

Verena Simon

Das Krankenhaus-MVZ im Statistik-Fokus

Zahlen, Grafiken & die Realität: Eine differenzierte Betrachtung

Nach der jüngsten MVZ-Statistik gab Ende 2016 in Deutschland 2.490 Medizinische Versorgungszentren (MVZ), von denen immerhin 1.010 ein Krankenhaus als Träger hatten. Setzt man dieses Ergebnis zur aktuellen Zahl der Krankenhäuser (1.951) in Bezug, lässt sich leicht schließen, dass mittlerweile mehr als jedes zweite Krankenhaus mittels eines MVZs an der ambulanten Regelversorgung teilnimmt. Hochgerechnet mit der durchschnittlichen Arztlzahl dieser MVZ ergibt sich, dass Krankenhäuser nahezu sechs Prozent der ambulanten Regelversorgung sicherstellen. Aber stimmen diese Schlussfolgerungen auch? In jedem Fall lohnt ein Blick hinter die Statistiken, denn nicht umsonst gilt, dass sich mit der richtigen Zahlendarstellung stets das jeweils Gewünschte beweisen lässt.

Auch im dreizehnten Jahr nach ihrer Einführung im Speziellen die Krankenhaus-MVZ immer noch unter besonderer Beobachtung. Ein Indiz ist die MVZ-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die seit 2012 zwar nur noch im jährlichen Rhythmus statt quartalsweise veröffentlicht wird, deren seit 2004 unveränderte Schwerpunktsetzung aber auch widerspiegelt, wie die ambulante Vertragsärzteschaft mit dem Eintritt der Krankenhäuser in die ambulante Regelversorgung bis heute hadert.

Wahrgenommen als vom Gesetzgeber aufoktrozierte und entsprechend ungelittene Konkurrenz gelten Krankenhaus-MVZ vielen niedergelassenen Ärzten als Verkörperung staatlicher Fehlregulierung und werden vor allem auch als Angriff des stationären Sektors auf die ambulanten Honorartöpfe gewertet und vielerorts auch bekämpft. Im Hintergrund steht die Angst, dass mittelfristig ein wesentlicher Teil der ambulanten Versorgung durch Krankenhauskonzerne bestimmt oder beeinflusst werden könnte. In diesem Zusammenhang kommt der Deutungshoheit über die Zahlen und Fakten rund um die Entwicklung der MVZ eine nicht unwesentliche, auch politische Bedeutung zu.



Verena Simon

Versorgungsrelevanz der Krankenhaus-MVZ

Von Beginn an wurden in den MVZ-Statistiken die dritten Trägerschaften zwar erwähnt, aber nur die MVZ mit Klinikbeteiligung gesondert dargestellt.

Grundlagen MVZ-Trägerschaft

Im Gegensatz zur klassischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, wo Praxiseigentümer und Leistungserbringer stets personenidentisch sind, haben alle MVZ grundsätzlich einen dreistufigen Aufbau, bestehend aus der Leistungserbringerebene (= angestellte oder Vertragsärzte), der Trägergesellschaft, die auch Inhaber der MVZ-Zulassung ist, sowie aus der Ebene der Gesellschafter (= Gründer, synonym auch Träger) der MVZ-GmbH oder -GbR.

Gründer, bzw. Gesellschafter können nach aktueller Gesetzeslage Vertragsärzte (auch Vertragszahnärzte und -psychotherapeuten), Dialyseträger, Kommunen und eben Krankenhäuser sein. Bis zu einer Gesetzesänderung zum Jahresanfang 2012 waren zudem auch weitere Leistungserbringer gründungs-berechtigt. Da Bestandsschutz gewährt wurde, besteht aus dieser Zeit auch heute noch eine Vielzahl an MVZ mit Trägern wie Physiotherapien, Apotheken, Pflegediensten. Diese Trägerschaften werden – ebenso wie MVZ mit einer Kommune oder einem Dialyseträger als Gesellschafter – als MVZ in ‚dritter Trägerschaft‘ erfasst. D.h. in der Perspektive der KBV, die für das Wording maßgeblich war, gibt es auch eine erste und zweite Trägerschaft, nämlich die Vertragsärzte und Krankenhäuser. Entsprechend sind auch die MVZ-Statistiken aufgebaut.

