



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Medizinische Versorgungszentren in Sachsen

Vergleichende deskriptive Analyse

eingereicht von Romy Köhler

zur Erlangung des akademischen Grades:

Bachelor of Science (B.Sc.)

Hochschule	Westsächsische Hochschule Zwickau
Studienrichtung	Gesundheitsmanagement
Praxiseinrichtung	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Betreuer Hochschule, Erstgutachter	Prof. Dr. rer. soc. Pihl
Betreuer Praxispartner	Herr Dr. Kaminsky, Frau Wolk, Herr Koid
Zweitgutachter	Herr Dittrich, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Datum Abgabe	22.08.2011
Ort	Zwickau

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einführung	1
1.1 Ausgangssituation und Studienmotivation	1
1.2 Fragestellung und inhaltlicher Grundaufbau.....	2
2 Theoretischer Bezugsrahmen.....	4
2.1 Bedarfsplanung als Sicherstellungsauftrag	4
2.2 Problembeschreibung für Sachsen	8
2.3 Das Medizinische Versorgungszentrum.....	11
2.3.1 Einordnung in die vertragsärztliche Versorgung	11
2.3.2 Charakteristik MVZ.....	12
2.3.3 Expansionsmöglichkeiten	14
2.4 Theoretische Diskussion und Hypothesen	17
3 Forschungsdesign.....	22
3.1 Datenbasis	22
3.2 Methodisches Vorgehen	25
4 Ergebnisse der Datenanalyse	32
4.1 Allgemeine Kennzahlen	32
4.2 Trägerschaftentwicklung.....	34
4.3 Vergleich der Trägertypen	37
4.3.1 Eigene Zulassung versus Anstellungsverhältnis.....	37
4.3.2 Tätigkeit in Teilzeitmodellen	37
4.3.3 Struktur der Arztgruppen	38
4.3.4 MVZ in Großstädten	40
4.3.5 Ausmaß der MVZ-Nebenbetriebsstätten.....	43
4.3.6 MVZ als Option der Praxisnachfolge.....	46

4.3.7	Historische Tätigkeit der Ärzte vor MVZ.....	49
4.3.8	Detailanalyse bei Leistungsortänderung des Arztes	51
5	Schlussbetrachtung	60
5.1	Diskussion	60
5.2	Ausblick	63
	Literaturverzeichnis.....	VI
	Anhang	IX
	Eidesstattliche Erklärung.....	XXXIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berechnungsmodell Demografiefaktor	6
Abbildung 2: Prognose MVZ-Entwicklung.....	32
Abbildung 3: Trend MVZ-Größe allgemein	33
Abbildung 4: Trend der MVZ-Trägertypen Vertragsarzt und Krankenhaus.....	34
Abbildung 5: Trend Beschäftigung in den Vertragsarzt- und Krankenhaus-MVZ	34
Abbildung 6: Relative Verteilung der MVZ-Typen zum 31.12.2010.....	35
Abbildung 7: Anteil der MVZ in Sachsen im Vergleich zum Bundesgebiet, 2010	36
Abbildung 8: Trend der Beschäftigung in Anstellung und Zulassung in Vertragsarzt-MVZ....	37
Abbildung 9: Trend der Beschäftigungsumfänge der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ	37
Abbildung 10: Trend der Beschäftigungsumfänge der Ärzte in Krankenhaus-MVZ.....	38
Abbildung 11: Trend Vertragsarzt-MVZ in den Planungsbereichen Sachsens	41
Abbildung 12: Trend Krankenhaus-MVZ in den Planungsgebieten Sachsens	42
Abbildung 13: Beschäftigungsumfang in Nebenbetriebstätten bei Vertragsarzt-MVZ	43
Abbildung 14: Beschäftigungsumfang in Nebenbetriebstätten bei Krankenhaus-MVZ.....	44
Abbildung 15: Trend Haupt- und Nebenbetriebsstätten der Vertragsarzt-MVZ	45
Abbildung 16: Trend Haupt- und Nebenbetriebsstätten der Krankenhaus-MVZ.....	45
Abbildung 17: Altersentwicklung der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ	47
Abbildung 18: Altersentwicklung der Ärzte in Krankenhaus-MVZ	47
Abbildung 19: Anteil älterer Ärzte in Krankenhaus-MVZ	47
Abbildung 20: Anteil älterer Ärzte in Vertragsarzt-MVZ.....	48
Abbildung 21: Detailanalyse bei Leistungsortwechsel des Arztes.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hausärztliche Versorgung.....	6
Tabelle 2: Fachärztliche Versorgung	7
Tabelle 3: Zu Grunde gelegte Datensätze	22
Tabelle 4: Begriffliche Definitionen	23
Tabelle 5: Trendbetrachtung der MVZ in Sachsen.....	33
Tabelle 6: Trendbetrachtung Anteil der Vergleichsgruppen an allen MVZ in Sachsen	35
Tabelle 7: Sonstige Trägerarten in Sachsen.....	36
Tabelle 8: Nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen in Vertragsarzt-MVZ	39
Tabelle 9: Nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen in Krankenhaus-MVZ.....	39
Tabelle 10: Vergleich nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen	39
Tabelle 11: Favorisierte Planungsbereiche der Vertragsarzt-MVZ zum 31.12.2010.....	41
Tabelle 12: Favorisierte Planungsbereiche der Krankenhaus-MVZ zum 31.12.2010	42
Tabelle 13: Trend Anteil der Nebenbetriebsstätten	46
Tabelle 14: Tätigkeit der Ärzte vor Integration in ein Krankenhaus-MVZ	49
Tabelle 15: Tätigkeit der Ärzte vor Integration in ein Vertragsarzt-MVZ	49
Tabelle 16: Detailanalyse der Ärzte mit Leistungsortwechsel	51
Tabelle 17: Fluktuation bei Ärzten mit Leistungsortwechsel in Vertragsarzt-MVZ	52
Tabelle 18: Detailbetrachtung der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ.....	53
Tabelle 19: Fluktuation der Ärzte mit Leistungsortwechsel in Krankenhaus-MVZ	54
Tabelle 20: Detailbetrachtung, historische Tätigkeit.....	55
Tabelle 21: Detailbetrachtung, Beschäftigungsumfang im MVZ.....	57
Tabelle 22: Detailbetrachtung, Alter der Ärzte	58

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung (Singular, Plural)
Abs.	Absatz
Bsp.	Beispiel
BU	Beschäftigungsumfang
Diabet.	Diabetologie
Endokr.	Endokrinologie
etc.	et cetera
fachärztl.	fachärztliche
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMG	Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems
HB	Hauptbetriebsstätte
HNO	Hals-Nasen-Ohren
i.d.R.	in der Regel
i.V.	integrierte Versorgung
i.V.m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
Ki -u. Jugend. Psychoth.	Kinder und Jugendpsychotherapeut
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum (Singular/Plural)
n	Gesamtzahl
NB	Nebenbetriebsstätte
NOL	Niederschlesische Oberlausitzkreis
Nr.	Nummer
Pkt.	Punkt
Plast. Chir.	Plastische Chirurgie
Prakt.	Praktisch
Psychol.	Psychologe
Physioth.	Physiotherapeutisch
Rehab. Med.	Rehabilitationsmediziner
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SP	Schwerpunkt
Tab.	Tabelle (Singular, Plural)
VA	Vertragsarzt
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
Vgl.	vergleiche
VT	Verhaltenstherapie
z. Bsp.	zum Beispiel

1 Einführung

1.1 Ausgangssituation und Studienmotivation

Am 01.01.2004 wurde das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz beschlossen (GMG). Als Gründe für diese Intervention wurden starre, historisch gewachsene Strukturen innerhalb der gesundheitlichen Versorgungslandschaft erwähnt. Die Maßnahmen sollten den solidarischen Wettbewerb fördern und das Vertragsarztrecht flexibilisieren. Ziel sollte es sein, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen sowie die Effizienz zu erhöhen. Oberste Priorität war es die Qualität der Gesundheitsversorgung langanhaltend und explizit zu verbessern.¹ Wesentlicher Bestandteil des Gesetzes war die Etablierung der sogenannten Medizinischen Versorgungszentren (folgend MVZ). Fortan sollten neben den herkömmlichen Arten der vertragsärztlichen Versorgung diese Organisationsformen im ambulanten Sektor agieren. Sie grenzen sich durch ihre Charakteristik ab und können unter der Geschäftsführung von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens stehen. Zwischenärztliche sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit stellen das Grundprinzip dar:² Medizinern kann das MVZ als Alternative gegenüber der eigenen Niederlassung dienen. Die Sonderform MVZ hat während der letzten Jahre im Gesundheitsmarkt zunehmend an Bedeutung gewonnen. Seit Einführung dieser Versorgungsform nahm die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren in Sachsen deutlich und kontinuierlich zu.

Bisherige quantitative Auswertungen werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (folgend KBV) mittels der Daten von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (folgend KVen) der Bundesländer veröffentlicht. Diese sind relativ pragmatisch und gehen wenig ins Detail. MVZ Gegenstand öffentlicher Debatten, inwiefern sie auf die vertragsärztliche Versorgung einwirken und welche Nebeneffekte aus ihren Standorten resultieren. Die negativen Annahmen stehen oft in Zusammenhang mit der Trägerschaft Krankenhaus. Interessenvertreter der Ärzteschaft fordern Reglementierungen bei den zulässigen Trägern der Medizinischen Versorgungszentren. Allerdings sind entsprechende Aussagen oft politisch- bzw. interessengeleitet motiviert und fußen nicht auf Auswertungen der verfügbaren Daten. Laut Referentenentwurf zum bevorstehenden Versorgungsstrukturgesetz sollen die Zulassungsregeln für MVZ modifiziert werden, um die Unabhängigkeit in ärztlichen

¹Vgl. Gesetzesentwurf v.16.06.2003, Bundestagsdrucksache 15/1170

²Vgl. Orłowski, U.; Wasem, J.(2003),S.5:

Entscheidungen zu sichern.³ Die Untersuchung prüft die Argumentation bezüglich der MVZ mit Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens. Im Hinblick auf die alternde Gesellschaft mit multimorbiden, degenerativen Charakter und einem steigenden Bedarf an intensiver Langzeitbetreuung zeigen Kriterien wie Verfügbarkeit und Erreichbarkeit ärztlicher Leistungserbringer zunehmende Relevanz. Das sozialpolitische Ziel der flächendeckenden ärztlichen Versorgung wird mittels Zulassungsregelungen und entsprechender Bedarfsplanung umgesetzt. Insofern hat die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen diesbezüglich Interesse an einer Auswertung der MVZ-Datenlage. Die Problematik der zukünftig fehlenden Ärzte in der Fläche greift das Versorgungsstrukturgesetz ebenfalls als Ansatzpunkt mit hoher Priorität auf. Dem „Ärztemangel“ soll entgegengewirkt werden, sodass Ärzte für jeden Patienten angemessen erreichbar sind.⁴

1.2 Fragestellung und inhaltlicher Grundaufbau

Die Ausarbeitung untersucht Daten anhand ausgewählter Schwerpunkte. Die Ergebnisse unterstützen die Argumentation empirisch und sind Grundlage für weiterführende Analysen. Beachtung finden folgende versorgungsrelevante Merkmale:

- personalrechtliche Aspekte
- Arztgruppenbesonderheiten
- Altersstruktur in Bezug auf die Praxisabgabe der Ärzte an Medizinische Versorgungszentren
- Entstehungsmuster der MVZ
- geografischen Sicht vor dem Hintergrund der Gewährleistung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung und Betreuung der Patienten

Es soll hierbei grundlegend festgestellt werden, ob Unterschiede in Anhängigkeit von der Trägerschaft existieren. Aufgrund dessen werden MVZ, gegründet von Vertragsärzten und Krankenhausgesellschaften mit institutionellem Charakter, getrennt betrachtet.

³Vgl. Referentenentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 6.6.2011, S. 3.

⁴ Vgl. <http://bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/versorgungsgesetz.html>.

Welche Unterschiede zwischen Medizinischen Versorgungszentren in Krankenhausträgerschaft und Trägerschaft von Vertragsärzten können in Bezug auf die hier ausgewählten Merkmale festgestellt werden? Welche Schlüsse auf die Versorgungswirkung in Sachsen können sich daraus ableiten?

Punkt 2 beschreibt den theoretischen Bezugsrahmen. Hierbei wird in Punkt 2.1 der Sicherstellungsauftrag der KVen mit dem Mittel der Bedarfsplanung beschrieben. Diese „Planung“ ist Grundlage und zugleich Steuerungsinstrument der Verteilung der Ärzte innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Es folgt in Punkt 2.2 eine Problemdarstellung gegenwärtiger und zukünftiger Aspekte im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung für Sachsen. Das Medizinische Versorgungszentrum und dessen gesetzlicher Charakter werden in Punkt 2.3 gesondert betrachtet. Hier erfolgt eine kurze Beschreibung des vertragsärztlichen Gefüges, in welchen sich die MVZ widerfinden. Es werden die Vorgänge in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Umgebung der MVZ erläutert (Punkt 2.3.3). Auf Grundlage der theoretischen Zwischendiskussion in Punkt 2.4, welche MVZ in der öffentliche Wahrnehmung abbildet, werden Arbeitshypothesen gebildet, welche als Grundgerüst dienen und mittels der Daten bestätigt, widerlegt bzw. modifiziert werden. Es zeigt sich ein extrem weites Spektrum an möglichen Untersuchungspunkten zur Beurteilung der Versorgungswirkung. Daher beleuchtet die Untersuchung nur ausgewählte Kriterien im Zusammenhang mit der theoretischen Diskussion.

Punkt 3 beschreibt dem Leser das zugrunde liegende Datenmaterial und definiert relevante Begrifflichkeiten. In Punkt 3.2 „methodisches Vorgehen“ wird die Verfahrensweise der Auswertung erläutert und begründet. Die Ergebnisse in Form von Tabellen, Diagrammen (Linien-, Balken- und Säulendiagramme) werden in Punkt 4 präsentiert und kommentiert. Die vorliegende Ausarbeitung ist eine deskriptive Statistik, welche mittels Häufigkeit- und Mittelwertvergleichen, sowie relativen Anteilsvergleichen und Trendbetrachtungen Ergebnisse darstellt. Im Anhang befinden sich größere Datenauswertungen, welche als Zusatzinformation dienen sollen. Außerdem sind der Arbeit geografische Karten Sachsens mit MVZ-Standorten in Anhang angefügt (Anlagen 5-12), um die Datenlage für den Leser zu visualisieren. Punkt 5 beinhaltet die abschließende Betrachtung. Es werden die Ergebnisse zusammengefasst, Ursachen und Wirkungen diskutiert sowie dem Leser erklärt, worin der zukünftige Klärungsbedarf gesehen wird.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Bedarfsplanung als Sicherstellungsauftrag

„Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung.“⁵

Nach § 72 SGB V führt die Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag durch, sofern die Versorgung über zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte sowie ermächtigt ärztlich geleitete Einrichtungen erbracht wird. Zusammengefasst werden diese Gesundheitsakteure zur sogenannten „Vertragsärztlichen Versorgung“. (Punkt 2.3.1) Ebenso sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Rechte der Vertragsärzte vertreten und die Pflichten jener überwachen.⁶ Im Sinne einer angemessenen flächenhaften Verteilung der Vertragsärzte, können die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Maßnahmen ergreifen, um die Versorgung zu sichern, zu fördern und zu verbessern.⁷ Die KVen als auch die KBV vertreten das Ziel nachhaltig die wohnortnahe Versorgung zu sichern. Aus Gerechtigkeitsgründen soll die Menge der Arztgruppen gleichmäßig verteilt werden und diese beibehalten werden, damit allen Versicherten relativ identische Leistungen zur Verfügung stehen.⁸ Als außerökonomischer Ansatz zur Begründung der regionalen Regulierung der Vertragsärzte ist das Prinzip der Daseinsvorsorge zu nennen. Nach Fortshoff⁹ beinhaltet dieser Begriff, dass die Verwaltung die „soziale Bedürftigkeit“ abdecken sollte.¹⁰ Der Zugang der Bevölkerung zu notwendiger Versorgung ist ein sozialpolitischer Leitgedanke. Kriterien wie Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der medizinischen Leistung sind Inhalt dieser Überlegung. Die Versorgungsdichte ist ein quantitatives Maß der Verfügbarkeit, jedoch muss diese trotz hoher Arztdichte nicht gegeben sein.¹¹ Eine Verallgemeinerung ist aufgrund der verschiedenen Therapie- bzw. Behandlungsanlässe nicht möglich.

Die Verteilungssystematik folgt den Angaben der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, als bundesweite Grundlage.¹² Der

⁵§ 77 Abs. 1 SGB V

⁶Vgl. § 75 Absatz 2 SGB V.

⁶Vgl. § 105 Absatz 1 SGBV.

⁸Vgl. Raichle, J.(2011); S. 85.

⁹Ernst Forsthoff, Staatsrechtler

¹⁰Vgl. Zerth, J. (2005), S.43.

¹¹Ebenda. (2005), S. 266.

¹²Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

Versorgungsgrad ist Grundlage für die Feststellung der vorhandenen „Bedarfsstellen“, welcher durch arztgruppenspezifische Verhältniszahlen ermittelt wird. Man betrachtet die Relation zwischen Zahl der Einwohner und Zahl der zugelassenen Vertragsärzte.¹³

Je nach dem wie dieser errechnete Bedarf durch Ärzte gedeckt ist, kommt es zu gesperrten, partiell geöffneten oder offenen Planungsbereichen. Die Bestimmung der Arztplanstellen für die Arztgruppen erfolgt mittels einer Berechnung zur „Über- und Unterversorgung“.

- Unterversorgung: bei einer Unterschreitung des festgelegten Bedarfes um 50 Prozent in der fachärztlichen Versorgung eine Unterschreitung von 25 Prozent in der hausärztlichen Versorgung (§28 i. V. m. § 29 Bedarfsplanungsrichtlinie)
- Überversorgung: wenn eine Arztgruppe den Bedarf des Planungsbereiches um 10 Prozent überschreitet (§ 18 Bedarfsplanungsrichtlinie)

Gilt ein Planungsbereich als überversorgt, dann ist dieser gesperrt. Hier kann sich kein Vertragsarzt der entsprechenden Arztgruppen neu niederlassen. Wird eine Arztstelle frei, ist der Bereich partiell geöffnet und nur für diese spezifisch frei gewordene Stelle offen. Ist keine Überversorgung gegeben, ist der Planungsbereich offen und es können sich Vertragsärzte quantitativ frei niederlassen bis „Überversorgung“ in den jeweiligen Arztgruppen erreicht ist.

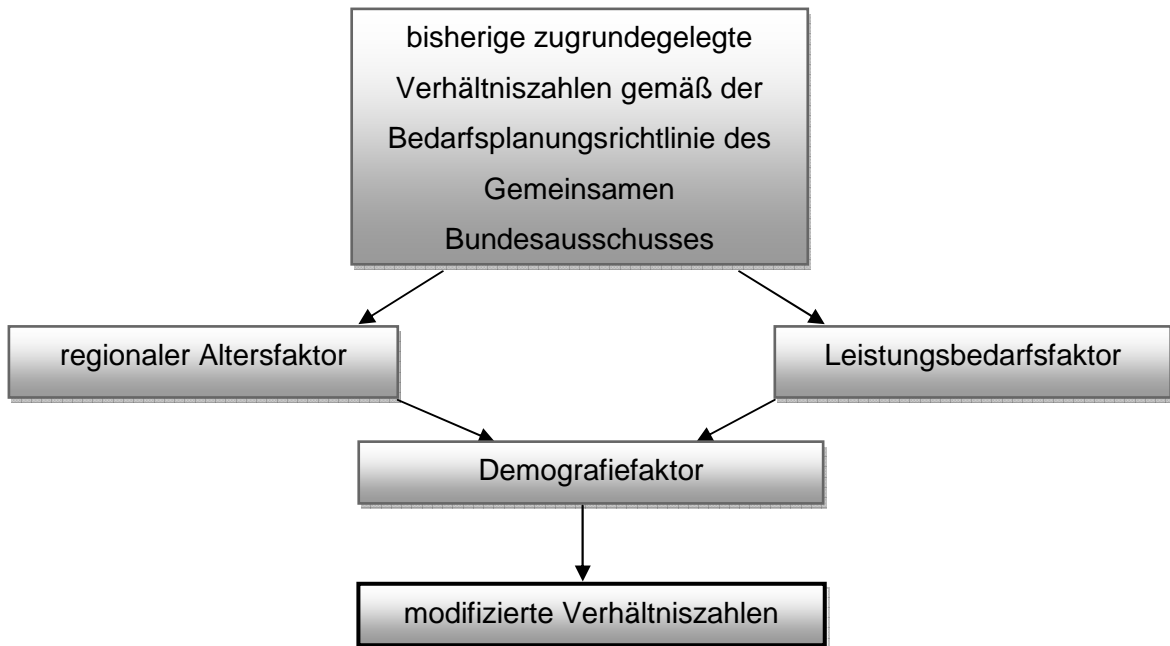
Die räumliche Gliederung beruht auf die Raumordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung. Die Gliederung richtet sich nach der Einwohnerdichte. Anlagenummer 2 im Anhang stellt die Einordnung der sächsischen Planungsbereiche nach diesem Schema dar.

Die Verhältniszahlen, stammen grundsätzlich von 1990 aus den alten Bundesländern. Dementsprechend sind die errechneten Versorgungsgrade nicht eindeutig aussagekräftig. Die relative Grenzen zur Bewertung ob Unter- oder Überversorgung sind zweifelhaft. „Unterversorgung“ in der fachärztlicher Versorgung ist erst gegeben, wenn nur noch 50 Prozent des errechneten Bedarfs an Ärzten existieren. Da die Grundlage Durchschnittswerte bzw. auch noch eventuell nicht passende Verhältniszahlen der alten Bundesländer sind, ist die Basis der prozentualen Berechnung an sich schon in bestimmten Fällen zu niedrig angesetzt. Die

¹³auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V ;Verfahren nach den §§ 4 bis 8Bedarfsplanungsrichtlinie.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat hierzu ein Berechnungsmodell entwickelt, um eine sachgemäßere Planung zu gewährleisten.¹⁴ Der Demografiefaktor wird in Bereichen angewendet, welche den Bundesdurchschnitt übersteigende Behandlungsvolumen zeigen. Die bisher festen Verhältniszahlen werden mit dem Demografiefaktor multipliziert, welcher sich in zwei Bestandteile splittet.¹⁵

Abbildung 1: Berechnungsmodell Demografiefaktor



Quelle: KVS-Mitteilung Ausgabe 03/2011, eigene Darstellung

Die bedarfsplanerisch relevanten Arztgruppen sind in der Bedarfsplanungsrichtlinie zu finden. Nach Einteilung der Arztgruppen in hausärztliche Versorgung und fachärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGBV ergeben sich die folgenden Tabellen.

Tabelle 1: Hausärztliche Versorgung

Hausärztlicher Versorgungsbereich:
Hausärzte gemäß § 101 Abs. 5 SGBV.
Kinderärzte

Quelle § 73 SGBV, § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie, eigenen Darstellung

¹⁴ Ab 2011 wirksam.

¹⁵ Der Altersfaktor ist das Verhältnis der 60jährigen und älteren Bevölkerung. Die KBV errechnet mittels Abrechnungsstatistiken den Leistungsbedarf der unter 60jährigen und der 60jährigen+ älteren Bevölkerung für die Arztgruppen. Dieses Verhältnis stellt der Leistungsbedarfsfaktor dar.

Tabelle 2: Fachärztliche Versorgung

Fachärztlicher Versorgungsbereich:
Anästhesisten
Augenärzte
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten § 101 Abs. 5 SGBV
Nervenärzte
Orthopäden
Psychotherapeuten
Radiologen
Urologen

Quelle § 73 SGBV, § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie, eigenen Darstellung

Nicht alle Arztgruppen sind bedarfsplanungsrelevant. Hier gilt der Umkehrschluss, d.h. die Plankriterien gelten nur für die in der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgeführten Arztgruppen. Arztzahl und Behandlungshäufigkeit, sowie ein gewissen Arzt-Patienten-Kontakt müssen zur Berechnung der Verhältniszahlen gegeben sein, um einen sinnvollen „Bedarf“ festzustellen. ¹⁶¹⁷ Bedarfsplanungsirrelevant sind beispielsweise überweisungsgebundene medizinisch-technische Fachrichtungen.

¹⁶§ 99 Absatz 1 SGB V beinhaltet die Erstellung eines Bedarfsplan auf Landesebene. Laut Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Abschnitt 3 § 12 Absatz 3 sollen hierbei verschiedenen Gegebenheiten beachtet werden. Von Einfluss sind Kriterien wie Bevölkerungsdichte und- struktur, Krankenhausversorgung, Nachfrage nach vertragsärztlicher Versorgung und Infrastruktur. Diese prospektive Planung setzt das Zusammenspiel aller beteiligten Akteure, eine aktuelle und vollständige Berechnungsgrundlage, einen festen und einheitlich definierten Bedarf voraus- Das bevorstehende Versorgungsstrukturgesetz greift diese anforderungsreiche Aufgabe auf..

¹⁷Übersichten zu den Arztgruppen in den sächsischen MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern finden sich im Anhang (bedarfsplanungsrelevant- und irrelevant)

2.2 Problembeschreibung für Sachsen

Veränderungen sind sowohl bei den Vertragsärzten als auch auf der Patientenseite zu erkennen. Die Angebotsseite zeichnet sich durch eine relative Mangelsituation aus, welche durch den nichterfüllbaren Nachbesetzungsbedarf mit Vertragsärzten resultiert.¹⁸ Der Altersdurchschnitt der derzeit tätigen Ärzte im ambulanten Sektor deutet darauf hin, dass sich diese Situation perspektivisch dramatisiert.¹⁹ Die Nachfrageseite ist charakterisiert durch zunehmend ältere, multimorbide, chronisch-krankte Patienten. Der Anteil der über 60jährigen ist im Osten Deutschlands am höchsten. Im Alter von 15 bis 39 Jahren geben 9 Prozent der Bevölkerung in Deutschland an, eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu haben. Im Alter von über 65 Jahren sind es 22 Prozent.²⁰ Hinzu kommt die steigende Multimorbidität im Alter (Bsp.: Frauen zwischen 40 und 45 Jahren geben 5 Prozent mehr als fünf Krankheiten an. Im Alter von 70 bis 85 Jahren sind es 28 Prozent)²¹

Die Bedarfsfeststellung laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zeigt im Mittleren Erzgebirgskreis eine Unterversorgung mit Augenärzten. Drohende Unterversorgung (prospektive Berechnungen unter Beachtung der Arzalterentwicklung und der Nachbesetzungsaussicht) zeichnet sich wie folgt ab: in Stollberg bei Nervenärzten, Mittlerer Erzgebirgskreis und Torgau-Oschatz bei Hausärzten, und Annaberg bei HNO-Ärzten. Durch individuelle Bestimmung der Versorgungssituation können besonders versorgungskritische Gebiete festgestellt werden. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht demnach bei Hausärzten in Hartha, Rosswein, Grünhainichen, Lengenfeld, Wolkenstein und Beilroda, bei Nervenärzten in Weißwasser und in Zschopau bei Augenärzten.²² Viele der genannten Regionen liegen im Erzgebirgskamm. Laut veröffentlichten Übersichten zur Zulassungsbeschränkungen für Sachsen ist auffallend, dass die Bezirke in Bezug auf die hausärztliche Versorgung fast durchgängig offen oder partiell geöffnet sind. Die Ausgewogenheit zwischen fach- und hausärztlicher Versorgung kann nicht gewährleistet werden.²³ Desweiteren deuten die

¹⁸Selbst wenn der Bedarfsplan durch den Demografiefaktor mehr Stellen aufweist, können diese teilweise nicht besetzt werden.

¹⁹Hierzu zeigt Anlage 1 die Altersmittelwerte der Haus- und Fachärzte in Sachsen.

²⁰Statistisches Bundesamt, internationaler Vergleich.

²¹Vgl. Tivig T., Hetze P. (2007).

²²Festgeschrieben in § 27 ff., Abschnitt 8. Abschnitt Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA; Die genannten Gebiete wurden teilweise vor der Einführung des Demografiefaktors errechnet, sodass hier real mehr Bedarf existiert.

²³§ 73 SGB V i.V.m. § 35 Abschnitt 9 Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA (60 Prozent-hausärztliche Versorgung).

Zahl an Inseraten für Praxisabgabe- bzw. Praxisgesuche auf eine Nachbesetzungsproblematik hin.²⁴

Die Zulassung der Vertragsärzte gilt für einen Praxissitz des entsprechenden Planungsbereichs. Somit ist grundsätzlich ein Leistungsortwechsel innerhalb dieser Region möglich. Theoretisch kann damit, je nach Planungsbereich, ein Konzentrationsprozess hin zum MVZ über viele Kilometer Entfernung erfolgen. Bei offenen Planungsbereichen ist theoretisch ein Planungsbereichwechsel möglich. Die Planungsbereiche sollen laut Zulassungsverordnung den Grenzen der Städte bzw. Landkreisen entsprechen. Sachsen hat hierfür die alten „Kreisgrenzen“ vor der Gebietsreform zum 01.08.2008 beibehalten um einer Nivellierung von Versorgungsunterschieden bei Vergrößerung der Planungsbereiche entgegenzuwirken. Mit den jetzigen Kreisgrenzen könnte keine sachgemäße zielgenaue Steuerung gewährleistet werden. Die Problematik liegt bei der Verteilung der Ärzte.²⁵ Innerhalb eines Planungsbereiches ist es möglich, dass größere Städte eine hohe Bevölkerungsdichte aufweisen und Randgebiete beispielsweise eine sehr niedrige²⁶. „In der Tat ist es nicht ausgeschlossen, dass ländliche Regionen bei gleichzeitig niedrigerer Bevölkerung und niedrigerer Zahl an Ärzten höhere Arztdichten aufweisen als urbane Regionen. Dennoch mag der Zugang auf Grund der langen Fahrtwege schlechter sein.“²⁷ Letztendlich kann es zu einer unausgewogenen Ärzteverteilung kommen. So müssen Patienten weite Wege innerhalb des Gebietes auf sich nehmen.²⁸.

