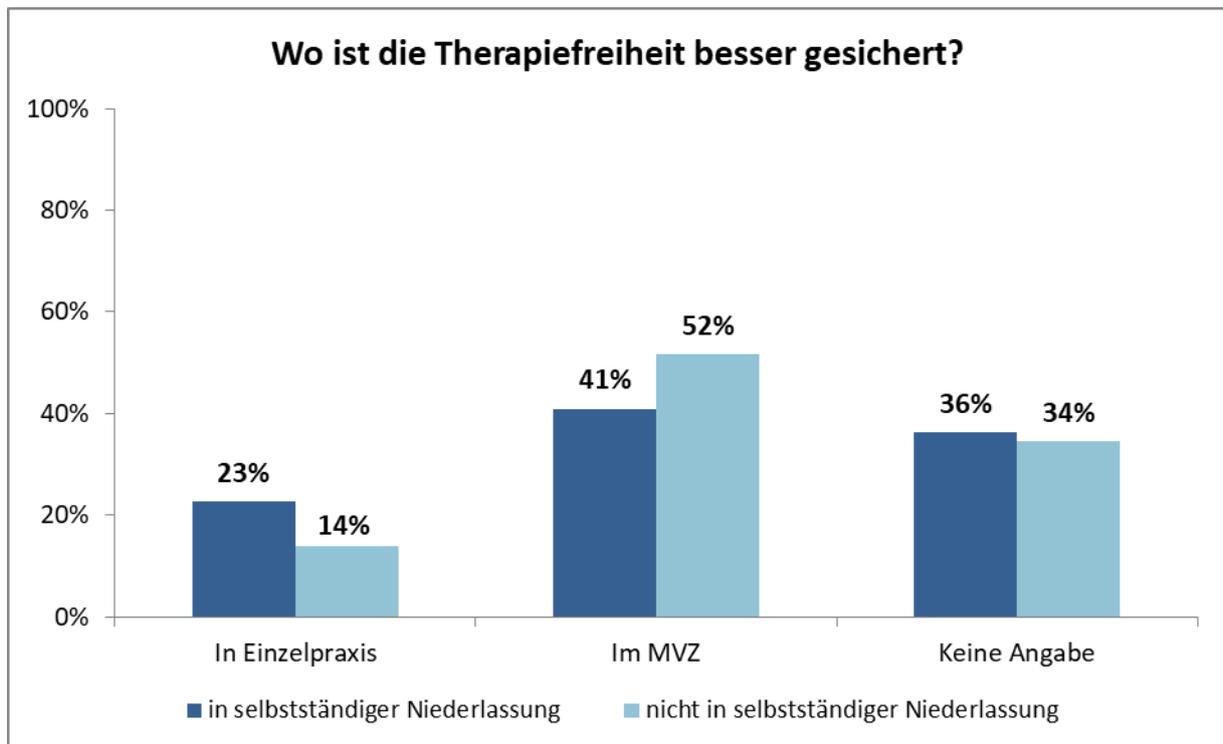
Abbildung 20: Ökonomische Vorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis differenziert nach vorheriger Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Im Umkehrschluss zum obigen Bild geben beiden Gruppen, also mit und ohne Einzelpraxis-Erfahrung an, dass die Therapiefreiheit im MVZ besser gesichert ist als in der Einzelpraxis.

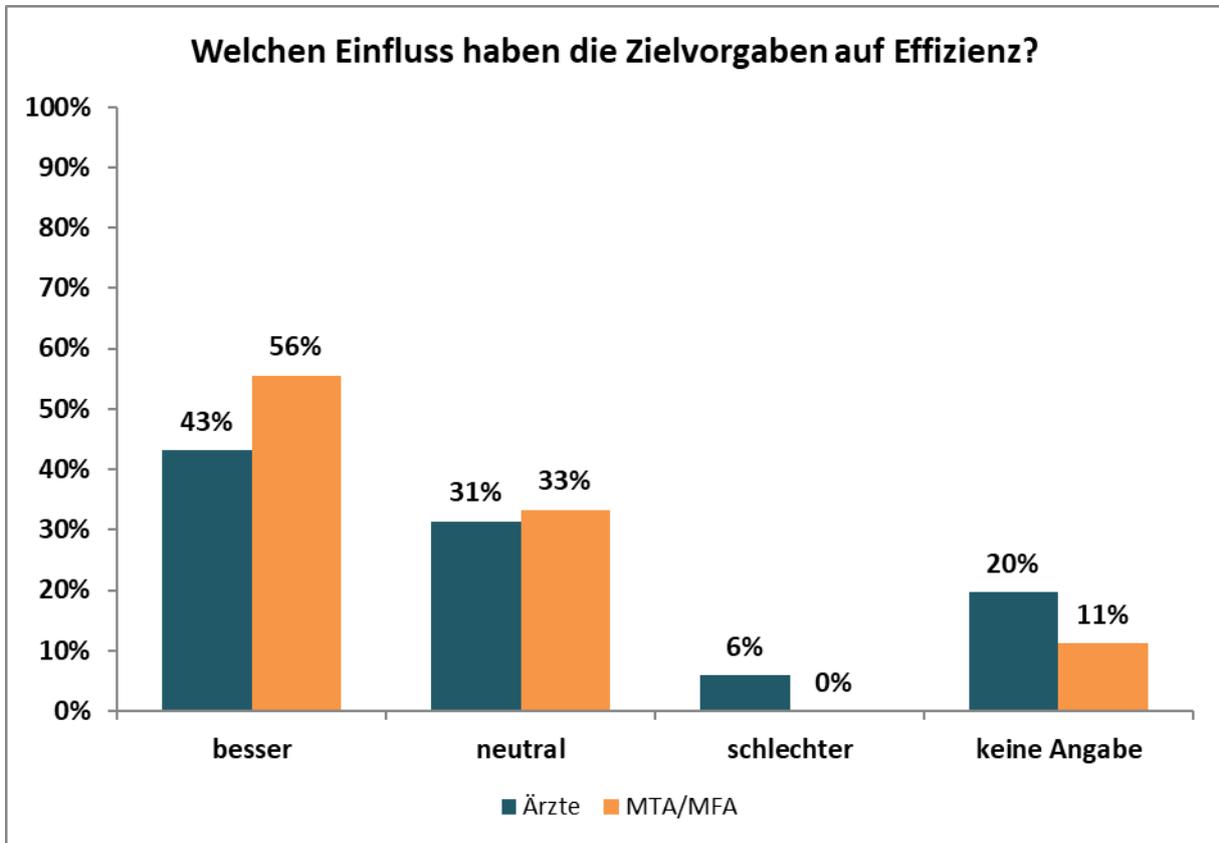
Abbildung 21: Therapiefreiheit im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Trotz der unterschiedlich großen Handlungsspielräume der verschiedenen Berufsgruppen, die sich größtenteils aus der beruflichen Qualifikation erklären lassen, schätzen alle befragten Berufsgruppen den Einfluss der Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten ähnlich positiv ein. Die Auswirkung auf die Effizienz im MVZ, was im Wesentlichen die Behandlungsabläufe, die interne Organisation und den Personaleinsatz betreffen dürfte, wird in der folgenden Abbildung wiedergegeben.

Abbildung 22: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Effizienz



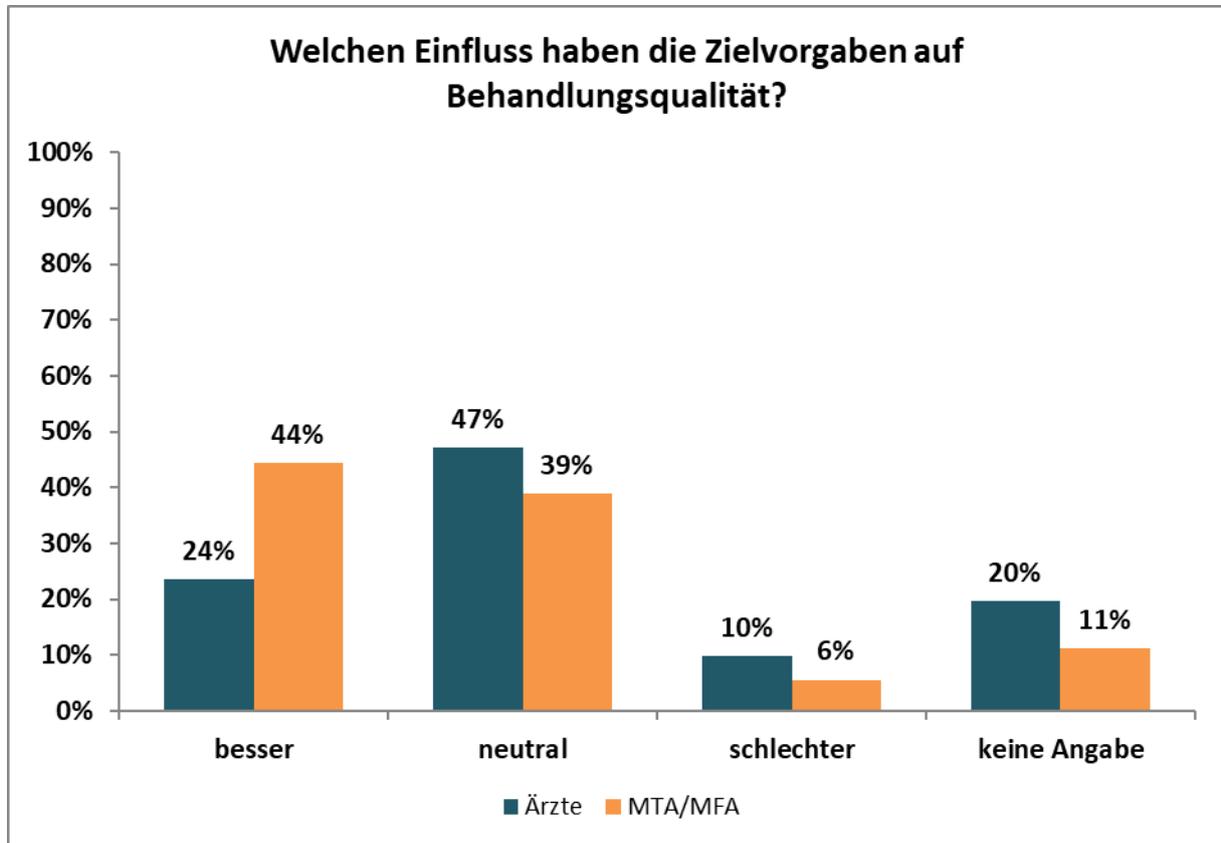
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

3.5 Versorgungsqualität und Effizienz – kein Widerspruch

Häufig wird das Risiko, dass ökonomische Zielvorgaben die Versorgungsqualität reduzieren, in den Mittelpunkt der Kritik gestellt. Eine Erhöhung der Effizienz wird nicht selten mit einer Minderung der Qualität gleichgesetzt bzw. durch eine geringere Behandlungsqualität „erkauft“, lautet der Vorwurf. Um diesen Einwand zu prüfen, haben wir Ärzte und das nicht-ärztliche Fachpersonal danach gefragt, wie sie den Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben auf die Behandlungsqualität ihres MVZ einschätzen. Die Ergebnisse sind in der Abbildung 23 dargestellt.

An einer späteren Stelle (vgl. Abschnitt 5.2.2) wollen wir die Einschätzung von Patienten, die in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung behandelt wurden, hinsichtlich der Versorgungsqualität darstellen.

Abbildung 23: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Behandlungsqualität

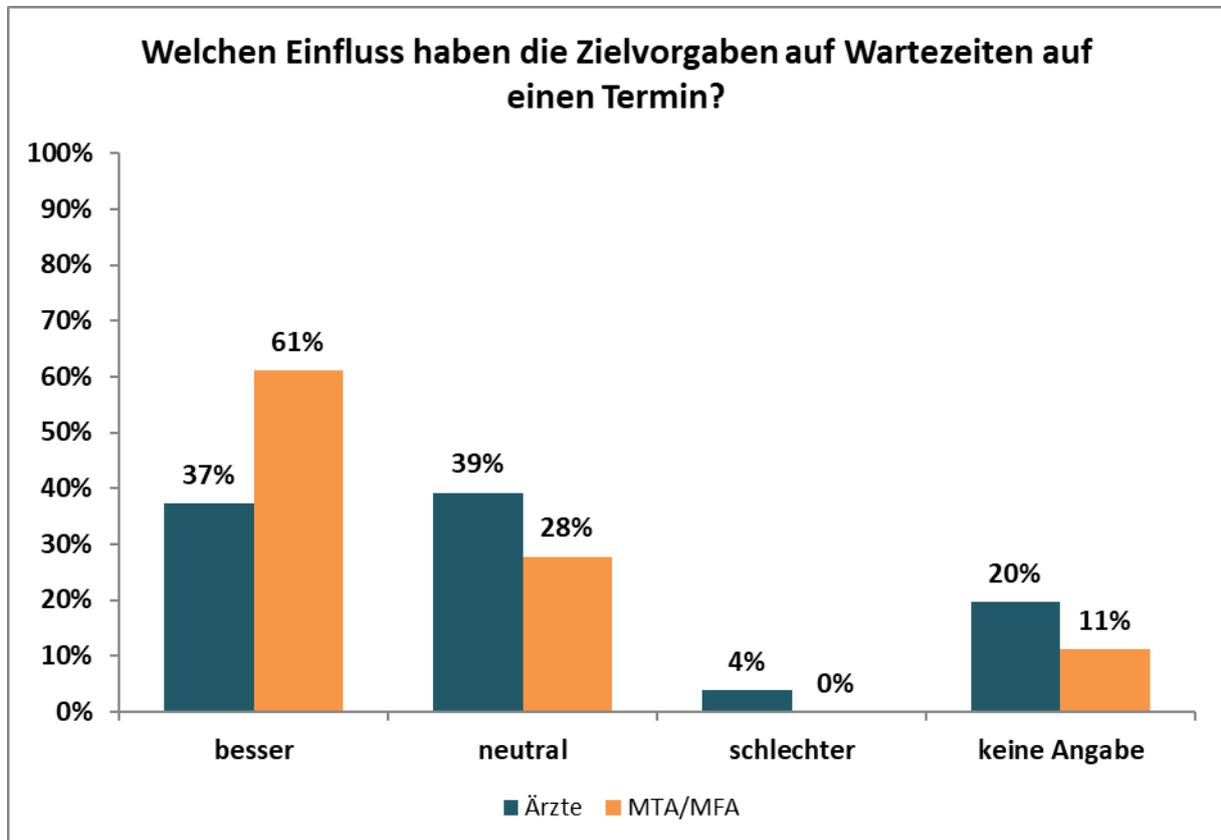


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Die in der Abbildung 23 dargestellten Antworten demonstrieren, dass die große Mehrheit der Ärzte wie auch der Fachangestellten keine Verschlechterung der Behandlungsqualität durch ökonomische Zielvorgaben sehen. Die große Mehrheit sieht hingegen, dass die Zielvorgaben die Behandlungsqualität positiv bzw. nicht beeinflussen. Auffällig ist wiederum, dass das nicht-ärztliche Fachpersonal die positiven Effekte deutlich höher einschätzt als die befragten Ärzte.

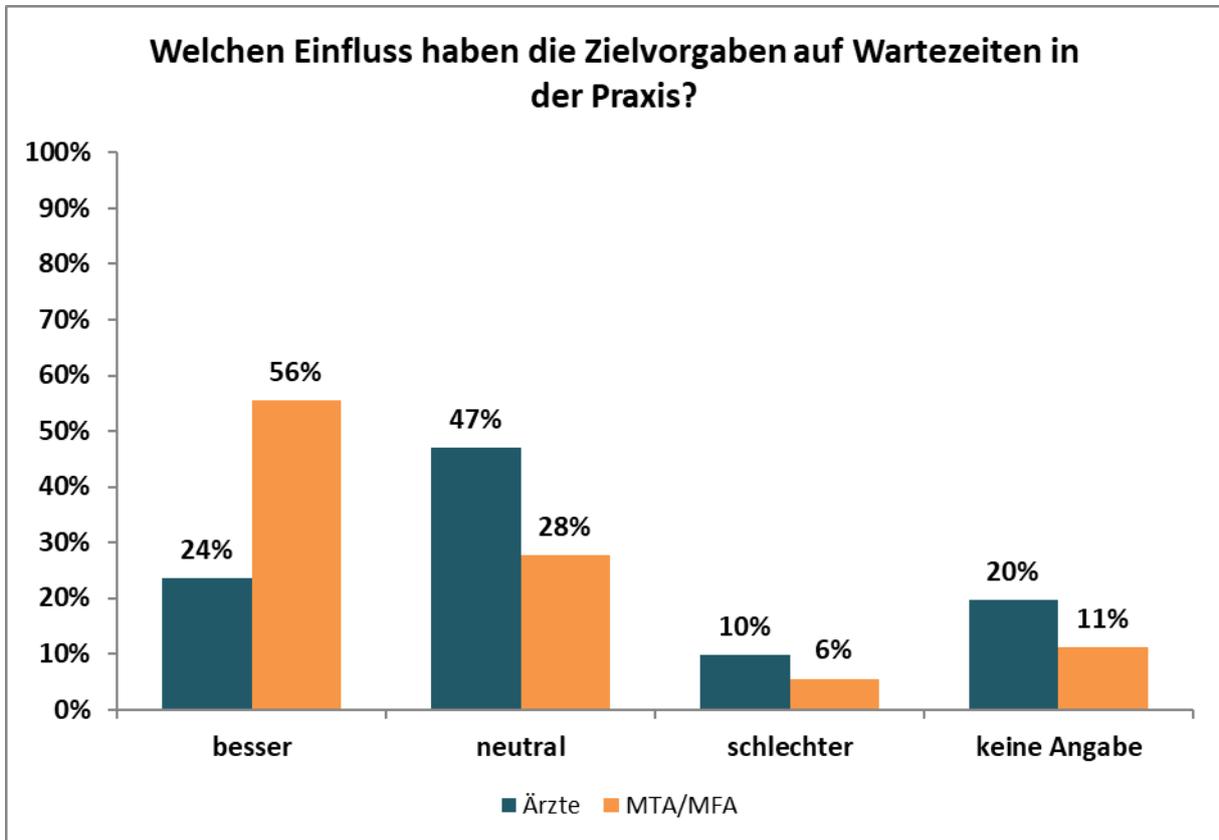
Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Einschätzung der ökonomischen Zielvorgaben auf die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin, wie die Abbildung 24 zeigt. Aber auch der Einfluss auf die Wartezeiten der Patienten in der Praxis wird von den Fachangestellten deutlich positiver bewertet als von den Ärzten, wie der Abbildung 25 zu entnehmen ist. Diese Einschätzung wird auch von den Patienten geteilt, wie im Abschnitt 5.2.2 noch dargestellt wird.