Augenfällig sind dabei unter anderem die Grafiken zur durchschnittlichen Arbeitsgröße. Diese wird zwar – wie andere Statistiken auch – für sämtliche MVZ gemeinsam angegeben, jedoch stets auch gesondert für die Untergruppe der Krankenhaus-MVZ.

Die dargestellten Zahlen (vgl. Abb. 1) illustrieren so scheinbar seit 2008, dass Krankenhaus-MVZ besonders große Strukturen mit besonders vielen Ärzten bilden. Wobei letzteres tatsächlich zutrifft: In MVZ mit stationärem Träger sind viele angestellte Ärzte tätig – Ende 2016 waren es 7.614. Hinzu kommen 22 Mediziner, die im Status eines Vertragsarztes im Krankenhaus-MVZ arbeiteten. Dies entspricht einer Größe von 7,6 Ärzten je Klinik-MVZ.

In entsprechender Kombination und Ableitung der zur Verfügung stehenden Zahlen lässt sich im Umkehrschluss aus den Statistiken der KBV herausrechnen, dass MVZ in vertragsärztlicher und dritter Trägerschaft zusammengenommen aktuell mit einer Durchschnittsgröße von 5,2 Ärzten arbeiten. Für die beiden Trägergruppen einzelnen sind die Daten leider nicht öffent-

lich bekannt oder ermittelbar.

Im Ergebnis scheint es also offensichtlich, dass Krankenhaus-MVZ die deutlich größeren Einheiten bilden und damit der Sorge der Vertragsärzteschaft, durch MVZ würde die bisherige wohnortnahe Versorgung ‚weg-zentralisiert‘, im besonderen Maße Vorschub leisten. Für eine sinnvolle Bewertung dieser Zahlen ist es jedoch elementar, die seit 2007 bestehende Möglichkeit, Arztsitze teilen zu können, in die Betrachtung einzubeziehen.

Die genaue Zahl der Teilzeitarbeitsverhältnisse wird nicht gesondert bekanntgegeben, gleichwohl in den Arztregistern und bei den Zulassungsaus-schüssen diese Daten verfügbar sind. Wendet man aber hilfsweise die Teilzeitquote über alle MVZ (siehe nachfolgend) auf die Krankenhaus-MVZ an, erhält man aktuell bei 1.010 MVZ mit im Schnitt 7,6 Ärzten eine Bedarfsplanungsrelevanz von gut 5.200 Vollzeitäquivalenten. Die Wahrheit dürfte noch deutlich darunter liegen – einfach weil die Teilzeitquote in krankenhausgetragenen MVZ überdurchschnittlich hoch ist, und bei dieser Berechnung mangels detaillierterer Daten lediglich der

Durchschnitt angesetzt wurde.

Insgesamt ist daher die aktuelle Versorgungsrelevanz der MVZ in Krankenhausträgerschaft auf knapp 4.500 Vollzeit-zulassungen zu schätzen, was bei 140 Tausend Zulassungen, die aktuell und umgerechnet in Vollzeitäquivalente insgesamt im ambulanten System sind – einem Versorgungsanteil von 3 bis 3,2 Prozent entspricht.

Bedeutung der Teilzeitarbeitsverhältnisse

Fakt ist, dass generell in den MVZ gerade bei den Anstel-

Grundlagen Teilzeitärzte

Mit dem Vertragsarztrechts-änderungsgesetz (GKV-VändG) wurde es ab Januar 2007 erstmals zulässig, dass Krankenhausärzte auch einer Tätigkeit im ambulanten Sektor nachgehen, d.h. die bis dato per Gesetz erklärte Unvereinbarkeit zwischen der Arbeit als Stationsarzt und im MVZ wurde ersatzlos gestrichen.

Gleichzeitig wurde neu geregelt, dass vertragsärztliche Zulassungen verschiedene Umfänge haben können – während bis dahin die ambulante ärztliche Berufsausübung grundsätzlich nur in Vollzeit denkbar war.

Gesetzgeberisches Ziel war die Ermöglichung stationär-ambulante-übergreifender Tätigkeiten der Ärzte; ein früher Versuch, die Sektorengrenze aufzuweichen. Und ein gelungenes Projekt, denn von den inzwischen 7.636 Ärzten der Krankenhaus-MVZ ist eine Vielzahl in Teilzeit angestellt.