Der Niederlassungswille der Ärzte in ländlicher Region (Bsp.: Erzgebirgsregionen) schwindet. Die ländliche Region ist zwar gekennzeichnet von einer schrumpfenden Bevölkerung, allerdings steigt der Bedarf an ärztlicher Leistung durch die zunehmend älter werdende Bevölkerung und die Multimorbidität. Man kann daher als Arzt Gewinn erwarten. Der ländliche Kontext zeigt sich jedoch auch als unattraktiv. Die

²⁴Vgl. www.kvs.de, Rubrik Mitglieder. Die Praxis- und Stellenbörse ist freiwillig. Real existieren mehr Ärzte, die ihre Praxis abgeben wollen.

²⁵Vgl. Wölbing, R., Feuerstein (2011): Versorgungsstrukturgesetz: Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten durch die KVen erleichtern, als Mittel gegen die Ungleichverteilung.

²⁶Vgl. Adler, G.; Knesebeck, J. (2011): „Oder die sogenannten Speckgürtel, die sich um „profitable“ und attraktive Ballungszentren gebildet haben, die aber in den Teilen eines Kreises, die vom Ballungsgebiet weiter entfernt sind, oftmals eine deutlich verminderte Ärztenpräsenz aufweisen. Auch hier kann der Bezirk insgesamt als gut versorgt erscheinen, obwohl er sich tatsächlich in unterversorgte und überversorgte Teile aufspaltet“.

²⁷Kuhn, M. (2009), S.44.

²⁸weitere angestrebte Maßnahmen sind im aktuellsten Gesetzesentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen erschienen. In überversorgten Gebieten soll der Verzicht auf die Zulassung des Arztes gefördert werden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen soll ein Vorkaufrecht in diesen Regionen eingeräumt werden. Versorgungskriterien sollen noch stärker bei der Auswahl der Bewerber für ein Vertragsarztsitz beachtet werden. So soll der Zulassungsausschuss bei einer Besetzung in einem „überversorgten“ Gebiet beachten, wenn der Bewerber vorher in einer unterversorgten Region tätig war.

Behandlungsfälle in urbanen Regionen versprechen zusätzliche Einnahmen über Liquidationsmöglichkeiten und im Gegenzug zu multimorbiden ländlichen Patienten relativ kurze und simple Fälle. Zusätzliche Belastungen durch Hausbesuche sind in ländlichen Regionen höher gewichtet.²⁹ Eine perspektivisch schrumpfende Bevölkerung auf dem Land und der schwierige Verkauf der Praxis als gewisse „Altersversorge“ sprechen ebenfalls gegen die Niederlassung außerhalb der städtischen Räume. Der Wert der Praxen außerhalb der Ballungsgebiete sinkt.³⁰ Eine urbane Situation für den Arzt selbst ist von hoher Priorität (Infrastruktur, Schulen, Kindergärten, Einkaufsmöglichkeiten, berufliche Perspektive des Partners, etc.). Die Residenzpflicht wurde aufgrund der Verteilungsproblematik gelockert,³¹ nicht gefährdet darf jedoch die Notfallversorgung sein. Qualitativ kann eine niedrige Arztdichte auf dem Land zu einer Monopolstellung eines Arztes führen, da die Patienten die langen Wege zum nächstgelegenen Arzt vermeiden. Hier entsteht keine Wettbewerbssituation und die Qualität der Behandlung könnte sich verringern.³² Es besteht ein signifikanter Effekt in der Arztkontakthäufigkeit unter Einbezug der Variablen der Entfernung zwischen Wohnort und Praxis und der Art der Region (urban oder ländlich).³³ Eine verringerte Inanspruchnahme ärztlicher Konsultation ist das Resultat und kann perspektivisch zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten und letztendlich zu eigentlich vermeidbaren Folgekosten führen.

²⁹Vgl. Kuhn, M.(2009),S.54

³⁰Vgl. Pelleter, J., Sohn, S., Schöffski, O. (2005), S. 133

³¹Diese soll nach Gesetzesentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur sogar in überversorgten Gebieten aufgehoben werden.

³²Vgl. Kuhn, M.(2009),S.50.

³³Ebenda, S. 44.

2.3 Das Medizinische Versorgungszentrum

2.3.1 Einordnung in die vertragsärztliche Versorgung

Die Verteilungssystematik der vertragsärztlichen Versorgung wurde in Punkt 2.1 erläutert. Nun soll der Kontext des Medizinischen Versorgungszentrums näher erklärt werden. Grundsätzlich besitzt jeder Arzt die freie Niederlassungsmöglichkeit. Die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten erfordert jedoch die Zulassung als Vertragsarzt. Da circa 90 Prozent der deutschen Bevölkerung gesetzlich krankenversichert ist, stellt dies für den Großteil der Ärzte eine unumgängliche Voraussetzung dar.^{34,35} Die vertragsärztliche Versorgung ist ein System mit bestimmten Eintritts- und Verteilungskriterien.³⁶ Die Aufnahme erfolgt über den, für den Zulassungsbezirk zuständigen, Zulassungsausschuss. Dieser setzt sich paritätisch aus unabhängigen Vertretern der Ärzteschaft und den Krankenkassen zusammen.³⁷ Die vertragsärztliche Versorgung schließt gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V zugelassene Ärzte, zugelassenen Medizinische Versorgungszentren, angestellte Ärzte, Einrichtungen nach § 311 SGB V sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigt ärztlich geleitete Einrichtungen ein. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ergibt sich für die ambulante ärztliche Versorgung ein typisches Bild: Es finden sich in der Fläche vorrangig Ärzte in Einzelniederlassung. Eine Minderheit bilden andere Teilnehmer: Formen wie angestellte Ärzte bei Vertragsärzten, Ärzte mit Ermächtigung³⁸ oder Ärzte, welche in Medizinischen Versorgungszentren tätig sind. Ärztliche Kooperationsmodelle gewinnen an Bedeutung. Durch Budgetierungen in der Abrechnung und steigenden Praxiskosten nutzen Ärzte die Synergieeffekte einer Gemeinschaft. Im Zuge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes beispielsweise sind hier neue Begriffe definiert worden, wie die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft³⁹ oder die Teilberufsausübungsgemeinschaft. Das Medizinische Versorgungszentrum stellt eine gesondert im Gesetz beschriebene Form der vertragsärztlichen Versorgung dar und zeichnet sich beispielsweise durch personelle Angestelltenstrukturen aus, während die freiberufliche ärztliche Selbständigkeit (persönliche Zulassung, getrennte Abrechnung) in anderen Gemeinschaften oberste Priorität hat. Die hier vorliegende Untersuchung beschränkt sich ausschließlich auf die MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und

³⁴Vgl. Simon, M. (2010), S. 181.

³⁵Außerhalb der Tätigkeit als Vertragsarzt ist lediglich die Behandlung auf Grundlage privater Leistungsanspruchnahme möglich.

³⁶Qualitative Aspekte, sowie geografische Regelung wie in Punkt.2.1 beschrieben.

³⁷Vgl. Diehl, M., Hartz, B.(2007), S.218.

³⁸Persönliche Ermächtigung (Krankenhausarzt), Einrichtungsermächtigung, temporär um vertragsärztliche Versorgung zu kompensieren, spezieller fachärztlicher Bedarf, § 116, 116a, SGB V.

³⁹Vgl. KBV "Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-Chancen durch Vielfalt", S.8 hier ist beispielsweise die Konstellation von einem MVZ und einem Vertragsarzt oder mehrere MVZ denkbar.

Krankenhäusern. Auf weitere Formen der vertragsärztlichen Versorgung oder auf andere Trägertypen soll nicht weiter eingegangen werden.

2.3.2 Charakteristik MVZ

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 i. V. m. der Zulassungsverordnung der Ärzte eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“. ⁴⁰

Das Modell des MVZ wird gleichberechtigt gegenüber den anderen Formen der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen lassen sich drei wesentliche Eigenschaften erkennen:

- fachübergreifend
- ärztlich geleitet
- Tätigkeit durch zugelassene oder angestellte Ärzte ⁴¹

MVZ zählen zu einer relativ jungen Form der ärztlichen Versorgung. Gründer können nach § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB Leistungserbringer des Gesundheitssystems sein. Diese müssen aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der Versorgung mitwirken.⁴² Nach § 108 SGB V ist ein Krankenhaus zugelassener Leistungserbringer. Ein ursprünglicher Gesetzentwurf für das GMG vom 16.06.2003 enthielt diese Regelung nicht. Hier sollte es Krankenhäusern verwehrt sein, als Träger zu fungieren. Es sollte nicht zu einer regelhaften Tätigkeit der Krankenhäuser innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung kommen.⁴³ Befürchtungen zu Folge könnte es zu einer gezielten Kompensation der ambulanten Leistung durch Auslagerung stationärer Leistungen aufgrund des DRG-Systems kommen. Die Nutzung der MVZ als Einweisungsportale erscheint ebenfalls als ein Konfliktpotential. Ärzte könnten in ihrer Diagnose- und Therapiefreiheit durch die weisungsgebundene Anstellung eingeschränkt werden.⁴⁴ Bei Vertragsarzt-MVZ liegt es nahe, dass hier die Umformung ehemaliger Gemeinschaftspraxen in eine MVZ vollzogen wurde.⁴⁵ Erweiterungsoptionen und Sicherung der Praxisabgabe, die Rechtsform der GmbH, etc. sprechen für das MVZ-

⁴⁰ § 95 SGB V.

⁴¹ Vgl. Wigge, P (2004) MedR, S.3.

⁴² Vgl. Diehl, M., Hartz, B. (2007), S. 195.

⁴³ Vgl. Wigge, P.(2004) MedR,S.8-9, i.v.m. Bundestags Drucksache 15/1170, S.42.

⁴⁴ Vgl. Drükers, A.; Rabatta, S., BÄKGround zum 113. Deutschen Ärztetag, S.2.

⁴⁵ Vgl. Nass, M. (2009), S. 5.

Modell.⁴⁶ Zusätzlich sei angemerkt, dass die beiden Hauptträgerformen sich im Hinblick auf ihre Führungsorganisation in der Regel prinzipiell unterscheiden. Die MVZ der Vertragsärzte ähneln der klassischen Form der vertragsärztlichen Tätigkeit. Man könnte Sie mit einer Gemeinschaftspraxis vergleichen. MVZ unter Krankenhäusern haben eher einen institutionellen Charakter. Die Abrechnung wird beispielsweise oft von Verwaltungspersonal des Krankenhauses getätigt. Betriebswirtschaftliche Organisationen werden zu 44 Prozent in Klinik-MVZ und nur zu 17 Prozent in MVZ von Vertragsärzten gemessen.⁴⁷

Durch die Neuregelungen des VÄndG⁴⁸ sollten die Gründung und der Betrieb von MVZ vereinfacht werden. Ziel war eine Liberalisierung und Flexibilisierung des ärztlichen Berufsrechtes, um eine Grundlage für mehr Effizienz und Wettbewerb zu schaffen. Die bisher gegoltenen Altersgrenzen zur Berufsausübung der Ärzte von 55 bzw. in unterversorgten Regionen von 68 Jahren wurden aufgehoben.⁴⁹ Die Option als Arzt seine Praxis mit der Absicht auf Ruhestand in ein MVZ einzubringen, bietet sich daher an. Der ältere Arzt kann für eine gewisse Zeit noch in Anstellung im MVZ tätig werden. Job-Sharing zwischen Senior- und Juniorarzt sind möglich.⁵⁰ Das Kriterium „fachübergreifend“ wurde neu definiert. Somit richtet sich die Beurteilung nach den Facharztbezeichnungen und Schwerpunktbezeichnungen. Hierdurch wurde die Gründung erleichtert und sinnvolle Kombinationen wie Internist mit Schwerpunkt Kardiologie und ein Internist mit Schwerpunkt Pneumologie gelten als fachübergreifend. Bis dato war es unzulässig als Arzt gleichzeitig in einem Krankenhaus und dem angegliederten MVZ zu agieren. Die Zulassungsausschüsse begründeten die Verweigerung mit der Unvereinbarkeit und befürchteten Interessenkonflikte.⁵¹ Durch Modifizierung des § 20 Abs. 2 der Ärzte- Zulassungsverordnung wurde die Vereinbarkeit einer solchen berufsrechtlichen Konstellation als genehmigungsfähig erklärt. Die Verzahnung der Sektoren über ein MVZ stellt eine bisher nicht derart existierende Möglichkeit dar.⁵² Das MVZ in seiner interdisziplinären und intersektoralen Eigenschaft bietet sich für Verträge zur „Integrierten Versorgung“ an. Neben DRG im Krankenhaus

⁴⁶Vgl. Friedlingsdorf Consult, o.V.(2011), S.3

⁴⁷Vgl. ebenda., S. 40, nach Quelle von KBV.

⁴⁸Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, seit dem 01.01.2007 in Kraft, Bundestagsdrucksache 16/2474

⁴⁹Vgl. Bundestagsdrucksache 16/2474, Gesetzesentwurf- Ziel und Lösung.

⁵⁰Vgl. § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 23 Bedarfsplanungsrichtlinie- gemeinsame Berufsausübung mit Leistungsbeschränkung für diese Arztstelle.

⁵¹Vgl. BSG, Urteil v. 5.2.2003.

⁵²Krankenhäuser konnten bisher nicht regelhaft an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Möglichkeiten waren temporär, personengebunden, leistungsabhängig oder vertragsabhängig-

und den teilweise gedeckelten Honoraren der Vertragsärzte stellt dies eine zusätzliche Einnahmequelle für Krankenhäuser und Vertragsärzte dar.⁵³

2.3.3 Expansionsmöglichkeiten

Um zu verdeutlichen, welchen Einfluss MVZ auf die vertragsärztliche Umgebung haben können, erläutert dieser Punkt legale Erweiterungs- bzw. Stabilisationsmöglichkeiten der MVZ.

- **Trotz gesperrtem Planungsbereich**

Ein niedergelassener Arzt kann seine Zulassung gemäß § 103 Abs. 4a S.2 SGBV in ein MVZ einbringen, welches als „Nachfolger“ für diese Praxis eintritt. Der Arzt verzichtet in diesem Fall auf seine eigene Zulassung und führt seine Praxis nicht fort; begründet z.B. durch den Ruhestandswunsch des Arztes. Sein Ziel ist in dem Fall, seine Praxis und den damit verbundenen Patientenstamm möglichst wertgerecht zu veräußern. Der Zulassungsausschuss gewährt die Einbringung der Zulassung unter Voraussetzung der Anstellung innerhalb einer „juristischen Sekunde“⁵⁴ Durch die vermehrte Inanspruchnahme der Ärzte das MVZ als Nachfolger zu wählen, wird hier die Gefahr des zunehmenden „Aufkaufes“ der Arztsitze durch Klinik-MVZ befürchtet, welche weniger aus Motiven der Sicherstellung, sondern aus monetären Gesichtspunkten diese Handlung vollziehen. Krankenhäuser sind seit 2002 mit Einführung der DRG-Fallpauschalen unter Kostendruck geraten. Um wirtschaftlich tragfähig und konkurrenzfähig zu bleiben, erscheint es als logisch, dass Krankenhäuser nicht nur aus rein versorgungsrelevanten Punkten diese Käufe tätigen.⁵⁵ Vor dem Hintergrund der fehlenden Nachfolgeinteressenten ist diese Regelung gewissermaßen als Notlösung zu sehen und kann positiv eingeschätzt werden. Bei mehreren Interessenten könnte ein Problem resultieren. Ist der Arzt bestrebt, den für ihn maximalen Gewinn zu erzielen, könnte ein Krankenhaus durch mehr finanziellen Background diesen Arztsitz, unter Voraussetzung der Genehmigung des Zulassungsausschuss, eher erhalten als ein einzelner Arzt.⁵⁶ Nach Beendigung der Anstellung des Arztes erfolgt die Nachbesetzung

⁵³§140 a-d SGB V, i.V.-Verträge werden durch Direktverträge mit Krankenkassen finanziert.

⁵⁴Hier gilt außerdem laut Ärztezulassungsverordnung die Weiterbeschäftigung von mind. einem viertel Jahr, außer versorgungsrelevanten Gründen stimmt der Zulassungsausschuss jedoch in bestimmten Fällen trotzdem zu.

⁵⁵Vgl. Behnsen, E. (2004): Eine weitere Option ist folgender spezieller Fall. Ist ein niedergelassener Arzt gleichsam Gründer eines MVZ und möchte auf seine Zulassung verzichten und sich anstellen lassen, so ist das ebenfalls möglich. Die Gründungsvoraussetzungen werden nicht beeinträchtigt, solange die geforderten gründungsberechtigten Leistungserbringer Stimmrechte und Geschäftsanteile am MVZ besitzen

⁵⁶Bei der Annahme des Verkaufes der Praxis und Patientenstamm durch den Arzt als gewisse Altersvorsorge, trifft zu bei partiell geöffneten Planungsbereichen zu.

zumeist durch Krankenhausärzte, welche in Teilzeit beschäftigt sind. Die ursprüngliche Stelle wird personell gesplittet. Arztzeit wird durch die derzeitigen Umstände als knappe Ressource verstanden. Durch die arbeitsrechtlichen Aufteilungen entsteht eine Konkurrenzsituation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ein hinreichend hoher kontinuierlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist begrenzt möglich. Durch die Integrierungen der Zulassungen kann ein MVZ zur Stabilisierung der Arztstruktur beitragen. Ein bloßer Wegfall ohne Nachbesetzung könnte die Folge sein. Ein Vertragsarzt könnte über das Job-Sharing einen angestellten Arzt in gleicher Fachidentität einstellen und sich zur Leistungsbegrenzung verpflichten. Die Stelle wird gewissermaßen geteilt. Eine Senior-Junior-Konstellation⁵⁷ wäre in MVZ denkbar. Nach einer gewissen Zeit hat dann der angestellte Arzt ein Vorrecht auf diese Arztstelle bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkung in dem Planungsbereich.

Um die Gründungsvoraussetzungen nach § 95 zu erhalten, bzw. die existierende Struktur des MVZ zu stabilisieren, wird vermutet, dass Medizinische Versorgungszentren versuchen die Arztstellen innerhalb des MVZ nach zu besetzen.⁵⁸ Ärzte, die ihre Zulassung in ein MVZ eingebracht haben, erhalten bei gesperrten Planungsgebieten nicht wieder ihre persönliche Zulassung zurück. Langfristig ergibt sich ein Ärztepool, welcher in den MVZ fixiert ist und theoretisch in der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung teilnehmen könnte. Bei kumulierter Betrachtungsweise diese Entwicklungen ergibt sich der Effekt, dass Arztsitze zentralisiert werden und in der Fläche fehlen. Laut der Eckpunkte des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen kann ein MVZ nur dann einen Arztsitz verlegen, wenn Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.

Losgelöst von der Bedarfsplanung können MVZ ihre Gründungsvoraussetzung erhalten bzw. behalten, indem sie nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen laut Punkt 2.1 integrieren.

- **Theorie der Nebenbetriebsstätten**

Das MVZ ist grundsätzlich dazu angehalten, den Arztsitz (Bsp. im Wege der Praxisnachfolge) in seine Hauptbetriebsstätte zu verlagern. Nach § 24 der Ärzte-ZV erfolgt die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit für einen bestimmten Vertragsarztsitz. Dies ist in dem Fall der Hauptstandort des MVZ. Aus der

⁵⁷Über Weiterbildungsermächtigung können junge Assistenzärzte in fachärztlichen Ausbildung in der Praxis Generationeninformationsaustausch ermöglicht werden.

⁵⁸Nachbesetzungsfrist von 6 Monaten.

Zulassungsverordnung gehen ebenfalls die Kriterien für eine Genehmigung der Nebenbetriebsstätte hervor (§1 Abs. 3 Nr. 2 ZVO-Ärzte):

- Versorgung der Versicherten wird an dem Ort außerhalb der Hauptbetriebsstätte verbessert.
- Versorgung der Versicherten am Ort der Hauptbetriebsstätte wird nicht beeinträchtigt.

Die Begrenzung der Anzahl der Nebenbetriebsstätten wurde anhand des § 17 Abs. 2 MBO und des § 17 der Berufsordnung der sächsischen Landesärztekammer festgelegt. Die Berufsordnung sieht ein Kontingent von 2 weiteren Orten vor. Am 24.06.2009 entschied das sächsische Landessozialgericht über einen Fall im Zusammenhang mit der Nebenbetriebsstättenbegrenzung. Die Regelungen, welche sich aus der Berufsordnung für Vertragsärzte als natürliche Personen ergeben, gelten nicht für ein MVZ als Einrichtung. Diese Form liegt außerhalb der Bestimmungskompetenz der Ärztekammer. Sie trifft nur auf den tätigen Arzt im MVZ zu. Jeder Arzt kann daher theoretisch an drei Orten agieren. Die Begrenzung ist daher nicht einrichtungs- sondern arztbezogen. Es wurde daher als allgemeingültige Rechnung festgelegt, dass die Sprechzeiten der Hauptbetriebsstätte höher sein müssen als die der Nebenbetriebsstätten in der Summe. Hinsichtlich der Fachgebiete ist zu erwähnen, dass das MVZ sicherstellen muss, alle Arztgruppen an der Hauptbetriebsstätte anzubieten. Eine komplette Auslagerung eines Fachgebietes in eine Nebenbetriebsstätte ist nicht zulässig, da die Zielsetzung der Versorgung „aus einer Hand“ laut Gesetzesbegründung gewährleistet werden muss. Ist dies nicht der Fall, so handelt es sich nicht in dem Sinne um eine Zweigpraxis, sondern um eine weitere Praxis.⁵⁹ Es lässt sich festhalten, dass Reglementierungen die MVZ an der Verteilung in der Fläche hindern. Die Grundsätze sichern die Gleichstellung der MVZ mit den Vertragsärzten und wahren den Charakter des MVZ als ein Ort der interdisziplinären Leistungserbringung, stehen aber auch im Widerspruch zur Verteilungsproblematik der Vertragsärzte.

⁵⁹Vgl. Kazemi, R., et al.(2008), MedR, S. 397, S. 686.

2.4 Theoretische Diskussion und Hypothesen

Aufgrund gegebener Problematik in Sachsen, wie in Punkt 2.2 dargestellt, sind neue Versorgungsansätze interessant. Dieser Punkt soll eventuelle Vorteile aber auch Nachteile der MVZ aufzeigen und andiskutieren, um den Leser für Auswirkungen zu sensibilisieren.

- **personalrechtliche Aspekte**

In der ambulanten Versorgung können MVZ dazu beitragen, dass Mediziner kurativ tätig werden, indem sie die wirtschaftlich weniger riskante Variante der Anstellung wählen, ohne hierbei familienunfreundliche Schichtdienste wie im stationären Bereich zu leisten. Eine 2010 durchgeführte Befragung von Medizinstudenten liefert diesbezüglich folgende Ergebnisse. „Auf jeden Fall“ könnten sich 8,6 Prozent eine Tätigkeit im MVZ vorstellen, 47 Prozent meinen „wahrscheinlich“, 34,5 Prozent „eher nicht“ und 9,8 Prozent „auf keinen Fall“. In der Summe können sich 56,6 Prozent eine MVZ-Tätigkeit vorstellen. „MVZ erleichtern es Ärzten, auf Teilzeitbasis zu arbeiten“ stimmen über 60 Prozent der Befragten zu. Gegen eine Niederlassung sprechen für die Mediziner auf Rang 1 das hohe finanzielle Risiko, Rang 2 die unangemessene Honorierung und Rang 3 der hohe Anteil an Bürokratie.⁶⁰ Grund 1 und 3 kann durch ein MVZ in jedem Fall entgegengewirkt werden. Zentrale Abrechnungsmodalitäten erlauben den Ärzten eine Konzentration auf kurative Aktivitäten. Sprechzeiten können hierdurch ausgedehnt werden. Die Verfügbarkeit wird gesteigert. Bei gegebener Knappheit der Ressource „Arzt“ ist diese Option der Anstellung bzw. Teilzeitanstellung stark von Bedeutung. Teilzeitbeschäftigung geht mit personeller Teilung von Arztstellen einher, wenn ein voller Versorgungsauftrag gewährleistet werden soll. Die Arztstellen werden so effektiv wie möglich genutzt und erhalten.

Durch mangelnde Identifikation und keinen direkten Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung und Einkommen kann das Problem der geringen Arbeitsmoral entstehen, welche beispielsweise in den damaligen Polikliniken beobachtet wurde.⁶¹ Bei gehäufter bzw. langfristiger Inanspruchnahme eines Arztes durch den Patienten könnten Teilzeitbeschäftigungen fehlende Kontinuität bedeuten, indem der Patient verschiedene Ärzte konsultieren muss. Gerade im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist ein langfristiger Arzt-Patienten-Kontakt durch hohe Inanspruchnahme und wünschenswerte Kenntnis der Diagnosehistorie sowie eventuelle sozialer Determinanten des Patienten

⁶⁰Vgl. Berufsmonitoring Medizinstudenten, Universität Trier und agas.

⁶¹Vgl. Pelleter, J, Sohn, S., Schöffski, O.(2005),S. 141, Polikliniken sind ähnliche Modelle der früheren DDR.

bedeutungsvoll für die qualitativ hochwertige Versorgung. Daher ist die Teilzeitbeschäftigung, gerade im Umfang von 0,25, nicht nur positiv zu werten.

- **Wettbewerb und Verteilung von MVZ**

Die KBV erwähnt, dass ein verstärkter Wettbewerb, wie er durch die MVZ erzeugt wird keine Antwort auf die Problematik der perspektivisch unzureichenden Versorgung sein. MVZ werden „wenn überhaupt“ in Ballungsgebieten agieren.⁶²

Eine besondere Determinante ist die Form der Trägerschaft. Die meisten Argumente gegen Medizinische Versorgungszentren sind in Korrelation mit der Krankenhausträgerschaft. Hieraus ergeben sich die Forderungen in der Öffentlichkeit in Bezug auf eine Einschränkung der potentiellen Gründer.⁶³ Die neue Alternative MVZ soll allerdings gerade durch Flexibilisierung und Wettbewerb zur Versorgung beitragen. Die Verzahnung der Sektoren wird als Lösungsansatz für Versorgungsdefizite gesehen. Effektives „Nebeneinander“ und keine Konkurrenzsituation ist die Lösung. In der Neuordnung des sekundären Facharztbereiches mit integrativen Ansätzen über Sektorengrenzen werden große Potentiale gesehen. Strukturell bietet sich das Klinik-MVZ an.⁶⁴ Die Überwindung der Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen wird als Grundlage für ein leistungsfähigeres System gesehen.⁶⁵

In der Öffentlichkeit wird der entstehende Wettbewerb als kritisch und nachteilig für die herkömmlichen Formen der vertragsärztlichen Versorgung gesehen. Die Einnahmesituationen der MVZ werden günstiger als die der Einzelpraxen eingeschätzt. Als Ursache werden höher honorierte technische Leistungen, längere Sprechstunden (ermöglicht durch Anstellungsverhältnisse), Nutzung von Synergieeffekte und Kostenvorteilen angeführt.⁶⁶ Durch stärkere finanzielle Mittel im Hintergrund wird den MVZ ein wesentlicher Vorteil zugeschrieben. Zusätzliche Finanzierungsquellen, gegebene Räumlichkeiten bzw. Geräte, eventuelle regionale Beziehungen begünstigen Klinik-MVZ. Nutzbare externe monetäre Mittel aus dem stationären Bereich können durchaus auch positiv gesehen werden, wenn hierdurch der ambulante Sektor

⁶²Vgl. KBV (2008) „Überlegung zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen“, S.2.

⁶³Vgl. Bsp. In ambulant+stationär aktuell (2010): hier fordern BÄK und KBV die Mehrheit der Geschäftsanteile in Ärztehand, nur in Ausnahmefällen durch Kliniken, zum bayrischen Ärztetag wird sogar verlangt, dass vertraglich gebundenen Leistungserbringer wie Krankenhäuser höchstens 49 % Kapital halten dürfen, hier kommt es zu Interessenkollision zwischen Ärzteschaft und Politik

⁶⁴Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kurzfassung Sondergutachten 2009, S. 167.

⁶⁵Studien weisen gehäuft auf die Schnittstellenprobleme wie Kommunikationsbarrieren, Doppeluntersuchung, etc. hin, mehr hierzu: Vgl. Ommen O, et al, Med Klinik 2007;102:913–7 (Nr. 11); Stiel, S. et al, Schmerz 2009;23:510–517

⁶⁶Vgl. a-magazin, Albrecht, R..

kompensiert bzw. sinnvoll erweitert wird. In der Öffentlichkeit⁶⁷ ist Verdrängungswettbewerb die Befürchtung.⁶⁸ Da sich ein MVZ aus ökonomischen Gründen ungünstig in ländlicher Region gründen kann, liegt die Option der MVZ nahe, bestehende Arztstühle aufzukaufen und an den Standort des MVZ zu integrieren. Für die Ärztegemeinschaft muss ein bestimmtes Patientenvolumen verfügbar sein, um tragfähig zu sein. Die Problematik der bestehenden Ärztemangelsituation in der Fläche würde verstärkt werden. Zu beachten ist, ob es sich um eine Zulassungseinbringung aus Altersgründen des Arztes handelt. Bei gegebener Knappheit der Ressource Arzt ist die Weitergabe der Praxis aus Altersgründen insofern relevant, da MVZ durch die Übernahme die Versorgung stabilisieren. Über Nebenbetriebsstätten, können unterversorgte Gebiete erschlossen werden.⁶⁹ Dies soll ganz bewusst in den neuen Bundesländern durch Klinik-MVZ gesteuert werden.⁷⁰⁷¹ Interessant ist auch, welche Historie die Ärzte im MVZ aufweisen, um abzuschätzen, inwiefern der Abzug des Arztstuhls auf die Versorgung Einfluss nimmt. Bei einer Leistungsänderung eines Arztes, welcher tragender Bestandteil des Versorgungsgebietes war, ist ein Wechsel in die Hauptbetriebsstätte problematisch. Beachtung finden hier verschiedenste Faktoren in einer Detailanalyse der Auswertung. (Punkt. 4.3.8)

Bei erläuterter Problemkonstellation in Sachsen ist wichtig zu klären, inwiefern die MVZ-Strukturen versorgungskritisch einzuschätzen sind. Beispielsweise könnte kontraproduktiver Wettbewerb die Situation verschärfen. Bestimmte Konstellationen der MVZ geben Potential für Chancen, können allerdings auch kritische Folgen nach sich ziehen. Es werden Arbeitshypothesen in Form von unspezifischen Unterschiedshypothesen⁷² formuliert, welche auf die Population der MVZ in Krankenhausträgerschaft und in Vertragsarztträgerschaft in Sachsen vergleichend gerichtet sind. Berücksichtigt werden ausgewählte Kriterien in Bezug auf die eben erläuterten Sichtweisen. Vermutungen und Befürchtungen der Vertreter im Gesundheitssystem werden datenbasiert kommentiert.

