

STUDIE

**Evidenz hilft:  
Beeinflusst die Übernahme durch private,  
nicht-ärztliche Kapitalgeber das  
Abrechnungsverhalten von MVZ?**

---

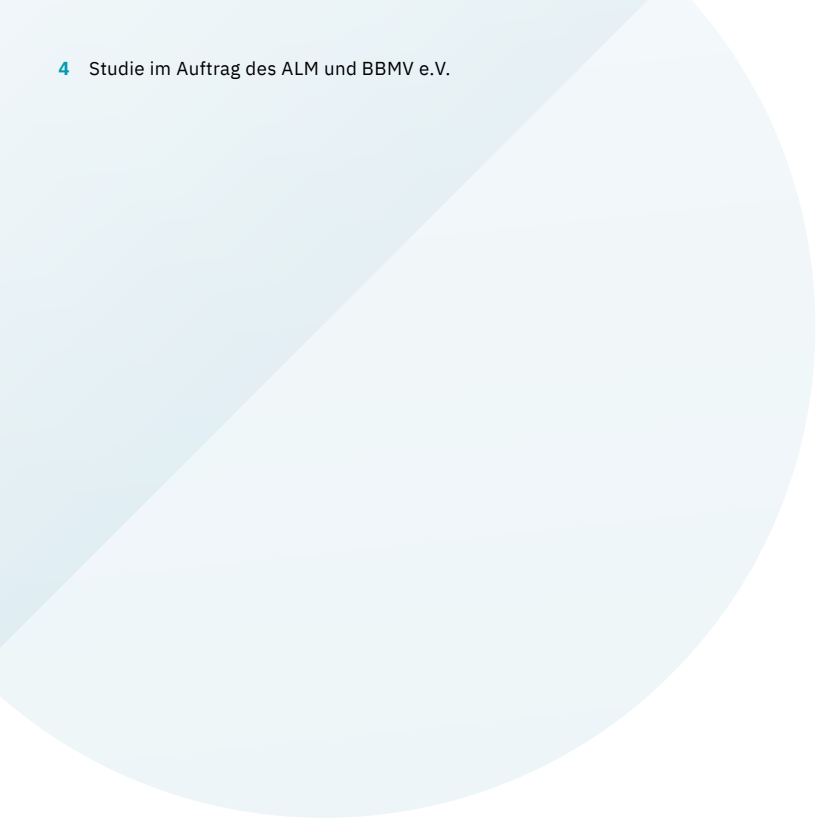
PROF. DR. FRANK-ULRICH FRICKE

### **Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke**

Frank-Ulrich Fricke ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Technischen Hochschule Nürnberg und unparteiisches Mitglied der Schiedsstelle nach § 130b SGB V. Nach betriebswirtschaftlichem Studium und volkswirtschaftlicher Promotion war er in der pharmazeutischen Industrie und in der Beratung tätig. Professor Fricke ist Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Fachgesellschaften.

# Inhalt

I. Einleitung: MVZ spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung .....	5
II. Gesetzliche Prüfaufträge zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.....	7
III. Fragestellung und Operationalisierung .....	8
IV. Vorgehensweise im Rahmen dieser Fallstudie .....	9
1. Auswahl der untersuchten Fälle .....	9
2. Datenerhebung .....	9
3. Auswertung der Daten .....	10
V. Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse: Relative Veränderung von Fallwerten und Gebührenordnungspositionen sowie Vergleich zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheid.....	11
1. Entwicklung der Fallwerte .....	11
2. Vergleich zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheid .....	13
3. Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs im Honorarvolumen.....	15
4. Diskussion der Ergebnisse und Limitationen .....	18
VI. Fazit: Auffälligkeiten in der Abrechnungspraxis von Leistungserbringern lassen sich mit Hilfe von Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden feststellen .....	19
Quellenverzeichnis .....	21



## I. Einleitung: MVZ spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland wird durch Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)<sup>1</sup> erbracht. MVZ nehmen als Organisationsform eine gewisse Sonderrolle ein, weil hier die Arbeitsteilung zwischen der ärztlichen Leistungserbringung und der betriebswirtschaftlichen Administration im Vergleich zur Einzelpraxis zumeist weiter fortgeschritten ist. Die betriebswirtschaftliche Administration (Personalmanagement, Management von Infrastruktur, Betriebskosten und gegebenenfalls Abrechnungsorganisation) ist von der ärztlichen Behandlung getrennt. Bei einem MVZ können Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser oder nicht-ärztliche Dialyседienstleister und mittelbar auch öffentlich-rechtliche Einrichtungen oder nicht-ärztliche Kapitalgeber als Gesellschafter beteiligt sein. In MVZ tätige Ärztinnen und Ärzte können sich auf die medizinische Behandlung konzentrieren und über das Ausmaß ihrer Beteiligung im Vergleich zur Gründung einer Einzelpraxis auch das Investitionsrisiko besser steuern.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Vorteile haben sich MVZ in der Versorgungslandschaft seit der Einführung im Jahr 2003 fest etabliert und werden zunehmend auch von Ärztinnen und Ärzten als Organisationsform gewählt: Ende 2021 waren in Deutschland 4.179 MVZ registriert – ein Anteil von 4 % an der ambulanten Versorgung.<sup>2</sup> Trotz dieser Entwicklung sehen sich insbesondere MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern mit Vorwürfen aus Teilen der Politik und Selbstverwaltung konfrontiert. Private, nicht-ärztliche Kapitalgeber bezeichnete Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) in einem Inter-

view mit der Bild-Zeitung Ende 2022 als „Heuschrecken“, die MVZ aufkauften, „um sie anschließend mit maximalem Gewinn zu betreiben“.<sup>3</sup> Lauterbach kündigte an, diese Praxis einschränken zu wollen. Im Juni 2023 beschloss zudem der Bundesrat auf Initiative der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Hamburg die „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ und forderte die Bundesregierung auf, MVZ stärker zu regulieren.<sup>4</sup>

Begründet wird dieser Beschluss u.a. damit, dass MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatzstarke Leistungen legten mit der möglichen Folge, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum in der niedergelassenen Versorgung abgebildet werde.<sup>5</sup> Der Vorwurf dieser sogenannten ‚Rosenpickerei‘ wird in der Regel mit einer im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) durchgeführten Studie des IGES-Instituts untermauert. Die Studie kommt im Abstract zu dem Ergebnis, dass in MVZ höhere Behandlungskosten abgerechnet würden als in Einzelpraxen.<sup>6</sup> Tatsächlich ergibt sich diese Schlussfolgerung aus den Ausführungen im Bericht nicht. So hat auch das IGES-Institut im Nachgang klargestellt, dass das Gutachten keine höheren Honorarvolumina je Patient/-in bei MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern gegenüber anderen MVZ belegen kann.<sup>7</sup> Darüber hinaus wurden die Zuordnungskriterien zu den MVZ mit Beteiligung privater, nicht-ärztlicher Kapitalgeber nicht explizit dargestellt und die Analyse wirft weitere methodische Fragen auf.<sup>8</sup> Das Gutachten wird aber immer noch in diesem Zusammenhang als Beleg angeführt.<sup>9</sup>

1. Begriffsbestimmung: Als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) wird eine einzelne Einrichtung bzw. ein Standort bezeichnet. Bei einem Zusammenschluss von mehreren MVZ, bspw. in derselben Trägerschaft, handelt es sich um eine MVZ-Gruppe. Eine MVZ-Gruppe besteht entsprechend aus mehreren MVZ.

2. Fricke, F.-U.; Köhler, W. und Rau, S. Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf? ALM e.V., Website, Februar 2023. [www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf](http://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf).

3. Hellemann, A. und Rosenfelder, L. Rotwein, Schnaps und Kater-Tricks. Lauterbach im großen Weihnachts-Interview. BILD.de, Interview vom 24.12.2022. [www.bild.de/bild-plus/politik/inland/politik-inland/lauterbach-im-grossen-weihnachts-interview-rotwein-schnaps-und-kater-tricks-82348222.bild.html](http://www.bild.de/bild-plus/politik/inland/politik-inland/lauterbach-im-grossen-weihnachts-interview-rotwein-schnaps-und-kater-tricks-82348222.bild.html)

4. BRat-DS 211/23 vom 16.06.2023. Entschließung des Bundesrates zur „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“. [www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/211-23\(B\).pdf](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/211-23(B).pdf)

5. Ebd.

6. Tisch, T. und Nolting, H.-D. Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns. IGES Institut, Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vom 01.12.2021. [www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr\\_objis27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022\\_ger.pdf](http://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objis27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022_ger.pdf).

7. Nolting, H.-D. und Tisch, T. Stellungnahme zu Missverständnissen in der Berichterstattung über das Gutachten. IGES-Institut, Website, zuletzt geändert: 17.05.2022. [www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index\\_ger.html](http://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index_ger.html).

8. Gersch-Souvignet, S. und Trautmann, M. (2022): Medizinische Versorgungszentren im ambulanten ärztlichen Markt. In: Ebner Stolz, Juve Handbuch 2022/2023, S. 824–825. [www.ebnerstolz.de/de/1/2/4/1/8/EbnerStolz\\_CoPublishing\\_JUVE\\_Handbuch\\_2022\\_2023.pdf](http://www.ebnerstolz.de/de/1/2/4/1/8/EbnerStolz_CoPublishing_JUVE_Handbuch_2022_2023.pdf).

9. KVB. IMVZ. Spekulationsobjekt Gesundheit. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Website, zuletzt aufgerufen: 23.01.2024. [www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/spekulationsobjekt-gesundheit](http://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/spekulationsobjekt-gesundheit).