Allerdings ist eine ähnliche Entwicklung auch für die über 20 Tsd. in anderen ambulanten Strukturen angestellten Ärzte zu verzeichnen und die Zunahme an Teilzeitanstellungen somit ein universeller Trend.

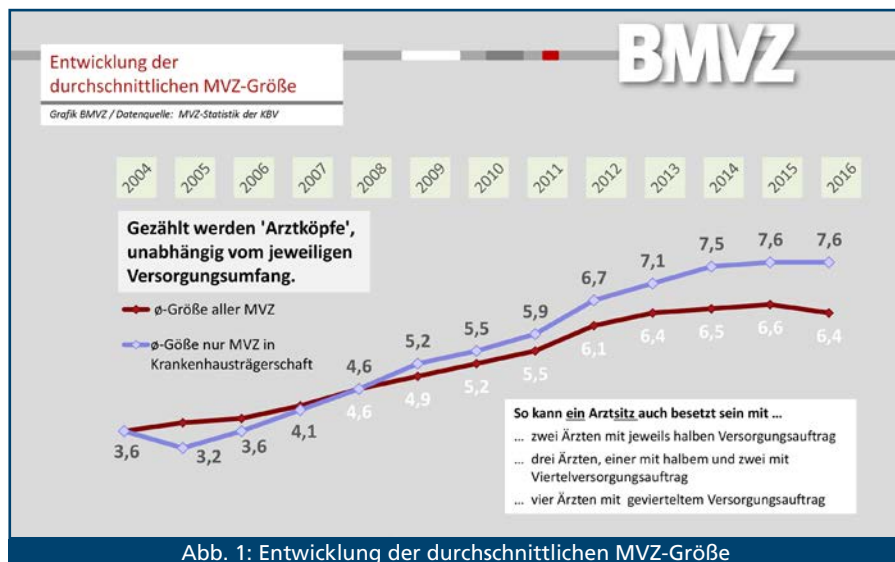


Abb. 1: Entwicklung der durchschnittlichen MVZ-Größe

lungsverhältnissen von der Möglichkeit der Halbierung und Viertelung von Arztsitzen reger Gebrauch gemacht wird. Ausweislich der Grunddaten zur Ärztestatistik, die von der Bundesärztekammer veröffentlicht werden (hier Tabellen 1.0. und 1.0.B.), sind in ‚Einrichtungen‘ – worunter neben den MVZ auch die an zwei Händen abzählbaren KV- und kommunalen Eigeneinrichtungen verstanden werden – insgesamt 13.902 Ärzte auf 9.521 Vollzeitäquivalenten, bzw. Arztsitzen tätig.

Dies bedeutet nach einfacher Zuordnung, dass jeder Arzt im MVZ statistisch mit einem Bedarfsgewicht von 0,68 tätig ist – also deutlich weniger als eine Dreiviertel-Stelle ausfüllt. Dabei ist die Spanne, in welchem Maße Teilzeitverhältnisse zum Tragen kommen zwischen den einzelnen Fachgruppen ausgesprochen unterschiedlich – und zeigt durchaus auch Abhängigkeiten zu der Frage, welche Fachgruppen aufgrund ihrer Eigenart besonders häufig in Krankenhaus-MVZ anzutreffen sind.

So verwundert es nicht, dass die angestellten Chirurgen je MVZ-Arzt lediglich ein Bedarfsgewicht von im Schnitt 0,54 aufweisen, während etwa die Hausärzte auf eine Quote von 0,8 kommen. Gerade chirurgische Sitze sind in MVZ häufig mit sogenannten Viertelärzten, die folglich zu drei Vierteln ihrer Haupttätigkeit als Stationsarzt nachgehen, besetzt. Ähnliches gilt für die im MVZ angestellten Radiologen, deren durchschnittliches Bedarfsgewicht bei 0,62 liegt.

An dieser Stelle über das Dargestellte hinaus belastbare Schlussfolgerungen über die Verteilung der Teilzeitarbeitsverhältnisse

zu ziehen, ist mangels exakter Faktenlage jedoch nicht leicht. In jedem Fall sind die Zahlen kaum geeignet, Vorurteile gegenüber oder Nachteile von Krankenhaus-MVZ zu belegen.

Gründungsdynamik & Regionale Verteilung

Ein weiteres Themenfeld, zu dem die von der KBV vorgelegten Statistiken einer Interpretation bedürfen, ist die Gründungsdynamik, betrachtet zum einen nach Trägerschaft, zum anderen hinsichtlich ihrer regionalen Verteilung.