⁶⁷Gemeint sind hier Fachzeitschriften, Foren und öffentliche Diskussionen.

⁶⁸Vgl. Nass, M. (2009), S. 6: besonders kritisch wird die Marktbeherrschung von Klinikketten über MVZ-Franchise-Strukturen gesehen.

⁶⁹Vgl. Nass, M. (2009), S. 10.

⁷⁰Ebenda,, S.21.

⁷¹Vgl. ÄrzteZeitung, 07.07.2011; <http://www.insuedthueringen.de/lokal/schmalkalden/fwstzsmlokal/art83450,1633981>.

⁷²Vgl. Bortz, J. (1999), S. 108.

Hypothese 1)

Im aktuelleren MVZ Survey von 2008 trifft die KBV folgende Aussagen:⁷³ „Insgesamt gesehen, sind Krankenhaus-MVZ in den neuen Bundesländern stärker vertreten als Vertragsarzt-MVZ: 52,5 Prozent der in der Stichprobe verzeichneten MVZ aus den neuen Bundesländern werden von Krankenhäusern betrieben. Im Vergleich hierzu sind es in den alten Bundesländern 31,2 Prozent“. Da den Diskussionsmittelpunkt des Öfteren die MVZ in Krankenhausträgerschaft darstellen, wird geklärt, wie hoch der Anteil der Krankenhäuser in der Versorgungsrealität in Sachsen ist, um das Ausmaß eventueller Wirkungen von Klinik-MVZ zu bewerten.

Je mehr MVZ in den letzten Jahren in Sachsen gegründet wurden, desto höher ist der Anteil der Krankenhausträger im Vergleich zu MVZ in Vertragsarztträgerschaft

Hypothese 2)

Anstellungsverhältnis und Teilzeittätigkeit als Option für den Arzt können als Chance, aber auch als Problem angesehen werden. Unter Punkt 2.4 wurde unter den personalrechtlichen Aspekt erläutert.

Wenn Ärzte in Krankenhaus-MVZ tätig sind, dann sind sie häufiger in Anstellung und Teilzeit tätig als in Vertragsarzt-MVZ.

Hypothese 3)

Angenommen wird eine Konzentrationsbewegung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung in bestimmten Regionen, begründet durch ökonomische und gesetzliche Kriterien. Die KBV führte 2005 erstmalig einen Survey im gesamten Bundesgebiet durch. Hieraus ergab sich, dass die Mehrheit der MVZ in städtischen Gebieten gegründet wird, gefolgt von den ländlichen Gebieten(n=104).⁷⁴ Klinik-MVZ werden aus Kostengründen am Standort des Krankenhauses gebildet. Unter dem Aspekt, dass Vertragsarzt-MVZ frühere Gemeinschaftspraxen sind, sollten sich diese MVZ eher in Großstädten vorfinden.

Wenn sich MVZ gründen, dann wählen MVZ in Vertragsarztträgerschaft häufiger den Standort Großstadt als Klinik-MVZ.

⁷³ KBV, MVZ-Survey 2008, S. 14-15.

⁷⁴ KBV, MVZ-Survey 2005, S. 13-14; Einteilung der Regionen nach Eurostat,2005

Hypothese 4)

Im Hinblick auf das Erhalten der gegebenen Versorgungsstrukturen sind Nebenbetriebsstätten der MVZ von Bedeutung. Sie wirken einer Zentralisierung gewissermaßen entgegen, halten das Versorgungsgefüge aufrecht und sind Einweisungsportale für Kliniken. (Punkt 2.3.3.)

Je mehr MVZ gegründet werden, desto höher wird der Anteil der Nebenbetriebsstätten bei KH-MVZ gegenüber VA-MVZ.

Hypothese 5)

„Das Einbringen der eigenen Praxis in eine Kooperation ist für jeden sechsten Arzt eine Option, um den Verkauf der eigenen Praxis zu fördern.“⁷⁵ Eine Expansion aus strategischen Gründen ist besonders bei Klinik-MVZ vermuten. Laut der theoretischen Diskussion, haben Kliniken auch Interesse an der Aufrechterhaltung der Versorgung.

Wenn eine Arztstelle aufgrund von Praxisabgabe in ein Krankenhaus-MVZ integriert wird, dann handelt es sich häufiger um Klinik-MVZ als um Vertragsarzt-MVZ.

Hypothese 6)

„Das MVZ erweitert die Formen der ambulanten Versorgung. Eine flächendeckende Versorgung können sie nicht sicherstellen.“⁷⁶ Die Gründung von MVZ hat keine erkennbaren Auswirkungen auf die Problematik des Ärztemangels in den neuen Bundesländern.⁷⁷ Der Aufkauf der Arztpraxen wird vermehrt durch KH-MVZ vermutet, dies ergibt sich rein quantitativ aus der Zahl der KH-Träger. Interessant ist, ob eine Leistungsortänderung des neuen Arztes resultiert (eventueller „Staubsaugeneffekt“). Vor dem Hintergrund, dass Vertragsärzte die MVZ als neue Organisationsform gegenüber schon bestehender Kooperationen nutzen, wird bei dieser Vertragsarzt-MVZ weniger ein Leistungsortwechsel geschlussfolgert.

Wenn ein Arzt aus einer Einzel-oder Gemeinschaftspraxis in ein MVZ wechselt, dann findet häufiger in KH-MVZ eine Leistungsortänderung des Arztes statt, als bei einem Vertragsarzt-MVZ.

⁷⁵Ergebnisse der Leserumfrage der Verlagsgruppe Springer mit der 'Ärztzeitung' und der Apotheker- und Ärztebank, *Ärztzeitung*, 07.06.2011.

⁷⁶Vgl. Krankenhausgesellschaft Sachsen

⁷⁷München, F.(2005).

3 Forschungsdesign

3.1 Datenbasis

Als Grundlage für die Auswertung dienen historische Daten der KVS. Die Daten der zugelassenen MVZ und deren Ärzte finden sich im Datenpool wieder. Grundlage für die Datengewinnung ist das Arztregister der KVS. Gemäß § 95 Absatz 2 in Verbindung mit der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) müssen sich Ärzte im Rahmen ihrer Zulassung bzw. Tätigkeit in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung einschreiben.⁷⁸ Das Datenregister wurde somit zu anderen Zwecken angelegt und musste entsprechend der Untersuchung modifiziert werden. In Abhängigkeit des Klärungsbedarfes wurden Abfragen an das Arztregister getätigt. Es wird daraufhin gewiesen, dass theoretisch Fehler im Arztregister vorhanden sein können, da Erfassungsfehler nicht auszuschließen sind.

Um die Daten zu strukturieren und eine Entwicklung darstellen zu können, wurde die Fülle der Daten in eine jährliche Stichtagbetrachtungsreihe gegliedert. Somit ergibt sich in der Datumsreihe eine akkumulierte Anzahl der bis dahin noch gültigen Daten. Es wurde eine Grundtabelle erstellt, deren Inhalt folgende Tabelle beschreibt.

Tabelle 3: Zu Grunde gelegte Datensätze

MVZ-Datensätze der Stichtage	Hauptbetriebsstättennummer, eventuelle Nebenbetriebsstättennummer, Art des Trägers durch Kennzahl
Ärzte-Datensätze der Stichtage	Geburtsdatum- Daraus wurde das Alter errechnet (gerundet). Es ergibt sich zur Zeit der Auswertung das aktuelle Alter, da mit „HEUTE“-Datum gerechnet wurde. Aus Trägerkennzeichen, welche den MVZ zugeordnet sind, wurde entsprechend der jeweiligen Ärzte der gleichen Hauptbetriebsstättennummer die Kennzeichen für den Träger regeneriert. Resultat war, dass jedem Arzt ein Träger hinterlegt wurde Kennzeichen für die Art des Beschäftigungsort (Haupt- oder Nebenbetriebsstätte)

⁷⁸Bei der KVS sind keine rein privat tätigen Ärzte hinterlegt. Die Untersuchung gilt daher nur für die Vertragsärztliche Versorgung. Da Privatärzte i.d.R. leistungsbegrenzt außerhalb der GKV-Leistungen tätig sind, bilden diese Ärzte eine Randgruppe.

Art der Tätigkeit (Zulassung oder Anstellung), Beschäftigungsumfang in Vollbeschäftigteneinheiten,

Leistungsort, Planungsbereich, Tätigkeit vor Eintritt des Arztes in das MVZ, Dauer der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vor Eintritt in MVZ (monatsgenau, gerundet)

Leistungsort vor Eintritt in MVZ und entsprechender Planungsbereich, Ort, Kennzeichen für Leistungsortwechsel

Insgesamt liegen 2518 Datensätze vor, davon betreffen 2037 Daten die Ärzte (personengebundenen Daten) und 481 Daten die MVZ als Einrichtung. Grundsätzlich dienen der Auswertung als Grundgesamtheit alle MVZ und deren Ärzte. Quantitativ ausgedrückt sind es 884 Datensätze zu MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und 1157 Datensätze in Bezug auf MVZ unter Krankenhäuser. Dies ergeben 2041 Datensätze. Die restlichen 477 Datensätze betreffen MVZ und deren Ärzte, welche in sonstiger Trägerschaft sind. Die sonstigen Träger Sachsens sind in Punk 4.2 in den Ergebnissen aufgeführt (→Tab. 7).

Tabelle 4: Begriffliche Definitionen

Begriff	Erklärung
Beschäftigungsumfang	Angabe durch Anrechnungsfaktor nach §38 Bedarfsplanungsrichtlinie 0,25 bis 10 Stunden pro Woche 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche 1 über 30 Stunden pro Woche, in dem Sinne Vollbeschäftigung
Arztgruppe	Einteilung nach entsprechender Fachgebietsanerkennung laut Arztregister
Tätigkeit davor	Die letzte Tätigkeit laut Arztregister vor der Tätigkeit im MVZ, Das muss nicht zwingend heißen, dass ein Arzt ohne zeitliche Differenz in eine MVZ eingetreten ist. Hier kann auch ein temporäres Fenster existieren.

Dauer Tätigkeit davor	Dauer der oben genannten letzten Tätigkeit, Angabe in Jahren (gerundet)
Leistungsortwechsel	bei Änderung des Ortkenzeichens nach Arztregister- Dies betrifft schon die Änderung des Ortes selbst und demnach auch der eventuell resultierende Wechsel des Planungsbereiches.

Verwendete Abkürzungen innerhalb der Auswertung:

- VA=Vertragsarzt; KH=Krankenhaus - daraus resultierend:
- VA-MVZ= MVZ in Trägerschaft von Vertragsarzt/Vertragsärzten- der Spielraum beträgt 1-2 Teilnehmer als Gründer
- KH-MVZ=MVZ in Trägerschaft von Krankenhaus/Krankenhäusern, der Spielraum beträgt 1-2 Teilnehmer als Gründer, auch Klinik-MVZ genannt
- NB-Nebenbetriebsstätte, als Ort der Leistungserbringung außerhalb der Hauptbetriebsstätte
- GP= Gemeinschaftspraxis, EP= Einzelpraxis

Auswertungen können Doppelungen enthalten, begründet in der Tatsache, dass Ärzte in mehreren MVZ gleichzeitig tätig sind. Daher sind pro Kopf- Aussagen schwierig zu werten. Auf die Datensätze der Vertragsärzte und Krankenhäuser bezogen, betrifft das 15 Datensätze. Aufgrund des geringen Wertes hat die Doppelung keinen großen Einfluss auf die Ergebnisse. Da zumeist mit den Beschäftigungsumfängen der Ärzte gerechnet wird, kommt es nicht zu einem Bias durch „pro Kopf“ Arztzahl.

Auf geschlechtsspezifische Formulierungen der Ärzteschaft wurde aus Gründen der Lesbarkeit und Einfachheit verzichtet. Der Begriff „Ärzte“ schließt beide Geschlechter ein. Im Text wird die gebräuchliche Abkürzung MVZ für Medizinisches Versorgungszentrum in der Singularform und für die Pluralform Medizinische Versorgungszentren verwendet.

3.2 Methodisches Vorgehen

Die hier vorliegende deskriptive Studie beleuchtet die Entwicklung der MVZ in Sachsen seit ihrer Einführung, beginnend bei Zeitpunkt t1 31.12.2004. Die Analyse der Daten erfolgt immer zum Ende des Jahres bis zum derzeitig aktuellsten Stichtag 31.12.2010 (t7). Die Periodizität ist jährlich. Eine weiterführende Betrachtung wurde nicht gewählt, da die Zeitkorridore zwischen den Stichtagen gleich sein sollen, um die Ergebnisse vergleichbar zu machen (31.12.2011- Zukunft, wäre dann Prognose). Eine feinere temporäre Einteilung wurde nicht vorgenommen. Entwicklungen können auch anhand der jährlichen Einheit festgestellt werden. Die die hier untersuchten Daten sind nicht quartalsabhängig. Einschneidende Ereignisse wie z.B. das VÄndG wirken nicht zeitspezifisch. Für bestimmte Untersuchungsinhalte wurde lediglich der Stichtag t7 herangezogen. T7 beinhaltet die akkumulierte aktuelle Situation der Daten, welche sich über die Jahre ergeben hat. Bestimmte Entwicklungen, wie die Arztgruppenstruktur festigen sich erst nach der Anlaufphase. Eine vorherige Betrachtung wäre nicht sinnvoll.

Vorab wird die Gesamtpopulation der MVZ in Sachsen herangezogen. Anschließend werden zwei Vergleichsgruppen nach Art der Trägerschaft gebildet. Sonstige Träger werden für diese Betrachtung außer Acht gelassen. Dies geschieht aufgrund der quantitativen Ausprägung. Die Auswertung zeigt, dass Vertragsärzte und Krankenhäuser als Träger die Hauptausprägungen sind. Die restlichen Träger bilden die Randgruppe. Klinik-MVZ stehen in der Diskussion und um ein Vergleichsmaß heranzuziehen, bieten sich die relativ gegensätzlichen MVZ der Vertragsärzte an.⁷⁹ Als quantitative Maßeinheit wird der genaueste und kleinste Bestandteil der Datentabelle herangezogen. Es werden die jeweiligen Beschäftigungsumfänge entsprechend der Abfrage aufsummiert. Die „pro Kopf“ Arztlzahl ist keine genaue Aussage, da Teilzeitbeschäftigungen bzw. gleichzeitige Tätigkeit in MVZ existieren. Hierdurch verliert diese Einheit an Aussagekraft. Um die Daten so realistisch wie möglich darzustellen und das genaue Ausmaß der Versorgungswirkung zu beschreiben, wurde zumeist mit Beschäftigungseinheiten gerechnet. Die Datenauswertung erfolgt mittels der Pivottabellen-Funktion des Tabellenkalkulationsprogramms Excel©, ein Produkt des Unternehmens Microsoft® in der Version 2007. Aus den entstandenen Tabellen wurden die hier zusehenden Diagramme erzeugt. Die Auswertungen erfolgen vom Allgemeinen bis hin zur Detailanalyse.⁸⁰

⁷⁹Die genaue Begründung der Wahl der Gruppen ist in Punkt 2.4 in der theoretischen Diskussion erläutert.

⁸⁰Vgl. Blettner et al (2009), Dtsch. Ärzteblatt.

Operationalisieren des Begriffes Versorgungswirkung:

Versorgungswirkung ist ein erschöpfender und dehnbarer Begriff. Diese Untersuchung beleuchtet gezielt quantitativ Merkmale als Hinweise auf die Versorgungswirkung. Weitere versorgungsrelevante Aspekte zu analysieren ist, vor dem Hintergrund der ständigen Diskussionen um MVZ, perspektivisch anstrebenswert. Die gegenwärtige Datenanalyse beschränkt sich auf folgende Merkmale:

- **Zu Punkt 4.1: Allgemeine Entwicklungskennzahlen**

Um das Ausmaß der MVZ speziell in Sachsen zu klären und den Trend perspektivisch einzuschätzen, werden zunächst allgemeine Kennzahlen dargestellt (→ Tab. 5, Abb. 3, 4). Die MVZ-Struktur wird in ihrem Umfang auch in Beziehung zur gesamten Vertragsarztträgerschaft gesetzt.

- **Zu Punkt 4.2: Trägerschaftentwicklung**

Die beiden MVZ-Trägertypen Krankenhaus und Vertragsarzt werden in ihrer Entwicklung dargestellt und in Vergleich zum Bundesgebiet gesetzt, um aufzuzeigen welche Besonderheiten in Sachsen vorliegen. Es werden alle in Sachsen gegründete MVZ und deren Ärzte zum Zeitpunkt t7 (31.12.2010) nach ihrer Trägereigenschaft untersucht. Es wurde gruppiert nach den Trägertypen Krankenhaus, Vertragsarzt und Sonstige. Ein Kuchendiagramm stellt die relative Verteilung dar (→Abb. 7). Die Entwicklung über die Stichtage wurden in Diagrammen mittels der MVZ-Zahl und Beschäftigungsumfängen dargestellt (→Abb. 5, 6) Die Anteile der Trägerschaften werden in einer Tabelle gegenübergestellt (→Tab. 6). Um Sachsen innerhalb des Bundesgebietes abzugrenzen, erfolgt der Vergleich mit den Daten der KBV(→Abb. 8)

- **Zu Punkt 4.3: Vergleichende Betrachtung**

Die folgenden Untersuchungspunkte werden anhand der beiden Trägerformen als Vergleichsgruppen getätigt.

- **Zu Punkt 4.3.1- 4.3.2: Tätigkeitsformen- und Umfänge**

Die Tätigkeitsformen wurden mittels Gegenüberstellung der summierten Tätigkeitsumfänge der Stichtage t1-t7 mit den Merkmalen „Anstellung“ und „Zulassung“ durchgeführt. Für die Gruppe der VA-MVZ wurde ein Säulendiagramm zur Darstellung genutzt (→Abb. 9). In KH-MVZ gibt es lediglich in t7 4 Ärzte mit eigener Zulassung. Auf die Darstellung wurde verzichtet. Die Entwicklung der Teilzeitbeschäftigungen, wurde in Liniendiagrammen aufgezeigt. Summierte Beschäftigungsumfänge kamen hier aufgrund des Kriteriums Beschäftigungsumfang selbst nicht in Frage. Es wurde daher die Anzahl

der Ärzte in den entsprechenden Anrechnungsfaktoren laut Bedarfsplanung als Einheit verwendet (→Abb. 10, 11)

- **Zu Punkt: 4.3.3: Arztgruppen**

Die Arztgruppen charakterisieren strukturell das MVZ. Zur leistungsinhaltlichen Analyse wurden Besonderheiten der vertretenen Arztgruppen ausgewertet. Das mögliche Leistungsspektrum eines MVZ ist enorm. Es ist daher problematisch eine Hypothese aufzustellen. Um die wirtschaftliche Relevanz der Arztgruppen einzuschätzen, werden die durchschnittlichen Erlöse durch Honorare in Sachsen als Maßstab zugrunde gelegt. Hierbei fällt auf, dass die bedarfsplanungsirrelevanten Arztgruppen die höchsten Erlöse erlangen können. Gesondert wurden die nicht bedarfsplanungsrelevanten Arztgruppen (fachärztlichen Versorgung) zum Stichtag 31.12.2010 untersucht. Unter dem Aspekt, das MVZ, hierbei vor allem Klinik-MVZ, aus wirtschaftlicher Motivation handeln. Eine weitere denkbare Strategie ist, dass diese Arztgruppen genutzt werden, um die Gründungsvoraussetzung zu erfüllen. Die nicht bedarfsplanungsrelevanten Arztgruppen wurden mit Tabellen, sortiert nach deren Häufigkeit, dargestellt (→Tab. 8, 9). Um diese Zahl einzuschätzen, wurden die relativen Anteile errechnet und mit denen der gesamten Vertragsärzteschaft in Sachsen verglichen. (→Tab. 10). Außerdem wurden die häufigsten Arztgruppen anhand t7 ermittelt. Eine komplette Trendbetrachtung der Arztgruppen in den sächsischen MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern findet sich im Anhang zur Information wieder.

- **Zu Punkt. 4.3.4: MVZ in Großstädten**

Nach Internationaler Statistikkonferenz von 1987 sind „Großstädte“ alle Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern. „Großstadt“ ist eine Begrifflichkeit der Bevölkerungsstatistik und bezeichnet eine Siedlungseinheit, welche unabhängig von der Rechtslage und Wirtschaftsstruktur betrachtet wird.⁸¹ Hierzu zählen in Sachsen Dresden, Leipzig und Chemnitz. Im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie und deren Planungsgebieten finden sich die Planungsgebiete Leipzig-Stadt; Dresden-Stadt und Chemnitz-Stadt wieder. Sie zählen zu den großen Verdichtungsräumen und stellen im Sinne der Kategorie 1 Kernstädte dar.⁸² Die Auflistung der Kategorien ist im Anhang (Anlage 2) zu finden. Es wurde analysiert, ob sich Auffälligkeiten nach Aufsummierung der Tätigkeitsumfänge der Ärzte hinsichtlich dieser Kernstädte ergeben, da der

⁸¹Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Großstadt, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9851/grossstadt-v7.html>

⁸²Vgl. Einteilung Raumordnungskategorien nach Bedarfsplanungsrichtlinie, Anhang 2.

Zentralisierungsaspekt der MVZ in Ballungsgebieten in der Literatur angeführt wird. Die Beschäftigungsumfänge wurden mittels Liniendiagramme in ihrer Entwicklung in den Planungsbereichen dargestellt (→Abb. 12, 13). Zum Stichtag 31.12.2010 erfolgte ein Ranking anhand der Tätigkeitsumfänge. Die favorisierten Planungsbereiche wurden tabellarisch dargestellt (→Tab. 11, 12).

- **Zu Punkt 4.3.5: Ausmaß der Nebenbetriebsstätten**

Zur Analyse werden die Tätigkeitsumfänge der Ärzte in den Nebenbetriebsstätten herangezogen. Vorerst wird aufgezeigt, welche Anrechnungsfaktoren sich in den Nebenbetriebsstätten widerfinden (mittles Balkendiagramm, als Trenddarstellung (→Abb. 14, 15). Um dem Leser die Entwicklung im Vergleich zu den Hauptbetriebsstätten zu präsentieren, wurde die Form des Liniendiagrammes gewählt (→Abb 16, 17). Das Ausmaß der Nebenbetriebsstätten wird mit den Summen der Beschäftigungsumfänge der Nebenbetriebsstätten mit denen der Hauptbetriebsstätte gegenübergestellt. Hier wurde der relative Anteil errechnet und in einer Tabelle für beide Trägertypen dargestellt (→Tab. 13).

- **Zu Punkt 4.3.6: Alter- Praxisnachfolge**

Aufgrund fehlender Nachbesetzung ist die Weiterführung einer Arztstelle durch ein MVZ günstiger als der Wegfall aus dem Bedarfsplan. Es wurde trägerbezogen das Minimum und Maximum und der Mittelwert des Alters der Ärzte in den MVZ ausgewertet und in der Stichtagsreihe mittels Liniendiagrammen dargestellt (→Abb. 18, 19). Der Anteil ältere Ärzte ab 65 Jahren wurde errechnet (→Abb. 20, 21). Die Datenlage der gesamten Ärzteschaft in den MVZ zeigt nicht eindeutig, dass Ärzte oft die Option der Einbringung ihrer Zulassung in das MVZ nutzen und sich kurz vor ihrem Ruhestand anstellen lassen. Verglichen mit der gesamten Ärzteschaft in Sachsen ist kein wesentlicher Unterschied festzustellen (Anlage 1- Altersdurchschnitt Haus- und Fachärzte). Ein Merkmal dieser Teilpopulation der Ärzte mit Ruhestandsabsicht ist eine lange Tätigkeit vor dem Eintritt in das MVZ. Es wurde daher analysiert, ob Besonderheiten in Bezug auf das Alter bestehen. Die Dauer der Tätigkeit vor Integration des Arztes wurde auf mindestens 15 Jahre festgelegt. Untersucht wurde der Zeitraum t7 (31.12.2010). Es wurden für diese Teilmenge der Altersdurchschnitt und die Abweichung vom Gesamtersdurchschnitt errechnet.

- **Zu Punkt 4.3.7: Historische Tätigkeit:**

Um Entstehungsmuster der MVZ und eventuelle Auswirkungen der MVZ auf die vertragsärztliche Umgebung festzustellen, wurden die Tätigkeiten der Ärzte vor

Integration in ein MVZ ausgewertet. Hier soll weniger eine spezielle Hypothese beantwortet werden, sondern dem Leser ein Gesamtüberblick über die Historien der MVZ-Ärzte gegeben werden. Die verschiedenen Tätigkeiten wurden gruppiert in Tätigkeiten der vertragsärztlichen Versorgung. Hier wurden die Davon-Positionen Einzel- und Gemeinschaftspraxis gebildet - die tragenden Formen der vertragsärztlichen Versorgung, keine registrierte Tätigkeit bei der KVS mit Davon-Position Ermächtigung und sonstige Formen. Unter sonstigen Formen zählen Assistent, Tätigkeit in § 311 Einrichtung, etc. Diese sind von quantitativ geringer Bedeutung in der vertragsärztlichen Versorgung und bilden Ausnahmen bzw. unterliegen nicht der Bedarfsplanung oder stehen nicht in ihrer Eigenschaft für eine lange konsistente Versorgung. Sie werden daher außen vorgelassen. Hinter den Tätigkeiten ohne Registrierung werden vornehmlich Ärzte aus dem stationären Sektor vermutet, da dieser Anteil bei den Klinik-MVZ auffällig hoch ist und allgemein bekannt ist, dass Krankenhaus-Ärzte häufig in MVZ tätig werden. Ermächtigungen werden in MVZ-Strukturen modifiziert. Das Ausmaß dieser Strategie soll auch untersucht werden (→Tab. 14, 15)

- **Zu Punkt 4.3.8: Detailanalyse bei Leistungsortwechsel des Arztes in ein MVZ**

Mittels einer Detailanalyse soll eingeschätzt werden, inwiefern die MVZ Einfluss auf ihr Umfeld nehmen, eben im Hinblick auf die Integration von Ärzten aus der Umgebung des MVZ. Kriterien sind eine Leistungsortveränderung des Arztes bei Eintritt in ein MVZ und dessen Tätigkeit vor Einbringung der Zulassung in das MVZ. Um eine eindeutige Untersuchungspopulation zu bestimmen, werden mit Hilfe eines Baumdiagrammes die interessanten Cluster visuell abgegrenzt (hierarchische Clusteranalyse). Hierdurch wird grundsätzlich jeder, der im MVZ tätigen Ärzte, einem bestimmten Cluster zugeordnet werden. Es handelt sich um einen „harten“ Clusteralgorithmus. Da es möglich ist, dass ein Arzt mehreren Tätigkeiten nachgeht, beispielsweise in zwei MVZ, könnten gemeinsame Teilmengen der Cluster entstehen. Hier konnten keine Mehrfachdaten festgestellt werden. Da die statistische Grundmenge durch das Diagramm auf den Arzt herunter gebrochen wurde, erhielten die Ärzte aus Datenschutzgründen Pseudonummern. Die Untersuchung bezieht sich nur auf die typischen Formen der vertragsärztlichen Versorgung: Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis. Ärzte aus dem stationären Bereich sind sektoral von der vertragsärztlichen Versorgung losgelöst. Hier wird im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nichts Gegebenes verändert. Ermächtigte Ärzte wirken für speziellen Behandlungsbedarf und temporär begrenzt. Assistenten werden bei der Bedarfsplanung außen vorgelassen, Einrichtungsärzte, etc. sind nicht vorherrschend in der Versorgung und werden daher auch nicht

herangezogen. Die Ärzte, welche weiter ihre Zulassung behalten, sind so minimal besetzt, dass sie außer Acht gelassen wurden (→Abb. 22).

Die Arztgruppe lässt Schlüsse auf die Versorgungswirkung zu. Beispielsweise haben einige Arztgruppen keinen Patientenkontakt.

Die Dauer der Tätigkeit in der Einzel- oder Gemeinschaftspraxis vor Eintritt ins MVZ ist in sofern wichtig, da diese Kennzahl für die bisherige Stabilität der vertragsärztlichen Versorgung steht. Ärzte, welche über viele Jahre an einem Ort tätig waren, haben sich einen großen Patientenstamm aufgebaut, kennen die diagnostische, bzw. soziale Geschichte ihrer Patienten. Es entwickeln sich für den Patienten vertraute Strukturen.

Das Alter der hier betrachteten Ärzte soll in Hinblick auf die „Praxisweitergabe“ untersucht werden. Deutet das Alter der Ärzte daraufhin, so wird die negative Versorgungswirkung in Bezug auf flächendeckende Versorgung abgeschwächt. Durch den zunehmenden Nachbesetzungsmisserfolg der Ärzte, ist die Weiterführung der Arztstelle durch ein MVZ als positive mengenmäßige Aufrechterhaltung der ärztlichen Struktur zu sehen.

Umfang der Beschäftigung nach Einbringung in das MVZ, Dauer der Beschäftigung nach Einbringung ins MVZ sowie Dauer der Beschäftigung vor Tätigkeit im MVZ werden untersucht. Die Darstellung erfolgt in Tabellen (→ Tab. 16-21).

Zu beachten ist, dass hier nur die Ärzte ausgewertet werden, welche nach dem Eintritt bzw. der Übertragung ihrer Zulassung in ein MVZ in der Datenbank der KVS gespeichert sind. Über die Ärzte, welche auf Grundlage der „juristischen Sekunde“ ihre Zulassung einbringen und aus bestimmten Gründen gar nicht in dem MVZ tätig werden, kann keine Aussage getroffen werden.