Honorarvolumina und das Abrechnungsverhalten in MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG wurden bereits in diversen Gutachten untersucht.<sup>10, 11, 12</sup> Hinweise auf ein erforderliches Eingreifen des Gesetzgebers haben sich dabei bislang nicht ergeben. Auch Unterschiede im Abrechnungsverhalten von MVZ, an denen nicht-ärztliche Kapitalgeber beteiligt sind, gegenüber MVZ, an denen ärztliche Kapitalgeber beteiligt sind, konnten kein versorgungskritisches Verhalten von MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern belegen.<sup>13</sup>

Vor diesem Hintergrund will die vorliegende Studie einen Debattenbeitrag für eine mögliche Vorgehensweise zur vergleichenden Untersuchung des Abrechnungsverhaltens von ambulanten Einrichtungen am Beispiel von MVZ auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnung skizzieren. Die dazu notwendigen Daten liegen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vor. Darüber hinaus haben KVen und Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag, Versorgungsaufträge (§ 95 Abs. 3 Satz 4 SGBV), Wirtschaftlichkeit (§ 106a SGB V) und Abrechnungen (§ 106d SGB V) von Leistungserbringern in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung sind jährlich an die Aufsichtsbehörden zu berichten und müssten etwaige Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer oder auch bestimmter Gruppen von Leistungserbringern erkennen lassen und letztlich gegebenenfalls zu Sanktionen führen.

Bisher werden insbesondere Honorarberichte, also statistisch aufbereitete Zusammenstellungen von Honoraren und deren Entwicklung, regelmäßig veröffentlicht. Die KV Berlin hat das Ergebnis ihrer Prüfungen für das Kalenderjahr 2021 im KV-Blatt publiziert und eine vollständige Erfüllung der Versorgungsaufträge festgestellt.<sup>14</sup> Nach Organisationsformen wie Einzelpraxen, BAG und MVZ wurde dabei nicht differenziert. Die vorhandenen Daten würden eine solche Differenzierung allerdings erlauben.

Nachfolgend wird die Analyse nach Organisationsformen anhand einer Fallstudie auf der Basis von anonymisierten Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden

aus einigen MVZ dargestellt. Diese MVZ hatten sich bereit erklärt, ihre Daten für die Fallstudie zur Verfügung zu stellen. Es geht dementsprechend nicht um eine repräsentative Datenerhebung, sondern um eine Skizze des prinzipiellen Vorgehens, um aus einer evidenzfreien Diskussion um die weitere Regulierung von MVZ herauszukommen und eine Basis für die Überprüfung von Regulierungsmaßnahmen anhand von Daten zu schaffen.

Die Fallstudie beruht auf anonymisierten Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden von Mitglied-MVZ des Bundesverbands der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) und des Verbands Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM). In die Untersuchung waren diverse ärztliche Fachgruppen eingeschlossen, die unterschiedlich stark vertreten waren. Der Ansatz war ein Vorher/Nachher-Vergleich: Untersucht wurde die Frage, ob sich das Abrechnungsverhalten von MVZ vor und nach Übernahme der Kapitalanteile durch private, nicht-ärztliche Kapitalgeber verändert. Sollten die in der Einleitung skizzierten Vorwürfe aus dem politischen Raum zutreffen, müssten entsprechende Veränderungen nach der Übernahme zu erkennen sein. Im Fall von Auffälligkeiten müssten im Geschäftsbetrieb einer KV dann weitere Untersuchungen folgen.

Im Fall dieser Studie sind Auffälligkeiten geprüft und geklärt worden. Wann von einer Auffälligkeit auszugehen ist, kann anhand von relativen Veränderungen definiert werden. Wo genau man die Schwelle für diese relativen Änderungen ansetzt, wird auch von den Kapazitäten, die zur Auffälligkeitsprüfung zur Verfügung stehen, bedingt sein. Abhängig vom Ergebnis der Auffälligkeitsprüfungen könnte entsprechend sanktioniert werden. Im Folgenden werden zunächst die gesetzlichen Prüfaufträge erläutert. Anschließend werden Fragestellung und Vorgehensweise der Untersuchung vorgestellt, bevor die Ergebnisse präsentiert und diskutiert werden. Abschließend wird die Frage beantwortet, ob Routinedaten geeignet sind, Auffälligkeiten zu erkennen und als Grundlage für die weitere Analyse genutzt werden können.

10. Tisch und Nolting, 2021.

11. Haaß et al. Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2020, S. 26. [www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26287/e26288/e26290/attr\\_objjs26292/Gutachten\\_Z-MVZ\\_IGES\\_2020-10\\_web\\_ger.pdf](http://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26287/e26288/e26290/attr_objjs26292/Gutachten_Z-MVZ_IGES_2020-10_web_ger.pdf).

12. Ladurner, A.; Walter, U. und Jochimsen, B. Rechtsgutachten. Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). BMG, 2020. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand\\_und\\_Weiterentwicklung\\_der\\_gesetzlichen\\_Regelungen\\_zu\\_MVZ.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf).

13. Fricke et al., 2023.

14. KV Berlin. Versorgungsaufträge erneut umfänglich erfüllt. KV-Blatt 05/2022, S. 26. [www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/kv-blatt/kv\\_blatt\\_05\\_2022.pdf](http://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/kv-blatt/kv_blatt_05_2022.pdf)

## II. Gesetzliche Prüfaufträge zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Es gibt gesetzliche Regelungen, die eine Prüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags sowie eine Prüfung der Abrechnung von Seiten der KVen und Krankenkassen vorsehen. Dieser Prüfauftrag gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Organisationsformen: Einzelpraxen, BAG und MVZ. Eine Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrags bzw. Auffälligkeiten bei der Abrechnung müssten im Rahmen dieser Prüfungen auffallen und entsprechend verfolgt werden. Ein systematischer Vergleich zwischen Organisationsformen, Inhaber- und Trägerstrukturen sowie nach Fachgruppen sollte strukturelle Probleme in der Versorgung erkennen lassen. In welchem Umfang Abrechnungen geprüft und die gesetzlichen Prüfaufträge erfüllt werden, ist mangels transparenter Berichterstattung leider kaum zu beurteilen.

Die gesetzlichen Vorgaben sehen eine Prüfung der Erfüllung der Versorgungsaufträge (§ 95 Abs. 3 Satz 4 SGBV), der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen (§ 106a SGBV) sowie die Prüfung der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Rechtmäßigkeit und Plausibilität (§ 106d SGBV) vor. Gemäß § 95 Abs. 3 Satz 4 SGBV sind die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt, die Einhaltung der Versorgungsaufträge anhand der abgerechneten Fälle und Gebührenordnungspositionen (GOPs) mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand zu prüfen. Die entsprechenden Ergebnisse sowie eine Übersicht der ggfs. sanktionierenden Maßnahmen ist den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den für die KVen zuständigen Aufsichtsbehörden zu übermitteln (§ 95 Abs. 3 Satz 5 SGBV).

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen wird im Gegensatz dazu auf Antrag einer Krankenkasse oder KV arztbezogen durch die entsprechende Prüfstelle durchgeführt (§ 106a Abs. 1 Satz 1 SGBV). Die Prüfung kann u. a. durch einen be-

gründeten Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten in Hinblick auf das Behandlungsziel veranlasst werden (§ 106a Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGBV). Darüber hinaus wird die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGBV geprüft.

Schließlich sind KVen und Krankenkassen beauftragt, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen (§ 106d SGBV). Die KVen haben die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen festzustellen und eine arztbezogene Plausibilitätsprüfung hinsichtlich abgerechneter Leistungen in Abhängigkeit vom Zeitaufwand durchzuführen. Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen bzgl. des Umfangs der Leistungspflicht, der Plausibilität der abgerechneten Leistungen zur Behandlung eines Versicherten in Bezug auf die Diagnose sowie die Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit. Sofern Veranlassung besteht, können gezielte Prüfungen beantragt werden.

Darüber hinaus legt der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) nach § 134b Abs. 2 SGBV i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGBV Rahmenbedingungen zur Einhaltung qualitativer Vorgaben fest. Die folgende Untersuchung soll exemplarisch zeigen, dass diese gesetzlichen Prüfaufträge auffälliges Verhalten bei der Leistungserbringung und Abrechnung erkennbar machen müssten, sofern die Prüfaufträge entsprechend den Vorgaben durchgeführt werden.

### III. Fragestellung und Operationalisierung

S ofern der Verdacht besteht, dass Versorgungsaufträge von Leistungserbringern nicht erfüllt werden oder dass es zu systematischen Falschabrechnungen von Leistungen kommt, müssten diese im Rahmen der oben skizzierten Prüfungen auffallen und entsprechend verfolgt werden. Ein systematischer Vergleich zwischen Organisationsformen, Inhaber- und Trägerstrukturen sowie nach Fachgruppen sollte strukturelle Probleme in der Versorgung erkennen lassen.

Verdächtigungen hinsichtlich der Nicht-Erfüllung von Versorgungsaufträgen oder der systematischen Falschabrechnung von Leistungen werden in der öffentlichen Debatte insbesondere gegenüber privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern erhoben.<sup>15</sup> Dabei steht die Hypothese im Vordergrund, dass das Gewinnstreben nach Kapitalgeberschaft und Organisationsformen unterschiedlich ausgeprägt ist und diese Unterschiede Folgen für die Versorgungsqualität und die Versorgungskosten haben.