Der Trend zur MVZ-Gründung

ist seit 2004 ungebrochen, entsprechend hat die KBV jährlich positive Gründungsraten verkündet, jedoch nach einem Höhepunkt in 2006 und 2007 mit 325, bzw. 282 MVZ zuletzt mit konsequent abnehmender Tendenz wie die Darstellung der Gesamtzahlen der Neuzulassungen zeigt. Dieser Trend wurde erst 2015 gebrochen, um in 2016 mit 334 Neuzulassung auf den höchsten Wert überhaupt zu steigen (vgl. Abb. 2).

Hinter diesem plötzlichen Anstieg verbirgt sich kausal eine Gesetzesänderung durch das GKV-VSG, mit der Ende Juli 2015 die Verpflichtung zum

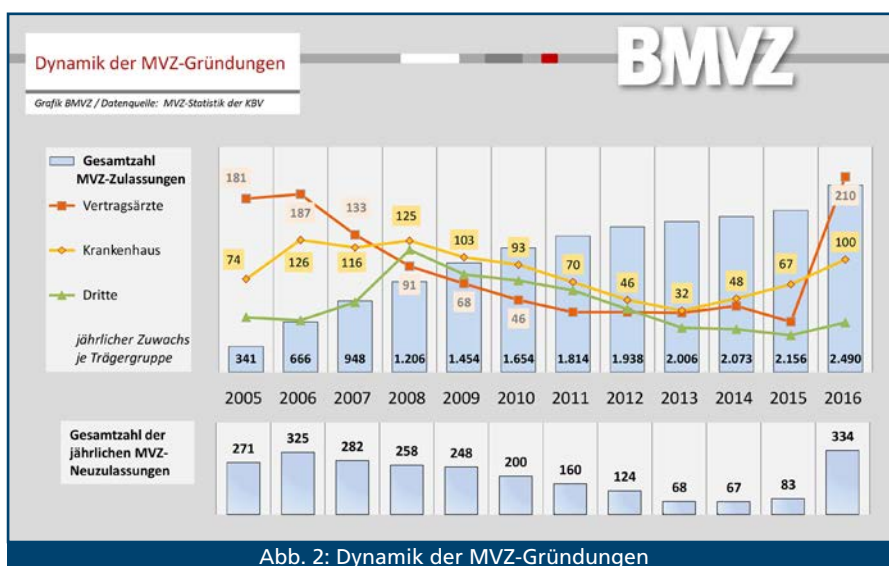


Abb. 2: Dynamik der MVZ-Gründungen

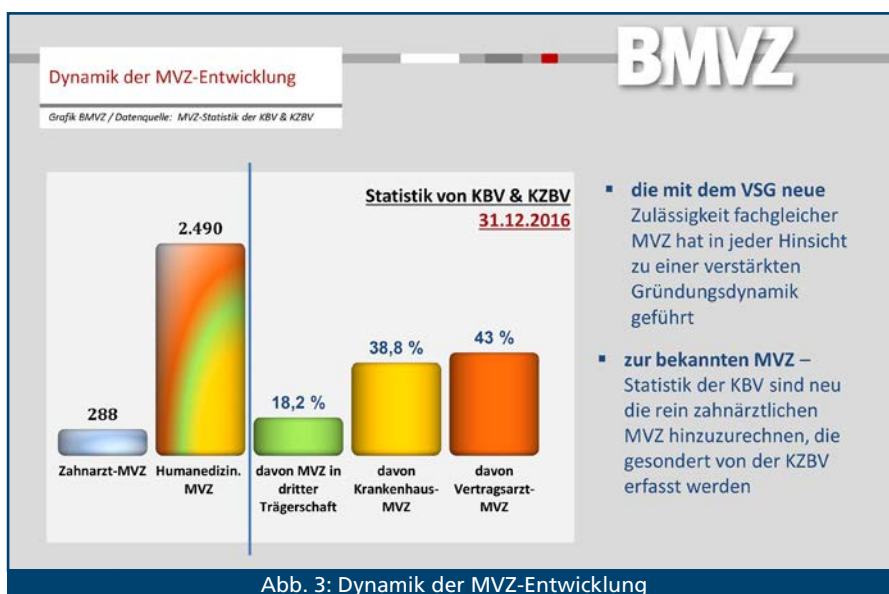


Abb. 3: Dynamik der MVZ-Entwicklung

Fachübergreif, der bis dato für MVZ eines der charakteristischsten Elemente war, entfallen ist. Seit dem können Versorgungszentren auch rein fachgleich gegründet werden, was allein bei den Zahnärzten bis Ende 2016 – bei 28 bereits bestehenden MVZ mit Zahnarztbeteiligung – 260 entsprechende Neugründungen ausgelöst hat. Diese werden jedoch in der KBV-Statistik nicht erfasst, da sie sich auf MVZ im humanmedizinischen Spektrum beschränkt.