Kartenerstellung

Zur visuellen Verdeutlichung der Untersuchungspunkte in Bezug auf die regionale Verteilung bzw. Umverteilung durch MVZ wurden Sachsenkarten genutzt. Die MVZ-Standorte wurden in Jahresscheiben ab dem Jahr 2005 dargestellt (→Anhang 5-10). Auf die Darstellung von 2004 wurde aufgrund der geringen Menge an MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern und Vertragsärzten verzichtet. Die Karten finden sich in farblicher Darstellung im Anhang wieder. Haupt- und Nebenbetriebsstätten wurden durch verschiedene Symbole dargestellt. Anlage 11 und 12 stellt Sachsen mit den MVZ zum Stichtag 2010 dar und Vertragsarztsitze, die durch MVZ abgezogen und in die MVZ integriert wurden. So kann eine Zentralisierungsbewegung dargestellt werden. Die Punkte für die MVZ wurden hier anders dargestellt. Je mehr MVZ in einer Region, desto größer sind die Punkte. Die Anzahl steht zusätzlich in den Punkten. Bei zusätzlicher Darstellung der Arztsitze, würde die Karte bei anderer Darstellung zu überladen sein. Die Karten wurden mit dem Programm GIS (System zur Darstellung von Karten) erzeugt, welches ein kommerzielles Produkt "TOP50" des Landesvermessungsamtes Sachsens ist. Die Daten für die Darstellung im System stammen aus dem Arztregister und wurden in einer KVS-Eigenentwicklung (EDV-Abteilung) für die Darstellung im TOP aufbereitet.⁸³

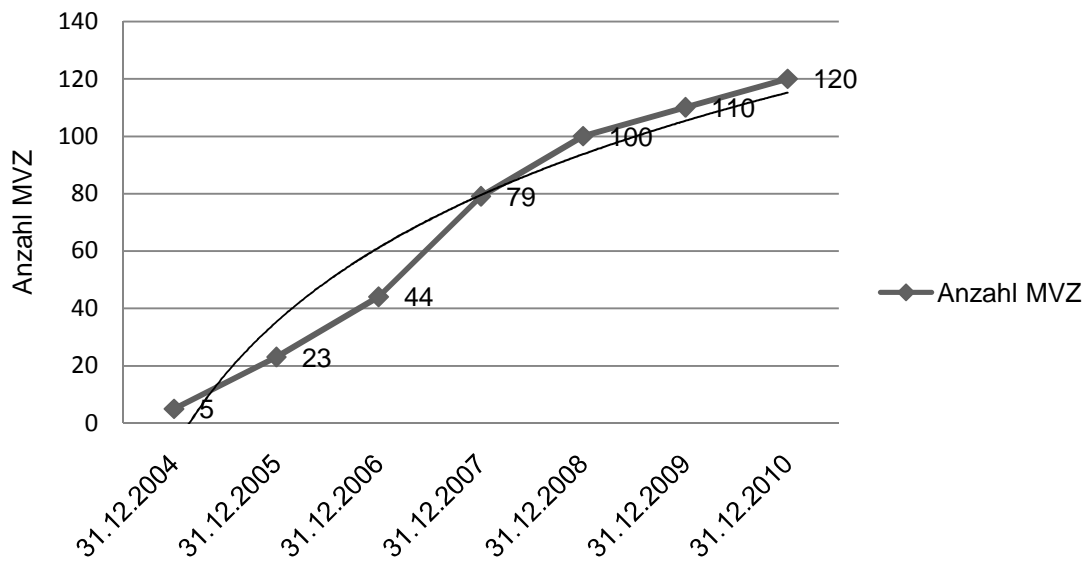
⁸³ Auf der Basis von Rasterdaten haben wir für Sie eine CD-ROM der Reihe "Top50" in der 5. überarbeiteten Version herausgebracht. Damit können Sie zum Beispiel individuelle Wanderungen und Radtouren planen oder in einem virtuellen Flugzeug über die 3D-Karte von Sachsen fliegen. Mit der Zeichenfunktion können Sie eigene thematische Karten erstellen.
<http://www.landesvermessung.sachsen.de/inhalt/produkte/cd/cd.html>.

4 Ergebnisse der Datenanalyse

4.1 Allgemeine Kennzahlen

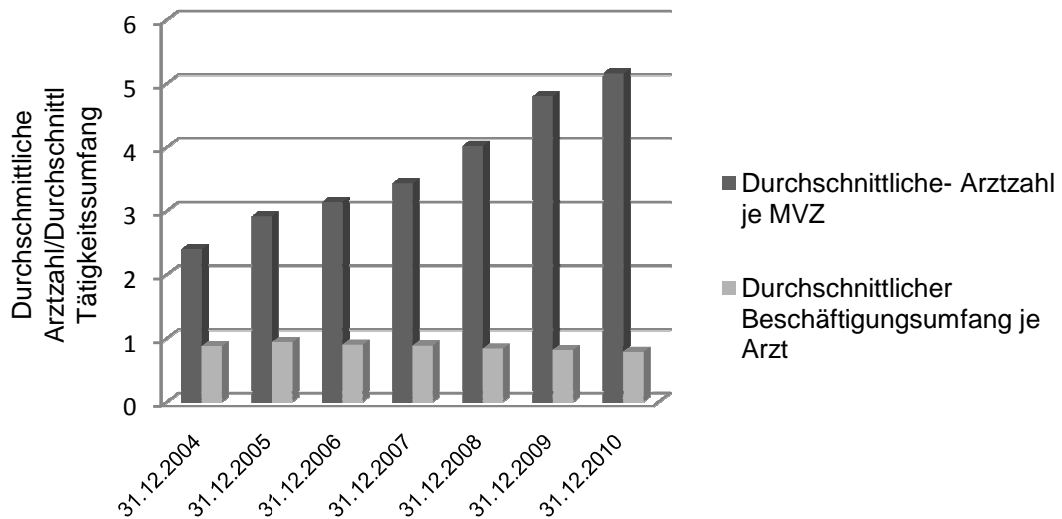
Es werden die Dynamik und das Ausmaß der MVZ dargestellt. Die Anzahl der MVZ ist von Zeitpunkt t1- 31.12.2004 mit 5 stetig bis auf 120 zum Zeitpunkt t7 -31.12.2010 gestiegen. Vorerst steigt die Zahl der MVZ. (im ersten Quartal nach dem letzten Stichtag: 31.04.2011: 131 MVZ)

Abbildung 2: Prognose MVZ-Entwicklung



Langfristig gesehen wird sich wahrscheinlich eine Sättigung im Bezug auf die Anzahl der MVZ einstellen. Die Zahl der MVZ wird sich auf einen Grenzwert zu bewegen. Dies ist mehreren Gründen geschuldet.

- Begrenzung der Möglichkeiten durch Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung : Gründungsvoraussetzungen, Stellenplanung nach Bedarfsplanung der Richtlinie des GBA, Begrenzung der Nebenbetriebsstätten, etc.
- Nachbesetzungsschwierigkeiten von Arztstellen
- wirtschaftliche Tragfähigkeit der MVZ: abhängig von Bedarf, Standort, Träger, Budgetierung der ärztlichen Vergütung, Behandlungsfallwertung, fehlender Ausgleich durch Kooperationsgrad, etc. Man beachte, dass sich mehrere Ärzte rentieren müssen. Ein Verlustausgleich innerhalb der Arztstruktur ist begrenzt möglich.
- allgemeine statistische Gesetzmäßigkeit: Sättigungseffekt, gerade in Bezug zum Bedarf der Bevölkerung

Abbildung 3: Trend MVZ-Größe allgemein**Tabelle 5: Trendbetrachtung der MVZ in Sachsen**

Stichtag	Durchschnittliche- Arztzahl je MVZ	Durchschnittlicher Beschäftigungsumfang je Arzt	Realistische Arztzahl je MVZ
31.12.2004	2,41	0,88	2,10
31.12.2005	2,91	0,94	2,74
31.12.2006	3,14	0,90	2,82
31.12.2007	3,43	0,89	3,04
31.12.2008	4,02	0,84	3,36
31.12.2009	4,80	0,82	3,93
31.12.2010	5,16	0,79	4,07

Quelle: Den folgenden Abbildungen und Tabellen dienen als Datengrundlage die in Punkt 3.1 beschriebenen Daten der KVS. Abweichungen werden gekennzeichnet. Es handelt sich um eigene Darstellungen.

Die durchschnittliche Arztzahl steigt, im Gegensatz dazu sinkt allerdings der Beschäftigungsumfang je Arzt. Multipliziert man die Werte, entstehen die eigentlich realistischen durchschnittlichen Arztzahlen, wie sie in der Realität in der Versorgung wirken. Die bereinigten Zahlen zeigen daher einen schwächeren Anstieg der Arztzahlen je MVZ. Die aktuellsten Zahlen der KVS für die gesamte vertragsärztliche Versorgung zeigen 7354,5 Vollbeschäftigungseinheiten. Zulassungen und Anstellungen in sächsischen MVZ sind 487 Vollbeschäftigungseinheiten. Das entspricht einem relativen Anteil von 6,6 Prozent.⁸⁴ Neben den Hauptformen von Einzel- und Gemeinschaftspraxis innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sind die MVZ quantitativ gering vertreten. Auswirkungen der MVZ sind daher begrenzt.

⁸⁴ Stichtagbetrachtung zum 31.12.2010

4.2 Trägerschaftsentwicklung

Hypothese 1)

Je mehr MVZ in den letzten Jahren in Sachsen gegründet wurden, desto höher ist der Anteil der Krankenhausträger im Vergleich zu MVZ in Vertragsarztträgerschaft.

Um den Trend zu beobachten, zeigt die folgende Abbildung die beiden relevanten Trägertypen ab t1. Hierbei ist zu erkennen, dass beide Gruppen stetig zunehmen und sich Krankenhäuser im Laufe der Zeit als vorwiegende Gründer etablieren.

Abbildung 4: Trend der MVZ-Trägertypen Vertragsarzt und Krankenhaus

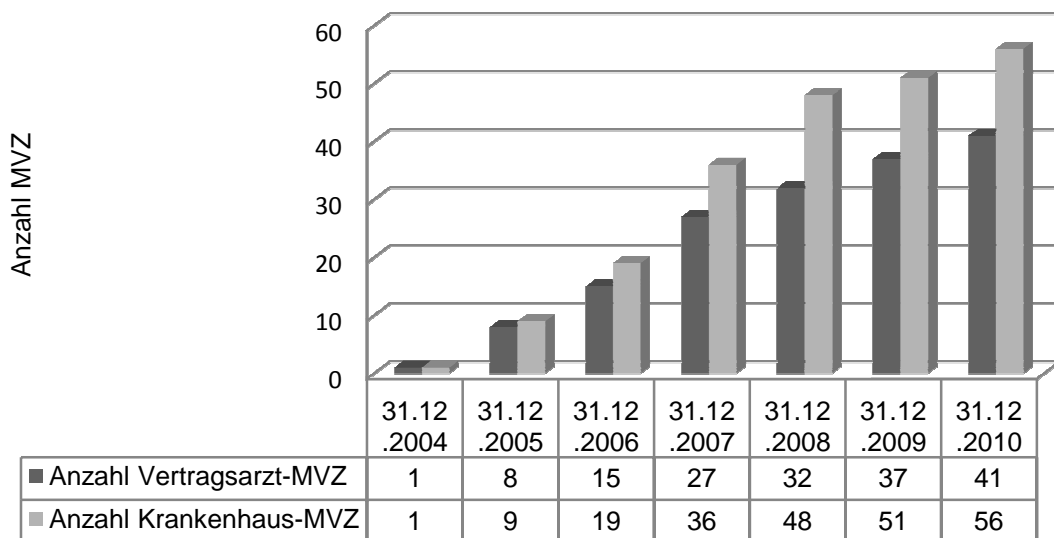
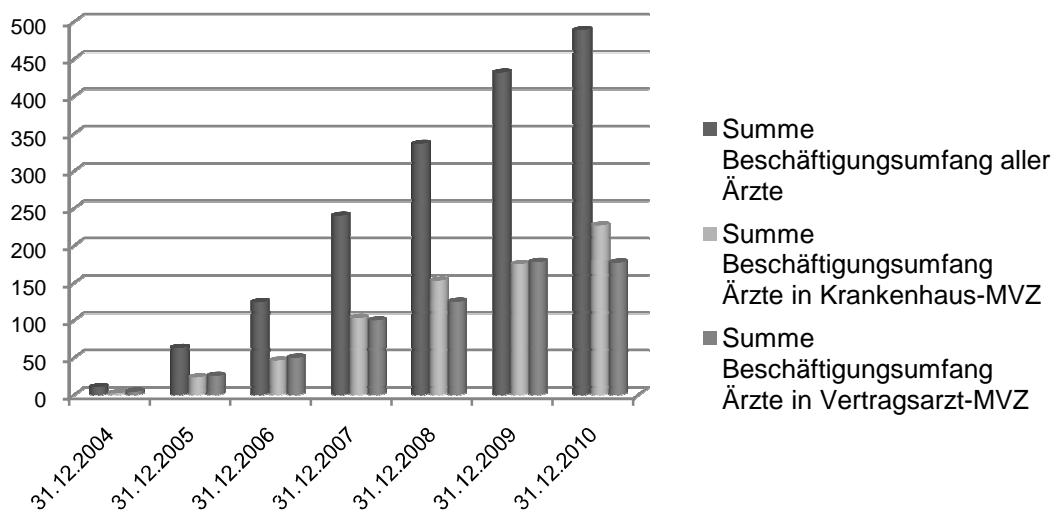


Abbildung 5: Trend Beschäftigung in den Vertragsarzt- und Krankenhaus-MVZ



Die Darstellung der MVZ mit der Einheit „MVZ“ endet an dieser Stelle. Es werden jetzt die summierten Tätigkeitsumfänge betrachtet. Es gilt die Rangfolge Krankenhaus, Vertragsarzt und „Sonstige“.

Abbildung 6: Relative Verteilung der MVZ-Typen zum 31.12.2010

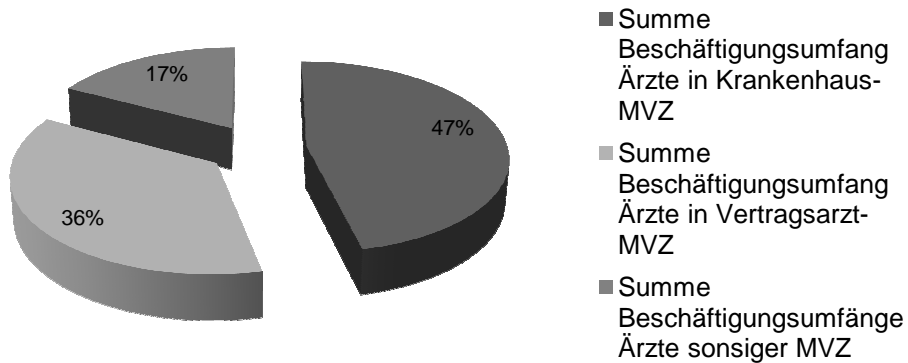
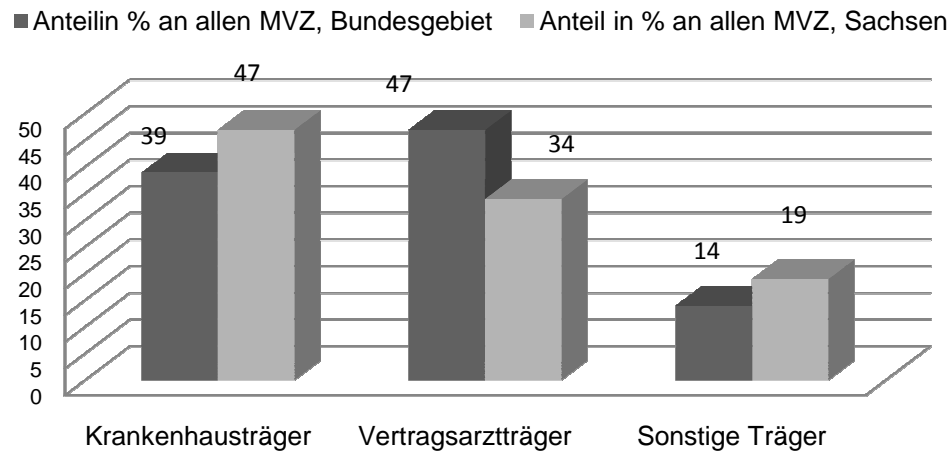


Tabelle 6: Trendbetrachtung Anteil der Vergleichsgruppen an allen MVZ in Sachsen

Stichtag	Anteil Beschäftigung in % Vertragsärzte als Träger an allen MVZ	Anteil Beschäftigung in % Krankenhäuser als Träger an allen MVZ
31.12.2004	43	19
31.12.2005	40	37
31.12.2006	40	37
31.12.2007	42	43
31.12.2008	37	46
31.12.2009	41	41
31.12.2010	36	47

Vorerst ist der Anteil ähnlich. In den letzten Jahren setzt sich die Krankenhausträgerschaft durch. Hypothese 1 ist belegt.

Um Sachsen quantitativ im Vergleich zu anderen Gebieten Deutschlands einzuordnen, werden die Daten Sachsens denen des Bundesdurchschnittes nach KBV gegenübergestellt.

Abbildung 7: Anteil der MVZ in Sachsen im Vergleich zum Bundesgebiet, 2010

Quelle: KBV, MVZ 2. Quartalsauswertung 2010, eigene Darstellung

In Sachsen ist die Krankenhausträgerschaft im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höher und Vertragsarztträgerschaft bei MVZ ist geringer. Sachsen zeigt eine spezifische Trägersausprägung.

Tabelle 7: Sonstige Trägerarten in Sachsen

Sonstige Träger in Sachsen
ermächtigter anderer Arzt oder Psychotherapeut
ermächtigter Arzt oder Einrichtung auf der Grundlage des BMV-Ä
Träger einer Einrichtung nach § 311 SGB V
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung(en) (§§ 111, 111a SGB V)
Heilmittelerbringer (§ 124 SGB V)
Hilfsmittelerbringer (§ 126 SGB V)
Apotheke(n) (§ 129 SGB V)
Leistungserbringer nach §§ 132a Abs. 2, 132b, 132c Abs. 1 SGB V

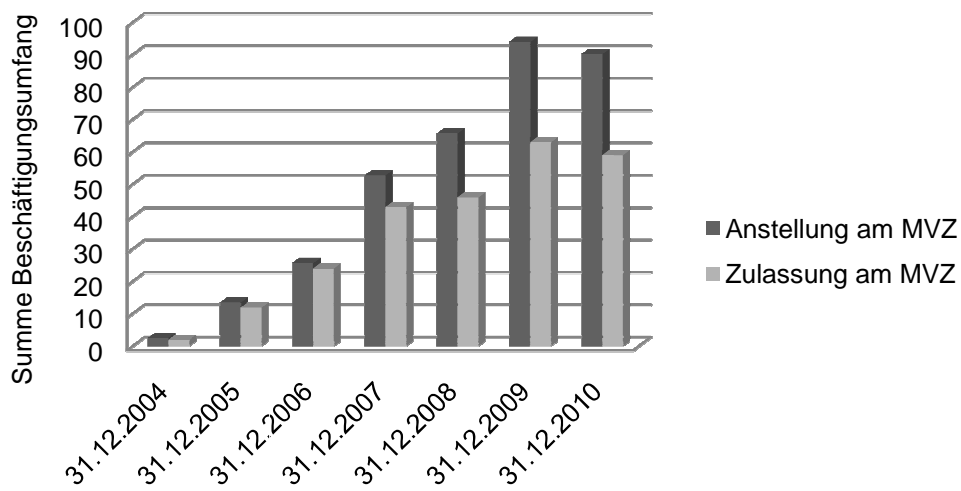
4.3 Vergleich der Trägertypen

4.3.1 Eigene Zulassung versus Anstellungsverhältnis

Hypothese 2)

Wenn Ärzte in Krankenhaus-MVZ tätig sind, dann sind sie häufiger in Anstellung und Teilzeit tätig als in Vertragsarzt-MVZ.

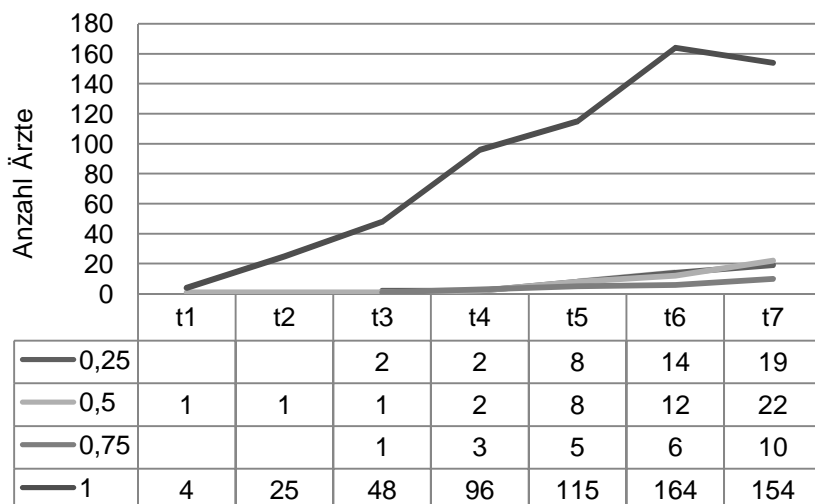
Abbildung 8: Trend der Beschäftigung in Anstellung und Zulassung in Vertragsarzt-MVZ



In beiden Trägerformen zeigt sich die Anstellung dominant gegenüber der persönlichen Zulassung. In Klinik-MVZ existiert mit Ausnahme von 4 Ärzten ausschließlich die Anstellung.

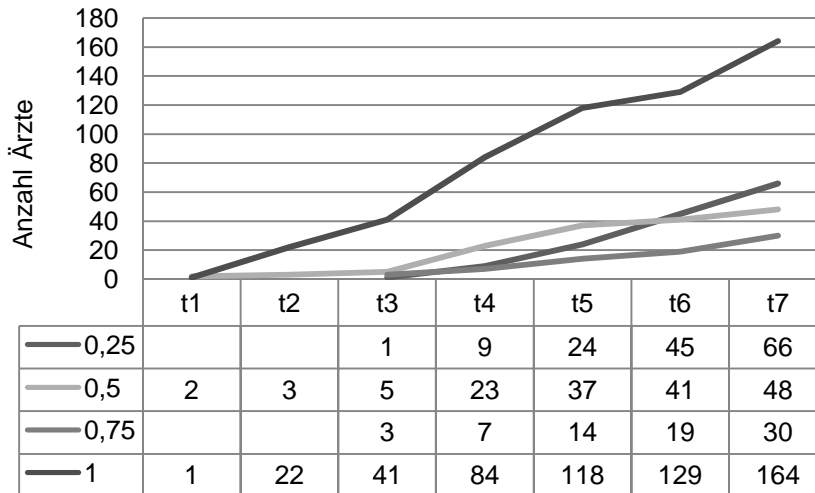
4.3.2 Tätigkeit in Teilzeitmodellen

Abbildung 9: Trend der Beschäftigungsumfänge der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ



Die Vollbeschäftigung in Vertragsarzt-MVZ ist eindeutig dominant. Ab 2009 liegt ein fallender Trend vor. Die Teilzeitmodelle steigen, bleiben aber auf niedrigem Niveau.

Abbildung 10: Trend der Beschäftigungsumfänge der Ärzte in Krankenhaus-MVZ



Auch hier ist die Vollbeschäftigung dominant. Ab 2008 ist ein Knick zu erkennen. Das Vertragsarztänderungsgesetz und die damit eingeführten Optionen im Arztberufsrecht könnten hier ausschlaggebend sein. Der 0,25- Beschäftigungsumfang steigt schon fast exponentiell. Teilzeitbeschäftigungen sind stärker vertreten als bei Vertragsarzt-MVZ. Die Hypothese ist belegt.

4.3.3 Struktur der Arztgruppen

Die häufigste Arztgruppe der VA-MVZ, gewertet anhand des Beschäftigungsumfanges, stellen Allgemeinmediziner (11,28 Prozent) und hausärztliche Internisten dar (6,91 Prozent). In der fachärztlichen Versorgung sind die Nervenärzte am stärksten vertreten mit 6,21 Prozent.

In den KH-MVZ sind die am stärksten vertretene Gruppen Allgemeinmediziner mit 12,76 Prozent der Beschäftigung und hausärztliche Internisten mit 8,26 Prozent der Beschäftigung. Mit 7,49 Prozent der Beschäftigung sind die Chirurgen die häufigste fachärztliche Arztgruppe.

Auffällig ist, dass beide Trägertypen am umfangreichsten hausärztliche Arztgruppen integrieren.

Tabelle 8: Nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen in Vertragsarzt-MVZ

	Summe Beschäftigungsumfang der in VA-MVZ tätigen Ärzte	Anteil in Prozent von Gesamtsumme BU
<i>nicht bedarfsplanungsrelevant</i>		
Laborärzte	20,5	11,57
Humangenetiker	2	1,13
Pathologen/Neuropathologen	1	0,56
Nuklearmediziner	0,5	0,28
13,54 % sind nicht bedarfsplanungsrelevant		

Tabelle 9: Nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen in Krankenhaus-MVZ

Arztgruppe	Summe Beschäftigungsumfang der in KH-MVZ tätigen Ärzte	Anteil in Prozent von Gesamtsumme BU
<i>nicht bedarfsplanungsrelevant</i>		
Strahlentherapeuten	6	2,64
Laborärzte	4,5	1,98
Pathologen/Neuropathologen	1,5	0,66
Nuklearmediziner	1	0,44
Humangenetiker	0,75	0,33
11,34 % von allen Arztgruppen sind nicht bedarfsplanungsrelevant		

Um nicht bedarfsplanungsrelevante Leistungsinhalte der MVZ einschätzen zu können, werden die relativen Anteile der gesamten Ärzteschaft in Sachsen herangezogen.

Tabelle 10: Vergleich nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen

Art der Arztgruppen	MVZ in Trägerschaft eines zugelassenen Arztes- Die gleichen Arztgruppen in gesamter Ärzteschaft in Sachsen (%)	MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses- Die gleichen Arztgruppen in gesamter Ärzteschaft in Sachsen (%)
nicht bedarfs- planungsrelevant	13,54 - 1,84	11,34 - 2,135

Während die bedarfsplanungsirrelevanten Arztgruppen und gleichzeitig die Arztgruppen mit hohen Erlösmerkmalen in der Gesamtbetrachtung ein „Nischendasein“ darstellen, ist der relative Anteil in den MVZ wesentlich höher. Diese Arztgruppen sind charakterisiert durch eine hohe technische Ausstattung. Bei hohen Sachkosten bietet es sich an, gegebene Strukturen eines Krankenhauses zu nutzen bzw. durch gemeinsame Nutzung der Technik die Auslastung zu steigern (weniger Investitionskosten/Sachkosten). Bedarfsplanungsirrelevante Arztgruppen sind außerdem gekennzeichnet durch hohe Spezialisierung und dementsprechend geringen Bedarf oder wenig bzw. keinen Patientenkontakt (Labor, Pathologie, Genetik,). Diese Fachgruppen sind nur zu speziellen Behandlungsanlässen erforderlich und zählen nicht zur Regel- bzw. Grundversorgung (Strahlentherapie, Nuklearmedizin). Zentralisierungsprozesse sind hier sinnvoll. Eine vermehrte Ansiedlung in MVZ und Zentralisierung kann daher versorgungsneutral gewertet werden. Der Trend in den bedarfsplanungsirrelevanten und hochvergüteten Gruppen ist steigend. Aufgrund des aber nicht gleichsam steigenden Bedarfs der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung sich auf ein bestimmtes Niveau einstellen wird. Vorstellbar sind aber vorerst weitere Zusammenschlüsse zu MVZ durch Nutzung der Synergieeffekte.

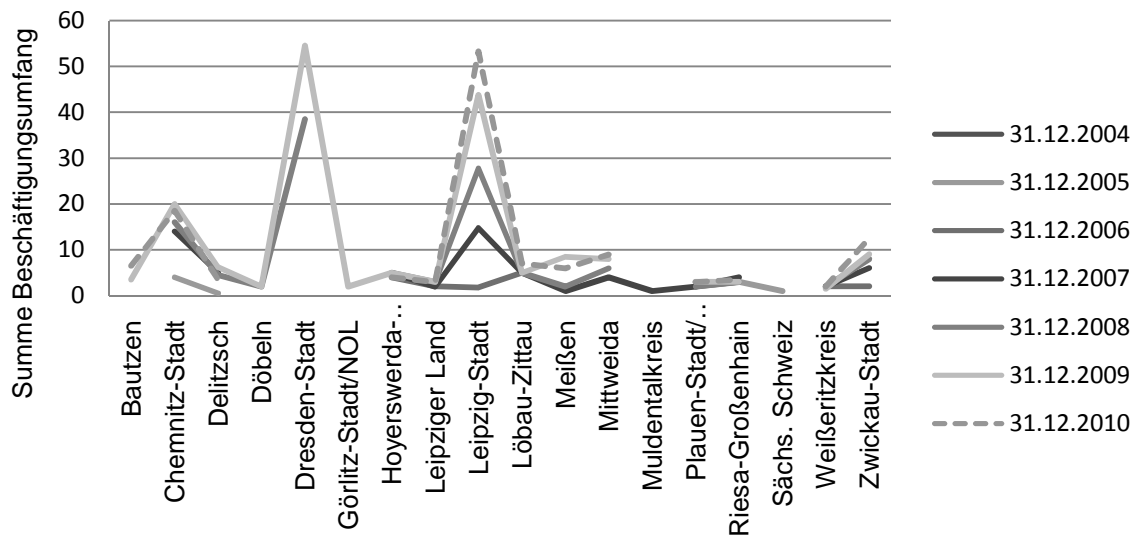
4.3.4 MVZ in Großstädten

Hypothese 3)

Wenn sich MVZ Gründen, dann wählen MVZ in Vertragsarztträgerschaft häufiger den Standort Großstadt als Klinik-MVZ.

Der Bedarf an ärztlicher Versorgung ist in Großstädten durch die hohe Einwohnerdichte größer, allerdings kann hier die gegebene Infrastruktur genutzt werden und eine geringe Arztdichte hat weniger geografische Auswirkungen. Die Erreichbarkeit ist trotzdem gegeben.

