

für den Bundesverband der Betreiber
medizinischer Versorgungszentren e.V.

MVZ mit Kapitalbeteiligung im Meinungsbild der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte:

Ergebnisse einer Befragung aus dem Jahr 2022

Prof. Dr. Günter Neubauer
Dr. Christof Minartz
Christina Niedermeier, M. P. H.
Sabine Radeck-Knorre, MA



Institut für
Gesundheitsökonomik

Im Auftrag von:



September 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

SEITE 5

1 Ausgangssituation, Zielsetzung und Vorgehensweise

1.1. Ausgangssituation im Jahr 2022

1.2. Zielsetzung und Vorgehensweise der Befragung

SEITE 6-7

2 Medizinische Versorgungszentren als wichtige Säule in der deutschen Gesundheitsversorgung

2.1. Entwicklung von MVZ und der dort angestellten Ärztinnen und Ärzte

2.2. Ärztin bzw. Arzt in Anstellung als freier Beruf

SEITE 8-11

3 Gewinnung von originären Informationen über MVZ mit Kapitalbeteiligung

3.1. Durchführung und Methode der Befragung von
in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzten

3.2. Strukturdaten zur Befragung

SEITE 12-13

4 Ergebnisse der Befragung

4.1. Gründe für Tätigkeit in MVZ differenziert nach Alter,
Geschlecht und vorheriger Tätigkeit

4.2. Ärztliche Unabhängigkeit und ökonomischer Druck im MVZ:
Gefährden ökonomische Ziele die Patientenversorgung?

4.3. Versorgungsqualität im MVZ

4.4. Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit im MVZ

SEITE 14-29

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

SEITE 30-31

Anhang: Befragung Ärztinnen und Ärzte 2022

SEITE 32-39

Literaturverzeichnis

SEITE 40

Abbildungsverzeichnis

SEITE 41

Vorwort

In der gesundheitspolitischen Diskussion über MVZ mit Kapitalbeteiligung wurde bislang die Einschätzung von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten weitgehend vernachlässigt. Aus diesem Grund wird in dem vorliegenden Studienbericht die Meinung der in MVZ mit Kapitalbeteiligung angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Mittelpunkt gestellt. Bereits im Jahr 2020 hat das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) für den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) eine Untersuchung zur Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung durchgeführt. Ein zentraler Bestandteil dieser Studie war die Befragung der Beschäftigten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die Mitglieder im BBMV sind. Zum ersten Mal wurde hier die Perspektive der betroffenen Ärztinnen und Ärzte in die Diskussion eingebracht.

Da leider die Zahl der Rückmeldungen gering war, bat der BBMV das IfG, die Untersuchung aus dem Jahr 2020 auf eine breitere und aktuellere Datenbasis zu stellen. Deshalb wurde eine erneute – diesmal weiter angelegte – Befragung der in den Mitglied-MVZ beschäftigten Ärztinnen und Ärzte Mitte des Jahres 2022 durchgeführt. Die Befragung erfolgte anonym über eine Online-Plattform im zweiten Quartal 2022. An der Befragung beteiligten sich 180 Ärztinnen und Ärzte. Die Fragen und die eingegangenen Antworten sind im Anhang nachzulesen.

Im Wesentlichen decken sich die Antworten der Befragung 2022 inhaltlich mit den Studienergebnissen aus dem Jahr 2020. Die angestellten Ärztinnen und Ärzte sehen vielfältige Vorteile in einer Angestelltentätigkeit im MVZ gegenüber einer inhabergeführten Praxis. Entsprechend hoch ist die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Tätigkeit, was sich auch in einer hohen Arbeitsmotivation manifestiert, wie unsere Befragungsergebnisse belegen. Es profitieren sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das MVZ als Arbeitgeber selbst. MVZ mit Kapitalbeteiligung nehmen bereits heute eine wichtige Rolle in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ein.

Die Verfasser danken Herrn Dr. Mouzhi Ge für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Befragungsergebnisse sowie für die Anfertigung der Grafiken.

München im September 2022,

Die Verfasser

1

Ausgangssituation, Zielsetzung und Vorgehensweise

1.1. Ausgangssituation im Jahr 2022

Im Jahr 2020 hat das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) für den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) eine Untersuchung zur Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung durchgeführt. Neben grundsätzlichen, theoretisch basierten Betrachtungen, wurde im Rahmen der Studie im Jahr 2020 eine Befragung des Personals von im BBMV organisierten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durchgeführt. In der vorliegenden Studie wurde vor allem die Befragung des ärztlichen Personals auf eine breitere Basis gestellt, um eine repräsentative Einschätzung zur Situation in MVZ mit Kapitalbeteiligung im Jahr 2022 aus ärztlicher Sicht zu erhalten.

Dies ist deshalb notwendig, weil sich die gesundheitspolitische Diskussion über die Rolle von externen Investorinnen und Investoren für das deutsche Gesundheitswesen und insbesondere über MVZ mit Kapitalbeteiligung in den letzten zwei Jahren erhitzt hat und zunehmend emotional und weniger faktenbasiert geführt wird. Obwohl das eingesetzte Beteiligungskapital dazu beiträgt, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wird diese Entwicklung von bestimmten Gruppen kritisch gesehen. Es wird befürchtet, dass die Patientenversorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung dem Renditestreben nachgeordnet wird und die Behandlungsqualität darunter leidet. In der Diskussion wird allerdings die Perspektive der in MVZ mit Kapitalbeteiligung beschäftigten Ärztinnen und Ärzte kaum in Betracht gezogen.

Mit dem im Jahr 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und der damit verbundenen Einführung von MVZ in Deutschland wurde beabsichtigt und ermöglicht, dass die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr allein durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte gewährleistet wird, sondern auch von institutionellen Trägergesellschaften, die als mittelbare Betreiber von MVZ vertragsärztliche Leistungen ausschließlich bzw. zumindest im Wesentlichen von angestellten Ärztinnen und Ärzten erbringen lassen. Die Diskussion wurde vor allem von den Krankenhäusern bestimmt, die mit der Möglichkeit, MVZ zu gründen, das Ziel einer integrativen, ambulant-stationären Patientenversorgung verwirklichen wollten. Damit stellten MVZ in der bisherigen Reformgeschichte eine tiefgreifende Veränderung der vertragsärztlichen Versorgung dar.

Nach der Etablierung der MVZ in der deutschen 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 darauf, wer MVZ gründen 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.

Mit der Einführung von MVZ in die vertragsärztliche Versorgung, fand eine Abkehr von dem Zielbild der klassischen Einzelpraxen statt, die von wirtschaftlich selbstständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzten geführt werden. Nun können auch kooperative MVZ, die zu einem Großteil mit angestellten Ärztinnen und Ärzten arbeiten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese neue Versorgungsform im vertragsärztlichen Sektor wurde in den letzten

Jahren sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Patientinnen und Patienten rege angenommen. So wuchs die Zahl der MVZ im Jahr 2020 um 300 Einrichtungen und damit einhergehend die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte um ca. 1.800 (vgl. Abbildung 2). Im Stadtstaat Hamburg arbeitet mittlerweile jede(r) fünfte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin bzw. Arzt in einem MVZ.¹

Neu gegründete MVZ weisen gegenüber Einzelpraxen oft ein deutlich höheres Ausstattungsniveau auf (vgl. Abbildung 13 bis Abbildung 16) und beschäftigen zudem im Durchschnitt ca. sechs Ärztinnen bzw. Ärzte, was Qualitätsvorteile im Hinblick auf die Patientenversorgung verspricht (vgl. Abbildung 11 und Abbildung 12). Das rasche zahlenmäßige Wachstum von MVZ führt dazu, dass sich die ambulante-ärztliche Leistungserbringung weg von wirtschaftlich selbstständigen hin zu angestellten Ärztinnen und Ärzten verschiebt.

1.2. Zielsetzung und Vorgehensweise der Befragung

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die gesundheitspolitische Diskussion um die Perspektive der Ärztinnen und Ärzte, die die Patientenversorgung in MVZ durchführen und verantworten, zu erweitern. Es sollen die Beweggründe der Ärztinnen und Ärzte zur Arbeit im MVZ aufgezeigt und deren Zufriedenheit mit der Arbeit dort dargestellt werden. Zudem soll die Einschätzung der in MVZ mit Kapitalbeteiligung angestellten Ärztinnen und Ärzten der Arbeitsbedingungen und des Versorgungsgeschehens erfasst werden. Hierzu werden mittels unserer Befragung von in MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzten originäre Daten erhoben, die so noch nicht vorliegen. Dies wird vor allem dadurch sichtbar, dass in unserer Befragung die Ärztinnen und Ärzten auch nach ihrer vorherigen Tätigkeit befragt werden und somit ein Vergleich zur derzeitigen Tätigkeit im MVZ möglich wird.

Zunächst wird kurz die Entwicklung von MVZ und der dort angestellten Ärztinnen und Ärzte geschildert. Es wird anschließend auf den Wandel des Arztberufes in Deutschland eingegangen und den/der Ärztin bzw. Arzt in Anstellung als freier Beruf beleuchtet. Anschließend wird erläutert, wie im Rahmen der durchgeführten Befragung die originären Informationen über die Tätigkeit in MVZ mit Kapitalbeteiligung ermittelt wurde.

Im Zentrum der Studie stehen die Ergebnisse der durchgeführten Befragung, um die Einschätzung der in MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Vordergrund zu stellen. Die Ergebnisse werden vorwiegend grafisch dargestellt und dann diskutiert. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse nach den folgenden Gesichtspunkten geordnet:

- Gründe für Tätigkeit in MVZ differenziert nach Alter, Geschlecht, vorheriger Tätigkeit
- Ärztliche Unabhängigkeit und ökonomischer Druck in MVZ
- Versorgungsqualität in MVZ sowie
- Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in MVZ.

Abschließend werden die ermittelten Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen zur Tätigkeit in MVZ mit Kapitalbeteiligung abgeleitet.

¹ KBV (2020)

2

Medizinische Versorgungszentren als wichtige Säule in der deutschen Gesundheitsversorgung

2.1. Entwicklung von MVZ und der dort angestellten Ärztinnen und Ärzte

Seit Einführung der MVZ in das deutsche Gesundheitswesen durch das GMG im Jahr 2004, sind die Zahlen der zugelassenen MVZ rasch gestiegen. Dies verdeutlicht die folgende Abbildung, die die Entwicklung für alle MVZ sowie für die darin enthaltene Teilgruppe der Krankenhauses MVZ von 2004 bis 2020 darstellt.

Mit der steigenden Zulassung von MVZ gehen auch wachsende Zahlen der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte einher, wie die nächste Abbildung belegt.

Wie die Abbildungen zeigen, waren zum 31.12.2020 in den 3.846 zugelassenen MVZ 23.640 Ärztinnen und Ärzte tätig, von denen 21.976 Angestellte und 1.664 Vertragsärztinnen und -ärzte waren. Dies entspricht im Durchschnitt 6,1 Ärztinnen und Ärzte je MVZ. Zum selben Stichtag arbeiteten in Deutschland in der ambulanten Versorgung 161.400 Ärztinnen und Ärzte und in der stationären Versorgung 211.900 Ärztinnen und Ärzte.² Das bedeutet, dass die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den MVZ einen Anteil von 13,6% in der vertragsärztlichen Versorgung und 5,9% an den Ärztinnen und Ärzten, die in Summe in der ambulanten und stationären Versorgung tätig waren, ausmachen.

Die Trägerschaften und die Rechtsformen der MVZ waren hierbei sehr unterschiedlich. 1.707 (42%) MVZ waren in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten, 1.725 (42%) in Trägerschaft von Krankenhäusern und 650 (16%) in sonstiger Trägerschaft, wobei Mehrfachträgerschaften möglich waren. Für Bayern schätzt das IGES in seinem Gutachten auf Grundlage von Daten der KV Bayern aus dem Jahr 2019 einen Anteil der MVZ mit Kapitalbeteiligung in Höhe von ca. 10%.³ Da – eine gleichbleibende Entwicklung wie in den vergangenen Jahren unterstellt – der Versorgungsanteil der MVZ im humanmedizinischen Bereich selbst bis 2030 hochgerechnet lediglich bei 20% liegen wird, heißt das, dass der Sitzanteil der MVZ mit Kapitalbeteiligung dann immer noch nur bei 2% aller Arztsitze läge.⁴

Die vorwiegenden Rechtsformen waren bundesweit GmbH und GbR. Gemäß der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach siedlungsstrukturellen Gebietstypen, waren bundesweit 1.795 MVZ (47%) in einer Kernstadt zugelassen, 1.487 (38%) in einem Ober-/Mittelzentrum und 564 (15%) in ländlichen Gemeinden.⁵

Möchte man die Anzahl der MVZ mit Kapitalbeteiligung exakt ermitteln, so steht man vor einem Abgrenzungsproblem⁶, was unter einem „MVZ mit Kapitalbeteiligung“⁷ zu verstehen ist.

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

³ Vgl. Tisch (2021), S. 113

⁴ Vgl. Müller, S. (2022)

⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a), S. 3ff

⁶ Ladurner et al 2020, S. 10ff

⁷ 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 Fondsiniciators (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. 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 auf-

grund 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 sichern 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

Abbildung 1:

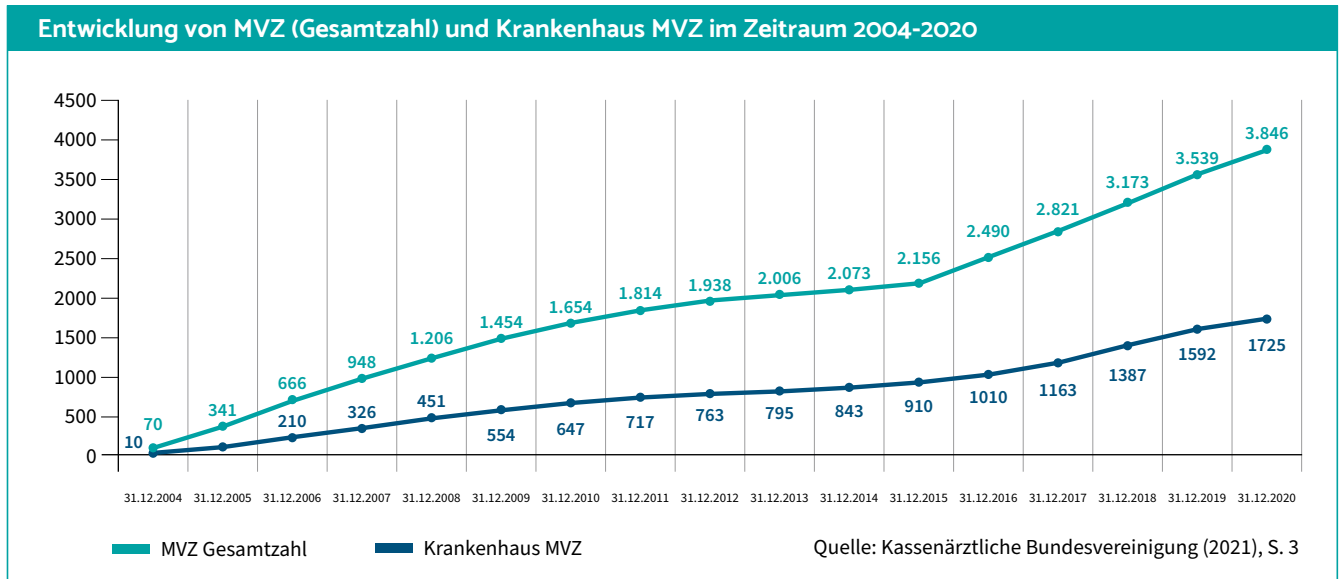
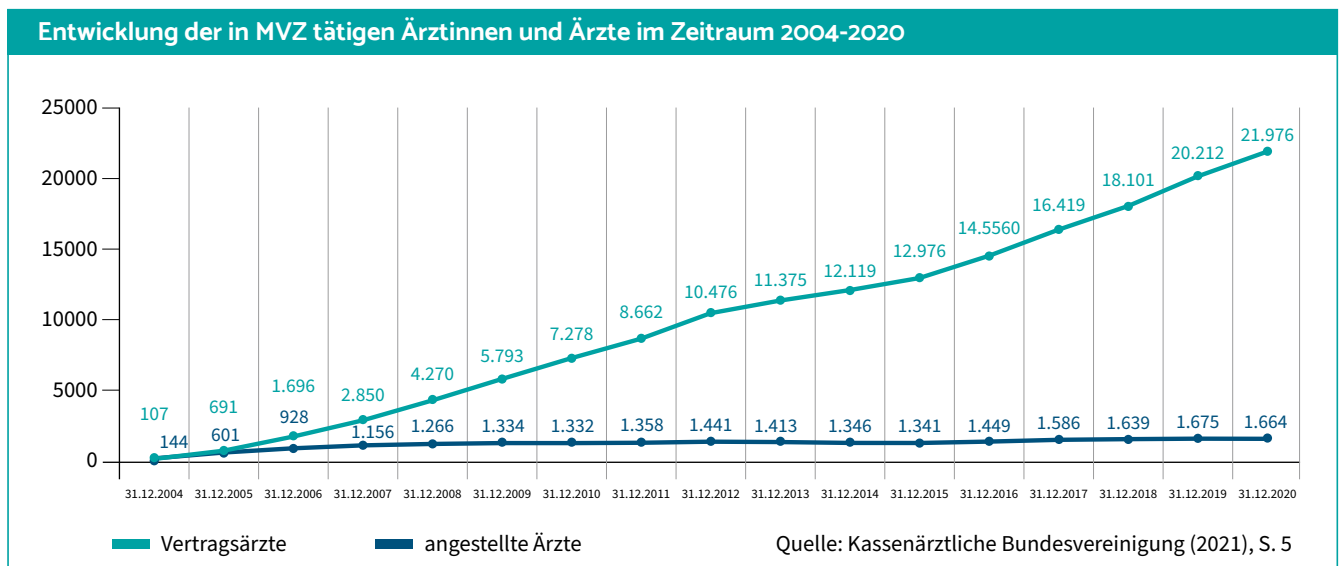


Abbildung 2:



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.