In den ersten Jahren der MVZ waren es vor allem Vertragsärzte (*orange Linie*) die die Initiative zur MVZ-Gründung ergriffen haben. Die Krankenhäuser (*gelbe Linie*) erreichten den Höhepunkt ihrer Gründungswelle dagegen erst 2008. Der Zusammenhang zum bereits erwähnten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist hier evident und erklärt auch die vergleichsweise hohe Gründungsaktivität der Kliniken in den Folgejahren.

Durch den Umstand, dass in

den Jahren 2008 bis 2015 stets mehr Klinik-Träger als Vertragsärzte Neugründungen initiiert haben, ist der prozentuale Anteil krankenhausetragener MVZ stetig gestiegen (vgl. Abb. 3). In 2015 lag das Verhältnis der Trägerschaften bei aus Sicht der Vertragsärzteschaft beängstigenden 40 : 40 : 20 Prozent – d.h. jeweils zwei Fünftel hatten ein Krankenhaus oder Vertragsärzte als Gesellschafter, ein Fünftel der MVZ verfügte über Gesellschafter aus der dritten Trägergruppe.

Diese Dynamik wurde durch die neue Gründungswelle ab Sommer 2015, die erst in der 2016er Statistik voll zum Tragen kommt, gebrochen. Denn obwohl fachgleiche MVZ durchaus auch für Kliniken ihren Charme haben, zeigt die Datenlage ganz klar, dass dies ein Trend der Vertragsärzteschaft ist. Ausgehend von 17 Neuzulassungen in 2015 entsprechen die 210 vertragsärztlichen Gründungen in 2016 einem Anstieg der Gründungsaktivitäten gegenüber dem Vorjahr von 1.235 (!) Prozent. Der entsprechende Wert für die Krankenhaus-MVZ liegt dagegen ‚nur‘ bei 149 %.