Die aufsummierten Tätigkeitsumfänge der Ärzte in der Gruppe der MVZ mit dem Merkmal Vertragsarztträger zeigen in folgender Abbildung, in welchen Planungsbereichen sich Häufungen im Verlauf von t1 bis t7 ergeben haben.

Abbildung 11: Trend Vertragsarzt-MVZ in den Planungsbereichen Sachsens

Die Mehrungen der Beschäftigungen zeigen sich deutlich anhand der „Spitzen“ in den Ballungsgebieten. Für den aktuellsten Stichtag t7 ergibt sich, gemessen an dem relativen Anteil der Beschäftigungsumfänge an der Gesamtsumme der Beschäftigungsumfänge, folgendes Ranking in der nächsten Tabelle. Der Anteil der Beschäftigungsumfänge der im VA-MVZ tätigen Ärzte in den Großstädten Sachsens ist 66 Prozent. Der Rest ist außerhalb der Großstädte tätig. (34 Prozent)

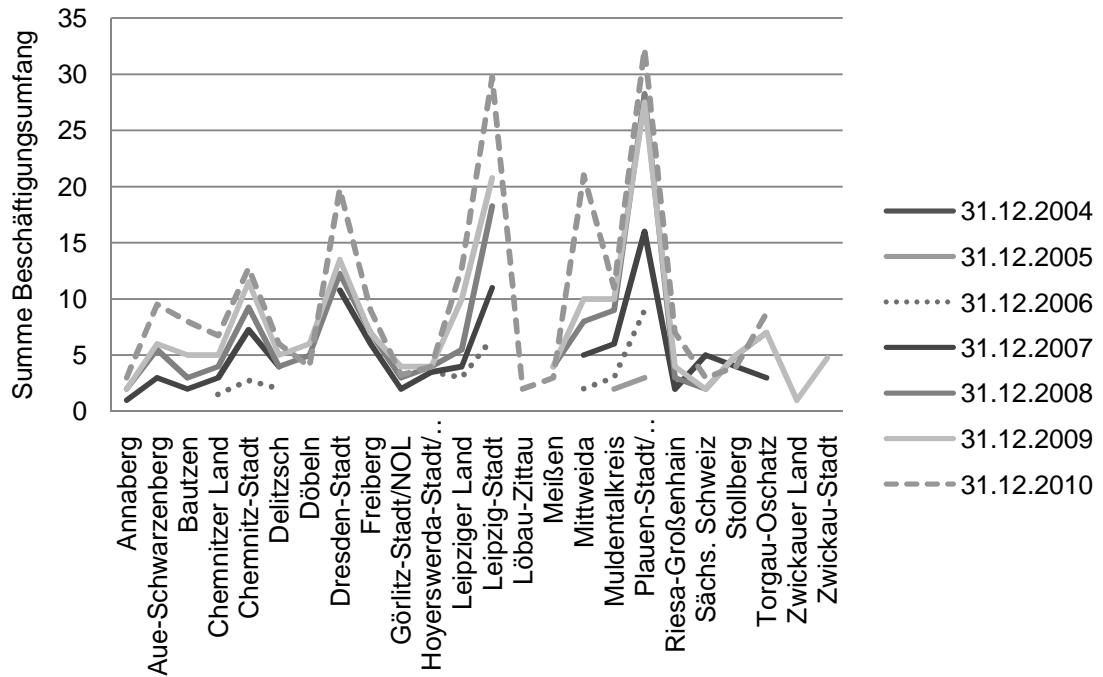
Tabelle 11: Favorisierte Planungsbereiche der Vertragsarzt-MVZ zum 31.12.2010

Planungsbereich	Anteil in % von Gesamtsumme Beschäftigungsumfängen
Leipzig-Stadt	30
Dresden-Stadt	26
Chemnitz-Stadt	10
Zwickau-Stadt	7

In der Vergleichsgruppe der Krankenhausträger (nächste Abbildung) zeigen sich die Mehrungen der Beschäftigungssummen, gerade im Lauf der letzten Stichtage in Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis, Leipzig-Stadt, Dresden-Stadt und aktuell auch in Mittweida. Die Verteilung der Beschäftigungen ist breiter und Häufungen sind auch außerhalb der Großstädte zu erkennen. Die KBV stellte hierzu fest, dass diese Situation ein Spezifikum des sächsischen Bundeslands ist. Mit Hilfe des Survey der KBV wurde

festgestellt, dass Krankenhäuser in Sachsen in hohem Maße an der Grund- bzw. Regelversorgung teilnehmen.⁸⁵

Abbildung 12: Trend Krankenhaus-MVZ in den Planungsgebieten Sachsens



Für den aktuellsten Stichtag t7 ergibt sich, gemessen an dem relativen Anteil des Beschäftigungsumfanges an der Gesamtsumme in den Krankenhaus-MVZ folgendes Ranking.

Tabelle 12: Favorisierte Planungsbereiche der Krankenhaus-MVZ zum 31.12.2010

Planungsbereich	Anteil in % von Gesamtsumme Beschäftigungsumfänge
Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis	14
Leipzig-Stadt	13
Mittweida	9
Dresden-Stadt	9
Chemnitz-Stadt	6

Die Tabelle zeigt, dass 28 Prozent der Beschäftigungsumfänge im Bereich der Großstädte wirken, daher zeigt der restliche Bereich Sachsens 72 Prozent der Beschäftigungsumfänge. Eine Mehrung der Beschäftigung ist in den Planungsbereichen

⁸⁵Vgl. KBV, MVZ Survey 2008, S. 15.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis und Mittweida zu erkennen. (Eine ausführliche quantitative Darstellung der Beschäftigungsumfänge in den Planungsbereichen über die Stichtage Jahren im Anhang aufgeführt.)

Es erfolgte zusätzlich eine Visualisierung. Die MVZ-Entwicklung anhand von Sachsenkarten mit den entsprechenden Planungsgebieten ist im Anhang ab Anlage 5 zu finden. Die Karten zeigen im Laufe der Zeit eine Konzentration der MVZ in Vertragsarztträgerschaft in den Großstädten, wie es auch schon die Zahlen aussagen. Ehemalige Gemeinschaftspraxen bzw. andere ärztliche Kooperationen (Laborgemeinschaften) befanden sich in Großstädten. Die Karten deuten also auf die teilweise Umformung in VA-MVZ-Strukturen hin. Klinik-MVZ zeigen eine Streuung an den Standorten der Krankenhäuser innerhalb Sachsens. In der Region des Erzgebirgskammes und in der östlichen Lausitzregion sind keine bzw. nur minimal MVZ vorzufinden. Im Bereich des Erzgebirges, außerhalb der Städte sind ärztliche Strukturen besonders notwendig. Die Verteilungsmuster bleiben über die Jahre bestehen. Es kann eine Verdichtung festgestellt werden. Hypothese 3 ist belegt.

4.3.5 Ausmaß der MVZ-Nebenbetriebsstätten

Hypothese 4)

Je mehr MVZ gegründet werden, desto höher wird der Anteil der Nebenbetriebsstätten bei KH-MVZ gegenüber VA-MVZ.

Abbildung 13: Beschäftigungsumfang in Nebenbetriebsstätten bei Vertragsarzt-MVZ

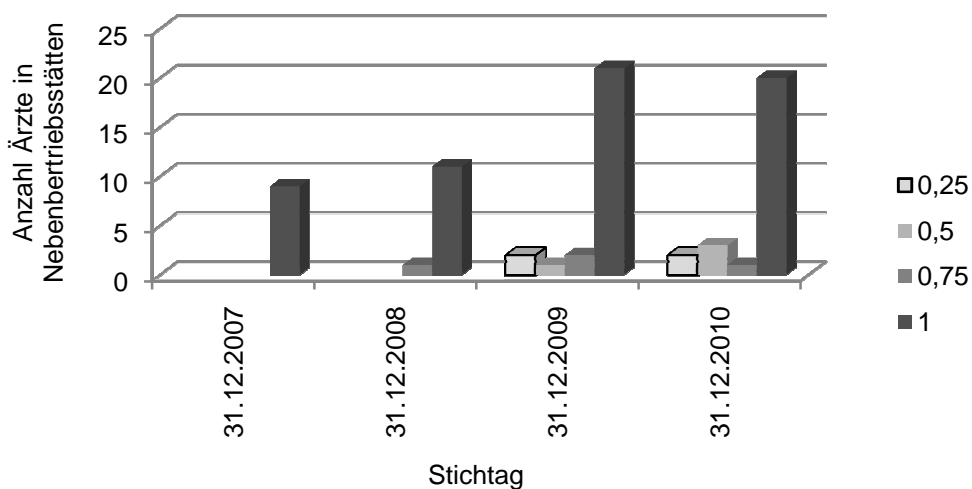
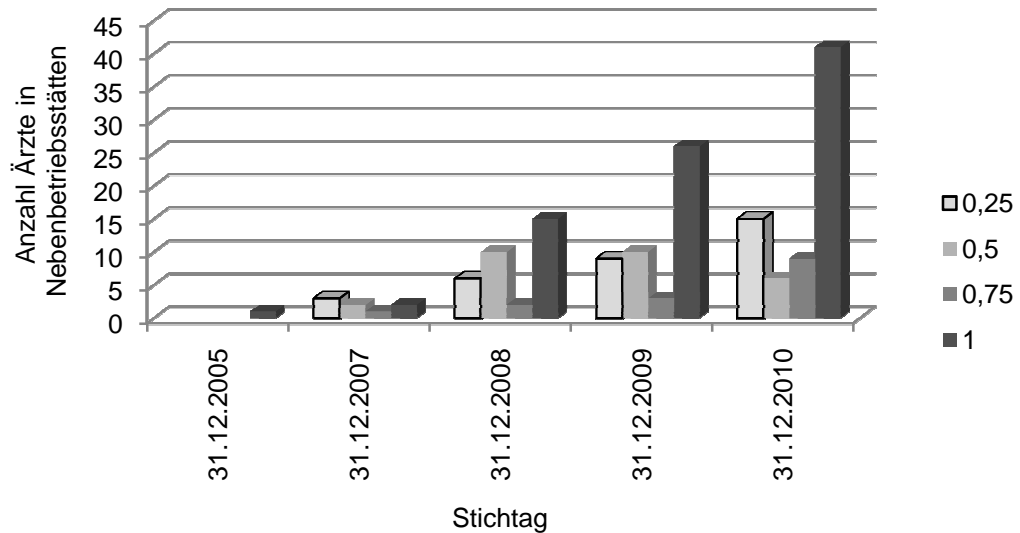
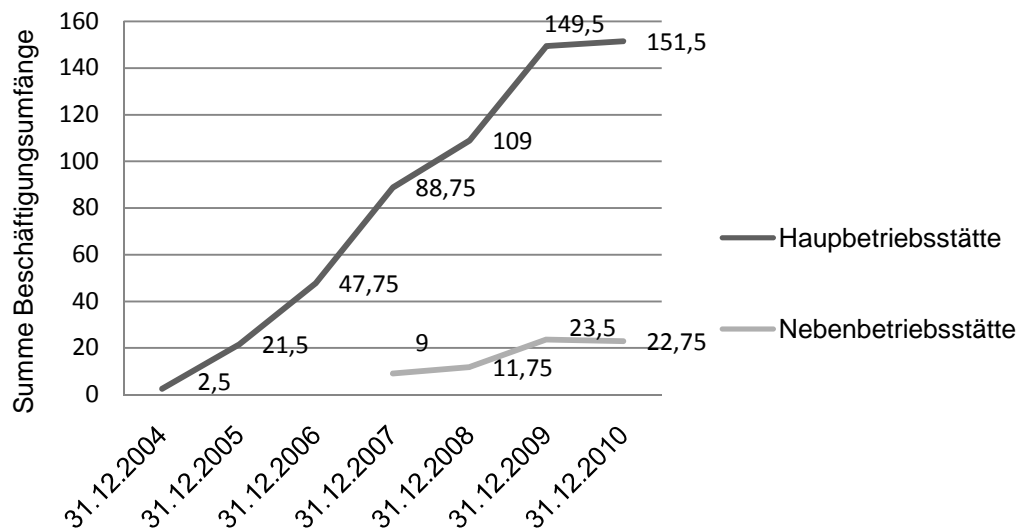


Abbildung 13 zeigt bei den MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten eine deutliche Vorrangigkeit der Vollbeschäftigung. Ab 2008 ist ein Anstieg der Teilzeitbeschäftigungen innerhalb der Nebenbetriebsstätten zu erkennen. Die Vollbeschäftigung nimmt im Gegenzug dazu von 2009 zu 2010 ab. Einen deutlichen Anstieg zeigt der hälftige Beschäftigungsumfang (0,5-Anrechnungsfaktor in Bedarfsplanung).

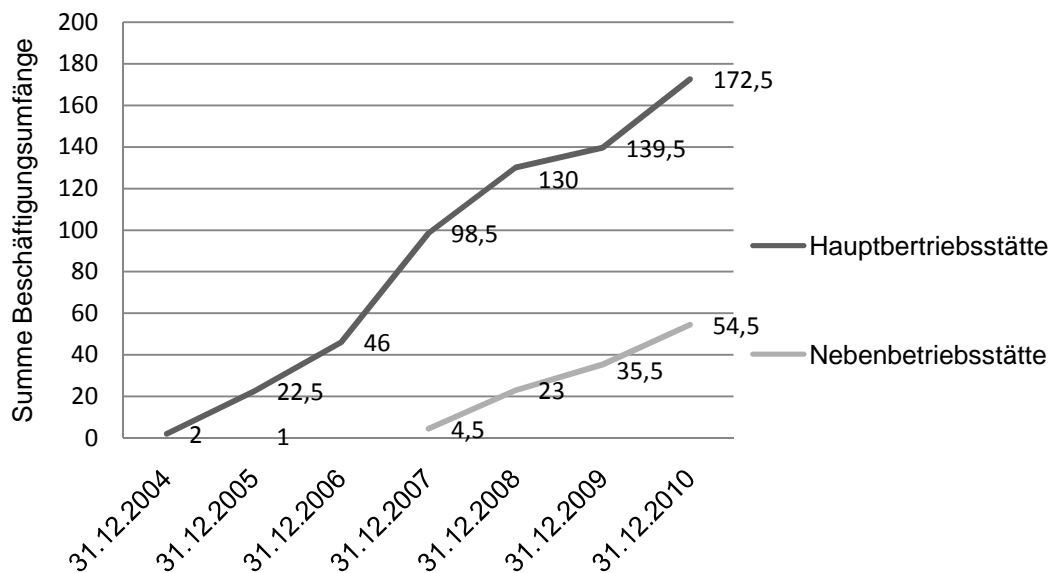
Abbildung 14: Beschäftigungsumfang in Nebenbetriebsstätten bei Krankenhaus-MVZ



Innerhalb der Krankenhaus-MVZ ergibt sich eine abweichende Verteilung. Vorrangig sind auch hier die Vollbeschäftigungen in den Nebenbetriebsstätten. Allerdings ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen höher. Hier beginnt der steigende Trend schon ab 2007. Gerade die Beschäftigungen mit einem Umfang von nur 0,25 erhöhen sich und setzten sich in 2010 deutlich gegenüber den anderen Teilzeitumfängen durch.

Abbildung 15: Trend Haupt- und Nebenbetriebsstätten der Vertragsarzt-MVZ

Das Diagramm zeigt einen vorerst leichten Anstieg der Beschäftigungen in den Nebenbetriebsstätten, von 2009 zu 2010 sogar einen Rückgang. Die Hauptbetriebsstätten steigen demgegenüber sehr stark bis 2009.

Abbildung 16: Trend Haupt- und Nebenbetriebsstätten der Krankenhaus-MVZ

Die Beschäftigungsumfänge der Nebenbetriebsstätten in MVZ unter Krankenhäusern steigen kontinuierlich und stärker als bei den Vertragsarzt-MVZ. Der Anteil an allen Beschäftigungsumfängen des MVZ-Typs ist wesentlich höher als bei den Vertragsarzt-MVZ.

Tabelle 13: Trend Anteil der Nebenbetriebsstätten

Stichtag	Anteil Nebenbetriebsstätten in % an Gesamtsumme Beschäftigungsumfänge bei VA-MVZ	Anstieg um %-Punkte	Anteil Nebenbetriebsstätten in % an Gesamtsumme Beschäftigungsumfänge bei KH-MVZ	Anstieg um %-Punkte
31.12.2004				
31.12.2005			4,26	
31.12.2006				
31.12.2007	9,21		4,37	0,11
31.12.2008	9,73	0,52	15,03	10,66
31.12.2009	13,58	3,85	20,29	5,26
31.12.2010	13,06	-0,52	24,01	3,72

Der Anteil der Beschäftigung in Nebenbetriebsstätten ist bei Vertragsarzt-MVZ in 2010 bei 13 Prozent. Es erfolgte nur ein geringer Anstieg bzw. Rückgang in den letzten Jahren. Die Nebenbetriebsstätten der Klinik-MVZ zeigen einen stärkeren Anstieg, welcher sich in den letzten Jahren allmählich abschwächt. Von 2007 zu 2008 gab es einen auffälligen Anstieg. Hier könnten sich Auswirkungen des VÄndG zeigen. In 2010 ist der Anteil der Beschäftigungen auf 24 Prozent gestiegen. Der Aspekt kann ebenfalls als Indiz für die Modifizierung ehemaliger Kooperationen zu VA-MVZ gedeutet werden. Es wäre interessant zu beleuchten, wie lange die Nebenbetriebsstätten bestehen bleiben, gerade in Bezug auf die Praxisweitergabe älterer Ärzte und der eventuell schwierigen Nachbesetzung in der Nebenbetriebsstätte durch das MVZ. Die Untersuchung soll diesen Aspekt außen vor lassen, er ist allerdings interessant für zukünftige Betrachtungen. Die Hypothese 4 ist belegt.

4.3.6 MVZ als Option der Praxisnachfolge

„MVZ als Retter in der Not?“

Hypothese 5)

Wenn eine Arztstelle aufgrund von Praxisabgabe in ein Krankenhaus-MVZ integriert wird, dann handelt es sich häufiger um Klinik-MVZ als um Vertragsarzt-MVZ.

Abbildung 17: Altersentwicklung der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ

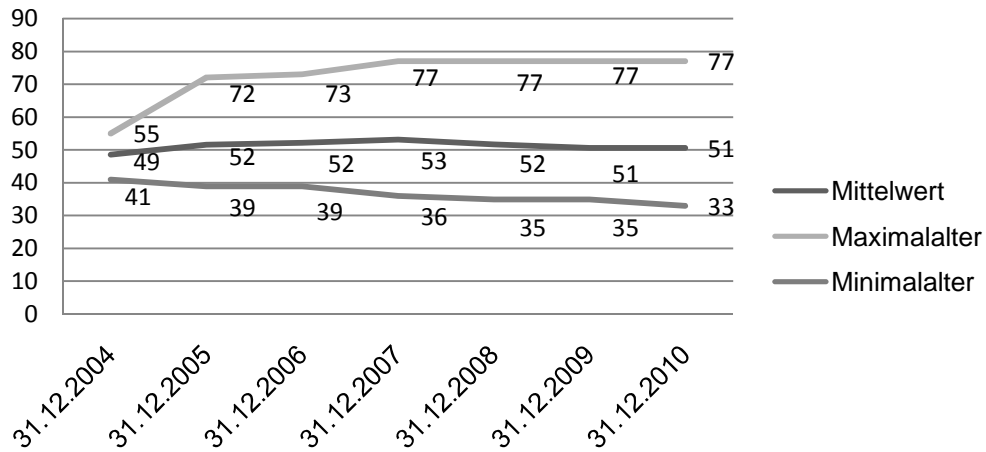


Abbildung 18: Altersentwicklung der Ärzte in Krankenhaus-MVZ

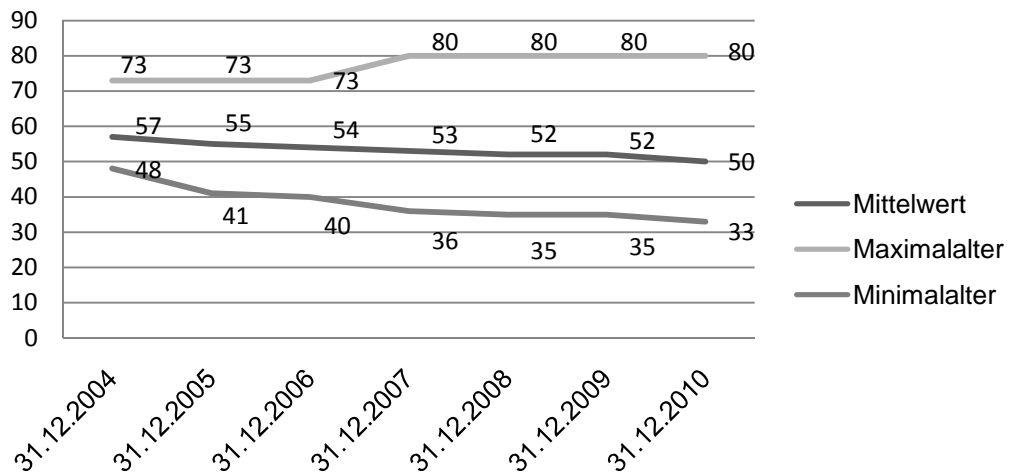


Abbildung 19: Anteil älterer Ärzte in Krankenhaus-MVZ

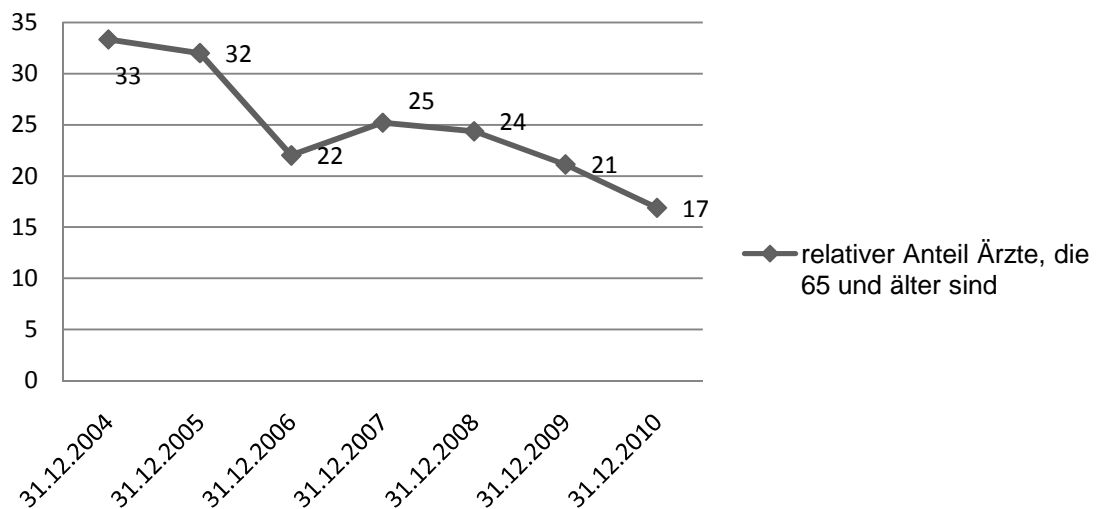
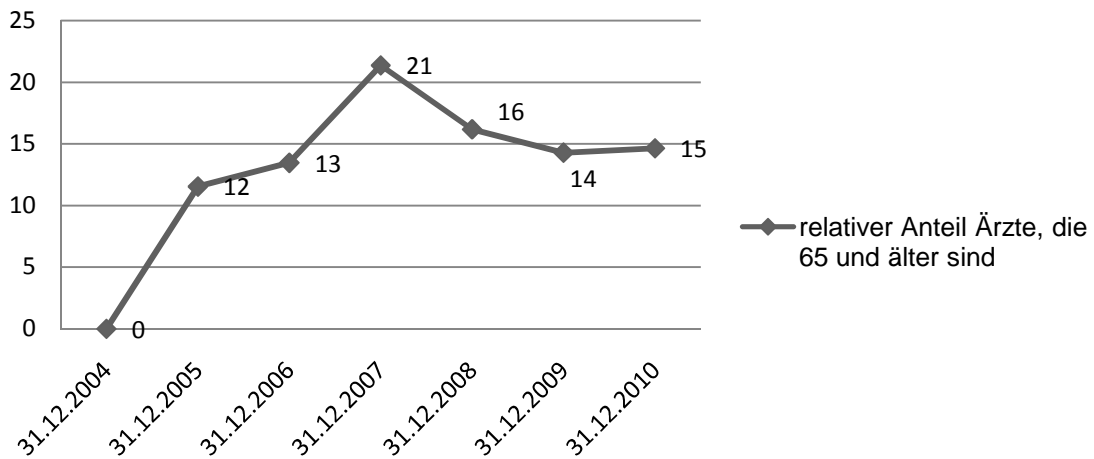


Abbildung 20: Anteil älterer Ärzte in Vertragsarzt-MVZ

Aus dem hohen Anteil der über 65jährigen Ärzte in den MVZ in beiden Vergleichsgruppen kann eine gewisse Nutzung der Option für die Praxisnachfolge schlussfolgert werden. Der Anteil nimmt allerdings in beiden Vergleichsgruppen ab. Der Anteil an allen Ärzten ist in der Gruppe mit dem Merkmal Krankenhaus höher. Die Daten geben jedoch keinen eindeutigen Hinweis, dass diese Vorgehensweise besonders häufig stattfindet. Der Gesamtdurchschnitt in den KH-MVZ wird durch Krankenhausärzte eventuell gedrückt. Außerdem ist die steigende Zahl der Ärzte in Teilzeit zu beachten. Um einen Hinweis für die Hypothese zu erhalten, wurden Ärzte aus der Gesamtheit in Bezug auf Versorgungswirkung und eventuelle Praxisübergabeabsicht näher eingegrenzt. Es wurden für 2010 die Ärzte mit einer Tätigkeitsdauer von größer gleich 15 Jahren gesondert betrachtet. Deren durchschnittliches Alter weicht stark vom Gesamtdurchschnitt ab. In der Vergleichsgruppe der Vertragsarzt-MVZ gibt es 2010 17 Ärzte (8 Prozent) mit eben genannten Merkmal. Der Altersdurchschnitt beträgt 67 Jahre. Dies ergibt eine Abweichung von +16 Jahren. Die MVZ mit dem Trägermerkmal Krankenhaus zeigen 2010 44 der speziellen Ärzte mit langer Tätigkeit vor dem MVZ (14 Prozent). Der Altersdurchschnitt beträgt hier 66 Jahre. Hier liegt eine Abweichung von ebenfalls + 16 Jahren vor. Diese Teilmenge ist stärker in KH-MVZ vertreten. Bei Beachtung des Maximalalters fällt auf, dass auch Ärzte in sehr hohem Alter in MVZ tätig sind. Die Hypothese konnte zu mindestens anhand der Teilmenge nachgewiesen werden.

Modifizierung der Hypothese 5 durch Einschränkung: Wenn ein Arzt eine lange Tätigkeit vor der Tätigkeit im MVZ aufweist, dann handelt es sich hier vorwiegend um eine Praxisabgabe aus Altersgründen. Bei Klinik-MVZ ist die Integration der Ärzte häufiger festzustellen. Die Hypothese 5 ist belegt.

Ärzte mit einer kürzeren historischen Tätigkeit können ebenso die Option nutzen. Um genau die Teilmenge in den MVZ festzustellen, sollte eine gesonderte Untersuchung folgen. Hier kommt es nur zu einer ansatzweisen Feststellung. Punkt 4.3.9 untersucht detailliert die Teilpopulation der Ärzte mit einem vollzogenen Leistungsortwechsel. Die Praxisübernahme durch ein MVZ als Nachfolgeregelung ist hier von Bedeutung und wird demnach ebenso betrachtet.

4.3.7 Historische Tätigkeit der Ärzte vor MVZ

Unter Beachtung der Vergleichsgruppen ergeben sich die folgenden gruppierten Ergebnisse.

Tabelle 14: Tätigkeit der Ärzte vor Integration in ein Krankenhaus-MVZ

Historische Tätigkeit	Anzahl Ärzte zum 31.12.2010	Relativer Anteil an Gesamtanzahl der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ in %, n=308
Keine Tätigkeit KVS (KH- Arzt)	215	70
<i>davon Ermächtigung</i>	34	11
Vertragsärzte	74	24
<i>davon Einzelpraxis</i>	66	21
<i>davon GP-Teilnahme</i>	8	3
Sonstige	19	6

Gruppe der Vertragsarzt-MVZ:

Tabelle 15: Tätigkeit der Ärzte vor Integration in ein Vertragsarzt-MVZ

Historische Tätigkeit	Anzahl Ärzte zum 31.12.2010	Relativer Anteil an Gesamtanzahl der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ in %, n=205
Vertragsärzte	95	46
<i>davon Einzelpraxis</i>	59	29
<i>davon GP-Teilnahme</i>	36	18
Keine Tätigkeit KVS (KH-Arzt)	82	40
<i>davon Ermächtigung</i>	4	2
Sonstige	28	14

Es stellt sich innerhalb der MVZ eine Typologie hinsichtlich der Herkunft der Ärzte heraus. Die meisten Ärzte in KH-MVZ stammen aus dem stationären Bereich. Hier zeigen sich die Option der Anstellung eines Krankenhausarztes und damit die

personelle Verschmelzung zwischen den Sektoren. Am zweit häufigsten ist der Fall der Einzelpraxis zu beobachten. Eine große Bedeutung kommt auch der Ermächtigung zu. Ermächtigte Ärzte sind Krankenhausärzte. Es wird eine „Umwandlung“ der temporär begrenzten Ermächtigung in MVZ-Anstellungen vermutet.

In den MVZ von zugelassenen Ärzten stammen die meisten Ärzte originär aus dem vertragsärztlichen Bereich. Ärzte ohne vorherige registrierte Aktivität sind auch mit 40 Prozent vertreten. Allerdings spielt hier die Ermächtigung eine weitaus geringere Rolle. Der Anteil der Ärzte aus einer Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis ist ausschlaggebend für die Versorgungswirkung innerhalb der vertragsärztlichen Umgebung. Ärzte aus einer Gemeinschaftspraxis sind häufiger zu erkennen, als bei den Klinik-MVZ.

Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxen sind die Hauptprotagonisten und bilden das „Gerüst“ der vertragsärztlichen Versorgung. Es soll daher rein geografisch gefiltert werden, welcher Arzt bei Eintritt in ein MVZ einen Leistungsortwechsel vollzogen hat, um Zentralisierungsbewegungen abzuschätzen (Punkt 4.3.9).

4.3.8 Detailanalyse bei Leistungsortänderung des Arztes

Abbildung 21: Detailanalyse bei Leistungsortwechsel des Arztes

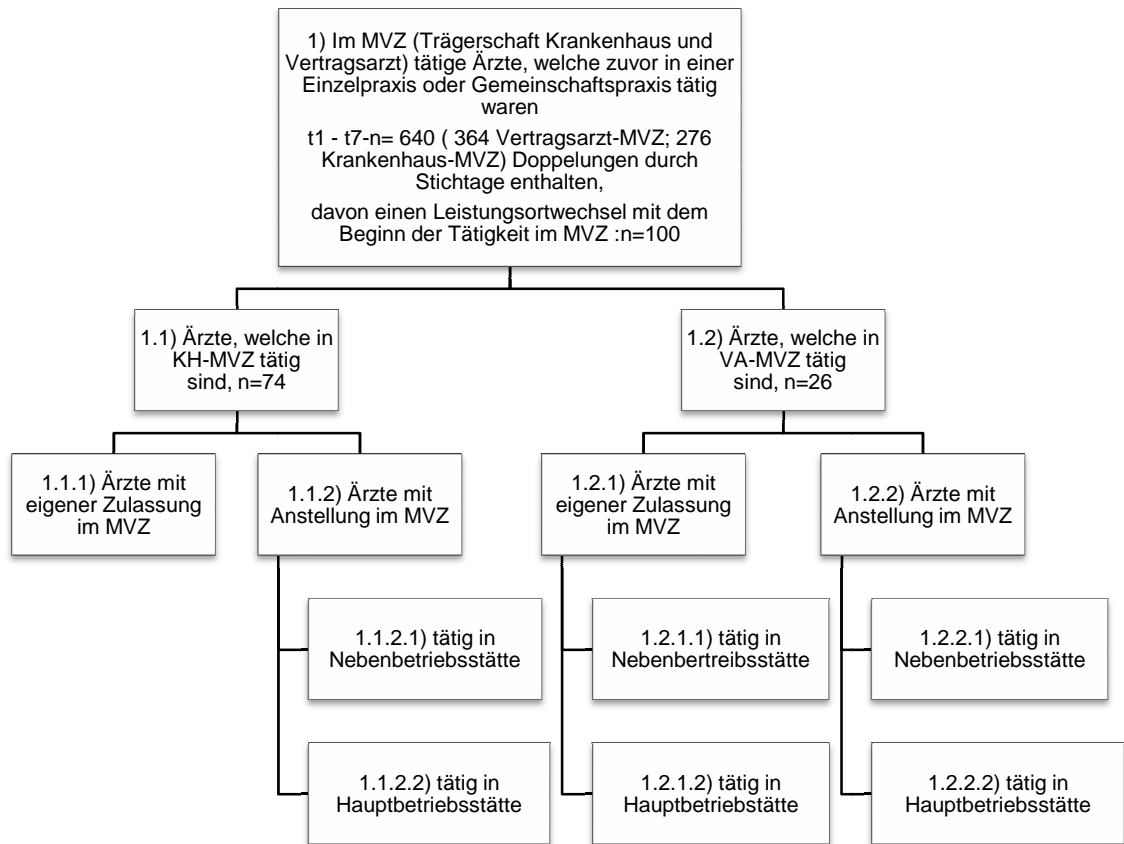


Tabelle 16: Detailanalyse der Ärzte mit Leistungsortwechsel

Jahr/Cluster	1.1.2.1	1.1.2.2	1.2.1.1	1.2.1.2	1.2.2.1	1.2.2.2
2004		0,5/1				
2005		1/1 0,5/2				
2006		0,25/2 1/3				1 /1
2007	0,5 /1	0,25/1 0,75/1 1/6	1/2			1/3
2008	0,5/1 1/2	0,25/1 0,5/2 0,75/1 1/6	1/2			1/2
2009	0,25/5 1/1	0,25/2 0,5/2 1/7	1/2	1/1		1/3
2010	0,25/5 0,75/1 1/9	0,25/2 0,5/1 1/9		1/3	1/3	0,25/1 1/3

Cluster	1.1.2.1	<u>1.1.2.2</u>	1.2.1.1	1.2.1.2	1.2.2.1	<u>1.2.2.2</u>
Gesamt						
Datensätze	25	50	6	4	3	13
Summe BU	17,25	39,75	6	4	3	12,25

Cluster 1.2.2.2 beinhaltet Ärzte in Vertragsarzt-MVZ, in Anstellung, Leistungsortwechsel und Tätigkeit in der Hauptbetriebsstätte des MVZ. Die Nebenbetriebsstätten der Vertragsarzt-MVZ (Zulassung und Anstellung) werden nicht betrachtet, da sie zu schwach besetzt sind, um eine Aussage zu treffen. Cluster 1.2.1.1. ist beispielsweise zu jedem Zeitpunkt derselbe Arzt. Die Nebenbetriebsstätten der KH-MVZ werden auch nicht gesondert betrachtet, da sie als Leistungsort außerhalb des Hauptstandortes nicht den Zentralisierungsprozess in dem Sinne wiedergibt.

Das vorliegende Cluster 1.2.2.2 enthält insgesamt 13 Datensätze von verzeichneten Ärzten. Dies entspricht 3,6 Prozent von allen Datensätzen der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ mit vorheriger Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis. Es liegen hier 7 Ärzte über die Stichtage t3 bis t7 vor. Doppelungen sind wie folgt vorhanden:

Tabelle 17: Fluktuation bei Ärzten mit Leistungsortwechsel in Vertragsarzt-MVZ

Arzt	Anzahl Stichpunkte + Kommentar
1	5 - Arzt ist seit 2006 durchgängig in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
2	3 - Arzt war von 2007 bis 2009 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
3	1 - Arzt ist nur 2007 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
4	1 - Arzt ist nur 2009 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
5	1 - Arzt hat bisher keine Doppelung, nur 2010 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
6	1 - Arzt hat bisher keine Doppelung, nur 2010 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert
7	1 - Arzt hat bisher keine Doppelung, nur 2010 in seiner Tätigkeit im MVZ gültig registriert

Leistungsortänderungen der Ärzte, welche in ein Vertragsarzt-MVZ wechseln, sind ab 2006 zu beobachten. Unter Beachtung der mehrfachen Datensätze hinsichtlich der Ärzte lässt sich erkennen, dass Fluktuation besteht. Zu Arzt 5, 6 und 7 kann keine Aussage getroffen werden, da ihre Tätigkeit zu t7 gültig ist und in dem Sinne offen, da t8 noch nicht gemessen werden kann. (31.12.2011) Arzt 1 ist durchgängig in seiner Tätigkeit. Die Ärzte 2, 3 und 4 zeigen einen kurzen temporären Aufenthalt im MVZ.

Tabelle 18: Detailbetrachtung der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ

Arzt	Arztgruppe	Dauer der Tätigkeit vor Eintritt MVZ	Alter
1	Nervenarzt	10,9	70
2	Allgemeinmediziner	2,25	70
3	Innere Medizin	14,5	71
4	Allgemeinmediziner	14,01	72
5	Orthopädie	15,76	73
6	Laborarzt	0,67	64
7	Laborarzt	2,93	66

Als erstes Kriterium wird die Arztgruppe betrachtet. Laborärzte können an dieser Stelle außen vor gelassen werden durch den fehlenden Arzt-Patienten-Kontakt. Die verbleibenden Arztgruppen, lassen sich splitten in hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Die fachärztliche Versorgung (hier Nervenarzt und Orthopäde) sind unter Beachtung der Dauer der Tätigkeit als fester Bestandteil der Versorgungswirklichkeit etabliert. Beide Ärzte waren über 10 Jahre tätig. Die hausärztliche Versorgung, als umfassende Grundversorgung und in der Regel erster Konsultationspunkt für Patienten, ist von starker Bedeutung. Zwei der drei Ärzte sind über 14 Jahre an einem Ort tätig gewesen. Unter Beachtung des Alters ist auffällig, dass alle Ärzte der relevanten Arztgruppen über 70 Jahre sind. Hier kann von einer „Weitergabe“ der Praxis an das MVZ ausgegangen werden. Die Abzüge der Arztsitze bzw. Einbringungen der Zulassungen können daher neutral gesehen werden.

Cluster 1.1.2.2 beinhaltet die Ärzte mit Leistungsortwechsel bei Eintritt in ein Krankenhaus-MVZ. Rein quantitativ ist das Cluster stärker belegt, als das der Vertragsarzt-MVZ. Hier finden sich insgesamt 50 arzt spezifische Datensätze wieder. Dies entspricht 18,1 Prozent aller Datensätze zu Ärzten in KH-MVZ mit vorheriger Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Auffällig ist hier, dass Datensätze schon ab t1 (31.12.2004) vorliegen. Von t1 bis t7 sind 23 Ärzte zu analysieren. Hinsichtlich der Mehrfachdatensätze ist zu Folgendes zu erkennen:

Tabelle 19: Fluktuation der Ärzte mit Leistungsortwechsel in Krankenhaus-MVZ

Anzahl Stichtage	Anzahl Ärzte
1	9- davon Stichtag 31.12.2010: 4
2	7
3	2
4	4
5	1

Anhand der Doppelung der Stichtage, lässt sich erkennen, dass kein Arzt durchgängig 7 Jahre im MVZ tätig war. Die meisten Ärzte zeigen nur maximal 2 Jahre MVZ-Tätigkeit. (Vier hiervon können ausgeschlossen werden.) Die Verweildauer der Ärzte nach Eintritt in das Krankenhaus-MVZ ist sehr gering.

Tabelle 20: Detailbetrachtung, historische Tätigkeit

Dauer Tätigkeit auf Jahr gerundet	Stichtag						
	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7
Ärzte gruppiert nach Arztgruppe							
<i>Allgemein- /Prakt. Ärzte</i>							
1					18	18	18
2					17	17	
3				12	12	12	12
4				17	17		
5				16	16	16	16
<i>Chirurgen, Kinder-/Plast. Chir.</i>							
6			15				
<i>Fachärztl. Internisten ohne SP</i>							
7							7
<i>Frauenärzte</i>							
8						14	14
<i>HNO-Ärzte</i>							
9				16	16		
10							16
<i>Internisten</i>							
11						11	
12r			2				
<i>Internisten SP Kardiologie</i>							
13							12
<i>Kinderärzte</i>							
14					18	18	18
15				2	2		
<i>Nervenärzte</i>							
16		5	5	5	5		
17							11
<i>Nuklearmediziner</i>							
18						2	2
<i>Orthopäden</i>							
19						5	
<i>Radiologen</i>							
20		8					
21						6	6
22	13	13	13	13			
23			0	0	0	0	0

Unter Beachtung der Arztgruppen als erstes Kriterium werden die Nuklearmediziner außer Acht gelassen. Solch eine spezielle Behandlung erlaubt einen Leistungsortwechsel. Hier besteht seltener Bedarf, sodass kurze Wege für alle Versicherten ökonomisch nicht möglich sind. Die restlichen Arztgruppen zeigen eine Mehrung im hausärztlichen Versorgungsbereich (fett gekennzeichnet). Es sind 5 Ärzte als Allgemeinmediziner tätig. Dies ist die stärkste Gruppe. Die Dauer der originären Tätigkeit zeigt einen Spielraum von 12 - 18 Jahre. Am längsten ist der Arzt mit der Pseudonummer 3 im MVZ tätig. Die kurze Dauer der Tätigkeit im MVZ und die lange Tätigkeit zuvor deuten auf die Praxisübergaberegung hin. Der fachärztliche Versorgungsbereich zeigt sich vielseitiger. Die Arztgruppen Chirurgie, Frauenheilkunde, HNO, Radiologie Nr. 22 deuten ebenfalls auf die Regelungen hin, der fachärztlichen Internisten ohne SP, der Internist Nr. 12, der Kinderarzt Nr. 15, der Nervenarzt Nr. 16 und drei Ärzten der Radiologie nicht.

Tabelle 21: Detailbetrachtung, Beschäftigungsumfang im MVZ

Beschäftigungsumfang	Stichtag						
	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7
Ärzte nach Arztgruppe							
Allgemein-/Prakt. Ärzte							
1					1	1	1
2					1	1	
3				1	1	1	1
4				1	0,5		
5				1	1	1	1
Chirurgen, Kinder-/Plast. Chir.							
6			0,5				
Fachärztl. Internisten ohne SP							
7							1
Frauenärzte							
8						1	1
HNO-Ärzte							
9				1	0,5		
10							1
Internisten							
11						1	
12			1				
Internisten SP Kardiologie							
13							1
Kinderärzte							
14r					0,25	0,25	0,25
15r				1	1		
Nervenärzte							
16r		1	1	1	1		
17							1
Nuklearmediziner							
18						1	1
Orthopäden							
19						0,25	
Radiologen							
20		0,5					
21						0,5	0,5
22	0,5	0,5	0,25	0,25			
23			1	0,75	0,75	0,5	0,25

Auffällig sind die Teilzeitbeschäftigungen in der Arztgruppe der Radiologie. Hier sind Nebentätigkeiten vorstellbar. Kinderarzt Nr. 14 nimmt wahrscheinlich aufgrund des Alters diese Option wahr. Es ist vereinzelt zu beobachten, dass der BU abnimmt.

Tabelle 22: Detailbetrachtung, Alter der Ärzte

Alter des Arztes	Stichtag						
	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7
Ärzte gruppiert nach Arztgruppe							
Allgemein-/Prakt. Ärzte							
1					69	69	69
2					70	70	
3				50	50	50	50
4				67	67		
5				71	71	71	71
Chirurgen, Kinder-/Plast. Chir.							
6			68				
Fachärztl. Internisten ohne SP							
7							43
Frauenärzte							
8						69	69
HNO-Ärzte							
9				62	62		
10							51
Internisten							
11						52	
12			44				
Internisten SP Kardiologie							
13t							66
Kinderärzte							
14					72	72	72
15				68	68		
Nervenärzte							
16		51	51	51	51		
17							70
Nuklearmediziner							
18						45	45
Orthopäden							
19						53	
Radiologen							
20		54					
21						43	43
22	73	73	73	73			
23			50	50	50	50	50

Unter Einbezug des Alters zeigt sich eindeutiger, dass es sich in dem Cluster oft um die Praxisnachfolgeregelung handelt. Insgesamt sind 11 von 23 Ärzten (48 Prozent) 65 Jahre und älter. Hier ist zu erwähnen, dass Nr. 9 ebenfalls zu dieser Gruppe gehören könnte. Abgesehen von denen, deren Eintritt ab t7 registriert ist (31.12.2010), ist keiner dieser Ärzte länger als vier Jahre im MVZ tätig.

Das Cluster der Klinik-MVZ ist stärker besetzt. In Bezug auf Gesamtzahl der Grundgesamtheit der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern kann man nicht von einer eindeutigen Zentralisierung unter Berücksichtigung der Versorgungswirkung sprechen. 18 Prozent der Datensätze mit vorheriger EP/GP im KH-MVZ weisen einen Leistungsortwechsel auf (hier müssen jene Ärzte mit hohem Alter und versorgungsortunabhängige Arztgruppen abgezogen werden). In VA-MVZ ist der Anteil lediglich bei 4 Prozent. Es liegt ein Unterschied von 14 Prozentpunkten vor. Der Trend ist da und wird perspektivisch anhalten bzw. sich verstärken. Zentralisierte Arztstellen summieren sich. Derzeit existiert noch keine versorgungskritische Erscheinung.

In den Sachsenkarten (Anlage 11-12) wurde die Thematik des Arztsitzabzuges visualisiert. Dargestellt sind alle MVZ zum Stichtag 31.12.2010 und alle abgezogenen Arztsitze der letzten Jahre. Es fällt auch hier auf, dass mehr Arztsitze mit abweichendem Ort in KH-MVZ-Standorte herangezogen wurden. Viele dieser Sitze sind aber in unmittelbarer Nähe des MVZ, sodass teilweise nur von einer Verschiebung von wenigen Kilometern ausgegangen werden kann. Bei den Vertragsarzt-MVZ sind nur sehr vereinzelt Arztsitze aus der Fläche abgezogen worden. Der Abzug ist hier vorrangig in den Großstädten in unmittelbarer Nähe zu beobachten.

5 Schlussbetrachtung

5.1 Diskussion

Krankenhäuser und Vertragsärzte haben sich als Hauptausprägungen innerhalb der MVZ-Trägerstrukturen etabliert. Die sächsischen MVZ sind vorrangig in Trägerschaft von Krankenhäusern. Persönliche Zulassungen der Ärzte sind in den Vertragsarzt-MVZ häufiger. Im Trägerbereich der Krankenhäuser dominieren die Angestelltenverhältnisse eindeutig. Die Vollbeschäftigung ist Hauptausprägung in den Vertragsarzt-MVZ. Wesentlich häufiger sind die Teilzeitbeschäftigungen in Klinik-MVZ. Die 0,25-Beschäftigung ist beispielsweise in den letzten Jahren auffällig gestiegen. Eine Splittung von Arztstellen könnte die Ursache sein. Hierdurch wird durch personelles Einsatzmanagement die Arztstruktur in den MVZ und damit in der ambulanten Versorgung effektiv gestaltet und unter Umständen aufrechterhalten. Die Splittungen bieten allerdings auch Grundlage für Schnittstellenprobleme und Reibungsverluste (fehlender Informationsaustausch, etc.). Eine geringe Kontinuität zwischen Arzt und Patienten ist das Resultat. Fluktuation innerhalb der im MVZ tätigen Ärzteschaft konnte außerdem mithilfe der Detailanalyse festgestellt werden. Neue Einarbeitung in den Patientenstamm, fehlendes Vertrauen und fehlende Bindung des Patienten an den Arzt können die Folge sein. Ein kritischer Aspekt bei Patienten mit chronischen Erkrankungen mit langfristigem Betreuungsbedarf. Hinsichtlich der Beschäftigungseigenschaften der Ärzte in den beiden Vergleichsgruppen ist also eine eher konservative⁸⁶ Struktur innerhalb der MVZ unter Vertragsärzten zu erkennen. Die Krankenhaus-MVZ nutzen die neue gesetzliche Flexibilität des ärztlichen Berufsrechts, zeigen sich aber dadurch anfälliger für Versorgungsdefizite, instabiler und in ihrem ärztlichen Personalpool nicht konsistent.

Auffällig ist das erhöhte Vorkommen von nicht bedarfsplanungsrelevanten Arztgruppen, wie beispielsweise Laborärzte bei Vertragsarzt-MVZ und Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner in den Klinik-MVZ. Bei diesen überweisungsgebundenen medizinisch-technischen Richtungen sind Zusammenschlüsse zur Synergie-Nutzung sinnvoll. Bei teilweise fehlendem Patientenkontakt und geringem Bedarf der Bevölkerung ist eine Zentralisierung versorgungsneutral. Es könnte auch wirtschaftliche Motivation vermutet werden, da diese Arztgruppen durch hohe Erlöse gekennzeichnet sind. Vorstellbar ist auch eine nicht bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe aus kompensatorischen Gründen zur Erfüllung der Gründungsvoraussetzung einzubringen. Weitere Interpretationen

⁸⁶ Moderne Optionen des Gesetzgebers sind selten (wie Teilzeit, Anstellung des Arztes).

sollen an dieser Stelle nicht getätigt werden, da die Datenlage hierüber keine eindeutige Aussage erlaubt.

Die Mehrheit der Ärzte in Vertragsarzt-MVZ ist in Großstädten tätig. Die Ärzte der MVZ mit dem Merkmal Krankenhaussträger verteilen sich quantitativ häufiger auf Planungsbereiche außerhalb der Großstädte. Eine logische Konsequenz der Tatsache geschuldet, dass sich die Krankenhäuser gleichmäßig in Sachsen verteilen und an ihren Standorten MVZ bilden⁸⁷ und Vertragsarzt-MVZ oft aus ehemaligen anderen Kooperationsformen entstanden sind, welche eher in Großstätten vorzufinden waren. Ökonomisch motiviert bilden sich MVZ ohne Finanzhintergrund einer Klinik eher in Ballungsgebieten.

Als Expansionsmöglichkeit können MVZ unter Beachtung eines bestimmten Kontingentes Nebenbetriebsstätten nutzen. In Klinik-MVZ existieren wesentlich mehr Teilzeitbeschäftigungen. Die 0,25-Beschäftigung ist in den letzten Jahren gestiegen. Dies könnte ein Resultat der Begrenzung der Beschäftigung in Nebenbetriebsstätten in Relation zur Hauptbetriebsstätte sein und deutet auch daraufhin, dass Ärzte aus dem Krankenhaus in den Nebenbetriebsstätten eingesetzt werden. Die Klinik-MVZ arbeiten stärker mit der Option Nebenbetriebsstätte. Die Ergebnisse könnten ebenso darauf hindeuten, dass Vertragsärzte die Option der Zusammenschließung bzw. Umwandlung in die Form des MVZ (i.d.R GmbH) nutzen. Als Einweisungsportal fungieren diese „Außenstellen“ bei den MVZ der Krankenhäuser. Unter Vernachlässigung der Expansionsgrenzen, wäre hier ein weiterer Anstieg denkbar. Die angegebene Strategie der Krankenhäuser, in den östlichen Bundesländern so die Versorgung zu gewährleisten, kann hierüber geschehen. Die geografischen Karten zeigen aber auch, dass Nebenbetriebsstätten zwar gerade bei den Klinik-MVZ umfänglich sind, aber in relativer Nähe des Hauptstandortes auftreten. Eine weite Versorgung in die Fläche kann nicht festgestellt werden. Dies kann auch Resultat vielfältiger Reglementierung sein. (Ein Krankenhausarzt, der mit einem Umfang von 0,25 in der Nebenbetriebsstätte arbeitet, wird wenig Ambition haben, hierfür einen weiten Weg auf sich zu nehmen.)

In 2010 sind 16 Ärzte in den Vertragsarzt-MVZ tätig, welche zuvor mindestens 15 Jahre eine Praxis führten. Deren Altersdurchschnitt ist 67 Jahre. In den Klinik-MVZ beträgt die Zahl dieser Ärzte 44 und deren Durchschnittsalter 66 Jahre. Von einer Praxisübergabe wegen Alter ist hier auszugehen. Dies ist häufiger in Klinik-MVZ zu beobachten.

⁸⁷ Anzahl Krankenhäuser: Aktuell sind 82 Einträge laut deutschem Krankenhausregister in Sachsen. Hierzu zählen auch einige Häuser der Regelversorgung in kleineren Kreisstädten.

Die Historie der Tätigkeiten der Ärzte vor Eintritt in das MVZ zeigen, dass in den Vertragsarzt-MVZ der größte Teil originär aus dem Vertragsarztbereich stammt. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen ist höher als bei den Ärzten der Klinik-MVZ. Hier zeigen die meisten Ärzte keine vorherige Tätigkeit. Zu vermuten sind hier zum Großteil die Krankenhausärzte. Eine personelle Verschmelzung der Sektoren wirkt an den Stellen positiv, an denen eine sektorenübergreifende Behandlung von Nöten ist. Bei grundlegend höherem Bedarf an ambulanter Leistung als an stationärer, ist die personelle Auslagerung sinnvoll. Stationäre Kapazitäten sollten daher genutzt werden. Die hohe Zahl der vorherigen Ermächtigung (im Gegensatz zu den Vertragsarzt-MVZ) deutet auf eine Modifizierung der temporären persönlichen Ermächtigungen in feste MVZ-Strukturen hin. Das MVZ hat Vorrang gegenüber einer Ermächtigung, sofern hierdurch das Leistungsspektrum der persönlichen Ermächtigung abdeckt wird.⁸⁸⁸⁹⁹⁰

Die Detailanalyse zeigt, dass die Ärzte mit vorheriger Praxis häufiger in Klinik-MVZ einen Leistungsortwechsel zeigen, als die Ärzte in Vertragsarzt-MVZ. Fluktuation ist in beiden Trägertypen zu beobachten. Wenige Ärzte bleiben mehrere Jahre im MVZ integriert. Am stärksten besetzt sind die Hausärzte bei den Klinik-MVZ, gefolgt von den Radiologen. Bedarfsplanungsirrelevant ist der Nuklearmediziner. Zwei von sieben Ärzten sind Laborärzte im Bereich der Vertragsarzt-MVZ. Hier zeigt sich dass ehemalige Laborgemeinschaften die Form des MVZ nutzen. In den Vertragsarzt-MVZ geschieht bei allen Ärzten die Praxisübergabe aus Altersgründen. In den Klinik-MVZ deutet das Alter von mindestens 11-12 Ärzten darauf hin. Insofern kann bei dem Großteil der Ärzte mit Leistungsortwechsel von einer Übergabe aus Altersgründen ausgegangen werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die MVZ bisher versorgungsneutral wirken. Ziel war es, laut Gesetzesbegründung Ärzte zur kurativen ambulanten Tätigkeit zu rekrutieren. Vor dem Hintergrund, dass es bei Vertragsärzten MVZ des Öfteren zur schlichten Modifizierung der ehemaligen Berufsgemeinschaften kommt, ändert sich an den Fällen versorgungskritisch Nichts. In Bezug auf die Krankenhaus-MVZ ist zu sagen, dass sich die Struktur oft durch Einbringung einer Zulassung bildet, bzw. durch Abzug eines Arztes aus einer anderen kurativen Tätigkeit (Krankenhaus). Es geschieht hier eine Verschiebung von ärztlichen Ressourcen. Das führt zur Aufrechterhaltung der gegebenen Strukturen. Sofern die Kapazität im Krankenhaus besteht, ist diese Lösung sinnvoll. Krankenhäuser können gleichzeitig MVZ nutzen um ihre finanzielle

⁸⁸Köppl, B.: Vortrag Jahreskongress Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren, 2010 Berlin, Beispiel: Strahlentherapie.

⁸⁹Denzer, A, Vertrag zum 28-dt. Krankenhaustag.

⁹⁰Problematisch ist hier die begrenzte Delegationsmöglichkeit der Chefärzte.

Wertschöpfung zu erhöhen, sei es durch die Kapazitätsauslastungssteigerung, durch die Umwandlung von temporären Ermächtigungen in langfristige Zulassungen, durch ganze Auslagerung von Abteilungen wie Radiologie oder durch Einweisungssicherung. Für das Krankenhaus ergeben sich vielfältige finanzielle Möglichkeiten.

Die Untersuchung gilt für Sachsen, für den Zeitraum bis 31.12.2010 und nur für die speziellen Trägertypen. Einschränkungen in der Repräsentativität sind gerade daher in Bezug auf das ganze Bundesgebiet gegeben.

5.2 Ausblick

Die aufgestellten Hypothesen haben sich bestätigt. In Anbetracht des Wachstums der MVZ-Strukturen, werden sich in Zukunft noch viele Fragen bezüglich der Auswirkungen der MVZ stellen. Langfristig wird sich eine Sättigung einstellen, bis dahin verdichten sich gegebene Konstrukte bzw. es kommen neue hinzu.

Aufgrund des wesentlichen Unterschiedes zu den herkömmlichen Praxisstrukturen aufgrund Beschäftigung der Ärzte in Anstellungsverhältnissen ist zu klären, ob Auswirkungen auf die Leistungshöhe resultieren. Die Untersuchung zeigt, dass in Krankenhaus-MVZ fast ausschließlich die Anstellung herrscht und es vermehrt zu Teilzeittätigkeiten kommt. Aufgrund der „Angestelltenmentalität“ sollte eine quantitative Leistungsbetrachtung erfolgen (Fallzahlen, Abrechnungsvolumen, etc.). Weniger Leistungsoutput ist kritisch in Anbetracht der knappen Ressource „Arzt“. Dieser Aspekt soll hier nur andiskutiert, aber Untersuchungsschwerpunkt weiteren Analysen werden. Kritisch sollte trotz der Vorteile der Teilzeitregelungen gesehen werden, dass eine Teilmenge dieser Ärzte theoretisch auch einen vollen Versorgungsauftrag erfüllen könnten. Es müsste daher untersucht werden, inwieweit diese fehlende Arbeitszeit durch die Ärzte, welche erst durch die Möglichkeit der Teilzeit tätig werden, kompensiert wird. Weisungsgebundenheit, Einschränkung in Diagnose- und Therapiefreiheit, Beeinflussung aufgrund monetärer Ziele der Träger und deren Wirkung auf die Handlungsrealität der beschäftigten Ärzte sollte auch ein weiterer Untersuchungspunkt sein. Allerdings werden diese Mechanismen schwer zu erfassen sein.

Die Intentionen des Gesetzgebers war es, Mediziner durch die Option des MVZ zur kurativen Tätigkeit zu bewegen. Ein reiner positiver Zuwachs wäre nur gegeben, wenn sich Ärzte aus nicht kurativen Tätigkeiten durch ein MVZ umgestimmt fühlen. Viele Ärzte in MVZ in Krankenhausträgerschaft beispielsweise zeigen keine registrierte historische Tätigkeit im Arztregister. Der Ursprung des Großteils der Ärzte wird im stationären

Sektor vermutet.⁹¹ Hier wäre eine Ursprungsanalyse sinnvoll, um zu erfahren, ob dieser positive Effekt zu verzeichnen ist.

MVZ werden nicht die Versorgungsstellung erreichen, wie die herkömmlichen Formen der vertragsärztlichen Versorgung. Durch ihre Gründungsvoraussetzungen sind sie gezwungen, sich nur in bestimmten Regionen niederzulassen. Ihre Versorgungswirkung ist schon rein gesetzlich begrenzt angelegt. Als eine interdisziplinäre Kooperation, soll das Modell einen gemeinsamen Sachverstand erzeugen, Synergien sollen genutzt, Kosten gespart (Bsp.: Doppeluntersuchung) und die Versorgung aus einer Hand gewährleistet werden. Sie können als sinnvolle Ergänzung der Versorgung dienen, indem sie kostenintensive Fachgebiete bündeln.