Ist diese Hypothese zutreffend, sollten Unterschiede im Abrechnungsverhalten erkennbar sein, die sich anhand der Abrechnungsdaten der Akteure belegen ließen. Ein weiterer Hinweis auf ein unterschiedliches Gewinnstreben könnte sich aus den Unterschieden zwischen den Abrechnungsdaten und den Honorarbescheiden<sup>16</sup> der jeweiligen KV ergeben. Diese Überlegungen führen zur übergeordneten Fragestellung für diese Fallstudie, in der exemplarisch mögliche Auffälligkeiten vor und nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers an MVZ untersucht werden:

***Lassen sich anhand der Abrechnungsdaten und Honorarbescheide eines MVZ nach Beteiligung eines nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebers Auffälligkeiten bzgl. des Abrechnungsverhaltens erkennen?***

Eine zentrale Rolle kommt bei einer solchen Untersuchung dem Fallwert zu. Der Fallwert beschreibt das durchschnittliche Honorar je Behandlungsfall. Steigt das Gesamthonorar überproportional zur Anzahl der Behandlungsfälle, dann steigt der Fallwert. Dies könnte ein Hinweis auf ein verändertes Abrechnungsverhalten sein. Zudem können die relativen Anteile von Gebührenordnungspositionen (GOPs) innerhalb einer Abrechnung oder einer

Mehrzahl von Abrechnungen über einen bestimmten Zeitraum, z. B. in vier Quartalen vor und nach Übernahme eines MVZ, als Indikator dafür genutzt werden, ob sich das Abrechnungsverhalten verändert hat.

Grundsätzlich könnten die MVZ auch über die Erhöhung der Patientenzahl (= Fallzahl) eine Mengenausweitung bewusst betreiben. Die Mengenausweitung ist auch ein Prüfkriterium nach § 95 Absatz 3 SGB V. Allerdings ist die Erhöhung der Patientenzahl bei konstantem Honorarvolumen als Maßnahme zur Honorarsteigerung wenig erfolgversprechend. Ferner müsste sich dies auch in der Analyse der Zusammensetzung der abgerechneten GOPs zeigen. So müsste z. B. im Bereich der Labormedizin die Fachärztliche Grundpauschale Labor (GOP 12220) häufiger abgerechnet werden und wäre damit auch ein Indikator für eine steigende Fallzahl. Eine gesonderte Analyse der Fallzahlentwicklung wäre also nicht zwingend erforderlich.

Damit rücken die Veränderungen bei Fallwerten und die Zusammensetzung von GOPs gemessen am Gesamthonorar nach der Beteiligung eines MVZ mit privater, nicht-ärztlicher Kapitalgeberschaft in den Mittelpunkt der Studie. Im Rahmen dieser explorativen Analyse der Veränderungsraten wurden prozentuale Schwellenwerte genutzt: Ab einer Veränderung von fünf Prozentpunkten ( $\Delta \geq 5\%$ -Punkte) wird von einer Auffälligkeit in den Abrechnungsdaten ausgegangen, die eine nähere Betrachtung nahelegt. Dieser Schwellenwert ist normativ gewählt. Alternative Schwellenwerte der Veränderungen wären denkbar und könnten im Rahmen von Sensitivitätsanalysen verwendet werden. Ferner werden lediglich positive Veränderungen bei den Fallwerten berücksichtigt. Sinkende Fallwerte werden nicht als Auffälligkeit gewertet. Diese deuten eher nicht auf eine Veränderung der abgerechneten Leistungen zu Lasten des gesamten Honorarvolumens hin. Entsprechend wird bei einem Vergleich der Fallwerte aus den Abrechnungsdaten gegenüber den Honorarbescheiden eine Diskrepanz von mindestens 5 Prozentpunkten zwischen Abrechnung und Honorarbescheid als auffällig interpretiert, wenn die abgerechneten Fallwerte die Fallwerte im Honorarbescheid übersteigen.

15. BRat-DS 211/23, 2023.

16. Es ist zu betonen, dass Unterschiede zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheid auch aufgrund anderer Ursachen auftreten können. Daher ist eine ausführliche Einzelfallprüfung unabdingbar.



## IV. Vorgehensweise im Rahmen dieser Fallstudie

Im Rahmen dieser Studie soll exemplarisch untersucht werden, wie man Auffälligkeiten in den Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden vor und nach Veränderung in den Kapitalgeberstrukturen verwenden könnte, um Hypothesen zu abweichendem Abrechnungsverhalten empirisch zu erfassen. Dies soll auf Basis vorhandener Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

### 1. Auswahl der untersuchten Fälle

Dazu sind Datensätze von MVZ erforderlich, bei denen es einen Wechsel in der Eigentümerstruktur mit Beteiligung von privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern gab. Über den BBMV e.V. und die ALM e.V. wurden aus den Mitgliedern dieser Verbände Teilnehmer an der exploratorischen Studie rekrutiert. Die Teilnahme beruhte auf einer freiwilligen Datenlieferung. Die Stichprobe ergibt sich entsprechend aus den Mitglied-MVZ, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben. Die Anonymität der teilnehmenden MVZ war zu gewährleisten.

Neben der Bereitschaft war die Fähigkeit der Datenlieferung entscheidend. Zwingende Einschlusskriterien waren ein Wechsel in der Eigentümerstruktur hin zu einem privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber. Ferner mussten die Abrechnungsdaten und KV-Bescheide für jeweils vier Quartale vor und

vier Quartale nach Beteiligung des privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers vorliegen. So sollten unterjährige Schwankungen bei der Abrechnung ausgeglichen werden. Darüber hinaus durfte die Beteiligung nicht länger als zehn Jahre zurückliegen. Danach stehen die Honorarbescheide aufgrund der entsprechenden Aufbewahrungsfristen in der Regel nicht mehr zur Verfügung.

### 2. Datenerhebung

Der BBMV e.V. informierte insgesamt 21 MVZ-Gruppen. Nach Untersuchung der oben genannten Auswahlkriterien erwiesen sich insgesamt 11 MVZ als geeignet, die sich auf 6 MVZ-Gruppen verteilen. Der ALM e.V. sprach alle Mitglieder mit über 200 Laboren an. Nach Rückmeldung interessierter MVZ und Prüfung der Auswahlkriterien erwiesen sich 6 MVZ verteilt auf 3 MVZ-Gruppen als geeignet. Damit wurden insgesamt 9 MVZ-Gruppen mit 17 MVZ in die Studie mit aufgenommen. Die MVZ verteilen sich auf 9 von 17 KV-Regionen (siehe Tabelle 1) sowie auf 4 Fachbereiche: Augenheilkunde, Pathologie, Radiologie und Labormedizin (siehe Tabelle 2). Aus der Dermatologie sowie der Orthopädie hatte sich jeweils ein MVZ aus einer MVZ-Gruppe bereit erklärt. Da in den beiden Fällen die Anonymität nicht gewährleistet werden konnte, wurden sie von der Analyse ausgeschlossen.

KV-Region	Anzahl MVZ
KV Baden-Württemberg	3
KV Bayerns	2
KV Berlin	1
KV Bremen	1
KV Hessen	2
KV Niedersachsen	1
KV Nordrhein	3
KV Rheinland-Pfalz	2
KV Westfalen-Lippe	2
<b>Insgesamt 9 von 17 KV-Regionen repräsentiert</b>	<b>17</b>

Tabelle 1: Teilnehmende MVZ nach KV-Region

Fachrichtung	MVZ-Gruppen	MVZ
Augenheilkunde	3	6
Pathologie	2	2
Radiologie	1	3
Labormedizin	3	6
<b>Summe</b>	<b>9</b>	<b>17</b>

Tabelle 2: Teilnehmende MVZ-Gruppen und MVZ nach Fachrichtungen

Anschließend wurden die interessierten MVZ über die benötigten Unterlagen, Dateien und Angaben informiert. Mit Hilfe eines externen und unabhängigen Dienstleisters wurde ein Software-Programm zur Anonymisierung der KV-Abrechnungsdaten (CON-Dateien) entwickelt, um alle datenschutzrechtlichen Vorgaben zu gewährleisten. Dieses Programm löscht und anonymisiert sämtliche personenbezogenen Daten aus den CON-Dateien und generiert eine neue CON-Datei, welche die Datenschutzrichtlinien einhält und die dann zur Verfügung gestellt werden kann. Alle zur Verfügung gestellten Dateien wurden mit einem Projektpasswort geschützt. Die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde sichergestellt.

Anschließend konnten die teilnehmenden MVZ die anonymisierten Abrechnungsdaten sowie die ebenfalls anonymisierten Honorarbescheide der KVen an den externen Dienstleister zur Auswertung übermitteln. Die Datengrundlage bilden die Daten der teilnehmenden Leistungserbringer zum Leistungsbedarf (Abrechnungsdaten) und zur Honorarzahlung (Honorarbescheid). Aus den Abrechnungsdaten (Grundlage sind die KVDT-Abrechnungsdateien der teilnehmenden MVZ) wurden folgende Daten und Kennzahlen ermittelt:

- Behandlungsfälle
- Arztfälle
- Patientenzahlen
- Gebührenordnungspositionen (GOP) und deren Häufigkeiten
- Honorarbedarf vor Prüfung durch KV
- Fallwerte vor Prüfung durch KV
- Leistungswert (Honorarbedarf je Leistung)

Diese Daten stehen den KVen grundsätzlich zur Verfügung. In dieser Untersuchung wurden die Daten verwendet, die einen Erkenntnisgewinn vor dem Hintergrund der Fragestellung versprechen. Das sind insbesondere die Fallwerte und die Häufigkeiten der GOPs.

