

Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Entwicklung und Auswirkungen

GUTACHTEN

Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Entwicklung und Auswirkungen

Friederike A. Haaß
Richard Ochmann
Julia Gerb
Martin Albrecht
Hans-Dieter Nolting

Gutachten

für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Berlin, Oktober 2020

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Julia Gerb
Dr. Friederike A. Haaß
Hans-Dieter Nolting
Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	11
1. Kontext und Ziele	14
1.1 Kontext	14
1.2 Ziele	19
2. Methodik	20
2.1 Auswertungen zu Versorgungsstrukturen	20
2.2 Auswertungen zur regionalen Verteilung	21
2.3 Analyse der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen	21
2.4 Auswertungen zum Leistungsgeschehen	22
3. Ergebnisse	24
3.1 Entwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstrukturen	24
3.1.1 Anteil der Praxisformen an der Versorgung	24
3.1.2 Unterschiede zwischen den Praxisformen	29
3.1.3 Charakteristika von i-MVZ und MVZ	34
3.2 Unterschiede in der regionalen Verteilung der Praxisformen	40
3.2.1 Regionale Verteilung der Zahnarztstellen	40
3.2.2 Verteilung nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen der Planungsbereiche	47
3.2.3 Regelungen des TSVG für Krankenhaus-MVZ	53
3.2.4 Zwischenfazit	59
3.3 Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen	61
3.4 Unterschiede im Leistungsgeschehen zwischen den Praxisformen	65
3.4.1 Charakterisierung der Vergleichsgruppen	67
3.4.2 Stellenwert der Leistungsbereiche	77
3.4.3 Leistungsbereich KCH	80
3.4.4 Leistungsbereich ZE	105
4. Schlussfolgerungen, Diskussion und Empfehlungen	135
4.1 Schlussfolgerungen	135
4.2 Ausblick und Empfehlungen	138
4.3 Limitationen	140
5. Anhang	142
A1 MVZ-Kettenverbünde	143
Abbildungen	4
Tabellen	8
Abkürzungsverzeichnis	10

Abbildungen

Abbildung 1:	Anzahl der Praxisstandorte von i-MVZ und Veränderung gegenüber dem Vorjahr (2015 bis 2020)	24
Abbildung 2:	Anteil der Praxisstandorte der i-MVZ am gesamten MVZ-Markt (2015 bis 2020)	25
Abbildung 3:	Verteilung der Zahnarztstellen nach Praxisform auf Bundesebene (2015 bis 2019)	26
Abbildung 4:	Anzahl der Zahnarztstellen der investorenbetriebenen und nicht-investorenbetriebenen MVZ (2015 bis 2019)	27
Abbildung 5:	Verteilung der Zahnarztstellen auf investorenbetriebene und nicht-investorenbetriebene MVZ (2015 bis 2019)	28
Abbildung 6:	Durchschnittliche Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort nach Praxisform (2015 bis 2019)	29
Abbildung 7:	Verteilung der Praxisstandorte nach Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort (2019)	30
Abbildung 8:	Verteilung der Zahnarztstellen nach Zulassungs- bzw. Tätigkeitsart und Praxisform (2019)	31
Abbildung 9:	Verteilung der Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019)	32
Abbildung 10:	Verteilung der angestellten Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019)	33
Abbildung 11:	Anzahl der Zahnarztstellen in i-MVZ nach Kettenverbund (2015 bis 2019)	36
Abbildung 12:	Verteilung der Kettenverbünde der i-MVZ und MVZ nach Anzahl der Praxisstandorte je Kettenverbund (2019)	37
Abbildung 13:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen auf Kreistypen (2018)	41
Abbildung 14:	Versorgungsgrad gemäß vertragszahnärztlicher Bedarfsplanung nach Planungsbereichen (2018)	43
Abbildung 15:	Regionale Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ (2019)	44
Abbildung 16:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Kreistyp und Praxisform (2019)	48
Abbildung 17:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Zahnärztdichte und Praxisform (2019)	49
Abbildung 18:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach dem Anteil der Einwohner im Alter 65+ und Praxisform (2019)	50

Abbildung 19:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Pflegebedarf und Praxisform (2019)	51
Abbildung 20:	Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Medianeinkommen und Praxisform (2019)	52
Abbildung 21:	Anzahl der durch ein Krankenhaus-MVZ besetzbaren Zahnarztstellen nach Planungsbereichen (2018)	55
Abbildung 22:	Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2 (2019)	73
Abbildung 23:	Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG2 (2019)	77
Abbildung 24:	Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppen UG1, KG1 und KG2 (2019)	79
Abbildung 25:	Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppe UG2 (2019)	80
Abbildung 26:	KCH-Punkte je KCH-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2	82
Abbildung 27:	KCH-Punkte je KCH-Fall in der Gruppe UG2	83
Abbildung 28:	Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019)	88
Abbildung 29:	Prozentuale Differenz in der Mengenkompente (Anzahl Abrechnungen je 100 KCH-Fälle) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)	89
Abbildung 30:	Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Anzahl Punkte je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)	90
Abbildung 31:	Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührenziffern Ä925a, Ä925b bis d und Ä935d in der KCH-Kategorie <i>Röntgen</i> (2019)	94
Abbildung 32:	Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührenziffern 43, 44, 45, 47a und 48 in der KCH-Kategorie <i>Extraktionen</i> (2019)	97
Abbildung 33:	Anzahl Abrechnungen für die Leistung <i>Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen</i> (BEMA-Gebührenziffer 105) je 100 KCH-Fälle	100
Abbildung 34:	Anzahl Abrechnungen für die Leistung Sensibilitätsprüfung der Zähne (BEMA-Gebührenziffer 8) je 100 KCH-Fälle	101

Abbildung 35:	Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG2 (2019)	103
Abbildung 36:	Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 KCH-Fälle) zwischen Einzelpraxen in UG2 und den anderen Praxisformen in UG2 in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)	104
Abbildung 37:	Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Anzahl Punkte je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG2 und den anderen Praxisformen in UG2 in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)	105
Abbildung 38:	ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2	108
Abbildung 39:	ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in der Gruppe UG2	109
Abbildung 40:	Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2	111
Abbildung 41:	Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG2	112
Abbildung 42:	GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2	114
Abbildung 43:	GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2	115
Abbildung 44:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall, UG1, KG1 und KG2	117
Abbildung 45:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2	118
Abbildung 46:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019)	120
Abbildung 47:	Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 ZE-Neuversorgungsfälle) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)	121
Abbildung 48:	Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Festzuschussbetrag je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)	122

Abbildung 49:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG2 (2019)	123
Abbildung 50:	Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 ZE-Neuversorgungsfälle) zwischen Einzelpraxen in UG2 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)	124
Abbildung 51:	Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Festzuschussbetrag je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG2 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)	125
Abbildung 52:	Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2	126
Abbildung 53:	Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2	127
Abbildung 54:	Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2	128
Abbildung 55:	Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2	129
Abbildung 56:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie <i>Vorläufige Versorgung</i> , UG1, KG1 und KG2	130
Abbildung 57:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie <i>Vorläufige Versorgung</i> , UG2	131
Abbildung 58:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG1, KG1 und KG2	133
Abbildung 59:	Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG2	134
Abbildung 60:	Anzahl der Zahnarztstellen in MVZ nach Kettenverbund	143

Tabellen

Tabelle 1:	Kapitalinvestoren der i-MVZ, ihre Kettenverbünde und die Anzahl der Praxisstandorte (2019)	38
Tabelle 2:	Anzahl der Praxisstandorte der MVZ und der i-MVZ nach KZV-Region (2019)	39
Tabelle 3:	Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ nach zahnärztlichen Planungsbereichen (2019)	45
Tabelle 4:	Zahnärztliche Planungsbereiche mit dem höchsten Anteil der Zahnarztstellen in i-MVZ und weitere Planungsbereiche (2019)	46
Tabelle 5:	Verteilung der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Anzahl der maximal von einem Krankenhaus als Träger eines zahnärztlichen MVZ zu besetzenden Zahnarztstellen (2018)	54
Tabelle 6:	Verteilung der Planungsbereiche und der Einwohner nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich (2018)	56
Tabelle 7:	Verteilung der Planungsbereiche nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich und Kreistyp (2018)	57
Tabelle 8:	Verteilung der Planungsbereiche, in denen die „mindestens fünf“-Regel greift, nach Kreistyp	58
Tabelle 9:	Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen	62
Tabelle 10:	Regionale Merkmale der Gruppen UG1, KG1, KG2 und UG2	67
Tabelle 11:	Anzahl Praxisstandorte nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019	69
Tabelle 12:	Schätzung des Anteils der MVZ- und i-MVZ-Praxisstandorte, die nicht ganzjährig existierten, UG1, KG1 und KG2	70
Tabelle 13:	Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019	71
Tabelle 14:	Anzahl behandelter Versicherter nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019	72
Tabelle 15:	Anzahl Praxisstandorte nach Praxisform, UG2, 2015–2019	74
Tabelle 16:	Schätzung des Anteils der MVZ- und i-MVZ-Praxisstandorte, die nicht ganzjährig existierten, UG2	75
Tabelle 17:	Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG2, 2015–2019	75
Tabelle 18:	Anzahl behandelter Versicherter nach Praxisform, UG2, 2015–2019	76