Als Ersatz für fehlende Ärzte in der Fläche können sie nur in einem bestimmten Maß dienen. Die Konstrukte bieten Potential für Missbrauch der ambulanten Strukturen, indem hierüber finanziell Motivationen umgesetzt werden können. Bei weiterer Expansion der MVZ ergeben sich konträre Sichtweisen. Durch entsprechende Vorteile der MVZ kann eine Wettbewerbsverzerrung die Folge sein, dessen ungeachtet wäre keine Nutzung der Synergien zweifelhaft vertretbar. Bei gleichbleibender Entwicklung der Nachsetzungsproblematik, können hiermit Strukturen erhalten werden. Durch genau diese Problematik erlangen MVZ auch legal neue Arztstellen. Gewissermaßen kommt es zur Ausnutzung der Notlage.

Die Versorgungswirkung ist stark abhängig von der Trägerschaft, erkennbar durch die gezeigten wesentlichen Unterschiede in der Untersuchung. Zu erwähnen ist aber, dass die Gründungsmotivationen jedes einzelnen MVZ dessen Entwicklung individuell beeinflusst. Die hier vorliegende Untersuchung unterstreicht Aussagen der Öffentlichkeit und stellt Grundlage für weitere Diskussionspunkte dar.

⁹¹Die Erfahrungen aus der Praxis der Zulassungen zeigen, dass Arztstellen in Krankenhaus-MVZ mit ärztlichen Personal aus dem Krankenhaus nachbesetzt werden

Literaturverzeichnis

„ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Sondergutachten Kurzfassung.“ 2009.

Albrecht, R. „www.a-magazin.de.“ *Zukunft vieler Arztpraxen bedroht.* <http://www.a-magazin.de/MVZ-Hausaerzte.htm> (Zugriff am 25. Juli 2011).

„BÄK und KBV schreiben das SGB V um: Die Schlacht um die MVZ beginnt.“
Ambulant+Stationär Aktuell, 04/2010: Seiten 2-5.

Bortz, J. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer Verlag, 1999.

Bundesausschuss, Gemeinsamer. „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die
Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der
vertragsärztlichen Versorgung.“ Berlin, 15.07.2010.

Bundesministerium. „www.bmg.bund.de.“ *Erreichbare Nähe zum nächsten Arzt.* 29. 05
2011. [http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-
versorgung/versorgungsgesetz.html](http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/versorgungsgesetz.html) (Zugriff am 23. 05 2011).

Bundestag, Deutscher. „Gesetzentwurf.“ *Drucksache 15/1170*. Berlin, 16.06.2003.

Dahm, F., K. Möller, und R. Ratzel. *Rechtshandbuch Medizinische
Versorgungszentren*. Berlin: Springer-Verlag, 2005.

Denzer, A. „Medizinische Versorgungszentren-Rechtliche Aspekte aus Sicht der
Krankenhausärzte.“ *Vortrag zum 28. dt. Krankenhaustag, 17.November.2005*. Bochum.

Diehl, M., und B. Hartz. *Die Vertragsärztliche Versorgung im Überblick*. Berlin:
Deutscher Ärzteverlag, 2010.

Drückers, A., und S. Rabatta. „BÄK Grund:Medizinische Versorgungszentren (§ 95
SGB V) und Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§116b SGB V).“ Berlin:
Bundesärztekammer, 2010. 2.

FrielingsdorfConsult. *Gemeinschaftspraxis oder Praxis-MVZ?* [http://www.pvs-
infodok.de/7_neue_versorgung-2.html](http://www.pvs-infodok.de/7_neue_versorgung-2.html) (Zugriff am 29.. Juli 2011).

*Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Großstadt, online
im Internet:.* <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9851/grossstadt-v7.html> (Zugriff
am 10. 07 2011).

- Halbe, B. „www.medizinrecht-aktuell.de.“ 16. 02 2010. <http://www.medizinisches-versorgungszentrum-aktuell.de/9/> (Zugriff am 29. 06 2011).
- Jacob, R., A. Heinz, und J. Decieux. „Berufsmonitoring Medizinstudenten, Bundesweite Befragung von Medizinstudenten.“ Universität Trier, 2010.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände Kassen. *Bundesmantelvertrag-Ärzte*. Berlin, 01.01.2011.
- KBV. *Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-Chancen durch Vielfalt*. Berlin.
- KBV. *Kooperationskompass-Wege ärztlicher Zusammenarbeit*. Berlin, 2007.
- KBV. „MVZ-Survey 2005.“ Berlin, 2006.
- KBV. „MVZ-Survey 2008.“ Berlin, 2009.
- KBV. „Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen.“ Berlin, 2008, Version 1.2.
- Köppel, A. „Vortrag zum BMVZ-Jahreskongress.“ Berlin, 2010.
- KVS. „Aktuelles, Demografiefaktor.“ *KVS-Mitteilung*, 03/ 2011.
- KVS. *Sicherstellungsstatut*. Dresden, 2007.
- Mißbeck, A. „Netz-MVZ soll junge Ärzte aufs Land ziehen.“ *Ärzte Zeitung*, 07. 07 2011.
- Nass, M. „MVZ-Möglichkeiten und Grenzen der Anstellung von Ärzten , Perspektiven Niedergelassener im Kontext der Praxisaufgabe und bisherige ärztliche Erfahrungen.“ In *Das Strategiehandbuch für den niedergelassenen Arzt*, von F. Conelius und et.al. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009.
- Ommen O., et al. „Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung.“ *Med Klin*, 102. Heft 2007: 913–917 (Nr. 11).
- Orlowski, U., und J. Wasem. *Gesundheitsreform 2004*. Heidelberg: Economica Verlag, 2003.
- Pelleter, J., S. Sohn, und O. Schöffski. *Medizinische Versorgungszentren*. Nürnberg: Health Economics Research Zentrum, Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform.
- Prel, J.; B. Röhrig, und M. Blettner. „Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel.“ *Der Internist*, 2009.

Raichle, J. *Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2011.

Referentenentwurf. „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ 2011.

Schulte, H., und C. Schulz. *Medizinische Versorgungszentren, Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung versus Selektion und Exklusion von Patientengruppen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2007.

Simon, M. *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Bern: Verlag Hans Huber, 2010.

Stiel, S., et al. „Schnittstellenproblematik beim Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung.“ *Schmerz*, Heft 23 2009: 510–517.

Wigge, P. „Medizinische Versorgungszentren nach GMG.“ *MedizinRecht*, 2004, Heft 3: 1-9.

Wölbing, R., und S. Feuerstein. *Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung*. Gutachten für den GKV-Spitzenverband, Basel: prognos, 2011.

„www.bmg.bund.de.“ *Flächendeckende Versorgung*. 19. 05 2011.

[http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/flächendeckende-Versorgung.html](http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/flaechendeckende-versorgung.html) (Zugriff am 23. 05 2011).

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Berlin: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/zo-_rzte/gesamt.pdf, 28.5.2008.

Anhang

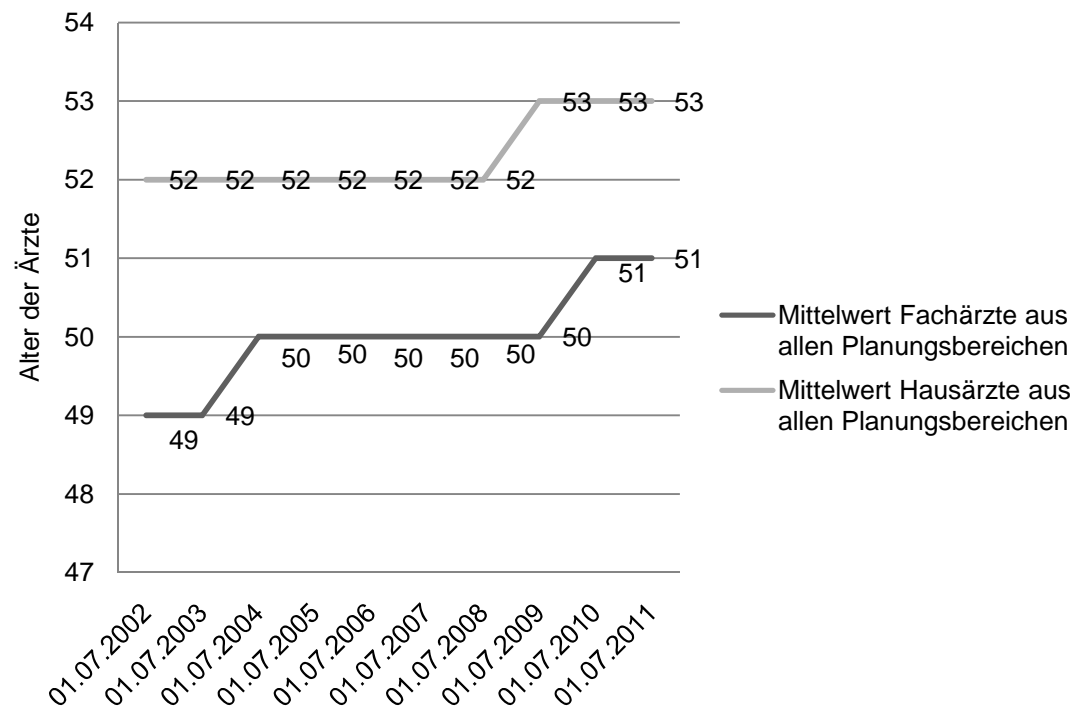
Verzeichnis:

Anhang 1	Altersmittelwerte der Haus- und Fachärzte in Sachsen der Jahre 2002-2011	XI
Anhang 2	Übersicht der Planungsgebiete in Sachsen eingegliedert nach Raumordnungskategorien auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA	XII
Anhang 3	Trend: Summe Tätigkeitsumfänge der Ärzte der Planungsgebiete in MVZ in Vertragsarztträgerschaft, sortiert nach Gesamtsumme	XIII
Anhang 4	Trend: Summe Tätigkeitsumfänge der Ärzte der Planungsgebiete in MVZ in Krankenhaussträgerschaft, sortiert nach Gesamtsumme	XIV
Anhang 5	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2005⁹²</i>	XV
Anhang 6	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2006</i>	XVI
Anhang 7	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2007</i>	XVII
Anhang 8	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2008</i>	XVIII
Anhang 9	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2009</i>	XIX
Anhang 10	<i>Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2010</i>	XX
Anhang 11	<i>MVZ in Vertragsarztträgerschaft (blau) und Arztsitze (rot) welche an das MVZ herangezogen wurden, MVZ Stand von 2010 mit herangezogenen Arztsitzen seit Gründungsmöglichkeit</i>	XXI

⁹²Anlage 5 – 12 stelle die Sachsenkarten mit den MVZ-Standorten dar.

Anhang 12	<i>MVZ in Krankenhausträgerschaft (rot) und Arztsitze (blau) welche an das MVZ herangezogen wurden, MVZ Stand von 2010 mit herangezogenen Arztsitzen seit Gründungsmöglichkeit</i>	XXII
Anhang 13	Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, Vertragsarzt-MVZ, bedarfsplanungsrelevant	XXIII
Anhang 14	Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, KH-MVZ, bedarfsplanungsrelevant	XXV
Anhang 15	Trendabbildung nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen in den Vertragsarzt-MVZ, sortiert fallend nach Gesamtsumme Beschäftigung	XXVII
Anhang 16	Trendabbildung nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen in den Krankenhaus-MVZ, fallend nach Gesamtsumme Beschäftigung	XXVII
Anhang 17	Trend der Dauer der historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Vertragsarzt-MVZ, gruppiert nach Tätigkeitsart	XXVIII
Anhang 18	Trend der Dauer der historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Krankenhaus-MVZ, gruppiert nach Tätigkeitsart	XXX
Anhang 19	Trendabbildung Alter der Ärzte in MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten, sortiert nach Gesamthäufigkeit der Ärzte der Stichtage	XXXII
Anhang 20	Trendabbildung Alter der Ärzte in MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern, sortiert nach Gesamthäufigkeit der Stichtage	XXXIII

Anlage 1: Altersmittelwerte der Haus- und Fachärzte in Sachsen der Jahre 2002-2011



Anlage 2: Planungsgebiete in Sachsen eingegliedert nach Raumordnungskategorien auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA⁹³

Raumplanungs- kategorien	Große Verdichtungsräume				Verdichtungsansätze			Ländliche Regionen	
	1 Kernstädte	2 Hochverdichtete Kreise	3 Normalver- dichtete Kreise	4 Ländliche Kreise	5 Kernstädte	6 Normalverdichtete Kreise	7 Ländliche Kreise	8 Verdichtete Kreise	9 Ländliche Kreise
Planungs- bereiche Sachsen	Chemnitz- Stadt	Chemnitzer Land	Annaberg	Muldental- kreis	Zwickau- Stadt	Aue- Schwarzenberg	Görlitz- Stadt/NOL		
	Dresden-Stadt	Stollberg	Döbeln	Torgau- Oschatz		Bautzen	Hoyerswerda- Stadt/ Kamenz		
	Leipzig-Stadt		Freiberg	Delitzsch		Löbau-Zittau			
			Leipziger Land	Riesa- Großenhain		Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis			
			Meißen			Zwickauer Land			
			Mittlerer Erzgebirgskreis						
			Mittweida						
			Sächs. Schweiz						
		Weißeritzkreis							

⁹³ Die folgenden Tabellen im Anhang wurden in einer geringeren Schriftgröße als der Standardtext formatiert, um die Sicht des Lesers auf die Tabelle im Ganzen zu gewährleisten.

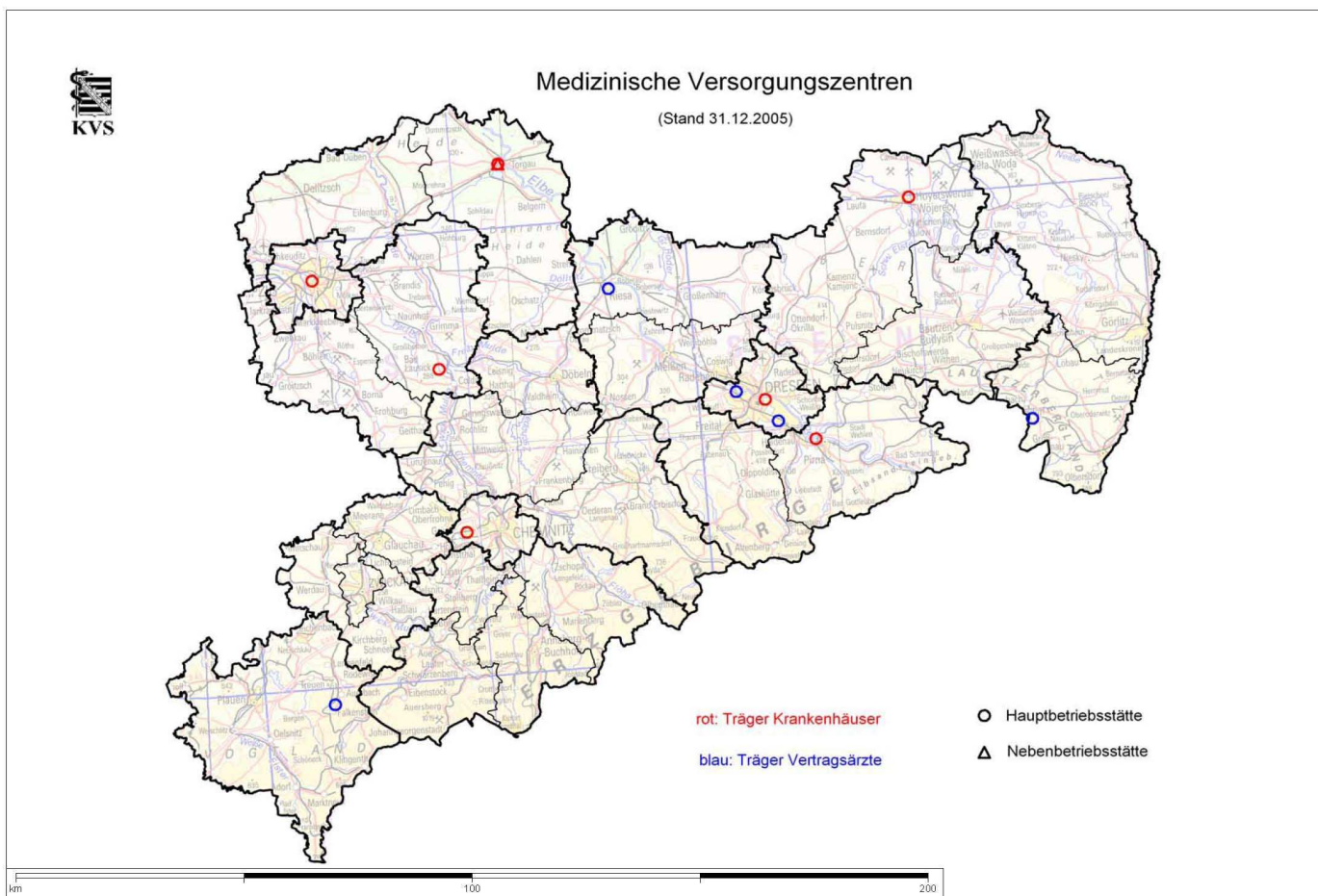
Anlage 3: Trend: Summe Tätigkeitsumfänge der Ärzte der Planungsgebiete in MVZ in Vertragsarztträgerschaft, sortiert nach Gesamtsumme

Summe von Beschäftigungsumfang	Stichtag						
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Planungsbereich							
Dresden-Stadt	1	6	13	34	38,5	54,5	45,5
Leipzig-Stadt			1,75	14,75	27,75	43,75	53,25
Chemnitz-Stadt		4	11	14	16	20	18,5
Zwickau-Stadt			2	6	8	9	12,5
Löbau-Zittau	1	5	5	5	5	5	7
Mittweida		2	4	4	6	8	9
Hoyerswerda-Stadt/ Kamenz		2	4	5	5	5	4
Delitzsch	0,5	0,5		5	4,5	6,25	3,5
Riesa-Großenhain		3	3	4	3	3	3,5
Meißen				1	2	8,5	6
Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis	2	2	2	2	2	3	3
Leipziger Land			2	2	3	3	3
Bautzen						3,5	6,5
Weißeritzkreis			2	2	2	1,5	2
Döbeln					2	2	
Görlitz-Stadt/NOL						2	
Muldentalkreis				1			
Sächs. Schweiz		1					

Anlage 4: Trend: Summe Tätigkeitsumfänge der Ärzte der Planungsgebiete in MVZ in Krankenhausträgerschaft, sortiert nach Gesamtsumme

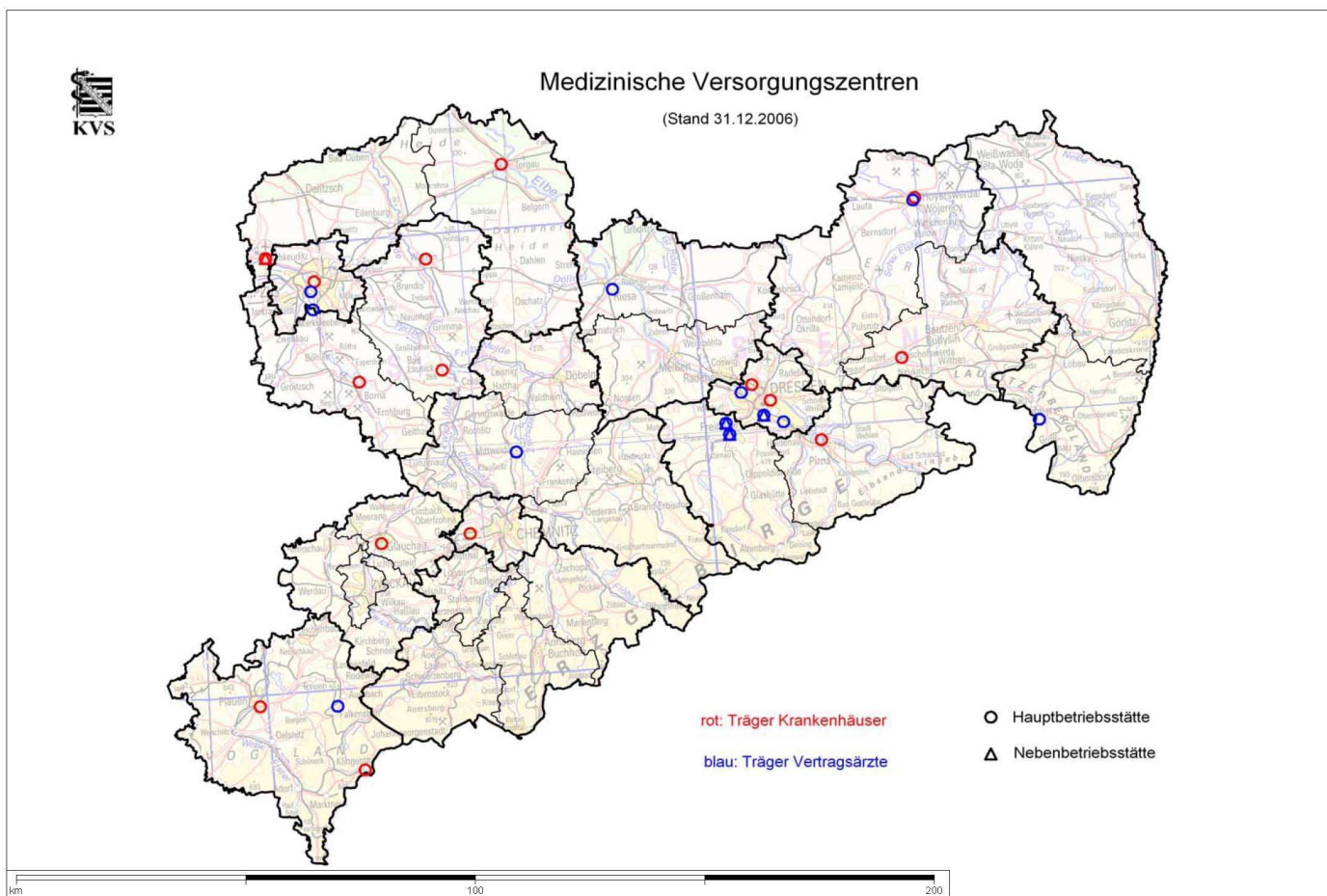
Summe von Beschäftigungsumfang	Stichtag						
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Planungsbereich							
Plauen-Stadt/ Vogtlandkreis	2	3	9	16	28,25	27,5	32,25
Leipzig-Stadt		3	6,5	11	18,25	20,75	29,75
Dresden-Stadt		5	6,75	10,75	12,25	13,5	19,75
Mittweida			2	5	8	10	21
Chemnitz-Stadt		2	2,75	7,25	9,25	11,5	12,75
Muldentalkreis		2	3	6	9	10	11
Leipziger Land			3	4	5,5	10	12,75
Torgau-Oschatz		2	2	3	7	7	8,75
Freiberg				6	7	7	9
Hoyerswerda-Stadt/ Kamenz		5,5	3,5	3,5	4	4	4
Aue-Schwarzenberg				3	5,5	6	9,5
Delitzsch			2	4	4	5	6
Chemnitzer Land			1,5	3	4	5	6,75
Zwickau-Stadt				4,5	4	4,75	6,5
Bautzen				2	3	5	8
Stollberg				4	5	5	4
Sächs. Schweiz		1	4	5	2	2	3
Riesa-Großenhain				2	3	4	7
Döbeln					5	6	4
Görlitz-Stadt/NOL				2	3	4	3,25
Meißen					4	4	3
Annaberg				1	2	2	3
Löbau-Zittau							2
Zwickauer Land						1	

Anlage 5: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2005

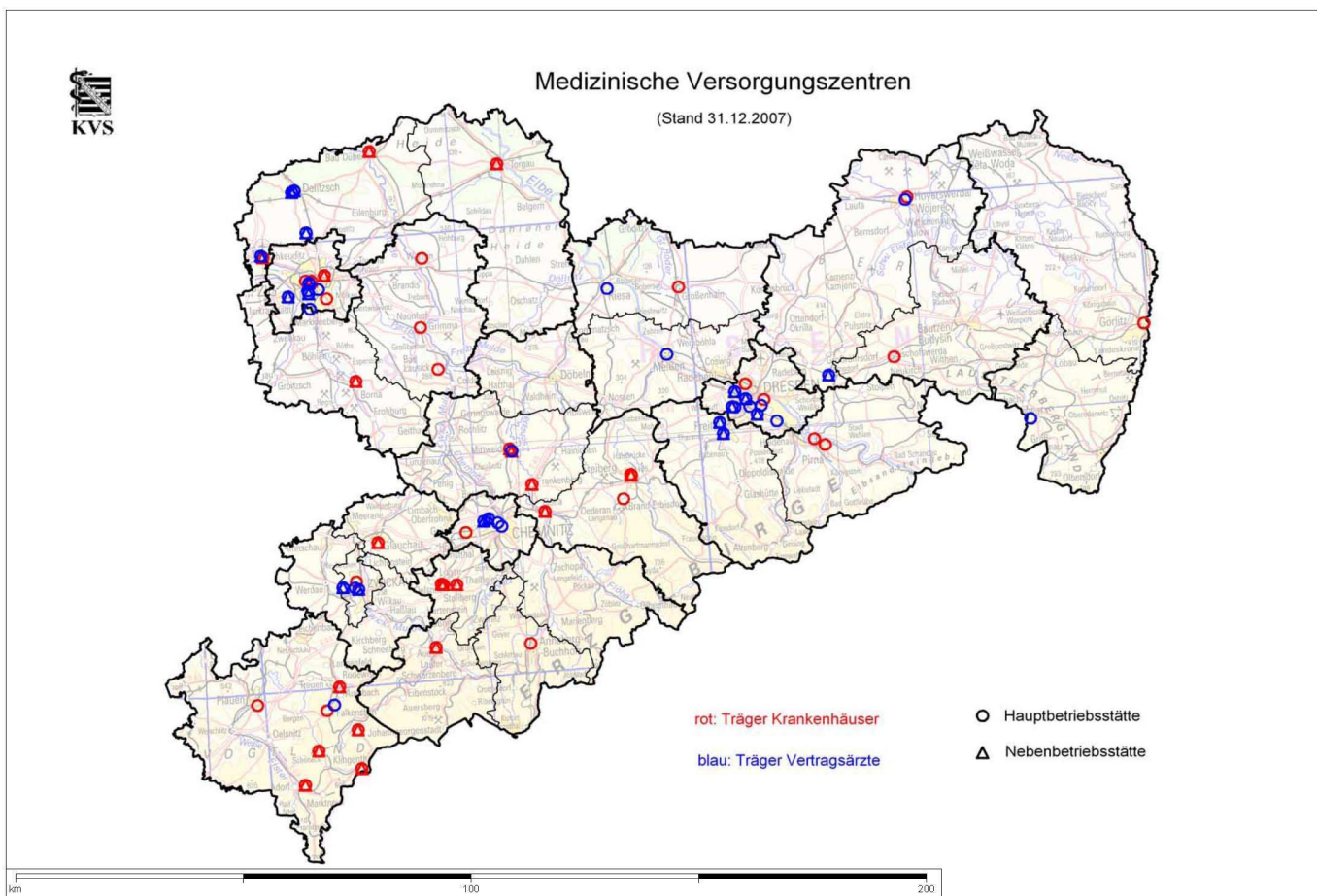


Bundesrepublik 1:1 Mio
© Landesvermessungsamt Sachsen, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2004
Seite 1 von 1

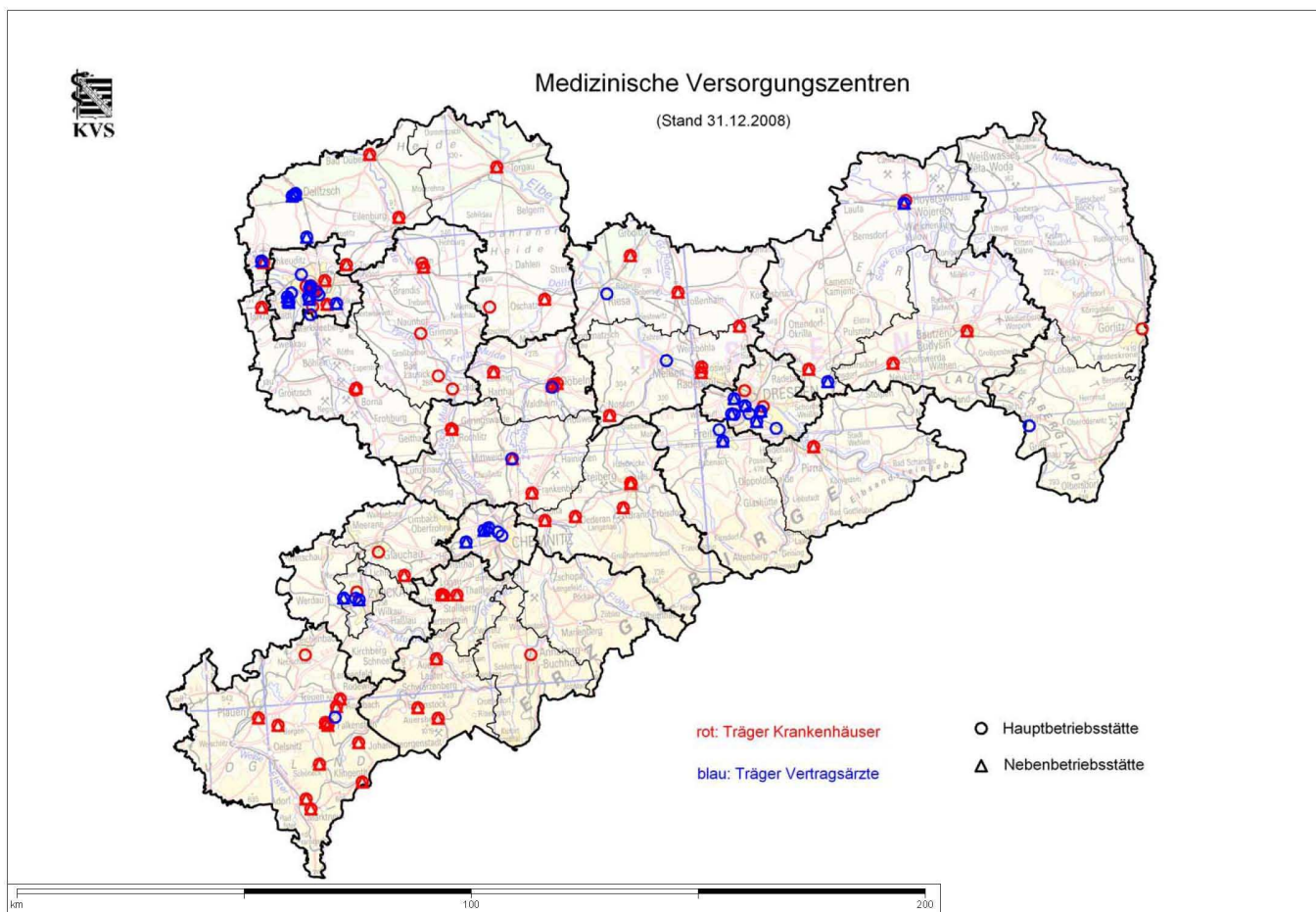
Anlage 6: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2006