Entsprechend gibt es hierzu auch keine öffentlichen Daten, sondern nur einzelne – zum Teil explorative – Analysen⁸, 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. Je nach Trägerschaft des beteiligten Krankenhauses, das können Kommunen, Wohlfahrtsverbände oder private Krankenhausunternehmen sein, wäre die Zuordnung zu differenzieren.⁹

2.2. Ärztin bzw. Arzt in Anstellung als freier Beruf

In der Diskussion um die Träger- und Inhaberschaft von MVZ rücken auch die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Fokus. Der Arztberuf zählt zu den sogenannten freien Berufen. In den Standesvertretungen wird gelegentlich befürchtet, dass der freie Beruf durch die stark wachsende Zahl von angestellten Ärztinnen und Ärzten verloren geht.¹⁰ Aber nicht nur der niedergelassene Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin in eigener Praxis übt den freien Beruf des „Arztes“ aus, sondern auch eine angestellte Ärztin bzw. ein angestellter Arzt, z. B. im MVZ oder Krankenhaus, ist in einem freien Beruf tätig, weil 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 eine Ärztin bzw. ein Arzt wirtschaftlich abhängig ist, muss sie/er in allen ärztlichen Entscheidungen frei bleiben. Das ist eine notwendige Voraussetzung, damit die Patientinnen und Patienten entsprechend ihren bzw. seinen Qualifikationen und Verantwortung behandelt werden.¹¹

Um die Einhaltung der ordnungsgemäßen Behandlungsabläufe sicherzustellen, regelt §95 SGB V, dass jedes MVZ – unabhängig von der Träger- und Inhaberschaft – eine ärztliche Leitung haben muss. Bei MVZ handelt es sich damit zwingend immer um „ärztlich geführte Einrichtungen“, auch wenn bei MVZ mit Kapitalbeteiligung oft fälschlicherweise von „investorengeführten MVZ“ gesprochen wird. Die Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung und der angestellten Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Fragen gegenüber den Gesellschaftern und der Geschäftsführung des MVZ wird nicht nur gesetzlich und berufsrechtlich (§2 Abs. 4 und §23 MBO-Ä), sondern zusätzlich in den Arbeitsverträgen sichergestellt.

Indessen gibt es auch Unterschiede zwischen dem freien Arztberuf und dem des selbstständigen, niedergelassenen Arztes: Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Selbstständige kennzeichnet, dass sie steuerrechtlich auf eigene Rechnung arbeiten und die Investitionen in Praxisausstattung und zugehörige Geräte selbst tragen.¹² Sie entscheiden über die medizinisch-technische sowie personelle Ausstattung der Praxis. Folglich übernehmen sie zum einen ein unternehmerisches Risiko und zum anderen können sie unternehmerische Chancen wahrnehmen. Bei ihrem wirtschaftlichen Handeln können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte frei entscheiden.

Während Selbstständige darüber hinaus in keine Hierarchie eingebunden sind, gilt dies alles für die angestellten Ärztinnen und Ärzte so nicht. Sie sind organisatorisch eingebunden und wirtschaftlich abhängig. Für ihre Tätigkeit erhalten sie ein Gehalt.¹³ Selbstständige hingegen erhalten für ihre erbrachten Leistungen ein Honorar, und es gilt, dass ihr Einkommen bzw. ihr Überschuss so hoch ausfällt, wie ihre Honorarerlöse die ihnen bei der Leistungserbringung entstandenen Kosten übersteigen.¹⁴

⁸ 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*.

⁹ Vgl. Müller (2020), S. 437

¹⁰ Vgl. Heinrich (o. J.)

¹¹ Vgl. Köhler (2007), S. 959

¹² Vgl. Köhler (2007), S. 960; Minartz (2011), S. 24

¹³ Vgl. Köhler (2007), S. 960

¹⁴ Vgl. Neubauer (2009), S. 13

Der Arztberuf ist kein Gewerbe (§1 MBO-Ä), allerdings wird durch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem die Rolle der selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzte zunehmend in Richtung der eines Unternehmers transformiert.¹⁵ Die knappen Mittel und die Budgetierung im deutschen Gesundheitswesen führen dazu, dass niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zunehmend auch eine wirtschaftliche Verantwortung zugewiesen wird.

Damit ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der Funktion des niedergelassenen Arztes als Mediziner und der als Unternehmer. Das Handeln der Ärztinnen und Ärzte wird begrenzt durch die ökonomischen Restriktionen. Eine steigende Mittelknappheit wirkt direkt auf die Ärztinnen und Ärzte ein. Zwar sind sie weiterhin autonom in ihrer Entscheidung, wie viel Behandlungszeit sie der einzelnen Patientin bzw. dem einzelnen Patienten widmen, doch wird ihre Entscheidung dahingehend beeinflusst, dass sie die betriebswirtschaftliche Tragfähigkeit ihrer Praxis sicherstellen müssen. Je größer die Mittelknappheit und der ökonomische Druck sind, umso mehr besteht die Gefahr, dass die ärztliche Therapiefreiheit nicht gewahrt werden kann. Kostendämpfungsvorgaben, z. B. in Form von Bonus-Malus-Regelungen bei der Arzneimittelverordnung oder Richtgrößenprüfungen bei der Heilmittelverordnung, können die Therapiefreiheit aushöhlen und dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt gestört wird.¹⁶

Dies führt u. a. dazu, dass das tradierte Modell der selbstständigen Niederlassung in den letzten Jahren an Attraktivität bei der jungen Ärztegeneration eingebüßt hat. Es besteht der Wunsch, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu haben, zudem nach Austausch und Kooperation, weniger Bürokratie und Investitionsrisiko sowie der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wie auch unsere Befragung zeigt (siehe

Abschnitt 4.1). Die Arbeit als Ärztin bzw. Arzt in Anstellung wird gerade von der jüngeren Generation als willkommene Alternative zur Selbstständigkeit begriffen, weil diese Ärztinnen und Ärzte ihre persönlichen Arbeitszeitmodelle als flexibel und familienfreundlich empfinden.¹⁷ Man kann feststellen, dass MVZ bei jungen Ärztinnen und Ärzten eine hohe Priorität besitzen und es ist derzeit keine Abflachung dieser Entwicklung zu sehen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Befragungen des Instituts der deutschen Zahnärzte 2021 und eine Befragung des Marburger Bundes bei dessen Mitgliedern aus dem Jahre 2022.¹⁸

Lange Zeit war der Arztberuf in Anstellung vor allem in der stationären Versorgung bekannt. Seit der Einführung von MVZ im Jahr 2004 wächst diese Möglichkeit auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland stetig an (siehe Abschnitt 2.1). So fand in den letzten Jahren eine Vervielfachung der angestellten Ärztinnen und Ärzte statt, wobei die MVZ die weitaus wichtigsten Arbeitgeber sind. Offensichtlich ist für viele junge Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in einem MVZ mit Vorteilen verbunden, die sie in der eigenen Niederlassung oder auch im Krankenhaus nicht sehen. Dies trifft vor allem für Fachärztinnen und -ärzte zu, da diese bei einer Niederlassung eine hohe Erst-Investition zu finanzieren haben. Aber auch familienfreundliche Arbeitszeitmodelle im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses spielen hier eine wichtige Rolle – vor allem auch vor dem Hintergrund, dass der Frauenanteil bei Ärzten in der ambulanten Versorgung kontinuierlich wächst. Entsprechend hält der Trend an, dass sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Anstellung entscheiden statt für eine eigene Praxis.¹⁹

¹⁵ Vgl. Minartz (2011), S. 26

¹⁶ Vgl. Köhler (2007), S. 962; Minartz (2011), S. 26f

¹⁷ Vgl. Marburger Bund Zeitung (2022)

¹⁸ Vgl. Kettler (2021); Marburger Bund Zeitung (2022a)

¹⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)

3

Gewinnung von originären Informationen über MVZ mit Kapitalbeteiligung

3.1. Durchführung und Methode der Befragung von in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzten

Bislang liegen kaum bis keine empirisch gestützten Daten zur Patientenversorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung vor, weshalb die von uns durchgeführte Befragung neue Ergebnisse in einem bislang wenig erforschten Bereich liefert. Um diese Ergebnisse zu erhalten, wurde der Fragebogen an Beschäftigte in MVZ mit Kapitalbeteiligung verschickt, die diesen freiwillig und anonym beantworten konnten. Diese Vorgehensweise hat den Nachteil, dass unsere Befragungsergebnisse aufgrund eines nicht kontrollierbaren „Selbstselektionsfaktors“ nur begrenzt repräsentativ sein dürften. In der Praxis erweisen sich jedoch Zufallsstichproben oder Quotenstichproben, die Voraussetzung sind für repräsentative Ergebnisse, als schwer erreichbar. Dies gilt insbesondere für den betrachteten, noch wenig erforschten Bereich der MVZ mit Kapitalbeteiligung.

Die anonyme Eingabe der Daten auf einer Online-Plattform durch die befragten Ärztinnen und Ärzte und die anschließende Bereitstellung der Daten durch den Plattformanbieter gewährleisten eine durchgehende Anonymität. Dies ist allerdings mit dem Nachteil verbunden, dass bei unklaren oder unvollständigen Antworten keine Nachfragen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern möglich waren, da die Daten nicht nachverfolgt werden konnten. Nach der Beantwortung der Abschlussfrage hinsichtlich Zustimmung der Auswertung der anonymisierten Daten durch das IfG wurde die Befragung beendet und die eingegebenen Daten in einer Datenbank der Online-Plattform gespeichert. Eine wiederholte Teilnahme mit demselben PC bzw. Internet-Browser war anschließend nicht mehr möglich, um Mehrfacheingaben durch dieselbe Person auszuschließen bzw. zu erschweren.

Die eingegebenen Daten wurden durch das IfG in einer Datei aus der Online-Plattform exportiert und die Auswertung erfolgte über das Programm Microsoft Excel. Vor der Auswertung der Daten wurde eine Prüfung auf Plausibilität durchgeführt. Bei einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Fragen gab es Beantwortungslücken und es konnten nicht alle Daten aufgrund von implausiblen Antworten verwendet werden. Insgesamt war der Beantwortungsgrad und der Verwendbarkeitsgrad der Daten nach der Plausibilitätsprüfung sehr hoch. Die Validität der eingegangenen Daten ist als gut zu bewerten.

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv mittels Grafiken. Die den Grafiken zugrundeliegenden Daten sind im Anhang nachzulesen. Es wurden bei der Auswertung meistens unterschiedliche Differenzierungen nach Alter („bis 55 Jahre“ und „über 55 Jahre“), Geschlecht und vorheriger Tätigkeit durchgeführt. Bei der vorherigen Tätigkeit wurde danach differenziert, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung vorher selbstständig tätig (vorherige Beschäftigung: „In der selbstständigen Niederlassung“) oder angestellt (vorherige Beschäftigung „Nicht in der selbstständigen Niederlassung“) waren. Diese Differenzierung wurde bei der Auswertung für die meisten Fragen vorgenommen, da hier wichtige Aufschlüsse aus dem Vergleich der Ergebnisse erwartet wurden. Im Folgenden werden für eine bessere Einschätzung der in Kapitel 4 gezeigten Ergebnisse die Strukturdaten zur Befragung dargelegt.

3.2. Strukturdaten zur Befragung

Es wurden originäre Daten anhand einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten in MVZ mit Kapitalbeteiligung gewonnen, die Mitte des Jahres 2022 durchgeführt wurde. Hierzu wurde ein Fragebogen erstellt, dessen Fragen im Anhang dargestellt sind. An der Befragung haben 180 von 1.382 Ärztinnen und Ärzten (d.h. 13%) teilgenommen, die an 291 MVZ Standorten tätig sind (nach Angaben des BBMV vom 18. und 19. Juli 2022). Die Teilnahme war, wie oben dargestellt, freiwillig und anonym und erfolgte über eine Online-Plattform, wenn gewünscht auch von Zuhause. In der folgenden Abbildung werden die Strukturdaten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung dargestellt.

Wie die Abbildung zeigt, waren ungefähr zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 55 Jahre alt oder jünger. Dies spiegelt auch den in Kapitel 2.2 beschriebenen Trend zur Arbeit in Anstellung von jungen Ärztinnen und Ärzten wi-

der. Bezogen auf das Geschlecht waren Frauen und Männer jeweils annähernd hälftig vertreten. Hinsichtlich der vorherigen Tätigkeit der Befragten wird deutlich, dass die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zuvor angestellt tätig waren: 36% hatten zuvor ein Angestelltenverhältnis im Krankenhaus, 36% ein Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung, 22% waren zuvor in selbstständiger Niederlassung tätig und 6% übten zuvor eine sonstige Tätigkeit aus.

Wie dargestellt, wird bei der Auswertung häufig die Differenzierung nach der vorherigen Tätigkeit („zuvor in der selbstständigen Niederlassung“ versus „zuvor nicht in der selbstständigen Niederlassung“) vorgenommen. Hierbei muss festgehalten werden, dass diese Gruppen ungleich verteilt sind. Während ca. drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zuvor angestellt bzw. nicht in der selbstständigen Niederlassung tätig waren, war nur ca. ein Viertel zuvor in selbstständiger Niederlassung tätig.

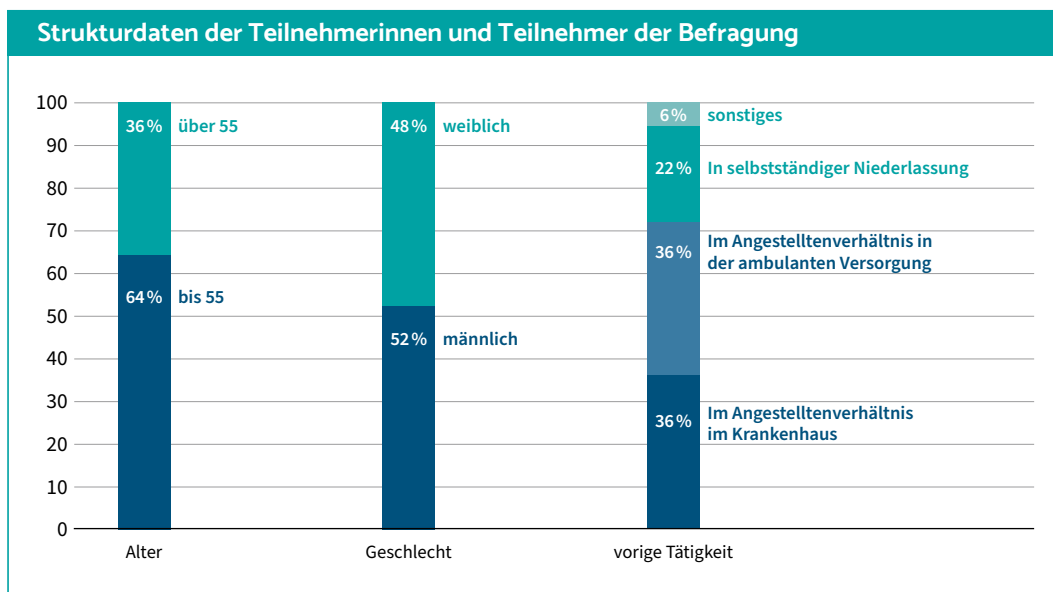


Abbildung 3:

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

4

Ergebnisse der Befragung

Um originäre Informationen zum Leistungsgeschehen in einem MVZ zu erhalten, wurden mittels des von uns erstellten Fragebogens – der im Anhang eingesehen werden kann – hierzu Ärztinnen und Ärzte befragt, die in einem MVZ mit Kapitalbeteiligung arbeiten. Die Ergebnisse werden vorwiegend grafisch dargestellt und diskutiert. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse nach den folgenden Bereichen unterteilt:

- Gründe für Tätigkeit in MVZ differenziert nach Alter, Geschlecht und vorheriger Tätigkeit
- Ärztliche Unabhängigkeit und ökonomischer Druck in MVZ
- Versorgungsqualität in MVZ sowie
- Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in MVZ.

Bei allen Fragen wurde, soweit sinnvoll, danach unterschieden, wo die Ärztinnen bzw. Ärzte vorher beschäftigt waren. Dabei haben wir die Kategorien „zuvor in der selbstständigen Niederlassung“ und „zuvor nicht in der selbstständigen Niederlassung“ (d. h. zuvor angestellt im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung) unterschieden. Damit bieten unsere Ergebnisse auch einen beschränkten Vergleich über die Grenzen des MVZ mit Kapitalbeteiligung hinaus.

4.1. Gründe für Tätigkeit in MVZ differenziert nach Alter, Geschlecht und vorheriger Tätigkeit

Welche Gründe für die Tätigkeit im MVZ vorherrschend sind, wird mit den nachfolgenden Fragen erforscht. Die Ergebnisse werden wiederum in Grafiken dargestellt.

Wie die folgende Darstellung zeigt, unterscheiden sich die Motive für das Arbeiten im MVZ. Während für die unter 55-Jährigen die geregelten Arbeitszeiten, das Arbeiten im Team und die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie die drei dominanten Beweggründe sind, in einem MVZ zu arbeiten, sind für Ältere (über 55 Jahre) das Wegfallen eines Investitionsrisikos, weniger administrativer Aufwand und das Arbeiten im Team die drei wichtigsten Motivationen. Bei den Beweggründen vor allem der Jüngeren dürfte der zunehmende Anteil an Frauen eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Weniger überraschend ist, dass alle Altersgruppen der Teamarbeit im MVZ einen hohen Stellenwert zuordnen, sind doch in einem MVZ im Schnitt sechs Ärztinnen und Ärzte beschäftigt.

Für die unterschiedlichen Beweggründe der beiden Altersgruppen dürfte auch der unterschiedliche Anteil an Frauen eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Zwar waren lange Zeit angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten-ärztlichen Versorgung in Deutschland unbekannt bzw. eine kleine Minderheit. Erst mit der Gründung von MVZ stieg die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte rasch an. So fand in den letzten Jahren eine Vervielfachung der angestellten Ärztinnen und Ärzte statt, wobei die MVZ die weitaus wichtigsten Arbeitgeber sind. Offensichtlich ist für viele junge Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in einem MVZ mit Vorteilen verbunden, die sie in der eigenen Niederlassung oder auch im Krankenhaus nicht sehen.

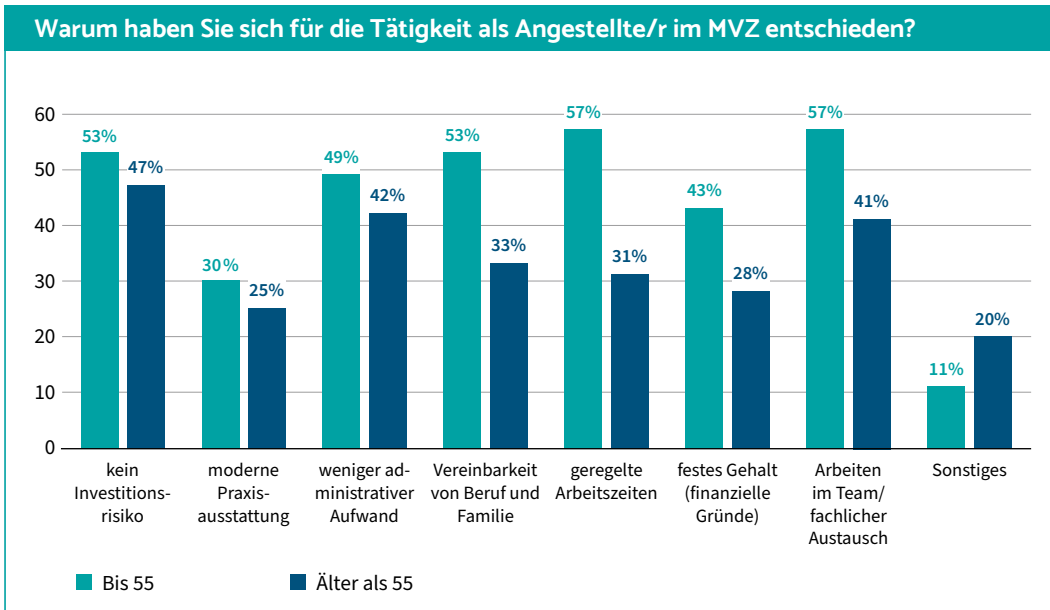


Abbildung 4: Gründe für Tätigkeit als Angestellte/r im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Altersgruppen

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

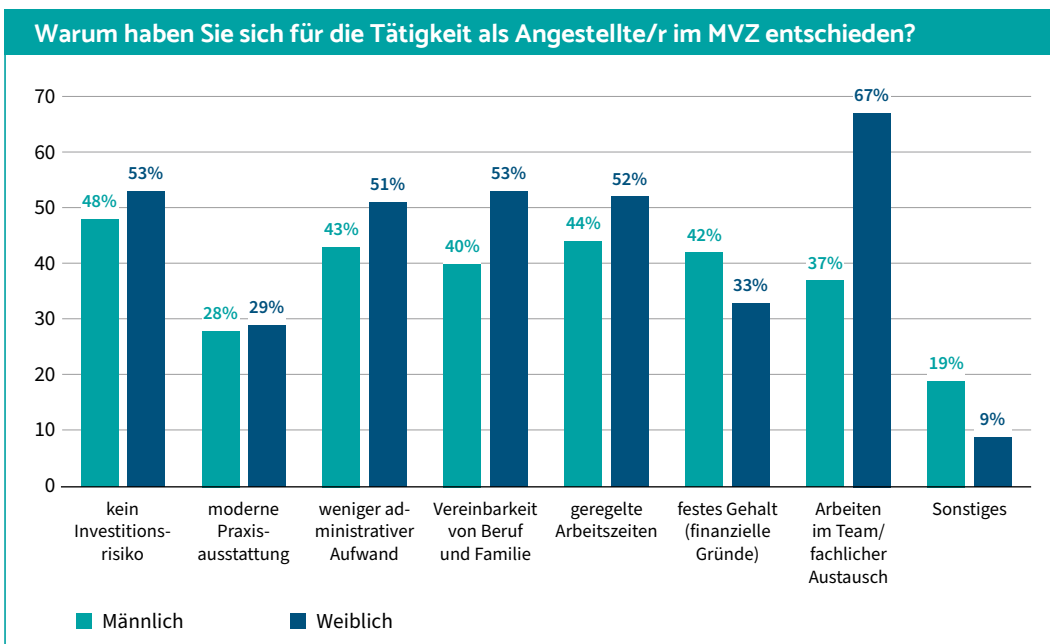
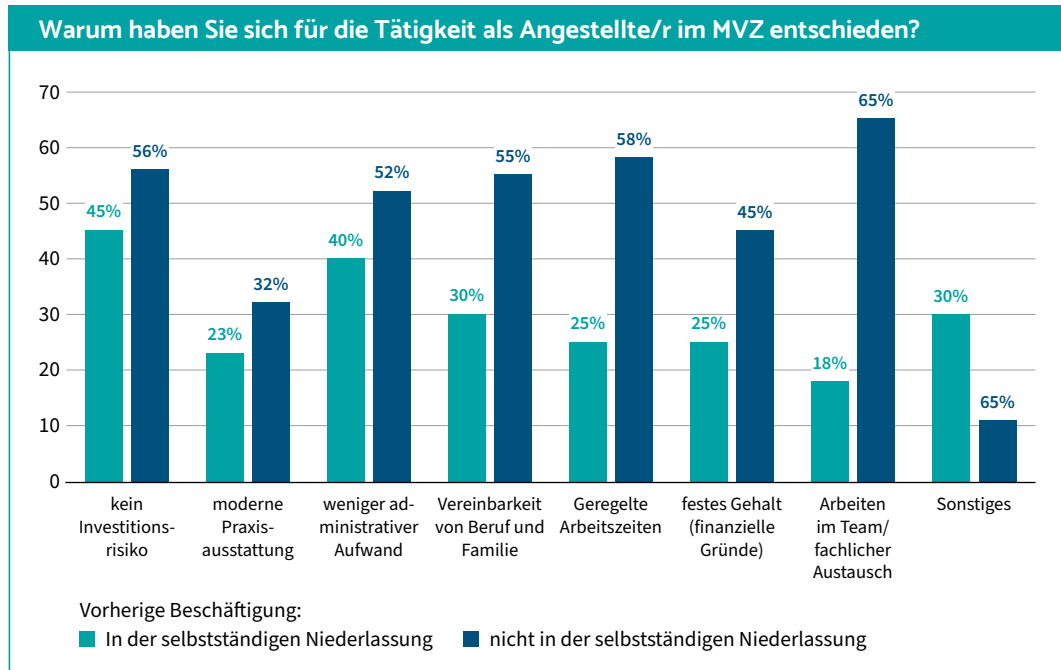


Abbildung 5: Gründe für Tätigkeit als Angestellte/r im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Geschlecht

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Abbildung 6: Gründe für Tätigkeit als Angestellte/r im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach vorheriger Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



Differenziert man die Antworten nach Geschlecht, so zeigt sich, dass für Frauen vor allem das Arbeiten im Team/der fachliche Austausch, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten und das nicht vorhandene Investitionsrisiko den Arbeitsplatz im MVZ attraktiv machen, wohingegen die Höhe des Gehaltes eine wesentlich weniger große Rolle spielt als bei Männern. Für die Männer sind ebenfalls das fehlende Investitionsrisiko, geregelte Arbeitszeiten und ein geringerer administrativer Aufwand wichtige Gründe für eine Anstellung in einem MVZ.

Die hohe Präferenz von Ärztinnen für Teamarbeit begünstigt die MVZ als Arbeitgeber gegenüber inhabergeführten Praxen, da MVZ oft fachübergreifend und mit mehreren Ärztinnen und Ärzten besetzt sind.

Bei einer weiteren Differenzierung der Antworten nach der vorherigen Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte fällt besonders auf, dass für Ärztinnen und Ärzte, die vorher selbstständig in einer Niederlassung praktiziert haben, das fehlende Investitionsrisiko und der geringere administrative Aufwand die Arbeit im MVZ attraktiv machen, während Ärztinnen und Ärzte, die aus einem Angestelltenstatus in das MVZ gewechselt sind, die Teamarbeit und den damit verbundenen fachlichen Austausch als wichtigsten Beweggrund nannten, dicht gefolgt von geregelten Arbeitszeiten und dem nicht vorhandenen Investitionsrisiko, das ein MVZ bieten kann.

Die oben beschriebenen ärztlichen Präferenzen können MVZ mit Kapitalbeteiligung im besonderen Maße erfüllen. Zu den Vorteilen, die MVZ bieten, gehören vor allem das Fehlen eines Investitionsrisikos für die Beschäftigten, geregelte Arbeitszeiten, was insbesondere für Frauen ein gewichtiger Vorteil ist, sowie ein geringerer administrativer Aufwand. Ein dominanter Vorteil für alle Ärztinnen und Ärzte unabhängig von Alter, Geschlecht und vorheriger Tätigkeit ist die Teamarbeit, die mit engem fachlichen Austausch verbunden ist. Dieser Aspekt wird vor allem von Ärztinnen hoch eingeschätzt, was bei dem wachsenden Anteil an Frauen im Arztberuf dem MVZ als Arbeitgeber langfristig einen Vorteil verschafft.

4.2. Ärztliche Unabhängigkeit und ökonomischer Druck im MVZ: Gefährden ökonomische Ziele die Patientenversorgung?

Die zunehmende Ökonomisierung in der Gesundheitsversorgung wird von allen dort aktiv Tätigen beklagt. Nicht nur die Krankenhäuser, die insbesondere durch die mangelnden staatlichen Fördermittel unter Druck gesetzt sind, sondern auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sehen sich durch die unbefriedigende Vergütung durch die Krankenkassen, bei gleichzeitig rasch ansteigenden Kosten, in betriebswirtschaftlich schwierigen Situationen. Oft wird der ökonomische Druck argumentativ dazu verwendet, dass Ökonomisierung und Behandlungsqualität in einem Widerspruch zueinanderstehen.

So basiert die kritische Betrachtung von MVZ mit Kapitalbeteiligung oft auf der Behauptung bzw. Vermutung, dass die Beschäftigten, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, durch ökonomische Vorgaben allgemein in ihrer Tätigkeit und in der ärztlichen 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.

In der folgenden Abbildung wird deutlich, dass knapp zwei Drittel der Befragten ökonomische Zielvorgaben haben. Dies ist jedoch keine Besonderheit von MVZ mit Kapitalbeteiligung, sondern Teil der betriebswirtschaftlichen Führung von Gesundheitseinrichtungen, die Defizite vermeiden müssen, da sie diese nicht an externe Finanziere, wie den Staat weiterwälzen können.

In anderen Befragungen zeigen sich Ärztinnen und Ärzte häufig aufgrund des ökonomischen Drucks unzufrieden, so dass sie sogar erwägen, die ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben.²⁰ Vor allem im Krankenhaus wird der ökonomische Druck stärker wahrgenommen als im ambulanten Bereich bzw. in MVZ.²¹

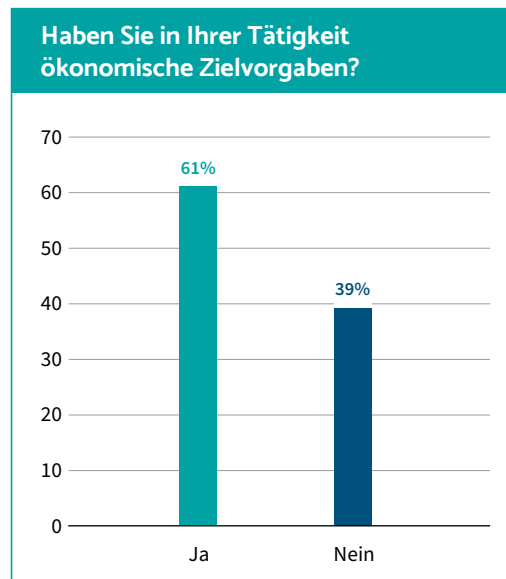


Abbildung 7: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Ökonomische Vorgaben werden je nach Vergütungssystem und Kostenarten unterschiedlich ausgestaltet. Insbesondere haben die Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft, die jährliche Wirtschaftsplanung zur Regel gemacht. Aus der Wirtschaftsplanung werden dann die Teilziele für die einzelnen Leistungseinheiten, das sind in der Regel die Fachabteilungen, abgeleitet. Es werden pauschale Vorgaben gemacht, wie z.B. die geplante Zahl an Case-Mix-Punkten, die über eine bestimmte Anzahl an Behandlungen erreicht werden soll. Hingegen werden keine konkreten Vorgaben für die Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten gemacht. Dies gilt sowohl für Krankenhäuser in privater Trägerschaft als auch für gemeinnützige und öffentliche Einrichtungen. Ähnlich dürfte es sich auch im ambulanten-ärztlichen Bereich verhalten. Um hierzu definitive Aussagen machen zu können, haben wir in MVZ mit Kapitalbeteiligung beschäftigte Ärztinnen und Ärzte gezielt danach gefragt, ob ökonomische Vorgaben im MVZ nach ihrer Erfahrung stärker ausgeprägt sind als in Einzelpraxen.

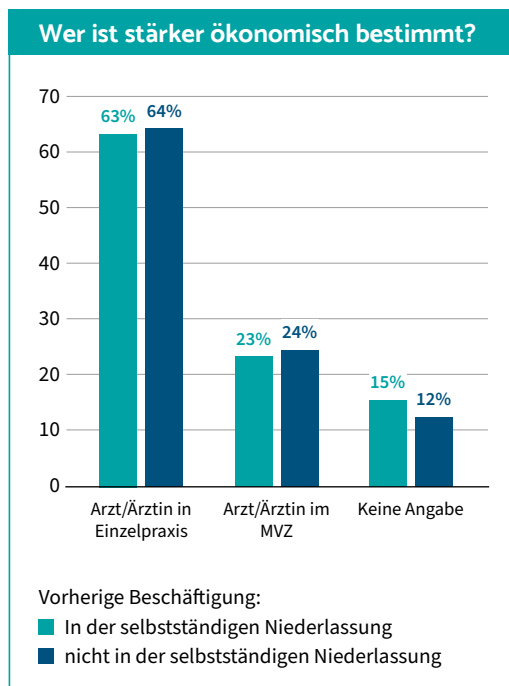
²⁰ Vgl. Marburger Bund (2022), MB-Monitor 2022.

²¹ Vgl. Osterloh und Blum (2022), S. A895

Die folgende Abbildung zeigt, dass trotz der Vorgabe von ökonomischen Zielen in ihrem MVZ in der Einzelpraxis ökonomische Ziele sogar dominanter sind als im MVZ. Diese Einschätzung teilen beide Gruppen, sowohl diejenigen, die vorher in selbstständiger Niederlassung tätig waren, als auch diejenigen, die aus einer Angestelltenposition ins MVZ gewechselt sind.

Abbildung 8: Ökonomische Vorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis differenziert nach vorheriger Tätigkeit

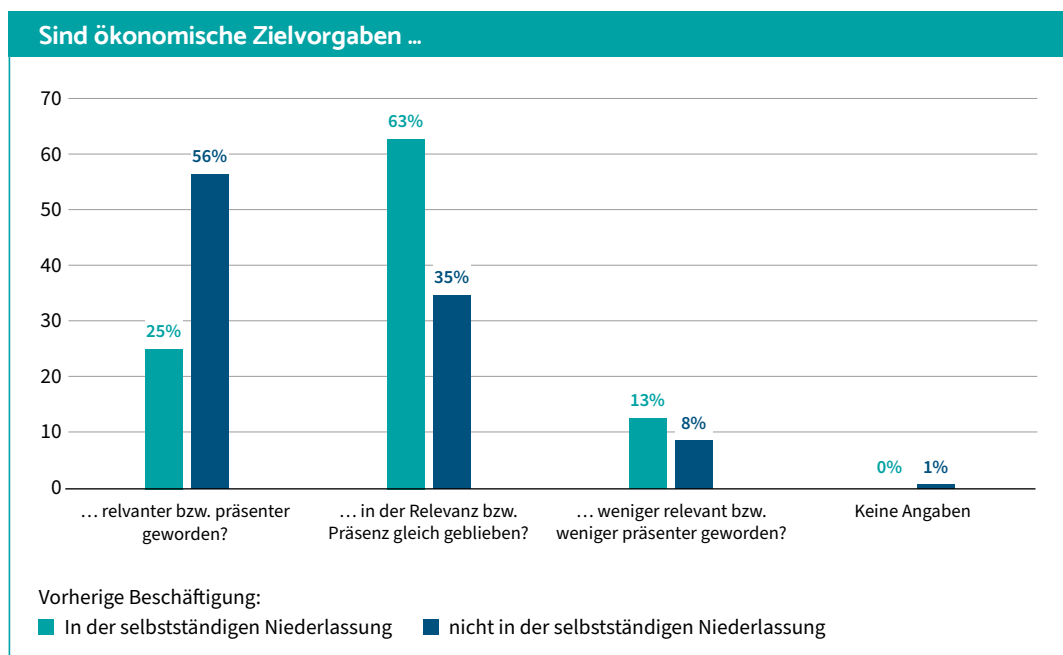
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



Ein differenziertes Bild ergibt sich bei der Frage nach dem Vergleich der ökonomischen Zielvorgaben in der vorherigen und der jetzigen Tätigkeit. Während vorher angestellte Ärztinnen und Ärzte, die zu einem großen Teil aus dem Krankenhaus kommen, angeben, dass die ökonomischen Zielvorgaben stärker ins Bewusstsein gerückt sind, ist das Wahrnehmen ökonomischer Bedingungen großteils gleich geblieben. Eine Erklärung hierfür kann sein, dass sich im Krankenhaus die ökonomischen Zielvorgaben vor allem an die ärztlichen Leiterinnen bzw. Leiter richten. Nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte hingegen werden nur peripher mit ökonomischen Vorgaben konfrontiert. Ärztinnen und Ärzte, die aus der Niederlassung kommen, also vorher selbstständig waren, sind hingegen nahezu täglich mit ökonomischen Vorgaben konfrontiert. Vorgaben dieser Art werden z. B. von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Krankenkassen in Form von Arzneimittelbudgets gemacht.

Abbildung 9: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



Es überrascht beim Vergleich der beiden Abbildungen, dass zwar im MVZ ökonomische Vorgaben stark ausgeprägt sind (siehe Abbildung 7), gleichwohl beide Gruppen, also die mit und ohne Einzelpraxis-Erfahrung, angeben, dass die Therapiefreiheit im MVZ besser gesichert ist als in der Einzelpraxis, wie die folgende Abbildung 10 zeigt.

In der Abbildung wird sichtbar, dass nach Einschätzung der befragten Ärztinnen und Ärzte im MVZ mit Kapitalbeteiligung die Therapiefreiheit besser gesichert ist als in der selbstständigen Praxis. Dies ist ein überraschendes, aber doch verständliches Ergebnis. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass im MVZ die Teamarbeit und der fachliche Austausch zu konsentierten Entscheidungen führt, die nicht als Vorgaben empfunden werden.

Der hohe Anteil von Enthaltungen könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Antwortkategorie „In beiden gleich“ fehlt.

4.3. Versorgungsqualität im MVZ

Gegen MVZ mit Kapitalbeteiligung wird oft der Vorwurf erhoben, dass sie, weil renditebezogen, Abstriche bei der Qualität der Patientenversorgung machen. Aus diesem Grund haben wir gezielt die beschäftigten Ärztinnen und Ärzte in MVZ mit Kapitalbeteiligung nach ihrer Einschätzung der Qualität der Patientenversorgung in ihrem MVZ befragt. Wie die nachfolgende Abbildung erkennen lässt, wird die Qualität der Patientenversorgung von ca. zwei Dritteln der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte als überdurchschnittlich bewertet.

Ergänzend zu der Einschätzung der Qualität der Patientenversorgung haben wir auch danach gefragt, wo sich der Qualitätsanspruch im Vergleich von MVZ zu Einzelpraxis besser verwirklichen lässt. Die Antworten hierzu zeigen eine hohe Konsistenz mit den Einschätzungen im vorhergehenden Bild. Beide Arztgruppen bewerten mit knapp zwei Dritteln die Chancen, den ärztlichen Qualitätsanspruch in einem MVZ zu verwirklichen, höher als in Einzelpraxen.

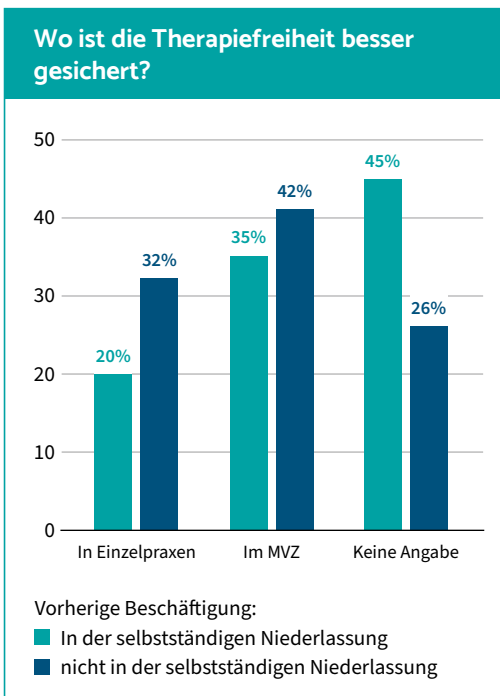


Abbildung 10: Therapiefreiheit im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

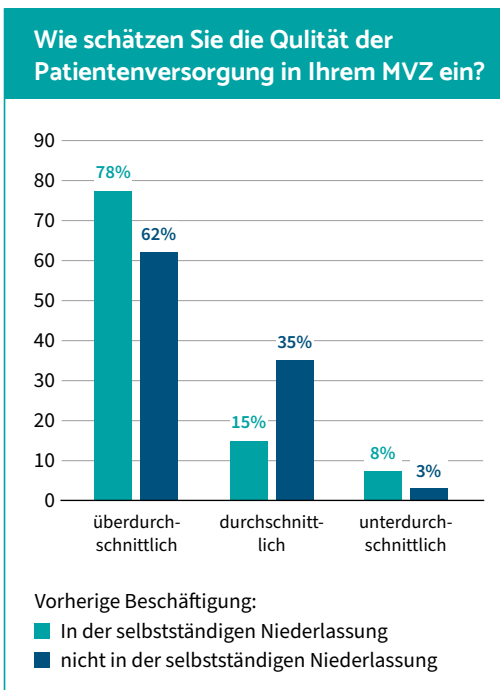
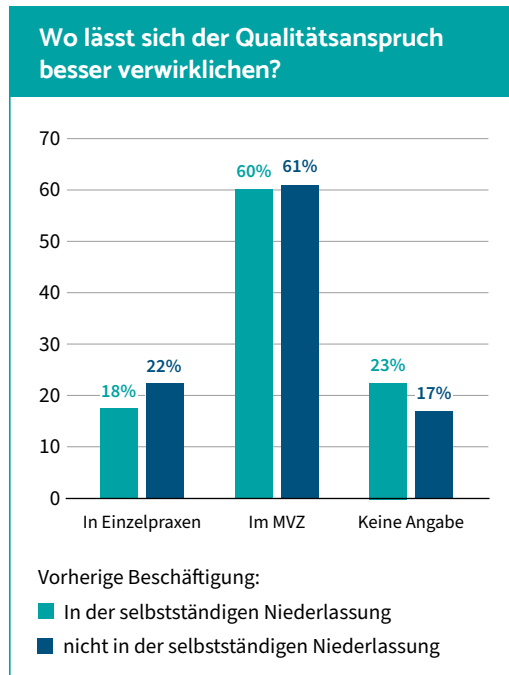


Abbildung 11: Einschätzung zur Qualität der Patientenversorgung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Abbildung 12: Verwirklichung des Qualitätsanspruchs in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022)

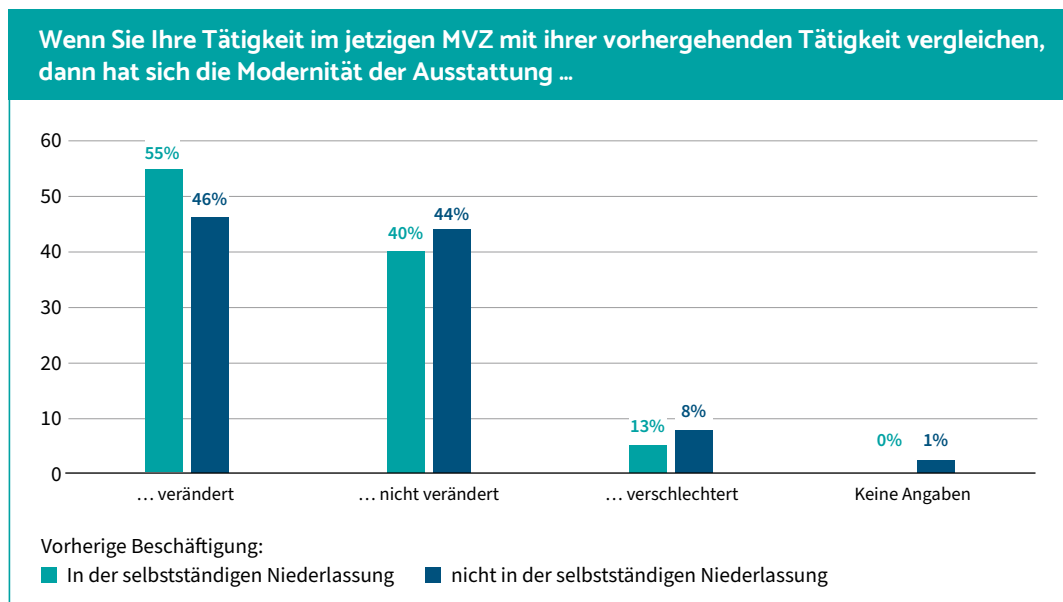


In der technischen Ausstattung wird MVZ mit Kapitalbeteiligung häufig eine höhere Qualität zugeordnet, weil diese zusätzliche Investitionsmittel mit Hilfe ihrer Eigentümerinnen und Eigentümer mobilisieren können. Dies kann auch lediglich durch eine höhere Kreditwürdigkeit bei Banken erreicht werden. Tatsächlich zeigen auch die Antworten der befragten Ärztinnen und Ärzte, dass sich die Modernität der Ausstattung im Vergleich zu ihrer vorhergehenden Tätigkeit bei etwa der Hälfte der Befragten verbessert hat. Dabei fällt die Verbesserung bei Ärztinnen und Ärzten, die aus der Niederlassung kommen, um knapp zehn Prozentpunkte deutlicher aus.

Die Modernität der Praxisausstattung hat sich für die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Befragung im Vergleich zu ihren vorherigen Tätigkeiten verbessert. Dies gilt vor allem für Ärztinnen und Ärzte, die vorher in der selbstständigen Niederlassung tätig waren, aber auch in einem hohen Maße für zuvor angestellte Ärztinnen und Ärzte, wie die nachstehende Abbildung zeigt.

Abbildung 13: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022)



Die Antworten der angestellten Ärztinnen und Ärzte sprechen teilweise dadurch weniger deutlich für Verbesserungen, weil die aus der Krankenhautätigkeit kommenden angestellten Ärztinnen und Ärzte mutmaßlich einen systembedingt höheren Standard an Ausstattung im Krankenhaus zum Vergleich heranziehen. Unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten wiederum

bewerten die Ärztinnen und Ärzte, die aus einer Krankenhaustätigkeit kommen, die Verbesserung nicht so deutlich wie die übrigen. Auffallend ist, dass Ärztinnen und Ärzte, die vorher bereits in einem MVZ tätig waren, die Ausstattung im derzeitigen MVZ mit Kapitalbeteiligung als spürbar besser bewerten, wie die folgende Abbildung mit Auswertung der Daten nach Subgruppen zeigt.

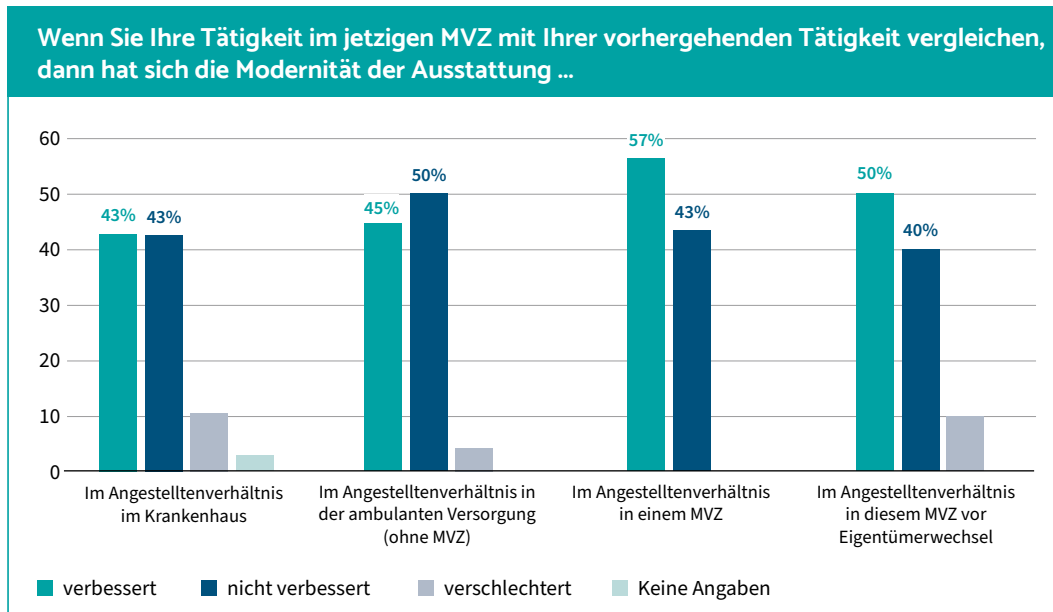


Abbildung 14: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit nach Subgruppen

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

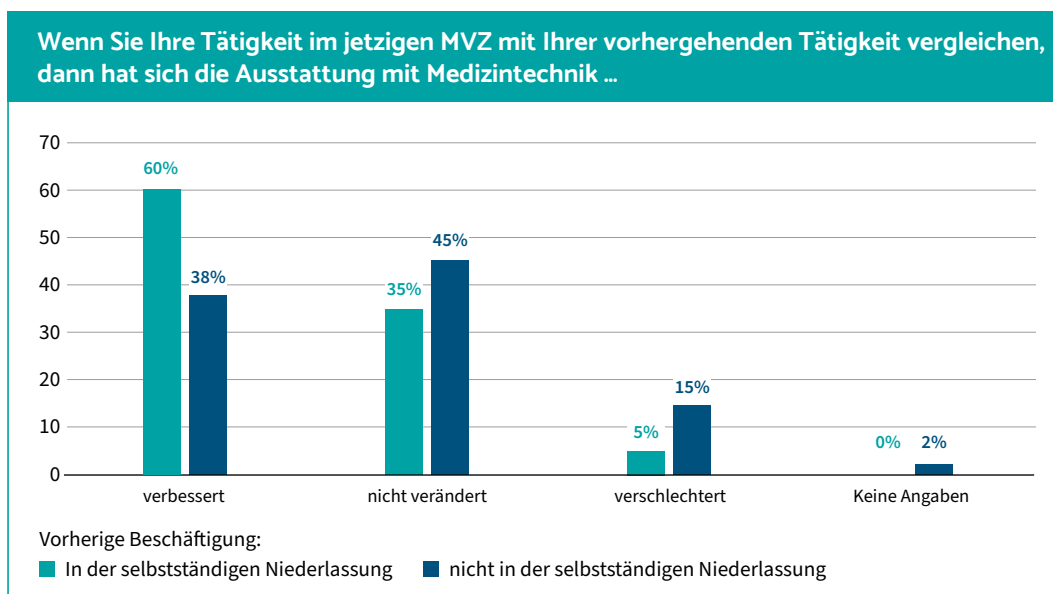


Abbildung 15: Einschätzung zur Ausstattung mit Medizintechnik im MVZ im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit

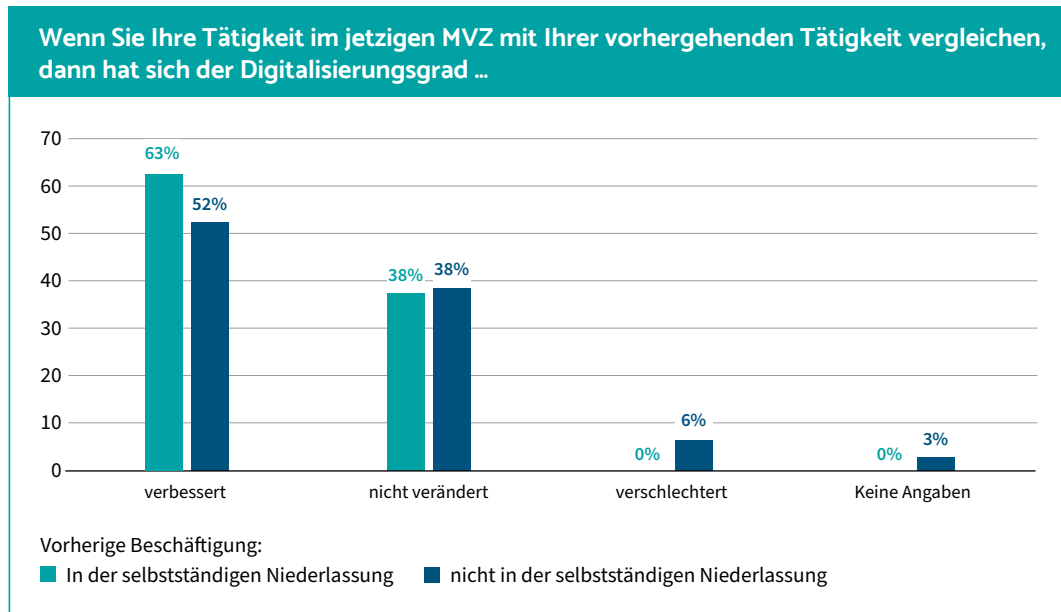
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Bei der spezifischen Frage nach der Ausstattung mit Medizintechnik wird die Verbesserung im MVZ von den befragten Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu ihrer vorherigen Tätigkeit ähnlich positiv bewertet. Es fällt auf, dass vor allem von den Ärztinnen und Ärzten, die vorher in der selbstständigen Niederlassung tätig waren, die Verbesserung der Medizintechnik deutlich stärker wahrgenommen wird, wie die folgende Abbildung verdeutlicht. Eine Verschlechterung in der Ausstattung hingegen wird nur von einer kleinen Minderheit konstatiert.

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 Patientinnen und Patienten wird durch digitalisierte Prozesse deutlich erleichtert. Damit eröffnen sich schon kurzfristig neue Möglichkeiten der telemedizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten, die weitere Anfahrtswege haben oder aufgrund persönlicher Behinderung eine telemedizinische Beratung bevorzugen.

Abbildung 16: Einschätzung zum Digitalisierungsgrad im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



Mehr als die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte schätzt den Digitalisierungsgrad ihres MVZ im Vergleich zu ihrer vorherigen Tätigkeit als besser ein, wie der Abbildung zu entnehmen ist. Auch hier wird wieder deutlich, dass gerade von den Ärztinnen und Ärzten, die vorher in der selbstständigen Niederlassung tätig waren, die Verbesserung des Digitalisierungsgrades etwas stärker wahrgenommen wird, aber auch von den zuvor angestellten Ärztinnen und Ärzten wird diese als hoch eingeschätzt.

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.

Da zudem mehrere Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ arbeiten, sind unterschiedliche Spezialisierungen sowie ein schneller kollegialer Austausch und gegenseitige Beratung 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 interdisziplinären Integration der Patientenversorgung am Standort gegenüber der vorhergehenden Tätigkeit dargestellt.

Die Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte, die zuvor nicht in der selbstständigen Niederlassung tätig waren, dass sich die Subspezialisierung gegenüber der vorhergehenden Tätigkeit reduziert hat (16%), könnte daran liegen, dass diese Ärztinnen und Ärzte zu 50% (siehe Abbildung 3) direkt von einem Krankenhaus, wo in der Regel eine höhere Subspezialisierung vorherrscht, in ein MVZ gewechselt sind.

Aus Sicht der meisten befragten Ärztinnen und Ärzte hat sich die Integration der Patientenverbesserung nicht verändert, aber immerhin stellte ca. ein Fünftel der Befragten eine Verbesserung fest.

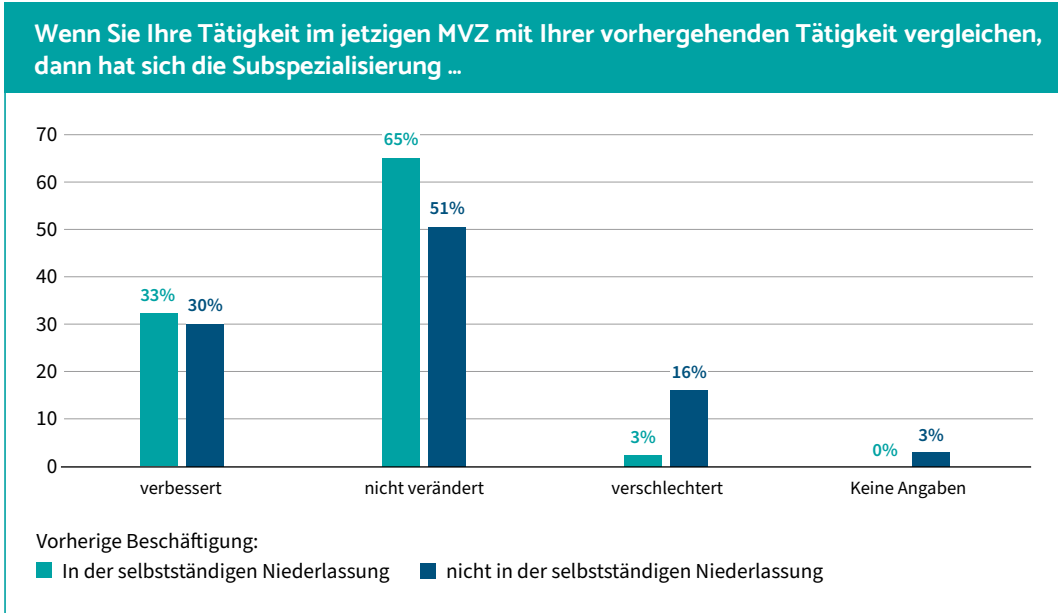


Abbildung 17: Vergleichende Einschätzung zur Subspezialisierung im MVZ mit Kapitalbeteiligung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

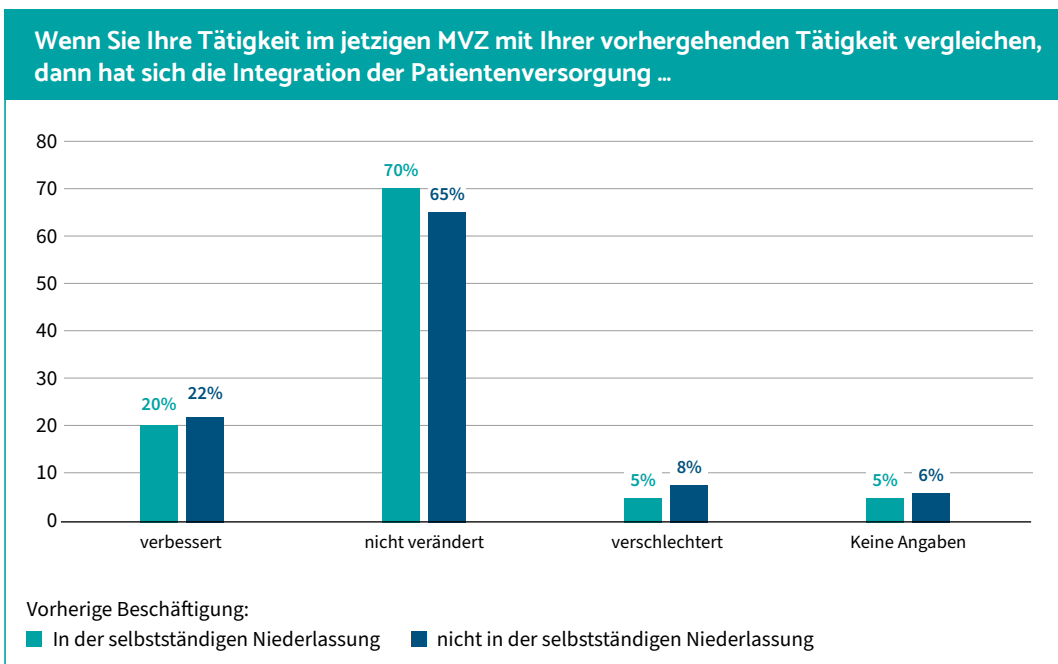
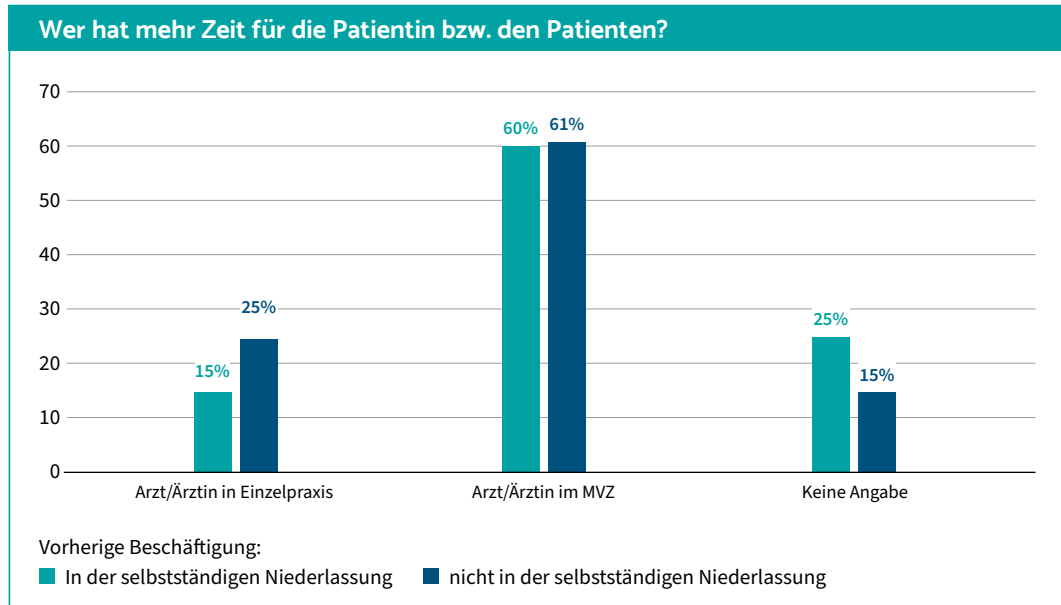


Abbildung 18: Vergleichende Einschätzung zur Integration der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Abbildung 19: Behandlungszeit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



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

Durch eine hohe Struktur- und Prozessqualität kann auch eine hohe Ergebnisqualität erreicht werden, die letztlich von Patientinnen und Patienten direkt wahrgenommen werden kann. Gerade durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von mehreren Ärztinnen und Ärzten und die damit verbundene Möglichkeit des gegenseitigen Austauschs und der gegenseitigen Beratung lassen sich Behandlungsfehler vermeiden.

Im nachfolgenden Absatz fassen wir die Fragen zusammen, die sich mit dem zeitlichen Aspekt beschäftigen. Dabei geht es sowohl um die Zeit, die die Ärztin bzw. der Arzt für die Patientinnen und Patienten einsetzen kann als auch die Zeit, die die Patientinnen und Patienten für den Arztbesuch aufwenden müssen, wobei diese Aspekte vor allem aus Patientensicht Teil der Versorgungsqualität sind und von diesen auch bewertet werden können.

In MVZ mit Kapitalbeteiligung führt die effizientere administrative Organisation und die Anwesenheit von mehreren Ärztinnen und Ärzten dazu, dass diese mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten aufbringen können.

Bemerkenswert ist, dass trotz ökonomischer Vorgaben die meisten Ärztinnen und Ärzte – sowohl diejenigen, die vorher in selbstständiger Niederlassung gearbeitet haben (60%), als auch diejenigen, die vorher angestellt waren (61%) – der Meinung sind, dass Ärztinnen und Ärzte im MVZ mit Kapitalbeteiligung mehr Zeit für Patientinnen und Patienten haben als Ärztinnen und Ärzte in der Einzelpraxis.

Hingegen werden von den Ärztinnen und Ärzten die Wartezeit der Patientinnen und Patienten auf einen Termin ebenso wie die Wartezeit der Patientinnen und Patienten in der Praxis in der Mehrzahl als nicht verändert eingeschätzt. Dies deutet an, dass in der ärztlicher Wahrnehmung Wartezeiten der Patientinnen und Patienten weniger gegenwärtig und vielleicht auch weniger wichtig sind als die Zeit am Patienten. Im Meinungsbild der MFA/MTA, die in der ersten Studie im Jahr 2020 einbezogen wurden, wurde hingegen eine deutliche Verkürzung der Wartezeiten im MVZ gegenüber Einzelpraxen angegeben.²²

²² IfG (2022) S. 72 f

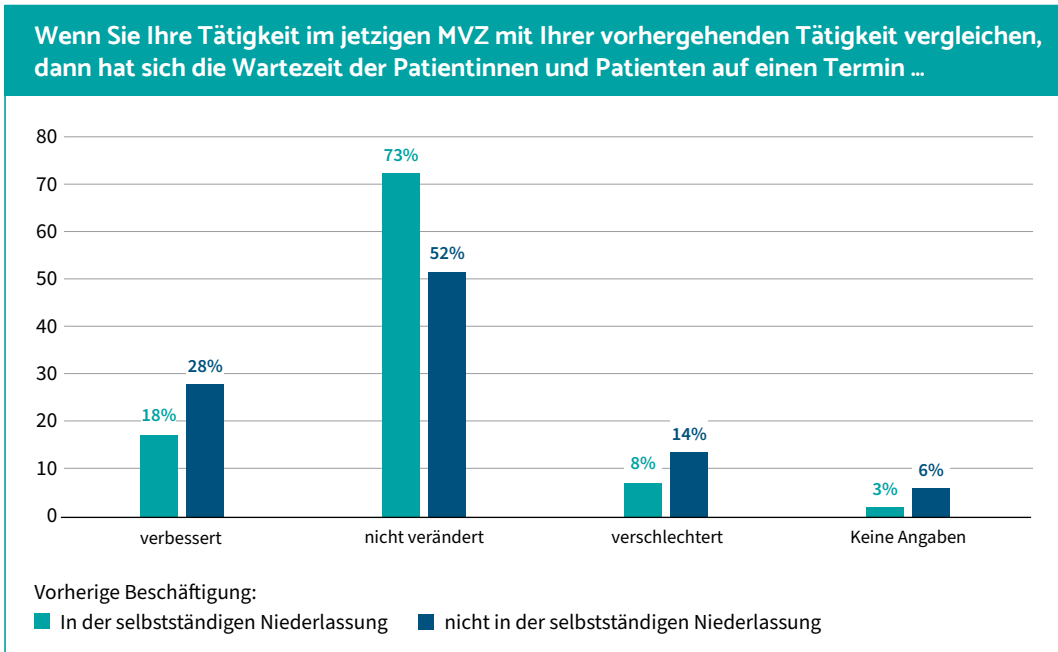


Abbildung 20: Einschätzung zu den Wartezeiten auf einen Termin im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

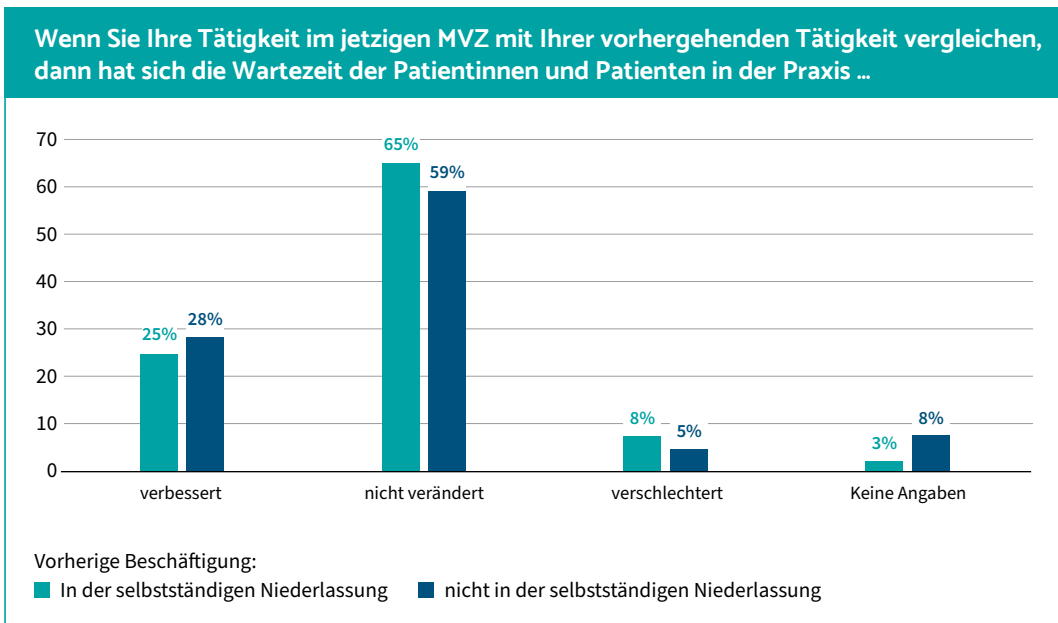


Abbildung 21: Einschätzung zu den Wartezeiten während des Termins im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Ein weiteres Indiz für die Überlegenheit in der Versorgungsqualität macht die nachfolgende Abbildung sichtbar. So schätzten zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte, dass MVZ mit Kapitalbeteiligung die Corona-Krise besser bewältigen. Eine Begründung hierfür ist sicherlich, dass in einem MVZ mehrere Ärztinnen und Ärzte zusam-

menarbeiten und damit der Ausfall einer Ärztin bzw. Arzt durch Coronainfektion die Versorgung nur schmälert, aber nicht zum Erliegen bringt, während bei Einzelpraxen die Erkrankung der Inhaberin bzw. des Inhabers zur Schließung der Praxis führt.

Abbildung 22: Bewältigung der Corona-Krise

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

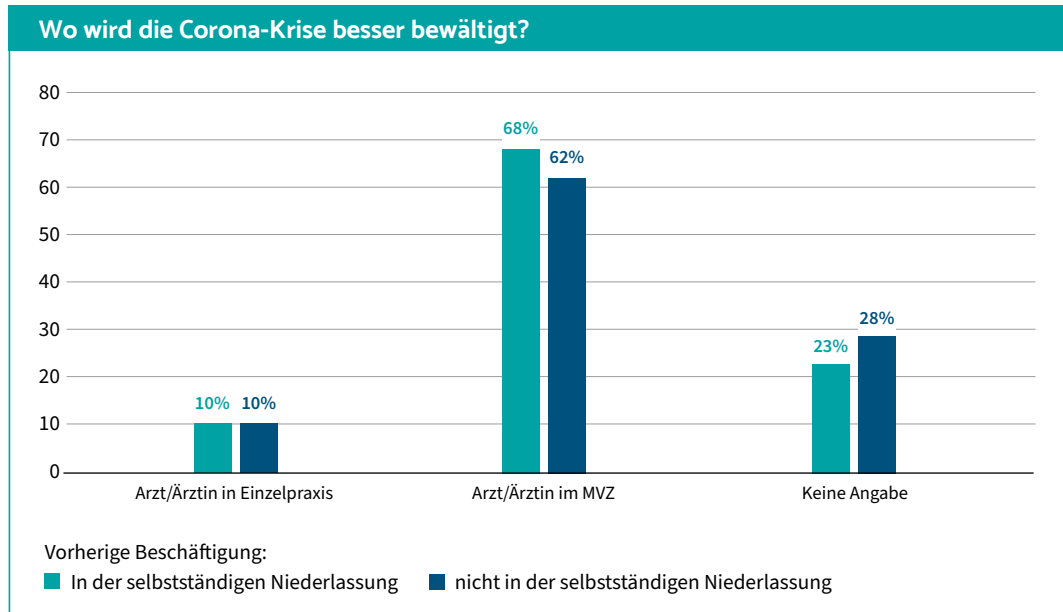
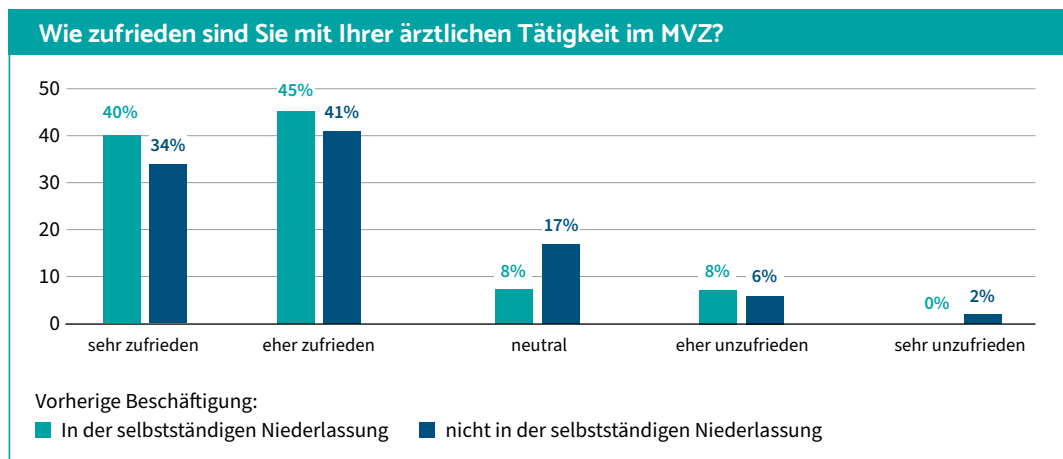


Abbildung 23: Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit im MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



4.4. Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit im MVZ

Auf dem Gebiet der Vergütung der Angestellten, und damit der Arbeitskosten des MVZ mit Kapitalbeteiligung, sind heute auch die angestellten Ärztinnen und Ärzte in der ambulant-ärztlichen Versorgung am Tarif der Krankenhausärzte angelehnt. Und da der Arztberuf ein Mangelberuf ist, können Ärztinnen und Ärzte bei Unzufriedenheit ohne größere Probleme den Arbeitgeber wechseln. Doch äußerten sich in unserer Befragung rund 76% der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer derzeitigen Tätigkeit sehr bzw. eher zufrieden. Sehr bzw. eher unzufrieden hingegen waren lediglich 10% der Befragten.

Die Ergebnisse unserer Befragung zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit im MVZ werden in der obigen Abbildung dargestellt.

Wenn man die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Tätigkeit weiter differenziert nach den Kategorien „Work-Life-Balance“, „Austausch unter Kollegen/Kolleginnen“, „Fort- und Weiterbildungsangebote“ sowie „technische Ausstattung“ wird deutlich, dass jeweils die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte sehr oder eher zufrieden ist. Nur wenige sind sehr oder eher unzufrieden. Dies gilt sowohl für die Ärztinnen und Ärzte, die zuvor in einer Niederlassung tätig waren, als auch für zuvor angestellte Ärztinnen und Ärzte, wie die folgenden Abbildungen verdeutlichen.

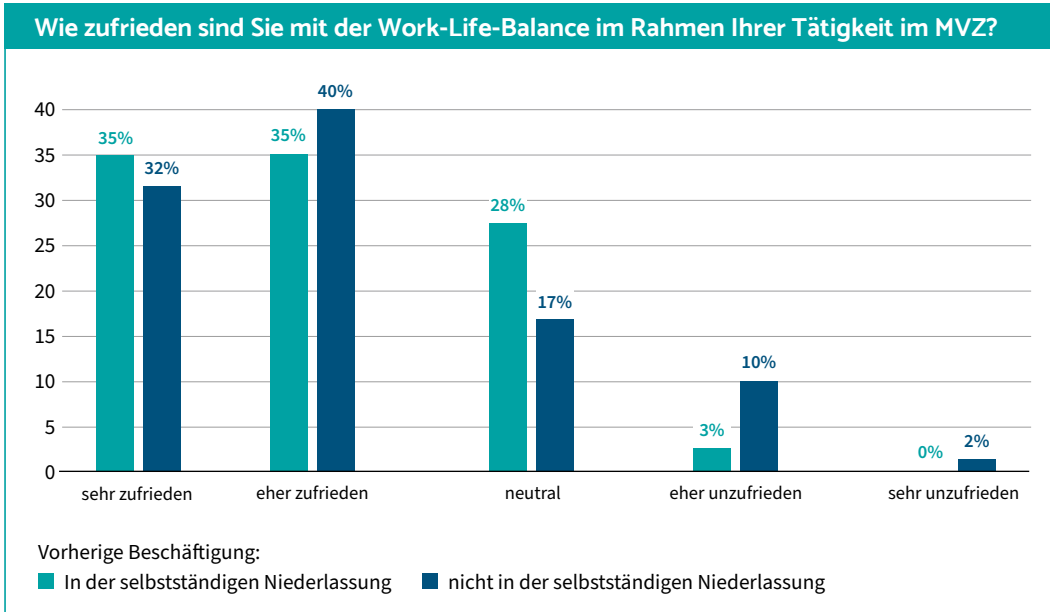


Abbildung 24: Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance im Rahmen der Tätigkeit im MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

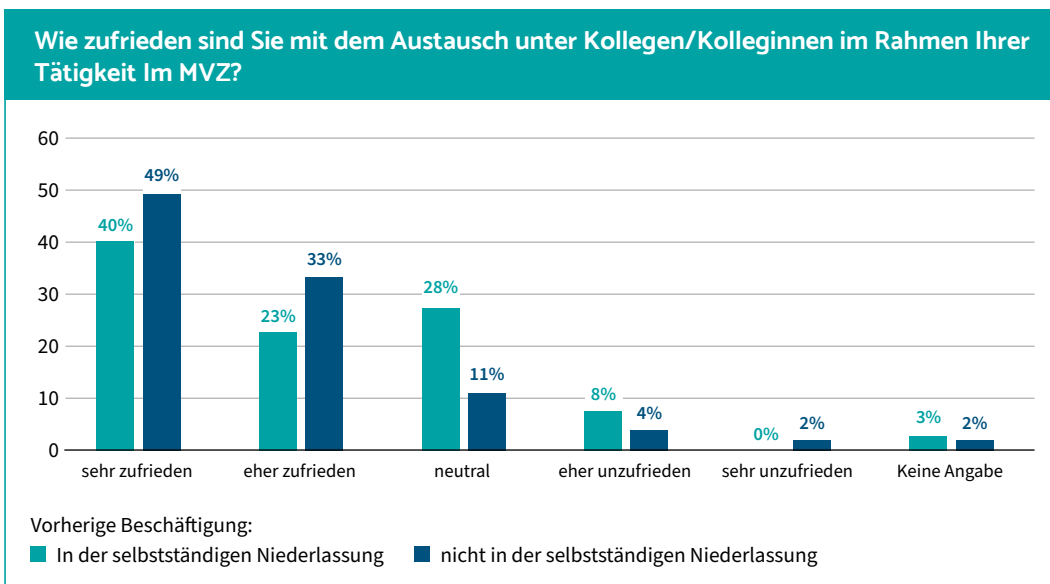


Abbildung 25: Zufriedenheit mit dem Austausch unter Kollegen/Kolleginnen im Rahmen der Tätigkeit im MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Die Abbildung oben zeigt eine hohe Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance, was mutmaßlich damit zusammenhängt, dass in MVZ Beschäftigungsstellen auch mit variabler Arbeitszeit angeboten werden. Eine nicht unbedeutende Rolle dürfte auch die Einhaltung der Arbeitszeiten spielen, was insbesondere von Ärztinnen und Ärzten mit Familie geschätzt wird. Aus Untersuchungen zur Work-Life-Balance ist bekannt, dass flexible und verlässliche Arbeitszeiten sich vorteilhaft auswirken.

Einen noch höheren Grad an Zufriedenheit spiegeln die Antworten nach dem kollegialen Austausch wider. Insbesondere Beschäftigte, die nicht niedergelassen waren, sind mit dem kollegialen Austausch im MVZ besonders zufrieden.

Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Fort- und Weiterbildungsangeboten im Rahmen der Tätigkeit im MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

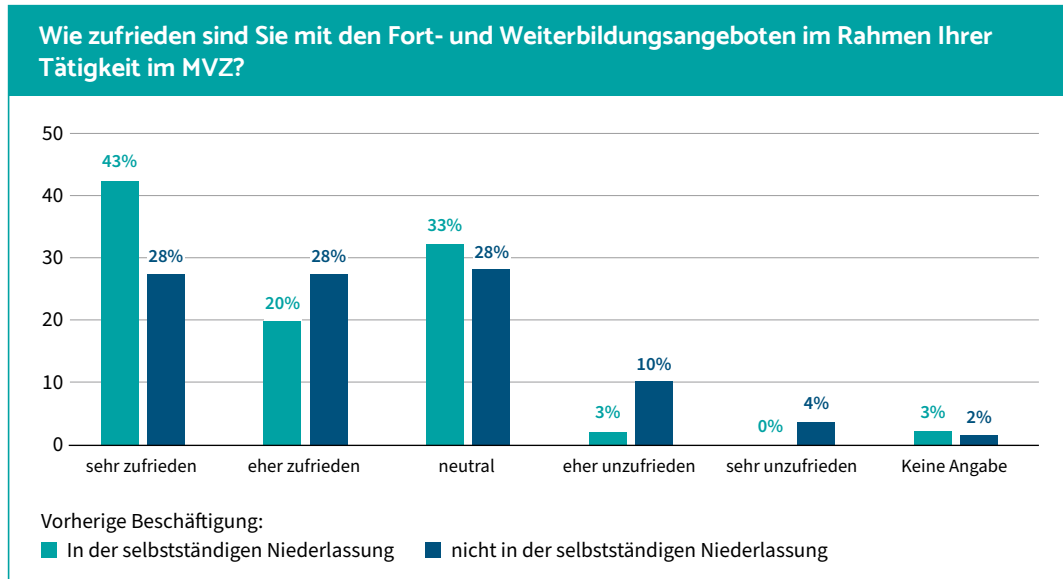
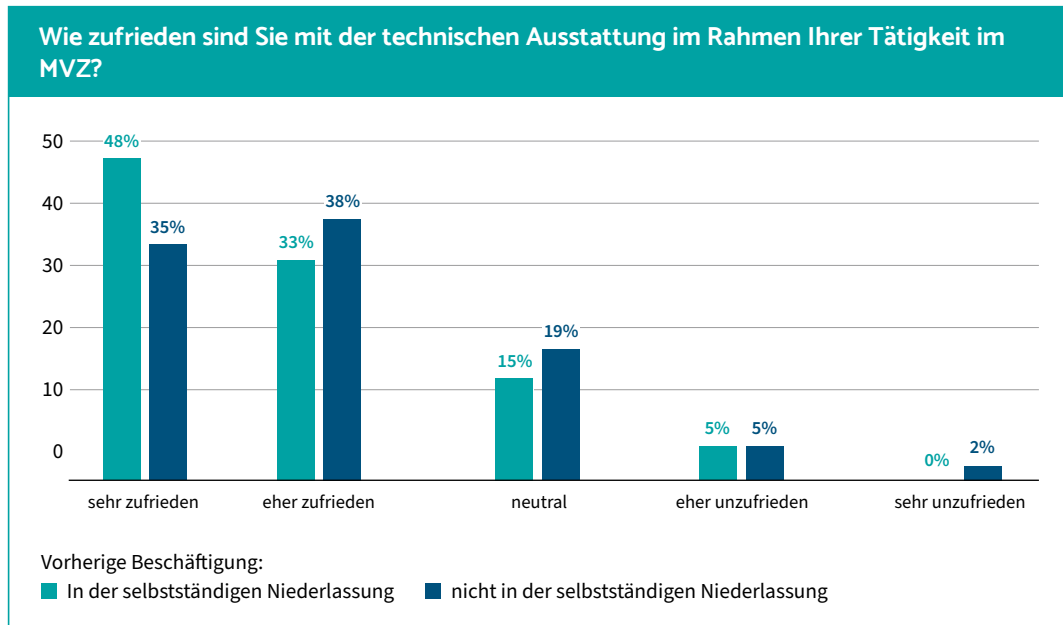


Abbildung 27: Zufriedenheit mit der technischen Ausstattung im Rahmen der Tätigkeit im MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).



Es überrascht, dass mit den Weiterbildungsangeboten Ärztinnen und Ärzte, die aus der Niederlassung kommen, in deutlich höherem Maße sehr zufrieden sind. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Selbstständige aus der Niederlassung Weiterbildungsangebote aus betriebswirtschaftlichen Gründen weniger oft nutzen.

Eine ähnlich hohe Zufriedenheit zeigen die ehemals Selbstständigen mit der technischen Ausstattung der MVZ. Dies ist wenig verwunderlich, da die technische Ausstattung der MVZ, wie wir im Abschnitt 4.3 gezeigt haben, als gut bewertet wird.

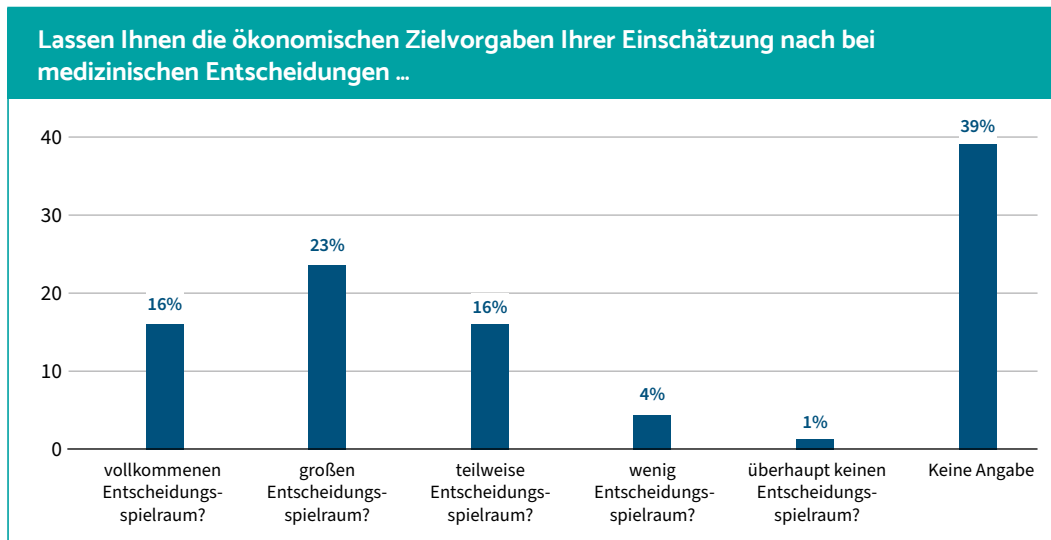


Abbildung 28: Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben auf ärztlichen Entscheidungsspielraum

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Schließlich haben wir auch danach gefragt, inwieweit ökonomische Zielvorgaben den medizinischen Entscheidungsspielraum einschränken. Wir gehen dabei davon aus, dass eine Begrenzung des Entscheidungsspielraums auch auf die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte ausstrahlt. Rund die Hälfte der Befragten sieht keine wesentlichen Beschränkungen, was auch mit den Antworten, die im Abschnitt 4.2 beschrieben werden, übereinstimmt. Allerdings haben knapp 40% der Befragten hierzu keine Angaben gemacht.

Abschließend kann im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen in MVZ festgestellt werden, dass die meisten befragten Ärztinnen und Ärzte (76%) Kenntnisse über die Eigentumsverhältnisse des MVZ haben, in dem sie tätig sind, wie die folgende Abbildung zeigt.

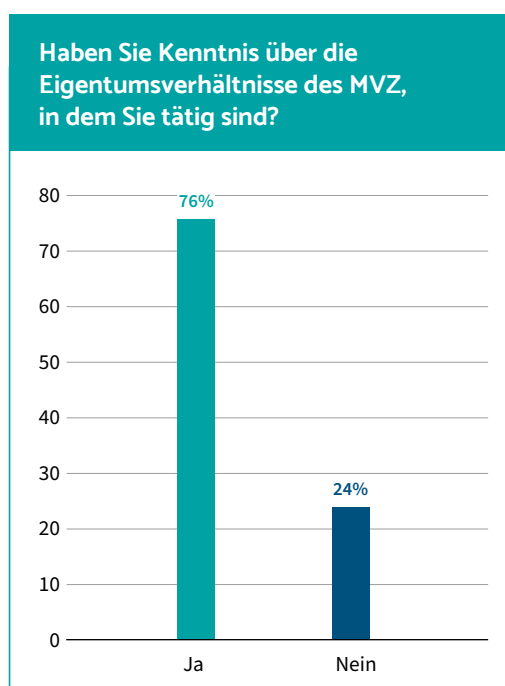


Abbildung 29: Kenntnisse über die Eigentumsverhältnisse des MVZ

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

5

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

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 Patientinnen und Patienten sind und zum anderen – möglicherweise noch wichtiger – bei jungen Ärztinnen und Ärzten eine hohe Priorität besitzen. Bislang ist in der (politischen) Diskussion über MVZ die Perspektive der dort angestellten Ärztinnen und Ärzte zu kurz gekommen. Das IfG hat mit seiner Studie aus dem Jahr 2020 hier einen Anfang gemacht und mittels Befragungsergebnissen die ärztliche Perspektive in die Diskussion eingebracht. Mit der vorliegenden Studie wurde die Befragung von in MVZ mit Kapitalbeteiligung angestellten Ärztinnen und Ärzten auf eine breitere Basis gestellt. Es sind künftig noch weitere, zusätzliche Untersuchungen zu dieser Thematik und der Perspektive der in MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte wünschenswert, aber die von uns originär erhobenen und anschließend ausgewerteten Daten liefern bereits heute wichtige Ergebnisse für die Diskussion. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst:

Gründe für die Tätigkeit in MVZ:

Gründe für eine Tätigkeit im MVZ sind das Arbeiten im Team und die damit verbundene Möglichkeit zum fachlichen Austausch. Dies gilt vor allem für Frauen. Zudem werden das nicht vorhandene Investitionsrisiko sowie geregelte Arbeitszeiten häufig als Gründe für eine Anstellung in MVZ genannt (vgl. Abbildung 4 bis Abbildung 6). Hier können MVZ den angestellten Ärztinnen und Ärzten Vorteile bieten, die sie im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit in einer eigenen Praxis in dieser Form nicht hätten.

Ärztliche Unabhängigkeit und ökonomischer Druck in MVZ:

Häufig bestehen ökonomische Zielvorgaben für die Angestellten in MVZ (vgl. Abbildung 7), sie haben aber keine bzw. kaum Auswirkungen auf die Entscheidungsspielräume bei medizinischen Entscheidungen (vgl. Abbildung 28). Der ökonomische Druck wird in der Einzelpraxis sogar stärker wahrgenommen (vgl. Abbildung 9), was daran liegt, dass dort die Ärztin oder der Arzt nicht nur für die medizinische Leistungserbringung zuständig ist, sondern als Freiberuflerin bzw. Freiberufler gleichzeitig die betriebswirtschaftliche Verantwortung für die Praxis übernimmt. Durch eine insgesamt zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die mit gedeckelten Honorarbudgets, Arzneimittelbudgets etc. einhergeht und gleichzeitig steigenden Kosten, nimmt die unternehmerische Rolle der Ärztin bzw. des Arztes in der Einzelpraxis an Bedeutung zu. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte meiden allerdings häufig das Investitionsrisiko und die unternehmerischen bzw. bürokratischen Aspekte (vgl. Abbildung 4), die mit einer Niederlassung einhergehen, und bevorzugen eine ärztliche Tätigkeit in Anstellung. Zudem ist nach Einschätzung der von uns befragten Ärztinnen und Ärzten die Therapiefreiheit in MVZ mit Kapitalbeteiligung besser gesichert als in der selbstständigen Praxis (vgl. Abbildung 10).

Versorgungsqualität in MVZ:

Die Qualität der Patientenversorgung in MVZ mit Kapitalbeteiligung wird von den meisten befragten Ärztinnen und Ärzten als überdurchschnittlich bewertet (vgl. Abbildung 11). Gleichzeitig äußern die befragten Ärztinnen und Ärzte die Einschätzung, dass sich der ärztliche Qualitätsanspruch in einem MVZ besser verwirklichen lässt als in einer Einzelpraxis (vgl. Abbildung 12). Auch die Modernität der Ausstattung (vgl. Abbildung 13) und die Ausstattung mit Medizintechnik im MVZ (vgl. Abbildung 15) werden gegenüber der vorherigen Tätigkeit vorwiegend als verbessert angesehen – insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, die zuvor in selbstständiger Niederlassung tätig waren. Dies gilt auch für den Digitalisierungsgrad (vgl. Abbildung 16), was gerade aufgrund des sich weiter öffnenden Felds der telemedizinischen Versorgung von Bedeutung ist. Eine sehr wichtige Erkenntnis aus der Befragung im Hinblick auf die Versorgungsqualität ist, dass die meisten befragten Ärztinnen und Ärzte der Meinung sind, dass Ärztinnen und Ärzte im MVZ mit Kapitalbeteiligung mehr Zeit für Patientinnen und Patienten haben als Ärztinnen und Ärzte in der Einzelpraxis (vgl. Abbildung 19).

Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in MVZ:

MVZ mit Kapitalbeteiligung sind für Ärztinnen und Ärzte attraktive Arbeitgeber. Kostenvorteile gehen nicht zu Lasten der Angestellten, sondern liegen in einem effizienten Arbeitseinsatz. Insbesondere die geregelten Arbeitszeiten im MVZ ermöglichen für die Angestellten eine gute Work-Life-Balance (vgl. Abbildung 24), was zu einer hohen Arbeitszufriedenheit führt (Abbildung 23). Dies spiegelt sich auch darin wider, dass der Austausch unter Kolleginnen und Kollegen (vgl. Abbildung 25) sowie wie bereits oben genannt die technische Ausstattung im Rahmen der Tätigkeit im MVZ mit Kapitalbeteiligung (vgl. Abbildung 27) von den befragten Ärztinnen und Ärzten mit einem hohen Zufriedenheitsgrad bewertet werden.

Die hier kurz zusammengefassten Ergebnisse unserer Befragung liefern wichtige Hinweise – erstmals aus Sicht der in MVZ beschäftigten Ärztinnen und Ärzte – darauf, warum die Zahlen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren stetig steigen und wie das Versorgungsgeschehen in diesen Einrichtungen eingeschätzt wird.²³ Es zeigt sich, dass die Attraktivität der MVZ für die dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte so hoch ist, dass die Bedeutung der MVZ für das Versorgungsgeschehen in Deutschland immer wichtiger wird. Entsprechend gehen auch die meisten befragten Ärztinnen und Ärzte (84%) davon aus, dass MVZ in Zukunft noch wichtiger für die ambulante Versorgung sein werden, wie die folgende Abbildung zeigt.

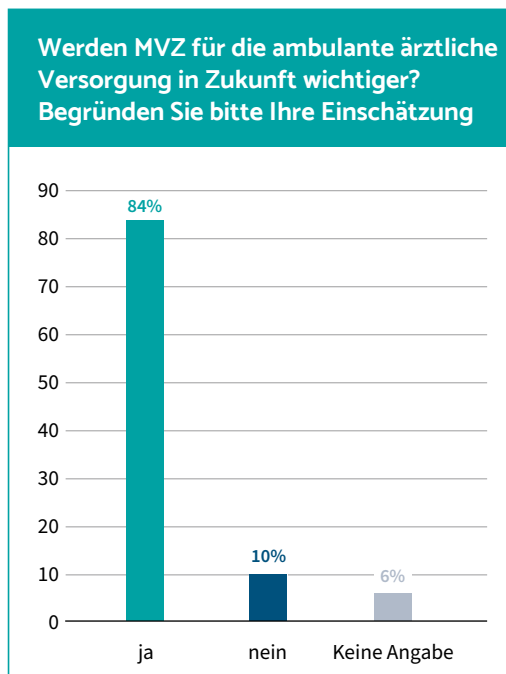


Abbildung 30: Zukünftige Bedeutung von MVZ für die ambulant ärztliche Versorgung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2022).

Die hohe Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im MVZ, die unsere Befragung gezeigt hat, dürfte sich auch im „Arzt-Patienten-Verhältnis“ niederschlagen und wird damit auch für Patientinnen und Patienten spürbar und sichtbar.