Tabelle 19:	Erwartete Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall gemäß der Altersverteilung der behandelten Patienten	84
-------------	--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BEB	Bundeseinheitliche Benennungsliste
BEL	Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
EP	Einzelpraxen
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
MuL	Material und Labor
KBR	Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen
KCH	Konservierende und chirurgische Leistungen, inklusive Prophylaxe
KFO	Kieferorthopädische Behandlung
KG	Kontrollgruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PAR	Systematische Behandlung von Parodontopathien
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UG	Untersuchungsgruppe
ZE	Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter es sei denn es wird explizit auf ein Geschlecht hingewiesen.

Zusammenfassung

Seit der Zulassung fachgruppengleicher MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 ist die Zahl an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmender MVZ auf 1.000 gestiegen (Q1 2020). Ein wachsender Anteil davon befindet sich im Eigentum von Finanzinvestoren, denen es über den Erwerb eines Krankenhauses möglich ist, Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung zu bekommen. In Bezug auf letztere besteht dabei weder ein fachlich-medizinischer Zusammenhang – die Krankenhäuser selbst sind i. d. R. nicht an der zahnärztlichen Versorgung beteiligt – noch ein regionaler Bezug, denn die MVZ werden nicht im Einzugsbereich dieser Häuser gegründet, sondern bevorzugt in großstädtischen, vielfach weit entfernten Regionen. In Q1 2020 belief sich die Zahl der von Investoren betriebenen MVZ (i-MVZ) auf 207. Zwar hatte der Gesetzgeber bereits 2011 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Absicht verfolgt, Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung von der Gründungsberechtigung für MVZ auszuschließen. Dies ist jedoch nicht gelungen, insofern durch den Erwerb eines Krankenhauses auch die Berechtigung zur Gründung von MVZ erworben wird.

Das vorliegende Gutachten soll einen Beitrag zur Beantwortung der beiden folgenden Fragestellungen leisten:

- ♦ Trägt die Gründung von i-MVZ zu einer Stärkung bzw. Sicherung der flächendeckenden und bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung bei, d. h. werden strukturschwache und aktuell oder zukünftig von Unterversorgung bedrohte Regionen gleichermaßen als Standorte für i-MVZ gewählt, wie gut versorgte, aber aufgrund der Einkommens- und Bevölkerungsstrukturen wirtschaftlich interessanteren Regionen?
- ♦ Hat die neue Praxisform der i-MVZ im Vergleich insbesondere zu den „traditionellen“ Praxisformen der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnmedizinischen Versorgung?

Beide Fragen stellen sich legitimer Weise, wenn man die Ambitionen ernst nimmt, die insbesondere Investoren aus dem Private Equity-Bereich für sich selbst in Anspruch nehmen bzw. die aus deren Geschäftsmodell resultieren: Das Ziel der Erwirtschaftung von höheren Kapitalrenditen, als sie in anderen Kapitalmarktsegmenten erzielbar sind, soll nicht zuletzt durch ein deutlich stärker auf Rentabilität ausgerichtetes Management erreicht werden, als es die Vorbesitzer praktiziert haben.

Weitere Themen des Gutachtens sind ein Vergleich der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen für Einzelpraxen, BAG und (i-)MVZ sowie eine Untersuchung zu den Wirkungen der mit dem TSVG eingeführten Regelungen zur Begrenzung der Versorgungsanteile der von einem Krankenhaus in einem Planungsbereich betriebenen (i-)MVZ.

Das Gutachten stützt sich bezüglich der regionalen Versorgungsstrukturen auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, einer von der KZBV durchgeführten Sondererhebung zu MVZ sowie Bedarfsplanungsdaten der KZVen. Für die Analysen zum Leistungsgeschehen stellten die KZVen Abrechnungsdaten aus ausgewählten Planungsbereichen zur Verfügung.

Die Analysen zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen zeigen, dass sich i-MVZ (und MVZ) von Einzelpraxen und BAG in mehreren Charakteristika unterscheiden: In ihren Praxisstandorten sind durchschnittlich mehr Zahnarztstellen angesiedelt, die überwiegend von angestellten Zahnärzten (im Gegensatz zu Vertragszahnärzten) besetzt sind. Ein weiteres Charakteristikum von i-MVZ (und in geringem Maße MVZ) ist der Zusammenschluss mehrerer Standorte zu Ketten. Viele dieser Ketten umfassen bisher nur wenige Standorte, die größte Kette hat jedoch bereits 23 Praxisstandorte¹. Derzeit stehen hinter den i-MVZ zwölf verschiedene Investoren, wobei es sich überwiegend um Private Equity-Gesellschaften handelt.

In Bezug auf die beiden oben genannten Fragestellungen kommt das Gutachten zu folgenden Ergebnissen:

- ♦ Die Analysen zur regionalen Verteilung sowohl der Standorte von i-MVZ, als auch der von ihnen vorgehaltenen zahnärztlichen Kapazitäten (Zahnarztstellen) zeigen eine deutliche Konzentration auf großstädtische Standorte, die sich durch eine überdurchschnittlich einkommensstarke sowie jüngere und weniger von Pflegebedürftigkeit betroffene Bevölkerung auszeichnen. Ferner handelt es sich in den weitaus meisten Fällen um Planungsbereiche, die einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen. Einzelpraxen und BAG verteilen sich dagegen nahezu proportional zu den jeweiligen Bevölkerungsanteilen. MVZ weisen ähnlich wie i-MVZ eine Bevorzugung von großstädtischen Standorten auf.
- ♦ Die Analysen zum Leistungsgeschehen bzw. Abrechnungsverhalten von i-MVZ im Vergleich insbesondere zu Einzelpraxen in den beiden bedeutsamsten Leistungsbereichen konservierend-chirurgischen Leistungen (KCH) und Zahnersatz (ZE) zeigen nahezu durchgängig, dass i-MVZ höhere Umsätze generieren, die im Bereich der KCH-Leistungen vor allem aus Mengenausweitungen in fast allen Kategorien und im ZE-Bereich aus einer Umsatzausweitung bei den Neuversorgungen resultieren. Auch hier weisen MVZ ähnliche Auffälligkeiten auf wie i-MVZ.

Zusammenfassend ist somit zu konstatieren, dass sowohl die Ergebnisse zur bevorzugten Ansiedlung von i-MVZ in (groß-)städtischen, einkommensstarken und von einer hohen Zahnarztdichte gekennzeichneten Regionen, als auch die Befunde zum Leistungsgeschehen die These eines im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG stärker am Ziel der Renditeoptimierung orientierten Vorgehens von i-MVZ stützen.

¹ Dabei handelt es sich um die Zahnarztkette Dr. Z, über die im August 2020 das Insolvenzverfahren eröffnet wurde (Amtsgericht Düsseldorf, 01.08.2020, AZ 504 IN 63/20).

Die These, dass i-MVZ einen Beitrag zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung in ländlichen, strukturschwachen und von Unterversorgung bedrohten Regionen leisten ist zurückzuweisen. Dabei ist hinzuzufügen, dass nicht-investoren-betriebene MVZ in vielen untersuchten Aspekten den i-MVZ stark ähneln.