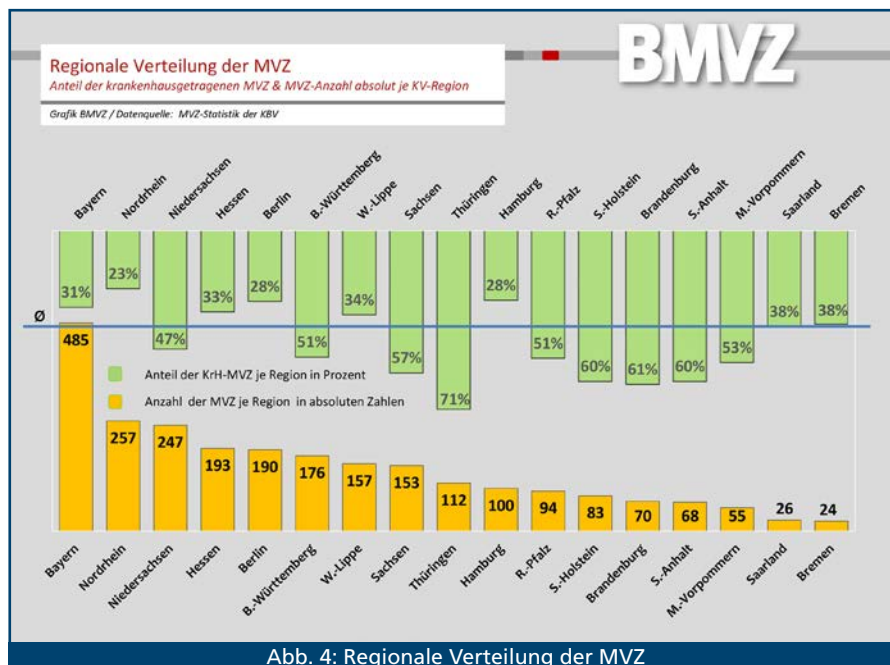


Abb. 4: Regionale Verteilung der MVZ

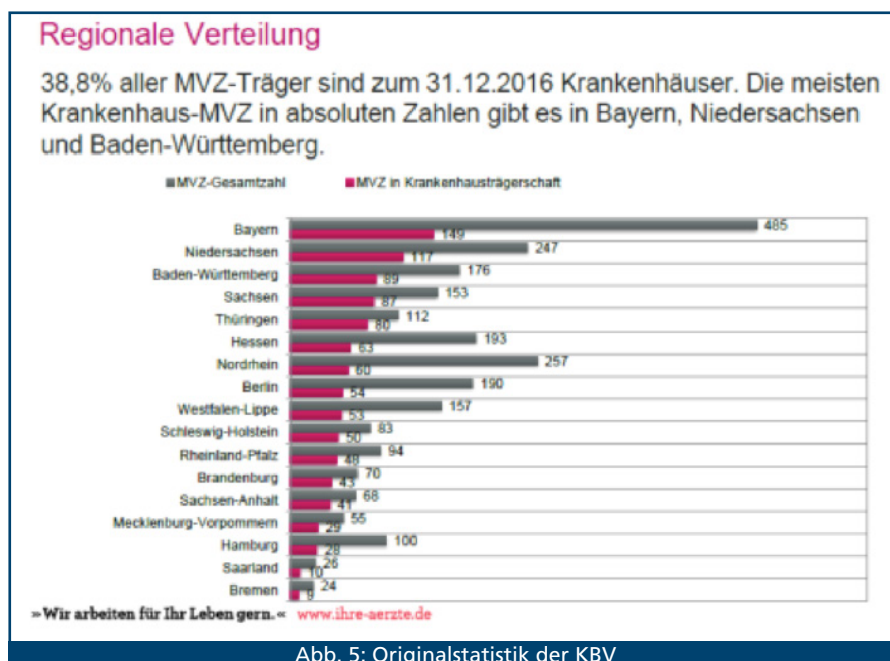


Abb. 5: Originalstatistik der KBV

Bei dieser Entwicklung ist daneben auch die regionale Verteilung ausgesprochen spannend. Tatsächlich fand fast die Hälfte aller Neugründungen in 2016 entweder in Bayern oder in der KV-Region Nordrhein statt. Von den 74 bayrischen Neuzulassungen entfallen 23 auf Klinikträger – in Nordrhein sind es 15 von 82 MVZ-Gründungen. Abgeschlagener ‚Drittplatzierte‘ in 2016 ist Niedersachsen mit insgesamt 32 neuen MVZ. Die anderen KV-Regionen tummeln sich dahinter, wobei die fünf ostdeutschen Bundesländer sowie Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz

kaum nennenswerte im nur Zuwächse im einstelligen Bereich aufweisen.

Diese regional hoch unterschiedliche Entwicklung ist umso bemerkenswerter, als dass es für den Moment keine stichfeste Erklärung dafür gibt. Jedoch gilt allgemein, dass durch die hohe Gründungsaktivität der Vertragsärzte rechnerisch der Anteil an Krankenhaus-MVZ aktuell seit Jahren zum ersten Mal wieder gesunken ist. Die KBV gibt ihn mit 38,8 Prozent an. Auch hierbei handelt es sich um einen reinen Durchschnittswert, der die faktisch riesigen Unterschiede zwischen den Bundesländern verschleiert.

Die offizielle Darstellung der KBV (vgl. Abb. 4 und 5) folgt zudem einer Sortierung, die das Krankenhaus-MVZ in den Fokus stellt, werden doch die Bundesländer gerade nicht in der Abfolge ihrer MVZ-Zahlen (graue Balken) dargestellt, sondern, etwas irreführend, in der Rangliste der Menge der jeweiligen Klinik-MVZ (pinker Balken). Dies im Übrigen erst seit 2008, ‚zufälligerweise‘ genau dem Jahr, in dem zum ersten Mal mehr MVZ durch Krankenhäuser als von Vertragsärztenhand gegründet worden waren.

