

Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren

GUTACHTEN

Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren

Thorsten Tisch
Hans-Dieter Nolting

Kurzfassung des Gutachtens

für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Berlin, März 2022

Autoren

Hans-Dieter Nolting
Thorsten Tisch
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	7
1. Hintergrund und Fragestellungen	9
2. Methodik	10
3. Ergebnisse	14
3.1 Entwicklung der Praxisstruktur	14
3.2 Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle	17
3.3 Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient	22
3.4 Analyse der Behandlungskosten bei Mitversorgung durch mehrere ärztliche Fachgruppen	26
4. Schlussfolgerungen	32
Literaturverzeichnis	34
Abbildungen	4
Tabellen	4
Abkürzungsverzeichnis	5

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung des Anteils der MVZ an der ambulanten Versorgung in Bayern im Zeitraum Q1 2018 bis Q4 2019	14
Abbildung 2:	Verteilung der Betriebsstättenart der Arztgruppenfälle nach Fachrichtung in Q4 2019	16
Abbildung 3:	Zusammensetzung der durchschnittlichen Behandlungskosten je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen	28
Abbildung 4:	Mittelwert der O/E-Ratio der Gesamtbehandlungskosten je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen	29
Abbildung 5:	Mittelwert der O/E-Ratio der Behandlungskosten der fachärztlichen Mitversorgung je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen	30

Tabellen

Tabelle 1:	Kennzahlen der Praxisstruktur in Q4 2019	15
Tabelle 2:	Anzahl der berücksichtigten Arztgruppenfälle bei der Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle	20
Tabelle 3:	Mittelwert der O/E-Ratio des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle von MVZ nach der Fachrichtung und der Trägerschaft des MVZ	21
Tabelle 4:	Anzahl der berücksichtigten Patienten bei der Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten	24
Tabelle 5:	Mittelwert der O/E-Ratio der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient nach der Trägerschaft des MVZ	25
Tabelle 6:	Anzahl der Patienten mit Behandlung in einer der untersuchten Mitversorgungskonstellationen	26

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AUG	Augenheilkunde
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
EP	Einzelpraxis
FA	Facharzt
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GYN	Gynäkologie
HA	Hausärztliche Versorgung (FA Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, FA Kinder- und Jugendmedizin)
HBS	Hauptbetriebsstätte
IN	Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Fachinternisten)
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
LST	Leistungsort (Praxisstandort)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NNP	Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie
OC	Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie
ÖFg-KH	Öffentliche oder freigemeinnützige Krankenhäuser
PEG	Private-Equity-Gesellschaften
P-KH	Private Krankenhäuser
P-Sonstige	Sonstige private Träger
UR	Urologie
VA	Vertragsarzt

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Zusammenfassung

Angesichts der insbesondere im Bezirk der KV Bayerns weiterhin sehr dynamischen Entwicklung von MVZ bzw. MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ) hat die KV Bayerns das IGES Institut mit einer tiefergehenden Analyse der Rolle dieser Betriebsform in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern beauftragt. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, inwieweit sich systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen MVZ und anderen Praxisformen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften) feststellen lassen, die mit der Hypothese einer stärker von ökonomischen Motiven getriebenen Vorgehensweise der MVZ bzw. der PEG-MVZ im Einklang stehen.

Die Datengrundlage der Analysen besteht aus anonymisierten Abrechnungsdaten der KV Bayerns von ca. 178 Mio. ambulanten Behandlungsfällen von knapp 12 Mio. Patienten aus dem Zeitraum Q1 2018 bis Q4 2019. Aufgrund der großen Fall- bzw. Patientenzahlen, die in die Analysen einbezogen werden konnten, sowie der umfangreichen methodischen Vorkehrungen zur Neutralisierung von eventuellen Unterschieden in der Morbiditätsstruktur der jeweils versorgten Patientenkollektive sind die Ergebnisse und Befunde als sehr belastbar einzustufen.

In einer deskriptiven Analyse wurde zunächst die Entwicklung der Praxisstrukturen im Einzugsgebiet der KV Bayerns in den Jahren 2018 und 2019 analysiert. Hierbei zeigt sich, dass die Betriebsform MVZ im Untersuchungszeitraum weiter stark an Versorgungsrelevanz gewonnen hat. Besonders groß fällt der Versorgungsanteil von MVZ in der Augenheilkunde (28,4 % der Arztgruppenfälle in Q4 2019), im Bereich Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie (21,6 %) und bei Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (20,2 %) aus. Die Anzahl von Arztpraxisstandorten im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften hat sich im untersuchten Zeitraum um +72 % erhöht. Im vierten Quartal 2019 befanden sich fast 10 % aller Praxisstandorte von MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren.

Mit einer morbiditätsadjustierten multiplen Regressionsanalyse wurde untersucht, inwieweit von MVZ höhere Honorarvolumina abgerechnet werden als von Einzelpraxen. Die Analyse ergibt, dass bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen das Honorarvolumen von Arztgruppenfällen in MVZ fachrichtungsübergreifend um +5,7 % höher ausfällt als in Einzelpraxen. Bei MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren liegt das morbiditätsadjustierte Honorarvolumen je Fall sogar um +10,4 % über dem von Einzelpraxen. Erhöhte Honorarvolumina liegen insbesondere bei Fachinternisten (+10,5 %), sowie in den Fachrichtungen Augenheilkunde (+15,8 %) und Gynäkologie (+16,6 %) vor.

Die Ergebnisse der morbiditätsadjustierten Analyse der Behandlungskosten von Patienten, betrachtet über einen längeren Zeitraum von zwei Jahren, entsprechen in der Tendenz und Struktur denen der fallbezogenen Analyse: Bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen werden in MVZ fachrichtungsübergreifend um +1,9 % höhere Behandlungskosten abgerechnet als in Einzelpraxen. In der Teilgruppe der MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren werden morbiditätsadjustiert sogar um +8,3 % höhere Honorarvolumina

abgerechnet. Erhöhte Behandlungskosten liegen insbesondere bei Fachinternisten (+6,0 %), in der Augenheilkunde (+11,8 %) und in der Gynäkologie (+11,7 %) vor.

In einem weiteren Analysekomplex wurde untersucht, inwieweit die Tätigkeit mehrerer Fachrichtungen „unter einem Dach“, wie sie für die Organisationsform des MVZ charakteristisch ist, die Erbringung von Leistungen durch mitversorgende Ärzte fördert. Die Ergebnisse der morbiditätsadjustierten multiplen Regressionsanalyse zeigen, dass bei der hausärztlichen Versorgung in MVZ +19,1 % mehr Mitversorgungsleistungen abgerechnet werden als bei der hausärztlichen Versorgung in Einzelpraxen. Mehr als 60 % der zusätzlichen Leistungen entfallen auf mitversorgende Fachärzte, die im gleichen MVZ tätig sind wie der primär versorgende Hausarzt. Bei der Versorgung durch Fachinternisten in MVZ werden +10,2 % mehr Mitversorgungsleistungen abgerechnet als in Einzelpraxen. Ein Drittel der zusätzlichen Leistungen wird von Ärzten erbracht, die im gleichen MVZ tätig sind wie der Fachinternist. Bei orthopädischer und unfallchirurgischer Versorgung in MVZ werden +14,3 % mehr Mitversorgungsleistungen abgerechnet als in Einzelpraxen. Etwa 70 % der zusätzlichen Leistungen werden von mitversorgenden Fachärzten des gleichen MVZ erbracht. Demnach zeigt sich in den Analysen ein deutlicher Effekt auf die Erbringung von Leistungen durch mitversorgende Ärzte anderer ärztlicher Fachrichtungen, wenn der primär versorgende Arzt in einem MVZ tätig ist.

In allen Regressionsanalysen wurden umfangreiche Adjustierungen für mögliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientenkollektive vorgenommen. Die Morbiditätsadjustierung umfasst 71 diagnosebasierte Risikoklassen (THCC, RHCC)¹ zur Abbildung von Vorerkrankungen sowie eine fachrichtungsabhängige Anzahl von bis zu 225 Diagnoseklassen anhand der Unterkapitel des ICD-10-GM zur Abbildung der Behandlungsdiagnosen. Es kann daher ausgeschlossen werden, dass die berichteten Befunde durch Unterschiede in der soziodemographischen Struktur (Alter, Geschlecht) oder der diagnosebasiert messbaren Morbidität der jeweiligen Patientenkollektive erklärt werden können.

Die Analysen der Rolle von MVZ bzw. PEG-MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern zeigen in einigen Fachgruppen bereits eine erhebliche und noch wachsende Relevanz. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung wirksam zu begrenzen, wird klar verfehlt. In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass unter sonst gleichen Bedingungen eine Versorgung in MVZ sowie insbesondere bei MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren höhere Honorarumsätze nach sich zieht, was die These einer stärkeren Ausrichtung an ökonomischen Motiven stützt. Angesichts der offenbar ungebrochenen Dynamik in diesem Bereich ist daher zu empfehlen, dass die bereits vorliegenden gesundheitspolitischen Vorschläge und Argumente im Hinblick auf eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung und den Betrieb von MVZ in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen werden sollten.

¹ Gemäß dem Klassifikationsmodell des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA)

1. Hintergrund und Fragestellungen

Seit Jahresbeginn 2004 können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Seitdem haben sowohl die MVZ in ärztlicher, als auch in institutioneller Trägerschaft einen bedeutsamen Anteil an der vertragsärztlichen Versorgung gewonnen. Mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für ein MVZ auf bestimmte Träger aus dem Kreis der SGB V-Leistungserbringer (sowie inzwischen auch Kommunen) sollte der Möglichkeit einer nicht sachgerechten Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen vorgebeugt werden, die befürchtet wurde, wenn Kapitalgeber von außerhalb des Gesundheitswesens Eigentümer eines MVZ werden könnten.

Seit geraumer Zeit weisen ärztliche und zahnärztliche Körperschaften jedoch darauf hin, dass trotz dieser gesetzlichen Vorkehrungen eine wachsende Zahl von MVZ in den Besitz von medizinfremden Investoren, insbesondere Private-Equity-Gesellschaften (PEG), gelangt. Die Zunahme von MVZ in der – vielfach aufgrund komplexer gesellschaftsrechtlicher Konstruktionen nicht ohne weiteres erkennbaren – Eigentümerschaft von Finanzinvestoren ist zwischenzeitlich in mehreren Studien untersucht worden (Bobsin, 2018; Scheuplein, 2019; Scheuplein et al., 2019; Scheuplein und Bůžek, 2021; Tauscher und Fett, 2021). Der 125. Deutsche Ärztetag hat zur Thematik der investorenbetriebenen MVZ vier Beschlüsse gefasst, die den Gesetzgeber auffordern, die Möglichkeiten der Übernahme und des Betriebs von MVZ durch Finanzinvestoren stärker einzuschränken (125. Deutscher Ärztetag, 2021, Beschlüsse I-10, I-67, I-27, I-67). Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat den Bundesgesetzgeber in ihrer Sonderkonferenz im November 2021 erneut zu einer stärkeren Regulierung dieses Bereichs aufgefordert (Beschlüsse der Sonder-GMK 04.11.2021-05.11.2021, TOP 6).

Die Bedenken in Bezug auf mögliche negative Auswirkungen einer medizinfremden Eigentümerschaft an MVZ stützen sich bisher überwiegend auf grundsätzliche Argumente hinsichtlich der wirtschaftlichen Motive und des Agierens von Finanzinvestoren. Inzwischen wurden jedoch erstmals auch empirische Befunde zu Unterschieden im Leistungs- bzw. Abrechnungsverhalten von investorenbetriebenen MVZ im Vergleich zu anderen Betriebsformen vorgelegt, allerdings für den vertragszahnärztlichen Bereich (IGES Institut 2021).

Angesichts der insbesondere im Bezirk der KV Bayerns weiterhin sehr dynamischen Entwicklung von MVZ bzw. MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (im Folgenden: PEG-MVZ) (Tauscher und Fett, 2021), hat die KV Bayerns das IGES Institut mit einer tiefgehenden Analyse der Rolle dieser Betriebsform in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern beauftragt. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, inwieweit sich systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen MVZ und anderen Praxisformen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften) feststellen lassen, die mit der Hypothese einer stärker von ökonomischen Motiven getriebenen Vorgehensweise der MVZ bzw. der PEG-MVZ im Einklang stehen.

2. Methodik

Datengrundlage

Die Datengrundlage der Analysen besteht aus anonymisierten Abrechnungsdaten der KV Bayerns von Q1 2018 bis Q4 2019 und beinhaltet Abrechnungsdatensätze, Datensätze der Hauptbetriebsstätten, Leistungsorte und behandelnden Ärzte sowie ergänzende Informationen zur Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ob sich ein MVZ im Eigentum eines Finanzinvestors (insb. Private-Equity-Gesellschaften) befindet. Insgesamt umfasst der Datenbestand die Abrechnungsdaten von ca. 178 Mio. ambulanten Behandlungsfällen von knapp 12 Mio. Patienten. Die Datenauswertung erfolgt mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde der KV Bayerns.

Ermächtigte Hauptbetriebsstätten und Ärzte, Laborgemeinschaften, sowie besondere Betriebsformen (Teil-BAG, Pseudo-Betriebsstätten etc.) werden von den Analysen ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden die Labormedizin sowie weitere besondere Fachrichtungen (bspw. Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Humangenetik, Notärzte etc.). Die Analysen erfolgen nach ärztlichen Fachrichtungen, die teilweise Zusammenfassungen von mehreren Gebietsarztgruppen darstellen (z.B. NNP: Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie). Einzelheiten hierzu können der Langfassung des Gutachtens entnommen werden.

Bei der Trägerschaft von MVZ wird zwischen Vertragsärzten, privaten Krankenhausträgern, öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhausträgern, sonstigen privaten Trägern sowie sonstigen Trägern (Kommune, gemeinnütziger Träger, freigemeinnütziger Rechtsträger, etc.) und Mischformen differenziert.

Analyse der Praxisstrukturen

Für die Untersuchung der Frage, in welchem Maße MVZ in die vertragsärztliche Versorgung involviert sind, wird die Entwicklung der Praxisstrukturen im Einzugsgebiet der KV Bayerns in den Jahren 2018 und 2019 deskriptiv analysiert. Dies beinhaltet die zeitliche Entwicklung der Leistungsorte, Ärzte, Behandlungsfälle sowie die fachliche Ausrichtung und Versorgungsschwerpunkte von MVZ. Die Auswertung erfolgt ohne Berücksichtigung der Fachrichtung Radiologie.

Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle

Mit einer Regressionsanalyse wird untersucht, ob systematische Unterschiede in der Höhe des abgerechneten Honorarvolumens von Arztgruppenfällen zwischen den Betriebsformen bestehen. Ein Arztgruppenfall ist dabei definiert als die Behandlung des gleichen Patienten im gleichen Abrechnungsquartal in der gleichen Hauptbetriebsstätte durch einen Arzt der gleichen Fachrichtung. Die Analyse wird separat für die hausärztliche Versorgung (HA)², Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (IN) sowie die Fachrichtungen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (NNP), Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie (OC), Augenheilkunde (AUG),

² FA Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten sowie FA Kinder- und Jugendmedizin

Gynäkologie (GYN) und Urologie (UR) auf Basis von Arztgruppenfällen aus den Jahren 2018 und 2019 durchgeführt.

Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten von Patienten

Mit einer Regressionsanalyse wird untersucht, ob systematische Unterschiede in der Höhe der praxisbezogenen Behandlungskosten von Patienten zwischen MVZ und Einzelpraxen bestehen. Die praxisbezogenen Behandlungskosten sind dabei definiert als die Summe der Honorarvolumina aller Arztgruppenfälle eines Patienten in der gleichen Hauptbetriebsstätte bei einem Arzt der gleichen Fachrichtung über einen Zeitraum von zwei Jahren (2018 und 2019). Die Analyse stellt eine Komplementäranalyse zur Untersuchung der Honorarvolumina der Arztgruppenfälle dar und beinhaltet die gleichen Fachrichtungen. Ausgewählt werden alle Patienten mit mindestens einem Arztgruppenfall in der jeweiligen Fachrichtung im Jahr 2018.

Analyse der Behandlungskosten bei Mitversorgung durch mehrere ärztliche Fachgruppen

In diesem Analysekomplex werden mögliche Unterschiede zwischen den Betriebsformen im Hinblick auf die Veranlassung von Leistungen anderer ärztlicher Fachgruppen analysiert. Hintergrund ist die Überlegung, dass sich eine stärker an ökonomischen Motiven orientierte Leistungserbringung nicht nur in den von dem betreffenden Leistungserbringer selbst abgerechneten Honoraren manifestieren kann, sondern ggfs. auch in den bei anderen Ärzten veranlassten Leistungen, insbesondere, wenn diese zur gleichen Hauptbetriebsstätte gehören.

Für die Analysen wurden Versorgungskonstellationen konzipiert, in denen jeweils ein Arzt einer Fachgruppe als „steuernder Arzt“ fungiert und anschließend das auf andere mitversorgende Arztgruppen entfallende Honorarvolumen betrachtet wird. Untersucht werden drei Mitversorgungskonstellationen: (1) HA als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger IN, OC, NNP, GYN, UR sowie Radiologie und Psychotherapie; (2) IN als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Radiologie; (3) OC als steuernde Fachrichtung und als Mitversorger Anästhesie und Radiologie.

In die Analysen werden alle Patienten eingeschlossen, die im Jahr 2018 eine ambulante Behandlung bei einem Arzt der steuernden Fachrichtung der jeweiligen Mitversorgungskonstellation aufweisen. Für jeden Patienten wird anhand der Häufigkeit von Arztbesuchen die Arztpraxis bestimmt, für die eine Steuerung der Mitversorgung plausibel angenommen werden kann. Ausgeschlossen werden Patienten, für die die steuernde Arztpraxis nicht eindeutig bestimmt werden kann.

Die Analyse der Behandlungskosten bei Mitversorgung durch mehrere ärztliche Fachgruppen vollzieht sich in drei Schritten: Im ersten Schritt wird im Rahmen einer deskriptiven Analyse untersucht, inwieweit für Patienten von MVZ innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren Leistungen durch mitversorgende Fachrichtungen von Ärzten erbracht werden, die im gleichen MVZ tätig sind wie der jeweils behandelnde Arzt der steuernden Fachrichtung. Im zweiten Schritt wird mit einer Regressionsanalyse untersucht, ob sich die Höhe des gesamten, für einen Patienten innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren abgerechneten Honorarvolumens

zwischen den Betriebsformen unterscheidet. Im dritten Analyseschritt wird mit einer Regressionsanalyse untersucht, inwieweit Unterschiede in der Höhe des für die fachärztliche Mitversorgung abgerechneten Honorarvolumens zwischen den Betriebsformen bestehen.

Sofern sich in den Ergebnissen der Analysen zeigt, dass (1) die Gesamtbehandlungskosten der Patienten und (2) die für die fachärztliche Mitversorgung abgerechneten Honorarvolumina in MVZ höher ausfallen als in anderen Betriebsformen und (3) ein substantieller Anteil der fachärztlichen Mitversorgung der Patienten in MVZ von Ärzten erbracht wird, die im gleichen MVZ wie der Arzt der steuernden Fachrichtung tätig sind, so wird dies als Unterstützung der These gewertet, dass die Tätigkeit mehrerer Fachrichtungen „unter einem Dach“, wie sie für die Organisationsform des MVZ charakteristisch ist, das Überweisungsverhalten beeinflusst und die Veranlassung von Leistungen fördert.

Morbiditätsadjustierung

In allen Regressionsanalysen kommt ein generalisiertes lineares Modell (GLM) unter der Annahme einer Gamma-Verteilung zur Anwendung. Um für Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientenkollektive zu kontrollieren, erfolgt eine umfassende Morbiditätsadjustierung. Diese berücksichtigt 71 diagnosebasierte Risikoklassen (THCC, RHCC) gemäß dem im jeweiligen Jahr gültigen Klassifikationsmodell des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zur Abbildung von Vorerkrankungen sowie eine fachrichtungsabhängige Anzahl von Diagnoseklassen (zwischen 128 und 225 Diagnoseklassen) anhand der Unterkapitel des ICD-10-GM, zur Abbildung der gesicherten Behandlungsdiagnosen des jeweiligen Arztgruppen- bzw. Behandlungsfalls. Darüber hinaus werden das Alter und das Geschlecht der Patienten sowie Merkmale der Betriebsstättenart und der Trägerschaft als Kontrollvariablen in die Modellierung aufgenommen.

Vergleich der mittleren O/E-Ratio

Auf der Grundlage der geschätzten Regressionsmodelle werden bei allen Analysen der Erwartungswert des Honorarvolumens bzw. der Behandlungskosten und die O/E-Ratio bestimmt. Die O/E-Ratio ist definiert als das Verhältnis von beobachtetem, tatsächlich abgerechnetem Honorarvolumen (Observed) und dem Erwartungswert des Honorarvolumens (Expected). Die Bestimmung des Erwartungswertes erfolgt unter Auslassung der Merkmale der Betriebsstättenart und der Trägerschaft. Der Erwartungswert repräsentiert demnach die Höhe des jeweiligen Honorarvolumens, das unter Berücksichtigung der jeweiligen Patientenstruktur, Vorerkrankungen und Behandlungsanlässen bei Behandlung in einer Einzelpraxis zu erwarten wäre.³

Unterschiede in der Höhe des morbiditätsadjustierten Honorarvolumens werden durch einen Vergleich der mittleren O/E-Ratio zwischen Einzelpraxen, BAG und

³ Da Einzelpraxen die Basiskategorie bei der Bestimmung des Erwartungswertes bilden, beläuft sich die mittlere O/E-Ratio für Einzelpraxen qua Analysedesign stets auf den Wert 1,0.

MVZ bestimmt. Die mittlere O/E-Ratio für die Vergleichsgruppen drückt hierbei aus, um welchen Faktor sich die Behandlungskosten systematisch von Einzelpraxen unterscheiden. Die fachrichtungsübergreifende Analyse erfolgt unter Einbezug aller Fälle aus den fachrichtungsbezogenen Analysen.

Methodik

Im ersten Analysekomplex wird die Entwicklung der Praxisstrukturen im Einzugsgebiet der KV Bayerns in den Jahren 2018 und 2019 analysiert. Dies beinhaltet die zeitliche Entwicklung der Leistungsorte, Ärzte, Behandlungsfälle sowie die fachliche Ausrichtung und Versorgungsschwerpunkte von MVZ.

In einem zweiten Analysekomplex wird untersucht, inwieweit Unterschiede im abgerechneten Honorarvolumen je Arztgruppenfall bzw. je Patient zwischen Einzelpraxen, BAG und MVZ bestehen. Die Analyse wird getrennt für sieben Fachrichtungen (AUG, GYN, HA, IN, NNP, OC, UR) durchgeführt.

Unter Einbezug der Ergebnisse für die einzelnen Fachrichtungen wird in einem weiteren Schritt geprüft, ob sich das Honorarvolumen fachrichtungsübergreifend zwischen den Betriebsformen unterscheidet. Ein besonderes Augenmerk wird hierbei auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren (Private-Equity-Gesellschaften) gelegt.

Im dritten Analysekomplex werden Unterschiede zwischen den Betriebsformen im Hinblick auf die Erbringung von Leistungen durch mitversorgende Ärzte anderer ärztlicher Fachgruppen analysiert. Dabei wird u.a. untersucht, ob es eine Rolle spielt, wenn die mitversorgenden Ärzte innerhalb der gleichen Betriebsstätte tätig sind, wie der primär versorgende Arzt.

Alle Analysen erfolgen mit Hilfe von Regressionsmodellen, die eine sehr differenzierte Kontrolle von potenziellen Störvariablen ermöglichen. So kann ausgeschlossen werden, dass die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Zusammensetzung der jeweiligen Patientenkollektive hinsichtlich ihrer Morbidität und Alters- und Geschlechtsstruktur zustande kommen.

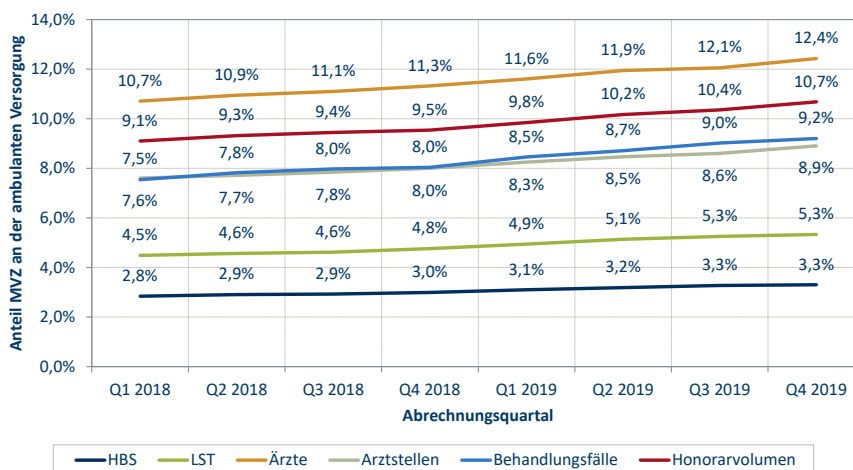
3. Ergebnisse

3.1 Entwicklung der Praxisstruktur

In Abbildung 1 ist die Entwicklung des Anteils der MVZ an der ambulanten Versorgung in Bayern im Untersuchungszeitraum von Q1 2018 bis Q4 2019 grafisch dargestellt. Der Anteil der Hauptbetriebsstätten in der Betriebsform eines MVZ erhöhte sich im Zeitverlauf von 2,8 % auf 3,3 %. Korrespondierend zur Entwicklung der MVZ-Hauptbetriebsstätten stieg der Anteil der Leistungsorte (Praxisstandorte) in der Betriebsform eines MVZ von 4,5 % auf 5,3 %. MVZ verfügen häufig über mehrere Praxisstandorte, die unter dem Dach einer gemeinsamen Hauptbetriebsstätte organisiert sind. Dementsprechend fällt der Anteil der Praxisstandorte, die auf MVZ entfallen, höher aus als der Anteil der Hauptbetriebsstätten.

Die gleiche Entwicklung lässt sich auch bei der Anzahl der Ärzte, Arztstellen (Vollzeitäquivalente) und Behandlungsfälle beobachten. Der Anteil der Ärzte, die in einem MVZ tätig sind, erhöhte sich im Zeitverlauf von 10,7 % auf 12,4 %, der Anteil der Arztstellen stieg von 7,5 % auf 8,9 %. Die Entwicklung der ambulanten Behandlungsfälle vollzieht sich entlang der Entwicklung der Arztstellen. Der Anteil erhöhte sich im Untersuchungszeitraum von 7,6 % auf 8,9 %. Analog hierzu stieg der Anteil des auf MVZ entfallenden Honorarvolumens im Zeitverlauf von 9,1 % auf 10,7 %.

Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der MVZ an der ambulanten Versorgung in Bayern im Zeitraum Q1 2018 bis Q4 2019



Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns
 Anmerkung: HBS = Hauptbetriebsstätten; LST = Leistungsorte (Praxisstandorte);
 Berechnungen unter Ausschluss der Fachrichtung Radiologie

Aus den in Tabelle 1 dargestellten Kennzahlen der Praxisstruktur in Bayern im vierten Quartal 2019 ist ersichtlich, dass sich Einzelpraxen, BAG und MVZ strukturell stark voneinander unterscheiden. So verfügen MVZ im Durchschnitt über mehr Leistungsorte (Praxisstandorte) je Hauptbetriebsstätte als Einzelpraxen und BAG,

beschäftigen mehr Ärzte je Hauptbetriebsstätte und je Leistungsort und verfügen trotz eines deutlich niedrigeren Arbeitszeitanteils der in MVZ tätigen Ärzte über eine höhere Anzahl von Arztstellen je Hauptbetriebsstätte und je Leistungsort.

Bei MVZ entfallen in Q4 2019 im Durchschnitt 726 Behandlungsfälle auf eine Arztstelle, womit das Fallvolumen je Arztstelle in MVZ geringer als in BAG aber höher als in Einzelpraxen ausfällt. Für die in MVZ erbrachten Behandlungsfälle wird jedoch im Durchschnitt ein deutlich höheres Honorarvolumen abgerechnet (etwa +18 % im Vergleich mit Einzelpraxen und BAG). Bezogen auf eine Arztstelle ist das durchschnittlich abgerechnete Honorarvolumen in MVZ etwa +33 % höher als in Einzelpraxen und +8 % höher als in BAG.

Tabelle 1: Kennzahlen der Praxisstruktur in Q4 2019

Kennzahl	Gesamt	Art der Betriebsstätte			
		Einzelpraxis	BAG	MVZ	
				Gesamt	PEG-MVZ
Anzahl HBS	16.235	12.631	3.068	536	41
Anzahl LST	18.370	13.370	4.020	980	93
Anzahl Ärzte	25.969	14.234	8.507	3.228	244
Anzahl Arztstellen	21.236	11.940	7.405	1.892	143
Anzahl Behandlungsfälle (Mio.)	14,93	7,69	5,86	1,37	0,15
Honorarvolumen (Mio. €)	1.233	625	477	132	12
LST je HBS	1,13	1,06	1,31	1,83	2,27
Ärzte je HBS	1,60	1,13	2,77	6,02	5,95
Arztstellen je HBS	1,31	0,95	2,41	3,53	3,48
Ärzte je LST	1,41	1,06	2,12	3,29	2,62
Arztstellen je LST	1,16	0,89	1,84	1,93	1,54
Arbeitszeitanteil (%)	81,8	83,9	87,0	58,6	58,5
Behandlungsfälle je Arztstelle	703	644	792	726	1.028
Honorar je Behandlungsfall €)	82,64	81,24	81,36	95,91	82,75
Honorar je Arztstelle (€)	58.082	52.327	64.412	69.629	85.091

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns
 Anmerkung: HBS = Hauptbetriebsstätte; LST = Leistungsort (Praxisstandort);
 Berechnungen unter Ausschluss der Fachrichtung Radiologie

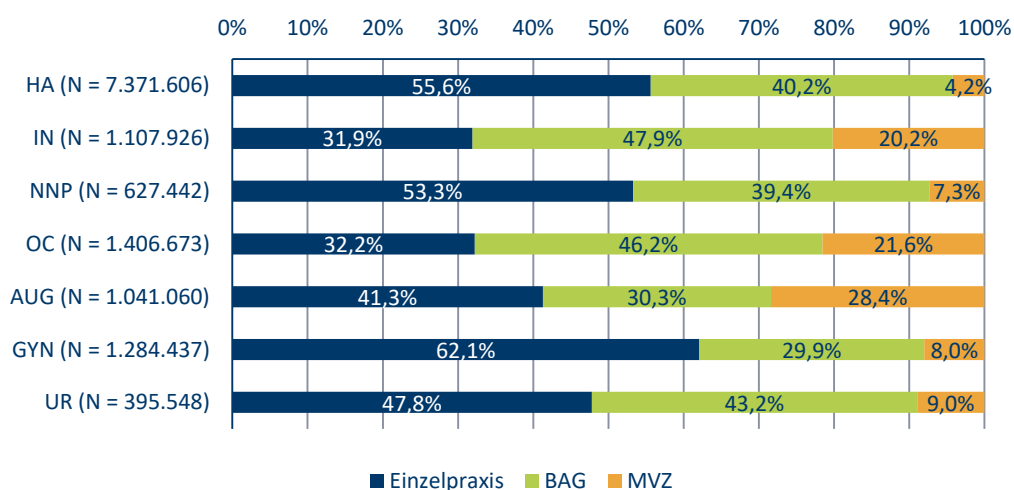
Von zunehmender Bedeutung in der ambulanten Versorgung sind MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ). Hierbei fungieren private Investoren als Kapitalgeber im Hintergrund, d.h. als Eigentümer des unmittelbaren MVZ-

Trägers (z.B. eines Krankenhauses). Im Zeitraum von Q1 2018 bis Q4 2019 hat sich die Anzahl der Arztpraxisstandorte von PEG-MVZ von 54 auf 93 Leistungsorte erhöht (+72 %). Im Ergebnis befanden sich im vierten Quartal 2019 fast 10 % aller Praxisstandorte von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften und mehr als 10 % der Behandlungsfälle von MVZ wurden von PEG-MVZ erbracht.

PEG-MVZ unterhalten deutlich mehr Praxisstandorte als ein durchschnittliches MVZ bei einer im Vergleich etwas niedrigeren Quote an Ärzten bzw. Arztstellen je Praxisstandort (Tabelle 1). Im vierten Quartal 2019 entfallen auf jede Arztstelle in PEG-MVZ durchschnittlich 1.028 ambulante Behandlungsfälle und damit 60 % mehr als in Einzelpraxen und über 40 % mehr als im Durchschnitt aller MVZ. Das Honorarvolumen je Arztstelle fällt in PEG-MVZ über 60 % höher als in Einzelpraxen und mehr als 20 % höher als im Durchschnitt aller MVZ aus.

In Abbildung 2 sind die Versorgungsschwerpunkte von MVZ im vierten Quartal 2019 ersichtlich. Einen besonders hohen Anteil an der ambulanten Versorgung weisen MVZ in den Fachrichtungen AUG (28,4 %), OC (21,6 %) und IN (20,2 %) auf. In diesen Fachrichtungen wurde demnach mehr als jeder vierte bzw. fünfte Arztgruppenfall von einem MVZ erbracht. Im hausärztlichen Bereich weisen MVZ einen Anteil von 4,2 % am Fallvolumen auf. Damit fällt die relative Bedeutung der MVZ im hausärztlichen Bereich zwar geringer aus als in den übrigen Fachrichtungen, allerdings weisen hausärztliche Arztgruppenfälle das mit weitem Abstand höchste Fallvolumen auf, so dass im Ergebnis in keiner Fachrichtung mehr Arztgruppenfälle von MVZ erbracht werden als im hausärztlichen Bereich.

Abbildung 2: Verteilung der Betriebsstättenart der Arztgruppenfälle nach Fachrichtung in Q4 2019



Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns
 Anmerkung: HA = Hausarzt; IN = Fachinternisten; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie

Entwicklung der Praxisstruktur

Die Betriebsform MVZ hat im Untersuchungszeitraum von Q1 2018 bis Q4 2019 weiter an Versorgungsrelevanz gewonnen. Besonders stark fällt der Versorgungsanteil von MVZ in der Augenheilkunde (28,4 % der Arztgruppenfälle in Q4 2019), im Bereich Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie (21,6 %) und bei Internisten der fachärztlichen Versorgung (20,2 %) aus.

Die Anzahl von Arztpraxisstandorten im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften hat sich im untersuchten Zeitraum um +72 % erhöht. Im vierten Quartal 2019 befanden sich fast 10 % aller Praxisstandorte von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften.

3.2 Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle

Die Analyse des Honorarvolumens basiert auf der Auswertung von insgesamt etwa 104 Mio. Arztgruppenfällen aus dem untersuchten Zeitraum vom ersten Quartal 2018 bis zum vierten Quartal 2019 (siehe Tabelle 2). Davon entfallen 58 Mio. auf hausärztliche Behandlungen, 11,3 Mio. auf OC, 8,6 Mio. auf IN und 8,3 Mio. auf AUG. In den Fachrichtungen UR (3 Mio. Arztgruppenfälle) und NNP (4,9 Mio. Arztgruppenfälle) fällt die Fallzahl etwas geringer aus. Auf die Teilgruppe der PEG-MVZ entfallen fachrichtungsübergreifend 770.000 Arztgruppenfälle.

In absoluten Fallzahlen sind MVZ insbesondere in der hausärztlichen Versorgung (2,2 Mio. Fälle) sowie in OC (2,4 Mio. Fälle) tätig. Auch in den Fachrichtungen IN (1,6 Mio. Fälle) und AUG (1,9 Mio. Fälle) sind MVZ verstärkt an der ambulanten Versorgung beteiligt. In Relation zu den Fallzahlen insgesamt weisen MVZ insbesondere in den Fachrichtungen IN, OC und AUG eine vergleichsweise hohe Bedeutung in der ambulanten Versorgung auf. Zwischen 20 % und 25 % der Arztgruppenfälle entfallen in diesen Fachrichtungen auf MVZ.

Fachrichtungsübergreifend entfallen etwa 5,6 Mio. Arztgruppenfälle auf MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft (60 % aller Arztgruppenfälle in MVZ). Mit Ausnahme der Urologie ist die vertragsärztliche Trägerschaft in allen Fachrichtungen die dominierende Trägerart. Insgesamt etwa 2,7 Mio. Arztgruppenfälle entfallen auf MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses, davon etwa ein Drittel auf private Krankenhausträger und zwei Drittel auf MVZ in Trägerschaft eines öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhauses. Krankenhaus-MVZ sind schwerpunktmäßig in der fachinternistischen sowie orthopädischen und unfallchirurgischen Versorgung tätig. Private Krankenhäuser sind darüber hinaus überproportional stark in der Augenheilkunde vertreten, MVZ in Trägerschaft öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Krankenhäuser in der Gynäkologie. Sonstige privat getragene MVZ finden sich vor allem in der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlich internistischen Versorgung und der Augenheilkunde. MVZ in gemischter Trägerschaft sind in allen Fachrichtungen vertreten, wobei ein Schwerpunkt auf AUG, IN und OC

liegt. Sonstige Trägerarten weisen eine untergeordnete Bedeutung auf. Am ehesten sind diese in der hausärztlichen Versorgung verbreitet.

Einige Trägerarten von MVZ (insbesondere MVZ in sonstiger Trägerschaft) weisen in einigen Fachrichtungen sehr geringe Fallzahlen auf. Diese Fälle werden im Rahmen der Analysen zwar berücksichtigt, die Ergebnisse für die Trägerart im Bericht jedoch nicht ausgewiesen. Ein Ausweis der Ergebnisse für die Trägerart erfolgt ab einem Schwellenwert von 10.000 Arztgruppenfällen. Bei weniger als 10.000 Arztgruppenfällen werden die entsprechenden Angaben ausgeblendet.

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte der O/E-Ratio des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle von MVZ nach der Fachrichtung und der Trägerschaft des MVZ abgebildet. Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass MVZ fachrichtungsübergreifend bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichem Behandlungsanlass um +5,7 % höhere Honorarvolumina abrechnen als Einzelpraxen (O/E-Ratio: 1,057). Die Teilgruppenanalyse von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften ergibt, dass das Honorarvolumen dieser MVZ um +10,4 % (O/E-Ratio: 1,104) höher ausfällt, als bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen in einer Einzelpraxis zu erwarten wäre. Damit fällt das mittlere Honorarvolumen von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften nicht nur deutlich höher aus als in Einzelpraxen, sondern mit einem Unterschied in Höhe von +4,7 Prozentpunkten auch deutlich höher als im Durchschnitt über alle MVZ. Die Unterschiede im Honorarvolumen sind dabei allein auf das Merkmal der Eigentümerschaft zurückzuführen.

Im Vergleich der Fachrichtungen zeigen sich insbesondere bei IN, AUG und GYN starke Überschreitungen des Erwartungswertes. Bei Fachinternisten fällt das morbiditätsadjustierte Honorarvolumen trägerartübergreifend +10,5 % (O/E-Ratio: 1,105) höher aus als in Einzelpraxen, in der Augenheilkunde +15,8 % (O/E-Ratio: 1,158) und in der Gynäkologie +16,6 % (O/E-Ratio: 1,166). In den übrigen Fachrichtungen entspricht das Honorarvolumen von MVZ dem Erwartungswert oder unterschreitet diesen. Im Bereich NNP weisen MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen ein um -6,7 % niedrigeres Honorarvolumen auf, in der Urologie beläuft sich die Differenz auf -9,1 %.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Art des MVZ-Trägers variieren je nach betrachteter Fachrichtung. Der Träger, der am ehesten mit konstant höheren Honorarvolumina assoziiert ist, sind die Vertragsärzte. In den drei Fachrichtungen, bei denen trägerübergreifend erhöhte Fallkosten in MVZ vorliegen (IN, AUG, GYN), weisen mit wenigen Ausnahmen (Trägerart ÖFg-KH in der fachinternistischen Versorgung und Trägerart P-KH in der Augenheilkunde) alle MVZ-Trägerarten mit relevantem Fallaufkommen ein erhöhtes Honorarvolumen auf. Mit Ausnahme der vertragsärztlichen Trägerschaft sind erhöhte Honorarvolumina demnach tendenziell eher mit bestimmten Fachrichtungen als mit der Trägerschaft assoziiert.

Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle

Bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen fällt das Honorarvolumen von Arztgruppenfällen in MVZ fachrichtungsübergreifend um +5,7 % höher aus als in Einzelpraxen.

Bei MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften liegt das morbiditätsadjustierte Honorarvolumen je Fall sogar um +10,4 % über dem von Einzelpraxen.

Erhöhte Honorarvolumina liegen insbesondere bei Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (+10,5 %) sowie in den Fachrichtungen Augenheilkunde (+15,8 %) und Gynäkologie (+16,6 %) vor.

Tabelle 2: Anzahl der berücksichtigten Arztgruppenfälle bei der Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle

Art der Betriebsstätte und Trägerschaft*		Fachrichtung**						Gesamt	
		HA	IN	NNP	OC	AUG	GYN		UR
Einzelpraxis		32.839.083	2.838.021	2.627.404	3.638.108	3.647.613	6.152.812	1.452.262	53.195.303
BAG		23.484.303	4.136.671	1.909.515	5.238.766	2.730.379	2.973.677	1.317.199	41.790.510
MVZ	VA	1.629.758	807.007	143.301	1.263.421	1.259.287	433.422	69.225	5.605.421
	P-KH	96.912	115.458	74.767	263.056	182.294	45.187	44.910	822.584
	ÖFg-KH	190.244	461.410	93.145	771.516	44.738	256.058	91.789	1.908.900
	P-Sonstige	162.803	146.359	0	5.927	285.020	7.308	7.688	615.105
	Mischform	46.653	82.724	22.157	73.853	106.350	19.392	51.448	402.577
	Sonstige	47.456	9.971	300	20.097	444	10.746	0	89.014
Gesamt		58.497.212	8.597.621	4.870.589	11.274.744	8.256.125	9.898.602	3.034.521	104.429.414
Davon:	MVZ Gesamt	2.173.826	1.622.929	333.670	2.397.870	1.878.133	772.113	265.060	9.443.601
	PEG-MVZ	-	-	-	-	-	-	-	770.066

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Anmerkung: * VA = Vertragsarzt; P-KH = Privates Krankenhaus; ÖFg-KH = Öffentliches oder freigemeinnütziges Krankenhaus; P-Sonstige = Sonstige private Träger; PEG = Private-Equity-Gesellschaft.

** HA = Hausarzt; IN = Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie.

Tabelle 3: Mittelwert der O/E-Ratio des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle von MVZ nach der Fachrichtung und der Trägerschaft des MVZ

Trägerschaft*	Fachrichtung**							Gesamt
	HA	IN	NNP	OC	AUG	GYN	UR	
VA	1,010	1,144	0,965	1,174	1,205	1,230	1,000	1,126
P-KH	1,034	1,159	0,954	0,741	0,906	1,112	0,836	0,916
ÖFg-KH	1,029	0,971	0,845	0,812	1,255	1,080	0,851	0,922
P-Sonstige	0,905	1,271	-	k. A.	1,066	k. A.	k. A.	1,062
Mischform	1,063	1,150	1,017	0,744	1,244	1,284	0,966	1,066
Sonstige	0,911	k. A.	k. A.	0,790	k. A.	0,918	-	0,869
Gesamt	1,004	1,105	0,933	0,992	1,158	1,166	0,909	1,057
Davon PEG-MVZ	-	-	-	-	-	-	-	1,104

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Anmerkung: * VA = Vertragsarzt; P-KH = Privates Krankenhaus; ÖFg-KH = Öffentliches oder freigemeinnütziges Krankenhaus; P-Sonstige = Sonstige private Träger; PEG = Private-Equity-Gesellschaft.

** HA = Hausarzt; IN = Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie.

k. A. = Aufgrund zu geringer Fallzahlen (< 10.000 Arztgruppenfälle) keine Angabe möglich.

Mit Ausnahme von MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft in der Fachrichtung Urologie sind die angegebenen Unterschiede zu Einzelpraxen statistisch signifikant auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$.

3.3 Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient

Die Datengrundlage der Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient ist in Tabelle 4 dargestellt. Insgesamt liegen fachrichtungsübergreifend etwa 26,9 Mio. praxisbezogene Behandlungen von Patienten vor. Etwa die Hälfte der praxisbezogenen Behandlungen (12,9 Mio. Patienten) entfallen auf die hausärztliche Versorgung, gefolgt von OC (3,8 Mio.), IN, AUG und GYN (jeweils etwa 2,7 Mio.). In den Fachrichtungen UR (etwa 0,9 Mio.) und NNP (etwa 1,2 Mio.) fällt die Fallzahl etwas geringer aus. Auf die Teilgruppe der MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften entfallen fachrichtungsübergreifend 250.000 praxisbezogene Patientenbehandlungen.

Trägerartübergreifend versorgen MVZ in der Fachrichtung OC die meisten Patienten (etwa 0,81 Mio.). Etwa 22 % der praxisbezogenen Patientenbehandlungen in der Fachrichtung OC finden in MVZ statt. Weitere fachliche Schwerpunkte sind die Augenheilkunde (0,55 Mio. Patienten) und die fachinternistische Versorgung (0,48 Mio.), was einem Anteil von jeweils etwa 20 % an der Versorgung entspricht.

Die Verteilung der Trägerart und die Versorgungsschwerpunkte der MVZ-Träger entsprechen weitgehend denen aus der Analyse der Arztgruppenfälle. Leichte Abweichungen zeigen sich aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung der MVZ im Jahr 2019, die aufgrund des längeren Beobachtungszeitraums von zwei Jahren bei der Analyse der Behandlungskosten von Patienten nicht vollumfänglich abgebildet werden kann. Dies betrifft insbesondere eine Zunahme von MVZ in gemischter Trägerschaft in der Fachrichtung AUG und MVZ mit Trägerart ÖFg-KH in UR im Jahr 2019. Entsprechend fallen diese Versorgungsanteile bei der Analyse der Behandlungskosten von Patienten im Vergleich zu den Arztgruppenfällen geringer aus.

Ein Ausweis der Ergebnisse für die Trägerart erfolgt ab einem Schwellenwert von 5.000 Patienten. Bei weniger als 5.000 praxisbezogenen Patientenbehandlungen werden die entsprechenden Angaben ausgeblendet.

In Tabelle 5 sind die Mittelwerte der O/E-Ratio der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient nach der Trägerschaft des MVZ abgebildet. Fachrichtungsübergreifend fallen die praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen in MVZ um +1,9 % höher aus als in Einzelpraxen (O/E-Ratio: 1,019). Die Teilgruppenanalyse von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften ergibt, dass die praxisbezogenen Behandlungskosten von Patienten dieser MVZ um +8,3 % (O/E-Ratio: 1,083) höher ausfallen, als bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen in einer Einzelpraxis zu erwarten wäre. Der Unterschied zwischen PEG-MVZ und dem Durchschnitt über alle MVZ beläuft sich auf +6,4 Prozentpunkte.

Im Vergleich der Fachrichtungen zeigen sich insbesondere bei Internisten der fachärztlichen Versorgung sowie in den Fachrichtungen Augenheilkunde und Gynäkologie starke positive Abweichungen vom Erwartungswert. Bei IN übersteigen die

praxisbezogenen Behandlungskosten den Vergleichswert der Einzelpraxen trägerartübergreifend um +6,0 % (O/E-Ratio: 1,060), bei AUG um +11,8 % (O/E-Ratio: 1,118) und bei GYN um 11,7 % (O/E-Ratio: 1,117).

In der hausärztlichen Versorgung sowie NNP und UR wird der Erwartungswert der praxisbezogenen Behandlungskosten dagegen unterschritten. Die praxisbezogenen Behandlungskosten bei Hausärzten fallen in MVZ um -7,0 % geringer aus als in Einzelpraxen (O/E-Ratio: 0,930), in UR um -6,8 % (O/E-Ratio: 0,932) und im Bereich NNP um -21,8 % (O/E-Ratio: 0,782). Mit Blick auf die Fallzahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass die ambulante Versorgung durch MVZ in den Bereichen Urologie und NNP von eher untergeordneter Bedeutung ist (vgl. Tabelle 4). In der orthopädischen und unfallchirurgischen Versorgung liegen keine nennenswerten Unterschiede in den Behandlungskosten zwischen MVZ und Einzelpraxen vor.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Art des MVZ-Trägers variieren je nach betrachteter Fachrichtung. Der Träger, der am ehesten - wenn auch nicht durchgängig - mit höheren Behandlungskosten assoziiert ist, sind die Vertragsärzte. Fachrichtungsübergreifend weisen MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft um +8,3 % (O/E-Ratio: 1,083) höhere praxisbezogene Behandlungskosten als Einzelpraxen auf. Darüber hinaus fallen die Ergebnisse jedoch uneinheitlich aus, so dass sich – wie bei der Analyse der Arztgruppenfälle – in der Gesamtschau der Eindruck ergibt, dass erhöhte Behandlungskosten tendenziell eher mit bestimmten Fachrichtungen (IN, AUG, GYN) als mit der Trägerart des MVZ verbunden sind.

Die Befunde zu den praxisbezogenen Behandlungskosten entsprechen damit weitgehend den Ergebnissen der Analyse des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle. Auch über einen längeren Behandlungsverlauf werden für Behandlungen in MVZ und insbesondere PEG-MVZ systematisch höhere Honorarvolumina abgerechnet, als bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen in einer Einzelpraxis zu erwarten wäre.

Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient

Die Ergebnisse der morbiditätsadjustierten Analyse der Behandlungskosten von Patienten entsprechen in der Tendenz und Struktur denen der fallbezogenen Analyse:

Bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen werden in MVZ fachrichtungsübergreifend je Patient durchschnittlich um +1,9 % höhere Behandlungskosten abgerechnet als in Einzelpraxen. In der Teilgruppe der PEG-MVZ werden morbiditätsadjustiert sogar um +8,3 % höhere Honorarvolumina abgerechnet.

Erhöhte Honorarvolumina je Patient liegen insbesondere bei Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (+6,0 %) sowie in den Fachrichtungen Augenheilkunde (+11,8 %) und Gynäkologie (+11,7 %) vor.

Tabelle 4: Anzahl der berücksichtigten Patienten bei der Analyse der praxisbezogenen Behandlungskosten

Art der Betriebsstätte und Trägerschaft*		Fachrichtung**						Gesamt	
		HA	IN	NNP	OC	AUG	GYN		UR
Einzelpraxis		7.389.181	894.195	617.937	1.238.669	1.230.814	1.724.766	415.043	13.510.605
BAG		5.049.134	1.285.995	447.874	1.710.034	910.697	821.352	366.613	10.591.699
MVZ	VA	380.510	243.365	45.710	425.084	390.814	126.284	19.843	1.631.610
	P-KH	31.951	33.321	17.318	88.064	51.669	13.632	13.828	249.783
	ÖFg-KH	41.395	133.412	24.610	263.220	14.266	70.509	21.903	569.315
	P-Sonstige	35.033	38.302	0	2.291	88.902	2.547	2.394	169.469
	Mischform	9.252	24.733	5.181	24.646	8.981	6.189	15.617	94.599
	Sonstige	10.196	2.244	0	7.546	321	2.721	0	23.028
Gesamt		12.946.652	2.655.567	1.158.630	3.759.554	2.696.464	2.768.000	855.241	26.840.108
Davon:	MVZ Gesamt	508.337	475.377	92.819	810.851	554.953	221.882	73.585	2.737.804
	PEG-MVZ	-	-	-	-	-	-	-	251.584

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Anmerkung: * VA = Vertragsarzt; P-KH = Privates Krankenhaus; ÖFg-KH = Öffentliches oder freigemeinnütziges Krankenhaus; P-Sonstige = Sonstige private Träger; PEG = Private-Equity-Gesellschaft.

** HA = Hausarzt; IN = Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie.

Tabelle 5: Mittelwert der O/E-Ratio der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient nach der Trägerschaft des MVZ

Trägerschaft*	Fachrichtung**						Gesamt	
	HA	IN	NNP	OC	AUG	GYN		UR
VA	0,913	1,077	0,728	1,174	1,170	1,177	1,013	1,083
P-KH	0,850	1,162	0,857	0,732	0,938	0,982	0,798	0,873
ÖFg-KH	1,063	0,952	0,752	0,825	1,464	1,051	0,890	0,915
P-Sonstige	0,966	1,264	-	k. A.	0,959	k. A.	k. A.	1,020
Mischform	0,910	1,060	1,145	0,681	0,916	1,201	1,014	0,939
Sonstige	1,158	k. A.	-	0,632	k. A.	k. A.	-	0,904
Gesamt	0,930	1,060	0,782	0,991	1,118	1,117	0,932	1,019
Davon PEG-MVZ	-	-	-	-	-	-	-	1,083

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Anmerkung: * VA = Vertragsarzt; P-KH = Privates Krankenhaus; ÖFg-KH = Öffentliches oder freigemeinnütziges Krankenhaus; P-Sonstige = Sonstige private Träger; PEG = Private-Equity-Gesellschaft.

** HA = Hausarzt; IN = Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie.

k. A. = Aufgrund zu geringer Fallzahlen (< 5.000 Patienten) keine Angabe möglich.

Mit Ausnahme von MVZ mit Trägerart Mischform in den Fachrichtungen IN und UR sowie MVZ mit einem privaten Krankenhausträger in der Fachrichtung GYN sind die angegebenen Unterschiede zu Einzelpraxen statistisch signifikant auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$.

3.4 Analyse der Behandlungskosten bei Mitversorgung durch mehrere ärztliche Fachgruppen

In Tabelle 6 ist die Anzahl der im Rahmen der Analyse berücksichtigten Patienten mit Behandlung in einer der untersuchten Mitversorgungskonstellationen dargestellt. Für insgesamt etwa 8,4 Mio. Patienten ist in den Abrechnungsdaten im Jahr 2018 mindestens eine hausärztliche Behandlung dokumentiert. Bei etwa 4,7 Mio. Patienten erfolgt die Steuerung der Mitversorgung durch den Hausarzt einer Einzelpraxis, bei 3,5 Mio. Patienten ist die Betriebsstätte eine BAG und 250.000 Patienten werden durch ein MVZ hausärztlich versorgt.

Insgesamt 1,8 Mio. Patienten wurden im Jahr 2018 fachinternistisch versorgt. Die Steuerung der Mitversorgung erfolgt bei 600.000 Patienten durch den fachärztlich tätigen Internisten einer Einzelpraxis, bei 900.000 Patienten durch eine BAG und bei 330.000 Patienten durch ein MVZ.

Die Analyse der fachärztlichen Mitversorgung bei Steuerung der Mitversorgung durch einen Orthopäden und (Unfall-)Chirurgen basiert auf den Abrechnungsdaten von 2,6 Mio. Patienten mit mindestens einer orthopädischen oder unfallchirurgischen Behandlung im Jahr 2018. Bei etwa 830.000 Patienten erfolgt die Steuerung der Mitversorgung durch eine Einzelpraxis, bei 1.250.000 Patienten durch eine BAG und bei 540.000 Patienten durch ein MVZ.

Tabelle 6: Anzahl der Patienten mit Behandlung in einer der untersuchten Mitversorgungskonstellationen

Art der Betriebsstätte	Mitversorgungskonstellation: Steuernde Fachrichtung		
	Hausarzt	Fachinternist	OC
Einzelpraxis	4.682.740	600.770	826.810
BAG	3.473.991	897.261	1.246.758
MVZ	249.896	334.242	536.762
Gesamt	8.406.627	1.832.273	2.610.330

Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Die Zusammensetzung der durchschnittlichen Behandlungskosten je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren (Jahre 2018 und 2019) ist in Abbildung 3 ersichtlich. Hierbei wird zwischen den Honorarvolumina für den die Mitversorgung steuernden Facharzt, praxisexterne Fachärzte der steuernden Fachrichtung, sowie weitere praxisinterne und praxisexterne Fachärzte, die die Mitversorgung erbringen, unterschieden.

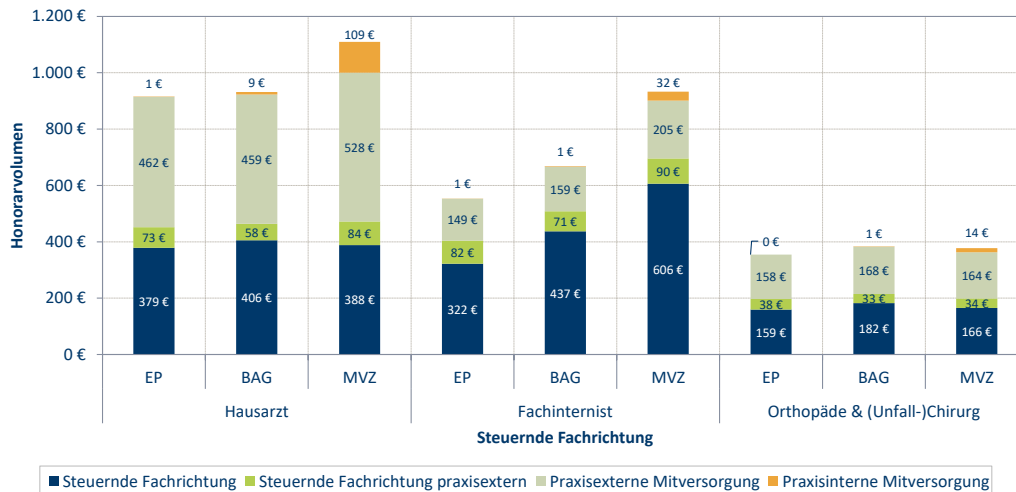
Bei Steuerung der Mitversorgung durch den Hausarzt bestehen nur geringfügige Unterschiede zwischen Einzelpraxen, BAG und MVZ im Hinblick auf die Honorarvo-

lumina für den steuernden Hausarzt sowie die Behandlung durch weitere praxisexterne Hausärzte. Stärkere Unterschiede liegen hingegen in Bezug auf die Honorarvolumina für die mitversorgenden Ärzte der Fachrichtungen IN, OC, Radiologie, Psychotherapie, NNP, GYN und UR vor. Während sich die Behandlungskosten für die praxisexterne Mitversorgung von Patienten, die hausärztlich von einer Einzelpraxis oder einer BAG versorgt werden, auf durchschnittlich 462,- € (Einzelpraxis) bzw. 459,- € (BAG) belaufen, fallen für Patienten mit hausärztlicher Versorgung durch ein MVZ 528,- € an. Bei Patienten, die hausärztlich durch ein MVZ versorgt werden kommen hierzu weitere 109,- € für die Mitversorgung durch praxisinterne Fachärzte. Hierbei handelt es sich um Ärzte der mitversorgenden Fachrichtungen, die im gleichen MVZ tätig sind wie der Hausarzt. Bei Patienten in Einzelpraxen oder BAG beträgt das Honorarvolumen für praxisinterne mitversorgende Fachärzte lediglich 1,- € (Einzelpraxis) bzw. 9,- € (BAG).

Bei Steuerung der Mitversorgung durch einen fachärztlich tätigen Internisten bestehen zwischen Einzelpraxen, BAG und MVZ größere Unterschiede im abgerechneten Honorarvolumen für den steuernden Fachinternisten. Bei Patienten in MVZ fällt das durchschnittliche Honorarvolumen für den steuernden Fachinternisten mit 606,- € um +169,- € höher aus als bei Patienten, die in BAG (Honorarvolumen: 437,- €) versorgt werden, und um 284,- € höher als in Einzelpraxen (Honorarvolumen: 322,- €). Bei der Höhe des Honorarvolumens für die Versorgung durch praxisexterne Fachinternisten liegen hingegen nur geringfügige Unterschiede zwischen den Betriebsformen vor. Bei der fachärztlichen Mitversorgung durch Ärzte des Fachbereichs Radiologie übersteigt das Honorarvolumen von Patienten, deren Mitversorgung durch den fachärztlich tätigen Internisten eines MVZ gesteuert wird (Honorarvolumen: 205,- €), das Honorarvolumen von Patienten in Einzelpraxen (Honorarvolumen: 149,- €) und BAG (Honorarvolumen: 159,- €). Bei Patienten in MVZ kommen hierzu weitere 32,- € für die radiologische Mitversorgung durch praxisinterne Fachärzte, die im gleichen MVZ tätig sind, wie der steuernde Fachinternist. Bei Patienten in Einzelpraxen und BAG fallen keine nennenswerten Honorarvolumina für die praxisinterne Mitversorgung an.

Bei der Mitversorgungskonstellation mit der steuernden Fachrichtung Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie und den mitversorgenden Fachrichtungen Radiologie und Anästhesie sind die Unterschiede zwischen Einzelpraxen, BAG und MVZ insgesamt geringer. Bei den Honorarvolumina für den steuernden OC reicht die Spannweite von 159,- € (Einzelpraxis) bis 182,- € (BAG) und bei den Honorarvolumina für die Versorgung durch praxisexterne OC von 33,- € bis 38,- €. Das Honorarvolumen für die praxisexterne Mitversorgung beträgt bei Patienten, deren Mitversorgung durch den OC eines MVZ gesteuert wird, durchschnittlich 164,- € und damit 6,- € mehr als bei Patienten in Einzelpraxen (Honorarvolumen: 158,- €), aber 4,- € weniger als bei Patienten in BAG (Honorarvolumen: 168,- €). Bei Patienten in MVZ kommen noch durchschnittlich 14,- € für die praxisinterne Mitversorgung hinzu. Insgesamt fallen die Behandlungskosten für die fachärztliche Mitversorgung bei Patienten in MVZ +20,- € höher aus als in Einzelpraxen und +9,- € höher als in BAG.

Abbildung 3: Zusammensetzung der durchschnittlichen Behandlungskosten je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen



Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns
 Anmerkung: EP = Einzelpraxis

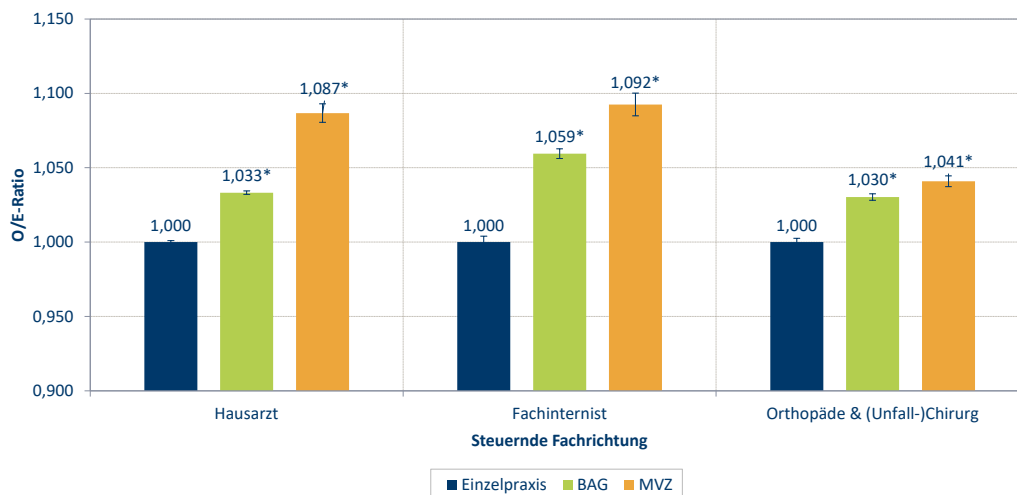
In Abbildung 4 ist die O/E-Ratio der Gesamtbehandlungskosten über einen Zeitraum von zwei Jahren für die drei untersuchten Mitversorgungskonstellationen dargestellt. Die O/E-Ratio ist definiert als das Verhältnis aus den beobachteten Gesamtbehandlungskosten und dem Erwartungswert der Gesamtbehandlungskosten auf der Grundlage einer morbiditätsadjustierten Regressionsanalyse und drückt aus, um welchen Faktor sich die Behandlungskosten bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen von der Behandlung in einer Einzelpraxis unterscheiden.⁴

Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass in allen untersuchten Mitversorgungskonstellationen bei Patienten, deren Mitversorgung vom Facharzt einer BAG oder eines MVZ gesteuert wird, bei gleicher Patientencharakteristik und gleichen Behandlungsanlässen statistisch signifikant höhere Behandlungskosten abgerechnet werden als bei Patienten, die in einer Einzelpraxis versorgt werden. Bei Steuerung der Mitversorgung durch den Hausarzt eines MVZ beläuft sich der morbiditätsadjustierte Unterschied in der Höhe der Gesamtbehandlungskosten im Vergleich zu Einzelpraxen auf +8,7 % (O/E-Ratio: 1,087; p-Wert: < 0,001), bei Steuerung der Mitversorgung durch den fachärztlich tätigen Internisten eines MVZ auf +9,2 % (O/E-Ratio: 1,092; p-Wert: < 0,001) und bei Steuerung der Mitversorgung durch den Orthopäden und (Unfall-)Chirurgen eines MVZ auf +4,1 % (O/E-Ratio: 1,041; p-Wert: < 0,001). Bei Patienten, deren Mitversorgung vom Arzt einer BAG gesteu-

⁴ Da Einzelpraxen die Basiskategorie bei der Bestimmung des Erwartungswertes bilden, beläuft sich die mittlere O/E-Ratio für Einzelpraxen qua Analysedesign stets auf den Wert 1,0.

ert wird, werden im Vergleich mit Einzelpraxen zwar ebenfalls höhere Honorarvolumina abgerechnet, die Unterschiede fallen jedoch in allen Mitversorgungskonstellationen geringer aus als zwischen Einzelpraxen und MVZ.

Abbildung 4: Mittelwert der O/E-Ratio der Gesamtbehandlungskosten je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen



Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns
 Anmerkung: * = Statistisch signifikant auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$;

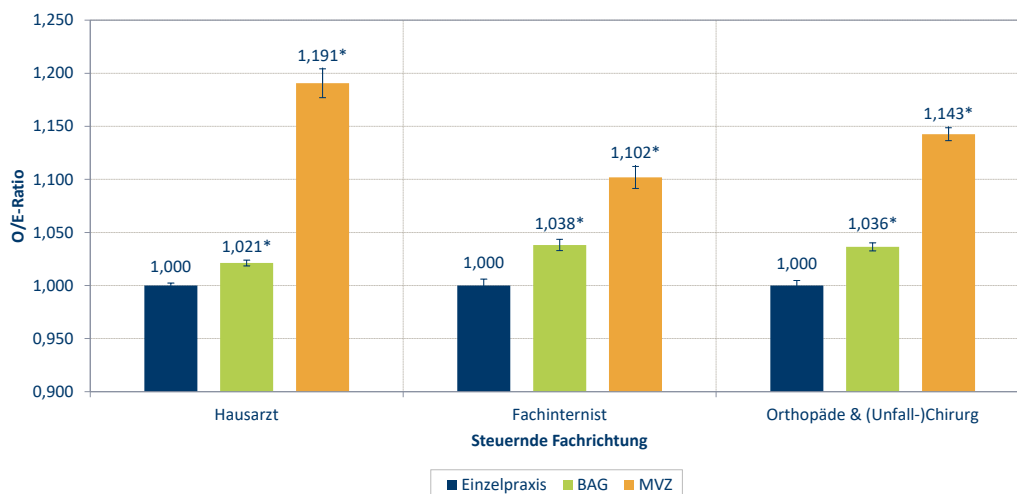
In Abbildung 5 ist die O/E-Ratio der Behandlungskosten der fachärztlichen Mitversorgung über einen Zeitraum von zwei Jahren für die drei untersuchten Mitversorgungskonstellationen dargestellt. Bei Patienten in MVZ übersteigt das fachärztliche Honorarvolumen für die Mitversorgung bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen das Honorarvolumen von Patienten, deren Mitversorgung vom Hausarzt einer Einzelpraxis gesteuert wird, statistisch signifikant um +19,1 % (O/E-Ratio: 1,191; p-Wert: < 0,001). Demnach ist die Steuerung der Mitversorgung durch den Hausarzt eines MVZ mit erheblich höheren Honorarvolumina für die mitversorgenden Ärzte der Fachrichtungen IN, OC, Radiologie, Psychotherapie, NNP, GYN und UR verbunden. Auch bei Patienten, deren Mitversorgung vom Hausarzt einer BAG gesteuert wird, fällt das fachärztliche Honorarvolumen für die Mitversorgung im Durchschnitt +2,1 % höher aus als bei Behandlung in einer Einzelpraxis (O/E-Ratio: 1,021; p-Wert: < 0,001). Der Unterschied zu Einzelpraxen ist jedoch deutlich geringer als der Unterschied zwischen Einzelpraxen und MVZ.

Auch bei der Mitversorgungskonstellation mit Steuerung der Mitversorgung durch einen fachärztlich tätigen Internisten ist die Versorgung durch ein MVZ mit deutlich höheren Honorarvolumina für die fachärztliche Mitversorgung verbunden als in Einzelpraxen. Bei gleicher Patientenstruktur und Behandlungsanlässen beläuft sich

der morbiditätsadjustierte Unterschied der Behandlungskosten für die fachärztliche Mitversorgung durch Ärzte der Fachrichtung Radiologie auf +10,2 % (O/E-Ratio: 1,102; p-Wert: < 0,001). Bei Patienten, deren fachärztliche Mitversorgung vom fachärztlich tätigen Internisten einer BAG gesteuert wird, fällt der Unterschied zu Einzelpraxen mit +3,8 % geringer aus (O/E-Ratio: 1,038; p-Wert: < 0,001).

Bei Steuerung der Mitversorgung durch den Orthopäden und (Unfall-)Chirurgen eines MVZ fallen im Vergleich mit Einzelpraxen morbiditätsadjustiert +14,3 % höhere Honorarvolumina für die fachärztliche Mitversorgung durch Radiologen und Anästhesisten an (O/E-Ratio: 1,143; p-Wert: < 0,001). Bei Patienten, die vom Orthopäden und (Unfall-)Chirurgen einer BAG fachärztlich versorgt werden beträgt der Unterschied zu Einzelpraxen im Durchschnitt 3,6 % (O/E-Ratio: 1,036; p-Wert: < 0,001).

Abbildung 5: Mittelwert der O/E-Ratio der Behandlungskosten der fachärztlichen Mitversorgung je Patient über einen Zeitraum von zwei Jahren in den untersuchten Mitversorgungskonstellationen



Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayerns

Anmerkung: * = Statistisch signifikant auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$;

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind mit der These, dass die Tätigkeit mehrerer Fachrichtungen „unter einem Dach“, wie sie für die Organisationsform des MVZ charakteristisch ist, das Überweisungsverhalten beeinflusst und die Veranlassung von Leistungen fördert, grundsätzlich vereinbar. Bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen fallen in allen untersuchten Mitversorgungskonstellationen sowohl die Gesamtbehandlungskosten (vgl. Abbildung 4) als auch die abgerechneten Honorarvolumina für die fachärztliche Mitversorgung (vgl. Abbildung 5) im Vergleich mit Einzelpraxen höher aus, wenn die Patienten primär vom Arzt eines MVZ versorgt werden. In Verbindung mit den Ergebnissen der deskriptiven Analyse, wonach ein erheblicher Anteil der Behandlungskosten für die Mitversorgung in MVZ bei mitversorgenden Fachärzten

entsteht, die in der gleichen Arztpraxis wie der Arzt der steuernden Fachrichtung tätig sind (vgl. Abbildung 3), ergeben sich starke Hinweise, dass die Organisationsform des MVZ und die damit verbundene multidisziplinäre Ausrichtung für dieses „Mehr“ an fachärztlicher Mitversorgung verantwortlich ist.

Analyse der Behandlungskosten bei Mitversorgung durch mehrere ärztliche Fachgruppen

Die Analysen der drei beispielhaften Konstellationen einer Versorgung durch mehrere ärztliche Fachrichtungen zeigen, dass bei Steuerung der Versorgung durch einen in einem MVZ angesiedelten Arzt die mitversorgenden Fachrichtungen zwischen +10,2 % und +19,1 % höhere Leistungsvolumina abrechnen, als es bei Steuerung der Versorgung durch einen Arzt in Einzelpraxis der Fall ist. Dabei entfallen je nach Mitversorgungskonstellation zwischen einem Drittel und 70 % der zusätzlich abgerechneten Leistungsvolumina auf Mitversorger, die mit dem steuernden Arzt im gleichen MVZ - gewissermaßen „unter einem Dach“ - arbeiten.

4. Schlussfolgerungen

Hintergrund und Anlass für die Studie ist die seit längerer Zeit zu beobachtende Zunahme von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der – vielfach aufgrund komplexer gesellschaftsrechtlicher Konstruktionen nicht ohne weiteres erkennbaren – Eigentümerschaft von Finanzinvestoren (z.B. Private-Equity-Gesellschaften, PEG). Der Gesetzgeber hat die Gründungsberechtigung für ein MVZ bewusst auf einen engen Kreis von Leistungserbringern im SGB V sowie Kommunen eingeschränkt, um einer nicht sachgerechten Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen vorzubeugen, die befürchtet wird, wenn Kapitalgeber von außerhalb des Gesundheitswesens Eigentümer eines MVZ werden. Diese Einschränkung kann jedoch durch den Erwerb z.B. eines Krankenhauses umgangen werden.

Der wichtigste Einwand gegen die zunehmende Übernahme von vertragsärztlichen Versorgungseinrichtungen durch Finanzinvestoren betrifft die Befürchtung bzw. den Vorwurf, dass damit eine „Kommerzialisierung“ der medizinischen Versorgung einhergehe, d.h. eine für die Patienten nachteilige und zu Unwirtschaftlichkeit i.S. des § 12 SGB V führende Überformung bzw. Beeinflussung von medizinischen Entscheidungen und Vorgehensweisen durch ökonomische Zielsetzungen. Dieser Vorwurf ist nicht ganz fernliegend, wenn man die Selbstbeschreibungen von Private-Equity-Investoren und ihren Beratern ernstnimmt oder wirtschaftswissenschaftliche Studien zu diesem Sektor des Kapitalmarktes zugrunde legt, die übereinstimmend die Erzielung von überdurchschnittlichen Kapitalrenditen als wesentliche Fähigkeit dieser Finanzmarktakteure benennen.

Gegen die Erzielung einer höheren Kapitalverzinsung in einer medizinischen Versorgungseinrichtung bestehen keine Einwände, wenn sie das Ergebnis von effizienzsteigernden Maßnahmen ist, die sich auf die Behandlungsqualität nicht negativ auswirken (Optimierungen im Bereich der Materialbeschaffung o.ä.). Unzulässig wäre dagegen die Beeinflussung der in der Einrichtung tätigen Ärzte in Bezug auf ihre genuin ärztlichen Entscheidungen, z.B. um die Erbringung von bestimmten, betriebswirtschaftlich lukrativen Versorgungsleistungen zu fördern.

Die hier vorgelegten Analysen bestätigen zunächst die Beobachtungen, die den gesundheits- und versorgungspolitischen Ausgangspunkt des vorliegenden Gutachtens bilden: Die Betriebsform des MVZ hat in Bayern in einigen vertragsärztlichen Fachgruppen – darunter große Versorgungsbereiche, wie die fachinternistische Versorgung, die Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie und die Augenheilkunde – inzwischen eine erhebliche und im hier analysierten Beobachtungszeitraum noch immer wachsende Versorgungsrelevanz.

Von einer noch stärkeren Dynamik ist die Entwicklung von MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ) geprägt, deren Praxisstandorte sich im lediglich zwei Jahre umfassenden Untersuchungszeitraum um +72 % erhöht haben und die im vierten Quartal 2019 bereits 10 % aller MVZ-Praxen ausmachen. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante Versorgung wirksam zu begrenzen, wird demnach klar verfehlt.

Darüber hinaus zeigen die hier vorgelegten Analysen des Leistungsgeschehens, dass eine Versorgung durch Ärzte in MVZ bei gleicher soziodemographischer Struktur der Patienten sowie gleichen Behandlungsanlässen und Vorerkrankungen mit höheren Honorarumsätzen als in Einzelpraxen verbunden ist. Dies gilt sowohl bei Betrachtung der abgerechneten Arztgruppenfälle als auch bei Betrachtung der Behandlungskosten von Patienten über einen längeren Zeitraum. Auffällig sind hierbei insbesondere die fachinternistische Versorgung sowie die Fachrichtungen Augenheilkunde und Gynäkologie. In einer fachgruppenübergreifenden Betrachtung zeigt sich, dass MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren in noch deutlicher ausgeprägtem Maße als die Gesamtheit der MVZ höhere Honorarvolumina abrechnen als Einzelpraxen.

Auch die Analysen zu den bei mitversorgenden Ärzten entstehenden Leistungen zeigen einen deutlichen Effekt, insbesondere wenn der steuernde Hausarzt in einem MVZ tätig ist. So werden von mitversorgenden Fachärzten 19,1 % mehr Leistungen abgerechnet, wenn der steuernde Hausarzt in einem MVZ tätig ist im Vergleich zu einem Hausarzt in Einzelpraxis. Mehr als 60 % der zusätzlichen Mitversorgungsleistungen entfallen dabei auf mitversorgende Fachärzte, die im gleichen MVZ tätig sind wie der steuernde Hausarzt.

In der Gesamtschau stützen die Ergebnisse der Analysen demnach die These einer stärkeren Ausrichtung von MVZ an ökonomischen Motiven. Dies gilt umso mehr für MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften, für die gezeigt werden konnte, dass bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen noch höhere Honorarvolumina abgerechnet werden, als in anderen MVZ.

Diese Ergebnisse sind aufgrund der großen Fall- bzw. Patientenzahlen, die in die Analysen einbezogen werden konnten, aus unserer Sicht als sehr belastbar einzustufen. In den Regressionsanalysen wurden umfangreiche Adjustierungen für mögliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientenkollektive der untersuchten Betriebsformen bzw. Träger- und Eigentumsstrukturen vorgenommen. Es kann daher ausgeschlossen werden, dass die berichteten Befunde durch Unterschiede in der soziodemographischen Struktur (Alter, Geschlecht) oder der diagnosebasiert messbaren Morbidität der jeweiligen Patientenkollektive erklärt werden können.

Die Analysen der Rolle von MVZ bzw. PEG-MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern zeigen in einigen Fachgruppen bereits eine erhebliche und noch wachsende Relevanz. Angesichts der offenbar ungebrochenen Dynamik in diesem Bereich ist daher zu empfehlen, dass die bereits vorliegenden gesundheitspolitischen Vorschläge und Argumente im Hinblick auf eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung und den Betrieb von MVZ (zum Überblick vgl. Pavlovic 2021) in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen werden sollten.

Literaturverzeichnis

125. Deutscher Ärztetag, Berlin, 01.-02. November 2021. Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/125.DAET/Beschlussprotokoll_125DAET2021_Stand_24112021.pdf
- Bobsin R (2018). Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. 3. Aufl., Hannover: Offizin-Verlag.
- GMK Gesundheitsministerkonferenz (2021). Beschlüsse der Sonder-GMK vom 04.11.2021 – 05.11.2021. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>
- IGES Institut (2021). Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Ladurner A, Walter U, Jochimsen B (2020). Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Rechtsgutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf
- Pavlovic A (2021). Finanzinvestoren aus den MVZ heraushalten. KVB Forum 3/2021, S. 31-46.
- Scheuplein C (2019). Wie Private-Equity-Gesellschaften den deutschen Radiologie-Markt durchdringen. Radiologen Wirtschafts Forum, 05/Mai 2019.
- Scheuplein C, Evans M, Merkel S (2019). Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. Institut Arbeit und Technik (IAT). IAT Discussion Paper, 19/1.
- Scheuplein C, Bůžek R (2021). Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern. Gesundheits- und Sozialpolitik, 75, S. 36-44, 2021.
- Tauscher M, Fett S (2021). Dynamische Entwicklung bei MVZ im Bund und in Bayern. KVB Forum 3/2021, S. 10-11.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com