Inwieweit die beschriebenen Mengenausweitungen im KCH-Bereich bzw. die stärkere Gewichtung der Neuversorgungen im ZE-Bereich bereits als signifikante Beeinträchtigungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung zu bewerten sind, muss ggf. auf einer tiefer gehenden Datengrundlage und mit spezifischem zahnmedizinischen Sachverstand untersucht werden. Aktuell wirken sich die höheren Abrechnungsvolumina auf der Systemebene noch nicht spürbar aus, weil der Versorgungsanteil der (i-)MVZ auf Bundesebene noch gering ist. Bei Fortsetzung des dynamischen Wachstums der Zahl der (i-)MVZ und Fortbestehen der Unterschiede im Leistungsgeschehen könnte sich das ändern.

Aus Sicht der Gutachter sollten bessere Möglichkeiten geschaffen werden, den potenziellen Einfluss der Verbreitung von zahnärztlichen (i-)MVZ auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zeitnah, präzise und mit vertretbarem Aufwand beobachten bzw. analysieren zu können. Dies wird gegenwärtig bereits dadurch stark erschwert, dass die Eigentumsverhältnisse von insbesondere in Krankenhausträgerschaft betriebenen (i-)MVZ nur mit hohem Zusatzaufwand und behaftet mit Unsicherheiten ermittelt werden können. Die Forderung der KZVen nach verbesserter Transparenz bzgl. der Eigentümerstrukturen von (i-)MVZ ist daher aus Sicht der Gutachter zu unterstützen, weil ohne diese Grunddaten entsprechende Analysen nicht ohne weiteres möglich sind.

Der Gesetzgeber hat unter Hinweis auf befürchtete negative Auswirkungen der Gründung von MVZ durch im Besitz von Finanzinvestoren befindliche Krankenhäuser bereits 2019 mit dem TSVG erste Maßnahmen zur Sicherung der Anbietervielfalt auf der Ebene des einzelnen Planungsbereichs ergriffen. Die Bestimmungen des neu eingeführten § 95 Abs. 1b SGB V sind zwar geeignet, eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz von (i-)MVZ in Trägerschaft weniger Krankenhäuser in einem gegebenen Planungsbereich zu verhindern. Die TSVG-Regelung beschränkt hingegen nicht den Versorgungsanteil, der insgesamt auf die Praxisform (i-)MVZ in Krankenhausträgerschaft entfällt. Theoretisch ist eine hundertprozentige Abdeckung der zahnärztlichen Versorgung durch (i-)MVZ mit Krankenhausgründern möglich, solange jedes einzelne Krankenhaus den gesetzlich eingeräumten Versorgungsanteil nicht überschreitet.

Vor dem Hintergrund der festgestellten Auffälligkeiten im Leistungs- und Abrechnungsgeschehen und den daraus resultierenden möglichen Risiken für die Versorgung sollten über das TSVG hinausgehende gesetzliche Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Dies umso mehr, wenn es auch im zahnärztlichen Bereich in bestimmten Regionen zu Entwicklungen im Sinne einer Verdrängung von Einzelpraxen/BAG bzw. niederlassungswilligen Zahnärzten kommen sollte, wie sie von ärztlichen Körperschaften für bestimmte ärztliche Fachgebiete bereits beobachtet werden.

1. Kontext und Ziele

1.1 Kontext

Im Jahr 2014 gab es lediglich 21 Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die (als fachgruppenübergreifende Einrichtungen) an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnahmen. Seit der Zulassung fachgruppengleicher MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 ist die Zahl an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmender MVZ nach Angaben der KZBV bis zum ersten Quartal 2020 auf 1.000 gestiegen.

Ein Teil der MVZ – mit Stand erstes Quartal 2020 betrifft dies 207 (21 %) der oben genannten 1.000 MVZ – befindet sich über vorgeschaltete Tochtergesellschaften im (Mit-)Eigentum von privatem Beteiligungskapital (Private Equity-Gesellschaften und Family Offices). Diese nachfolgend i-MVZ genannte Praxisform unterscheidet sich somit zunächst einmal im Rahmen ihrer Eigentümerstruktur von anderen MVZ. Getragen werden die i-MVZ derzeit nahezu ausschließlich von einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus oder Konstellationen, in denen Zahnärzte neben dem Krankenhaus als minderheitsbeteiligter Gesellschafter auftreten.²

Auch wenn der Anteil von i-MVZ an der zahnärztlichen Versorgung insgesamt noch gering ist, stellt sich die Frage, inwiefern die Ausbreitung von i-MVZ zu Risiken in der zahnärztlichen Versorgung führen kann bzw. bereits führt. Hinsichtlich ihrer Aufgabe, zusammen mit den KZVen eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, weist insbesondere die KZBV auf mögliche negative Auswirkungen der Zunahme von i-MVZ hin.

Ein grundsätzliches Bedenken betrifft die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen in Einrichtungen, an denen Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung beteiligt sind. So führt der Gesetzgeber in seiner Begründung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus, dass Krankenhäuser, die von Private Equity-Gesellschaften zum Zweck einer i-MVZ-Gründung erworben werden, nur in Ausnahmefällen einen fachlichen Bezug zur Zahnmedizin aufweisen und daher dem gesetzgeberischen Anliegen – die Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen – zuwiderlaufen.³

Begründet werden Versorgungsrisiken weiterhin mit dem Verweis auf ausgeprägte Renditeerwartungen der Investoren, die über den mittelbaren Erwerb von i-MVZ an der zahnärztlichen Versorgung teilnehmen.⁴ Auch die Modalitäten der

² Eine Ausnahme stellt die Beteiligung des Investors Cara Invest an der Betreibergesellschaft der Dr. Z GmbH dar.

³ BT-Drs 19/8351, Beschlussempfehlung und Bericht zum Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG), S. 188.

⁴ Vgl. z. B. Ludwig, K. (2018, 16. September) Finanzinvestoren krempeln die Zahnarztbranche um. *Süddeutsche Zeitung*. <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/uebernahme-von-grosspraxen-finanzinvestoren-entdecken-zaehne-der-deutschen-1.4129697>.

Vertragsgestaltung beim Verkauf von vertragszahnärztlichen Praxen an solche Investoren könnten entsprechende Wirkungen entfalten, sofern der vereinbarte Kaufpreis an das Erreichen festgelegter wirtschaftlicher Ziele gebunden und nachträglich gemindert werden kann, wenn sie nicht erreicht werden.⁵ Da die ehemaligen Praxisinhaber in der Regel über eine Minderheitsbeteiligung eingebunden und zumindest für eine Übergangszeit als angestellte Zahnärzte weiter in der Praxis tätig sind, dürften sie unter diesen Umständen ein entsprechend starkes Engagement in Bezug auf das Erreichen der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele zeigen. Risiken für die zahnmedizinische Versorgung würden sich dann manifestieren, wenn die betriebswirtschaftlichen Ziele zu Lasten der Versorgungsqualität verfolgt bzw. erreicht werden.

Als bevorzugte Ansätze zur Erreichung hoher Renditeziele lassen sich u. a. die Zentralisierung von administrativen Abläufen und eine darüber angestrebte Reduktion der Gemein- bzw. indirekten Kosten identifizieren.⁶ Durch Skalierungseffekte können Einkaufsvorteile bei Verbrauchsmaterial, Instrumenten und Geräten sowie bei den Mieten erreicht werden. Weiterhin kann durch einen flexiblen Einsatz des Personals eine bessere Auslastung und durch Ausweitung der Öffnungszeiten ein höherer Umsatz je Praxisstandort erzielt werden.