Ein genauerer Blick und die Umrechnung in prozentuale Anteile zeigt, dass alle neuen Bundesländer überdurchschnittlich hohe Quoten an MVZ mit Krankenhausbeteiligung aufweisen, während städtische Regionen, wozu neben dem Ruhrgebiet, die drei Stadtstaaten, aber auch das Rhein-Maingebiet in Hessen und die Metropolregionen im ansonsten ländlichen Bayern zu rechnen sind, deutlich unterhalb dieser Durchschnittsmarke liegen.

Auch hier gibt es keine allumfassende Erklärung, jedoch liegt ein umgekehrter Zusammenhang nahe: Dort, wo Vertragsärzte ausgesprochen rege Gründungsaktivitäten vorweisen, sind Krankenhäuser vergleichsweise zurückhaltend mit ihren MVZ-Ambitionen. Das entbehrt nicht einer gewissen Logik, gilt doch nach wie vor, dass klinischen MVZ-Gründungen von den lokalen Zuweisungspraxen, auf deren Wohlwollen man angewiesen ist, oft aktiv-kritisch entgegengetreten wird und diese so durchaus das ein oder andere geplante MVZ zu verhindern wussten.

D.h. nur dort, wo ein solcher Konkurrenzdruck vergleichsweise niedriger ausgeprägt ist, engagieren sich Kliniken in größerer Zahl ambulant. Diese Erklärung ist auch geeignet, die besonders hohen Anteile an Krankenhaus-MVZ in den ländlich geprägten Räumen mit bereits akutem Arztmangel zu erklären – darunter die ostdeutschen Länder, aber auch Schleswig-Holstein oder Baden-Württemberg.

Fazit

Diese wenigen, hier herausgegriffenen Aspekte der statistischen Erfassung zeigen, insbesondere wenn man sich die jeweils zugrunde liegende Original-Statistik der KBV ansieht, wie sehr Klinik-MVZ auch heute noch unter besonderer Beobachtung stehen. Vor schnellen Schlussfolgerungen ist gerade deshalb zu warnen, auch wenn sich diese bisweilen von selbst aufzudrängen scheinen.

In diesem Sinne bleibt noch die eingangs formulierte Annahme zu prüfen, ob wirklich an jedes zweite Krankenhaus mittlerweile ein MVZ angeschlossen ist. Die

Antwort lautet – natürlich – nein. Obwohl niemand, auch nicht die Krankenhausgesellschaften, mit Sicherheit sagen kann, wie viele Krankenhäuser tatsächlich über MVZ-Zulassungen verfügen, ist zweifelsohne klar, dass es eine ganze Reihe von Kliniken gibt, die Träger mehrerer MVZ sind. Gerade in ländlichen Räumen, wo so ein wesentlicher Teil der ambulanten wohnortnahen Grundversorgung sichergestellt wird, sind solche MVZ-Netzwerke mit dem regionalen Krankenhaus als Träger keine Seltenheit.

In mathematischer Folgerichtigkeit sind also – um auf das statistische Verhältnis von einem MVZ auf zwei Krankenhäuser zu kommen – für jeden Träger, der mehrere MVZ betreibt, weitere Krankenhäuser ohne MVZ logisch anzunehmen. Nach eigener Schätzung dürften damit ‚nur‘ an zwischen 35 - 40 Prozent aller Plankrankenhäuser MVZ angeschlossen sein. Auch hier muss also vor einfachen Schlussfolgerungen gewarnt werden.

Hilfreich und nützlich, und daher an dieser Stelle gefordert, wäre daher eindeutig eine Verbesserung und Objektivierung der Erfassung und Veröffentlichung statistischer Daten. Dies würde auch helfen, um damit – aus Sicht von Politik und Selbstverwaltung – langfristige Versorgungsstrategien und gegebenenfalls notwendige Anpassungen ableiten zu können. Als fachkundiger Gesprächspartner ist der BMVZ hier gern bereit, sich entsprechend einzubringen und neue Wege der Erfassung und Auswertung der Dynamiken rund um kooperative Praxisformen zu entwickeln.

Autoren-Kontakt:
Verena Simon
v.simon@bm vz.de

ARZT UND KRANKENHAUS

5

90. Jahrgang
September/Oktober 2017

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte



Entlassmanagement – Verbesserung oder bürokratischer Overkill?

- VLK verleiht Zukunftspreis für das Jahr 2017
- 25 Jahre BMVZ – Wir gratulieren!