Zusätzlich wurden die Honorarbescheide der KVen (je Abrechnungsquartal) ohne patientenbezogene Daten berücksichtigt. Auch hier wurden durch

Anonymisierung die Datenschutzerfordernisse eingehalten, sodass in der Auswertung die Ergebnisse nur noch auf eine Fachgruppe zurückzuführen sind und nicht auf den Leistungserbringer selbst. Folgende Daten wurden aus den Honorarbescheiden je Quartal ermittelt:

- Behandlungsfälle
- KV-Sitze/Zulassungen
- Gebührenordnungspositionen (GOP) und deren Häufigkeiten
- Ausbezahltes Honorar mit Bereinigung von Sachkostenerstattungen und ohne Berücksichtigung der Corona-PCR bei Labor-Fallwert

### 3. Auswertung der Daten

Die Daten wurden mithilfe deskriptiver Statistik systematisch verglichen. Betrachtet wurden Abrechnungsdaten und Honorarbescheide der teilnehmenden MVZ über die Zeit (vier Quartale vor und vier Quartale nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber). Auffälligkeiten bei Abrechnungsdaten vor und nach Übernahme, die eine Steigerung der Fallwerte oder auch eine Ausweitung der abgerechneten Leistungen bzw. relative Veränderungen des Leistungsprogramms nahelegen, wurden identifiziert. Dafür wurden insbesondere herangezogen:

- die prozentuale Veränderung des Fallwerts (Honorar je Behandlungsfall) auf Grundlage des oben definierten Schwellenwerts,
- Unterschiede zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden bei den Fallwerten unter Verwendung des oben definierten Schwellenwerts,
- die Strukturveränderungen in der Zusammensetzung der GOPs als weiterer Anhaltspunkt für ein verändertes Abrechnungsverhalten.

Zunächst werden die Ergebnisse der einzelnen MVZ und der Fachgruppen betrachtet. Im Anschluss werden die Ergebnisse und die Verwendbarkeit des Ansatzes in Bezug auf eine systematische und regelmäßige Analyse des Abrechnungsverhaltens aller Leistungserbringer diskutiert.

## V. Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse: Relative Veränderung von Fallwerten und Gebühren- ordnungspositionen sowie Vergleich zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheid

Die Abrechnungsdaten und Honorarbescheide der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringer enthalten die für die gesetzlichen Prüfaufträge der Krankenkassen und KVen erforderlichen Informationen, wie z. B. die Anzahl der Behandlungsfälle, die Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie den Honorarbedarf. Für die Frage, ob in MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern anders abgerechnet wird als in Einzelpraxen oder MVZ mit ärztlichen Kapitalgebern und der Versorgungsauftrag nicht vollumfänglich erfüllt wird, sind insbesondere zwei Indikatoren relevant: der Fallwert sowie die relative Gewichtung der GOPs nach Honorarvolumen als Hinweis auf ein verändertes Abrechnungsverhalten.

Darüber hinaus zeigt der Vergleich der Daten aus der eingereichten Abrechnung mit den Daten aus dem Honorarbescheid, ob die abgerechneten Leistungen nach Prüfung und sachlich-rechnerischer Richtigstellung durch die KVen auch entsprechend ausbezahlt worden sind. Hierbei sind gegebenenfalls

noch Besonderheiten der regional geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) zu berücksichtigen. In den folgenden Abschnitten dieses Beitrags werden die Ergebnisse anhand dieser Indikatoren beschrieben und Auffälligkeiten ( $\Delta \geq 5\%$  bzw.  $\Delta \geq 5\%$  Punkte) festgehalten. Eine Interpretation der Ergebnisse ist angesichts der Größe und der fehlenden Repräsentativität der Stichprobe wenig sinnvoll.

### 1. Entwicklung der Fallwerte

Der Fallwert gibt den Leistungsbedarf je Behandlungsfall an. Eine positive Veränderung des Fallwerts bei einem MVZ lässt darauf schließen, dass im Durchschnitt im Jahr nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers eine höhere Summe pro Behandlungsfall abgerechnet worden ist im Vergleich zum Jahr vor Beteiligung. Die Diskussion der folgenden Ergebnisse basiert auf den Abrechnungsdaten der MVZ (CON-Datei). Die vergleichende Diskussion zu den Fallwerten in den Honorarbescheiden folgt im Unterpunkt 2.

17. Als Datengrundlage dient der Brutto-Leistungsbedarf aufgrund der bei der KV eingereichten Abrechnungsdatei, die sogenannten CON-Abrechnungsdaten.

Fallwert	Auge 1	Auge 2	Auge 3	Auge 4	Auge 5	Auge 6	Pathologie 1	Pathologie 2
CON-Datei	0,0%	0,4%	-4,8%	0,3%	-2,0%	3,5%	11,6%	-2,7%
Honorarbescheid	1,8%	0,4%	-3,2%	-2,6%	-2,3%	3,5%	9,7%	-2,7%
Differenz	-1,8%	0,0%	-1,6%	2,9%	0,3%	0,0%	1,9%	0,0%

Fallwert	Radiologie 1	Radiologie 2	Radiologie 3	Labor 1	Labor 2	Labor 3	Labor 4	Labor 5	Labor 6
CON-Datei	-0,2%	-1,8%	0,0%	1,5%	-0,3%	1,2%	4,9%	5,5%	-4,5%
Honorarbescheid	-0,1%	-3,2%	2,0%	2,6%	-2,1%	1,0%	5,2%	1,0%	-2,4%
Differenz	-0,1%	1,4%	-2,0%	-1,1%	1,8%	0,2%	-0,3%	4,5%	-2,1%

**Tabelle 3:** Prozentuale Veränderung der durchschnittlichen Fallwerte je MVZ über vier Quartale nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallwerten über vier Quartale vor Übernahme<sup>17</sup>

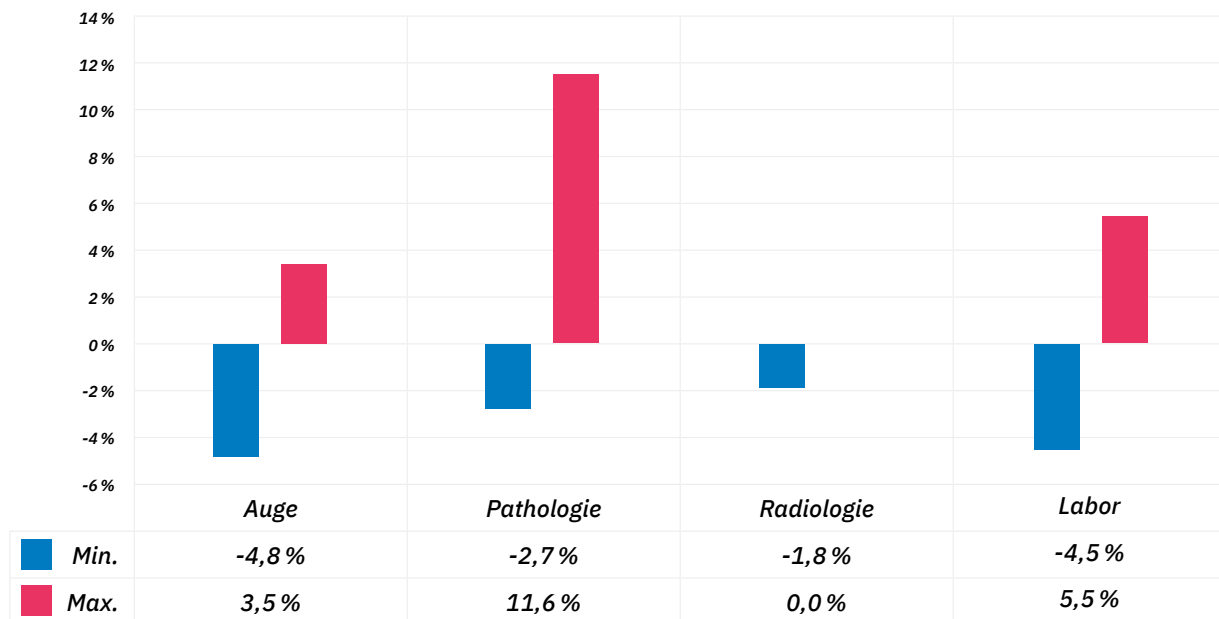


Abbildung 1: Spannweiten der prozentualen Veränderungen bei den durchschnittlichen Fallwerten<sup>18</sup> nach Facharztgruppen

Bei Betrachtung der MVZ fällt auf, dass es zu Veränderungen im Abrechnungsfallwert zwischen -4,8%-Punkten und 11,6%-Punkten gekommen ist. Angesichts des oben eingeführten Schwellenwerts von 5%-Punkten würden in einer Auffälligkeitsprüfung durch die jeweilige KV nun alle MVZ mit 5 %-Punkten und mehr Abweichung einer Einzelfallanalyse unterzogen, um die Ursachen zu analysieren.

Im konkreten Fall dieser Studie haben die Rückfragen an die Teilnehmer für die Veränderungen jenseits des Schwellenwerts zu folgenden Erläuterungen geführt: In einem Labor-MVZ wurden die molekularpathologischen Leistungen (EBM-Kapitel 19.4) etabliert und ausgebaut. Dafür sind weniger zytologische Leistungen erbracht worden. In dem Labor-MVZ mit einer Fallwert-Veränderung von 5,5% wurden neue Leistungen im Bereich der Prävention eingeführt. Darunter findet sich zum Beispiel der Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL (GOP 01865).

### Augenheilkunde

Die MVZ aus der Augenheilkunde, die in dieser Untersuchung betrachtet wurden, verteilen sich auf sechs MVZ in drei MVZ-Gruppen. Die Spanne bei der Veränderung der Fallwerte bewegt sich zwischen -4,8 % und +3,5 % (siehe Tabelle 3). Bei drei von den sechs MVZ blieb der Fallwert nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers unverändert.

Ob hier von einer Auffälligkeit auszugehen ist, die der weiteren Analyse bedarf, wird von den normativ zu setzenden Schwellenwerten abhängen. Im Falle einer Schwelle von 5%-Punkten wäre nicht von einer Auffälligkeit auszugehen.

### Pathologie

Die Pathologie ist mit zwei MVZ aus zwei unterschiedlichen MVZ-Gruppen in der Stichprobe vertreten. Bei einem MVZ fiel der Fallwert nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers um 2,7%. Das andere MVZ verzeichnet einen Anstieg des Fallwerts um 11,6%. Auf Basis des oben gesetzten Schwellenwertes würde die KV eine Auffälligkeitsprüfung beim zweiten MVZ durchführen.

Im konkreten Beispielfall in dieser Studie haben die Rückfragen an das MVZ zu folgender Erläuterung geführt: Im MVZ wurden die molekularpathologischen Leistungen (EBM-Kapitel 19.4) etabliert und ausgebaut. Dafür sind weniger zytologische Leistungen erbracht worden.

### Radiologie

In dieser Studie konnten drei MVZ aus der Radiologie aufgenommen werden, die derselben MVZ-Gruppe angehören. Der Fallwert blieb bei zwei MVZ in den beiden Jahren vor und nach Beteiligung konstant. Beim dritten MVZ lässt sich ein Rückgang des Fallwerts um 1,8% beobachten.

18. Die Fallwerte basieren auf den CON-Abrechnungsdaten und berücksichtigen das abgerechnete Honorar ohne Sachkosten je Behandlungsfall. Der Durchschnitt entspricht dem ungewichteten arithmetischen Mittelwert über alle MVZ.

### **Labormedizin**

Die sechs MVZ aus der Labormedizin verteilen sich auf drei MVZ-Gruppen. Die Veränderung der Fallwerte in den vier Quartalen nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers im Vergleich zu den vier Quartalen vor Beteiligung reicht von -4,5 % bis +5,5 %. Bei drei MVZ lag die Veränderung des Fallwerts zwischen -0,3 % und +1,5 %. Bei einem MVZ ging der Fallwert um 4,5 % zurück. Lediglich bei zwei der sechs MVZ betrug der Anstieg des Fallwerts 4,9 % und 5,5 %. Damit ist die Auffälligkeitsschwelle zumindest in einem Fall überschritten und im anderen Fall fast erreicht. Auf Basis des oben gesetzten Schwellenwertes würde die KV eine Auffälligkeitsprüfung beim MVZ mit einem Fallwertanstieg von 5,5 % durchführen.

Im Labor-MVZ mit der Fallwert-Steigerung von 5,5 % wurden neue Leistungen im Bereich Prävention eingeführt. Darunter findet sich zum Beispiel der Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL (GOP 01865). Ergänzend lässt sich anführen, dass gerade im Labor nach einem MVZ-Erwerb das durchgeführte Parameterspektrum häufig Veränderungen erfährt mit dem Ziel der schnellen und zeitnahen Versorgung sowie unter dem Aspekt von Serienlängen.

Von den 17 betrachteten MVZ in den beteiligten Fachgruppen hat die Veränderung des Fallwerts nach Beteiligung durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber bei zwei MVZ den Schwellenwert von 5 %-Punkten erreicht. In diesen beiden Fällen wäre die Auffälligkeit von der jeweiligen KV weiter zu untersuchen. In den konkreten Fällen aus der Stichprobe sind die Erläuterungen zu den Veränderungen bei der Darstellung der jeweiligen Fachgruppe angeführt.

In der Praxis sind die Gründe für eine Änderung des Fallwerts vielfältig. Ob im Ergebnis eine Sanktionierung von Fehlverhalten erforderlich ist, wird vom Ausgang der Auffälligkeitsprüfung abhängen müssen.

Ziel dieser Untersuchung ist es nicht, über die Gründe von Fallwertänderungen zu spekulieren. Dafür ist die Stichprobe zu klein und nicht repräsentativ. Auch müsste man die Historie der MVZ genauer betrachten. Hier soll lediglich gezeigt werden, dass mit den Daten, die den Krankenkassen und KVen zur Verfügung stehen, diese Auffälligkeiten im Rahmen der gesetzlichen Prüfaufträge identifiziert werden können.

### **2. Vergleich zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheid**

Die Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden in Form von Abrechnungsdaten an die zuständige KV übermittelt. Sie bilden den sogenannten Leistungsbedarf ab. Diese Daten sind die Grundlage für das Honorar der Ärztinnen und Ärzte, das nach Prüfung und sachlich-rechnerischer Richtigstellung der Abrechnungsdaten durch die KV zugewiesen wird. Der Honorarbescheid enthält die Honorarabrechnung der Leistungen, die den Leistungserbringern nach Prüfung zustehen. Bei nicht korrekter Quartalsabrechnung drohen Sanktionen, wie bspw. Honorarkürzungen oder Vergütungsrückforderungen. Honorarkürzungen können sich allerdings auch ergeben, wenn, wie z. B. in der Labormedizin, Höchstwertregelungen gelten, d. h. das Honorar nur bis zu einer festgelegten Höchstgrenze ausgezahlt wird.

Ist die Diskrepanz zwischen den Werten der Abrechnungsdaten und des Honorarbescheids sehr groß, kann das ein Hinweis auf eine fehlerhafte Abrechnung sein. Differenzen können aber auch aus Höchstwertregelungen, Abstufungen in der Humangenetik oder bei Abweichungen der KVen bei Auszahlungsquoten entstehen. Insofern sind Unterschiede zwischen den Fallwerten bei den Abrechnungen und dem Honorarbescheid zu erwarten, aber

jenseits einer bestimmten Schwelle auch ein möglicher Hinweis auf Abrechnungsfehler. Daher wird im Folgenden betrachtet, ob bei den untersuchten MVZ die Veränderung der Fallwerte gemäß Abrechnung in den vier Quartalen nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers im Vergleich zu den vier Quartalen davor von der Veränderung der Fallwerte im Honorarbescheid abweicht (siehe Tabelle 3).

Betrachtet man die Differenzen zwischen den Änderungen der Fallwerte in der Abrechnung im Vergleich zur Änderung der Fallwerte im Honorarbescheid, dann schwanken die Abweichungen zwischen Abrechnung und Honorarbescheid zwischen -2,1 %-Punkten und 4,5 %-Punkten. Ein negativer Wert zeigt, dass das beschiedene Honorar über dem abgerechneten liegt. Bei einem positiven Wert wurde mehr Honorar abgerechnet als von der KV beschieden. Große Differenzen mit positivem Vorzeichen können ein Hinweis darauf sein, dass die angestrebten Fallwertsteigerungen in den Abrechnungsdaten in den Honorarbescheiden nicht nachvollzogen wer-

den. Die hier dargestellten Werte deuten darauf hin, dass die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen an den Abrechnungen wenig zu beanstanden hatten. Ansonsten würde man stärkere Abweichungen erwarten.

In der Einzelbetrachtung der Fachgruppen bewegen sich die Abweichungen zwischen der Abrechnung und dem Honorarbescheid bei den Augenärzten zwischen -1,8 %-Punkten und 2,9 %-Punkten. In der Betrachtung der beiden teilnehmenden Pathologien schwanken die Abweichungen zwischen 0 %-Punkten und 1,9 %-Punkten. Bei den Radiologen von -2 %-Punkten bis 1,4 %-Punkten, bei den sechs Laboren zwischen -2,1 %-Punkten und 4,5 %-Punkten. Es wurde also sowohl mehr ausbezahlt (negative Abweichungen) als auch weniger (positive Abweichungen) als abgerechnet.

Die Unterschiede der Veränderungen der Fallwerte zwischen Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden sind gering. Ob man aus diesen Abweichungen Fehlverhalten bei der Abrechnung herleiten kann, muss der Einzelfallanalyse überlassen bleiben.

19. Als Datengrundlage dient der Brutto-Leistungsbedarf aufgrund der bei der KV eingereichten Abrechnungsdatei, die sogenannten CON-Abrechnungsdaten.

Fallwert	Auge 1	Auge 2	Auge 3	Auge 4	Auge 5	Auge 6	Pathologie 1	Pathologie 2
CON-Datei	0,0 %	0,4 %	-4,8 %	0,3 %	-2,0 %	3,5 %	11,6 %	-2,7 %
Honorarbescheid	1,8 %	0,4 %	-3,2 %	-2,6 %	-2,3 %	3,5 %	9,7 %	-2,7 %
Differenz	-1,8 %	0,0 %	-1,6 %	2,9 %	0,3 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %

Fallwert	Radiologie 1	Radiologie 2	Radiologie 3	Labor 1	Labor 2	Labor 3	Labor 4	Labor 5	Labor 6
CON-Datei	-0,2 %	-1,8 %	0,0 %	1,5 %	-0,3 %	1,2 %	4,9 %	5,5 %	-4,5 %
Honorarbescheid	-0,1 %	-3,2 %	2,0 %	2,6 %	-2,1 %	1,0 %	5,2 %	1,0 %	-2,4 %
Differenz	-0,1 %	1,4 %	-2,0 %	-1,1 %	1,8 %	0,2 %	-0,3 %	4,5 %	-2,1 %

**Tabelle 3:** Prozentuale Veränderung der durchschnittlichen Fallwerte je MVZ über vier Quartale nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallwerten über vier Quartale vor Übernahme<sup>19</sup>

### 3. Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs im Honorarvolumen

Die Gebührenordnungspositionen (GOPs) sind Teil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) der vertragsärztlichen Versorgung. Darin werden alle vertragsärztlichen Leistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, abgebildet. Jeder Leistung wird eine GOP zugeordnet, die wiederum mit einer bestimmten Punktsomme bzw. Eurosumme (speziell bei Laboren) verbunden ist und letztlich zur Honorierung des Vertragsarztes führt. Das Gesamthonorar eines niedergelassenen Arztes, einer Ärztin oder eines MVZ setzt sich aus den Punkt-/Eurosummen der einzelnen abgerechneten GOPs zusammen. Dabei gibt es je nach Fachrichtung unterschiedliche GOPs, die aufgrund einer großen Punkt-/Eurosumme bzw. einer hohen Verordnungszahl bei gegebenem Punktwert einen besonders hohen Anteil des Gesamthonorars ausmachen.

In der Regel lässt sich ein signifikanter Anteil des Honorars auf wenige GOPs zurückführen, da der Großteil abrechenbarer Leistungen prozentual am Gesamthonorar häufig eine geringe Rolle spielt. Die Betrachtung der Veränderungen der relativen Häufigkeit der GOPs am abgerechneten Punktvolumen über die Zeit kann daher ein Maßstab für die Bewertung der Entwicklung von Abrechnungsverhalten sein. Mit dem Vergleich der prozentualen Verteilung der abgerechneten GOPs innerhalb einer Fachgruppe in einer KV-Region gegenüber dem Fachgruppenn Durchschnitt könnte man prüfen, ob die inhaltliche Wahrnehmung des Versorgungsauftrages vom Fachgruppenn Durchschnitt abweicht. Das kann ein Maßstab für die leistungs- und inhaltsgerechte Erfüllung des übertragenen Versorgungsauftrags sein.

Die ‚Facharztgruppenn Durchschnitte‘ der abgerechneten GOPs standen für diese Untersuchung nicht zur Verfügung. Man kann jedoch in einem ersten Schritt die Häufigkeit der abgerechneten GOPs

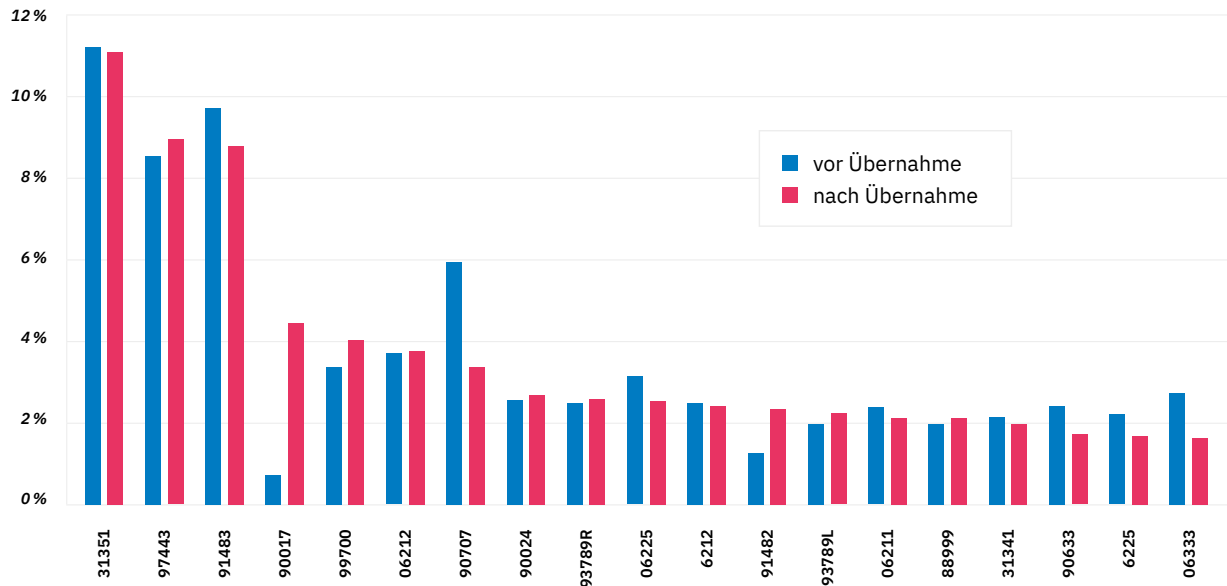
vor und nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers betrachten, um etwaige Veränderungen in der Zusammensetzung der abgerechneten GOPs und damit im Leistungsgeschehen festzustellen. Im zweiten Schritt wäre der Fachgruppenvergleich relevant. Im Nachfolgenden erfolgt ein Vorher-/Nachher-Vergleich der Häufigkeiten abgerechneter GOPs. Dabei werden nur jene GOPs betrachtet, die in Summe etwa 70 % des gesamten Honorars des jeweiligen MVZ umfassen.

Ferner wird darauf hingewiesen, dass die nachfolgende Betrachtung nicht repräsentativ sein kann. Die Stichprobe ist dafür zu klein. Die ausgewählten MVZ der einzelnen Fachbereiche können nicht die gesamte Facharztgruppe repräsentieren. Allerdings ist eine Betrachtung der Ebene des einzelnen MVZ schon unter Datenschutzgesichtspunkten schwierig. Folglich werden die MVZ der jeweiligen Facharztgruppe zusammengefasst, ohne Repräsentativität zu beanspruchen.

#### Augenheilkunde

Bei den sechs MVZ der Augenheilkunde machen 19 GOPs ca. 70 % des Gesamthonorars aus (*siehe Abbildung 2 Folgeseite*). Der intraoculare Eingriff (GOP 31351) hat mit 11 % des Gesamthonorars den größten Anteil. Dieser bleibt auch nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers stabil. Veränderungen bei den Anteilen am Gesamthonorar sind in den meisten Fällen gering. Ein deutlicher Anstieg beim Anteil am Gesamthonorar von 1 % auf etwas mehr als 4 % lässt sich lediglich bei der GOP 90017 feststellen. Zudem fällt der Anteil der Ziffer 90707 von 6 % auf 3 %.

Die GOPs > 90000 bilden die Operationen und Sachkostenerstattungen ab. Mit der GOP 90017 werden die Medikamentenkosten für Aflibercept im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion, Rechnung und Privatzept sind im Original einzureichen, abgebildet.



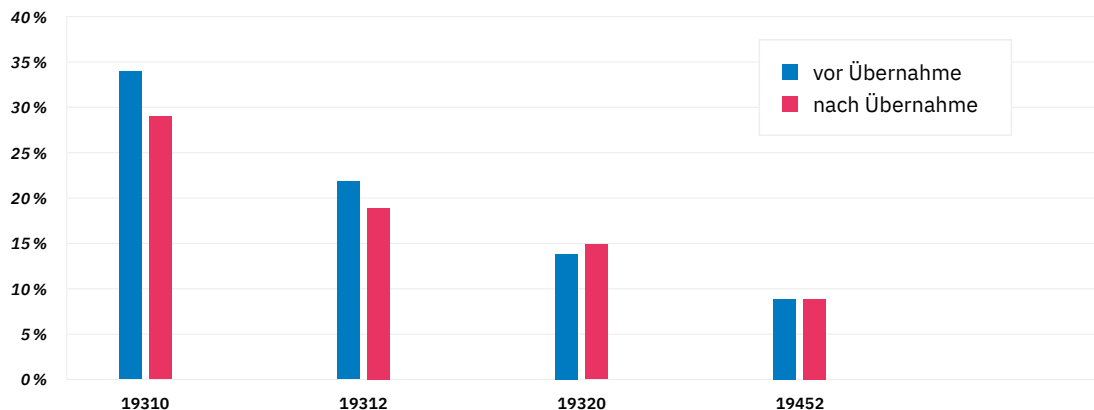
**Abbildung 2:** Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs mit dem größten Anteil am Gesamthonorar nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den vier Quartalen vor Übernahme (**Augenheilkunde**)

### Pathologie

In der Pathologie entfallen ca. 70 % des gesamten Honorarvolumens auf lediglich vier GOPs (*siehe Abbildung 3*). Den größten Anteil hat die histologische oder zytologische Untersuchung (GOP 19310). Dieser Anteil sank im Durchschnitt über alle MVZ nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers von 34 % auf 29 %. Zudem wurde in der Zeit nach Beteiligung von Seiten der zuständigen KV eine zusätzliche GOP in die Abrechnung eingeführt: 01733 (zytologische Untersuchung).<sup>20</sup> Es lässt sich außerdem eine Fokussierung erkennen. Bspw. steigt der Anteil der gezielten Untersuchung einer somatischen Erkrankung (GOP 19451) von 7 % auf 9 %. Ob sich das klinisch begründen lässt, muss hier offenbleiben, könnte aber Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

### Radiologie

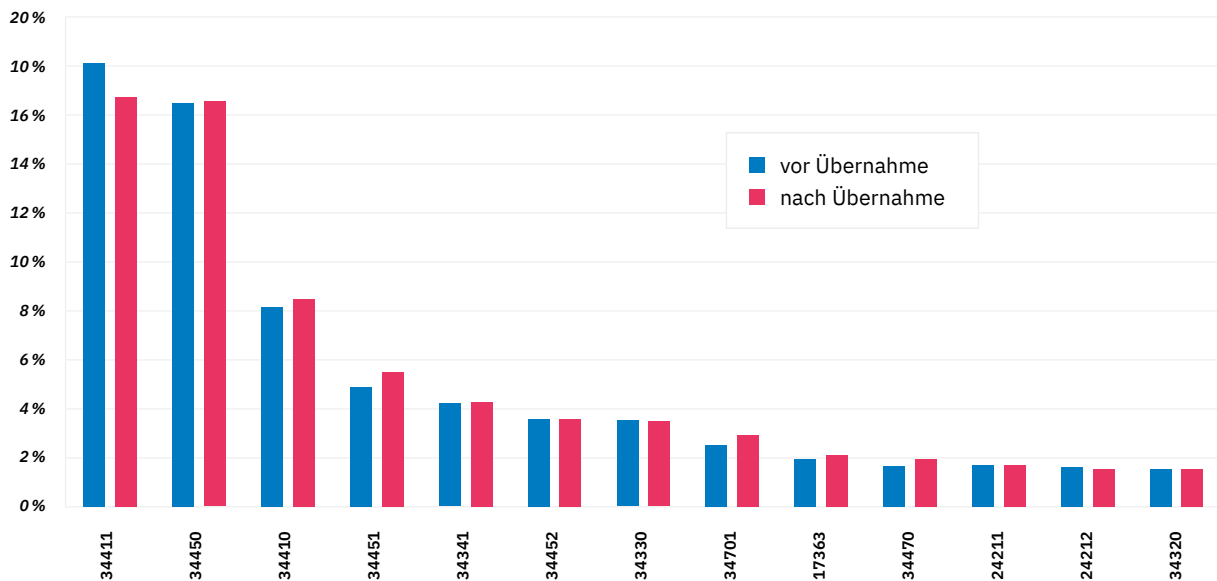
Bei den drei in der Radiologie tätigen MVZ werden mit 13 GOPs etwa 70 % des Gesamthonorars erzielt (*siehe Abbildung 4*). Die vier Abrechnungsziffern mit dem größten Anteil am Gesamthonorar beziehen sich auf diverse MRT-Untersuchungen. Die Abweichung bei der relativen Gewichtung in der Zeit vor und nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers überschreitet bei keinem der betrachteten Fälle einen Prozentpunkt. Daher lassen sich keinerlei Auffälligkeiten erkennen.



**Abbildung 3:** Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs mit dem größten Anteil am Gesamthonorar nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den vier Quartalen vor Übernahme (**Pathologie**)

<sup>20</sup> Die Ziffer 01733 wurde mittlerweile von der GOP 01762 ersetzt und ist seit dem 01.01.2020 nicht mehr berechnungsfähig.



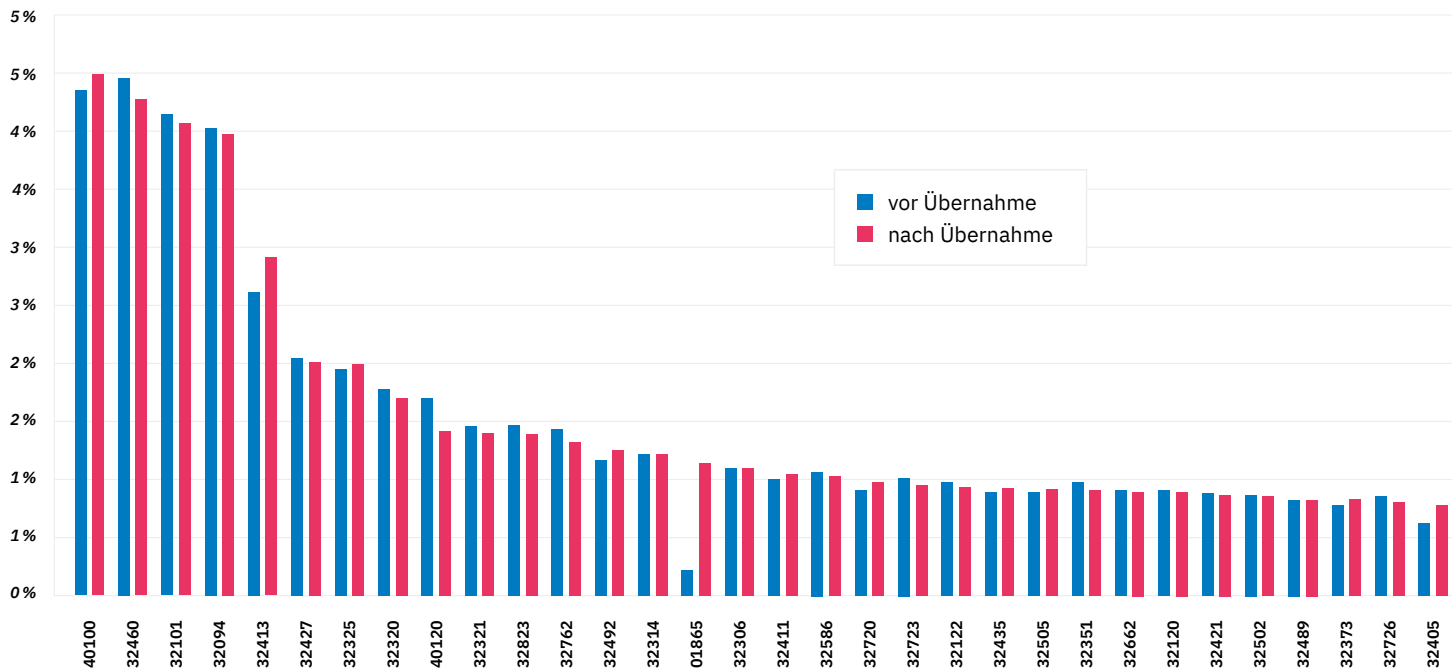


**Abbildung 4:** Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs mit dem größten Anteil am Gesamthonorar nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den vier Quartalen vor Übernahme (**Radiologie**)

### Labormedizin

In den Labor-MVZ werden neben reinen labormedizinischen Leistungen auch mikrobiologische Leistungen erbracht und abgerechnet. Das zeigt sich auch daran, dass 73 GOPs zu 70% des Gesamthonorars führen (siehe Abbildung 5). Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurden in Abbildung 5 lediglich 32 GOPs abgebildet, die ca. 50% des gesamten Honorars entsprechen. Die am häufigsten abgerechnete GOP 40100 ist auch nicht zum Honorar zu zählen. Ihr liegt

keine fachlich-inhaltliche Leistung zugrunde. Es handelt sich dabei vielmehr um eine Kostenpauschale für Versandmaterial zur Übermittlung von Untersuchungsergebnissen. Gleiches gilt für die GOP 40120, mit der die Kosten für Porto und Kopien abgedeckt werden. Relevante Unterschiede zwischen der Zeit vor und nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers an den MVZ sind marginal. Auffälligkeiten lassen sich nicht erkennen.



**Abbildung 5:** Veränderung der relativen Gewichtung der GOPs mit dem größten Anteil am Gesamthonorar nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber im Vergleich zu den vier Quartalen vor Übernahme (**Labormedizin**)

#### 4. Diskussion der Ergebnisse und Limitationen

Von den 17 untersuchten MVZ wurde bei zwei MVZ nach Untersuchung des Fallwerts eine Steigerung von mindestens 5% nach Übernahme durch einen privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgeber festgestellt. Eine bestimmte Facharztgruppe war in dieser kleinen, nicht-repräsentativen Stichprobe nicht auffällig. Der maximale Anstieg des Fallwerts liegt bei 11,6%-Punkten, alle anderen Steigerungsraten liegen deutlich darunter. Nun könnte man diskutieren, ob eine Auffälligkeitsschwelle von 5%-Punkten über alle Betrachtungen sinnvoll ist. Ferner ließe sich der Schwellenwert selbst in Frage stellen. Die Analyse verdeutlicht jedoch auf Basis dieser kleinen, nicht-repräsentativen Stichprobe, dass sich Hypothesen zur betriebswirtschaftlichen Optimierung der Leistungsabrechnung durch nicht-ärztliche Kapitalgeber bzw. ärztliche Inhaber mit Hilfe der vom Gesetzgeber bereits heute vorgeschriebenen Auffälligkeits-, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen prüfen lassen.

Anhand der Fallwerte in den eingereichten Abrechnungen und in den Honorarbescheiden lassen sich Vergleiche zwischen Gruppen unterschiedlicher Kapitalgeber, aber auch zwischen unterschiedlichen Organisationsformen durchführen. Diese Vergleiche können Auffälligkeiten darstellen und zu weiteren Untersuchungen im Einzelfall führen. Natürlich setzt das voraus, dass alle Organisationsformen, unabhängig von der Kapitalgeberschaft, zu prüfen wären. Nur dann lassen sich Ergebnisse vergleichen.

Fallwerte können sich über die Zeit aus diversen Gründen verändern. Das Leistungsspektrum in der ambulanten Versorgung ist einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen. Neue Methoden und Verfahren werden sich mit Zeitverzögerung auch in den Abrechnungen und Honorarbescheiden nieder-

schlagen. Daher hat auch der Vergleich innerhalb einer Fachgruppe über den Fachgruppendurchschnitt eine wichtige Funktion.

Die Ausgestaltung solcher Abrechnungsprüfungen sollte sukzessive weiterentwickelt werden. So ist zum Beispiel eine Automatisierung des Prüfverfahrens mit Blick auf die Ermittlung von Auffälligkeiten denkbar. Die Schwellenwerte zur Definition von Auffälligkeiten werden sich aus den Erfahrungen bei der Anwendung der Prüfregele ergeben und können in Rahmenvereinbarungen festgelegt werden. Auffälligkeiten müssten in Einzelfallprüfungen münden. Diese sind wiederum personell aufwendig. Damit hängen die Schwellenwerte der Auffälligkeiten auch von den personellen Ressourcen ab.

Schließlich muss noch einmal betont werden, dass die Fallzahl der untersuchten MVZ in dieser explorativen Studie zu klein ist, um generalisierende Aussagen über die Machbarkeit der Untersuchung hinaus treffen zu können. Die Auswahl der teilnehmenden MVZ beruhte auf Freiwilligkeit und geschah in Zusammenarbeit mit zwei Verbänden. Allerdings zeigt die Analyse, dass Hypothesen zur missbräuchlichen Nutzung des Systems zur betriebswirtschaftlichen Optimierung von MVZ untersucht werden können. Wenn die Untersuchungsergebnisse den Missbrauch belegen, kann auch sanktioniert werden. Dies gilt im Übrigen für alle an der Versorgung beteiligten Trägerstrukturen. Schließlich unterliegen alle Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung den gleichen Abrechnungsregeln und sonstigen Verpflichtungen, die sich aus dem SGBV ergeben. Machtmissbrauch einzelner Gruppen von Leistungserbringern sind damit enge Grenzen gesetzt, die für alle beteiligten Leistungserbringer in gleicher Weise gelten.