Während es sich bei den aufgeführten Ansätzen um legitime Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Optimierung handelt, könnte eine starke Orientierung an der Optimierung wirtschaftlicher Ziele jedoch auch zu negativen Auswirkungen auf die Versorgung führen. Zahnmedizinische Kriterien könnten bei Behandlungsentscheidungen gegenüber betriebswirtschaftlich motivierten Zielvorgaben in den Hintergrund treten. Dies könnte zur Folge haben, dass es zu einer Konzentration auf finanziell lukrative Leistungen bzw. Patienten käme oder zu einer Ausweitung medizinisch nicht oder nur unzureichend indizierter Leistungen. Die im Gesundheitswesen relativ stark ausgeprägten Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Patienten werden zwar durch die gesetzlichen Aufklärungspflichten der Leistungserbringer gemildert, können jedoch die Umsetzung einer Strategie primär betriebswirtschaftlicher Optimierung zu Lasten zahnmedizinischer Versorgungsqualität erleichtern. Bei Betrachtung der zahnärztlichen Versorgung

Zahnärztliche Mitteilungen Online (2018, 15. August) Die neuen Cashcows? Hrsg. Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V., Heft 15_16/2018. https://www.zm-online.de/archiv/2018/15_16/titel/die-neuen-cashcows/

⁵ Vgl. Bischoff, J.G. (2018) Investoren und Z-MVZ (Teil 5): „Rechtliche Rahmenbedingungen können bei einem Z-MVZ den Weg zum Erfolg ebnen“. IWW Institut. ZP Zahnarztpraxis professionell, 11.02.2019. <https://www.iww.de/zp/web-zwd/entwicklung-des-zahnarztmarktes-investoren-und-z-mvz-teil-5-rechtliche-rahmenbedingungen-koennen-bei-einem-z-mvz-den-weg-zum-erfolg-ebnen-f118567>

⁶ Vgl. z. B. KPMG International (2017) The dental chain opportunity. <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/05/euro-dental-market.pdf> Letzter Abruf 19.08.2020.

als Ganzes könnte es zur Bevorzugung von einkommensstarken Regionen kommen, in denen Patienten eher bereit sind, z. T. erhebliche Kostenanteile einer zahnärztlichen Behandlung privat zu tragen. Dies würde dem Auftrag der KZVen zuwiderlaufen, die eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen haben.

Die gezielte Standortgründung in bestimmten, z. B. als wirtschaftlich besonders lukrativ erachteten, Regionen wird dadurch ermöglicht, dass Krankenhäuser bei der Gründung von (i-)MVZ-Standorten keinerlei Einschränkungen im Sinne eines regionalen Bezugs unterliegen, d. h. ein einzelnes Krankenhaus kann bundesweit überall zahnärztliche (i-)MVZ gründen. Die jüngst durch das TSVG (§ 95 Abs. 1b SGB V) getroffenen Regelungen ändern daran nichts, insofern nur der Versorgungsanteil der von einem Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen (i-)MVZ in einem gegebenen Planungsbereich reguliert wird. Damit ist es weiterhin prinzipiell für ein Krankenhaus möglich, bundesweit in beliebig vielen Planungsbereichen (i-)MVZ-Standorte zu gründen. Bezogen auf den Planungsbereich wurde durch das TSVG ferner nur der Versorgungsanteil jedes einzelnen Krankenhauses als (i-)MVZ-Träger reguliert, d. h. in einem lukrativen Planungsbereich können prinzipiell beliebig viele Krankenhäuser bis zu dem gesetzlich eingeräumten Versorgungsanteil tätig werden.

Insoweit die o. g. Eigenschaften der Praxisform i-MVZ Tendenzen einer primär betriebswirtschaftlichen, qualitätsbeeinträchtigenden Leistungsausrichtung begünstigen, ergeben sich weitere Versorgungsrisiken aus den erweiterten Möglichkeiten zur Kettenbildung und dem für Private Equity typischen Geschäftsmodell des Wiederverkaufs von Unternehmen nach einer relativ kurzen Haltedauer. Eine Kette hat aufgrund von Skalierungseffekten Vorteile beim Marketing und kann von Wiedererkennungseffekten seitens der Patienten profitieren, was für Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) typischerweise nicht gilt. Somit könnte es zu Verdrängungseffekten kommen, in denen Einzelpraxen und BAG benachteiligt sind. Eine weitere mit der Kettenbildung verbundene Gefahr könnte sein, dass es im Fall der Insolvenz einer Kette eher zu größeren Versorgungslücken kommt.

Das für Private Equity typische Geschäftsmodell sieht vor, dass ein Finanzinvestor eine Mehrheit am Eigentum oder auch die vollständige Übernahme eines Unternehmens erreicht, um seine operativen und strategischen Ziele durchsetzen zu können.⁷ Der Investor erzielt seine Gewinne zum einen aus dem laufenden Geschäft während der Haltedauer des Unternehmens, zum anderen aus dem Wiederverkauf des Unternehmens. Die Haltedauer beträgt dabei typischerweise wenige Jahre: Basierend auf einer Analyse von 110 Unternehmen in Deutschland, die im Jahr 2017 von einer Private Equity Gesellschaft verkauft wurden, betrug die durchschnittliche Haltedauer 5,1 Jahre (ebd.). Die somit zu erwartenden

⁷ Scheuplein, C. (2019) Private Equity Monitor 2018 – Die aktuelle Tätigkeit von Finanzinvestoren in Deutschland, Hrsg. Institut für Mittbestimmung und Unternehmensführung der Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf

häufigeren Eigentümerwechsel von i-MVZ können die typischerweise langfristige Planung der zahnärztlichen Versorgung erschweren, insbesondere in Verbindung mit der Bildung von überregionalen Ketten, wodurch zum Zeitpunkt eines Wiederverkaufs gleich mehrere Planungsbereiche mit den einen Eigentümerwechsel begleitenden Unsicherheiten konfrontiert wären.

Ferner erschwert die in Bezug auf die Eigentümerstrukturen von i-MVZ bestehende Intransparenz die Identifikation von Zahnarztpraxen, die dieser Praxisform angehören. Zwar bestehen gesetzlich vorgeschriebene Register, wie z. B. die Handels-, Partnerschafts- oder Transparenzregister, diese tragen jedoch nur begrenzt zur Transparenz über die Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen von i-MVZ bei. Dies ist zum einen in der Struktur und den limitierten Abfragemöglichkeiten der bestehenden Register begründet. Zum anderen sind die Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen von i-MVZ typischerweise sehr verschachtelt, was durch die bestehenden Register nicht oder nur in Ansätzen abgebildet wird. Die fehlende Transparenz erschwert die Kontrollfunktion, die den KZVen in Bezug auf die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung zukommt. Auch den meisten Patienten dürfte die Information, dass ggf. ein Finanzinvestor hinter „ihrem Zahnarzt“ steckt nicht bekannt sein.

Die Bündelung von Arztsitzen in fachgruppengleichen MVZ, an denen Finanzinvestoren beteiligt sind, nimmt auch in bestimmten ärztlichen Fachbereichen zu und wird von den zuständigen Körperschaften zunehmend als gravierendes Problem im Hinblick auf die Niederlassungsmöglichkeiten von jungen Ärzten gesehen, weil diese mit den von den Investoren gebotenen Preisen nicht mithalten können. So hat die Bundesärztekammer in einer Anhörung vor dem Deutschen Bundestag erklärt: „Für einige medizinische Fachbereiche (Zahnmedizin, Augenheilkunde, Radiologie) beispielsweise im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Entwicklung oligopolartiger Strukturen zu verzeichnen, die für junge Ärzte die Übernahme eines einzelnen Kassenarztsitzes kaum noch erschwinglich oder ökonomisch sinnvoll erscheinen lassen.“⁸ Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hamburg, die in ihrem KV-Bezirk entsprechende Beobachtungen auch für die Nephrologie (Dialyse) und die Labormedizin berichtet.⁹ Als eine weitere, in manchen Regionen und Fachgebieten offenbar bereits greifbare, Gefahr des Einstiegs von Investoren in die ambulante Versorgung wäre somit die Verdrängung von einzelnen niederlassungswilligen Ärzten oder BAG über „teilweise völlig überzogene Einstiegspreise“ (BÄK, a. a. O.) zu nennen.

⁸ Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“ (BT-Drs. 19/14372). Ausschussdrucksache 19(14) 143(3)

⁹ Niggeschmidt, M., Remmert, J. (2018). Strategie des „big deal“. KVH-Journal 12/2018, S. 8-14.