²³ Vgl. Neubauer (2022).

Anhang: Befragung Ärztinnen und Ärzte 2022

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

Frage 1: Alter

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Bis 35	8	4%
Über 35 bis 55	108	60%
Älter als 55	64	36%
Gesamt	180	100%

Frage 2: Geschlecht

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Männlich	93	52%
Weiblich	87	48%
Divers	0	0%
Gesamt	180	100%

Frage 3: Position

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Mit Führungsverantwortung	81	45%
Ohne Führungsverantwortung	92	51%
In Ausbildung	7	4%
Gesamt	180	100%

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

Antwortoptionen	Durchschnitt über alle Teilnehmer (=180)	Durchschnitt, nur wenn vorherige Tätigkeit	Anzahl mit vorheriger Tätigkeit in ...
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus?	9,7	10,6	164
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)?	1,7	7,1	42
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ?	2,0	6,1	60
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel?	1,3	5,3	43
In der selbstständigen Niederlassung?	4,5	16,1	44
Sonstiges:	0,5	10,3	8

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

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus	65	36%
Im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung (ohne MVZ)	22	12%
Im Angestelltenverhältnis in einem MVZ	23	13%
Im Angestelltenverhältnis in diesem MVZ vor Eigentümerwechsel	20	11%
In der selbstständigen Niederlassung	40	22%
Sonstiges	8	4%
Keine Angabe	2	1%
Gesamt	(178) 180	100%

Frage 6: Warum haben Sie sich für eine Tätigkeit als Angestellte/r im MVZ entschieden?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
kein Investitionsrisiko	93	52%
moderne Praxisausstattung	52	29%
weniger administrativer Aufwand	86	48%
Vereinbarkeit von Beruf und Familie	86	48%
Geregelte Arbeitszeiten	87	48%
festes Gehalt (finanzielle Gründe)	70	39%
Arbeiten im Team/fachlicher Austausch	97	54%
Sonstiges	32	18%

Frage 7: Haben Sie in Ihrer Tätigkeit ökonomische Zielvorgaben?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	70	39%
Ja	110	61%
Keine Angabe	0	0%
Gesamt	180	100%

Frage 8: Wenn ja, welche?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Fallzahl pro Quartal	48	27%
Anteil der Privat-Patienten an der Fallzahl	13	7%
Umsatz pro Quartal	44	24%
Zeitaufwand pro Patient	27	15%
Zahl der Operationen pro Quartal	8	4%
Sonstige	9	5%

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

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
vollkommenen Entscheidungsspielraum	29	16%
großen Entscheidungsspielraum	42	23%
teilweise Entscheidungsspielraum	29	16%
wenig Entscheidungsspielraum	8	4%
überhaupt keinen Entscheidungsspielraum	2	1%
Keine Angabe	70	39%
Gesamt	180	100%

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

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Effizienz		
besser	39	22%
neutral	66	37%
schlechter	4	2%
Keine Angabe	71	39%
Gesamt	180	100%
Behandlungsqualität		
besser	10	6%
neutral	63	35%
schlechter	34	19%
Keine Angabe	73	41%
Gesamt	180	100%
Wartezeiten auf einen Termin		
besser	35	19%
neutral	63	35%
schlechter	8	4%
Keine Angabe	74	41%
Gesamt	180	100%
Wartezeiten in der Praxis		
besser	23	13%
neutral	72	40%
schlechter	11	6%
Keine Angabe	74	41%
Gesamt	180	100%

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

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
überdurchschnittlich	120	67%
durchschnittlich	52	29%
unterdurchschnittlich	8	4%
Gesamt	180	100%

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

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
hat sich die Patientenversorgung		
verbessert	54	30%
nicht verändert	104	57,78%
verschlechtert	18	10%
Keine Angabe	4	2,22%
Gesamt	180	100%
hat sich die Modernität der Ausstattung		
verbessert	89	49,44%
nicht verändert	77	42,78%
verschlechtert	12	6,67%
Keine Angabe	2	1,11%
Gesamt	180	100%
hat sich die Ausstattung mit Medizintechnik		
verbessert	80	44,44%
nicht verändert	76	42,22%
verschlechtert	21	11,67%
Keine Angabe	3	1,6%
Gesamt	180	100%
hat sich die Personalausstattung		
verbessert	59	32,78%
nicht verändert	70	38,89%
verschlechtert	48	26,67%
Keine Angabe	3	1,6%
Gesamt	180	100%
hat sich die Subspezialisierung		
verbessert	57	31,67%
nicht verändert	96	53,33%
verschlechtert	23	12,78%
Keine Angabe	4	2,22%
Gesamt	180	100%
hat sich die Integration der Patientenversorgung an Ihrem Standort		
verbessert	40	22,22%
nicht verändert	118	65,56%
verschlechtert	108	60%
Keine Angabe	31	17,22%
Gesamt	180	100%

Frage 13: Sind ökonomische Zielvorgaben

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
relevanter bzw. präsenter geworden	88	48,89%
in der Relevanz bzw. Präsenz gleich geblieben	75	41,67%
weniger relevant bzw. weniger präsent geworden	16	8,89%
Keine Angabe	1	0,56%
Gesamt	180	100%

Frage 14: Wer hat mehr Zeit für den Patienten?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxis	43	23,89%
Im MVZ	106	58,89%
Keine Angabe	31	17,22%
Gesamt	180	100%

Frage 15: Wer ist stärker ökonomisch bestimmt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Arzt/Ärztin in Einzelpraxis	113	62,78%
Arzt/Ärztin im MVZ	44	24,44%
Keine Angabe	23	12,78%
Gesamt	180	100%

Frage 16: Wo lässt sich der Qualitätsanspruch besser verwirklichen?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	41	22,78%
Im MVZ	108	60%
Keine Angabe	31	17,22%
Gesamt	180	100%

Frage 17: Wo ist die Therapiefreiheit besser gesichert?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	55	30,56%
Im MVZ	72	40%
Keine Angabe	53	29,44%
Gesamt	180	100%

Frage 18: Wo wird die Corona-Krise besser bewältigt?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
In Einzelpraxen	17	9,44%
Im MVZ	115	63,89%
Keine Angabe	48	26,67 %
Gesamt	180	100 %

Frage 19: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	63	35%
eher zufrieden	74	41,11 %
neutral	26	14,44%
eher unzufrieden	14	7,78%
sehr unzufrieden	3	1,67%
Gesamt	180	100%

Frage 20: Wie zufrieden sind Sie mit der Work-Life-Balance im Rahmen Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	59	32,78%
eher zufrieden	69	38,33%
neutral	35	19,44%
eher unzufrieden	14	7,78%
sehr unzufrieden	3	1,67%
Gesamt	180	100%

Frage 21: Wie zufrieden sind Sie mit dem Austausch unter Kollegen/Kolleginnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	83	46,11 %
eher zufrieden	56	31,11 %
neutral	27	15%
eher unzufrieden	9	5%
sehr unzufrieden	2	1,11 %
Keine Angabe	3	1,67%
Gesamt	180	100%

Frage 22: Wie zufrieden sind Sie mit den Fort- und Weiterbildungsangeboten im Rahmen Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	58	32,22 %
eher zufrieden	46	25,56 %
neutral	52	28,89 %
eher unzufrieden	14	7,78 %
sehr unzufrieden	6	3,33 %
Keine Angabe	4	2,22 %
Gesamt	180	100 %

Frage 23: Wie zufrieden sind Sie mit der technischen Ausstattung im Rahmen Ihrer Tätigkeit im MVZ?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
sehr zufrieden	68	37,78 %
eher zufrieden	68	37,78 %
neutral	32	17,78 %
eher unzufrieden	9	5 %
sehr unzufrieden	3	1,67 %
Gesamt	180	100 %

Frage 24: Werden MVZ für die ambulante ärztliche Versorgung in Zukunft wichtiger?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	18	10 %
Ja	151	83,89 %
Keine Angabe	11	6,11 %
Gesamt	180	100 %

Frage 25: Haben Sie Kenntnis über die Eigentumsverhältnisse des MVZ, in dem Sie tätig sind?

Antwortoptionen	Beantwortungen	In %
Nein	43	23,89 %
Ja	137	76,11 %
Gesamt	180	100 %

Literaturverzeichnis

- Bundesärztekammer (o. J.), Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020, Bundesgebiet gesamt, online verfügbar, URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-filles/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf (letzter Abruf: 27.07.2022).
- Degenhardt, M. (2022), Auf Kosten der Versorgung, in: KU Gesundheitsmanagement Ausgabe 07/2022.
- Heinrich, D. (o. J.), Virchowbund, URL: <https://www.virchowbund.de/verbandsarbeit/freiberuflichkeit> (letzter Abruf: 23.09.2022).
- IfG (2020), Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), Arztszahlstatistik 2021: Größte Zuwächse bei Psychologischen Psychotherapeuten – Trend zur Anstellung hält an, 24.03.2022, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/html/1150_57561.php (letzter Abruf: 09.09.2022).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021), Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2020, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (letzter Abruf: 27.07.2022).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a), Medizinische Versorgungszentren aktuell, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2020, online verfügbar, URL: <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf> (letzter Abruf: 27.07.2022).
- Kassenärztliche Bundesvereini-
- gung (2020), Praxisnachrichten, online verfügbar, URL: https://www.kbv.de/html/1150_49273.php (letzter Abruf: 23.09.2022).
- Kettler, N. (2021), Junge Zahnärztinnen und -ärzte, Hrsg.: Institut der deutschen Zahnärzte, Köln.
- Köhler, A. (2007), Der abhängige Freiberufler: Vertragsärzte zwischen ärztlicher Verantwortung und SGB V-Korsett, in: Ulrich, V., Ried, W. [Hrsg.], Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Seiten 959-963, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Ladurner et al (2020): Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Aalen/München/Berlin 2020.
- Marburger Bund (2022), MB-Monitor 2022: Zu wenig Personal, zu viel Bürokratie, unzulängliche Digitalisierung, online verfügbar, URL: <https://www.marburgerbund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie> (letzter Abruf: 13.09.2022).
- Marburger Bund Zeitung (2022), Ausgabe 5/2022.
- Marburger Bund Zeitung (2022a), Ausgabe 7/2022.
- 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. (2022), MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung. Ein aktueller Überblick. Vortrag zur BBMV-Veranstaltung: "MVZ – unverzichtbare Pfeiler einer nachhaltigen Medizin 2.0?", URL: <https://www.bbm.de/2022/07/25/susanne-m%C3%BCller-statistik-ist-auch-politisch> (letzter Abruf: 21.09.2022).
- Müller, S. (2022), MVZ – (k)ein Heilsbringer, in: KU Gesundheitsmanagement Ausgabe 07/2022.
- 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: 13.09.2022).
- Neubauer, G. (2022), Die Investoren kommen – Warum ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland so attraktiv?, in: KU Gesundheitsmanagement Ausgabe 08/2022.
- Neubauer, G. (2022), Warum ist das Gesundheitswesen für Investoren so interessant?, in: Rheuma MANAGEMENT Ausgabe März/Apr 2022.
- Neubauer, G., Wolfenstetter, K. (2021), Gesundheitsökonomisches Gutachten zu den Gründungs-Möglichkeiten von „Kommunalen Medizinischen Versorgungszentren“. Ein Gutachten erstellt im Auftrag der „Rosa Luxemburg Stiftung Bayern Kurt Eisner Verein“ und „DIE LINKE. Im Münchner Stadtrat“, online verfügbar, URL: https://www.die-linke-muenchen-stadtrat.de/fileadmin/srmuenchen/user/upload/Gutachten_kommunale_MVZ_IfG.pdf (letzter Abruf: 13.09.2022).
- Neubauer, G. (2009), Systeme der Vergütung und deren konkrete Ausprägung in Deutschland: Theoretische Grundlagen, in: Neubauer, G., Minartz, C., Beivers, A., Pfister, F., Systeme der Vergütung und deren konkrete Ausprägung in Deutschland, Schriftlicher Management-Lehrgang: Kompaktwissen Gesundheitswesen, Lektion 4, Seiten 8-18, Euroforum Verlag, Düsseldorf.
- Osterloh, F. und Blum, M. (2022), Kommerzialisierung: Der Druck ist enorm, in: Dtsch Arztebl 2022; 119(20): A-895 / B-743, online verfügbar, URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=225184> (letzter Abruf: 13.09.2022).
- Tisch, N. und Nolting, H.-D. (2021), Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns, Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, IGES, Berlin, online verfügbar, URL: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objs27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022_ger.pdf (letzter Abruf: 23.08.2022).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung von MVZ (Gesamtzahl) und Krankenhaus MVZ im Zeitraum 2004-2020
Seite 9

Abbildung 2: Entwicklung der in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum 2004-2020
Seite 9

Abbildung 3: Strukturdaten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung
Seite 13

Abbildung 4: Gründe für Tätigkeit als Angestellte(r) im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Altersgruppen
Seite 15

Abbildung 5: Gründe für Tätigkeit als Angestellte(r) im MVZ mit Kapitalbeteiligung differenziert nach Geschlecht
Seite 15

Abbildung 6: Gründe für Tätigkeit als Angestellte(r) im MVZ mit Kapitalbeteiligung
Seite 16

Abbildung 7: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung
Seite 17

Abbildung 8: Ökonomische Vorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis differenziert nach vorheriger Tätigkeit
Seite 18

Abbildung 9: Ökonomische Zielvorgaben im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit
Seite 18

Abbildung 10: Therapiefreiheit im MVZ mit Kapitalbeteiligung vs. in Einzelpraxis, Einschätzung differenziert nach vorheriger Tätigkeit
Seite 19

Abbildung 11: Einschätzung zur Qualität der Patientenversorgung
Seite 19

Abbildung 12: Verwirklichung des Qualitätsanspruchs in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung
Seite 20

Abbildung 13: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit
Seite 20

Abbildung 14: Einschätzung zur Modernität der Ausstattung im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit nach Subgruppen
Seite 21

Abbildung 15: Einschätzung zur Ausstattung mit Medizintechnik im MVZ im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit
Seite 21

Abbildung 16: Einschätzung zum Digitalisierungsgrad im MVZ mit Kapitalbeteiligung im Vergleich zur vorhergehenden Tätigkeit
Seite 22

Abbildung 17: Vergleichende Einschätzung zur Subspezialisierung im MVZ mit Kapitalbeteiligung
Seite 23

Abbildung 18: Vergleichende Einschätzung zur Integration der Patientenversorgung im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit
Seite 23

Abbildung 19: Behandlungszeit in der Einzelpraxis vs. im MVZ mit Kapitalbeteiligung
Seite 24

Abbildung 20: Einschätzung zu den Wartezeiten auf einen Termin im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit
Seite 25

Abbildung 21: Einschätzung zu den Wartezeiten während des Termins im MVZ mit Kapitalbeteiligung gegenüber vorhergehender Tätigkeit
Seite 25

Abbildung 22: Bewältigung der Corona-Krise
Seite 26

Abbildung 23: Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit im MVZ
Seite 40

Abbildung 24: Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance im Rahmen der Tätigkeit im MVZ
Seite 27

Abbildung 25: Zufriedenheit mit dem Austausch unter Kollegen/ Kolleginnen im Rahmen der Tätigkeit im MVZ
Seite 27

Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Fort- und Weiterbildungsangeboten im Rahmen der Tätigkeit im MVZ
Seite 28

Abbildung 27: Zufriedenheit mit der technischen Ausstattung im Rahmen der Tätigkeit im MVZ
Seite 28

Abbildung 28: Einfluss der ökonomischen Zielvorgaben auf ärztlichen Entscheidungsspielraum
Seite 29

Abbildung 29: Kenntnisse über die Eigentumsverhältnisse des MVZ
Seite 29

Abbildung 30: Zukünftige Bedeutung von MVZ für die ambulant ärztliche Versorgung
Seite 31

Impressum

Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München GbR

Frau-Holle-Straße 43

81739 München

Vertreten durch: Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Telefon: +49 89 60 51 98

Telefax: +49 89 60 61 187

E-Mail: ifg@ifg-muenchen.com

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.

Marienstraße 15

10117 Berlin

Telefon: +49 030 27593805

E-Mail: info@bbmv.de