## VI. Fazit: Auffälligkeiten in der Abrechnungspraxis von Leistungserbringern lassen sich mit Hilfe von Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden feststellen

Ausgangspunkt der Studie waren Vorwürfe aus Teilen der Politik und Selbstverwaltung, MVZ mit Beteiligung privater, nicht-ärztlicher Kapitalgeber würden sich auf ‚lukrative‘ Leistungen konzentrieren, um Gewinne zu maximieren. Dabei würde der Versorgungsauftrag nicht vollumfänglich erfüllt.

Vor diesem Hintergrund wurde diese explorative Studie bei MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern aus unterschiedlichen Facharztgruppen und KV-Regionen durchgeführt. Es sollte untersucht werden, ob auf Basis von Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden sowie im Rahmen der Erfüllung der Prüfaufträge der KVen und Krankenkassen Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten von Leistungserbringern untersucht und festgestellt werden können.

Mit Hilfe von Daten unterschiedlicher MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern wurde die Entwicklung von Fallwerten in Abrechnungen und Honorarbescheiden betrachtet. Ferner wurden Unterschiede zwischen den Veränderungen in eingereichten Abrechnungen und erlassenen Honorarbescheiden sowie die relativen Honoraranteile der Gebührenordnungspositionen in den Abrechnungen untersucht. Der Betrachtungszeitraum umfasste vier Quartale vor und vier Quartale nach Beteiligung eines privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebers am MVZ. In der vorliegenden kleinen, nicht-repräsentativen Stichprobe waren vereinzelt Auffälligkeiten zu erkennen, deren Ursachen in Einzelfallprüfungen abzuklären wären.

Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass anhand der untersuchten Indikatoren Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten von Vertragsärzten bzw. MVZ festgestellt werden können, die dann in weiterführenden Analysen von der jeweiligen KV zu klären und ggf. zu sanktionieren wären. Die gesetzlichen Prüfaufträge sehen das vor. Die Umsetzung der ge-

setzlichen Prüfaufträge durch die Selbstverwaltung bleibt bisher jedoch in vielen Fällen unklar.

Mit einer regelhaften Durchführung solcher Auffälligkeitsprüfungen, die weitgehend automatisiert durchgeführt werden könnten, ließe sich auch empirisch zeigen, ob ein weiterer Regulierungsbedarf von Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung gegeben ist. Insbesondere ließe sich untersuchen, ob es bestimmte Gruppen von Leistungserbringern gibt, die einer stärkeren Kontrolle bedürfen. Ohne diese empirische Basis bleiben Vorwürfe, wie etwa der ‚Rosinenpickerei‘, aus Teilen der Politik und Selbstverwaltung gegenüber MVZ mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern ohne Beleg und nachfolgende politische Maßnahmen evidenzfrei. Damit fehlt zudem eine Basis für die Ungleichbehandlung unterschiedlicher Akteure in der vertragsärztlichen Versorgung, zumal bislang weder in den von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen in Auftrag gegebenen Studien<sup>21, 22, 23</sup> noch in dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten Rechtsgutachten zu MVZ<sup>24</sup> belastbare Belege vorgelegt wurden, die weitere Beschränkungen für den Zufluss privaten Kapitals in die ambulante Versorgung nahelegen.

Die vorliegende Analyse hat gezeigt, dass die Untersuchung der skizzierten Vorwürfe mit Routinedaten ohne einen besonderen Aufwand möglich wäre. Es wäre darüber hinaus im Interesse der Versichertengemeinschaft und auch der weiteren Öffentlichkeit, die Ergebnisse der Prüfungen zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeit nach KV-Regionen zu veröffentlichen und damit die Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. Dies könnte ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Honorar- und Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung sein.

21. Haaß et al., 2020.

22. Sodan, H. Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Rechtsgutachten, Oktober 2020. [www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/KVB-Rechtsgutachten-MVZ-2021.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/KVB-Rechtsgutachten-MVZ-2021.pdf).

23. Tisch, T. und Nolting, H.-D., 2021.

24. Ladurner et. al., 2021.



## Quellenverzeichnis

- BRat-DS 211/23 vom 16.06.2023. Entschließung des Bundesrates zur „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“.  
[www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/211-23\(B\).pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/211-23(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1).
- Fricke, F.-U.; Köhler, W. und Rau, S. Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf? ALM e.V., Website, Februar 2023.  
[www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf](http://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf).
- Gersch-Souvignet, S. und Trautmann, M. (2022): Medizinische Versorgungszentren im ambulanten ärztlichen Markt. In: Ebner Stolz, Juve Handbuch 2022/2023, S. 824-825.  
[www.ebnerstolz.de/de/1/2/4/4/1/8/EbnerStolz\\_CoPublishing\\_JUVE\\_Handbuch\\_2022\\_2023.pdf](http://www.ebnerstolz.de/de/1/2/4/4/1/8/EbnerStolz_CoPublishing_JUVE_Handbuch_2022_2023.pdf).
- Haaß et al. Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020, S. 26.  
[www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26287/e26288/e26290/attr\\_objs26292/Gutachten\\_Z-MVZ\\_IGES\\_2020-10\\_web\\_ger.pdf](http://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26287/e26288/e26290/attr_objs26292/Gutachten_Z-MVZ_IGES_2020-10_web_ger.pdf).
- Haserück, A. Medizinische Versorgungszentren. Dtsch Ärztebl, 121(1): A-45/B-47, 2024.  
[www.aerzteblatt.de/archiv/236702/Medizinische-Versorgungszentren](http://www.aerzteblatt.de/archiv/236702/Medizinische-Versorgungszentren).
- Hellemann, A. und Rosenfelder, L. Rotwein, Schnaps und Kater-Tricks. Lauterbach im großen Weihnachts-Interview. BILD.de, Interview vom 24.12.2022. [www.bild.de/bild-plus/politik/inland/politik-inland/lauterbach-im-grossen-weihnachts-interview-rotwein-schnaps-und-kater-tricks-82348222.bild.html](http://www.bild.de/bild-plus/politik/inland/politik-inland/lauterbach-im-grossen-weihnachts-interview-rotwein-schnaps-und-kater-tricks-82348222.bild.html)
- KVB. IMVZ. Spekulationsobjekt Gesundheit. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Website, zuletzt aufgerufen: 23.01.2024. [www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/spekulationsobjekt-gesundheit](http://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/spekulationsobjekt-gesundheit).
- KV Berlin. Versorgungsaufträge erneut umfänglich erfüllt. KV-Blatt 05/2022, S. 26.  
[www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/kv-blatt/kv\\_blatt\\_05\\_2022.pdf](http://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/kv-blatt/kv_blatt_05_2022.pdf)
- Ladurner, A.; Walter, U. und Jochimsen, B. Rechtsgutachten. Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Bundesministerium für Gesundheit, 2020.  
[www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand\\_und\\_Weiterentwicklung\\_der\\_gesetzlichen\\_Regelungen\\_zu\\_MVZ.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf).
- Nolting, H.-D. und Tisch, T. Stellungnahme zu Missverständnissen in der Berichterstattung über das Gutachten. IGES-Institut, Website, zuletzt geändert: 17.05.2022.  
[www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index\\_ger.html](http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index_ger.html).
- Sodan, H. Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Rechtsgutachten, Oktober 2020.  
[www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/KVB-Rechtsgutachten-MVZ-2021.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/KVB-Rechtsgutachten-MVZ-2021.pdf).
- Tisch, T. und Nolting, H.-D. Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns. IGES Institut, Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vom 01.12.2021.  
[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](http://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).



## **Die Studie wurde beauftragt vom ALM und BBMV e.V.**

### **Akkreditierten Labore in der Medizin – ALM e.V.**

Der ALM e.V. ist der Berufsverband der Akkreditierten Medizinischen Labore in Deutschland und vertritt derzeit über 200 medizinische Labore mit 900 Fachärztinnen und Fachärzten, rund 500 Naturwissenschaftlern und etwa 25.000 qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Zweck des Vereins ist die Förderung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen labormedizinischen Patientenversorgung in Deutschland. Die Mitglieder des Verbandes sichern eine flächendeckende Patientenversorgung, auch in strukturschwachen Gebieten. Die Mitgliedslabore sind nach der höchsten Qualitätsnorm für medizinische Laboratorien (DIN ISO EN 15189) akkreditiert und erfüllen uneingeschränkt die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK).

### **Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren – BBMV e.V.**

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. setzt sich für eine breite Trägervielfalt und die bestmögliche Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im ambulanten Gesundheitssektor ein. Die Mitglieder betreiben bundesweit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und tragen zur wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung bei. Dabei vertreten sie die gemeinsamen Interessen der Mitglieder gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit nach den Grundsätzen der Offenheit, Transparenz, Fairness und Integrität.



**ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V.**  
Invalidenstraße 113, 10115 Berlin  
Daniel Schaffer (Geschäftsführer)  
Lobbyregister: R001160  
Telefon: 030 403 688 4100  
E-Mail: [kontakt@alm-ev.de](mailto:kontakt@alm-ev.de)  
[www.alm-ev.de](http://www.alm-ev.de)



Bundesverband der  
Betreiber medizinischer  
Versorgungszentren e.V.

**BBMV – Bundesverband der Betreiber  
medizinischer Versorgungszentren e. V.**  
Marienstraße 15, 10117 Berlin  
Alexandra Gutwein (Geschäftsführerin)  
Lobbyregister: R000242  
Telefon: 030 275 938 05  
E-Mail: [info@bbmv.de](mailto:info@bbmv.de)  
[www.bbm.de](http://www.bbm.de)

März 2024