Die oben beschriebenen Bedenken bzw. Befürchtungen gegenüber der Ausbreitung von i-MVZ in der zahnärztlichen Versorgung lassen sich zu folgenden Argumenten zusammenfassen:

- ◆ Fachfremde Investoren als Eigentümer von Zahn-MVZ verfolgen das Ziel, möglichst kurzfristig größere Marktanteile zu erlangen (insbesondere durch Aufkauf vorhandener Praxissitze) und Gewinne durch „Konsolidierung des fragmentierten Marktes“ zu realisieren, insbesondere auch durch gewinnbringenden Verkauf der konsolidierten Praxis- bzw. Kettenstrukturen. Diese als „buy, build, exit“-Strategie bezeichnete Vorgehensweise kontrastiert deutlich zu der für einzelne Praxisinhaber oder BAG typischen Perspektive eines Praxisbetriebs über das gesamte Berufsleben.
- ◆ Das Versorgungsgeschehen in i-MVZ wird folglich von Kapitalinteressen überlagert und orientiert sich nicht mehr prioritär an zahnmedizinischen Kriterien. In i-MVZ tätige (angestellte) Zahnärzte sind u. U. in ihren fachlichen Entscheidungen weniger unabhängig und werden durch primär betriebswirtschaftlich motivierte Zielvorgaben in ihrer Arbeit beeinflusst. Das oftmals zugunsten von (i-)MVZ vorgebrachte Argument, dass sie der wachsenden Nachfrage nach Möglichkeiten zur angestellten zahnärztlichen Tätigkeit entgegenkommen und damit einen Beitrag zur Sicherung des zahnärztlichen Nachwuchses leisten, erscheint fragwürdig, sofern sie mit ihren finanziellen Möglichkeiten beim Erwerb von bereits etablierten Praxen jungen Zahnärzten die Niederlassung gerade verbauen.
- ◆ Zur Unterstützung ihrer strategischen Ziele konzentrieren sich i-MVZ auf finanziell lukrative Leistungsangebote bzw. Patienten und Regionen („Rosinenpicken“). Dies hat zum einen negative Wirkungen auf die Versorgungsqualität (z. B. mehr Neuversorgungen im Leistungsbereich Zahnersatz). Zum anderen werden die i-MVZ der an MVZ gerichteten gesundheitspolitischen Erwartung, die Versorgung insbesondere auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern, gerade nicht gerecht.
- ◆ Die auf schnelle Marktanteilszuwächse und Gewinnsteigerungen gerichtete Geschäftsstrategie der i-MVZ geht mit der Bildung von Ketten (Kostenvorteile, Marketing), der Verdrängung bislang von Einzelpraxen und BAG dominierter Angebotsstrukturen und Oligopolisierungstendenzen einher. Hierdurch reduziert sich die Anbietervielfalt und es steigt sich das Risiko von (regionalen) Versorgungslücken im Fall von Insolvenzen.
- ◆ Aufgrund der Intransparenz von Eigentümerstrukturen ist es weder der KZBV bzw. den KZVen, als für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuständigen Körperschaften, noch den Patienten möglich,

i-MVZ-Strukturen mit angemessenem Aufwand zu erkennen und auf die mit ihnen verbundenen Risiken für die Versorgung zu reagieren.

Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber eine erste Maßnahme zur Eindämmung der i-MVZ in der zahnärztlichen Versorgung ergriffen. Seit Mai 2019 darf ein Krankenhaus mit dem oder den von ihm gegründeten (i-)MVZ – in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereichs – nur noch bis zu bestimmten Obergrenzen Anteile an der vertragszahnärztlichen Versorgung übernehmen. Wenn die oben beschriebenen negativen Auswirkungen von i-MVZ auf die zahnärztliche Versorgung tatsächlich zu beobachten sind, wäre jedoch zu hinterfragen, inwiefern die Regelungen des TSVG geeignet sind, das in diesem und in der vorangehenden Gesetzgebung (GKV-VStG) formulierte Ziel zu erreichen, die Unabhängigkeit (zahn-)ärztlicher Entscheidungen von sachfremden Erwägungen zu sichern.

Das vorliegende Gutachten untersucht daher im Auftrag der KZBV die Entwicklung der i-MVZ und deren Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung, insbesondere mit Blick auf die Frage, inwieweit sich Argumente der obigen Liste durch empirische Befunde erhärten lassen.

1.2 Ziele

Die übergeordnete Fragestellung des Gutachtens lautet, wie die Entwicklung bzw. Ausbreitung von – insbesondere investorenbetriebenen – Zahn-MVZ versorgungspolitisch und ökonomisch zu bewerten ist.

Zu diesem Zweck wird zunächst die Entwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen insgesamt dargestellt, insbesondere im Hinblick auf die Zahn-MVZ seit dem Jahr 2015. Anschließend wird untersucht, inwiefern sich systematische Unterschiede zwischen (i-)MVZ einerseits und anderen Praxisformen andererseits feststellen lassen, und zwar bezüglich

- ◆ der regionalen Verteilung,
- ◆ der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen und
- ◆ dem Leistungs- und Versorgungsgeschehen.

Auf Grundlage dieser Analysen wird schließlich erörtert, inwieweit die Ergebnisse die oben skizzierten Erwartungen und Befürchtungen im Hinblick auf Risiken für die zahnmedizinische Versorgung durch die zunehmende Verbreitung von i-MVZ stützen.

2. Methodik

2.1 Auswertungen zu Versorgungsstrukturen

Den Auswertungen zu den zahnärztlichen Versorgungsstrukturen liegen Daten aus der Versorgungsstrukturstatistik (dem sogenannten „Versorgungskalender“) der KZBV zugrunde. Dieser enthält zum einen Angaben zu an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzten (Einzeldatensätze je Zahnarzt), darunter der Tätigkeitsort, die Praxisform (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum, Sonstige), die Zulassungs-/Tätigkeitsart (Vertragszahnarzt, angestellter Zahnarzt, Assistent, Sonstige) und den Tätigkeitsumfang des jeweiligen Zahnarztes. Zum anderen beinhaltet die Versorgungsstrukturstatistik Informationen zu Zahnarztpraxen (Einzeldatensätze je Praxisstandort). Hierzu gehören der Standort der Praxis, die Praxisform sowie die Anzahl der in der Praxis tätigen Zahnärzte (nach Köpfen), die nach Zulassungs-/Tätigkeitsart aufgeschlüsselt werden. Die Daten werden einmal jährlich, üblicherweise im Laufe des dritten Quartals, von der KZBV bei den KZVen erhoben und beruhen im Wesentlichen auf den dort geführten Registerdaten zur zahnärztlichen Zulassung.

Als weitere Datenquelle dient eine Sondererhebung, die die KZBV im Rahmen der Versorgungsstrukturstatistik durchführt, um ergänzende Informationen zu MVZ zu erheben (Einzeldatensätze je MVZ-Standort). Diese MVZ-Sondererhebung enthält neben Angaben zu Namen, Standort und Anzahl der in MVZ tätigen Zahnärzte (in Köpfen und Zahnarztstellen, s. u.) auch Informationen zur Gründung und Rechtsform. Hierzu zählen die Art des Gründers, die derzeitige Rechtsform und die Rechtsform bei Gründung des MVZ sowie ein eventueller Kettenverbund mit anderen MVZ. Die Angaben stammen aus den im Rahmen des Register-/Mitgliedswesens der KZVen geführten Datenbeständen und werden jedes Quartal von der KZBV bei den KZVen erhoben. Die Daten aus der MVZ-Sondererhebung werden nach Erhalt durch die KZBV mit Rechercheergebnissen aus Unternehmensdatenbanken und dem Internet zu den Namen an MVZ beteiligter Investoren angereichert. Diese Rechercheergebnisse v. a. zu übergeordneten Eigentümerstrukturen der MVZ dienen als Grundlage zur Klassifikation von MVZ in investorenbetriebene-MVZ (i-MVZ) sowie nicht-investorenbetriebene MVZ.¹⁰ Für das vorliegende Gutachten führte die KZBV die Daten der Versorgungsstrukturstatistik und der MVZ-Sondererhebung zusammen und übermittelte die resultierenden Tabellen an IGES.

Es ist wichtig anzumerken, dass bei einer Zählung von Zahnärzten in den genannten Datengrundlagen zwischen einer Zählung nach Köpfen und einer Zählung von Zahnarztstellen unterschieden wird. Eine Zahnarztstelle ist hier definiert als ein Tätigkeitsumfang von 100 Prozent. Da der Tätigkeitsumfang eines

¹⁰ Ausschlaggebend ist die Beteiligung eines Finanzinvestors (z. B. Private Equity-Gesellschaft, Family Office, Kapitalgesellschaft) am Eigenkapital des MVZ-Trägers.

Zahnarztes weniger als 100 Prozent betragen kann, kann „eine Zahnarztstelle“ z. B. zwei Zahnärzte (in Köpfen) bedeuten mit je 50 Prozent Tätigkeitsumfang.

Für Praxen mit mehreren Standorten werden bei der Zählung nach Köpfen alle Zahnärzte der Praxis an jedem Praxisstandort gezählt. Der Tätigkeitsumfang eines Zahnarztes kann jedoch an einigen Standorten null betragen. Aus diesen Gründen stellt die Zählung nach Köpfen eine Überschätzung der tatsächlichen zahnärztlichen Kapazitäten dar. Bei einer Zählung von Zahnarztstellen wird hingegen der tatsächliche Tätigkeitsumfang in Prozent gezählt und aufsummiert. Auf die Darstellung der Zählung von Zahnärzten nach Köpfen wird im Folgenden nach Möglichkeit verzichtet oder aber gesondert darauf hingewiesen.

2.2 Auswertungen zur regionalen Verteilung

Wie den Auswertungen zu den zahnärztlichen Versorgungsstrukturen liegen auch den Auswertungen zur regionalen Verteilung von i-MVZ die Versorgungsstrukturstatistik und die MVZ-Sonderauswertung zugrunde (vgl. Kapitel 2.1).

Zusätzlich werden Bedarfsplanungsdaten der KZVen verwendet, aus denen die Einwohnerzahlen der Planungsbereiche, die für einen Versorgungsgrad von 100 Prozent erforderlichen Zahnarztstellen, die tatsächlich vorhandenen Zahnarztstellen und der daraus resultierende Versorgungsgrad hervorgehen. Bei den Daten handelt es sich um die offiziellen Bedarfsplanungsdaten der KZVen mit Stand 31.12. des jeweiligen Jahres, die die KZVen jährlich gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie erstellen.

Für die Charakterisierung der zahnärztlichen Planungsbereiche nach ökonomischen und sozialen Merkmalen wird eine Auswahl an Indikatoren aus dem Online-Atlas „INKAR – Indikatoren und Karten zur Stadt- und Raumentwicklung“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) genutzt.¹¹ Der INKAR Online-Atlas enthält frei verfügbare regionalstatistische Informationen zu gesellschaftlichen Themen wie Bildung, Soziales, Demografie und Wirtschaft. Die Einwohnerzahl je Kreis am Stichtag 31.12.2018 wurde Tabelle 12411-0015 (Bevölkerung: Kreise, Stichtag) des statistischen Bundesamtes entnommen.

2.3 Analyse der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen

Die Analyse der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen wurde auf Grundlage von Recherchen der einschlägigen Rechtsquellen sowie der relevanten untergesetzlichen Regelungen vorgenommen. Die Quellen umfassten im Wesentlichen das SGB V, das Zahnheilkundengesetz, den Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z), die relevanten Berufsordnungen, die Zulassungsverordnung und Approbationsordnung der Zahnärzte, die Bedarfsplanungs-Richtlinie der

¹¹ Vgl. <https://www.inkar.de/>; letzter Abruf 21.08.2020.

vertragszahnärztlichen Versorgung, die Qualitätsprüfungs-Richtlinie der vertragszahnärztlichen Versorgung, die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Qualitätsmanagement-Richtlinie.

2.4 Auswertungen zum Leistungsgeschehen

Die Auswertungen zum Leistungsgeschehen beruhen auf Abrechnungsdaten der KZVen. Für die Jahre 2015 bis 2019 wurden folgende Angaben erhoben, jeweils getrennt für die vier Praxisformen Einzelpraxis (einschließlich Praxisgemeinschaft), Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), nicht-investorenbetriebene MVZ (MVZ) und investorenbetriebene MVZ (i-MVZ):

- ◆ Anzahl der Versicherten, die mindestens eine zahnärztliche Leistung erhielten, untergliedert nach Altersgruppen (0 bis unter 18, 18 bis unter 45, 45 bis unter 65, 65 Jahre und älter) und Geschlecht (männlich, weiblich),
- ◆ Je Leistungsbereich:
 - Anzahl der Versicherten, die mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen Leistungsbereich erhielten;
 - Anzahl der Fälle, bei denen mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen Leistungsbereich abgerechnet wurde; für ZE wurde die Anzahl Fälle auch in Neuversorgungsfälle und Wiederherstellungsfälle unterteilt;
 - Gesamtbetrag, der in dem jeweiligen Leistungsbereich abgerechnet wurde;
 - Anzahl Punkte, die in dem jeweiligen Leistungsbereich abgerechnet wurden (für KCH, KBR, KFO, PAR);
 - Kosten für Material und Labor (für KBR, KFO, ZE), untergliedert in Praxislabor und Fremdlabor;
 - BEMA-Honorar, das in dem jeweiligen Leistungsbereich abgerechnet wurde (KBR, KFO, ZE);
 - GOZ-Honorar, das in dem jeweiligen Leistungsbereich abgerechnet wurde (ZE);
 - Anteil des Gesamtbetrags in dem jeweiligen Leistungsbereich, der von den Krankenkassen bezahlt wurde (KFO, ZE);
 - Anzahl Abrechnungen je BEMA-Ziffer bzw. Festzuschuss-Ziffer.

Für die Analysen zum Leistungsgeschehen wurde ein Untersuchungsdesign entwickelt, welches den möglichen Einfluss von regionalen Unterschieden in den Bevölkerungs- bzw. zahnmedizinischen Angebotsstrukturen kontrolliert (zu den Details vgl. Abschnitt 3.1). Zu diesem Zweck wurden zahnärztliche

Planungsbereiche nach regionalstrukturellen Kriterien zu Gruppen zusammengefasst:

Aus allen Planungsbereichen in Deutschland wurden 20 Planungsbereiche aus den folgenden sieben KZVen ausgewählt: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe. Die Planungsbereiche wurden vier Gruppen zugeordnet (vgl. Abschnitt 3.4.1). Um die Anonymität von i-MVZ und MVZ in Planungsbereichen mit nur wenigen (i)-MVZ zu gewährleisten, wurde wie folgt vorgegangen: Die angefragten KZVen erhielten von IGES eine Liste mit den ausgewählten Planungsbereichen und deren Zuordnung zur jeweiligen Gruppe. Die KZVen stellten der KZBV die entsprechenden Daten mit Angabe der jeweiligen Gruppe jedoch ohne Angabe, um welchen Planungsbereich es sich handelt, zur Verfügung. Die KZBV aggregierte die Daten auf Ebene der Gruppen und übersandte die aggregierten Daten an IGES, sodass IGES nur die Ergebnisse auf Gruppenebene, nicht aber auf Ebene der einzelnen Planungsbereiche einsehen konnte. Zur Untersuchung von möglichen Unterschieden im Leistungsgeschehen steht IGES somit ein Datensatz zur Verfügung, der für die Jahre 2015 bis 2019 über die ausgewählten Planungsbereiche zu Gruppen aggregierte Abrechnungsdaten unterschieden nach der jeweiligen Praxisform enthält.

In i-MVZ und MVZ, die in Kettenverbünden organisiert sind, kann es vorkommen, dass mehrere Praxisstandorte innerhalb einer KZV einer Abrechnungseinheit angehören und ihre erbrachten Leistungen daher über dieselbe Abrechnungsnummer abrechnen. Eine genaue Zuordnung der abgerechneten Leistungen zu den einzelnen Praxisstandorten, und somit auch zu den jeweiligen Planungsbereichen, ist in solchen Fällen nicht möglich. Der Einbezug aller für eine Abrechnungseinheit abgerechneten Leistungen würde daher zu einer Überschätzung des tatsächlichen Leistungsvolumens führen, insoweit auch Leistungen mitbetrachtet würden, die außerhalb der angefragten Planungsbereiche erbracht wurden. Sofern diese Problematik Kettenverbünde betraf, deren Praxisstandorte teilweise innerhalb und teilweise außerhalb der angefragten Planungsbereiche liegen, wurden die KZVen gebeten, eine Korrektur der Abrechnungsdaten durchzuführen. Die abgerechneten Leistungen sollten mit dem Verhältnis aus der Anzahl der Zahnarztstellen innerhalb der interessierenden Planungsbereiche zu den Zahnarztstellen in den betroffenen Kettenverbünden insgesamt gewichtet werden, sodass die abgerechneten Leistungen entsprechend dem Zahnarztstellenanteil anteilig den angefragten Planungsbereichen zugeordnet werden konnten.

3. Ergebnisse

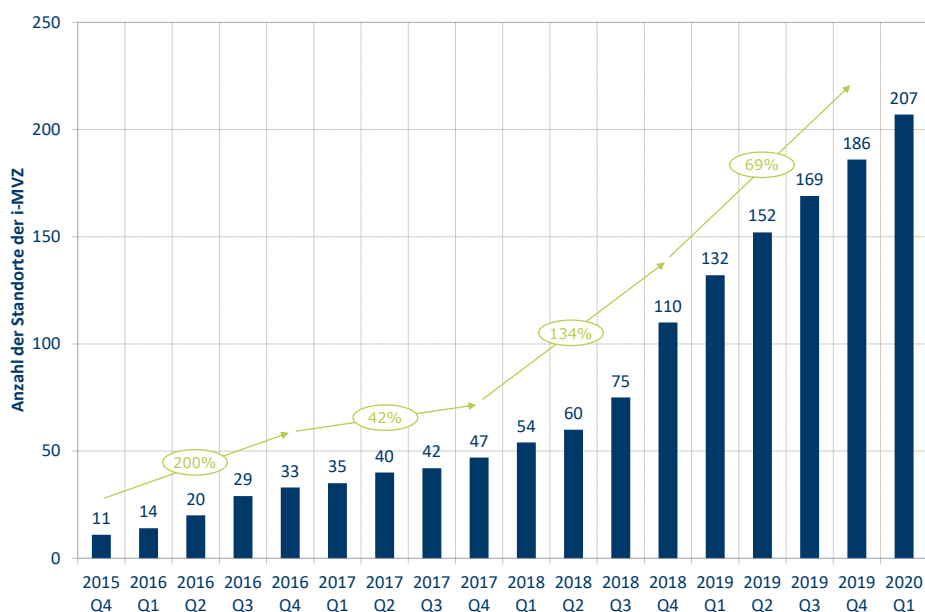
Die nachfolgenden Kapitel, stellen die Ergebnisse der für das Gutachten durchgeführten Analysen vor. Zunächst werden Entwicklungen in der zahnärztlichen Versorgung im Hinblick auf die Veränderungen der Praxisstrukturen dargestellt (Kapitel 3.1). Kapitel 3.2 widmet sich der regionalen Verteilung der unterschiedlichen Praxisformen und den Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die Ansiedlung der von Krankenhausträgern gegründeten MVZ. In Kapitel 3.3 werden mögliche Unterschiede in den wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen für die unterschiedlichen Praxisformen aufgezeigt. Schließlich werden in Abschnitt 3.4 die Ergebnisse der Analysen des Leistungsgeschehens präsentiert.

3.1 Entwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstrukturen

3.1.1 Anteil der Praxisformen an der Versorgung

Seit der Zulassung fachgruppengleicher Medizinischer Versorgungszentren durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 nimmt die Anzahl der investorenbetriebenen zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (i-MVZ) in Deutschland stark zu. Während zum Ende des Jahres 2015 in Deutschland insgesamt nur elf i-MVZ gezählt wurden, erhöhte sich ihre Zahl bis zum Ende des Jahres 2019 auf 186 und im ersten Quartal 2020 auf 207 (Abbildung 1).

Abbildung 1: Anzahl der Praxisstandorte von i-MVZ und Veränderung gegenüber dem Vorjahr (2015 bis 2020)

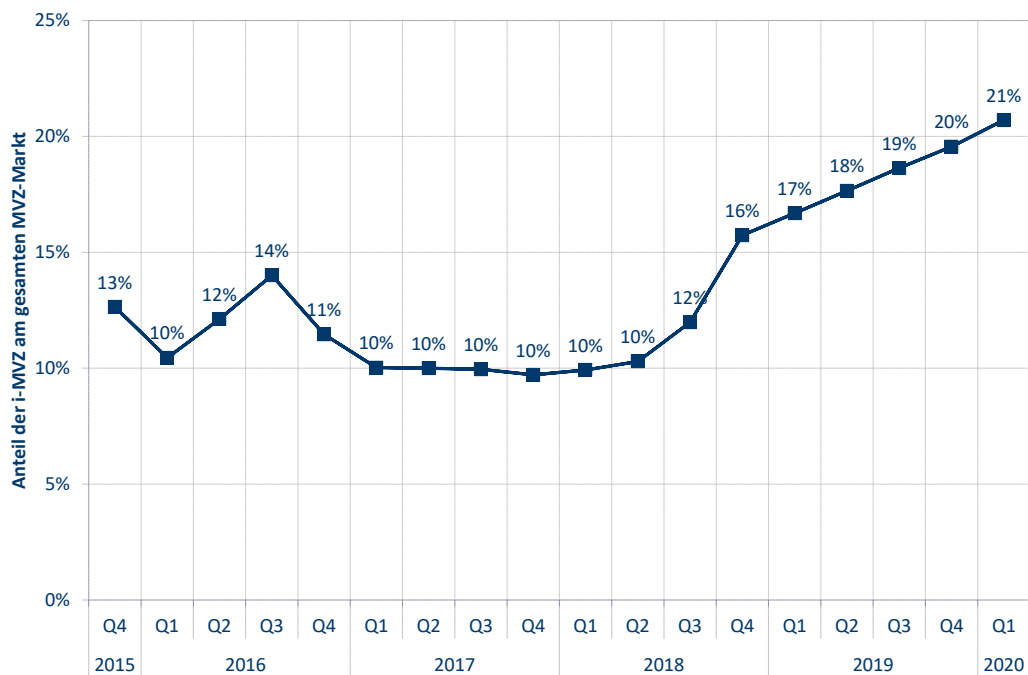


Quelle: IGES basierend auf der MVZ-Sondererhebung der KZBV

Vom vierten Quartal 2015 zum vierten Quartal 2016 verdreifacht sich die Anzahl i-MVZ, jedoch auf sehr niedriger Basis. In den darauffolgenden Jahren beträgt der jährliche Zuwachs 42 Prozent, 134 Prozent bzw. 69 Prozent.

Auch die Anzahl der nicht-investorenbetriebenen zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (im Weiteren „MVZ“, es sei denn es wird explizit auf den gesamten MVZ-Markt bzw. alle MVZ verwiesen) nimmt seit dem Jahr 2015 zu. Im vierten Quartal 2015 gab es 76 zahnärztliche MVZ-Praxisstandorte, im ersten Quartal 2020 waren es bereits 793. Allerdings erhöht sich die Anzahl der i-MVZ im Vergleich zur Anzahl der MVZ insgesamt stärker. Der Anteil der i-MVZ am gesamten MVZ-Markt liegt Ende des Jahres 2015 bei 13 Prozent und bewegt sich bis zum Jahr 2018 zwischen 10 Prozent und 14 Prozent (Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der Praxisstandorte der i-MVZ am gesamten MVZ-Markt (2015 bis 2020)

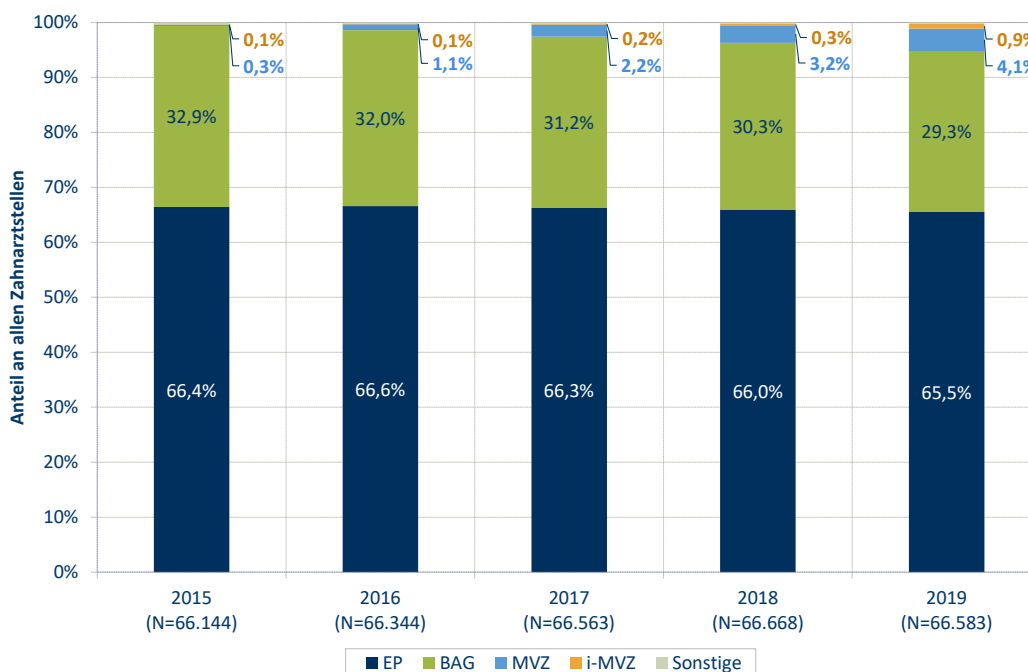


Quelle: IGES basierend auf der MVZ-Sondererhebung der KZBV

Seit dem dritten Quartal 2018 ist der Anteil der i-MVZ an den zahnärztlichen MVZ insgesamt stetig gestiegen und liegt im ersten Quartal 2020 bei 21 Prozent.