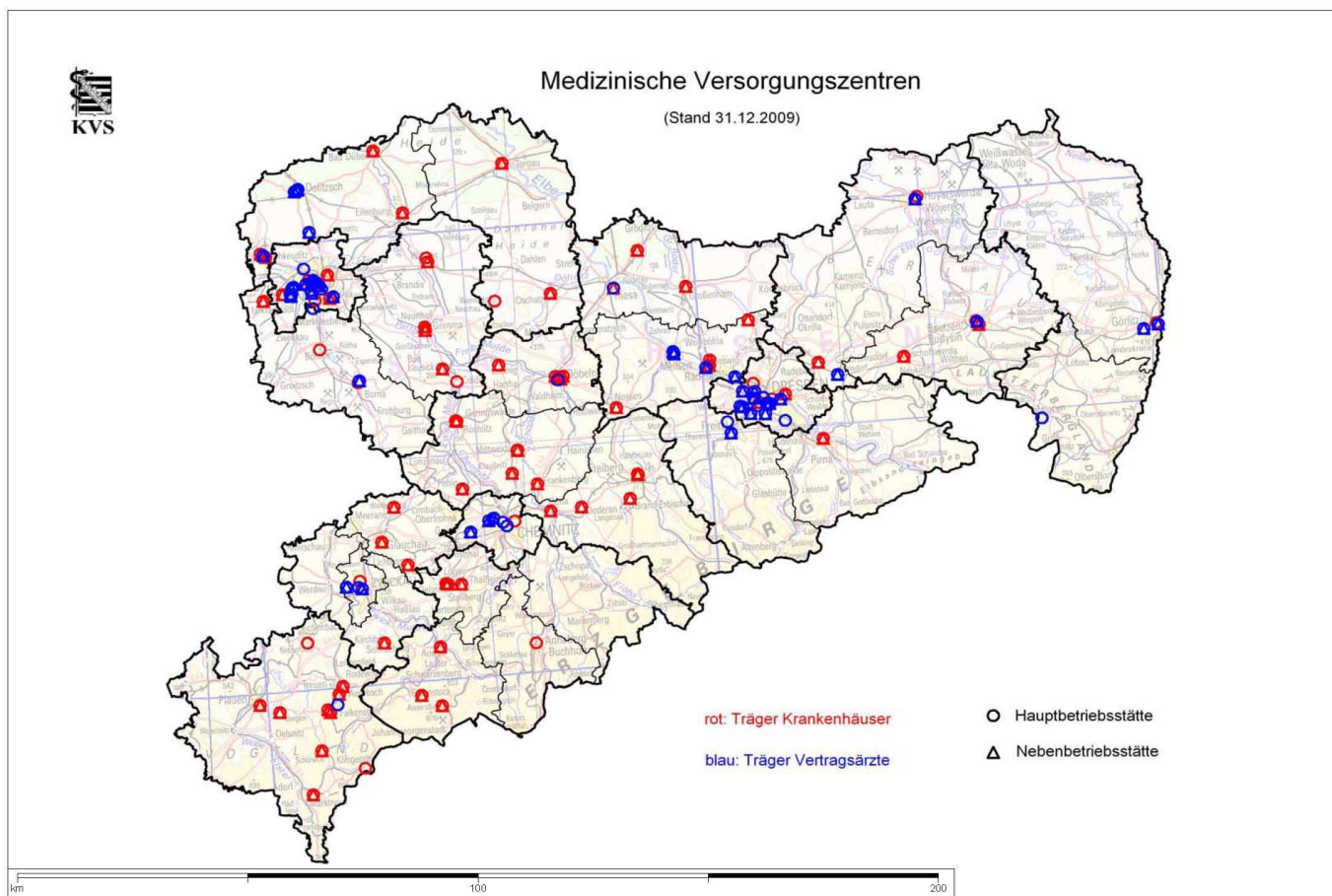
Anlage 7: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2007



Bundesrepublik 1:1 Mio
© Landesvermessungsamt Sachsen, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2004
Seite 1 von 1

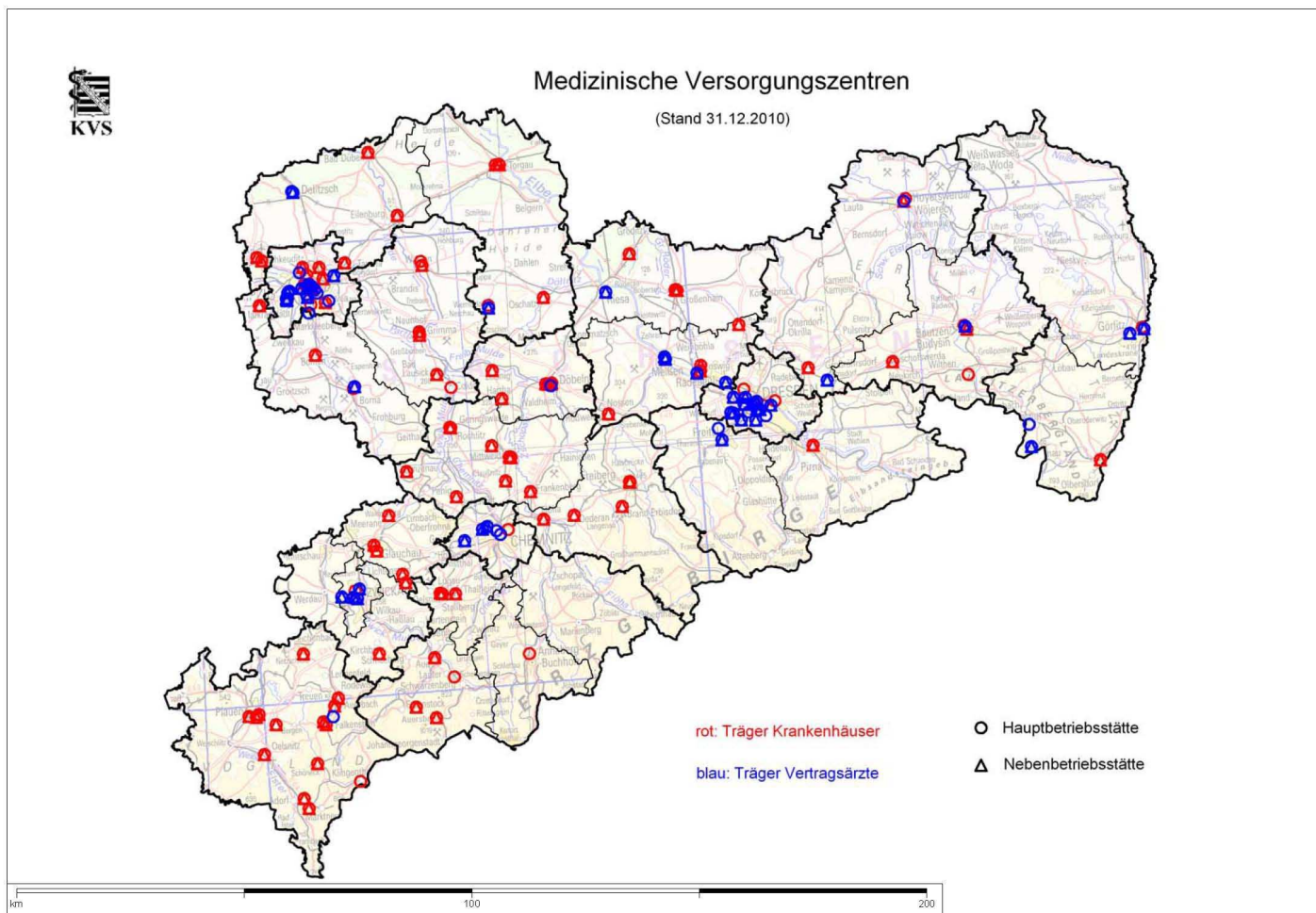
Anlage 8: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2008

Anlage 9: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2009

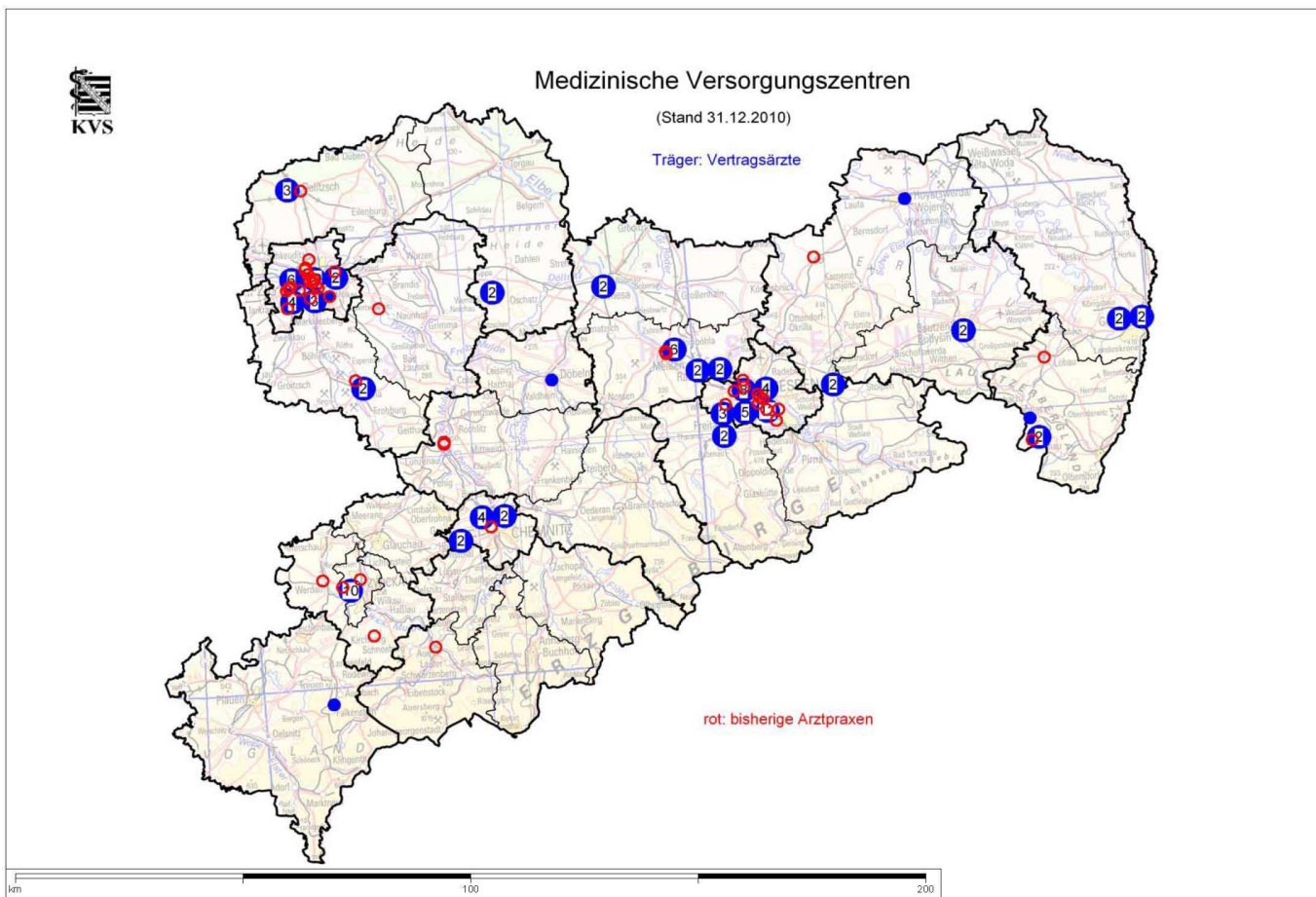


Bundesrepublik 1:1 Mio
© Landesvermessungsamt Sachsen, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2004
Seite 1 von 1

Anlage 10: Verteilung der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhäusern in Sachsen, Stichtag 31.12.2010

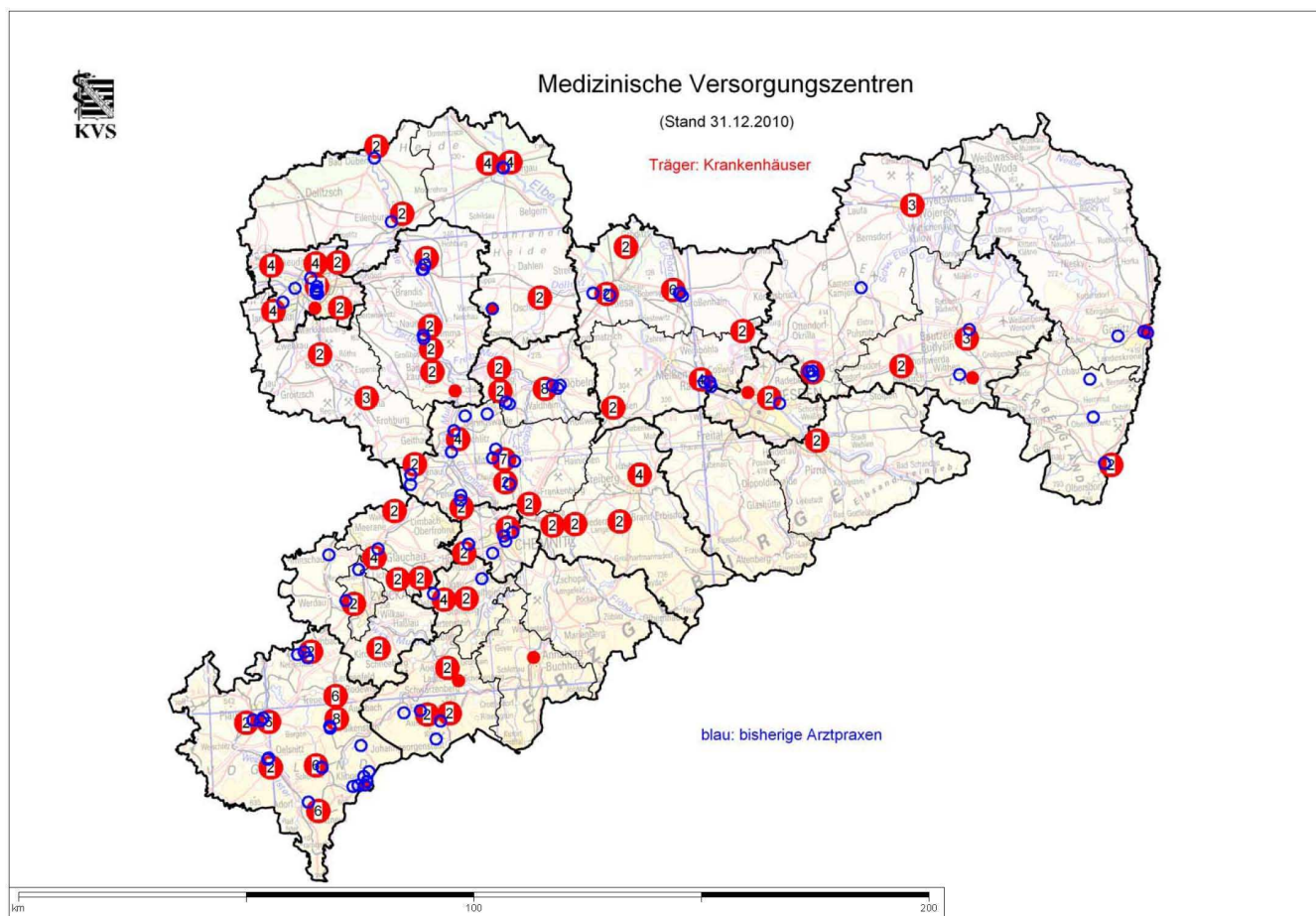


Anlage 11: MVZ in Vertragsarztträgerschaft (blau) und Arztpraxen (rot) welche an das MVZ herangezogen wurden, MVZ Stand von 2010 mit herangezogenen Arztpraxen seit Gründungsmöglichkeit



Bundesrepublik 1:1 Mio
 © Landesvermessungsamt Sachsen, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2004
 Seite 1 von 1

Anlage 12: MVZ in Krankenhausträgerschaft (rot) und Arztstze (blau) welche an das MVZ herangezogen wurden, MVZ Stand von 2010 mit herangezogenen Arztstzen seit Gründungsmöglichkeit



Anlage 13: Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, Vertragsarzt-MVZ, bedarfsplanungsrelevant

Summe Beschäftigungsumfang Arztgruppe	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Gesamtergebnis	relativer Anteil
Internisten	1	4	13	28,75	26	30,5		103,25	15,7
Allgemein-/Prakt.Ärzte	2	4	8,75	15	17	23	20	89,75	13,6
Chirurgen, Kinder- /Plast.Chir.		3	5	8	9	9	8	42	6,4
Nervenärzte		2	5	7	7	8	11	40	6,1
Frauenärzte		2	4	5	9	10	9	39	5,9
Neurologen		3	2	6	9	9	8	37	5,6
Kinderärzte		1	1	5	7	7	7	28	4,2
Orthopäden			1	4	4	9	9	27	4,1
Anästhesisten		1	4	4	4	6	7	26	3,9
Hausärztliche Internisten					3,75	7,25	12,25	23,25	3,5
HNO-Ärzte				3	4	6	8	21	3,2
Radiologen		2	2	3	4	4	4,5	19,5	3,0
Psychol.Psychoth.mit VT		1	1	1	2	5	5	15	2,3
Hautärzte	1	1	1	1	3	3	4	14	2,1
Augenärzte				2	3	4	2,5	11,5	1,7
Psychotherap. tätige Ärzte	0,5	0,5		3	2,5	2	2	10,5	1,6
Physiotherap., Rehab.Mediziner					4	2	4	10	1,5
Internisten SP					2	2	3	7	1,1
Endokr./Diabet. Internisten SP						1	6	7	1,1
Kardiologie									

Anlage 13 (2): Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, Vertragsarzt-MVZ, bedarfsplanungsrelevant

Summe Beschäftigungsumfang Arztgruppe	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Gesamtergebnis	relativer Anteil
Neurochirurgen				1	1	2	2	6	0,9
Urologen			1	1	1	1	1	5	0,8
Fachärztl. Internisten ohne SP							4	4	0,6
Kinder- und Jugendpsychiater					1	2	1	4	0,6
Pathologen/Neuropathologen				1	1	1	1	4	0,6
Physiotherapeuten/Sonst.Ärzte						4		4	0,6
Internisten SP Nephrologie							3	3	0,5
Internisten SP Pneumologie							3	3	0,5
Internisten SP Rheumatologie							3	3	0,5
Psychiater						2	1	3	0,5
Internisten SP Angiologie							2	2	0,3
Internisten SP Gastroenterol.							2	2	0,3
Ki.-u.Jugendl.Psychth.m.VT						1	1	2	0,3

Anlage: 14 (1): Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, Krankenhaus-MVZ, bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen

Summe von Beschäftigungsumfang Arztgruppe	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Gesamt- ergebnis	relativer Anteil
Allgemein-/Prakt.Ärzte		5,5	4,5	17	23,25	24,5	28,75	103,5	14,2
Chirurgen, Kinder- /Plast.Chir.		1	5	10,5	15	16	17	64,5	8,8
Frauenärzte		2	2	7	12	13	16	52	7,1
Radiologen	1	3	5	7	10	11,5	12	49,5	6,8
Kinderärzte				5,5	9,5	12,25	18,5	45,75	6,3
Internisten			5,5	8,5	12,5	18		44,5	6,1
HNO-Ärzte		2	3,75	6,75	7,75	8	10,75	39	5,3
Orthopäden		1	3	5	9	9	10	37	5,1
Neurologen			2	4,75	7	7	10,75	31,5	4,3
Hausärztliche Internisten		1			3,25	5,5	18,75	28,5	3,9
Nervenärzte		2	2	5,25	5,75	4,75	8	27,75	3,8
Anästhesisten	1	3	4	3,75	5,25	4,5	5,25	26,75	3,7
Neurochirurgen			1	3	4,75	6	8,75	23,5	3,2
Augenärzte				4	6	6	6,5	22,5	3,1
Urologen				2	5	5	6	18	2,5
Hautärzte			1	3	3	4	4,5	15,5	2,1
Psychotherap. tätige Ärzte			0,75	2	3	4	4,25	14	1,9
Psychol.Psychoth.mit VT		2	0,5		2	2	7	13,5	1,9

Anlage 14 (2) Trenddaten Summe Beschäftigung in Arztgruppen, sortiert fallend nach Gesamtbeschäftigungsumfang, Krankenhaus-MVZ, bedarfsplanungsrelevante Arztgruppen

Summe von Beschäftigungsumfang Arztgruppe	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Gesamt- ergebnis	relativer Anteil
Psychol.Psychotherapeut			2	2,5	2,5	2,75	0,75	10,5	1,4
Physiotherap., Rehab.Mediziner			2	1		2	4	9	1,2
Psychiater				1	1,75	1,25	2,25	6,25	0,9
Internisten SP Kardiologie							4	4	0,5
Physiotherapeuten/Sonstige Ärzte				1	1	1		3	0,4
Kinder- und Jugendpsychiater						1	1,5	2,5	0,3
Internisten SP Hämatologie./Onkologie.							2	2	0,3
Ki.-u.Jugendl.Psychth.m.VT							2	2	0,3
Fachärztl. Internisten ohne SP							1,75	1,75	0,2
Internisten SP Gastroenterologie.							1,25	1,25	0,2
Psychotherapeuten							1	1	0,1

Anlage15: Trendabbildung nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen in den Vertragsarzt-MVZ, sortiert fallend nach Gesamtsumme Beschäftigung

Summe Beschäftigung	Stichtag							Gesamtsumme Beschäftigung
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	
Arztgruppe								
Laborärzte						14,5	20,5	35
Humangenetiker					0,5	2,5	2	5
Pathologen/Neuropathologen				1	1	1	1	4
Nuklearmediziner		1	1	1		0,25	0,5	3,75

Anlage: 16 Trendabbildung nicht bedarfsplanungsrelevanter Arztgruppen in den Krankenhaus-MVZ, fallend nach Gesamtsumme Beschäftigung

Summe Beschäftigung	Stichtag							Gesamtsumme Beschäftigung
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	
Arztgruppen								
Laborärzte		1	1	1,5	3,25	3,25	4,5	14,5
Strahlentherapeuten							6	6
Nuklearmediziner			1	1		1	1	4
Pathologen/Neuropathologen						1	1,5	2,5
Humangenetiker					0,5	0,75	0,75	2

Anlage 17 (1): Trend der Dauer der historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Vertragsarzt-MVZ, gruppiert nach Tätigkeitsart

Anzahl Ärzte	Stichtag						
Dauer Tätigkeit davor, gruppiert nach Tätigkeit	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Einzelpraxis	2	8	19	42	48	56	59
0			1	4	5	7	10
1		3	3	6	6	7	6
2		1	3	4	4	3	2
3			2	2	2	3	4
4			1	2	3	6	5
5				2	2	3	4
6				3	3	2	1
7		1	1	1	2	2	1
8			1				1
10				1	1		1
11			1	1	1	2	2
12	2	2	2	2	3	3	3
13				1	2	2	1
14				2	3	4	3
15		1	4	6	5	5	4
16				3	3	3	4
17				2	3	1	1
18							2
19						3	4
GP-Teilnahme		6	11	21	20	36	36
0						1	1
1				2	2	5	5
2			3	4	4	5	5
3		1	2	2	2	7	7
4						1	1
5				1	1	2	1
8		1	1	1	1	1	1
9			2	2	2	3	4
11						1	1
12		1	1	1	1	1	1
13				4	4	4	4
14		3	2	3	3	3	3
15						1	1
17				1			
18						1	1

Anlage 17 (2): Trend der Dauer historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Vertragsarzt-MVZ, gruppiert nach Tätigkeitsart

Anzahl von ID1	Stichtag						
Dauer Tätigkeit davor, gruppiert nach Tätigkeit stationär tätig	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
stationär tätig	3	11	18	32	51	76	78
	3	11	18	32	51	76	78
Angestellter Arzt				3	6	17	17
0				1	1	7	4
1				1	3	6	6
2					1	2	5
4				1	1	1	1
5						1	1
Assistent		1	3	3	7	8	10
0			1	1	2	4	3
1			1	1	3	3	5
2							1
4		1	1	1	2	1	1
Einrichtungs-Arzt			1	1	3	2	1
0			1	1	1	1	1
1					1		
2					1	1	
Ermächtigung				1	1	1	4
0							1
2							1
3							1
7				1	1	1	1

Anlage 18 (1): Trend der Dauer der historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Krankenhaus-MVZ, gruppiert Tätigkeitsart

Anzahl von ID1	Stichtag							
Dauer Tätigkeit davor, gruppiert nach Tätigkeit	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	
Einzelpraxis	1	8	17	39	59	62	66	
0			1	3	5	4	6	
1			1	1		3	1	
2				2	2	2	4	
5		1	1	1	2	1	1	
6			1					
7				1	1		1	
8		1			1	1	1	
10			1			1		
11					1	3	3	
12		3	3	4	6	4	4	
13	1	1	2	2	1	1	1	
14		1	2	3	3	5	3	
15		1	4	4	6	7	4	
16			1	13	12	8	10	
17				5	16	17	13	
18					3	5	4	
19							9	
20							1	
GP-Teilnahme		1	3	2	3	7	8	
1		1	1	1	1	2	2	
2			1			1	1	
5						1		
6						1	1	
8			1	1	1	1	1	
10					1	1	1	
12							2	

Anlage 18 (2): Trend der Dauer der historischen Tätigkeit der Ärzte vor der Tätigkeit im Krankenhaus-MVZ, gruppiert nach Tätigkeitsart

Anzahl von ID1	Stichtag							
		31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Dauer Tätigkeit davor, gruppiert nach Tätigkeit stationär tätig		1	14	24	65	102	123	181
		1	14	24	65	102	123	181
Angestellter Arzt							1	3
0							1	
1								2
2								1
Assistent			1	1	4	8	8	9
0					3	6	5	6
1			1	1	1	2	3	3
Einrichtungs-Arzt				1	6	6	8	7
0							1	1
1					4	4	5	4
2					1	1	1	1
7				1	1	1	1	1
Ermächtigung		1	1	4	7	15	25	34
0							1	2
1				1	2	4	5	6
2				2	3	4	4	5
3						2	3	4
4		1	1	1	1	2	3	5
5							1	1
6						1	1	1
8						1	1	1
9							1	2
10					1	1	1	1
12							1	2
14								1
15							1	1
16							1	1
18							1	1

Anlage 19: Trendabbildung Alter der Ärzte in MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten, sortiert nach Gesamthäufigkeit der Ärzte der Stichtage

Anzahl Ärzte Alter	Stichtag							
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	
43		2	3	8	11	16	14	
52	1	2	3	6	10	11	9	
40			2	6	5	8	9	
45		1	3	3	4	9	10	
46			3	3	5	8	10	
49		1	2	6	5	7	7	
41	1	1	2	3	5	8	7	
42	1	2	2	4	6	6	6	
44			1	2	4	9	11	
55	1	2	3	4	6	5	6	
56		1	3	3	6	7	6	
53	1	2	1	4	3	7	7	
39		2	2	3	5	6	6	
48			1	4	5	7	7	
47			2	4	3	6	7	
51		2	2	2	3	6	7	
54		1	2	3	4	6	6	
57		1	3	4	4	5	5	
50		2	2	3	5	4	5	
70			1	4	5	7	4	
68		1		3	3	4	7	
38				2	2	6	5	
67			1	3	3	3	3	
73			2	4	2	2	3	
69				1	2	4	5	
72		2	3	2	1	2	1	
36				1	2	4	3	
71				3	2	3	2	
35					1	3	5	
59				1	1	4	3	
62			1	1	2	2	2	
64				1	2	2	3	
58		1	1	1	1	1	2	
37					2	2	2	
77				1	3	1	1	
61				1	1	1	1	
63			1		1	1	1	
65					1		2	
33						1	2	
60						1	1	
66					1		1	
76						1	1	
75				1				

Anlage 20: Trendabbildung Alter der Ärzte in MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern, sortiert nach Gesamthäufigkeit der Stichtage

Anzahl Ärzte	Stichtag						
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
43		2	3	11	11	14	19
41		3	3	4	10	12	17
44		1	5	4	8	12	18
45		1	1	5	9	16	14
47		2	1	5	10	9	17
46			1	8	9	10	13
70		1	2	9	9	9	10
40			1	5	6	9	17
48	1	1	2	4	7	10	13
68			4	4	7	11	11
50			1	4	7	7	12
66				4	10	9	7
42			3	6	7	6	7
53			2	3	7	8	8
69		3	2	2	4	5	9
54		1	2	4	4	5	8
49	1	1	1	2	5	5	7
55			1	2	5	6	8
38				2	3	6	10
51		1	1	1	4	6	7
71		1	1	4	5	6	3
56		2	2	3	4	4	4
37				1	4	5	8
39				1	3	5	9
59		1	1	1	4	6	5
67				3	6	4	5
36				3	4	4	4
58			1	2	3	4	5
65		1	1	3	3	3	3
60				2	2	4	4
61		1	3	2	1	2	2
52			1	1	2	2	4
35					1	2	5
63			1	2	2	2	
73	1	2	1	1		1	1
57			1	2	1	1	1
62				1	2	1	2
64			1	1	1	1	1
72					2	1	2
34							4
80				1	1	1	1
83							1

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

dass ich die Bachelorthesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe; dass ich dieses Thema bisher weder im In- noch im Ausland zur Beurteilung vorgelegt habe und dass diese Ausarbeitung mit der Variante der vom dem Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift