



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

4. MVZ-Survey der KBV

Medizinische Versorgungszentren in Deutschland

Impressum:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 4, Abteilung Flexible Versorgungsformen
und Patientenorientierung

Dr. Bernhard Gibis

Dr. Susanne Armbruster

Matthias Hofmann

Susanne Lubs

Florian Tille

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

August 2016

INHALTSVERZEICHNIS

<u>EINLEITUNG</u>	6
<u>1 UNTERSUCHUNGSDESIGN</u>	6
1.1 Untersuchungspopulation	6
1.2 Untersuchungsmethodik.....	7
<u>2 UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE</u>	8
2.1 Repräsentativität	8
2.1.1 Rücklaufquote	8
2.1.2 Träger	9
2.1.3 Rechtsform	9
2.1.4 Regionale Verteilung	10
2.1.5 MVZ-Größe.....	11
2.1.6 Räumliche Strukturen.....	11
2.2 MVZ allgemein	12
2.2.1 Geschlechterverteilung	12
2.2.2 Kooperationsintensität der MVZ	12
2.2.3 Betriebswirtschaftliche Situation	14
2.2.4 Gründungsmotivation	17
2.3 Medizinische Versorgungszentren in verschiedenen Regionen	21
2.3.1 Anzahl der Zweigpraxen.....	22
2.3.2 Medizinische Schwerpunkte der MVZ.....	22
2.3.3 Versorgung und Kooperation	23
2.3.4 Betriebswirtschaftliche Situation	24
2.3.5 Gründungsmotivation	25
2.3.6 Vereinbarkeit von Familie und Beruf	27
2.3.7 Herausforderungen.....	28
2.4 Qualitätsmanagementsysteme in der ambulanten Versorgung	31
2.5 Service des KV-Systems	31
<u>3 ZUSAMMENFASSUNG</u>	33

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anzahl der MVZ zum 31.12.2013 und 31.12.2011 nach KV-Regionen	7
Abbildung 2: Rücklaufquote und repräsentierte Ärzte (Survey und Grundgesamtheit)	8
Abbildung 3: MVZ-Träger.....	9
Abbildung 4: Rechtsformen der MVZ	9
Abbildung 5: Verteilung der Herkunftsregionen der teilnehmenden MVZ im Vergleich zur Grundgesamtheit	10
Abbildung 6: Arbeitsgröße der MVZ.....	11
Abbildung 7: Räumliche Struktur	11
Abbildung 8: Geschlechterverhältnis nach Art der Beschäftigung	12
Abbildung 9: Kooperation mit anderen Leistungserbringern in den Umfragen 2008, 2011 und 2014	13
Abbildung 10: Veränderung der Kooperationsintensität 2014 zu 2011	13
Abbildung 11: Betriebswirtschaftliche Leitung der MVZ	14
Abbildung 12: Betriebswirtschaftliche Leitung der MVZ	15
Abbildung 13: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage	15
Abbildung 14: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage nach Träger 2014 im Vergleich zu 2011	16
Abbildung 15: Gründungsmotivation 2014.....	18
Abbildung 16: Vergleich der Angaben zur Gründungsmotivation (MVZ-Survey 2005, 2011, 2014).....	19
Abbildung 17: Vergleich der Motivation über die Gründungsjahre 2004 bis 2013, Angaben der teilnehmen MVZ je nach Gründungsjahr	20
Abbildung 18: Einweiserbindung nach Träger.....	21
Abbildung 19: Klinikstandort langfristig sichern nach Träger	21
Abbildung 20: Anzahl der Zweigstellen	22
Abbildung 21: Schwerpunkt vorhanden	22
Abbildung 22: Medizinische Schwerpunktbildung nach Gemeindegröße	23
Abbildung 23: Kooperationshäufigkeit nach Gemeindegröße 2014	24
Abbildung 24: Wirtschaftliche Lage nach Gemeindegröße 2014	24
Abbildung 25: Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund einer MVZ-Neugründung 2014.....	25

Abbildung 26: Bessere Wettbewerbsfähigkeit als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße	25
Abbildung 27: Verringerung des Investitionsrisikos als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße	26
Abbildung 28: Einweiserbindung als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße	26
Abbildung 29: Klinikstandort langfristig sichern als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße	26
Abbildung 30: Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Vorzug des MVZ	27
Abbildung 31: Instrument zur Mitarbeitergewinnung: regelmäßig freie Wochenenden	27
Abbildung 32: Instrument zur Mitarbeitergewinnung: Hilfe bei der Organisation der Kinderbetreuung	28
Abbildung 33: Aktuelle Herausforderungen durch die Versorgung einer hohen Zahl älterer Patienten 2014.....	28
Abbildung 34: Aktuelle Herausforderungen durch die Versorgung einer hohen Zahl älterer Patienten 2011.....	29
Abbildung 35: Aktuelle Herausforderungen durch eine hohe Zahl von Hausbesuchen 2014	29
Abbildung 36: Aktuelle Herausforderungen durch eine hohe Zahl von Hausbesuchen 2011	30
Abbildung 37: Aktuelle Schwierigkeiten durch Ärztemangel	30
Abbildung 38: Aktuelle Schwierigkeiten: laufende Kosten.....	31
Abbildung 39: Häufigste eingesetzte Qualitätsmanagementsysteme	31
Abbildung 40: Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der KV im Bereich.....	32
Abbildung 41: Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der KV im Bereich... (ohne „keine Beratung in Anspruch genommen“).....	32

Einleitung

Seit Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2004 führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelmäßig Umfragen zu deren Entwicklung durch. Neben den jährlich veröffentlichten Grunddaten zu MVZ, die auf der Grundlage einer Befragung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt werden, ist dies der MVZ-Survey. Zum vierten Mal wurde der MVZ-Survey im Jahr 2014 als Befragung aller ärztlichen Leiter bzw. Geschäftsführer von MVZ (Vollerhebung) seit 2005 durchgeführt. Von 2.006 (Stand 31.12.2013) angeschriebenen MVZ haben 339 den Online-Fragebogen bis zum Ende beantwortet, was einer Teilnahmequote von 17% entspricht.

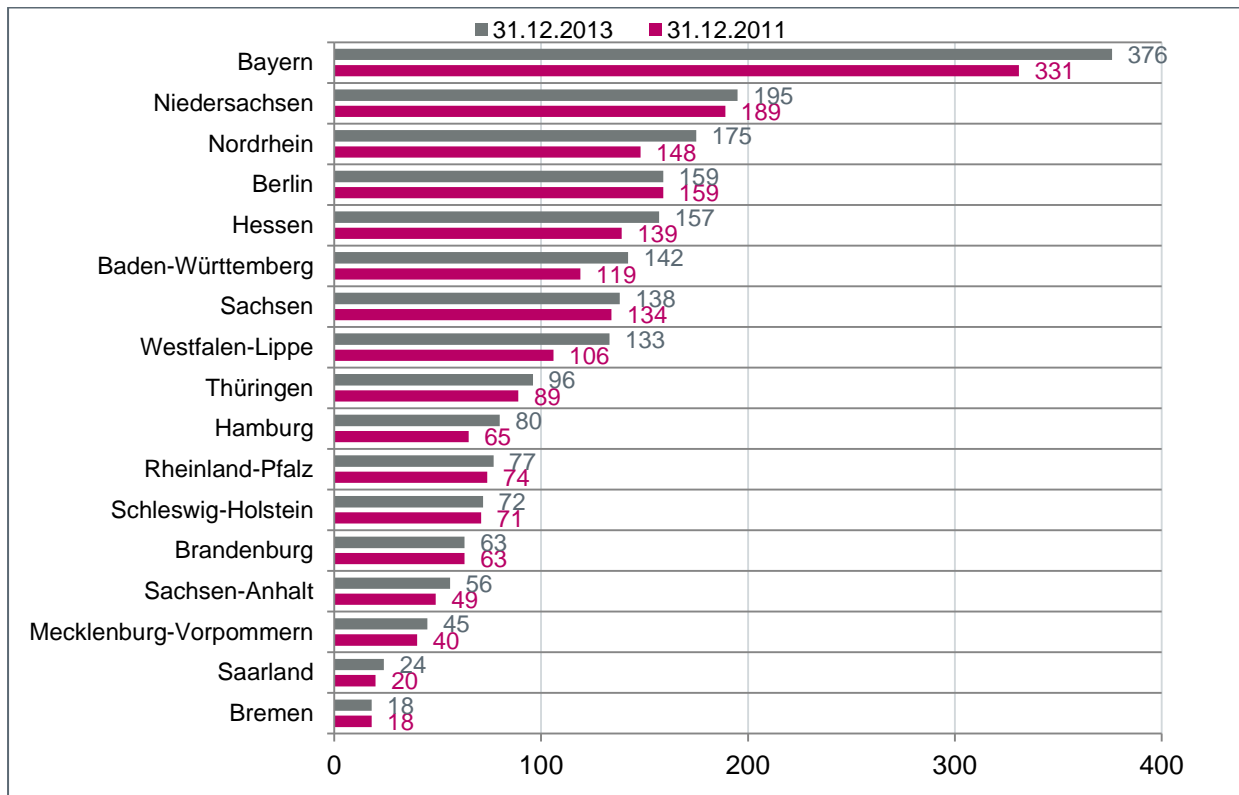
Der vierte MVZ-Survey dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsform MVZ. Mittels Online-Befragung wurden insbesondere folgende Schwerpunkte betrachtet: Gründungsmotivation, wirtschaftliche Situation, Kooperation und Vernetzung sowie differenzierte Betrachtung der MVZ in ländlichen und städtischen Regionen. Ausgewählte Befragungsergebnisse werden im Folgenden beschrieben und ausgewertet, sowie Entwicklungstendenzen und Trends aufgezeigt.

1 Untersuchungsdesign

1.1 Untersuchungspopulation

In die Befragung wurden alle 2.006 Medizinischen Versorgungszentren einbezogen, die zum Stichtag 31.12.2013 bei einer Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen waren. Seit 2011 ging die Zahl der jährlichen Neugründungen leicht zurück. Betrachtet nach einzelnen KV-Regionen hat sich die Entwicklung der MVZ-Zahlen jedoch in ähnlicher Tendenz fortgesetzt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Anzahl der MVZ zum 31.12.2013 und 31.12.2011 nach KV-Regionen
(Grundgesamtheit: N (2013)=2.006; N (2011)=1.814)



1.2 Untersuchungsmethodik

Alle zum 31.12.2013 zugelassenen MVZ wurden postalisch angeschrieben. Die ärztlichen Leiter bzw. Geschäftsführer der MVZ wurden gebeten, an der Umfrage mittels eines elektronischen Fragebogens per Internet teilzunehmen. Den Teilnehmern wurden hierzu Zugangsdaten übermittelt. Die Befragung begann am 27. August 2014 und endete am 10. Oktober 2014. Im September desselben Jahres erfolgte ein Erinnerungsschreiben.

Die thematische Gliederung des Fragebogens umfasste im ersten Abschnitt die strukturelle Ausgestaltung der MVZ und die Gründungsmotivation. Der zweite Abschnitt beinhaltete die Themen Qualität, Wettbewerb und Mitarbeitergewinnung. Anschließend wurden die aktuelle Situation des Versorgungsgeschehens und Einschätzungen zum Service der Kassenärztlichen Vereinigungen erfragt. Zum Abschluss standen die medizinische Ausgestaltung der MVZ sowie Kooperationen im Mittelpunkt.

Um eine längerfristige Vergleichsanalyse anstellen zu können, wurden Fragen aus den vergangenen MVZ-Surveys in die Befragung aufgenommen. Der Fragebogen bestand aus jeweils verschiedenen geschlossenen, halboffenen und offenen Fragen. Grundsätzlich kamen fünfstufige Bewertungsskalen zum Einsatz. Die Datenauswertung und -aufbereitung erfolgte mit Microsoft Excel 2010.

2 Untersuchungsergebnisse

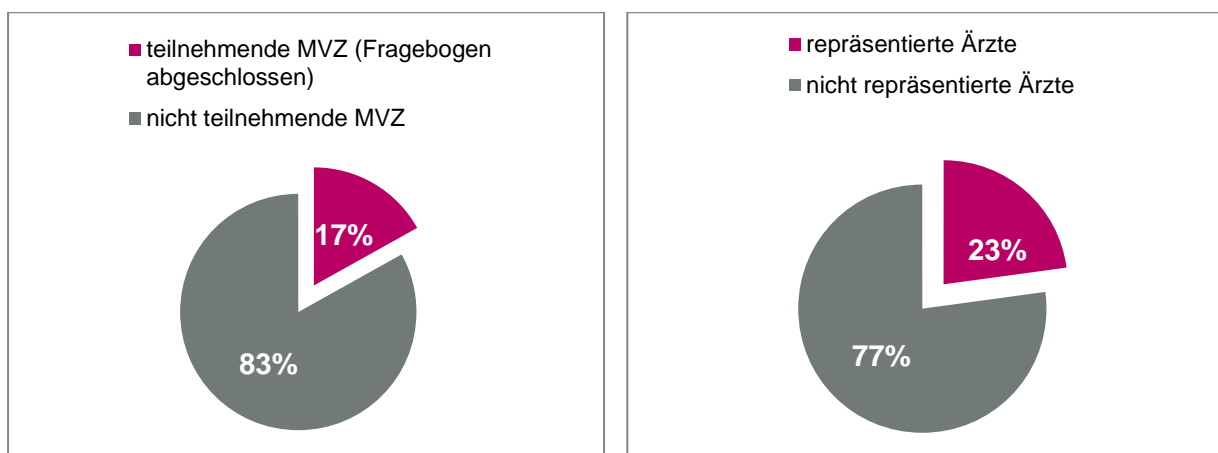
2.1 Repräsentativität

Um Aussagen über die Repräsentativität des vierten MVZ-Survey treffen zu können, erfolgt ein Vergleich verschiedener Merkmalsausprägungen der teilnehmenden MVZ und der Grundgesamtheit, d.h. allen zum 31.12.2013 zugelassenen MVZ (s. ab Kapitel 2.1.2). In unterschiedlichem Ausmaß weicht die Gesamtzahl der strukturellen Ausprägungen Trägerschaft, Rechtsform, regionale und räumliche Verteilung sowie Größe der MVZ, die am Survey teilgenommen haben, von der Grundgesamtheit ab. Aus diesem Grund kann der MVZ-Survey nicht hinsichtlich aller Kriterien als repräsentativ bezeichnet werden. Insgesamt zeigt sich, dass größere MVZ mit der Rechtsform einer GmbH überrepräsentiert sind.

2.1.1 Rücklaufquote

Insgesamt haben 441 MVZ den elektronischen Fragebogen vollständig oder teilweise ausgefüllt. Für die folgenden Auswertungen wurden jedoch nur die Antworten von den 339 Teilnehmern einbezogen, die den elektronischen Fragebogen vollständig beantwortet und über den „Abschließen“-Button beendet haben. 102 MVZ haben das Ausfüllen des Fragebogens abgebrochen. Dieses Phänomen der größeren Abbruchquoten bei der Verwendung elektronischer Fragebögen im Gegensatz zu anderen Befragungsverfahren wie z.B. Papierfragebögen oder telefonischen Befragungen wird in der wissenschaftlichen Literatur verschiedentlich beschrieben.¹ Die Gesamt-Rücklaufquote aus allen angeschriebenen MVZ beträgt somit 17%. Die Angaben der Teilnehmer zeigen, dass in diesem Survey 23% aller in MVZ tätigen Ärzte repräsentiert sind (Abbildung 2).

Abbildung 2: Rücklaufquote und repräsentierte Ärzte (Survey und Grundgesamtheit)
(MVZ-Survey 2014: n=339; MVZ-Grundgesamtheit 31.12.2013: N=2.006)



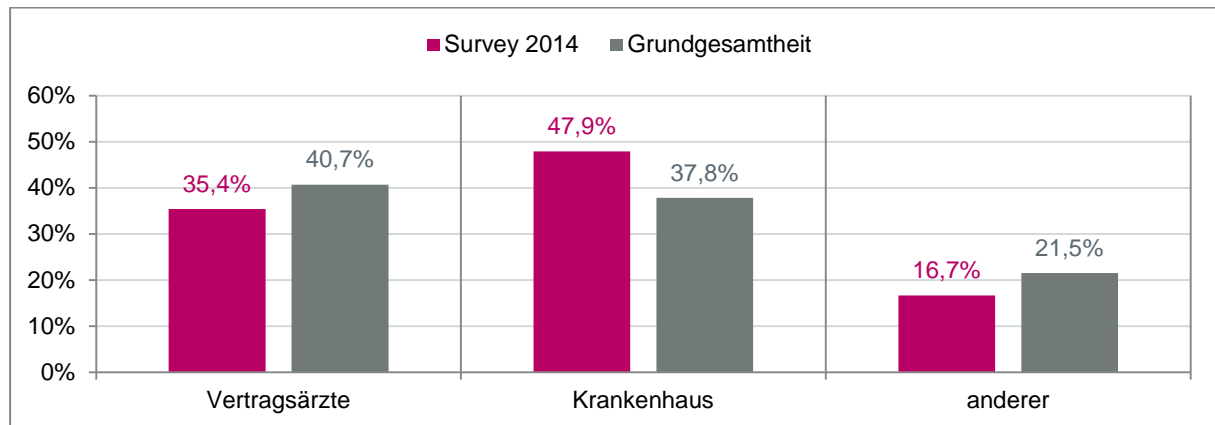
¹ z.B. Birnbaum, M. H. (2004). Human research and data collection via the internet. Annual Review of Psychology, 55, 803-832.

2.1.2 Träger

Die Grundgesamtheit und die Stichprobe weichen hinsichtlich des Merkmals *MVZ-Träger* voneinander ab. Der Anteil der teilnehmenden Krankenhaus-MVZ ist höher als der in der Grundgesamtheit; hingegen sind MVZ mit Vertragsärzten bzw. anderen Trägern jeweils um ca. 5 Prozentpunkte unterrepräsentiert (Abbildung 3).

Abbildung 3: MVZ-Träger

(MVZ-Survey 2014: n=336; Grundgesamtheit der Träger 31.12.2013: N=2.102²)

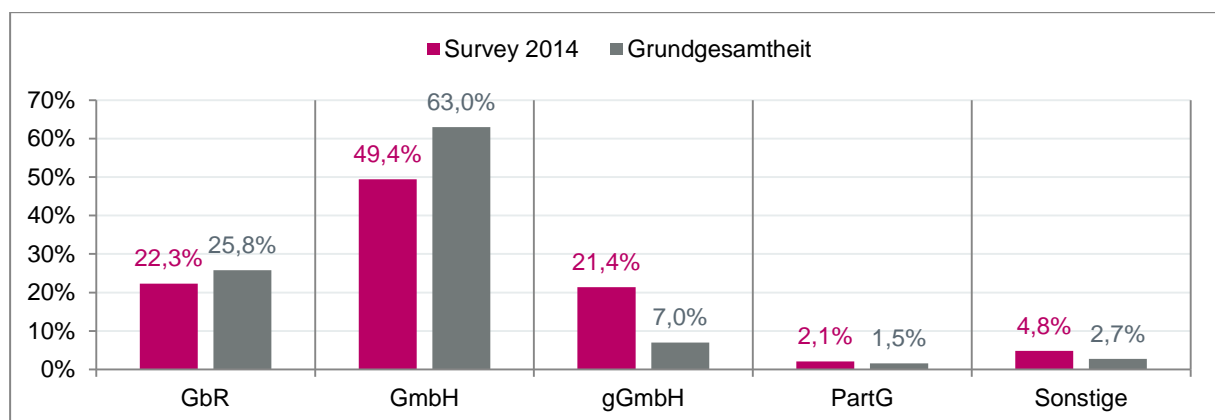


2.1.3 Rechtsform

332 MVZ haben ihre Rechtsform angegeben. Unterschiede zur Grundgesamtheit zeigen sich insbesondere bei GmbH und gGmbH: Vergleichsweise sind im Survey MVZ in Rechtsform einer GmbH unter- und MVZ in Rechtsform einer gGmbH überrepräsentiert. Die GbR und andere Rechtsformen sind in der Stichprobe in ähnlichem Umfang vertreten wie in der Grundgesamtheit (Abbildung 4).

Abbildung 4: Rechtsformen der MVZ

(MVZ-Survey 2014: n=332; Grundgesamtheit 31.12.2013: N=1.938³)



² Beinhaltet Mehrfachträgerschaften

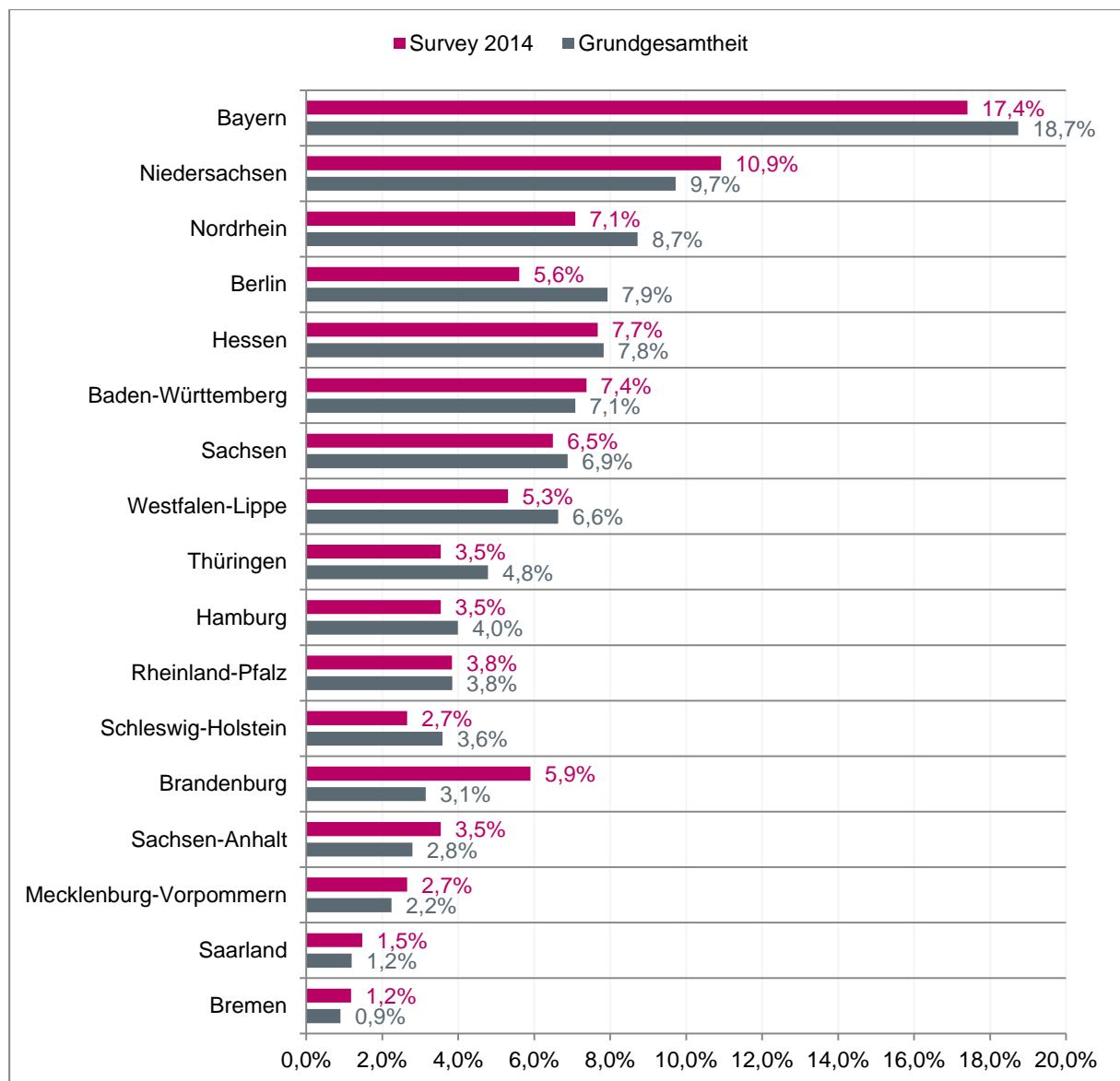
³ Für das Jahr 2013 liegen Informationen zu den Rechtsformen nur von 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen vor.

2.1.4 Regionale Verteilung

An der Befragung nahmen MVZ aller KV-Regionen teil. Während die relativen Abweichungen zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit insgesamt gering sind, bestehen die größten Differenzen zur Grundgesamtheit für die Regionen Berlin und Brandenburg (Abbildung 5).

Abbildung 5: Verteilung der Herkunftsregionen der teilnehmenden MVZ im Vergleich zur Grundgesamtheit

(MVZ-Survey 2014: n=326; Grundgesamtheit 31.12.2013: N=2.006)

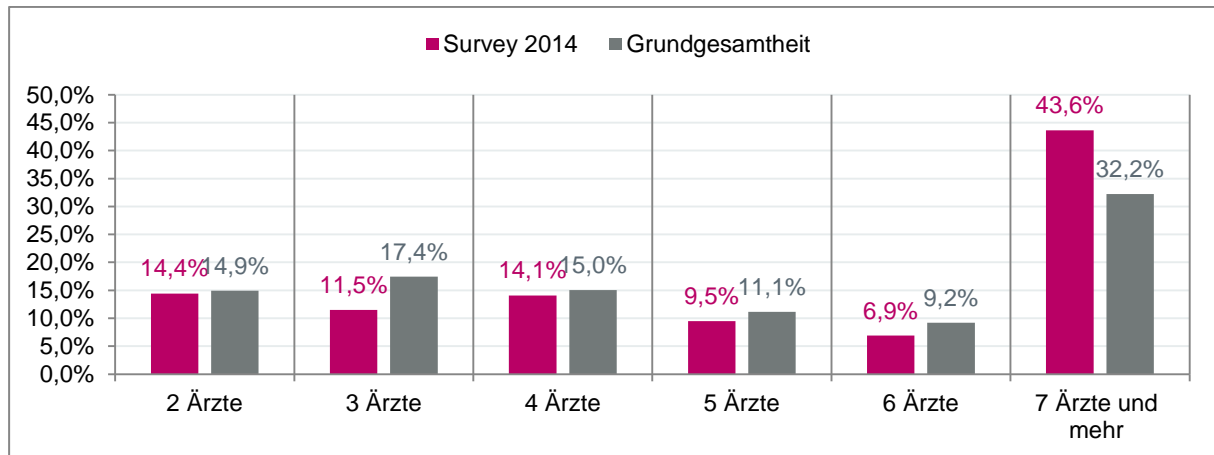


2.1.5 MVZ-Größe

MVZ mit einer Anzahl von mindestens sieben Ärzten sind in der Stichprobe überrepräsentiert. Der Anteil der am Survey teilnehmenden MVZ mit drei Ärzten ist hingegen deutlich geringer als in der Grundgesamtheit (Abbildung 6).

Abbildung 6: Arbeitsgröße der MVZ

(MVZ-Survey 2014: n=305; Grundgesamtheit 31.12.2013: N=1.983⁴)

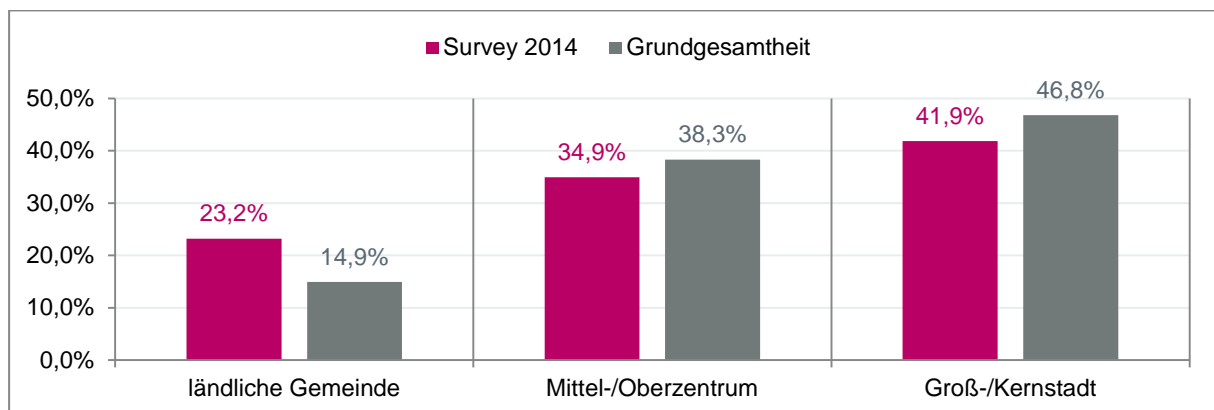


2.1.6 Räumliche Strukturen

Der Anteil von am Survey teilnehmenden MVZ aus ländlichen Gebieten ist höher als in der Grundgesamtheit. MVZ aus Mittel-/Oberzentren bzw. Groß-/Kernstädten finden sich im Teilnehmerkreis des MVZ-Surveys seltener wieder als in der Grundgesamtheit (Abbildung 7).

Abbildung 7: Räumliche Struktur

(MVZ-Survey 2014: n=332; Grundgesamtheit 31.12.2013: N=2.006)



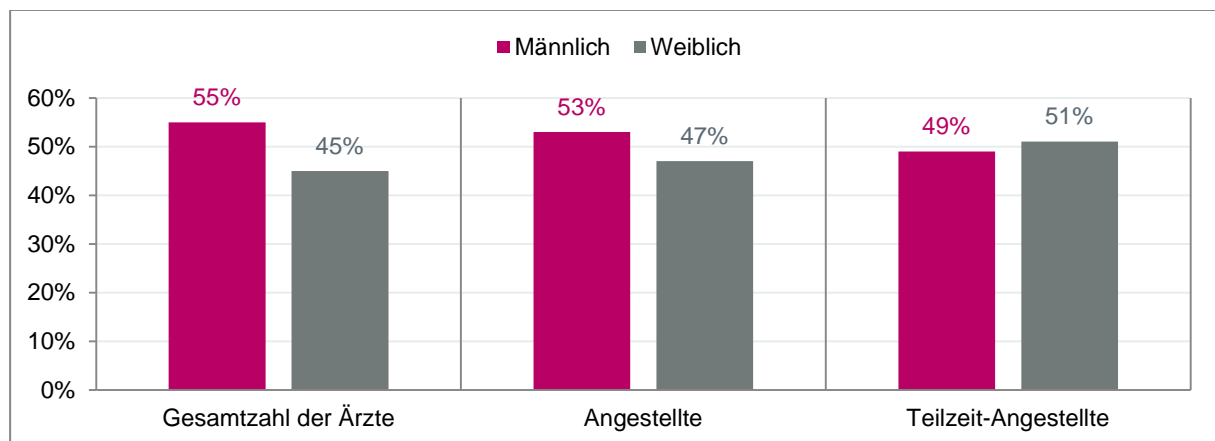
⁴ Für das Jahr 2013 liegen Informationen zur Arbeitsgröße der MVZ nur von 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen vor.

2.2 MVZ allgemein

2.2.1 Geschlechterverteilung

Die Analyse zeigt, dass in den teilnehmenden MVZ 55% aller Ärzte männlich und 45% weiblich sind. Auch in Bezug auf die angestellten Ärzte stellen Männer mit 53% die Mehrheit dar. Unter den Angestellten in Teilzeit sind Männer und Frauen in nahezu gleichem Maße vertreten (Abbildung 8).

Abbildung 8: Geschlechterverhältnis nach Art der Beschäftigung
(n=324 MVZ mit 3.252 Ärzten)



2.2.2 Kooperationsintensität der MVZ

Die am Survey teilnehmenden MVZ geben an, dass die Kooperationshäufigkeit mit zahlreichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Vergleich zu den Erhebungen 2008 und 2011 zugenommen hat.⁵ Deutliche Veränderungen sind dazu bei der Kooperation der MVZ mit anderen niedergelassenen Ärzten (+7,6 Prozentpunkte) und Pflegeheimen (+6) festzustellen. Etwas geringer ist die Kooperation mit Sanitätshäusern (+3,6), Apotheken (+3), Psychotherapeuten (+2,3) sowie Krankenhäusern (+1,9) gestiegen.

Abgenommen hat hingegen nach Angaben der Teilnehmer die Zusammenarbeit mit Heilberufen wie z.B. Ergotherapeuten oder Logopäden sowie in stärkerem Ausmaß mit Rehabilitationseinrichtungen und Sozialdiensten (Abbildungen 9 und 10).

⁵ Im MVZ-Survey 2008 wurde die Frage gestellt, ob eine Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens stattfindet. Im Jahr 2011 wurde ermittelt, wie häufig eine Kooperation erfolgt. Zur Vergleichbarkeit wurden für die Jahre 2011 und 2016 die Antwortvorgaben „häufige“ und „sehr häufige Kooperation“ berücksichtigt.

Abbildung 9: Kooperation mit anderen Leistungserbringern in den Umfragen 2008, 2011 und 2014
(MVZ-Survey 2008: n=286; MVZ-Survey 2011: n=414; MVZ-Survey 2014: n=339)

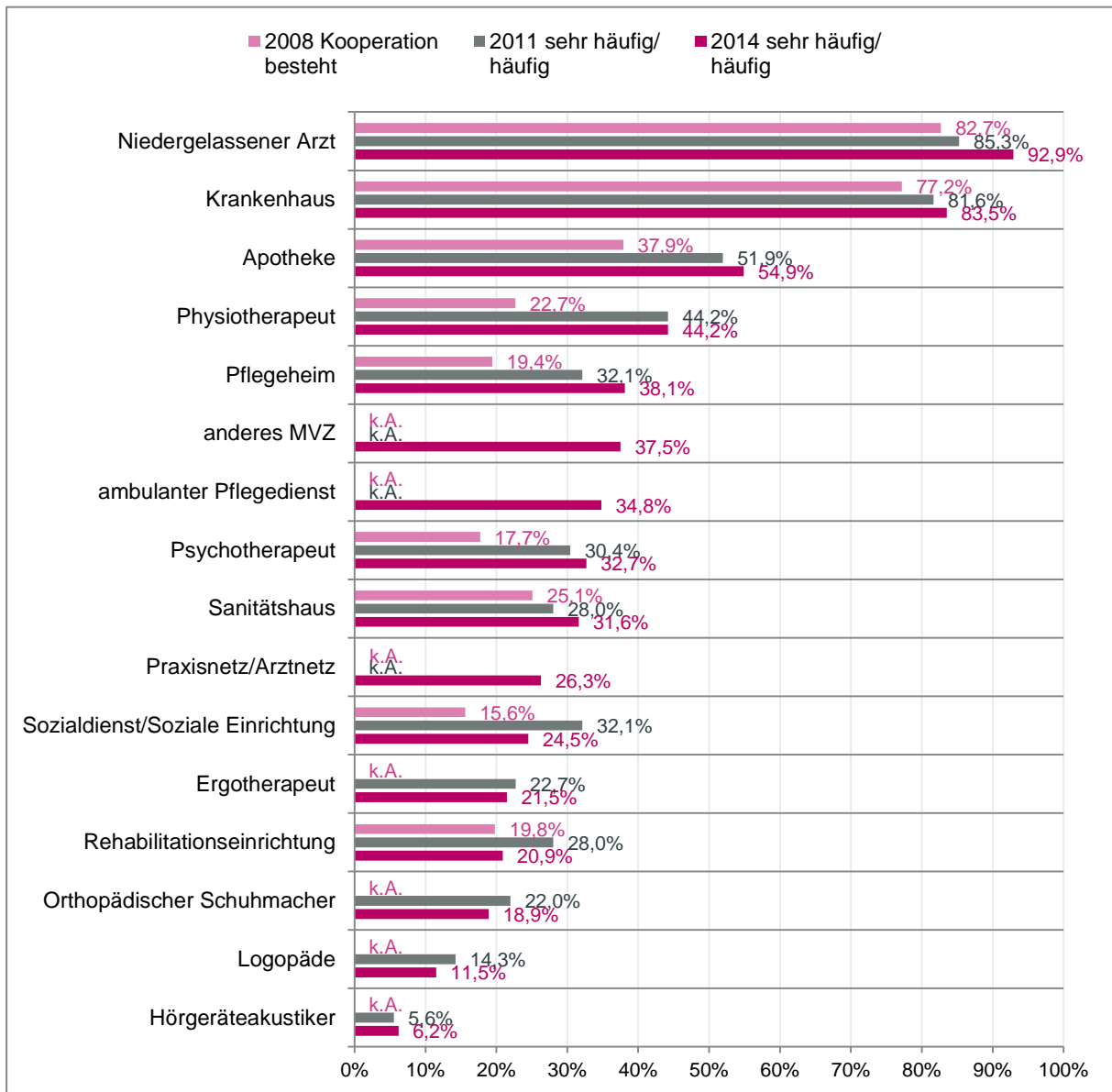
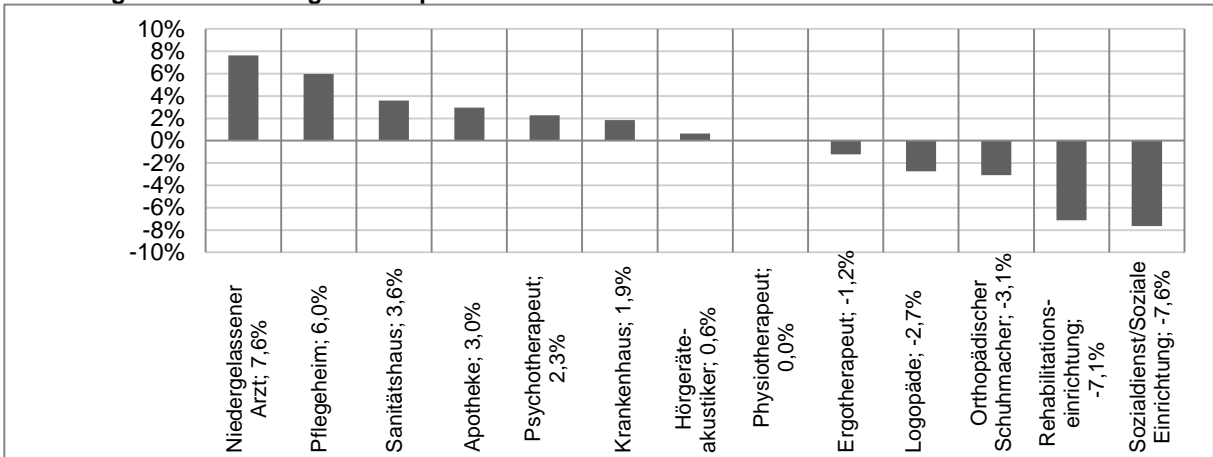


Abbildung 10: Veränderung der Kooperationsintensität 2014 zu 2011



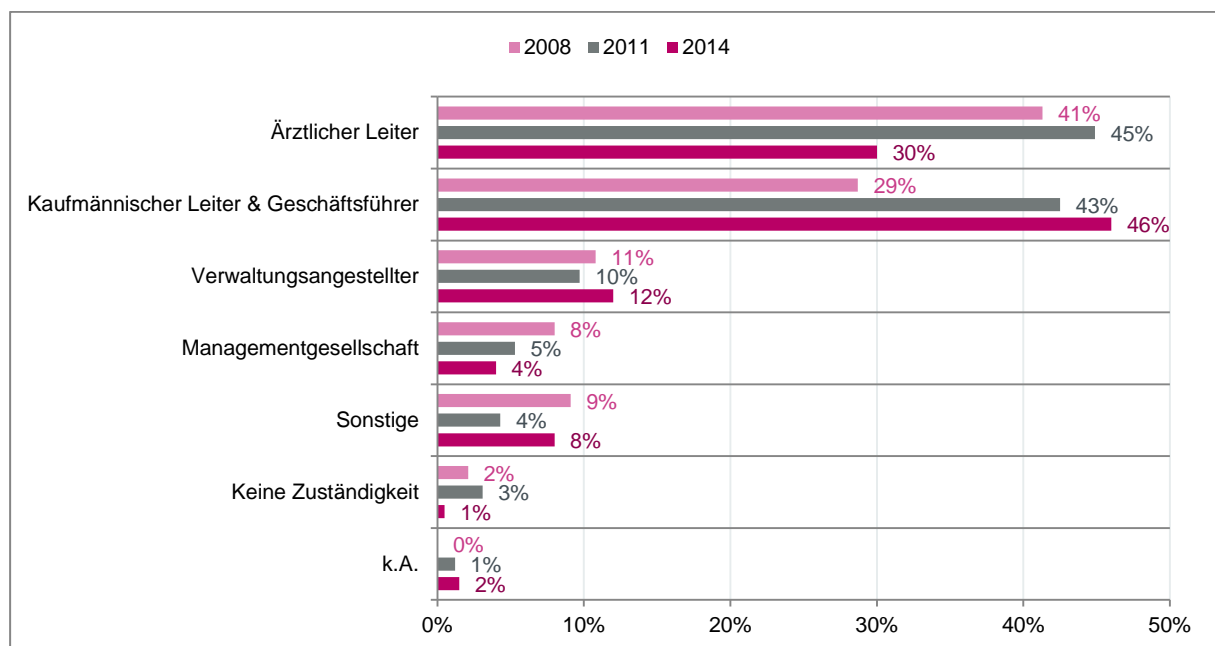
2.2.3 Betriebswirtschaftliche Situation

Wie schon in den Vorjahren hat auch der Survey im Jahr 2014 explizit die aktuelle wirtschaftliche Situation der MVZ erfasst. Dabei zeigt sich, dass unter den teilnehmenden MVZ deutlich seltener als 2008 und 2011 der ärztliche Leiter auch für die betriebswirtschaftliche Organisation zuständig ist. Dagegen wird diese Funktion zunehmend von anderem kaufmännisch geschulten Personal übernommen: So wird in der Tendenz deutlich, dass seit 2008 häufiger kaufmännische Leiter bzw. Geschäftsführer für die betriebswirtschaftliche Organisation von MVZ verantwortlich (42,5%) sind. Auch werden mehr MVZ als in den Vorjahren betriebswirtschaftlich von Verwaltungsangestellten geführt (Abbildung 11).

Der Anteil von zuständigen Managementgesellschaften hat im Vergleich zum Jahr 2011 abgenommen und beträgt nur noch die Hälfte des Wertes von 2008. Nur in Ausnahmefällen gibt es keine für die betriebswirtschaftliche Leitung zuständige Person.

Abbildung 11: Betriebswirtschaftliche Leitung der MVZ

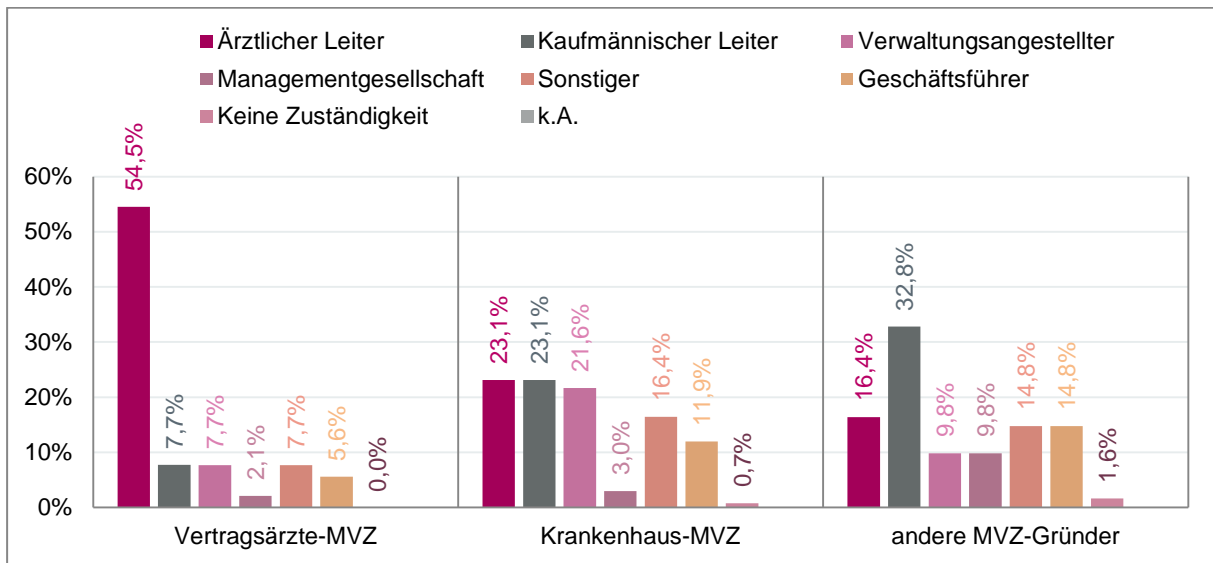
(MVZ-Survey 2008: n=286; MVZ-Survey 2011: n=414, MVZ-Survey 2014: n=339)



Eine Betrachtung nach Trägern ergibt, dass in Vertragsarzt-MVZ der ärztliche Leiter besonders häufig auch die betriebswirtschaftliche Leitung innehat. Bei Krankenhaus-MVZ wird diese Funktion in gleichem Maße von dem ärztlichen Leiter, einem kaufmännischen Leiter bzw. Geschäftsführer oder einem Verwaltungsangestellten erfüllt (Abbildung 12).

Abbildung 12: Betriebswirtschaftliche Leitung der MVZ

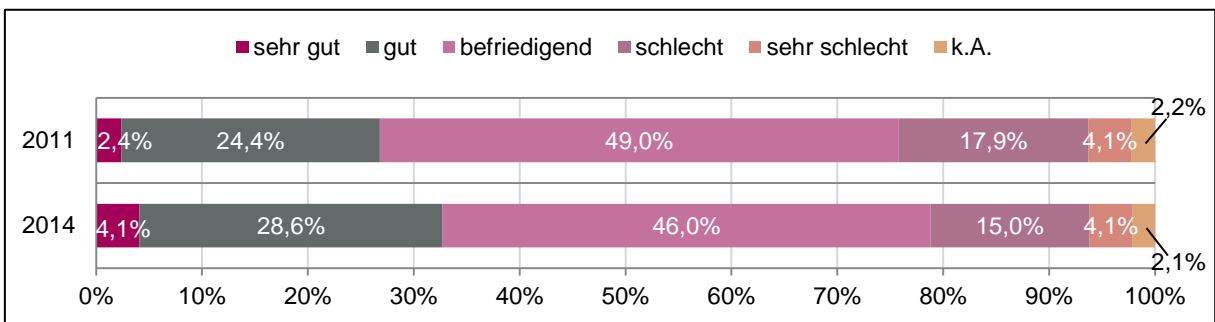
(Krankenhaus-MVZ: n=134; Vertragsärzte-MVZ: n=143; andere MVZ-Gründer: n=61)



Ihre aktuelle wirtschaftliche Situation schätzen die am Survey teilnehmenden MVZ im Jahr 2014 etwas besser als im Jahr 2011 ein. Annähernd jedes fünfte MVZ gibt jedoch eine schlechte bzw. sehr schlechte Geschäftslage an, knapp die Hälfte beurteilt sie als befriedigend (Abbildung 13).

Abbildung 13: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage

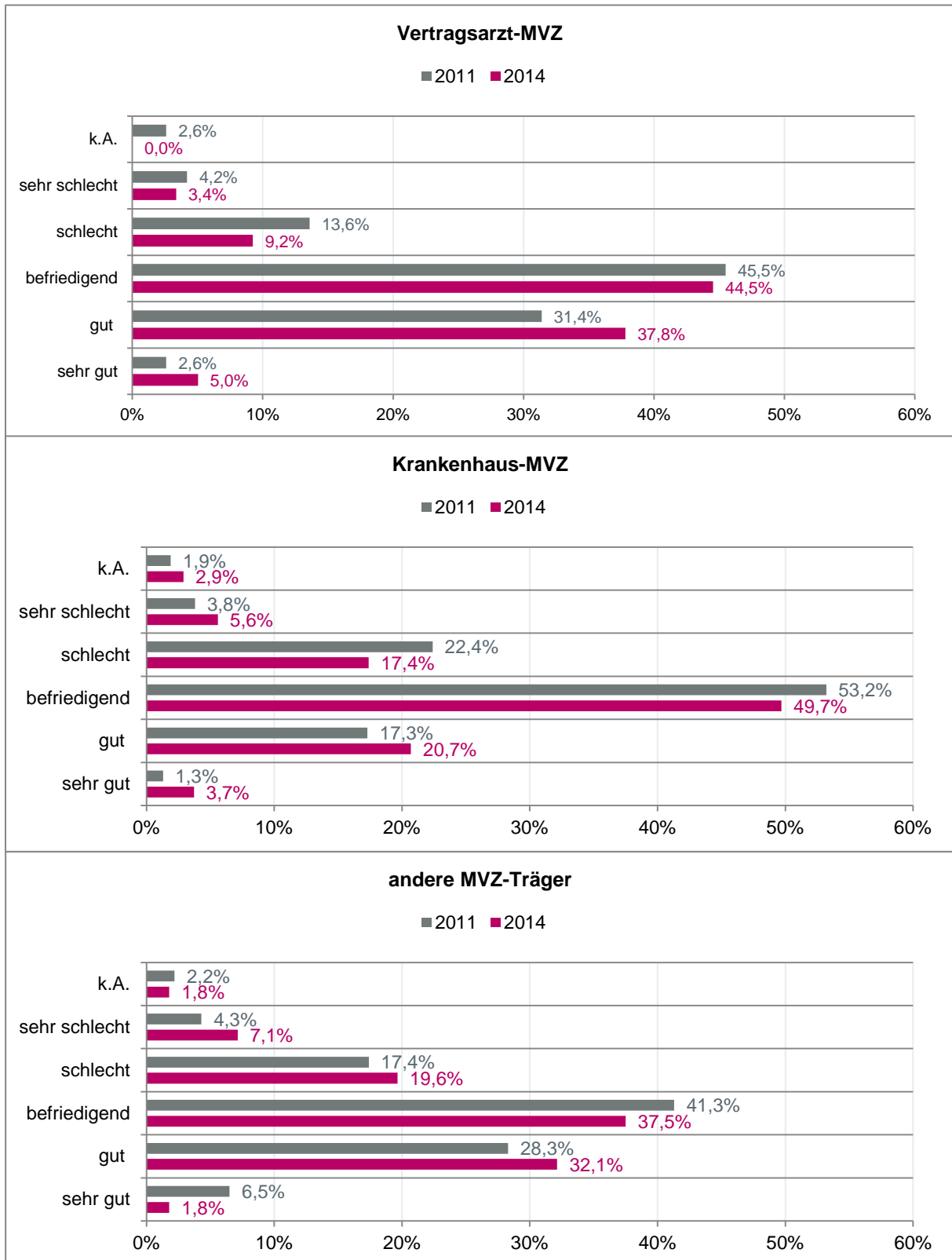
(2011: n=414; 2014: n=339)



Bei einer Differenzierung nach Trägern zeigen die Daten, dass die teilnehmenden Krankenhaus-MVZ ihre Geschäftslage deutlich seltener als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilen als Vertragsarzt-MVZ oder MVZ mit anderen Gründern, dafür häufiger mit befriedigender Bewertung. Insgesamt beurteilen MVZ, die von Vertragsärzten gegründet wurden, ihre wirtschaftliche Lage im Vergleich am häufigsten mit „sehr gut“ und „gut“ (Abbildung 14).

Die Ergebnisse weisen für Vertragsarzt- und Krankenhaus-MVZ auch über den Zeitverlauf ähnliche Tendenzen auf: Schlechte und befriedigende Geschäftslagen haben abgenommen, gute und sehr gute sind jeweils etwas gestiegen – wenngleich von unterschiedlichen Ausgangswerten und in unterschiedlichem Ausmaß. Bei der Gruppe der anderen MVZ-Gründer sind die Zunahme der sehr schlechten und schlechten Beurteilungen sowie Abnahme der sehr guten Ergebnisse zu beobachten.

Abbildung 14: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage nach Träger 2014 im Vergleich zu 2011
 (2014: Vertragsarzt-MVZ: n=119; Krankenhaus-MVZ: n=161; andere MVZ-Träger: n=56;
 2011: Vertragsarzt-MVZ: n=191; Krankenhaus-MVZ: n=156; andere MVZ-Träger: n=46)

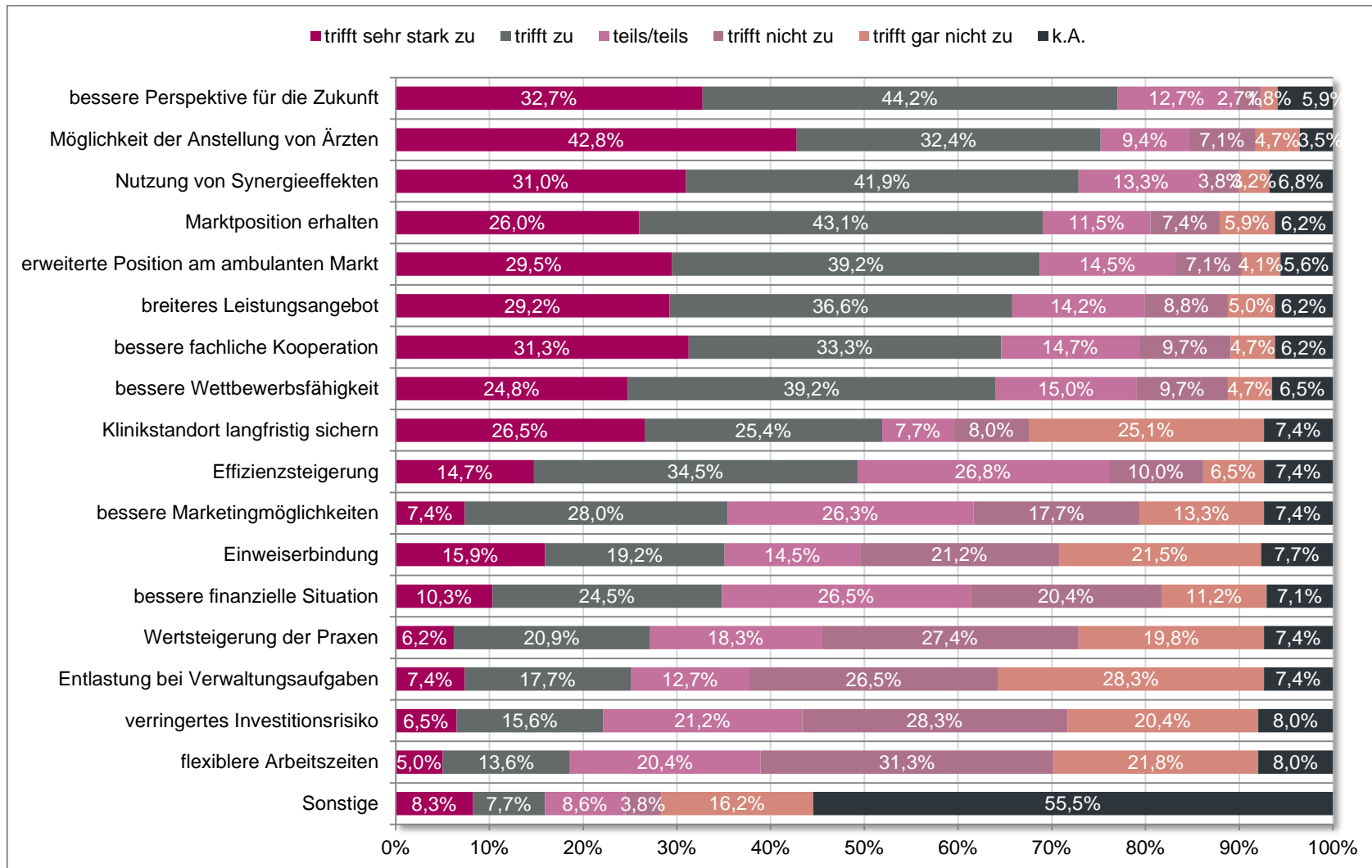


2.2.4 Gründungsmotivation

Im Survey des Jahres 2014 wurde wie bereits 2005 nach den zentralen Gründen gefragt, die zum Aufbau des MVZ geführt haben. Am häufigsten werden dabei die Motive *bessere Perspektive für die Zukunft*, *Möglichkeit der Anstellung von Ärzten* sowie *Nutzung von Synergieeffekten* genannt.

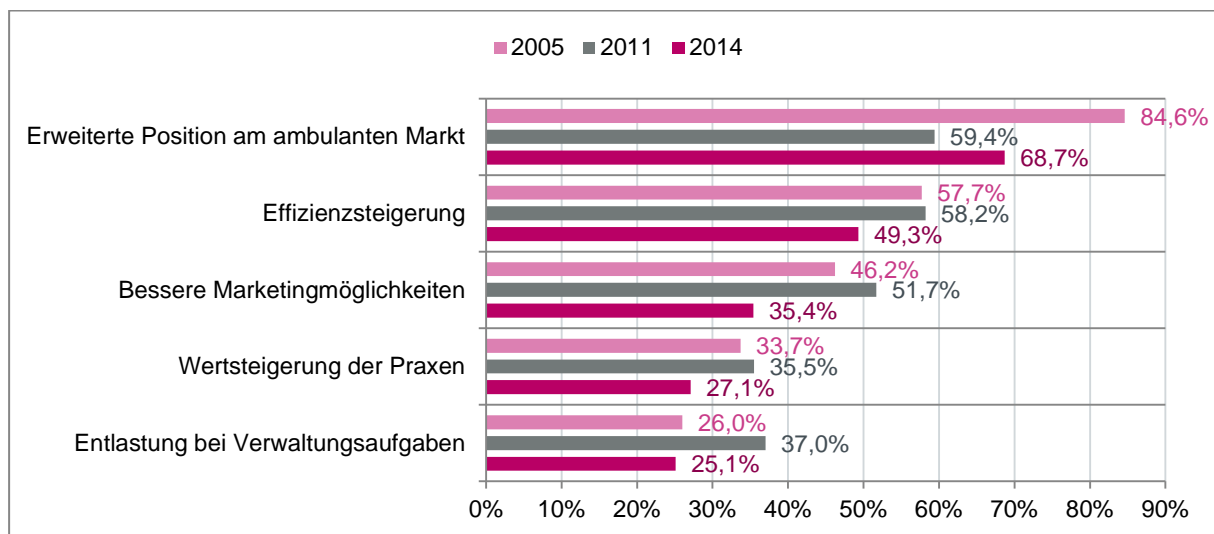
Hingegen werden die Aspekte *Entlastung von Verwaltungsaufgaben*, *verringertes Investitionsrisiko* sowie *flexiblere Arbeitszeiten* von den wenigsten Umfrageteilnehmern als ursprüngliche Motivation zur Gründung ihres MVZ angeführt. Insgesamt zeigen die Antworten, dass Aspekte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit sowie im finanziellen Bereich die Survey-Teilnehmer zur Gründung der MVZ motiviert haben (Abbildung 15).

Abbildung 15: Gründungsmotivation 2014
(n=339)



Eine Betrachtung der meistgenannten Motive zur MVZ-Neugründung aus dem Jahr 2005 verdeutlicht in Abbildung 16, dass diese allesamt an Relevanz verloren haben. Sie rangieren knapp ein Jahrzehnt später nur noch im Mittelfeld der wichtigsten Beweggründe (Abbildung 15). Es ist hier zwar auf die leicht abgewandelte Formulierung der Fragestellung im Survey 2011 hinzuweisen - damals wurden die Leiter der MVZ befragt, welche Aspekte sie gegenüber Kollegen als Argumente für eine MVZ-Neugründung anbringen würden. Da die damaligen Antworten prinzipiell die Erfahrungen mit der Verwaltung der MVZ wiedergaben, sind sie jedoch trotz abgewandelter Fragestellung mit den Ergebnissen von 2014 und 2005 vergleichbar.

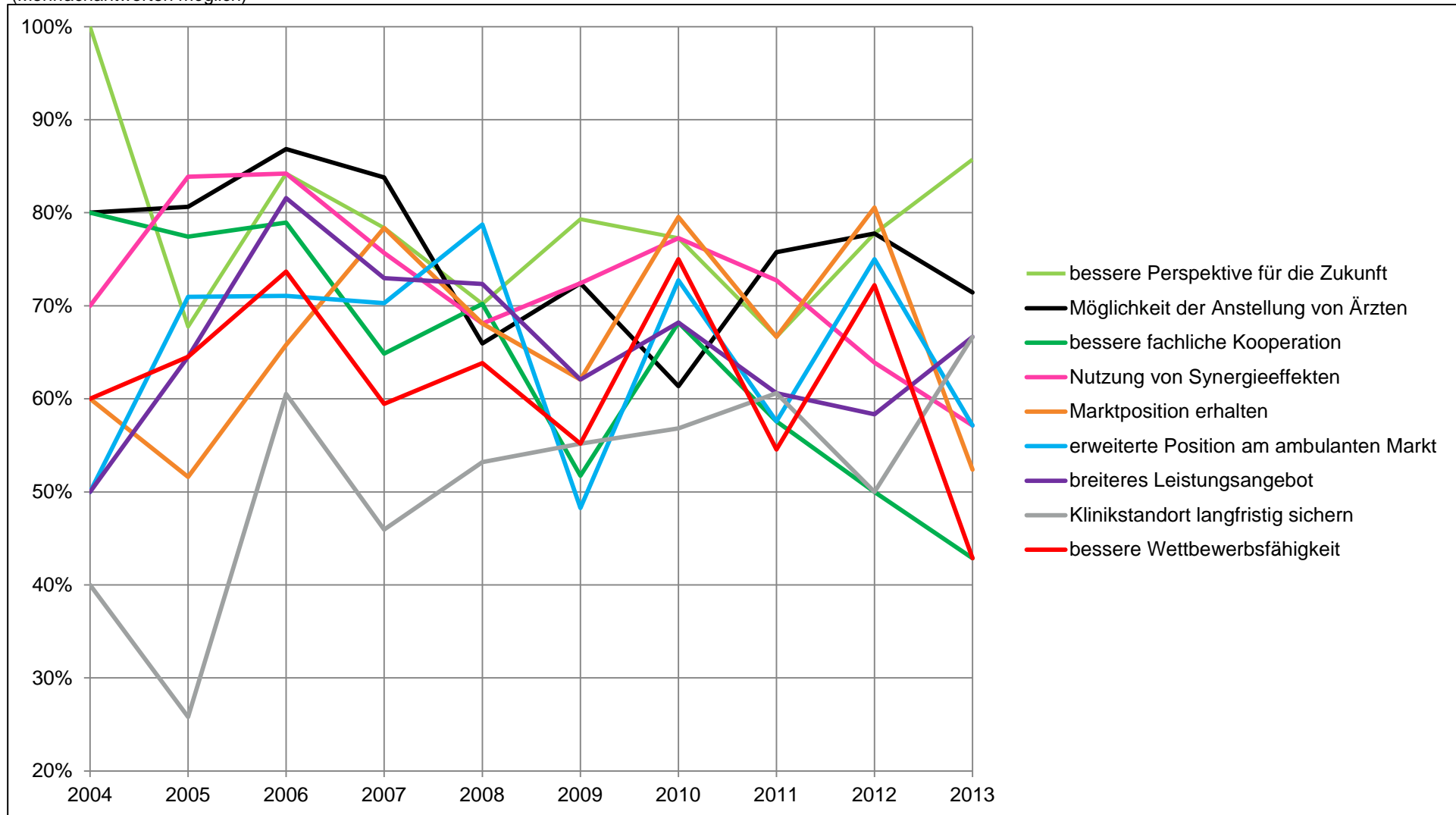
Abbildung 16: Vergleich der Angaben zur Gründungsmotivation (MVZ-Survey 2005, 2011, 2014)
(MVZ-Survey 2005: n=104; MVZ-Survey 2011: n=414; MVZ-Survey 2014: n=339)



Die Abbildung 17 stellt die vordergründigen Motive für die Gründung eines MVZ nach Gründungsjahren der MVZ im Zeitverlauf dar. Diese zeigt, dass vor allem die Argumente *bessere Perspektive für die Zukunft* und *Möglichkeit der Anstellung von Ärzten* für MVZ in allen Gründungsjahren im Zeitraum von 2004 bis 2013 bedeutend waren. In der Gesamtbeurteilung der wichtigsten Motive spielte die bessere fachliche Kooperation für die im Jahr 2004 neugegründeten MVZ zunächst eine bedeutende Rolle; für Neugründungen in darauffolgenden Jahren verlor sie jedoch stetig an Relevanz.

Abbildung 17: Vergleich der Motivation über die Gründungsjahre 2004 bis 2013, Angaben der teilnehmenden MVZ je nach Gründungsjahr

(n für 2004: 10; n für 2005: 31; n für 2006: 38; n für 2007: 37; n für 2008: 47; n für 2009: 29; n für 2010: 44; n für 2011: 33; n für 2012: 36; n für 2013: 21)
(Mehrfachantworten möglich)



Im vierten MVZ-Survey zeigen die Daten zur Gründungsmotivation nach Trägern, dass vor allem für Krankenhaus-MVZ neben der Einweiserbindung die langfristige Sicherung des Klinikstandortes eine wesentliche Rolle bei der Motivation zur Gründung des MVZ spielt (Abbildungen 18 und 19).

Abbildung 18: Einweiserbindung nach Träger
(Vertragsärzte: n=119; Krankenhaus: n=161; andere: n=53)

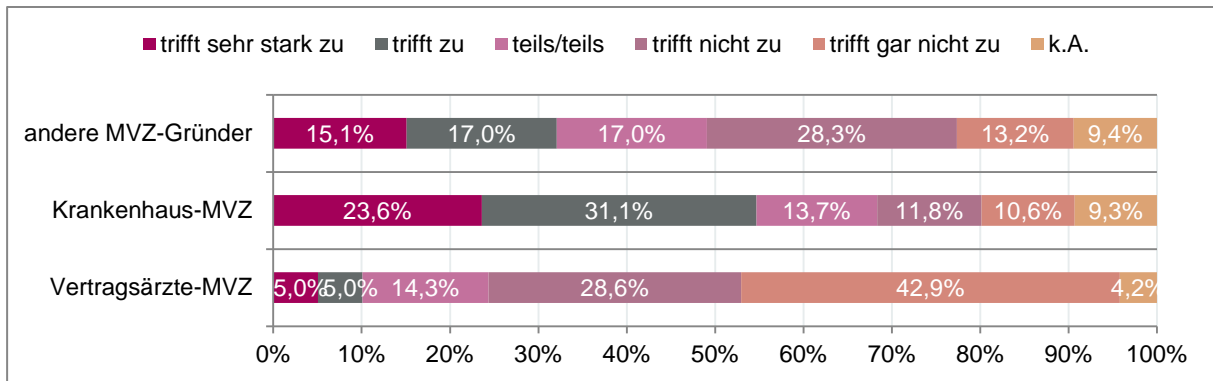
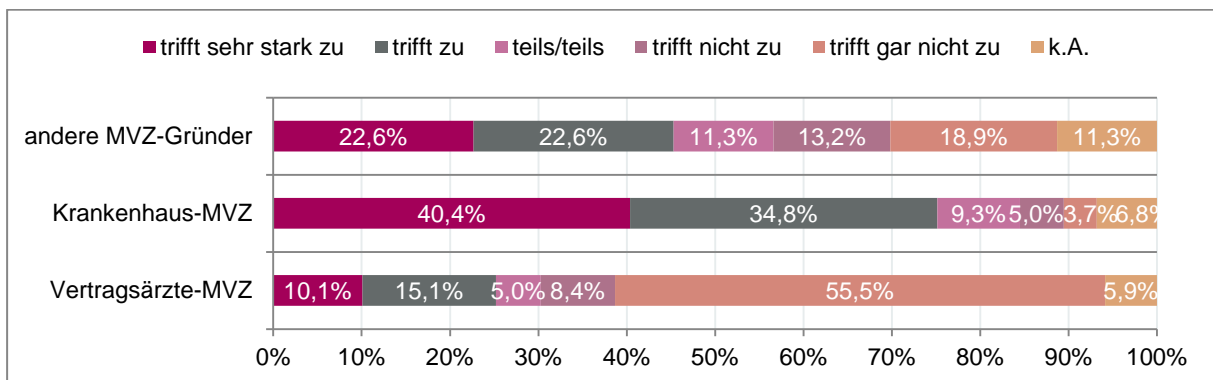


Abbildung 19: Klinikstandort langfristig sichern nach Träger
(Vertragsärzte: n=119; Krankenhaus: n=161; andere: n=53)



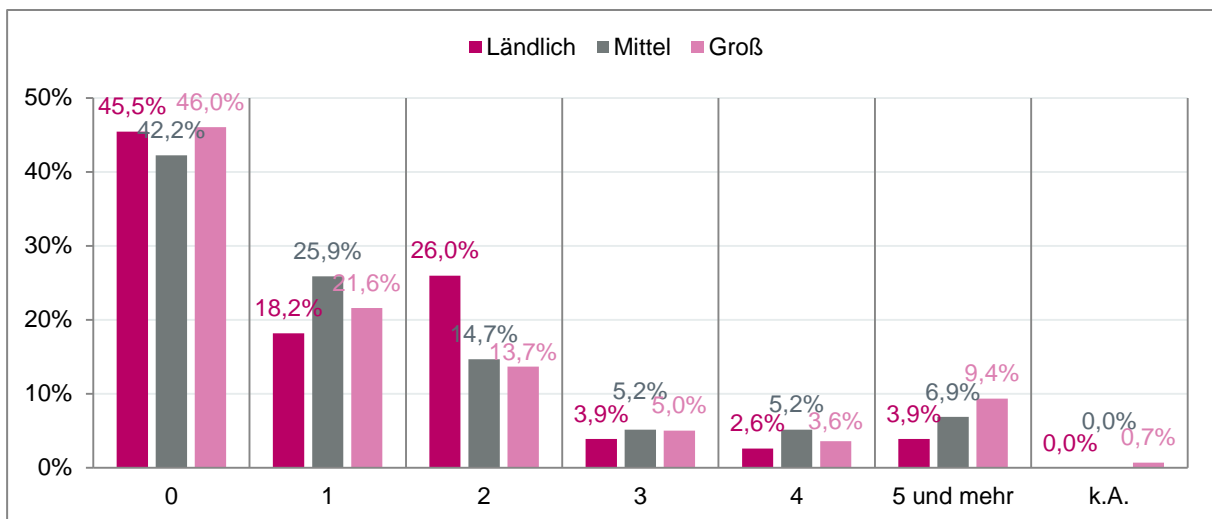
2.3 Medizinische Versorgungszentren in verschiedenen Regionen

Das folgende zweite Kapitel analysiert die MVZ nach der Größe der Gemeinde, in der sich der Hauptstandort des jeweiligen MVZ befindet. Analog zu Teil 2.2 werden dabei Aspekte der Versorgung, Kooperation, betriebswirtschaftlichen Situation und Gründungsmotivation sowie Herausforderungen aus Perspektive der teilnehmenden MVZ beschrieben.

2.3.1 Anzahl der Zweigpraxen

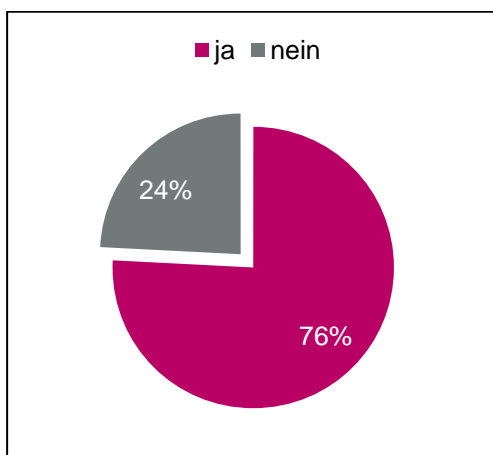
Die Ergebnisse zur Anzahl der Zweigpraxen verdeutlichen, dass knapp über die Hälfte der MVZ an mehr als einem Standort tätig ist (Abbildung 20). Im Jahr 2011 waren es noch über zwei Drittel. Die Möglichkeit, eine Zweigstelle zu betreiben, wird am häufigsten von MVZ in Ober-/Mittelzentren wahrgenommen, die mit zwei am meisten von MVZ in ländlichen Regionen. Der Anteil mit fünf oder mehr Zweigstellen ist, verglichen mit MVZ in Ober-/Mittelzentren und ländlichen Regionen, unter MVZ in Großstädten mit Abstand am höchsten. Ein eindeutiger Trend, dass mit der ländlichen Struktur auch mehr Zweigpraxen gegründet werden, ist nicht erkennbar.

Abbildung 20: Anzahl der Zweigstellen
(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)



2.3.2 Medizinische Schwerpunkte der MVZ

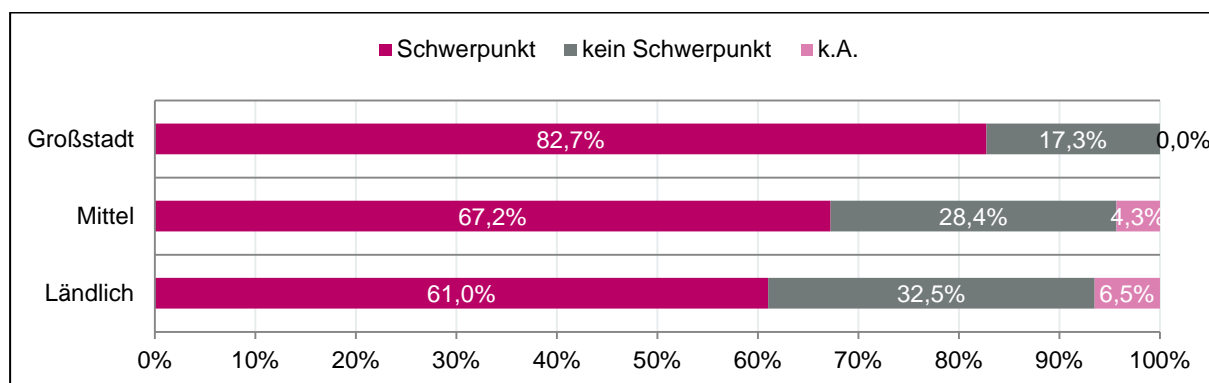
Abbildung 21: Schwerpunkt vorhanden
(n=339)



Knapp drei Viertel (76%) der teilnehmenden MVZ geben an, einen medizinischen Schwerpunkt zu besitzen (Abbildung 21). In Großstädten ist der Anteil dabei bedeutend höher als in MVZ in Ober-/Mittelzentren und ländlichen Regionen (Abbildung 22). Grund für diese Entwicklung könnte sein, dass sich MVZ außerhalb der Großstädte möglicherweise stärker auf eine wohnortnahe und weniger spezialisierte Versorgung konzentrieren.

Abbildung 22: Medizinische Schwerpunktbildung nach Gemeindegröße

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)



In Tabelle 1 lässt sich erkennen, dass die teilnehmenden MVZ ihren Schwerpunkt am häufigsten im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie/Allgemeinchirurgie sowie in der hausärztlichen Versorgung haben.

Tabelle 1: Medizinische Schwerpunkte

<i>Medizinischer Schwerpunkt im Bereich:</i>	<i>Anzahl der MVZ</i>
Orthopädie/Unfallchirurgie/Allgemeinchirurgie	39
Hausärztliche Versorgung	32
Chirurgie	31
Gastroenterologie	27
Kardiologie	27
Psychiatrie und Psychotherapie	27
Hämatologie/Onkologie	24
Radiologie	24
Laboratoriumsmedizin	23
Neurologie	21
Strahlentherapie	20

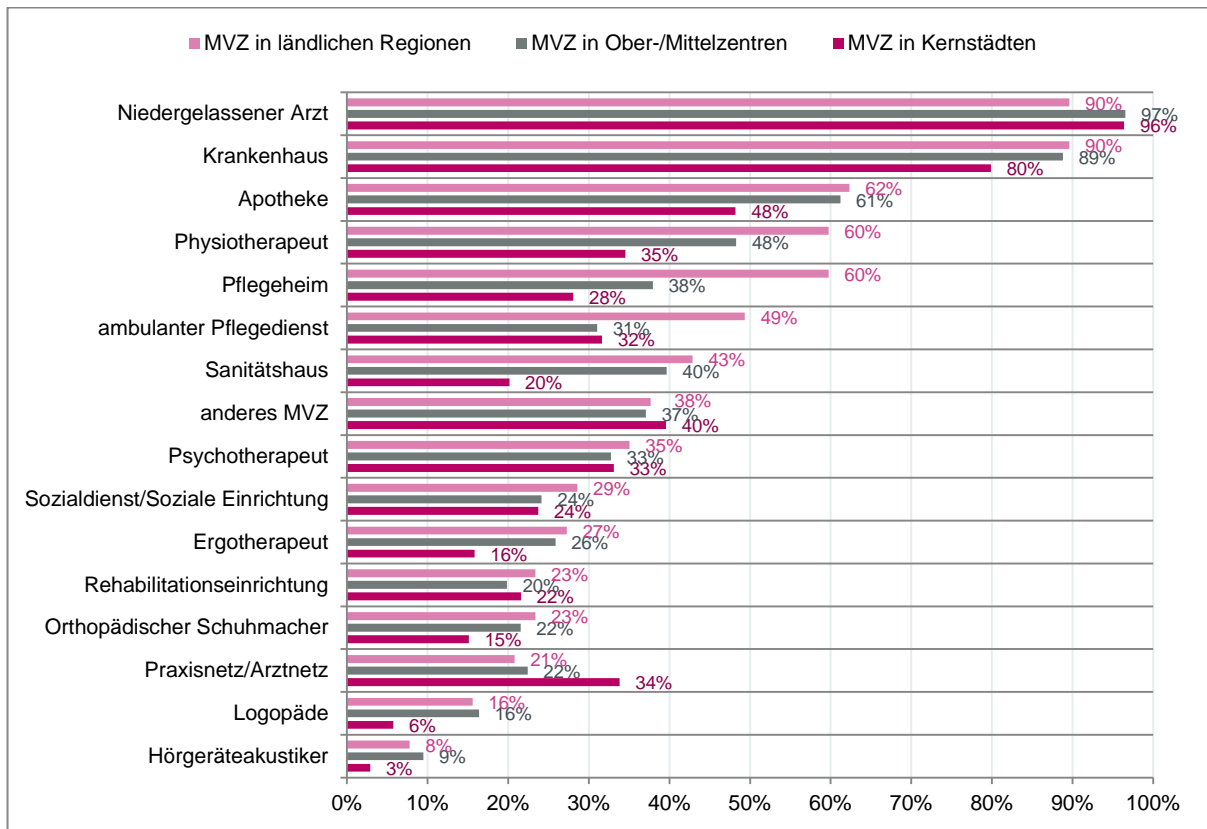
2.3.3 Versorgung und Kooperation

Wie schon in vorherigen MVZ-Surveys und analog zu Kapitel 2.2.2 sollen auch die aktuellen Antworten zur Kooperationshäufigkeit⁶ der MVZ mit verschiedenen Leistungserbringern nach Gemeindegröße differenziert betrachtet werden.

Die Resultate verdeutlichen, dass die Kooperationsintensität mit anderen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern mit großem Abstand am stärksten ausgeprägt ist. Insgesamt kooperieren die MVZ in ländlichen Gebieten am häufigsten, möglicherweise da dort aufgrund der strukturellen und demographischen Gegebenheiten Kooperationen eine höhere Notwendigkeit besitzen als in urbaneren Regionen. Die verhältnismäßig größten Differenzen in der Kooperationshäufigkeit zwischen MVZ in ländlichen und städtischen Regionen bestehen mit Pflegeheimen, Sanitätshäusern und Physiotherapeuten (Abbildung 23).

⁶ Die Kooperationshäufigkeit wurde durch Aggregation der Antwortvorgaben „häufig“ und „sehr häufig“ ermittelt.

Abbildung 23: Kooperationshäufigkeit nach Gemeindegröße 2014
 (Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)

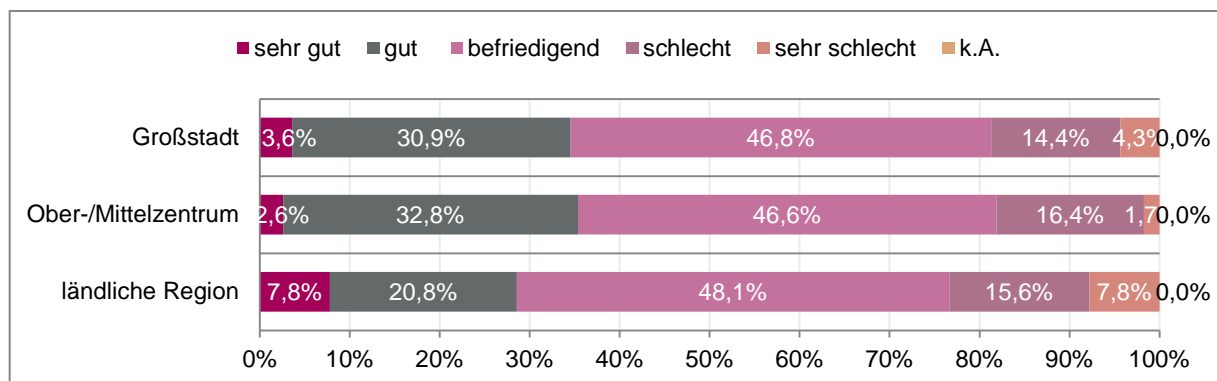


2.3.4 Betriebswirtschaftliche Situation

Auch in der Beurteilung der aktuellen Geschäftslage bestehen abhängig von der Gemeindegröße Unterschiede zwischen den MVZ.

So geben die teilnehmenden MVZ in ländlichen Regionen mehr als doppelt so häufig wie MVZ in Städten eine sehr gute wirtschaftliche Lage an, gleichzeitig aber auch häufiger eine sehr schlechte. Unter den MVZ mit einer guten wirtschaftlichen Situation sind die wenigsten in ländlichen Regionen und die meisten in Ober-/Mittelzentren zu finden, unter denen mit einer befriedigenden Lage verhält es sich gegenteilig (Abbildung 24).

Abbildung 24: Wirtschaftliche Lage nach Gemeindegröße 2014
 (Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)

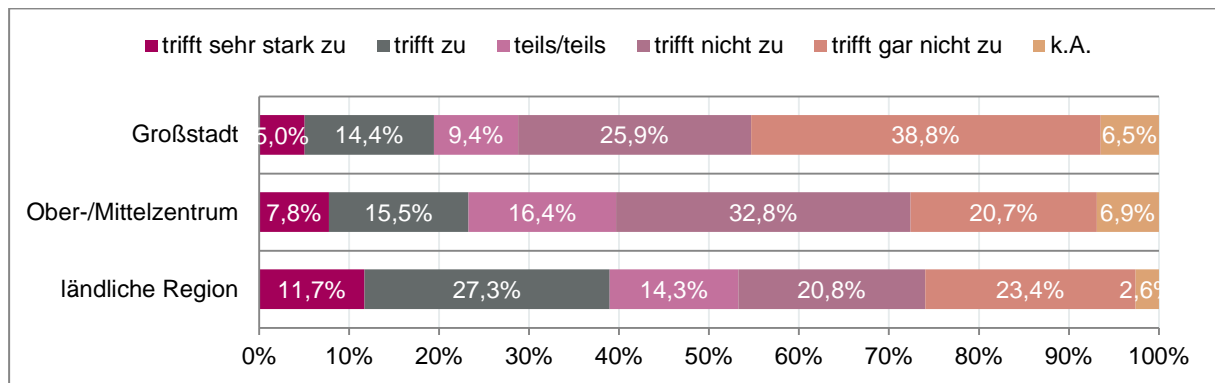


2.3.5 Gründungsmotivation

Die Motive für die Neugründung eines MVZ variieren abhängig von der Größe der Gemeinde, in der sich das jeweilige MVZ befindet. In der Untersuchung 2014 wurde deutlich, dass die Entlastung von Verwaltungsaufgaben bei 39 Prozent der MVZ in ländlichen Regionen eine größere Rolle bei der Gründung gespielt hat. Dagegen gilt dies nur für ca. ein Fünftel der MVZ in Großstädten und für knapp ein Viertel der MVZ in Ober-/Mittelzentren (Abbildung 25).

Abbildung 25: Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund einer MVZ-Neugründung 2014

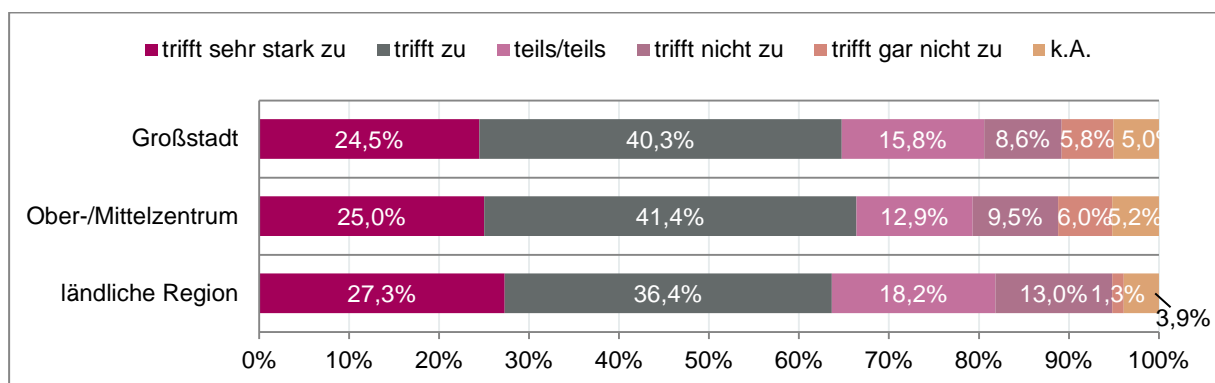
(Großstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Regionen: n=54)



Der Anteil der befragten MVZ, der eine bessere Wettbewerbsfähigkeit im Vergleich zur Einzelpraxis als Gründungsmotivation für das MVZ angibt, ist zwischen den verschiedenen Gemeindegrößen hingegen nahezu identisch (Abbildung 26).

Abbildung 26: Bessere Wettbewerbsfähigkeit als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße

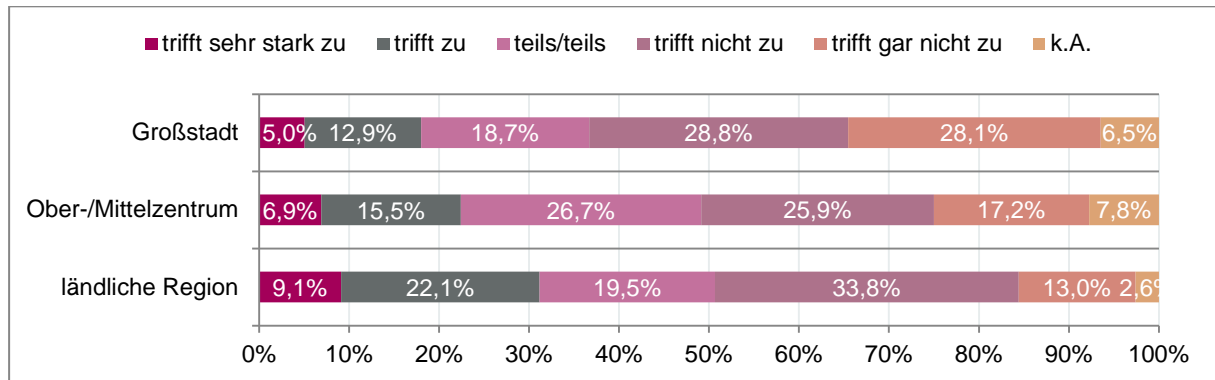
(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)



Die Verringerung des Investitionsrisikos gibt ca. ein Fünftel der MVZ in Großstädten als Motiv der MVZ-Gründung an. In Ober-/Mittelzentren sowie ländlichen Regionen ist dieser Wert jeweils höher (Abbildung 27).

Abbildung 27: Verringerung des Investitionsrisikos als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)



Auch bei den Motiven „Einweiserbindung“ und „Klinikstandort langfristig sichern“ zeigen sich ähnliche Tendenzen: Die Teilnehmer der MVZ in ländlichen Regionen sowie in Ober-/Mittelzentren geben diese jeweils wesentlich häufiger als MVZ in Großstädten als Motive für ihre ursprüngliche MVZ-Gründung an. (Abbildungen 28 und 29).

Abbildung 28: Einweiserbindung als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)

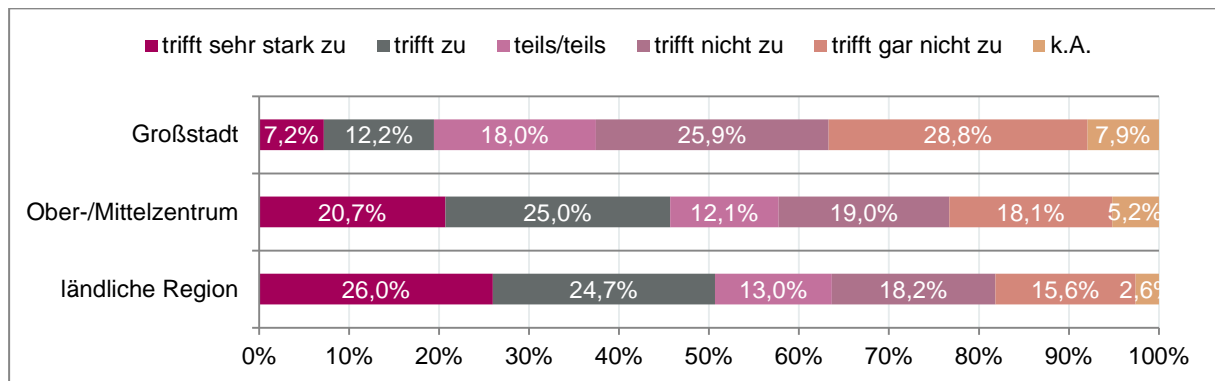
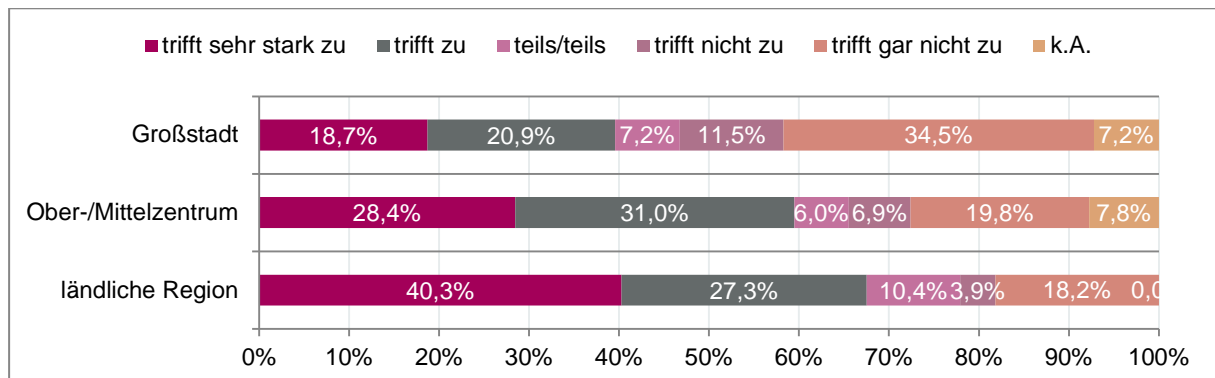


Abbildung 29: Klinikstandort langfristig sichern als Motivation zur Gründung eines MVZ nach Gemeindegröße

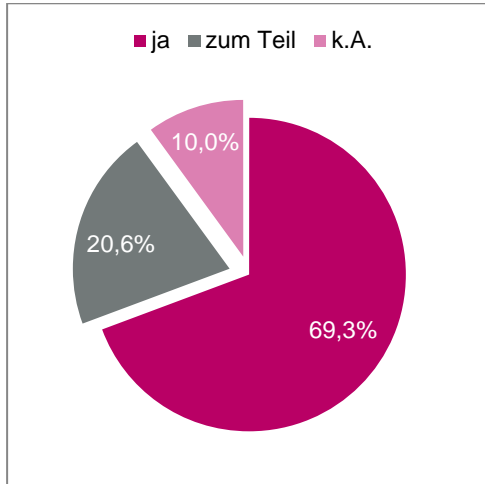
(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)



2.3.6 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Abbildung 30: Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Vorzug des MVZ

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)



Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und damit einem familienfreundlichen Umfeld, kommt in der Arbeitswelt stetig wachsende Bedeutung zu. Auch vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl von Medizinstudentinnen kommt diesem Aspekt zunehmende Aufmerksamkeit zu. Dies zeigt sich auch am Ergebnis zur Frage, ob die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein Vorzug des jeweiligen MVZ darstellt (Abbildung 30). Generell stimmen dieser Aussage sieben von zehn MVZ zu, bei MVZ in ländlichen Regionen wird dieser Aussage stärker zugestimmt als bei Teilnehmern aus anderen Regionen. Insgesamt

äußern sich nur wenige MVZ ablehnend.

Weitere wichtige Aspekte zur Gewinnung von qualifizierten Mitarbeitern für MVZ sind etwa Anreize, den Mitarbeitern regelmäßig freie Wochenenden zu ermöglichen sowie Hilfe bei der Kinderbetreuung zu organisieren. Mehr als 80% der MVZ in Großstädten und über drei Viertel in Ober- bzw. Mittelzentren und ländlichen Regionen bieten ihren Mitarbeitern nach eigenen Angaben regelmäßig freie Wochenenden (Abbildung 31). Hilfe bei der Organisation der Kinderbetreuung durch die MVZ wird hingegen in allen Gemeindegrößen deutlich seltener als Instrument zur Gewinnung von Mitarbeitern angeboten; in Großstädten dabei noch häufiger als in kleineren Gemeinden (Abbildung 32). Hier besteht weiteres Potential, um den sich ändernden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt gerecht zu werden und bei der Suche nach qualifiziertem Personal Anreize für Ärztinnen und Ärzte mit Familie zu setzen.

Abbildung 31: Instrument zur Mitarbeitergewinnung: regelmäßig freie Wochenenden

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)

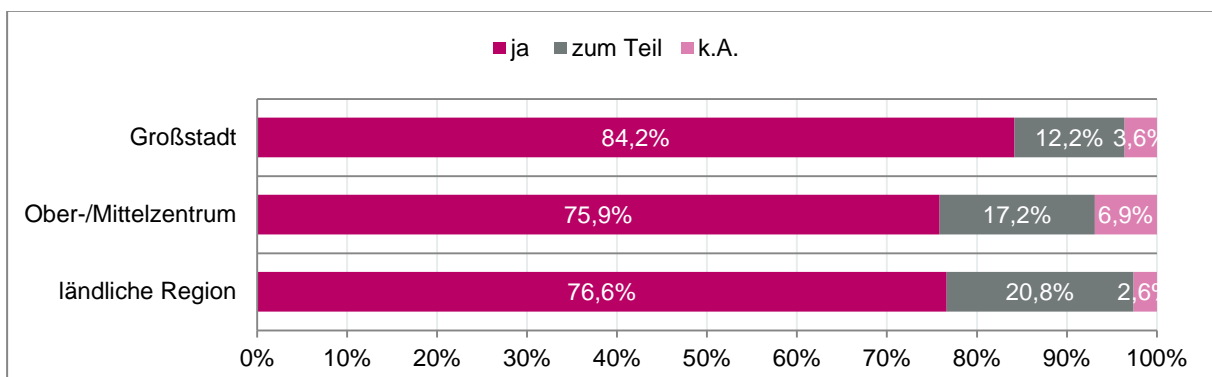
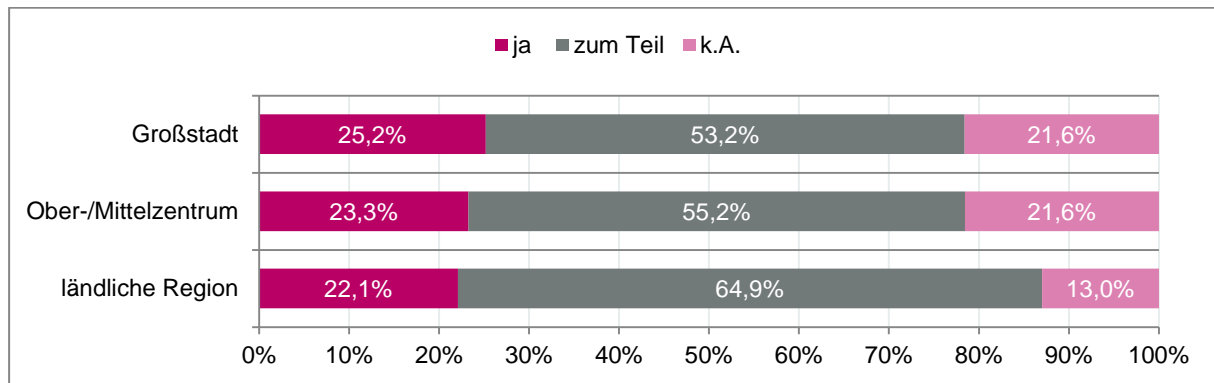


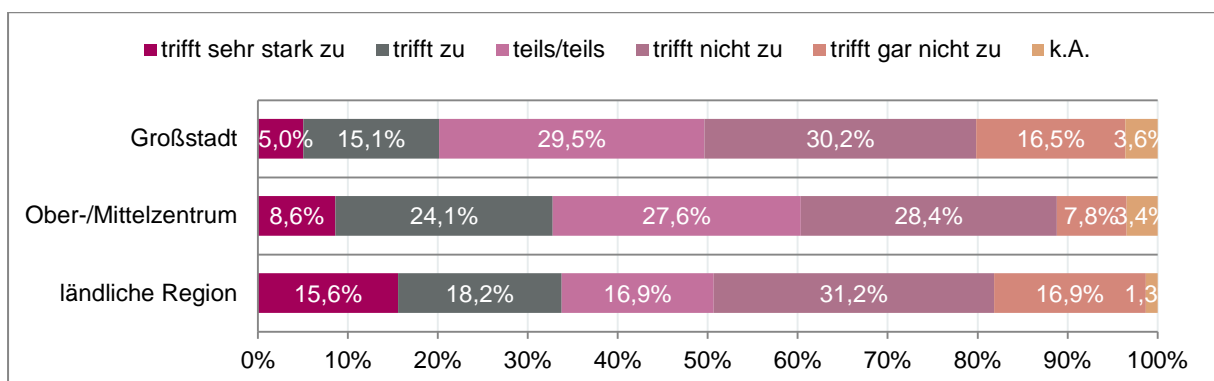
Abbildung 32: Instrument zur Mitarbeitergewinnung: Hilfe bei der Organisation der Kinderbetreuung
(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)



2.3.7 Herausforderungen

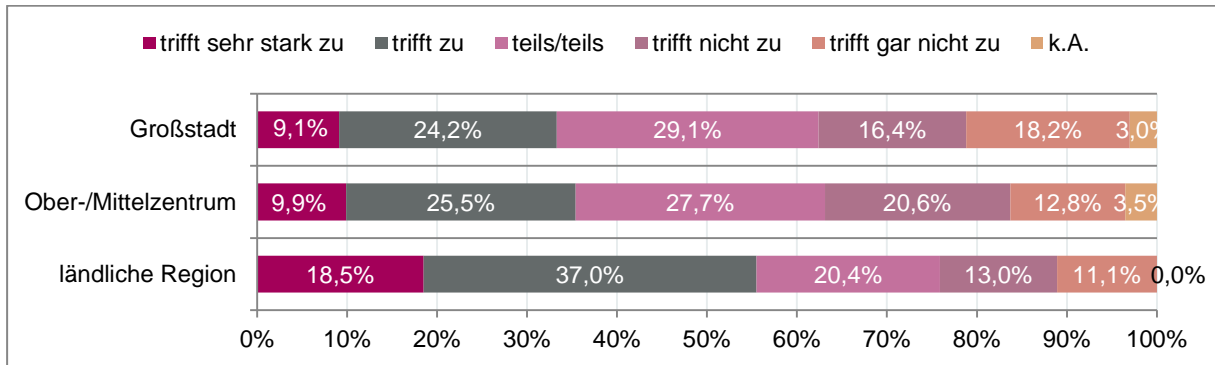
Die Ergebnisse des Surveys verdeutlichen, dass sich auch in den gegenwärtigen Herausforderungen die MVZ hinsichtlich der verschiedenen Gemeindegrößen unterscheiden. So betrachten MVZ in ländlichen Regionen die Versorgung einer hohen Anzahl älterer Patienten häufiger als Schwierigkeit als die in städtischen Regionen. Bemerkenswert ist, dass die Zahl der MVZ, die angeben, dass die Versorgung Älterer keine aktuelle Herausforderung darstellt, in allen Gemeindegrößen zugenommen hat (Abbildungen 33 und 34). Insgesamt ist es wahrscheinlich, dass die Daten der Umfrage wie auch schon 2011 die Effekte des demografischen Wandels veranschaulichen: Die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung in städtische Gebiete sowie geringe Geburtenraten bewirken einen höheren Anteil älterer Personen in ländlichen Regionen. Dieser wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen: Prognosen gehen von 33% der Bevölkerung Deutschlands aus, die 2060 über 65 Jahre alt sein werden.⁷

Abbildung 33: Aktuelle Herausforderungen durch die Versorgung einer hohen Zahl älterer Patienten 2014
(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)



⁷ Statistisches Bundesamt (2015): https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile

Abbildung 34: Aktuelle Herausforderungen durch die Versorgung einer hohen Zahl älterer Patienten 2011
 (Großstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Region: n=54)



Eine weitere Schwierigkeit für MVZ kann die Notwendigkeit vieler Hausbesuche sein. Eine hohe Zahl an Hausbesuchen erschwert die Organisation der regulären Praxisprechstunden. Im Vergleich zu der vorgenannten Anzahl älterer Patienten betrachten verhältnismäßig weniger MVZ dies tatsächlich als Herausforderung. Hausbesuche sind charakteristisches Merkmal der hausärztlichen Versorgung, die weit überwiegend durch Einzel- und Gemeinschaftspraxen sichergestellt wird und insofern kein Problem für die überwiegend spezialisiert arbeitenden MVZ darstellen. Ebenso ist auch in diesem Bereich die Zahl der MVZ, für die diese Schwierigkeit existiert, gegenüber 2011 insgesamt nur minimal bei MVZ in Ober- und Mittelzentren gestiegen. Die Besonderheiten der medizinischen Versorgung auf dem Land aufgrund der dortigen Bevölkerungsstruktur zeigen sich jedoch auch in diesen Ergebnissen (Abbildungen 35 und 36).

Abbildung 35: Aktuelle Herausforderungen durch eine hohe Zahl von Hausbesuchen 2014
 (Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)

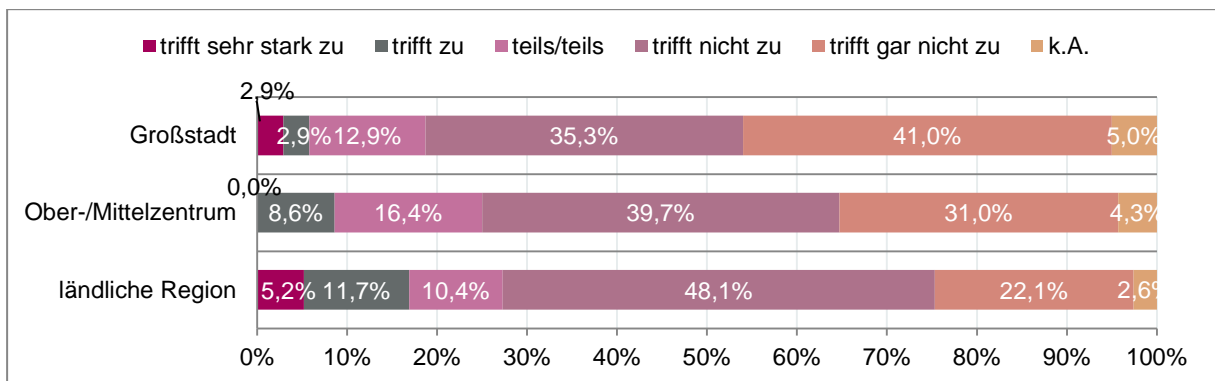
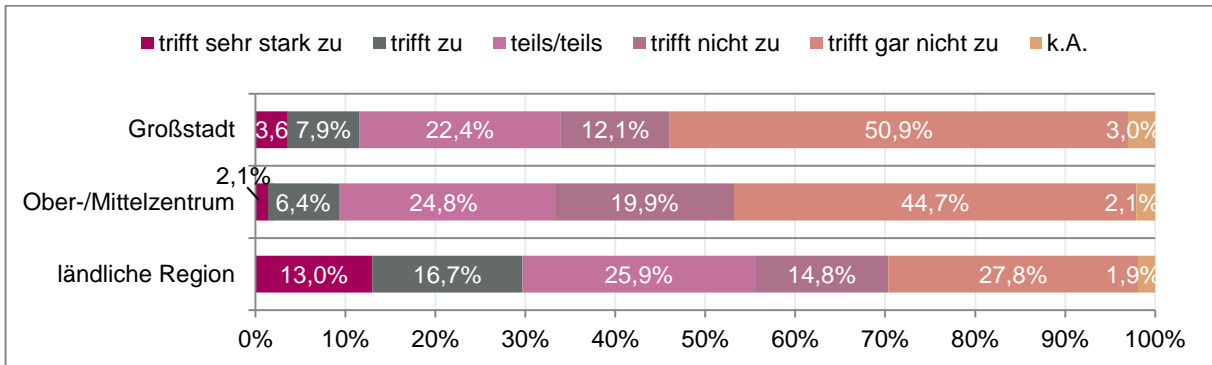


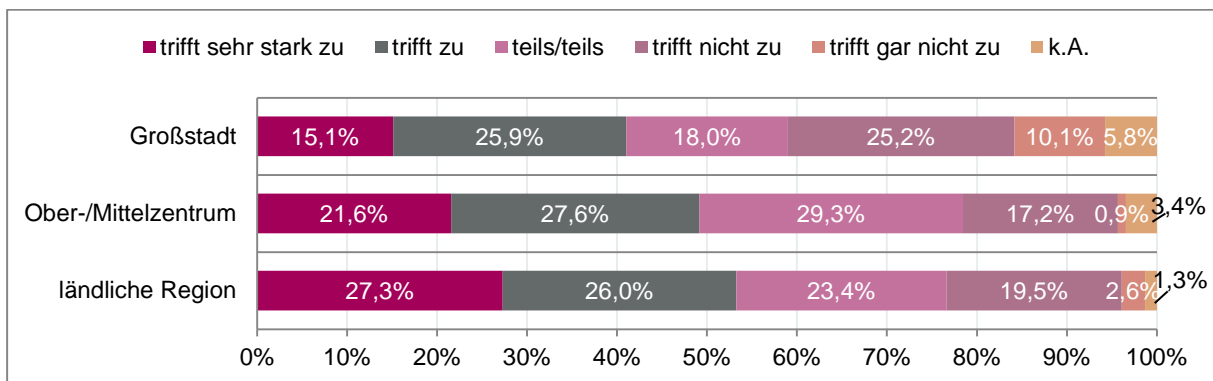
Abbildung 36: Aktuelle Herausforderungen durch eine hohe Zahl von Hausbesuchen 2011
 (Großstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Region: n=54)



Bei beiden Herausforderungen sind trotz der beschriebenen Probleme die zustimmenden Antwortanteile im Vergleich zu 2011 zurückgegangen. Eine realistische Betrachtung des demografischen Wandels lässt jedoch vermuten, dass dies nicht mit einer veränderten Versorgungslandschaft begründet werden kann. Stattdessen ist anzunehmen, dass sich zunehmend mehr MVZ dieser Herausforderungen angenommen und sich darauf eingestellt haben. Somit sind diese Schwierigkeiten möglicherweise mindestens im gleichen Ausmaß wie 2011 vorhanden, die MVZ haben jedoch zunehmend Lösungen dafür entwickelt.

MVZ in allen Regionen geben – allerdings mit unterschiedlicher Intensität – Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen an. In ländlichen Regionen trifft dies auf mehr als die Hälfte der MVZ zu (Abbildung 37).

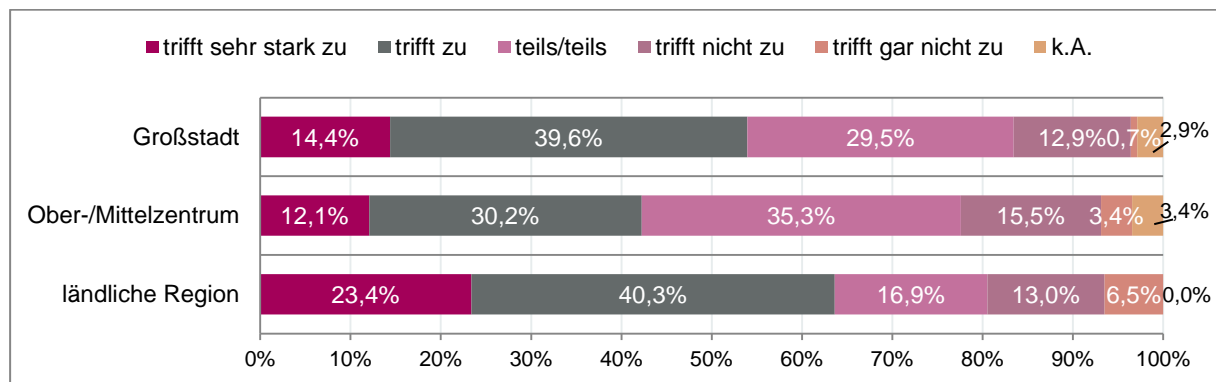
Abbildung 37: Aktuelle Schwierigkeiten durch Ärztemangel
 (Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Regionen: n=77)



Ebenso ist die Zustimmung zu der Aussage, dass Schwierigkeiten aufgrund laufender Kosten existieren, regional unterschiedlich ausgeprägt – in den ländlichen Regionen am stärksten. Ebenfalls mehr als die Hälfte aller MVZ in Großstädten sieht hier Probleme, MVZ in Ober- und Mittelzentren dagegen etwas weniger. Dies kann auf unterschiedliche Preisstrukturen zurückgeführt werden, etwa bei Mieten (Abbildung 38).

Abbildung 38: Aktuelle Schwierigkeiten: laufende Kosten

(Großstadt: n=139; Ober-/Mittelzentrum: n=116; ländliche Region: n=77)

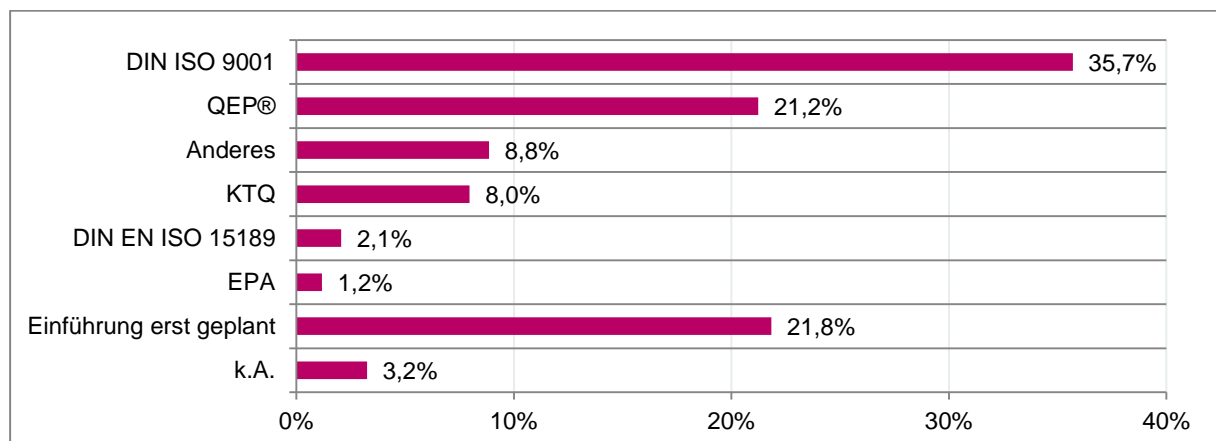


2.4 Qualitätsmanagementsysteme in der ambulanten Versorgung

Die am häufigsten eingesetzten Qualitätsmanagementsysteme in den MVZ sind das System nach DIN ISO 9001 und „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP®). Alle anderen Systeme kommen in weniger als 10% der teilnehmenden MVZ zum Einsatz. In mehr als einem Fünftel der MVZ ist die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems geplant (Abbildung 39).

Abbildung 39: Häufigste eingesetzte Qualitätsmanagementsysteme

(n=339) (Mehrfachantworten möglich)



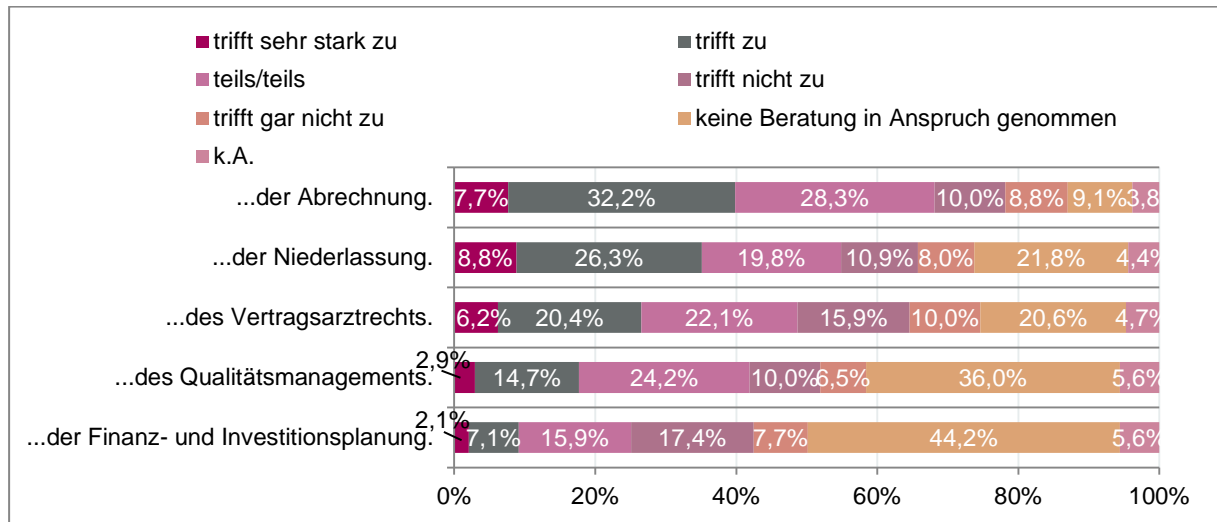
2.5 Service des KV-Systems

Zwischen 56% und 90% der teilnehmenden MVZ, je nach Themengebiet, haben eine Beratung durch die Kassenärztliche Vereinigung in Anspruch genommen (Abbildung 37).

Das Beratungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen wird von den MVZ umfassend nachgefragt. Die höchste Zufriedenheit ist dabei, wie bereits im MVZ-Survey 2011, in den Bereichen *Abrechnung* und *Niederlassung* zu finden. Die Beratung zu *Vertragsarztrecht*, *Qualitätsmanagement* und *Finanz- und Investitionsplanung* erscheint den Teilnehmern

dagegen ausbaufähig. Die Daten zeigen, dass insbesondere in den beiden letztgenannten Themengebieten eine nur geringe Inanspruchnahme der Beratungsleistung erfolgte. Die Beratung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird damit im Bereich der Kernaufgaben Abrechnung und Niederlassung grundsätzlich positiv beurteilt (Abbildung 40).

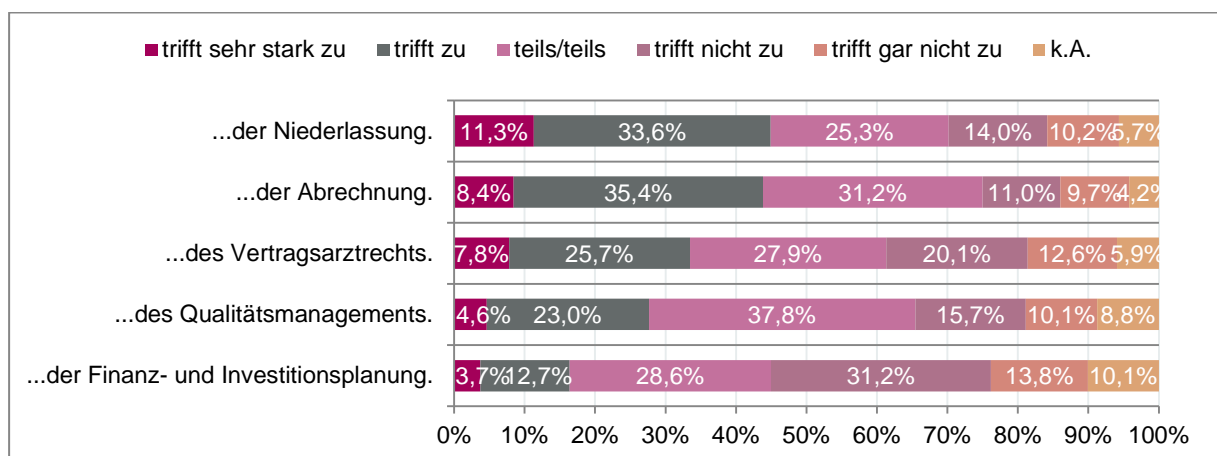
Abbildung 40: Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der KV im Bereich...
(n=339)



Eine Analyse der Ergebnisse ohne die Kategorie „keine Beratung in Anspruch genommen“ liefert grundsätzlich ähnliche Tendenzen: Die Themen Abrechnung und Niederlassung werden positiver bewertet als die übrigen (Abbildung 41).

Abbildung 41: Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der KV im Bereich... (ohne „keine Beratung in Anspruch genommen“)

(n: Qualitätsmanagement: 217; Vertragsarztrecht: 269; Finanz- und Investitionsplanung: 189; Abrechnung: 308; Niederlassung: 265)



3 Zusammenfassung

Mehr als zehn Jahre nach ihrer Aufnahme in das SGB V haben sich Medizinische Versorgungszentren als fester Bestandteil im Versorgungssystem etabliert. Ihre aktuelle wirtschaftliche Situation schätzen die am vierten Survey teilnehmenden MVZ im Jahr 2014 etwas besser ein als im Jahr 2011. Knapp die Hälfte beurteilt sie als befriedigend, annähernd jedes fünfte MVZ gibt jedoch eine schlechte bzw. sehr schlechte Geschäftslage an. Insgesamt wird deutlich, dass durch Vertragsärzte gegründete MVZ ihre wirtschaftliche Lage im Vergleich am häufigsten mit „sehr gut“ und „gut“ beurteilen, was auch bereits der MVZ-Survey 2011 gezeigt hat.

Ärztliche Leitung

Vertragsärzte und Krankenhäuser stellen auch infolge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes von 2012 die Hauptgruppe der MVZ-Gründer dar. Wie auch bereits 2011 zu beobachten war, steigt der Anteil der Krankenhaus-MVZ kontinuierlich an. Es zeigt sich, dass im Vergleich zu 2008 und 2011 häufiger kaufmännische Leiter bzw. Geschäftsführer für die betriebswirtschaftliche Organisation von MVZ verantwortlich sind (42,5%). Lediglich in vertragsarztgeführten MVZ hat zum Großteil der ärztliche Leiter auch die betriebswirtschaftliche Leitung inne.

Gründungsmotivation

Eine Betrachtung der zentralen Gründe, die zum Aufbau eines MVZ geführt haben, zeigt, dass sowohl Motive zur Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit als auch finanzielle Beweggründe für die Survey-Teilnehmer ausschlaggebend waren. Am häufigsten wurde von den befragten MVZ eine *bessere Perspektive für die Zukunft, die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten* sowie *die Nutzung von Synergieeffekten* genannt. Dagegen werden die *Entlastung von Verwaltungsaufgaben, verringertes Investitionsrisiko* sowie *flexiblere Arbeitszeiten* von einer deutlich geringeren Zahl teilnehmender Medizinischer Versorgungszentren als ursprüngliche Gründungsmotivation angeführt. Im Vergleich zu 2005 haben die damals meistgenannten Argumente zur MVZ-Neugründung durchgängig an Relevanz verloren und verdeutlichen somit eine Verschiebung der Prioritäten bei den Neugründungen.

Die Ergebnisse zur Gründungsmotivation nach Trägern zeigen, dass für Krankenhaus-MVZ neben der Einweiserbindung die langfristige Sicherung des Klinikstandortes eine tragende Rolle bei der Motivation zur Gründung des MVZ spielt. Auch bei der Betrachtung der Gründungsmotivation im Hinblick auf die Standorte der MVZ zeigen sich z.T. deutliche Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Einweiserbindung und die

langfristige Sicherung des Klinikstandortes waren für MVZ in ländlichen Gebieten relevantere Aspekte bei der Gründung als für MVZ in mittleren und größeren Städten.

Kooperation und Vernetzung

Im Vergleich mit den Ergebnissen der MVZ-Surveys 2008 und 2011 hat die Kooperationshäufigkeit mit zahlreichen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zugenommen. Besonders deutlich zeigen sich die Veränderungen bei der Kooperation der MVZ mit anderen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen. Etwas geringfügiger angestiegen ist die Kooperation mit Sanitätshäusern, Apotheken, Psychotherapeuten sowie Krankenhäusern. Dies zeigt deutlich, dass MVZ, genauso wie Einzel- und Gemeinschaftspraxen, weiterhin auf Netzwerkbildung setzen.

MVZ in den verschiedenen Regionen

Auch hinsichtlich einer differenzierten Betrachtung der teilnehmenden MVZ im Hinblick auf die Lage des Hauptstandortes (städtisch/ländlich) wurden die versorgungsrelevanten Gesichtspunkte Kooperation, betriebswirtschaftliche Situation und Gründungsmotivationen sowie Vorzüge und Herausforderungen der jeweiligen MVZ untersucht. Es zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren eine Zweigpraxis betreibt. Ein eindeutiger Trend, z.B. dass mit einer ländlicheren Struktur auch mehr Zweigpraxen einhergehen, kann allerdings nicht festgestellt werden.

Ein Großteil der teilnehmenden MVZ gibt an, einen medizinischen Schwerpunkt zu besitzen. Je ländlicher die Region geprägt ist, desto niedriger ist jedoch der Anteil von Einrichtungen mit medizinischem Schwerpunkt. Grund für diese Entwicklung ist möglicherweise, dass sich MVZ außerhalb der Großstädte stärker auf eine wohnortnahe allgemeine – und entsprechend weniger spezialisierte – Versorgung konzentrieren.

Bei Betrachtung der Kooperationshäufigkeit verdeutlichen die Resultate, dass die Kooperationsintensität mit anderen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern mit großem Abstand am intensivsten ist. Im Hinblick auf die regionale Verteilung kooperieren die MVZ in ländlichen Gebieten insgesamt am häufigsten, da hier für Kooperationen ein höheres Erfordernis bestehen kann, das sich aus den strukturellen und demographischen Gegebenheiten ergibt.

Die Betreiber von MVZ stehen wie ihre niedergelassenen Kollegen aufgrund von Ärztemangel und demografischen Entwicklungen vor verschiedenen Herausforderungen. So geben beispielsweise MVZ in allen Regionen Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen an. Insbesondere MVZ in ländlichen Regionen und Großstädten weisen darüber hinaus häufiger auf Schwierigkeiten aufgrund laufender Kosten hin. Dies könnte auf unterschiedliche Preisstrukturen, z.B. bei Mieten, zurückzuführen sein. Insgesamt scheinen die MVZ aber

Lösungsstrategien zu entwickeln, um den Entwicklungen zu begegnen. So werden die Herausforderungen durch stetig älter werdende Patienten und eine steigende Zahl von Hausbesuchen von den MVZ im Vergleich zum MVZ-Survey 2011 als weniger dringend angegeben.

Service des KV-Systems

Das Beratungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen wird von den MVZ umfassend nachgefragt. Vor allem die Kernbereiche im Beratungsangebot Abrechnung und Niederlassung werden mehrheitlich als kompetent bewertet. Bei den Themen Qualitätsmanagement sowie Finanz- und Investitionsplanung zeigen die Daten eine nur geringe Inanspruchnahme der Beratungsleistung durch die teilnehmenden MVZ.

Limitationen der Untersuchung

Aussagen zur Übertragbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse auf die Grundgesamtheit aller MVZ werden notwendigerweise von der Repräsentativität der durchgeführten Befragung bestimmt. Diese ist einem Rücklauf von 17% aller MVZ sowie einer hohen Anzahl von nicht vollständig ausgefüllten Fragebogen nicht gegeben. Insbesondere die Perspektiven kleinerer, und damit auch vor allem durch Vertragsärzte gegründete, MVZ gehen in die Befragung nicht in dem Maße ein, wie es dem Anteil dieser MVZ an der Gesamtheit aller MVZ entspricht. Für die Untersuchung spricht hingegen die längsschnittliche Betrachtung wiederkehrender Fragenkomplexe, die Trends erkennen lässt und so, in Ergänzung zur MVZ-Statistik der KBV, Informationen zur MVZ-Entwicklung beiträgt.

Ausblick

Seit mehreren Jahren steigen die Gründungszahlen der MVZ an, insgesamt verlangsamt sich das Wachstum jedoch. Die Ergebnisse des vierten MVZ-Survey zeigen für MVZ in städtischen und ländlichen Gebieten verschiedene Entwicklungen, auch hinsichtlich der Trägerschaft sind Unterschiede vorhanden. Das Medizinische Versorgungszentrum ist als kooperative Versorgungsform ein wesentlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Allerdings zeigen die Daten auch, dass MVZ, insbesondere in ländlichen Regionen, mit Problemen wie z.B. Ärztemangel zu kämpfen haben und so möglicherweise nicht den relevanten Versorgungsbeitrag leisten können, wie von der Politik erhofft. Eine Prognose über das weitere Wachstum der Strukturvariante MVZ ist wie immer, und so zum jetzigen Zeitpunkt auch, nur schwer möglich. Mit der Ermöglichung fachgruppengleicher MVZ sind weitere Zulassungsanträge zur Errichtung eines MVZ absehbar was, verbunden mit der Erwartung, dass gerade für die hausärztliche Versorgung diese Zulassungsform häufiger als bisher gewählt wird, auch einen höheren Beitrag von MVZ zur Sicherstellung der Versorgung im grundversorgenden Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nach sich ziehen kann.