Abbildung 24: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Wartezeiten auf einen Termin



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Abbildung 25: Einschätzung zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung auf Wartezeiten in der Praxis



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Beim Vergleich der letzten vier Abbildungen zum Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben auf unterschiedliche Bereiche fällt auf, dass bei allen vier Fragen die Berufsgruppe der MTA und MFA die beste Bewertung abgibt. Eine Begründung hierfür liegt uns nicht vor.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammengefasst lautet unsere Schlussfolgerung, dass der Erfolg der MVZ mit Kapitalbeteiligung im Wesentlichen auf der höheren Attraktivität für die Patienten beruht. Diese wiederum wird durch die moderne organisatorische wie medizinisch-technische Ausstattung sowie durch ein erfolgreiches Management der Wartezeiten erreicht. Die Beschäftigten zeigen eine hohe Arbeitszufriedenheit, was auf das Betriebsklima und letztlich auf die Patienten ausstrahlt.

Beschränkungen der Entscheidungsautonomie werden von den Beschäftigten wahrgenommen, doch bewerten sie diese mehrheitlich als nicht weitergehender als in vergleichbaren Versorgungseinrichtungen. Alle Berufsgruppen erkennen Vorteile von Zielvorgaben auf die Effizienz und auf die Qualität der Versorgung an.

Unsere Schlussfolgerungen werden von den Auswertungsergebnissen unserer anonymen Befragung von Beschäftigten in MVZ mit Kapitalbeteiligung getragen.

4 Flächendeckende Versorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung

4.1 Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei der Erteilung einer Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist stets die Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Der Antrag eines Arztes bzw. MVZ auf Zulassung ist gemäß § 95 Abs. 2 SGB V abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die in dem Planungsbereich tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind. Derzeit sind für die meisten Fachgebiete in vielen Planungsbereichen Zulassungssperren von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen verhängt. Deshalb kommt überwiegend nur eine Nachfolgezulassung für einen Vertragsarzt, der seinen Vertragsarztsitz aufgeben und übertragen möchte, infrage.¹⁴ In dem zugehörigen Nachbesetzungsverfahren haben selbständige, freiberufliche Ärzte Vorrang vor der Bewerbung eines MVZ um den ausgeschriebenen Kassenarztsitz. Die entsprechenden Auswahlkriterien sind auf selbständige, niedergelassene Vertragsärzte und nicht auf ein MVZ zugeschnitten.¹⁵ Deshalb ist eine direkte Verdrängung von selbständigen Ärzten durch MVZ nicht möglich.

Die Bedarfsplanung erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sinn und Zweck der Bedarfsplanung sind, anhand eines durch Verhältniszahlen objektivierten Bedarfs an Vertragsärzten die ambulante Versorgung zu steuern und regionale Disparitäten zu verhindern bzw. auszugleichen. Die KVen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. Gegenstand der Bedarfsplanung ist die Planung der ambulanten ärztlichen Kapazität in den einzelnen Versorgungsgebieten sowie die Feststellung von Unter- und Überversorgung. Der bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische allgemeine Verhältniszahlen von Ärzten zu Einwohnern ermittelt. Darüber hinaus wird eine Modifikation der allgemeinen Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor durchgeführt.¹⁶

¹⁴ Vgl. Minartz (2011), S. 14.; GKV-Spitzenverband (o. J.), o. S.; Bundesministerium für Gesundheit (2016), o. S.

¹⁵ Vgl. § 103 Abs. 4 SGB V.

¹⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019), S. 6ff.

Bei der Bedarfsplanung werden für die allgemeine fachärztliche Versorgung unterschiedliche Versorgungsebenen unterschieden, was Auswirkungen auf die dort jeweils erforderliche Arztdichte (Verhältniszahlen Einwohner je Arzt) hat. So benötigen „stark mitversorgende Regionen“ (z. B. Großstädte) eine deutlich höhere Arztdichte als „stark mitversorgte Regionen“ (z. B. sog. „Speckgürtel“ von Großstädten). In der folgenden Abbildung werden die sechs Typen, nach denen die einzelnen Planungskreise entsprechend ihrer Rolle in der fachärztlichen Grundversorgung klassifiziert werden, dargestellt.

Abbildung 26: Typenzuordnung der Kreise entsprechend ihrer Rolle in der fachärztlichen Grundversorgung

VERSORGUNGSEBENEN	ROLLE IN DER VERSORGUNG
STARK MITVERSORGEND	Größere Städte in zentraler Lage erbringen eine z.T. erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen.
MITVERSORGEND UND MITVERSORGT	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in angrenzenden Großstädten wahr. Gleichzeitig erbringen die Regionen Mitversorgungsleistungen für das weitere Umland.
STARK MITVERSORGT	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein signifikanter Anteil der Bevölkerung nimmt Versorgungsangebote in der Kernstadt wahr. Für den Großteil der Bevölkerung findet dennoch die Versorgung aus der Region heraus statt.
MITVERSORGT	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise nimmt die Bevölkerung Versorgungsangebote außerhalb der Bezugsregion wahr – ansonsten findet Eigenversorgung statt.
EIGENVERSORGT	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig oder keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Die Versorgung wird hier aus der Region heraus organisiert.
POLYZENTRISCHER VERFLECHTUNGSRAUM	Regionen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen existieren und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann. Als solche Region wurde das Ruhrgebiet eingestuft, das in puncto Verdichtung, Urbanität, Krankenhausdichte und Binnenverflechtung einzigartig ist. Anders als bei anderen Kernstädten existieren für die Kernstädte des Ruhrgebiets kaum ambulante Mitversorgungseffekte für das Umland.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020), S. 5.

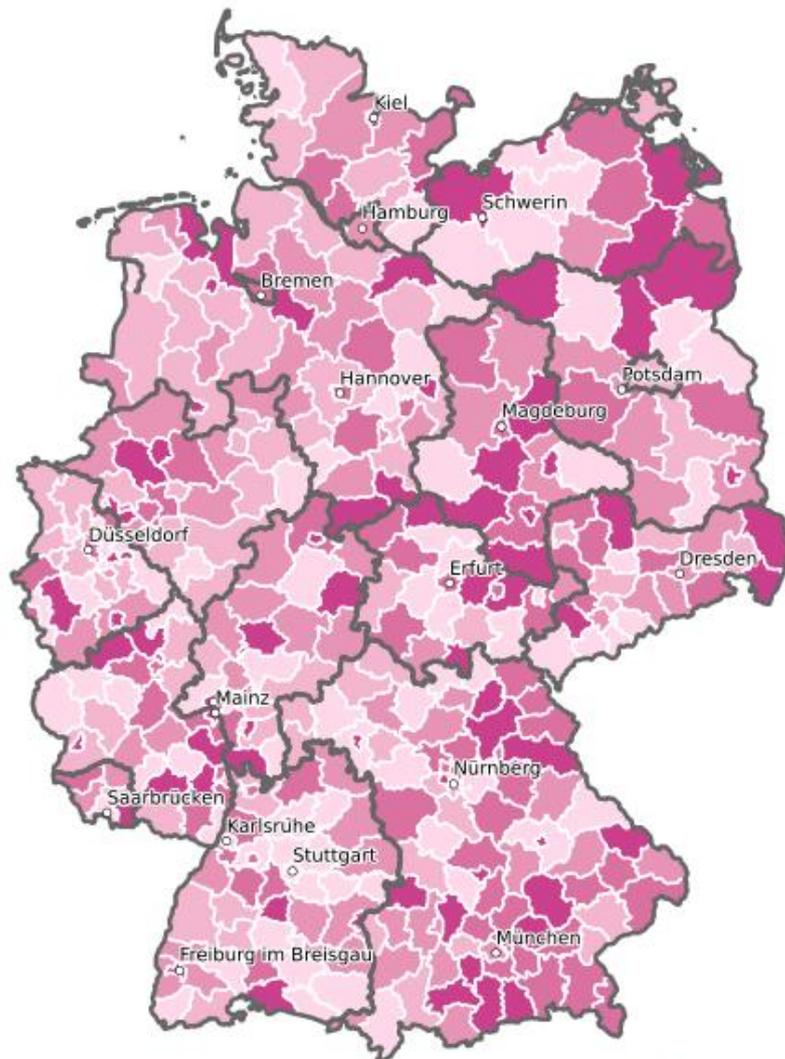
Obwohl es Ziel der ärztlichen Bedarfsplanung ist, möglichst überall einen ausgeglichenen, bedarfsgerechten Versorgungsgrad zu erreichen, so wird dieses Ziel in der Realität nur bedingt erfüllt. Auf Grundlage der in der Bedarfsplanung

definierten Verhältniszahlen kann zwischen dem Soll- und dem Ist-Niveau der Versorgung unterschieden werden. Es lässt sich hierauf basierend der Versorgungsgrad ermitteln und prüfen, ob Unter- oder Überversorgung herrscht. In den beiden folgenden Abbildungen wird anhand von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) exemplarisch der Versorgungsgrad für Augen- sowie für HNO-Ärzte im Jahr 2018 auf Ebene von Kreisregionen dargestellt.

Abbildung 27: Versorgungsgrad bei Augenärzten im Jahr 2018

Augenärzte, Versorgungsgrad in %, Kreisregionen, 2018

- von 56,0 bis 110,5
- von 110,5 bis 114,9
- von 114,9 bis 122,1
- von 122,1 bis 131,8
- von 131,8 bis 260,0



© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research

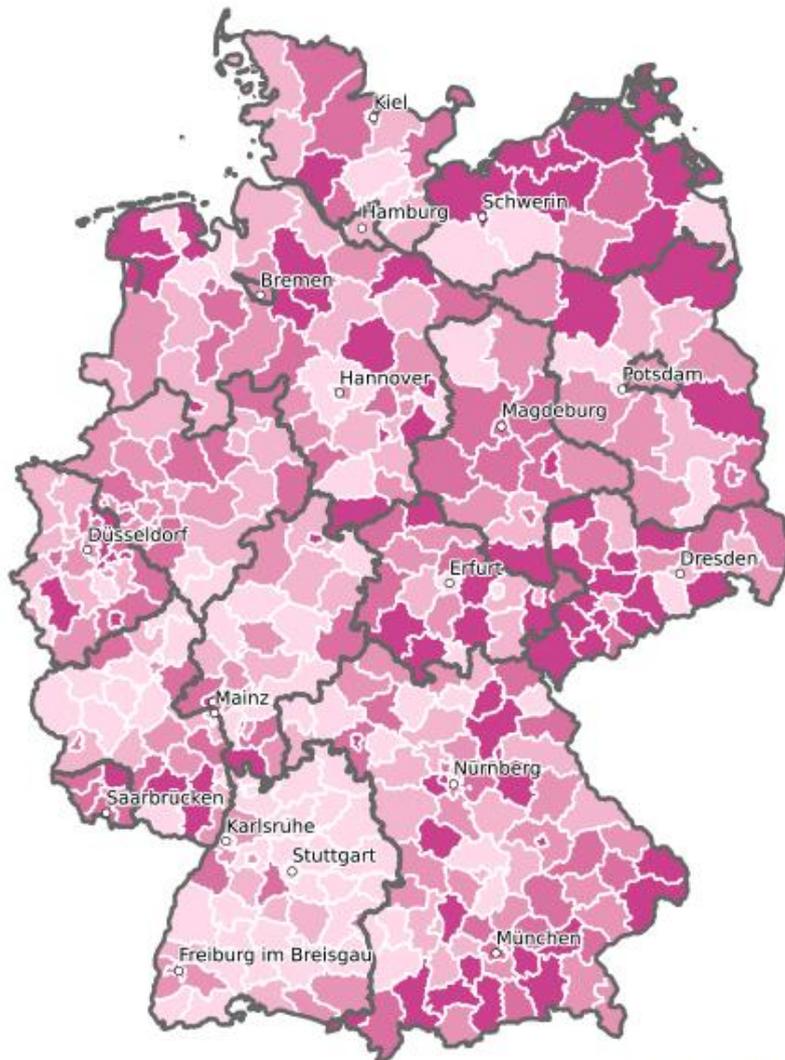
Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2018, KBV

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a), o. S.

Abbildung 28: Versorgungsgrad bei HNO-Ärzten im Jahr 2018

HNO-Ärzte, Versorgungsgrad in %, Kreisregionen, 2018

- von 37,0 bis 111,4
- von 111,4 bis 118,1
- von 118,1 bis 126,7
- von 126,7 bis 139,9
- von 139,9 bis 295,0



© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research

Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2018, KBV

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a), o. S.

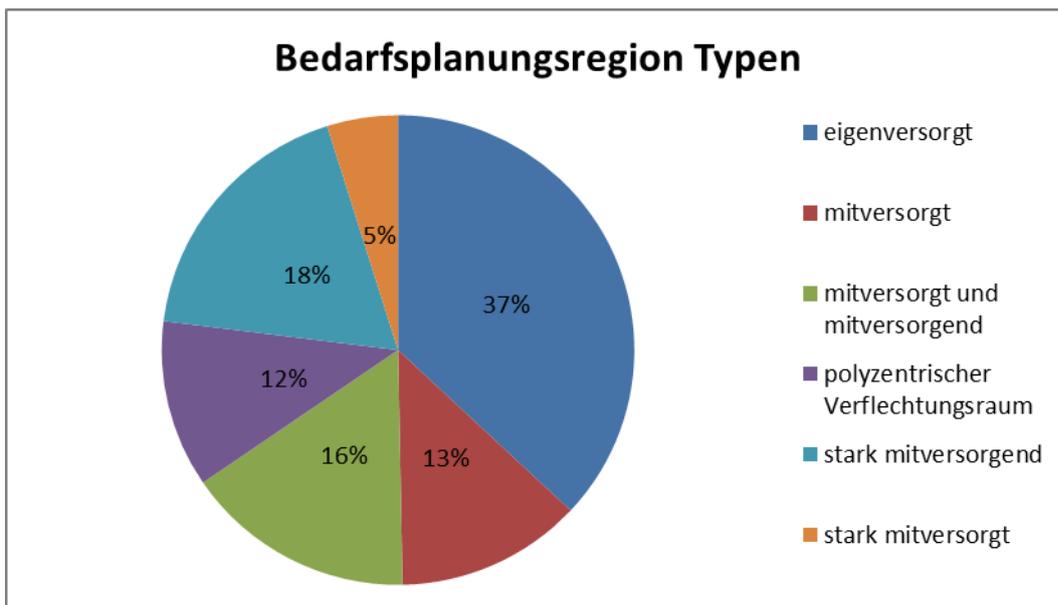
Es zeigt sich an den abgebildeten Beispielen der Augen- sowie der HNO-Ärzte, dass die Versorgungsgrade in den einzelnen Kreiregionen recht unterschiedlich sind. Es bestehen in manchen Kreisen Versorgungsgrade von unter 100% und anderen wiederum von über 100%. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Bedarfsplanung eine flächendeckende Versorgung zum Ziel hat, sie allerdings bislang nicht im Stande ist, Unterschiede zwischen einzelnen Kreisen zu nivellieren. Ähnlich wie die hier gezeigte exemplarische Gesamtzahl der Augen- sowie der HNO-Ärzte sich

ungleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt – aber der einzelne Arzt zu einer flächendeckenden Versorgung beiträgt –, gilt dies auch für MVZ mit Beteiligungskapital, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

4.2 Beitrag der MVZ mit Kapitalbeteiligung zur flächendeckenden Versorgung

Um den Beitrag der MVZ mit Kapitalbeteiligung zur flächendeckenden Versorgung zu untersuchen, werden Daten herangezogen, die vom Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) zur Verfügung gestellt wurden. Hierbei handelt es sich um eine Zusammenstellung von MVZ mit Kapitalbeteiligung, die Mitglied im genannten Verband sind, nach Bedarfsplanungsregions-Typen und weiteren Merkmalen wie z. B. siedlungsstrukturellen Regionstypen. Anhand dieser Daten kann festgestellt und gezeigt werden, in welchen Gebieten MVZ mit Kapitalbeteiligung zu finden sind. Die Hälfte der Städte und Gemeinden, in denen die BBMV-Mitglieder mindestens ein MVZ oder eine Praxis betreiben, gehören wie die folgende Abbildung zeigt zu den Bedarfsplanungsregions-Typen 4 („mitversorgt“) und 5 („eigenversorgt“).

Abbildung 29: Aufschlüsselung der Städte und Gemeinden mit MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen

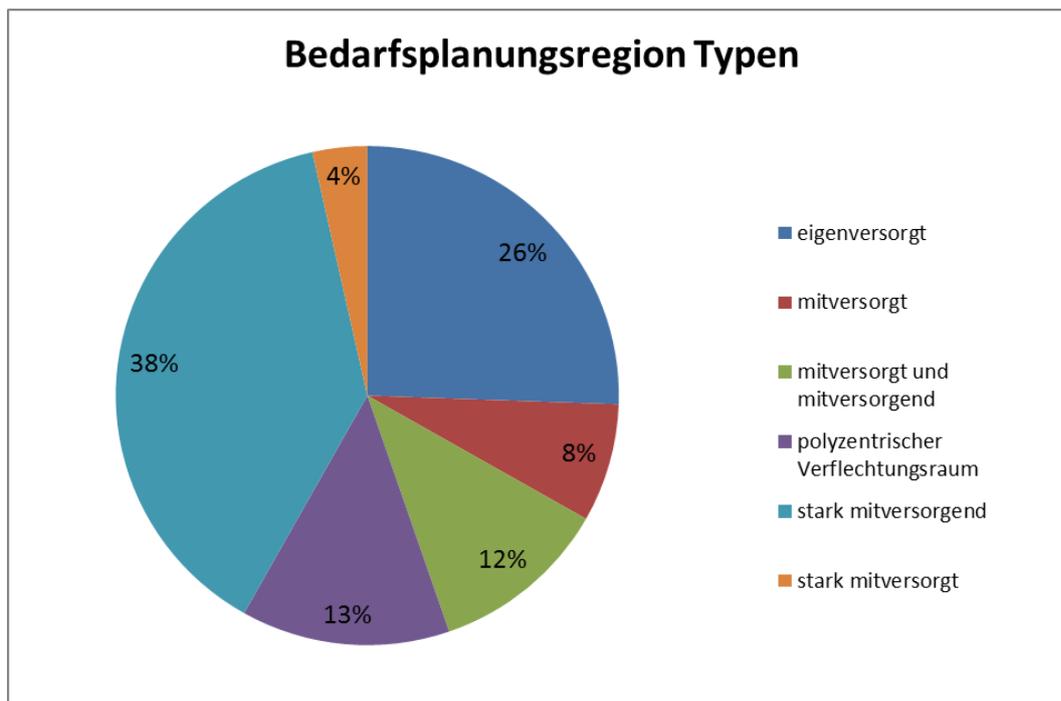


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: BBMV (2020).

Gerade in den Regionstypen 4 und 5 tätige Ärzte sind wichtig für eine flächendeckende Versorgung, da es sich vor allem bei den eigenversorgten Regionen (Typ 5) um periphere, ländliche Räume handelt, die keine bzw. kaum Beziehung zu mitversorgenden Regionen haben. Dies gilt ähnlich für die mitversorgten Regionen (Typ 4), die auch überwiegend eigenversorgt sind und nur wenig Beziehung zu mitversorgenden Regionen haben. Die Versorgung muss hier also direkt in der Region organisiert werden, ansonsten droht schnell Unterversorgung. Besonders trifft dies zu, wenn frei werdende Arztsitze nicht nachbesetzt werden können. Hier übernehmen die MVZ mit Kapitalbeteiligung eine wichtige Rolle in der Versorgung.

Betrachtet man die Verteilung der einzelnen MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen, dann ergibt sich eine leichte Verschiebung hin zu stärker urbanen Gebieten. Dennoch gehört weiterhin ca. ein Drittel aller MVZ des BBMV den eher ländlich geprägten Bedarfsplanungsregions-Typen 4 und 5 an, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 30: MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: BBMV (2020).

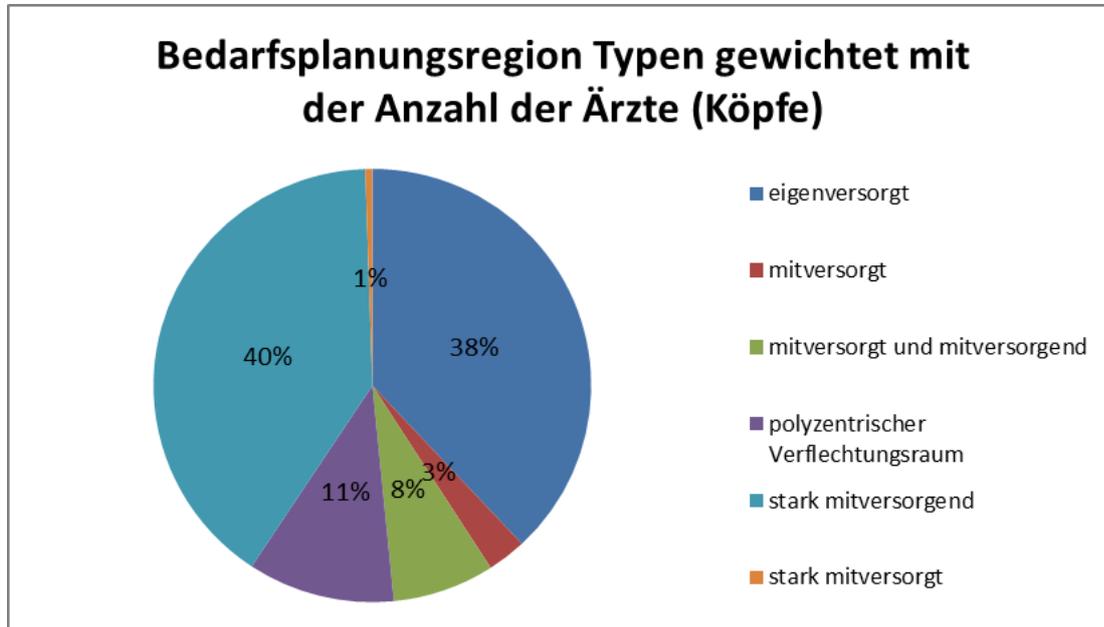
Die Häufung von MVZ/Praxen in eher städtischen Gebieten hat dabei unterschiedliche Gründe: Ein wesentlicher Grund ist die Entstehungsgeschichte der MVZ in Deutschland und die damit verbundenen regulatorischen Vorgaben. Bis 2015 mussten MVZ fachübergreifend ausgestaltet sein, d. h. mindestens zwei medizinische Fachgebiete vereinen. Das führte dazu, dass MVZ vor allem in städtischen Bereichen gegründet wurden, wo die Wahrscheinlichkeit, einen entsprechenden Partner aus einem anderen Fachbereich zu finden, größer war. Ein Zusammengehen verschiedener Fachgebiete in eine größere Struktur ergab vor allem dort Sinn, wo komplexe Leistungen mit hohem Investitionsvolumen beinhaltet sind, beispielsweise ambulante Operationen oder radiologische und strahlentherapeutische Leistungen, die eine Anschaffung investitionsaufwändiger medizinischer Geräte voraussetzen.

Je spezialisierter die fachärztliche Versorgung ist, desto wahrscheinlicher und verständlicher ist auch die Ansiedlung in eher städtischen Regionen, um so auch umliegende Regionen mitversorgen zu können. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist auch die Infrastruktur und die Kooperation mit Krankenhäusern (Belegabteilungen) und Spezialisten aus anderen Fachrichtungen. Entsprechend haben viele Mitglieder des BMV solche gewachsenen Strukturen aus der Zeit vor dem Jahr 2015.

Erst mit einer Gesetzesänderung im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 wurden auch fachgleiche MVZ möglich. Seitdem gibt es einen Trend zur Versorgung in ländlichen Strukturen durch MVZ. Diese haben hier den Vorteil, den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen anbieten zu können, beispielsweise durch Rotationsmodelle, um so die Versorgung im ländlichen Raum durch Zweigpraxen zu verbessern.

Gewichtet man die MVZ mit Kapitalbeteiligung mit der Anzahl der dort tätigen Ärzte, so wird der Anteil bei den Bedarfsplanungsregions-Typen 4 und 5 wieder etwas stärker und liegt in Summe bei über 40%, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 31: MVZ/Praxen des BBMV nach Bedarfsplanungsregions-Typen gewichtet mit der Anzahl der dort tätigen Ärzte



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: BBMV (2020).

Ingesamt kann festgehalten werden, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung in allen Bedarfsplanungsregions-Typen tätig sind und hier keine systematische Verzerrung bzw. keine Konzentration auf einen bestimmten Typ erfolgt. Bemerkenswert ist, dass ein beachtlicher Teil der MVZ mit Kapitalbeteiligung in eigenversorgten und mitversorgten Regionen angesiedelt ist und damit einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung leistet.

Um den Vorwurf des lokalen Rosinenpickens weiter zu untersuchen, wurden die MVZ mit Kapitalbeteiligung des BBMV in Bayern nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten näher betrachtet. Anhand einer Studie des PKV-Verbands¹⁷ für Bayern wurde analysiert, ob die MVZ mit Kapitalbeteiligung überwiegend in Landkreisen mit einem hohen PKV-Marktanteil zu finden sind oder ob dies nicht der Fall ist. Die Studie des PKV-Verbands hat für Bayern insgesamt einen PKV-Marktanteil von

¹⁷ Vgl. Chaibi und Schulze Ehring (2019).

12,7% ausgewiesen. Von den 30 in Bayern tätigen MVZ mit Kapitalbeteiligung des BBMV waren nur acht MVZ mit Kapitalbeteiligung in Landkreisen/kreisfreien Städten ansässig, die einen höheren PKV-Marktanteil als der bayerische Durchschnitt auswies. Entsprechend liegen 22 MVZ mit Kapitalbeteiligung in bayerischen Landkreisen/kreisfreien Städten mit einem unterdurchschnittlichen PKV-Marktanteil. Der ungewichtete Durchschnitt des PKV-Marktanteils der 30 MVZ mit Kapitalbeteiligung lag insgesamt bei 10,9% und damit unter dem bayerischen Durchschnittswert, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 1: MVZ/Praxen des BBMV in Bayern: PKV-Marktanteil im jeweiligen Landkreis/ kreisfreien Stadt

Nr.	PLZ	Betriebsort	Landkreis/ kreisfreie Stadt	PKV-Marktanteil
1	80637	München	München	17,3%
2	82140	Olching	Fürstenfeldbruck	16,4%
3	84503	Altötting	Altötting	8,3%
4	85049	Ingolstadt	Ingolstadt	10,5%
5	85092	Kösching	Eichstätt	10,7%
6	86152	Augsburg	Augsburg	10,4%
7	89231	Neu-Ulm	Neu-Ulm	9,8%
8	90411	Nürnberg	Nürnberg	10,3%
9	90762	Fürth	Fürth	13,1%
10	91154	Roth	Roth	12,5%
11	91413	Neustadt a. d. Aisch	Neustadt a. d. Aisch - Bad Windsheim	8,7%
12	91522	Ansbach	Stadt Ansbach	13,2%
13	91550	Dinkelsbühl	Ansbach	9,2%
14	94072	Bad Füssing	Passau	10,3%
15	95138	Bad Steben	Hof	9,6%
16	95213	Münchberg	Hof	9,6%
17	95615	Marktredwitz	Wunsiedel im Fichtelgebirge	8,7%
18	95632	Wunsiedel	Wunsiedel im Fichtelgebirge	8,7%
19	96049	Bamberg	Bamberg	15,4%
20	96215	Lichtenfels	Lichtenfels	8,4%
21	96231	Bad Staffelstein	Lichtenfels	8,4%
22	96450	Coburg	Coburg	13,0%
23	97070	Würzburg	Stadt Würzburg	15,4%
24	97199	Ochsenfurt	Würzburg	14,4%
25	97318	Kitzingen	Kitzingen	9,7%
26	97332	Volkach	Kitzingen	9,7%
27	97421	Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	7,9%
28	97447	Gerolzhofen	Schweinfurt	9,0%
29	97631	Bad Königshofen	Rhön-Grabfeld	9,0%
30	97688	Bad Kissingen	Bad Kissingen	10,1%
			Mittelwert (ungewichtet)	10,9%
			Referenzwert Bayern insgesamt	12,7%

MVZ/Praxen des BBMV in Landkreisen/kreisfreien Städten mit überdurchschnittlichem PKV-Marktanteil gegenüber dem Referenzwert in Bayern gelb markiert; unterdurchschnittlicher Marktanteil weiß

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: BBMV (2020); Chaibi und Schulze Ehring (2019), S. 14ff.

Abschließend kann festgehalten werden, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung weder ländliche Regionen noch Kreise mit einem unterdurchschnittlichen PKV-Marktanteil diskriminieren, sondern im Gegenteil vergleichbar zu anderen MVZ und niedergelassenen Ärzten in allen Bereichen anzutreffen sind. Entsprechend gefährden die MVZ mit Kapitalbeteiligung nicht die flächendeckende Versorgung, sondern tragen im Gegenteil einen wichtigen Beitrag hierzu bei.

5 Versorgungsqualität der MVZ mit Kapitalbeteiligung als entscheidender Wettbewerbsvorteil

5.1 Wettbewerb durch MVZ

Mit der Einführung von MVZ in die deutsche Versorgungslandschaft im Jahr 2004 wurde *„(...) ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können. Ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen beschleunigt zudem Innovationen und ermöglicht es, Effizienzreserven zu erschließen.“*¹⁸ Entsprechend lautete die Begründung zum Gesetzentwurf vom 08.09.2003.

Ziel der Einführung von MVZ war es also, den Wettbewerb zu stärken, um eine bessere und effizientere Patientenversorgung zu erreichen. MVZ dürfen nicht nur von Vertragsärzten gegründet werden, sondern es ist eine Trägervielfalt vorgesehen. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 wurden die Regelungen zu nichtärztlichen Gründern von MVZ verschärft. Aktuell ist das Gesetz zur Gründung von MVZ wie folgt ausgestaltet: *„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten.“* (§95 Abs. 1a SGB V) Durch diese Trägervielfalt können die unterschiedlichen Leistungserbringer im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den Wettbewerb treten. MVZ mit Kapitalbeteiligung gelangen hauptsächlich in den Markt, indem die Investoren zugelassene Krankenhäuser übernehmen. Der Weg über zugelassene Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen wurde durch das TSVG beschnitten.

¹⁸ Deutscher Bundestag (2003), S. 74.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) begründet die Notwendigkeit des Wettbewerbs im Gesundheitswesen folgendermaßen: *„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie.“*¹⁹

Auch hier wird deutlich, dass der Wettbewerb gewollt ist mit dem Zweck, Wahlfreiheit zu steigern und die Patientenversorgung zu verbessern. Doch gerade das wird den MVZ mit Kapitalbeteiligung von Kritikern – wie in Kapitel 6 dargestellt – abgesprochen. Deshalb wird zunächst beleuchtet, inwieweit durch den Eintritt von MVZ mit Kapitalbeteiligung in die vertragsärztliche Versorgung und damit in den Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungserbringern die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden kann.

5.2 Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung durch MVZ mit Kapitalbeteiligung

5.2.1 Definition von Qualität im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen kann grundsätzlich zwischen materiellen und immateriellen Wirtschaftsgütern unterschieden werden, wobei die ärztliche Versorgung in Form der ärztlichen Untersuchung und Diagnosestellung, der therapeutischen Behandlung, der Beratung in Gesundheitsfragen etc. vor allem einen immateriellen Charakter hat. Hierbei ist es schwierig, die Qualität der ärztlichen Versorgung als Ganzes zu messen, so dass einzelne Qualitätsaspekte untersucht und ihre Ergebnisse gemeinsam beurteilt werden. Grundsätzlich wird dabei zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Unter Strukturqualität wird die Beschaffenheit der strukturellen Bedingungen der Leistungserbringung verstanden. Eine hohe Strukturqualität wird erreicht, wenn die richtigen Voraussetzungen vorhanden sind, um Leistungen regelgerecht und hochwertig zu erbringen. Um eine hohe Strukturqualität in der ärztlichen Versorgung

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2018), o. S.

zu sichern, werden beispielsweise Ausbildungs- und Qualifikationsstandards sowie Mindestanforderungen an Behandlungsmethoden gesetzt. Solche Anforderungen können sich auf die Einrichtung und Organisation der Arztpraxis bzw. des MVZ, auf die apparative Ausstattung oder die Weiterbildung der Mitarbeiter beziehen.²⁰

Mit Prozessqualität ist das Funktionieren von Abläufen bei der Leistungserbringung gemeint. Eine hohe Prozessqualität wird erreicht, wenn das Richtige rechtzeitig und hochwertig getan wird. Im Gesundheitswesen steht insbesondere die Qualität von Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeprozessen im Vordergrund. Neben diesen Kernprozessen fließen aber auch Hilfsprozesse (z. B. Verwaltung) und Führungsprozesse (z. B. Finanzmanagement) ein, die letztlich auch Einfluss auf die Prozessqualität haben. Voraussetzung für eine hohe Prozessqualität ist, dass vor allem diagnostische und therapeutische Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen. Um eine hohe Prozessqualität zu gewährleisten, werden beispielsweise fachliche Leitlinien entwickelt.²¹

Die Ergebnisqualität ist der wichtigste Beurteilungsmaßstab der medizinischen Leistungserbringung, allerdings ist sie zum Teil nur schwer objektiv messbar und von externen Faktoren wie beispielsweise der Adhärenz der Patienten abhängig. Sie bezieht sich auf den Gesundheitszustand, die Lebensqualität, das Befinden und Verhalten sowie die berufliche und soziale Reintegration des Patienten nach Abschluss einer Therapie. Eine hohe Ergebnisqualität wird erreicht, wenn ein erreichbares Behandlungsziel auch tatsächlich erreicht wird. Die medizinische Ergebnisqualität bemisst sich unter anderem an der Vermeidung von Behandlungsfehlern, Komplikationen, Wiederholungseingriffen, Schmerzen und vorzeitigen Todesfällen. Auch die Zufriedenheit der Patienten hinsichtlich der Interaktionen mit dem Arzt und dem medizinischen Personal sowie die Kosteneffektivität einer Therapie sind Aspekte der Ergebnisqualität.²²

²⁰ Vgl. Robert Koch Institut (2006), S. 172, Donabedian (1966), S. 694f.

²¹ Vgl. Robert Koch Institut (2006), S. 172, Donabedian (1966), S. 694.

²² Vgl. Robert Koch Institut (2006), S. 172, Donabedian (1966), S. 692ff.

5.2.2 Hohe Qualität in MVZ mit Kapitalbeteiligung

Wie oben dargestellt, stehen MVZ mit Kapitalbeteiligung im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern um Patienten. Da im Gegensatz zu Konsumgütern der Wettbewerb nicht (auch) über den Preis erfolgt, sind andere Faktoren von zentraler Bedeutung. Um Wettbewerbsvorteile zu erlangen, spielt die von den Patienten und zuweisenden Ärzten wahrnehmbare Qualität eine wesentliche Rolle. Damit Patienten an das MVZ gebunden werden können, muss eine möglichst hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität angestrebt werden, die vom Patienten ganz oder zumindest teilweise auch wahrgenommen werden kann.

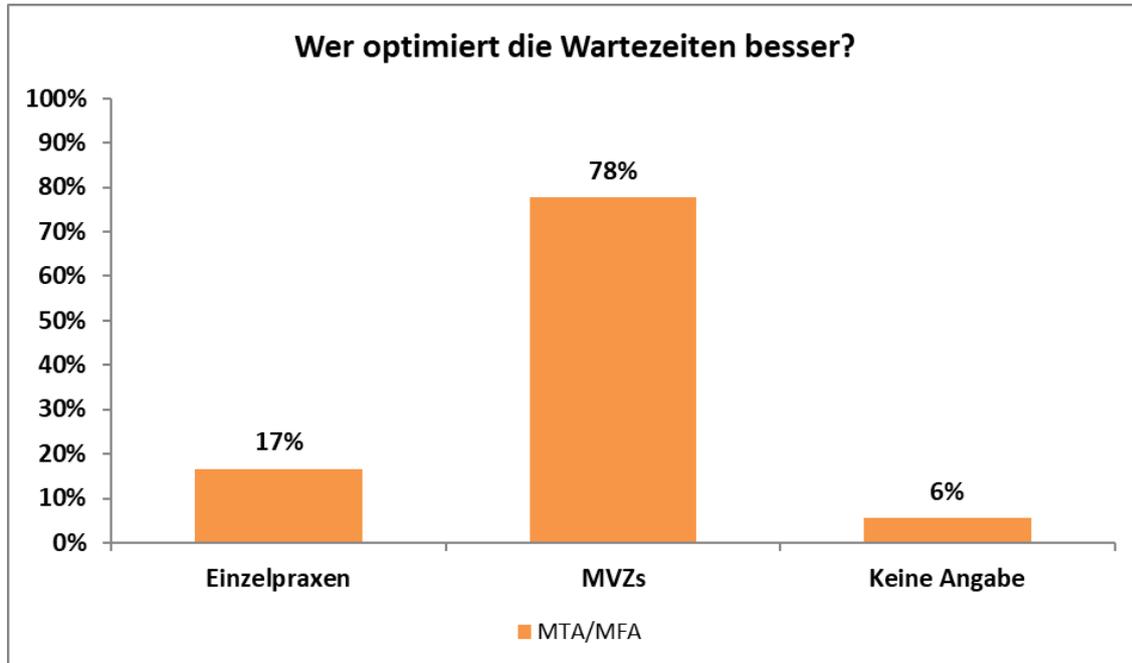
Bezogen auf die Strukturqualität ist gerade bei kapitalintensiven Fachrichtungen, wie beispielsweise der Radiologie oder der operativen Augenheilkunde, die Praxis- und Geräteausstattung von großer Bedeutung. Durch moderne Geräte kann die Strukturqualität erhöht werden und somit letztlich auch die Ergebnisqualität, weil Leistungen besser – z. B. strahlungsärmer und präziser – erbracht werden können. Bei MVZ mit Kapitalbeteiligung ist die Praxis- und Geräteausstattung häufig moderner im Vergleich zu anderen Leistungserbringern. Zum einen liegt das daran, dass durch die Kapitalgeber Investitionen auch in einem höheren Umfang ermöglicht werden und erzielte Gewinne meistens dazu genutzt werden, um Neu- und Reinvestitionen zu finanzieren. Zum anderen können aufgrund von größeren Einheiten und MVZ-Verbänden auch bessere Einkaufskonditionen erreicht werden, so dass Investitionen auch leichter möglich sind.

Die moderne Praxisausstattung in MVZ mit Kapitalbeteiligung wird auch durch unsere Befragung belegt. Wie bereits die Abbildung 17 in Abschnitt 3.3.2 gezeigt hat, ist ein Großteil der befragten Ärzte der Meinung, dass die Medizintechnik in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung moderner bzw. besser ist als in Einzelpraxen. Dies gilt auch für den Digitalisierungsgrad, wie der Abbildung 18 zu entnehmen ist.

Doch nicht nur die Strukturqualität, sondern auch die Prozessqualität ist in MVZ mit Kapitalbeteiligung überdurchschnittlich hoch. Dies ermöglicht für die Patienten zum einen zeitnahe Termine, kurze Wartezeiten in der Praxis und zum anderen schnelle

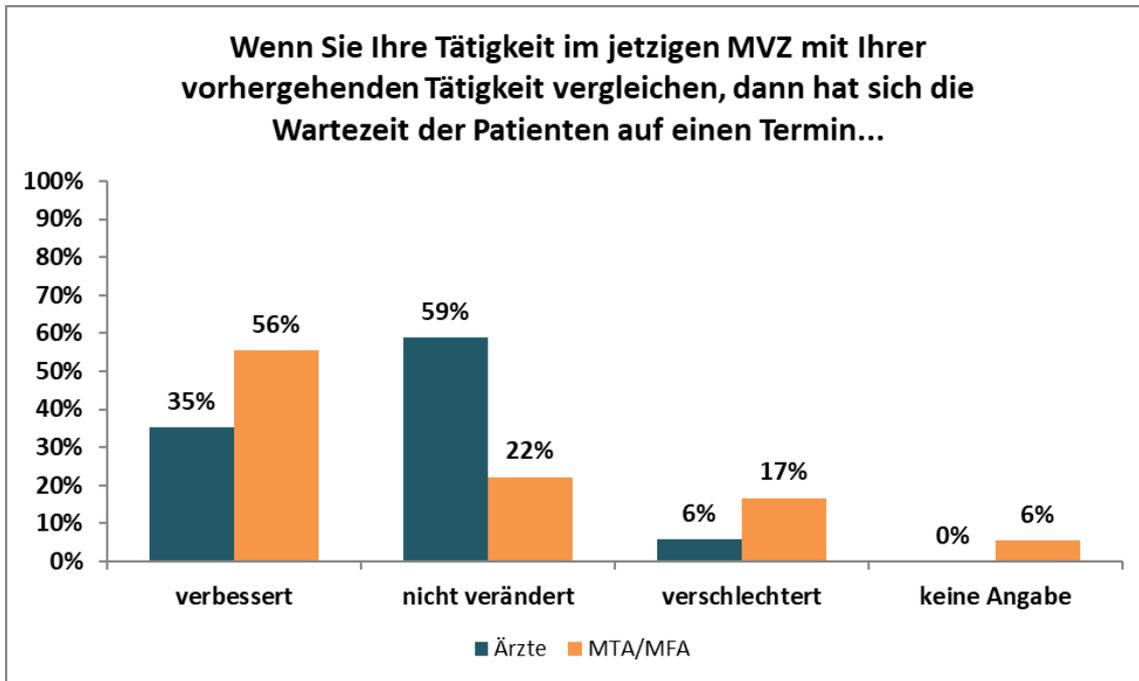
Befunde. Wie die folgenden Abbildungen zeigen, sind gemäß unserer Befragung die Wartezeiten in einem MVZ tendenziell kürzer.

Abbildung 32: Wartezeiten: Einzelpraxis vs. MVZ mit Kapitalbeteiligung



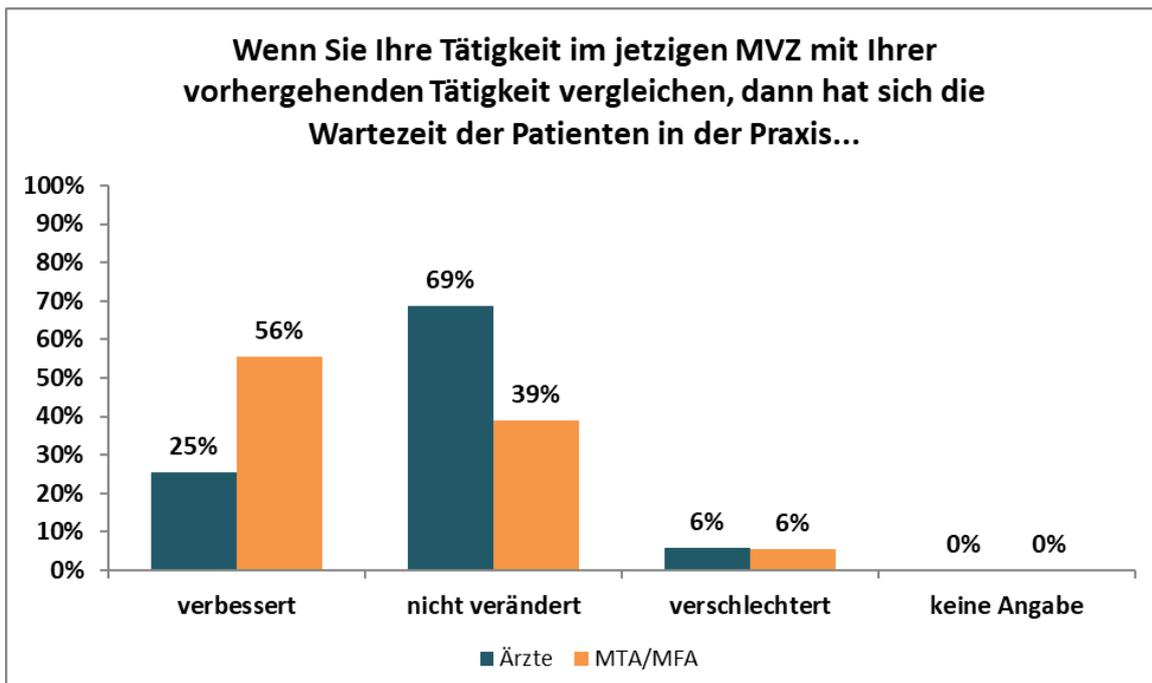
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Abbildung 33: Einschätzung zu den Wartezeiten auf einen Termin im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Abbildung 34: Einschätzung zu den Wartezeiten während des Termins im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit

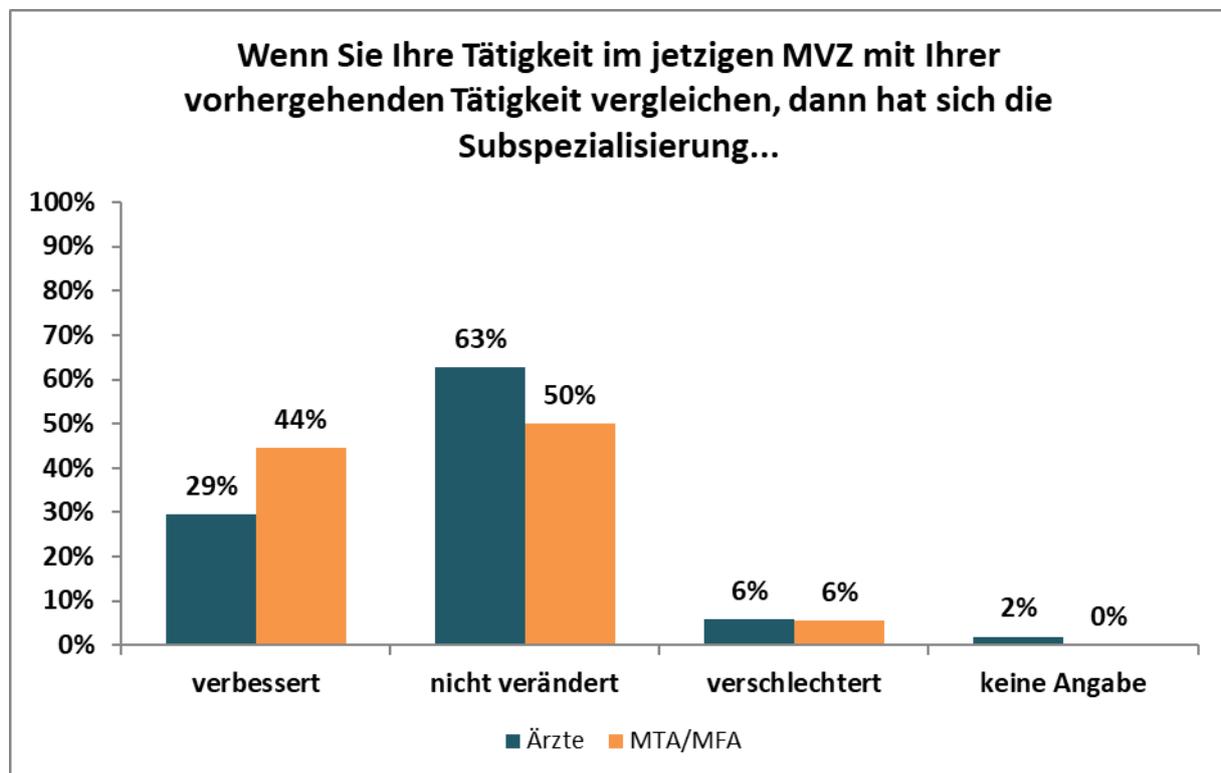


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Die ökonomischen Zielvorgaben wirken sich vor allem aus Sicht der medizinischen Fachangestellten, die den Ablauf in der Arztpraxis bzw. dem MVZ sehr gut einschätzen können, positiv aus. Aber auch ein hoher Anteil der Ärzte sieht Verbesserungen bei den Wartezeiten durch die Zielvorgaben, wie die Abbildung 24 und Abbildung 25 in Abschnitt 3.5 gezeigt haben.

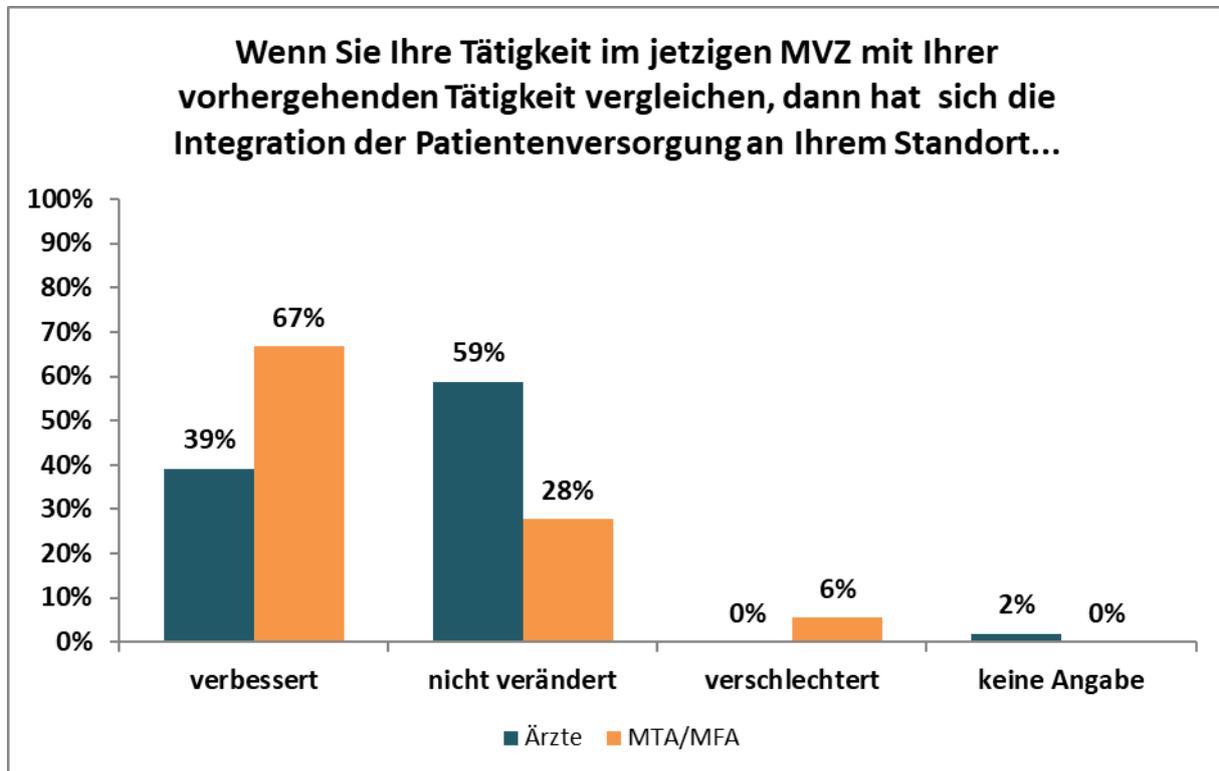
Da zudem mehrere Ärzte in einem MVZ arbeiten sind lange Öffnungszeiten, unterschiedliche Spezialisierungen sowie ein schneller kollegialer Austausch und gegenseitige Kontrolle möglich. Auf diese Weise wird zu einer hohen Diagnose- und Behandlungsqualität beigetragen. In den folgenden Abbildungen werden die Ergebnisse unserer Befragung zur Einschätzung der Subspezialisierung und der Integration der Patientenversorgung am Standort gegenüber der vorhergehenden Tätigkeit dargestellt.

Abbildung 35: Vergleichende Einschätzung zur Subspezialisierung im MVZ mit Kapitalbeteiligung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Abbildung 36: Vergleichende Einschätzung zur Integration der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit



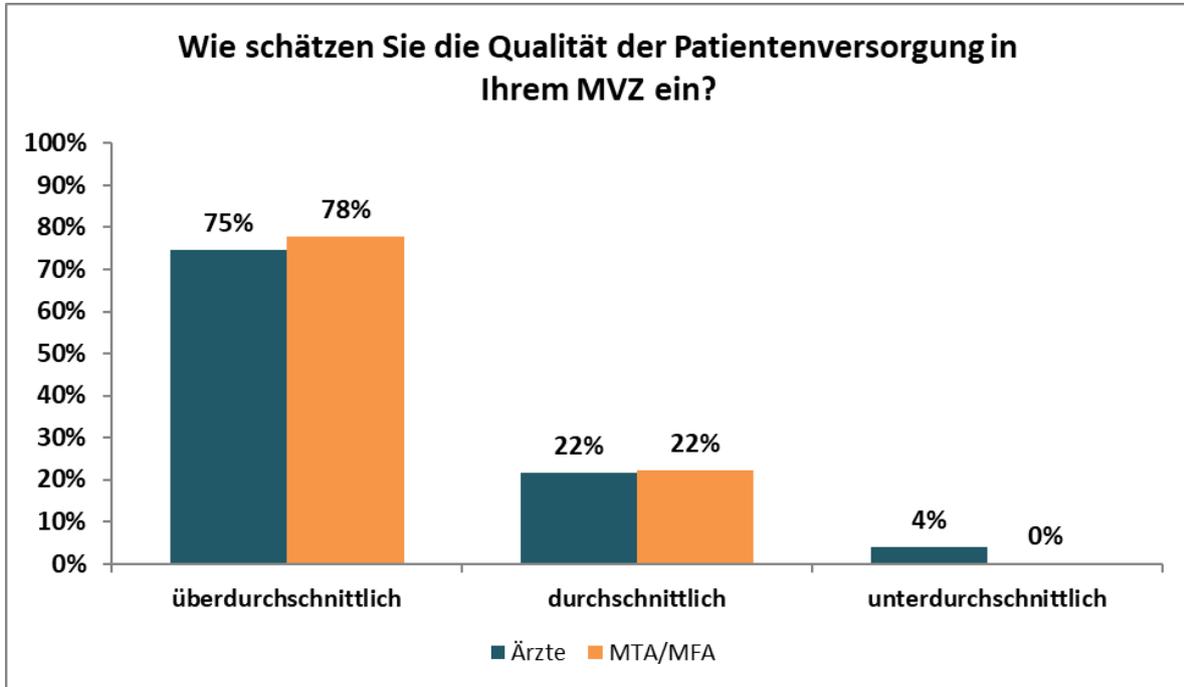
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Doch nicht nur die Kernprozesse können gegenüber kleineren Einheiten verbessert werden, sondern auch Hilfsprozesse in der Verwaltung. Dies wird dadurch ermöglicht, dass hier Spezialisten die Verwaltungstätigkeit übernehmen und sie wiederum auch von dem oben genannten hohen Digitalisierungsgrad profitieren.

Durch eine hohe Struktur- und Prozessqualität kann auch eine hohe Ergebnisqualität erreicht werden, die letztlich vom Patienten direkt wahrgenommen werden kann. Gerade durch die Zusammenarbeit von mehreren Ärzten und die damit verbundene Möglichkeit des gegenseitigen Austauschs und Kontrolle lassen sich Behandlungsfehler vermeiden. Entsprechend wird die Qualität der Patientenversorgung in den MVZ mit Kapitalbeteiligung vor allem von den Ärzten und MTA/MFA als überdurchschnittlich hoch eingestuft. Auch können die oft in MVZ mit Kapitalbeteiligung üblichen ökonomischen Vorgaben zu einer Steigerung der

Behandlungsqualität führen, wie die Abbildung 23 im Abschnitt 3.5 und die folgende Abbildung aus unserer Befragung zeigen.

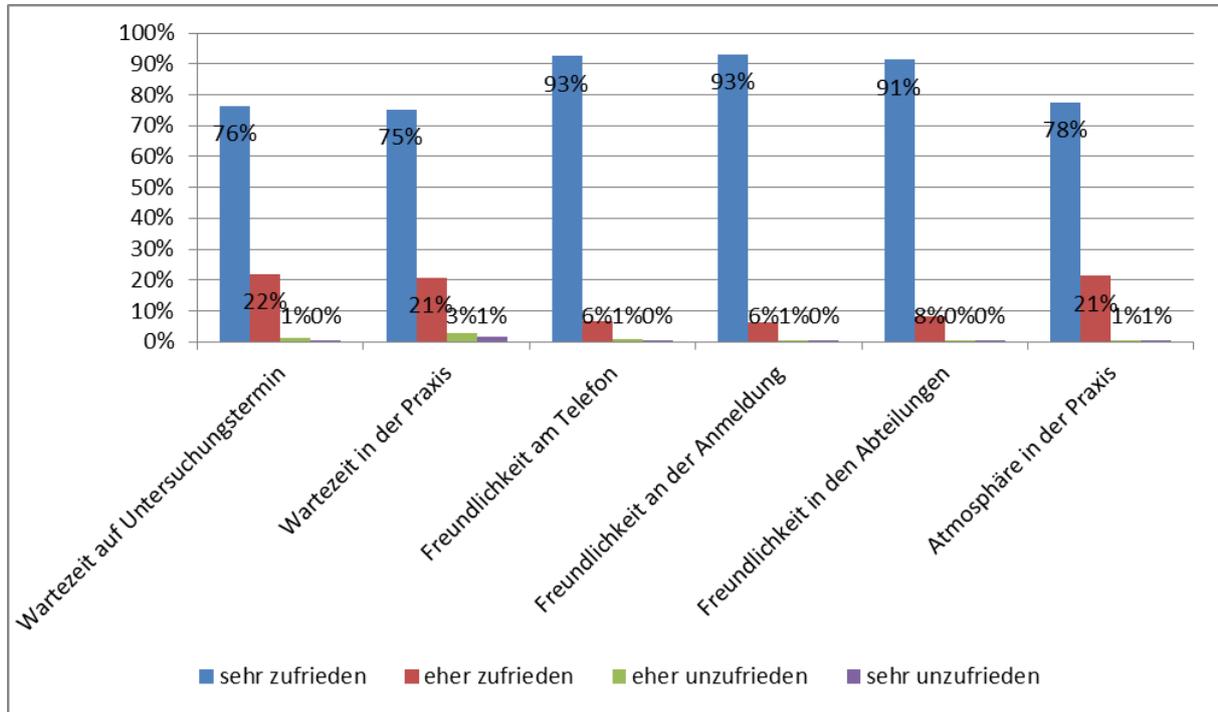
Abbildung 37: Einschätzung zur Qualität der Patientenversorgung



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020).

Eine hohe Qualität in der Arztpraxis manifestiert sich auch in einer hohen Patientenzufriedenheit. Um den Blick der Patienten auf MVZ mit Kapitalbeteiligung zu berücksichtigen, wurden Patientenbefragungen, die in MVZ mit Kapitalbeteiligung durchgeführt wurden, ausgewertet. Wie die folgende Abbildung des ersten Fallbeispiels aus dem Jahr 2018 mit 1.176 Befragten zeigt, war der Zufriedenheitsgrad der Patienten über alle erhobenen Kategorien sehr hoch („sehr zufrieden“ mindestens 75% der Befragten; „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“ in Summe stets über 95% der Befragten).

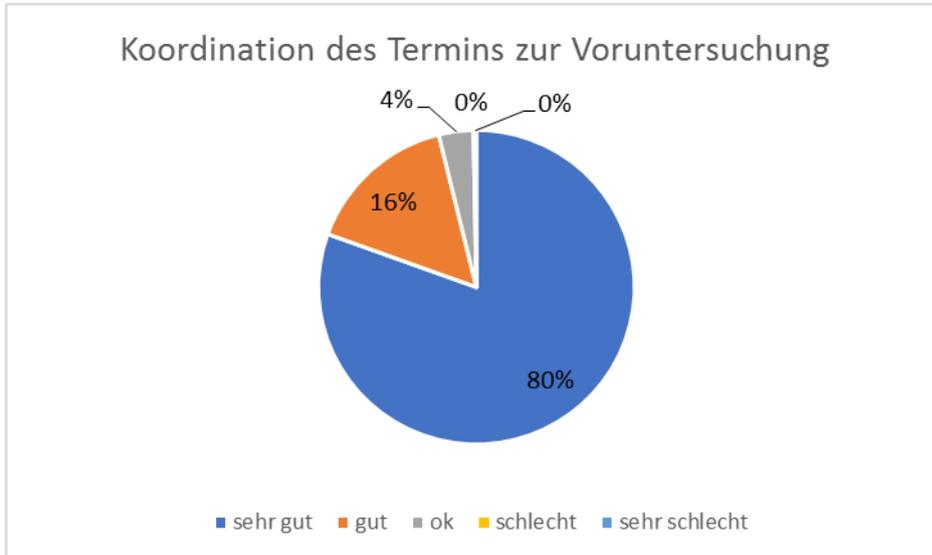
**Abbildung 38: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung
– Fallbeispiel I: Allgemein (n = 1.176; Jahr 2018)**



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: MVZ mit Kapitalbeteiligung I.

In einem weiteren MVZ mit Kapitalbeteiligung, welches einen ophthalmologischen Schwerpunkt hat, wurde die Patientenzufriedenheit bei der Katarakt-Behandlung ermittelt. Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, stuften die meisten Patienten die Koordination des Termins zur Voruntersuchung als sehr gut (80%) bzw. gut (16%) ein.

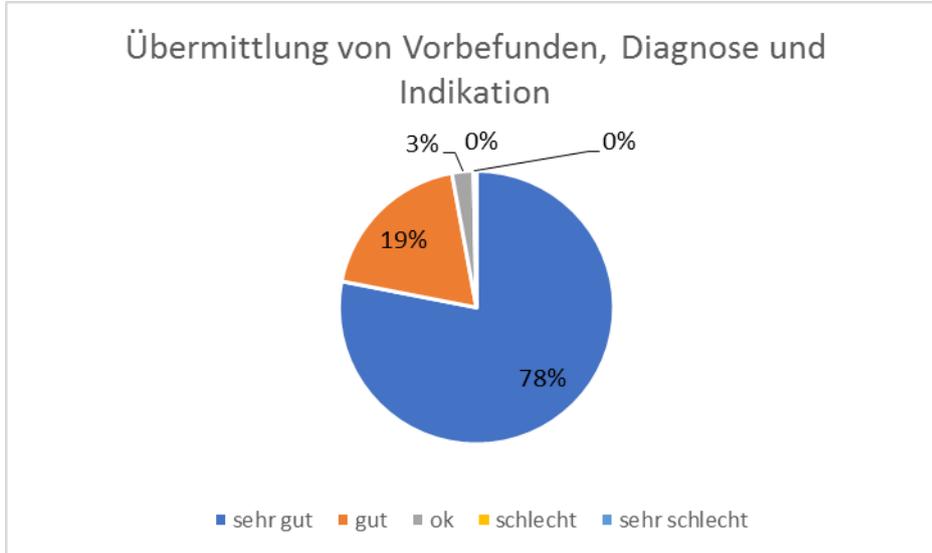
**Abbildung 39: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung
– Fallbeispiel II: Katarakt: Koordination des Termins zur
Voruntersuchung (n = 651, Jahre 2018-2020)**



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: MVZ mit Kapitalbeteiligung II.

Bei der Übermittlung von Vorbefunden war die Zufriedenheit ähnlich hoch, wie die folgende Abbildung belegt. 78% der Patienten beurteilten diese als sehr gut und 19% als gut.

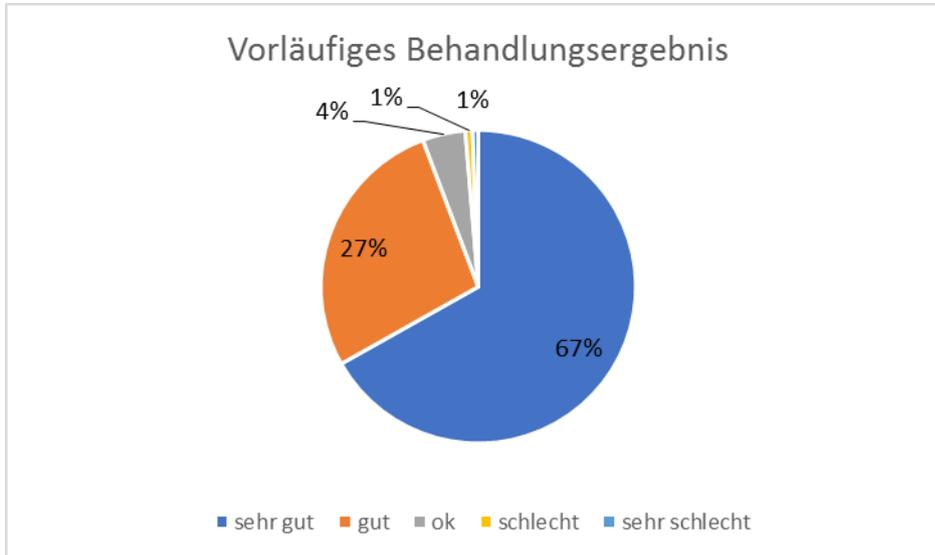
Abbildung 40: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel II: Katarakt: Übermittlung von Vorbefunden, Diagnose und Indikation (n = 593, Jahre 2018-2020)



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: MVZ mit Kapitalbeteiligung II.

Auch bezogen auf die Ergebnisqualität – hier in Form des vorläufigen Behandlungsergebnisses – war in der Befragung eine hohe Patientenzufriedenheit zu verzeichnen. Wie die nächste Abbildung zeigt, beurteilten 67% der Patienten das vorläufige Behandlungsergebnis als sehr gut und 27% als gut.

Abbildung 41: Patientenzufriedenheit in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung – Fallbeispiel II: Katarakt: Vorläufiges Behandlungsergebnis (n = 681, Jahre 2018-2020)



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2020), Datenquelle: MVZ mit Kapitalbeteiligung II.

Insgesamt kann festhalten werden, dass die Qualität in MVZ mit Kapitalbeteiligung als hoch eingeschätzt wird. Dies gilt sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Mitarbeiter, d. h. von Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften. Und vor allem gilt dies auch im Vergleich zu anderen Strukturen bzw. Leistungserbringern, welche die befragten Mitarbeiter aus früheren Tätigkeiten kennen.

6 Abschließende Gegenüberstellung gängiger Vorwürfe mit den Fakten

Das rasche Wachstum von MVZ in der ambulant-ärztlichen Versorgung wirft die Frage auf, ob diese Entwicklung so weitergeht oder sich in mittlerer Sicht erschöpft. Fragt man nach den Treiberfaktoren, die die Bildung von MVZ allgemein und von MVZ mit Kapitalbeteiligung im Besonderen begründen, so kann man feststellen, dass MVZ zum einen attraktiv für Patienten sind und zum anderen – möglicherweise noch wichtiger – bei jungen Ärztinnen und Ärzten eine hohe Priorität besitzen. Für beide Trends ist derzeit keine Abflachung der Entwicklung zu sehen.

Für MVZ mit Kapitalbeteiligung kommt beschleunigend hinzu, dass diese aufgrund ihrer höheren Finanzkraft diese Entwicklung schneller umsetzen können als Krankenhäuser und auch Einzelpraxen. Diese Perspektive teilen auch die von uns befragten Ärzte zu 90% (vgl. Anhang 1, Frage 20) und die nichtärztlichen Fachkräfte zu 78% (vgl. Anhang 2, Frage 18). Ein weiteres Indiz für die Überlegenheit der MVZ mit Kapitalbeteiligung zu den herkömmlichen Einzelpraxen ist, dass die befragten Ärzte zu 67% (vgl. Anhang 1, Frage 18) und das nichtärztliche Fachpersonal zu 61% (vgl. Anhang 2, Frage 16) der Auffassung sind, dass die Corona-Krise in MVZ mit Kapitalbeteiligung besser bewältigt werden kann als in Einzelpraxen.

Sollte also in Zukunft die Politik den Zugang zu MVZ stärker begrenzen, so kann sie zwar die aufgezeigte Entwicklung verlangsamen, aber letztlich nicht stoppen. Für die Patienten würde dies einen Verlust an möglichen attraktiven Versorgungsangeboten und für die Beitragszahler und Krankenkassen einen Verzicht auf mögliche Effizienzvorteile und damit Einsparungen bedeuten. Indizien, die auf eine mögliche zukünftige Begrenzung der MVZ hindeuten, können in den Vorwürfen gesehen werden, die immer wieder in der politischen Diskussion gegen MVZ, insbesondere mit Kapitalbeteiligung, erhoben werden.

Diese Vorwürfe sind vielfältig und stammen aus unterschiedlichen Quellen – wie Politik, Ärzteschaft, Verbände u. a. Im Folgenden wird versucht, einen Überblick über die Vorwürfe zu schaffen, indem diese gesammelt und systematisiert werden. Es erfolgt eine Gliederung der Vorwürfe nach:

- Ausdünnung der flächendeckenden Versorgung,
- wettbewerblichen und qualitativen Aspekten sowie nach
- ökonomischen Inhalten.

Hierbei ist die Unterteilung zum Teil fließend, so dass manche Vorwürfe auch unter mehrere Kategorien fallen könnten. Um Redundanzen zu vermeiden, werden solche Vorwürfe dennoch nur unter einer Kategorie subsumiert.

Zunächst werden die recherchierten Vorwürfe, die MVZ mit Kapitalbeteiligung entgegen gebracht werden, dargestellt und anschließend mit den Fakten zur Versorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenübergestellt. Dies soll helfen, die gemachten Vorwürfe besser einordnen zu können, indem Fakten kompakt die tatsächliche Versorgungssituation beschreiben.

6.1 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Gefährdung der flächendeckenden Versorgung

Hinsichtlich der Gefährdung der flächendeckenden Versorgung wird MVZ mit Kapitalbeteiligung und den beteiligten Kapitalgebern unterstellt bzw. kritisiert, dass

(1) eine Rosinenpickerei der „lukrativsten Behandlungen“ stattfindet

- Die KV Baden-Württemberg hat festgestellt, dass die Zahl der Operationen am Grauen Star in den vergangenen zehn Jahren um 25 Prozent gestiegen sei, parallel zum Wachstum bei MVZ mit Kapitalbeteiligung.²³
- „Zurzeit ist es so, dass MVZ fachärztliche Sitze aufkaufen können und dann die Möglichkeit haben, das Behandlungsspektrum auf besonders lukrative, meist interventionelle oder operative Leistungen zu fokussieren. Die aufwendige, weil zuwendungsorientierte konservative Versorgung wird so abgekappt“²⁴ (*Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein.*)

²³ Vgl. Ärzte Zeitung online (2020), o. S.

²⁴ Korzilius (2018), S. A1689.

- Die Arbeitsverträge der in den Zentren beschäftigten Ärzte sind so gestaltet, dass die Ärzte mit variablen Vergütungsbestandteilen arbeiten, etwa Boni oder Umsatzbeteiligungen bei Erbringung von bestimmten Leistungen.²⁵
- Investiert ein Gesundheitskonzern, dann wird dieser immer versuchen, die Wertschöpfungskette zu erweitern. Wenn aber alles unter einem Dach zusammengefasst ist – Material, Maschinen, Labor, Ärzte –, dann sind Quersubventionen möglich, was wiederum die Marktpreise, z.B. für Arztsitze, verdirbt und unliebsame Konkurrenten aus dem Markt drängen kann. Es drohen regionale Monopole – allerdings nur dort, wo die Versorgung lukrativ ist. Rosinenpicken ist hier schon angelegt, so wie die Konkurrenten der Post sich nur Ballungsräume für den Wettbewerb suchen. *(Dr. Stephan Hofmeister, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV)*²⁶

Fakten:

- Wie selbständige niedergelassene Ärzte üben auch angestellte Ärzte in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung einen freien Beruf aus und sind weisungsunabhängig von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen.
- Entsprechend entscheiden nur die Ärzte zusammen mit den Patienten über die Behandlung.
- Es gibt ökonomische Vorgaben für die Angestellten in MVZ mit Kapitalbeteiligung, allerdings enthalten diese keine patientenspezifischen Merkmale und auch keine gezielten Anreize für eine Subspezialisierung bzw. „Rosinenpickerei“.
- In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es eine Behandlungspflicht, die je nach Fachgebiet aber auch ein Behandlungsverbot beinhaltet.
- Höhere Leistungsentgelte tragen nicht immer auch zu einem höheren Überschuss bei, da sie in der Regel auch mit höheren Kosten verbunden sind.

²⁵ Vgl. Ärzte Zeitung online (2020), o. S.

²⁶ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

- Leistungsspezialisierung ist daher nur ein begrenztes Handlungsfeld zur Gewinnsteigerung und erfordert darüber hinaus entsprechende Fachkenntnisse und häufig auch spezielle medizintechnische Ausstattung.
- Wenn Leistungsspezialisierung betrieben wird, so kommt dies auch den Patienten zugute, da diese häufig mit einer höheren Behandlungsqualität einhergeht.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 4, S. 32; Abbildung 19, S. 48; Abbildung 35 S.73; Anhang 1- Frage 8; Anhang 1- Frage 9; Anhang 2- Frage 9.

(2) nur rentable Versorgungsbereiche und Regionen Berücksichtigung finden, wodurch die flächendeckende Versorgung immer schwieriger wird

- Versorgungsfremde Investoren beförderten das Praxissterben vor allem in strukturschwachen Regionen, hieß es beim Deutschen Zahnärztertäg.²⁷

Fakten:

- Wie selbständige Vertragsärzte können auch MVZ mit Kapitalbeteiligung nur begrenzt ihren Niederlassungsort selbst bestimmen, da durch die kassenärztliche Bedarfsplanung die Standorte für Praxen weitgehend vorgegeben sind.
- MVZ mit Kapitalbeteiligung übernehmen in der Regel Praxen bzw. Arztsitze und sind im Wesentlichen auch an deren Standorte gebunden.
- MVZ mit Kapitalbeteiligung finden sich in allen Bedarfsplanungsregions-Typen.
- Eine Auswertung der MVZ mit Kapitalbeteiligung, die Mitglieder des BMVZ sind, nach Regionen zeigt, dass 50% der Mitglieder in den eher schwierig zu besetzenden Regions-Typen „mitversorgt“ und „eigenversorgt“ ansässig sind.
- Es findet kein „Rosinenpicken“ bei der Standortwahl von MVZ mit Kapitalbeteiligung im Hinblick auf einen hohen PKV-Marktanteil statt, wie eine Auswertung für Bayern unter Berücksichtigung der Mitglieder des BMVZ zeigen konnte.

²⁷ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

- Oft werden von MVZ mit Kapitalbeteiligung Arztsitze übernommen, die ansonsten keinen Nachfolger gefunden hätten.
- Es kann also nicht der Schluss gezogen werden, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung die flächendeckende Versorgung gefährden, sondern genau umgekehrt, dass sie zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 26, S. 57; Abbildung 29, S. 60; Tabelle 1, S. 65.

6.2 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Monopolisierung und Qualität

Hinsichtlich Monopolisierung und Qualität wird MVZ mit Kapitalbeteiligung und den beteiligten Kapitalgebern unterstellt bzw. kritisiert, dass

(3) junge Ärztinnen und Ärzte verdrängt werden, weil teilweise exorbitante Preise für Vertragsarztsitze gezahlt werden

- Es müsse die Möglichkeit geprüft werden, die Kaufpreise für Arztpraxen zu begrenzen. Denn finanzkräftige Investoren machten oft Angebote, die weit über dem Marktwert lägen, mit denen „normale“ Ärzte nicht mithalten könnten.²⁸
- Wenn ein Arzt das MVZ verlässt, könne die Praxis nicht mehr an einen Nachfolger übergeben werden. Sie stehe damit nicht mehr jungen Kollegen zur Verfügung, die sich niederlassen wollen. Laut Aussagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stehen schon heute im Durchschnitt 20 bis 30 Prozent aller Arztsitze nicht mehr für die freiberufliche Tätigkeit zur Verfügung.²⁹

Fakten:

- Junge Mediziner bevorzugen zunehmend eine Anstellung gegenüber einer selbständigen Tätigkeit in der eigenen Praxis
- Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass junge Ärztinnen und Ärzte das Investitionsrisiko scheuen.

²⁸ Vgl. Korzilius (2018), S. A1689.

²⁹ Vgl. Beneker (2018), o. S.

- Darüber hinaus schätzen junge Ärztinnen und Ärzte, dass in der Anstellung der administrative Aufwand geringer ist.
- Zudem sind in der Anstellung geregelte Arbeitszeiten und somit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gut realisierbar.
- Oft werden von MVZ mit Kapitalbeteiligung Arztsitze übernommen, die ansonsten keinen Nachfolger gefunden hätten.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 4, S. 32; Abbildung 5, S. 33 Anhang 1- Frage 20; Anhang 2- Frage 18.

(4) Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern nicht möglich ist

- Auch der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Ferdinand Gerlach, warnt davor, dass immer mehr Arztsitze der weiteren Bedarfsplanung entzogen werden, weil MVZ-Ketten Praxen zu Höchstkursen aufkaufen.³⁰
- So weist etwa die Ärztekammer Nordrhein darauf hin, dass dort inzwischen rund 36 Prozent der nephrologischen Kassensitze sich in der Hand von Konzernen befinden.³¹

Fakten:

- Ökonomisch ist nachgewiesen, dass der Wettbewerb zwischen großen Leistungserbringern (oligopolistischer Wettbewerb) intensiver ist als der Wettbewerb zwischen vielen kleinen Leistungserbringern (polypolistischer Wettbewerb).
- Von den heute ca. 3.500 zugelassenen MVZ sind 10% bis maximal 15% MVZ mit Kapitalbeteiligung. Dies bedeutet keine monopolistische Marktstellung.
- In MVZ mit Kapitalbeteiligung sind nur etwa 1,4% bis 2,0% aller in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte beschäftigt.
- MVZ mit Kapitalbeteiligung nehmen damit einen sehr kleinen Anteil an der vertragsärztlichen Versorgung ein und gefährden nicht den Wettbewerb.

³⁰ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

³¹ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

- Im Gegenteil war das Ziel der Einführung von MVZ in die deutsche Versorgungslandschaft, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu ermöglichen.
- MVZ mit Kapitalbeteiligung treten in den Wettbewerb ein und tragen dazu bei, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können.

(5) eine weitergehende Konzentration und Konsolidierung angestrebt wird, auch durch die Integration von weiteren Versorgungsbereichen

- Der Bundesrat warnte jüngst vor einer „Gefahr der Monopolisierung“ in immer mehr Teilen der ambulanten Versorgung.³²

Fakten:

- MVZ mit Kapitalbeteiligung nehmen derzeit nur einen sehr kleinen Anteil an der vertragsärztlichen Versorgung ein und führen nicht zu einer Monopolbildung.
- Wenn Gewinne der MVZ mit Kapitalbeteiligung nicht auf Leistungsvorteilen beruhen, sondern auf dem Ausnutzen einer Machtstellung zu Lasten der Nachfrager, ist das Kartellamt zum Eingreifen aufgefordert.
- Auf diese Weise wird die Monopolbildung verhindert.
- Die Konzentration führt zu einer höheren Behandlungsqualität für die Patienten.
- Ohne eine notwendige Konzentration und Konsolidierung der Versorgung in manchen Regionen wäre es schwierig, dort überhaupt das Leistungsangebot für die Patienten aufrechtzuerhalten.

³² Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

(6) die Gefahr besteht, dass Investoren versuchen, ärztliche Entscheidungen zu beeinflussen

- Die ärztliche Unabhängigkeit ist gefährdet und damit die Patientensicherheit, weil Renditeüberlegungen im Vordergrund stehen.
(Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer)³³

Fakten:

- Viele Angestellte haben in MVZ mit Kapitalbeteiligung, wie auch in anderen Gesundheitsbereichen, ökonomische Vorgaben, allerdings sind die Ärzte bei ihren Behandlungen weisungsunabhängig, so dass die Patienten und ihre medizinischen Bedürfnisse im Vordergrund stehen.
- Die ökonomischen Vorgaben für die Ärzte betreffen in erster Linie die Fallzahlen je Quartal.
- Dadurch dass die Ärzte in MVZ mit Kapitalbeteiligung von administrativen Tätigkeiten weitgehend entlastet und die Prozesse optimiert werden, wird gewährleistet, dass eine angemessene Behandlungszeit je Patient zur Verfügung steht und eine qualitativ hochwertige Behandlung erbracht werden kann.
- Die hohe Qualität und Patientenzufriedenheit wird sowohl durch die Patienten als auch durch die ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräfte belegt.
- Des Weiteren haben auch selbständige niedergelassene Ärzte stets ökonomische Zwänge, da sie als Unternehmer für eine wirtschaftliche Leistungserbringung verantwortlich sind.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 22, S. 51; Abbildung 23, S. 52; Anhang 1- Frage 9; Anhang 2- Frage 9.

6.3 Vorwürfe und Fakten hinsichtlich Ökonomisierung und Kommerzialisierung

Hinsichtlich Ökonomisierung und Kommerzialisierung wird MVZ mit Kapitalbeteiligung und den beteiligten Kapitalgebern unterstellt bzw. kritisiert, dass

³³ Vgl. Gesundheit und Gesellschaft (2019), S. 25.

(7) privatwirtschaftliche Unternehmen Macht im Gesundheitssystem erlangen und die bisherigen Strukturen und die Versorgung gefährden

- Es bestehe die Gefahr, dass die Einrichtung im Zweifel verkauft wird und der Verkäufer sich mit dem Gewinn davonmacht, während die angestellten Ärzte im MVZ mit Kapitalbeteiligung rasch durchwechseln. Zurück bleiben desorientierte Patienten.³⁴
- Private Equity als Kapitalgeber wiederum wird ein Engagement nur aufrechterhalten, wenn hohe Verkaufsgewinne winken oder eine langfristig hohe Kapitalrendite gewährleistet ist. Ist das nicht mehr der Fall, wird das Kapital im Zweifel wieder abgezogen. (Dr. Stephan Hofmeister, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV)³⁵

Fakten:

- Mitarbeiter in MVZ mit Kapitalbeteiligung sind zumeist sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit, was Kontinuität für das MVZ mit Kapitalbeteiligung und damit für die dortige Patientenversorgung gewährleistet.
- Die Qualität der Patientenversorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung wird von den Mitarbeitern als überdurchschnittlich hoch eingestuft.
- Gegenüber der vorhergehenden Tätigkeit der Mitarbeiter hat sich die Personalausstattung im jetzigen MVZ mit Kapitalbeteiligung eher verbessert.
- Auch die Patienten in MVZ mit Kapitalbeteiligung zeigen sich in Befragungen sehr zufrieden mit der Versorgung.
- Investoren haben im Wettbewerbsprozess das Interesse, dass eine hochwertige Versorgung in den MVZ mit Kapitalbeteiligung angeboten wird und Patienten gewonnen werden, um Gewinne erzielen und den Unternehmenswert steigern zu können.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 11, S. 40; Abbildung 37, S. 75; Abbildung 38, S. 76; Anhang 1- Frage 12 (Personalausstattung); Anhang 2- Frage 13 (Personalausstattung); Anhang 1- Frage 19.

³⁴ Vgl. Beneker (2018), o. S.

³⁵ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

(8) ein Interesse an einem längerfristigen Betrieb nicht besteht, sondern eine kurzfristige Renditeerzielung im Vordergrund steht

- Bei MVZ mit Kapitalbeteiligung könnten Rendite-Interessen in den Vordergrund treten – anstelle der Patientenversorgung.³⁶
- Wenn ein Arzt, sei es in eine Einzelpraxis, als ärztlicher Partner in ein MVZ oder in eine BAG sein Eigenkapital investiert oder dafür Fremdkapital aufnimmt, dann will er eine Kapitalrendite erzielen, genauso wie ein externer Investor. Aber anders als bei diesem ist sein Engagement in der Regel auf Lebenszeit angelegt. Es gibt nur ein geringes Ausfallrisiko, und für die Solidargemeinschaft besteht eine hohe Verbindlichkeit einer gesicherten Versorgung. *(Dr. Stephan Hofmeister, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV)*³⁷

Fakten:

- Investoren bringen Kapital in die Gesundheitsversorgung ein, indem sie sich an einem MVZ beteiligen, mit dem Ziel, eine Rendite zu erwirtschaften.
- Das bedeutet aber nicht, dass die Renditeerzielung nur kurzfristiger Natur ist, da gerade angesichts der bestehenden Niedrigzinsphase Beteiligungen mit positiven Renditen bevorzugt mittel- und langfristig gehalten werden.
- Die Erzielung der Rendite kann über laufende Gewinne der MVZ mit Kapitalbeteiligung oder über Verkaufserlöse der Beteiligungen erfolgen.
- Damit ein höherer Preis für die Beteiligung erzielt werden kann, werden Modernisierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen in den MVZ durchgeführt.
- Dies bedingt jedoch nicht, die Leistungsprozesse auszudünnen, sondern durch Investitionen zu verbessern.
- In erster Linie wird hierfür der erzielte Gewinn eingesetzt, d. h. das Kapital wird nicht abgezogen, sondern im Gegenteil reinvestiert.

³⁶ Vgl. Beneker (2018), o. S.

³⁷ Vgl. Ärzte Zeitung online (2019), o. S.

- Quasi im Nebeneffekt wird damit auch die Patientenversorgung verbessert, anderenfalls lässt sich kaum eine Wertsteigerung der Beteiligung erreichen.
- Der Erfolg der MVZ mit Kapitalbeteiligung beruht im Wesentlichen auf der höheren Attraktivität für die Patienten die wiederum durch die moderne organisatorische wie medizinisch-technische Ausstattung sowie durch ein erfolgreiches Management der Wartezeiten erreicht wird.
- Die Beschäftigten zeigen eine hohe Arbeitszufriedenheit, was für Kontinuität sorgt und auf das Betriebsklima sowie letztlich auf die Patienten ausstrahlt.
- Insgesamt ist der Ökonomisierungsdruck für die Ärzte in der Einzelpraxis größer als im MVZ mit Kapitalbeteiligung und in MVZ mit Kapitalbeteiligung werden mehr sowie kontinuierlich Investitionen getätigt.
- Gerade bei bald in den Ruhestand tretenden Ärzten ist zu beobachten, dass sie gegen Ende ihrer beruflichen Tätigkeit die Investitionen in ihre Praxis reduzieren, um so kurzfristig einen höheren Überschuss bzw. ein höheres Einkommen zu erzielen.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 7, S. 35; Abbildung 16, S. 45; Abbildung 17, S. 46; Anhang 2- Frage 13 (Möglichkeiten bei Investitionen).

(9) Beitragsmittel für private Gewinne zweckentfremdet werden

- Zentren mit Kapitalbeteiligung verursachen höhere Kosten im Gesundheitssystem als Praxen in Arztbesitz.³⁸
- Kapitalbeteiligung im Gesundheitswesen macht sich breit, um in einem regulierten Markt – der gesetzlichen Krankenversicherung – möglichst viel Rendite abzuschöpfen, die nicht in Strukturen oder Personal reinvestiert werde. (*Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer*)³⁹

³⁸ Vgl. Ärzte Zeitung online (2020), o. S.

³⁹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2020a), o. S.

Fakten:

- Eine Gewinnausschüttung, wie sie oft von Außenstehenden vermutet und schnell zum Vorwurf gemacht wird, ist für Investoren oft kontraproduktiv.
- Zudem werden Gewinne aus eingesparten Kosten und nicht durch erhöhte Preise erzielt und belasten deswegen die Kostenträger nicht.
- Es bestehen bessere Voraussetzungen für die Patientenversorgung durch weniger administrativen Aufwand.
- Eine höhere Integration der Patientenversorgung und effiziente Prozesse werden durch Investitionen sichergestellt.
- Der Wettbewerb sorgt für eine ständige Selektion von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Prozessen der Leistungserstellung, so dass im Endergebnis die Versorgung mit Leistungen effizienter und damit kostengünstiger wird.
- Davon profitieren sowohl die Konsumenten (Patienten) als auch die Kostenträger.
- Wettbewerb im Gesundheitssektor bedeutet, dass Gewinne und Verluste von Leistungserbringern zulässig sind.
- Gewinne resultieren nicht aus einer Ausbeutung des Systems oder aus schlechterer Versorgung der Patienten, sondern sind in einem wettbewerblichen System die Belohnung für erfolgreichere Unternehmer.
- Diese können wiederum den Gewinn dazu einsetzen, um weniger erfolgreiche Unternehmen zu übernehmen und kostengünstigere Versorgungsprozesse zu etablieren.
- In einem wettbewerblichen System können die Nachfrager, hier die Patienten und die Krankenkassen auf konkurrierende Leistungserbringer ausweichen.
- Der Gewinn ist letztlich die Gegenleistung für eine bessere und/oder kostengünstigere Leistung.
- Eine Zweckbindung des Gewinns ist auch deswegen wenig hilfreich, weil dadurch innovative Unternehmer abgeschreckt werden.
- Gewinne im Sinne von Überschüssen der Erlöse über den eingesetzten Faktorkosten treten überall in der Wirtschaft auf, aber auch in der Verwaltung und im öffentlichen Bereich sowie im Gesundheitswesen beispielsweise bei selbständigen niedergelassenen Ärzten.

- Korrespondierend zu der Chance auf Gewinne besteht auch das Risiko für Verluste, die definiert sind als Kostenüberschuss gegenüber den Erlösen.
- Die Motivation, weshalb ein Unternehmer eine Leistung erbringt, sei es, um einen Gewinn zu erzielen, sei es aus karitativem Beweggrund oder auch nur um seine Familie ernähren zu können, ist für die Versorgung irrelevant, da es nur auf das Ergebnis der Versorgung aus Sicht der Patienten ankommt.
- Vergleiche hierzu: Abbildung 36, S.74; Anhang 1- Frage 12 (Administrativer Aufwand); Anhang 2- Frage 13 (Administrativer Aufwand).

Anhang 1: Befragung Ärzte 2020

(Hinweis: Bei der Angabe der Prozentwerte sind Rundungsdifferenzen möglich.)

Frage 1: Alter

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Bis 35	3	6%
Über 35 bis 55	18	35%
Älter als 55	30	59%
Gesamt	51	100%

Frage 2: Geschlecht

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Männlich	36	71%
Weiblich	15	29%
Divers	0	0%
Gesamt	51	100%

Frage 3: Position

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Mit Führungsverantwortung	31	61%
Ohne Führungsverantwortung	19	37%
In Ausbildung	1	2%
Gesamt	51	100%

Frage 4: Wie viele Jahre waren Sie vor Ihrer Beschäftigung im jetzigen MVZ schon in Ihrem Beruf tätig...

Antwortoptionen	Durchschnitt über alle Teilnehmer (=51)	Durchschnitt, nur wenn vorherige Tätigkeit	Anzahl mit vorheriger Tätigkeit in...
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus?	9,3 Jahre	10,3 Jahre	46
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)?	0,6 Jahre	4 Jahre	8
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ?	1,6 Jahre	6,9 Jahre	12
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel?	1,8 Jahre	8,1 Jahre	11
In der selbstständigen Niederlassung?	10,4 Jahre	20,4 Jahre	26
Sonstiges:	0,4 Jahre	21,0 Jahre	1

Frage 5: Wo waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit zuletzt beschäftigt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus	10	20%
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)	2	4%
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ	13	25%
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel	3	6%
In der selbstständigen Niederlassung	22	43%
Sonstiges	1	2%
Gesamt	51	100%

Frage 6: Warum haben Sie sich für eine Tätigkeit als Angestellter im MVZ entschieden: (Mehrfachnennungen möglich)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
kein Investitionsrisiko	23	45%
moderne Praxisausstattung	19	37%
weniger administrativer Aufwand	22	43%
Vereinbarkeit von Beruf und Familie	19	37%
Geregelte Arbeitszeiten	20	39%
festes Gehalt (finanzielle Gründe)	19	37%
Sonstiges	22	43%

Frage 7: Haben Sie in Ihrer Tätigkeit ökonomische Zielvorgaben?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	12	24%
Ja	39	76%
k.A.	0	0%
Gesamt	51	100%

Frage 8: Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Fallzahl pro Quartal	32	82%
Anteil der Privat-Patienten an der Fallzahl	12	31%
Umsatz pro Quartal	18	46%
Zeitaufwand pro Patient	8	21%
Zahl der Operationen pro Quartal	4	10%
Sonstige	6	15%

Frage 9: Lassen Ihnen die ökonomischen Zielvorgaben Ihrer Einschätzung nach...

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
vollkommenen Entscheidungsspielraum	7	14%
großen Entscheidungsspielraum	23	45%
teilweise Entscheidungsspielraum	6	12%
wenig Entscheidungsspielraum	6	12%
überhaupt keinen Entscheidungsspielraum	0	0%
keine Angabe	9	18%
Gesamt	51	100%

Frage 10: Welchen Einfluss haben die Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %	Beantwortungen	In %
Effizienz				
besser	22	43%	22	54%
neutral	16	31%	16	39%
schlechter	3	6%	3	7%
keine Angabe	10	20%		
Gesamt	51	100%	41	100%
Behandlungsqualität				
besser	12	24%	12	29%
neutral	24	47%	24	59%
schlechter	5	10%	5	12%
keine Angabe	10	20%		
Gesamt	51	100%	41	100%
Wartezeiten auf einen Termin				
besser	19	37%	19	46%
neutral	20	39%	20	49%
schlechter	2	4%	2	5%
keine Angabe	10	20%		
Gesamt	51	100%	41	100%
Wartezeiten in der Praxis				
besser	12	24%	12	29%
neutral	24	47%	24	59%
schlechter	5	10%	5	12%
keine Angabe	10	20%		
Gesamt	51	100%	41	100%

Frage 11: Wie schätzen Sie die Qualität der Patientenversorgung in Ihrem MVZ ein?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
überdurchschnittlich	38	75%
durchschnittlich	11	22%
unterdurchschnittlich	2	4%
Gesamt	51	100%

Frage 12: Wenn Sie Ihre Tätigkeit im jetzigen MVZ mit Ihrer vorhergehenden Tätigkeit vergleichen, dann...

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Hat sich die Patientenversorgung		
verbessert	21	41%
nicht verändert	25	49%
verschlechtert	5	10%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Modernität der Ausstattung		
verbessert	35	69%
nicht verändert	13	25%
verschlechtert	3	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Ausstattung mit Medizintechnik		
verbessert	34	67%
nicht verändert	12	24%
verschlechtert	4	8%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Personalausstattung		
verbessert	23	45%
nicht verändert	22	43%
verschlechtert	6	12%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Subspezialisierung		
verbessert	15	29%
nicht verändert	32	63%
verschlechtert	3	6%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Integration der Patientenversorgung an Ihrem Standort		
verbessert	20	39%
nicht verändert	30	59%
verschlechtert	0	0%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Wartezeit der Patienten auf einen Termin		
verbessert	18	35%
nicht verändert	30	59%
verschlechtert	3	6%

keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich die Wartezeit der Patienten in der Praxis		
verbessert	13	25%
nicht verändert	35	69%
verschlechtert	3	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich der Digitalisierungsgrad		
verbessert	29	57%
nicht verändert	21	41%
verschlechtert	1	2%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%
Hat sich der administrative Aufwand		
verbessert	19	37%
nicht verändert	23	45%
verschlechtert	8	16%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%
Hat sich Ihr Entscheidungsspielraum		
verbessert	14	27%
nicht verändert	29	57%
verschlechtert	7	14%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%
Haben sich die hygienischen Verhältnisse		
verbessert	15	29%
nicht verändert	32	63%
verschlechtert	3	6%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%

Frage 13: Sind ökonomische Zielvorgaben

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
relevanter bzw. präsenter geworden	20	39%
in der Relevanz bzw. Präsenz gleich geblieben	24	47%
weniger relevant bzw. weniger präsent geworden	4	8%
keine Angabe	3	6%
Gesamt	51	100%

Frage 14: Wer hat mehr Zeit für den Patienten?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxis	10	20%
Im MVZ	33	65%
Keine Angabe	8	16%
Gesamt	51	100%

Frage 15: Wer ist stärker ökonomisch bestimmt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Arzt/Ärztin in Einzelpraxis	35	69%
Arzt/Ärztin im MVZ	12	24%
keine Angabe	4	8%
Gesamt	51	100%

Frage 16: Wo lässt sich der Qualitätsanspruch besser verwirklichen?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	5	10%
Im MVZ	39	76%
keine Angabe	7	14%
Gesamt	51	100%

Frage 17: Wo ist die Therapiefreiheit besser gesichert?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	9	18%
Im MVZ	24	47%
keine Angabe	18	35%
Gesamt	51	100%

F18: Wo wird die Corona-Krise besser bewältigt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	5	10%
Im MVZ	34	67%
keine Angabe	12	24%
Gesamt	51	100%

F19: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	31	61%
eher zufrieden	12	24%
neutral	4	8%
eher unzufrieden	3	6%
sehr unzufrieden	1	2%
Gesamt	51	100%

Frage 20: Werden MVZ für die ambulant ärztliche Versorgung in Zukunft wichtiger?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	4	8%
Ja	46	90%
keine Angabe	1	2%
Gesamt	51	100%

Frage 21: Haben Sie Kenntnis über die Eigentumsverhältnisse des MVZ, in dem Sie tätig sind?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	6	12%
Ja	45	88%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	51	100%

Anhang 2: Befragung MFA/MTA 2020

(Hinweis: Bei der Angabe der Prozentwerte sind Rundungsdifferenzen möglich.)

Frage 1: Alter

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Bis 35	5	28%
Über 35 bis 55	12	67%
Älter als 55	1	6%
Gesamt	18	100%

Frage 2: Geschlecht

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Männlich	1	6%
Weiblich	17	94%
Divers	0	0%
Gesamt	18	100%

Frage 3: Berufliche Tätigkeit

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
MFA / MTA	17	94%
Pflegekraft	1	6%
Gesamt	18	100%

Frage 4: Position

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Mit Führungsverantwortung	12	67%
Ohne Führungsverantwortung	6	33%
In Ausbildung	0	0%
Gesamt	18	100%

Frage 5: Wie viele Jahre waren Sie vor Ihrer Beschäftigung im jetzigen MVZ schon in Ihrem Beruf tätig...

Antwortoptionen	Durchschnitt über alle Teilnehmer (=18)	Durchschnitt, nur wenn vorherige Tätigkeit	Anzahl mit vorheriger Tätigkeit in...
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus?	0,9 Jahre	4,0 Jahre	4
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)?	7,3 Jahre	18,9 Jahre	7
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ?	2,2 Jahre	8,0 Jahre	5
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel?	2,1 Jahre	9,3 Jahre	4
Sonstiges:	2,7 Jahre	8,2 Jahre	6

Frage 6: Wo waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit zuletzt beschäftigt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus	2	11%
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)	6	33%
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ	1	6%
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel	3	17%
Sonstiges	6	33%
Gesamt	18	100%

Frage 7: Haben Sie in Ihrer Tätigkeit ökonomische Zielvorgaben?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	4	22%
Ja	13	72%
k.A.	1	6%
Gesamt	18	100%

Frage 8: Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Erreichen der Wirtschaftsplanziele	10	77%
Umsatz pro Quartal	2	15%
Umsatzrendite pro Jahr	0	0%
Sonstige	2	15%

Frage 9: Lassen Ihnen die ökonomischen Zielvorgaben Ihrer Einschätzung nach...

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
vollkommenen Entscheidungsspielraum	1	6%
großen Entscheidungsspielraum	4	22%
teilweise Entscheidungsspielraum	9	50%
wenig Entscheidungsspielraum	2	11%
überhaupt keinen Entscheidungsspielraum	0	0%
keine Angabe	2	11%
Gesamt	18	100%

Frage 10: Welchen Einfluss haben die Zielvorgaben auf Effizienz, Behandlungsqualität und Wartezeiten?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %	Beantwortungen	In %
Effizienz				
besser	10	56%	10	63%
neutral	6	33%	6	38%
schlechter	0	0%	0	0%
keine Angabe	2	11%		
Gesamt	18	100%	16	100%
Behandlungsqualität				
besser	8	44%	8	50%
neutral	7	39%	7	44%
schlechter	1	6%	1	6%
keine Angabe	2	11%		
Gesamt	18	100%	16	100%
Wartezeiten auf einen Termin				
besser	11	61%	11	69%
neutral	5	28%	5	31%
schlechter	0	0%	0	0%
keine Angabe	2	11%		
Gesamt	18	100%	16	100%
Wartezeiten in der Praxis				
besser	10	56%	10	63%
neutral	5	28%	5	31%
schlechter	1	6%	1	6%
Keine Angabe	2	11%		
Gesamt	18	100%	16	100%

Frage 11: Wie schätzen Sie die Qualität der Patientenversorgung in Ihrem MVZ ein?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
überdurchschnittlich	14	78%
durchschnittlich	4	22%
unterdurchschnittlich	0	0%
Summe	18	1

**Frage 12: Wie würden Sie die Führungskultur in Ihrem MVZ beschreiben?
(Mehrfachnennungen möglich)**

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Autoritär	4	22%
Hierarchisch	6	33%
Kollegial	15	83%
Kooperativ	10	56%
Sonstiges	1	6%

F13: Wenn Sie Ihre Tätigkeit im jetzigen MVZ mit Ihrer vorhergehenden Tätigkeit vergleichen, dann...

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Hat sich die Patientenversorgung		
verbessert	13	72%
nicht verändert	4	22%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Modernität der Ausstattung		
verbessert	11	61%
nicht verändert	6	33%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Ausstattung mit Medizintechnik		
verbessert	11	61%
nicht verändert	6	33%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Personalausstattung		
verbessert	6	33%
nicht verändert	11	61%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Subspezialisierung		
verbessert	8	44%
nicht verändert	9	50%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Integration der Patientenversorgung an Ihrem Standort		
verbessert	12	67%
nicht verändert	5	28%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Wartezeit der Patienten auf einen Termin		
verbessert	10	56%
nicht verändert	4	22%
verschlechtert	3	17%

keine Angabe	1	6%
Gesamt	18	100%
Hat sich die Wartezeit der Patienten in der Praxis		
verbessert	10	56%
nicht verändert	7	39%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich der Digitalisierungsgrad		
verbessert	13	72%
nicht verändert	5	28%
verschlechtert	0	0%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich der administrative Aufwand		
verbessert	4	22%
nicht verändert	10	56%
verschlechtert	4	22%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Hat sich Ihr Entscheidungsspielraum		
verbessert	10	56%
nicht verändert	6	33%
verschlechtert	2	11%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Haben sich die hygienischen Verhältnisse		
verbessert	9	50%
nicht verändert	8	44%
verschlechtert	0	0%
keine Angabe	1	6%
Gesamt	18	100%
Haben sich die Möglichkeiten in der Materialbeschaffung		
verbessert	9	50%
nicht verändert	5	28%
verschlechtert	4	22%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Haben sich die Möglichkeiten in der Personalbeschaffung und im Personalmanagement		
verbessert	11	61%
nicht verändert	6	33%
verschlechtert	1	6%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%
Haben sich die Möglichkeiten bei Investitionen		

verbessert	9	50%
nicht verändert	7	39%
verschlechtert	2	11%
keine Angabe	0	0%
Gesamt	18	100%

Frage 14: Sind ökonomische Zielvorgaben

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
relevanter bzw. präsenter geworden	10	56%
in der Relevanz bzw. Präsenz gleich geblieben	6	33%
weniger relevant bzw. weniger präsent geworden	1	6%
keine Angabe	1	6%
Gesamt	18	100%

Frage 15: Wer optimiert die Wartezeiten besser?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Einzelpraxen	3	17%
MVZs	14	78%
Keine Angabe	1	6%
Gesamt	18	100%

Frage 16: Wo wird die Corona-Krise besser bewältigt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Einzelpraxis	3	17%
MVZ	11	61%
keine Angabe	4	22%
Gesamt	18	100%

Frage 17: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	13	72%
eher zufrieden	4	22%
neutral	1	6%
eher unzufrieden	0	0%
sehr unzufrieden	0	0%
Gesamt	18	100%

Frage 18: Werden MVZ für die ambulant ärztliche Versorgung in Zukunft wichtiger?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	1	6%
Ja	14	78%
keine Angabe	3	17%
Gesamt	18	100%

Frage 19: Haben Sie Kenntnis über die Eigentumsverhältnisse des MVZ, in dem Sie tätig sind?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	10	56%
Ja	7	39%
keine Angabe	1	6%
Gesamt	18	100%

Anhang 3: Patientenbefragung 2018, Fallbeispiel 1

Hinweis: Bei der Angabe der Prozentwerte sind Rundungsdifferenzen möglich.

Frage 1: Wie zufrieden sind Sie mit...

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Wartezeit auf Untersuchungstermin		
sehr zufrieden	898	76%
eher zufrieden	258	22%
eher unzufrieden	16	1%
sehr unzufrieden	4	0%
Gesamt	1176	100%
Wartezeit in der Praxis		
sehr zufrieden	844	75%
eher zufrieden	232	21%
eher unzufrieden	30	3%
sehr unzufrieden	16	1%
Gesamt	1122	100%
Freundlichkeit am Telefon		
sehr zufrieden	1028	93%
eher zufrieden	72	6%
eher unzufrieden	8	1%
sehr unzufrieden	2	0%
Gesamt	1110	100%
Freundlichkeit an der Anmeldung		
sehr zufrieden	1096	93%
eher zufrieden	72	6%
eher unzufrieden	6	1%
sehr unzufrieden	2	0%
Gesamt	1176	100%
Freundlichkeit in den Abteilungen		
sehr zufrieden	1056	91%
eher zufrieden	94	8%
eher unzufrieden	2	0%
sehr unzufrieden	4	0%
Gesamt	1156	100%

Atmosphäre in der Praxis		
sehr zufrieden	882	78%
eher zufrieden	242	21%
eher unzufrieden	6	1%
sehr unzufrieden	6	1%
Gesamt	1136	100%

Frage 2: Wie lange kommen Sie schon in unsere Praxis?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
1. Mal	522	44%
weniger als 1 Jahr	138	12%
1-2 Jahre	176	15%
3-5 Jahre	238	20%
mehr als 5 Jahre	102	9%
Gesamt	1176	100%

Anhang 4: Patientenbefragung Katarakt, Fallbeispiel 2

Hinweis: Bei der Angabe der Prozentwerte sind Rundungsdifferenzen möglich.

Frage 1: Koordination des Termins zur Voruntersuchung

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	524	69%
gut	102	14%
ok	23	3%
schlecht	1	0%
sehr schlecht	1	0%
nicht bewertbar	8	1%
keine Angabe	95	13%
Gesamt	754	100%

Frage 2: Übermittlung von Vorbefunden, Diagnose und Indikation

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	463	61%
gut	113	15%
ok	15	2%
schlecht	2	0%
sehr schlecht	0	0%
nicht bewertbar	16	2%
keine Angabe	145	19%
Gesamt	754	100%

Frage 3: Atmosphäre in unserer Praxis/Klinik (Praxisgestaltung)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	525	70%
gut	152	20%
ok	38	5%
schlecht	11	1%
sehr schlecht	2	0%
nicht bewertbar	2	0%
keine Angabe	24	3%
Gesamt	754	100%

Frage 4: Freundlichkeit des Praxispersonals

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	618	82%
gut	95	13%
ok	7	1%
schlecht	3	0%
sehr schlecht	1	0%
nicht bewertbar	2	0%

keine Angabe	28	4%
Gesamt	754	100%

Frage 5: Einfühlsamkeit/ Zuwendung des Arztes/der Ärztin

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	558	74%
gut	131	17%
ok	19	3%
schlecht	7	1%
sehr schlecht	4	1%
nicht bewertbar	2	0%
keine Angabe	33	4%
Gesamt	754	100%

Frage 6: Wartezeit bis zu Ihrem Termin (OP-Voruntersuchung)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	458	61%
gut	219	29%
ok	55	7%
schlecht	3	0%
sehr schlecht	2	0%
nicht bewertbar	3	0%
keine Angabe	14	2%
Gesamt	754	100%

Frage 7: Organisation und Ablauf der Voruntersuchung

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	520	69%
gut	181	24%
ok	25	3%
schlecht	4	1%
sehr schlecht	2	0%
nicht bewertbar	4	1%
keine Angabe	18	2%
Gesamt	754	100%

Frage 8: Aufklärung und Information zur geplanten OP

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	524	69%
gut	166	22%
ok	30	4%
schlecht	5	1%
sehr schlecht	4	1%

nicht bewertbar	6	1%
keine Angabe	19	3%
Gesamt	754	100%

Frage 9: Verständlichkeit/Nachvollziehbarkeit für Nicht-Mediziner

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	442	59%
gut	216	29%
ok	45	6%
schlecht	10	1%
sehr schlecht	2	0%
nicht bewertbar	6	1%
keine Angabe	33	4%
Gesamt	754	100%

Frage 10: Wie beurteilen Sie die Zuwendung des Arztes/der Ärztin

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	505	67%
gut	178	24%
ok	26	3%
schlecht	8	1%
sehr schlecht	4	1%
nicht bewertbar	4	1%
keine Angabe	29	4%
Gesamt	754	100%

Frage 11: Zweifelsfrei nachvollziehbare Diagnose und Therapie

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	461	61%
gut	186	25%
ok	34	5%
schlecht	4	1%
sehr schlecht	4	1%
nicht bewertbar	14	2%
keine Angabe	51	7%
Gesamt	754	100%

Frage 12: Wartezeit bis zu Ihrem OP-Termin

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	509	68%
gut	183	24%
ok	33	4%
schlecht	6	1%

sehr schlecht	5	1%
nicht bewertbar	4	1%
keine Angabe	14	2%
Gesamt	754	100%

Frage 13: Betreuung und Aufklärung bei der OP-Vorbereitung

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	573	76%
gut	133	18%
ok	18	2%
schlecht	5	1%
sehr schlecht	0	0%
nicht bewertbar	4	1%
keine Angabe	21	3%
Gesamt	754	100%

Frage 14: Sicherheitsgefühl und Empathie durch das Personal

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	599	79%
gut	121	16%
ok	10	1%
schlecht	2	0%
sehr schlecht	0	0%
nicht bewertbar	4	1%
keine Angabe	18	2%
Gesamt	754	100%

Frage 15: Kompetenzanmutung des operierenden Arztes

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	582	77%
gut	104	14%
ok	12	2%
schlecht	1	0%
sehr schlecht	3	0%
nicht bewertbar	12	2%
keine Angabe	40	5%
Gesamt	754	100%

Frage 16: Betreuung und Information nach der OP

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	538	71%
gut	162	21%
ok	18	2%

schlecht	6	1%
sehr schlecht	3	0%
nicht bewertbar	6	1%
keine Angabe	21	3%
Gesamt	754	100%

Frage 17: Vorläufiges Behandlungsergebnis

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr gut	455	60%
gut	187	25%
ok	30	4%
schlecht	5	1%
sehr schlecht	4	1%
nicht bewertbar	10	1%
keine Angabe	63	8%
Gesamt	754	100%

Frage 18: Einen Telefonanruf am Tag nach der OP finde ich wünschenswert

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Ja	198	26%
Nein	410	54%
keine Angabe	146	19%
Gesamt	754	100%

Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung online (2020), MVZ in Investorenhand erneut in der Kritik,
Veröffentlicht: 19.01.2020, online verfügbar, URL:
<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/MVZ-in-Investorenhand-erneut-in-der-Kritik-405861.html> (letzter Abruf: 15.06.2020).

Ärzte Zeitung online (2019), Das gute und das böse Geld, Veröffentlicht:
11.02.2019, online verfügbar, URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Das-gute-und-das-boese-Geld-253851.html> (letzter Abruf: 15.06.2020).

Bundesärztekammer (o. J.), Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018, Bundesgebiet
gesamt, online verfügbar, URL:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf (letzter Abruf: 19.10.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (2018), Wettbewerb im Gesundheitswesen,
22. Juni 2018, online verfügbar, URL:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/wettbewerb.html> (letzter Abruf: 13.07.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (2016), Abbau von Überversorgung, 22. März
2016, online verfügbar, URL:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/u/ueberversorgung-abbau-von.html> (letzter Abruf: 15.10.2020).

Beneker, C. (2018), Objekte der Begierde: Medizinische Versorgungszentren im
Visier von Spekulanten – gute Rendite statt guter Patientenversorgung?,
Veröffentlicht: 14. November 2018, online verfügbar, URL:
https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907437#vp_1 (letzter
Abruf: 15.06.2020).

Chaibi, S. und Schulze Ehring, F. (2019), PKV-Regionalatlas Bayern, Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln. online verfügbar, URL: https://www.pkv.de/w/files/politik/studien/pkv-regionalatlas_bayern.pdf (letzter Abruf: 09.09.2020).

Deutscher Bundestag (2003), Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1525, 08.09.2003, online verfügbar, URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> (letzter Abruf: 10.07.2020).

Deutsches Ärzteblatt (2020), SPD in Sachsen-Anhalt will privatisierte Krankenhäuser notfalls verstaatlichen, Dienstag, 14. Januar 2020, online verfügbar, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108628/SPD-in-Sachsen-Anhalt-will-privatisierte-Krankenhaeuser-notfalls-verstaatlichen> (letzter Abruf: 20.08.2020).

Deutsches Ärzteblatt (2020a), Reinhardt: Spahn bei Kommerzialisierung zu gelassen, 17. August 2020, online verfügbar, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/215040/Fremdkapital-Reinhardt-Spahn-bei-Kommerzialisierung-zu-gelassen> (letzter Abruf: 01.09.2020).

Donabedian, A. (1966), Evaluating the Quality of Medical Care, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (S. 166–203).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 5. Dezember 2019, online verfügbar, URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2022/BPL-RL_2019-12-05_iK-2019-12-21.pdf (letzter Abruf: 01.09.2020).

Gesundheit und Gesellschaft (2019), Interview mit Dr. Klaus Reinhardt, „Die Selbstverwaltung ist ein sehr hohes Gut“, online verfügbar, URL: <https://www.gg-digital.de/2019/11/die-selbstverwaltung-ist-ein-sehr-hohes-gut/index.html> (letzter Abruf: 01.09.2020).

GKV-Spitzenverband (o. J.), Fokus: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung, online verfügbar, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp (letzter Abruf: 15.10.2020).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019), Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2018, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (letzter Abruf: 16.06.2020).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019a), Medizinische Versorgungszentren aktuell, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2018, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf (letzter Abruf: 16.06.2020).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020), Die Bedarfsplanung – Grundlagen, Instrumente und Umsetzung, Januar 2020, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf (letzter Abruf: 06.09.2020).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a), Versorgungsgrade in den Planungsbereichen, online verfügbar, URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (letzter Abruf: 15.10.2020).

kma Online (2020), Oberlandesgericht untersagt Sozialministerin Falschaussagen gegen Aneos, 24.07.2020, online verfügbar, URL: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/oberlandesgericht-untersagt-sozialministerin-falschaussagen-gegen-ameos-a-43694> (letzter Abruf: 18.08.2020).

Korzilius, H. (2018), Investoren auf Einkaufstour, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 39, 28. September 2018, online verfügbar, URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=201014> (letzter Abruf: 20.08.2020).

Minartz, C. (2011), Organisation und Struktur der fachärztlichen Versorgung in Deutschland – Eine gesundheitsökonomische Analyse und Bewertung sowie Ansätze zur Optimierung, Verlag Dr. Kovač, Hamburg.

Müller, S. (2020), Die Angst vor den Investoren, in: f&w Ausgabe 5/2020, online verfügbar, URL: <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/40626-die-angst-vor-den-investoren> (letzter Abruf: 30.06.2020).

Robert Koch Institut (2006), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit in Deutschland, Berlin, Juli 2006, online verfügbar, URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GiD_2006/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile (letzter Abruf: 14.07.2020).

ver.di (o.J.), Versorgungszentren als Profitquelle, online verfügbar, URL: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/mvz/++co++4c913c64-8c1b-11e7-8dc4-525400940f89> (letzter Abruf: 30.06.2020).