Betrachtet man die gesamten zahnärztlichen Versorgungskapazitäten über alle Praxisformen (in Zahnarztstellen, vgl. Kapitel 2.1) auf Bundesebene, so zeigt sich, dass der Anteil der i-MVZ und MVZ an der Versorgung trotz starker Zuwächse der letzten Jahre nach wie vor vergleichsweise gering ist (Abbildung 3). Allerdings zeigen sich regionale Unterschiede. In einigen Kreisen erreichen die i-MVZ bereits Anteile von annähernd 20 Prozent an der zahnärztlichen Versorgung (Tabelle 4).

Abbildung 3: Verteilung der Zahnarztstellen nach Praxisform auf Bundesebene (2015 bis 2019)



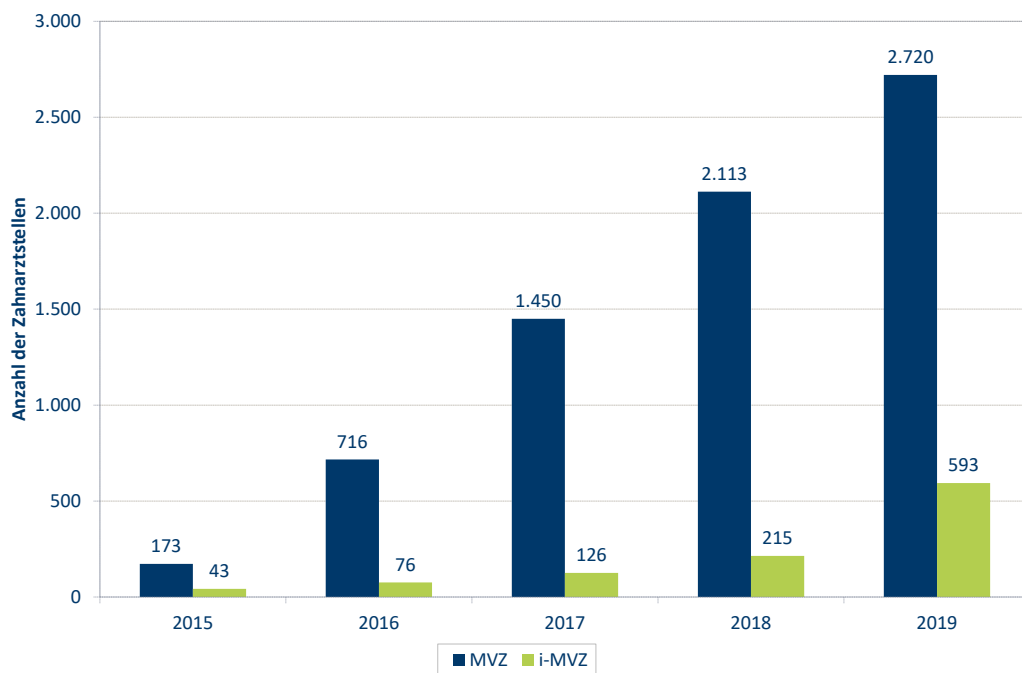
Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkungen: EP = Einzelpraxen, BAG = Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ = nicht-investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren, i-MVZ = investorenbetriebene MVZ. Stichtag: jeweils zur Jahresmitte

Während zur Mitte des Jahres 2015 nur 0,1 Prozent aller 66.144 Zahnarztstellen (entspricht 43 Stellen) auf i-MVZ entfallen, sind es im Jahr 2017 0,2 Prozent. Im Jahr 2019 gibt es 591 Zahnarztstellen (0,9 Prozent) in i-MVZ. Auch der Versorgungsanteil der MVZ nimmt von 0,3 Prozent im Jahr 2015 auf 4,1 Prozent im Jahr 2019 zu. Der weit überwiegende Anteil der Zahnärzte ist allerdings weiterhin in Einzelpraxen (65,5 Prozent im Jahr 2019) und in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, 29,3 Prozent) tätig.

Die starken Zuwächse der zahnärztlichen Versorgungskapazitäten der MVZ und i-MVZ in den letzten Jahren zeigen sich auch anhand der Entwicklung der Anzahl der Zahnarztstellen (Abbildung 4). Im Jahr 2015 entfallen nur 173 Zahnarztstellen auf MVZ und 43 auf i-MVZ, im Jahr 2019 sind es bereits 2.720 bzw. 593 Zahnarztstellen.

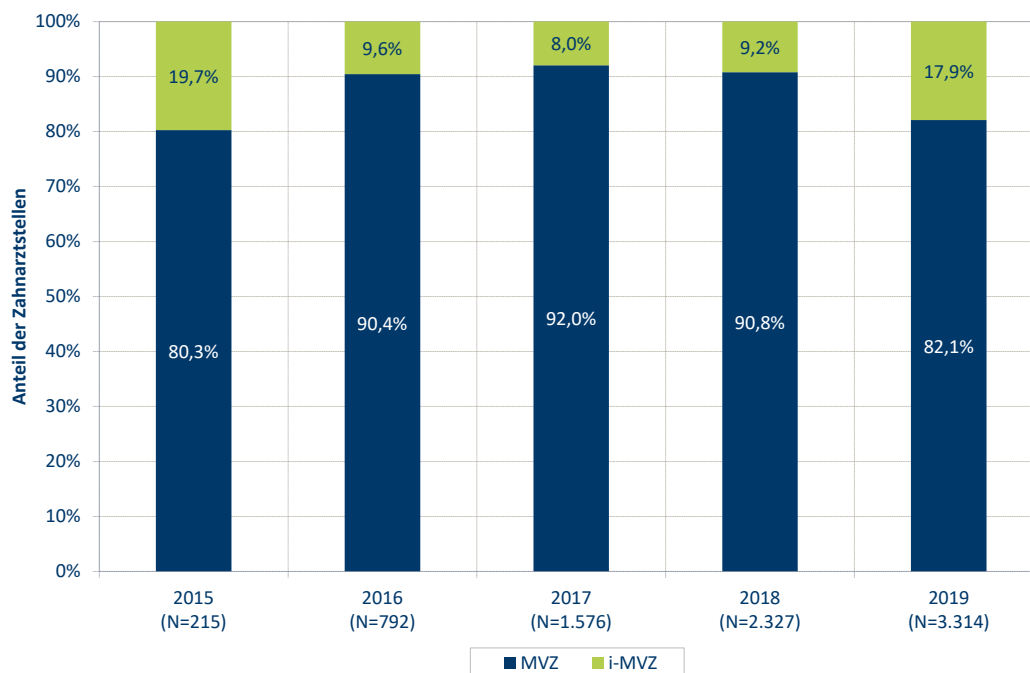
Abbildung 4: Anzahl der Zahnarztstellen der investorenbetriebenen und nicht-investorenbetriebenen MVZ (2015 bis 2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
Anmerkung: Stichtag: jeweils zur Jahresmitte

Innerhalb der Gruppe aller MVZ (i-MVZ und MVZ) nimmt der Anteil der i-MVZ an den Zahnarztstellen von 8,0 Prozent zur Jahresmitte 2017 auf 17,9 Prozent zur Jahresmitte 2019 deutlich zu. Der überwiegende Teil der Zahnarztstellen entfällt allerdings weiterhin auf die nicht-investorenbetriebenen MVZ (82,1 Prozent im Jahr 2019) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Verteilung der Zahnarztstellen auf investorenbetriebene und nicht-investorenbetriebene MVZ (2015 bis 2019)



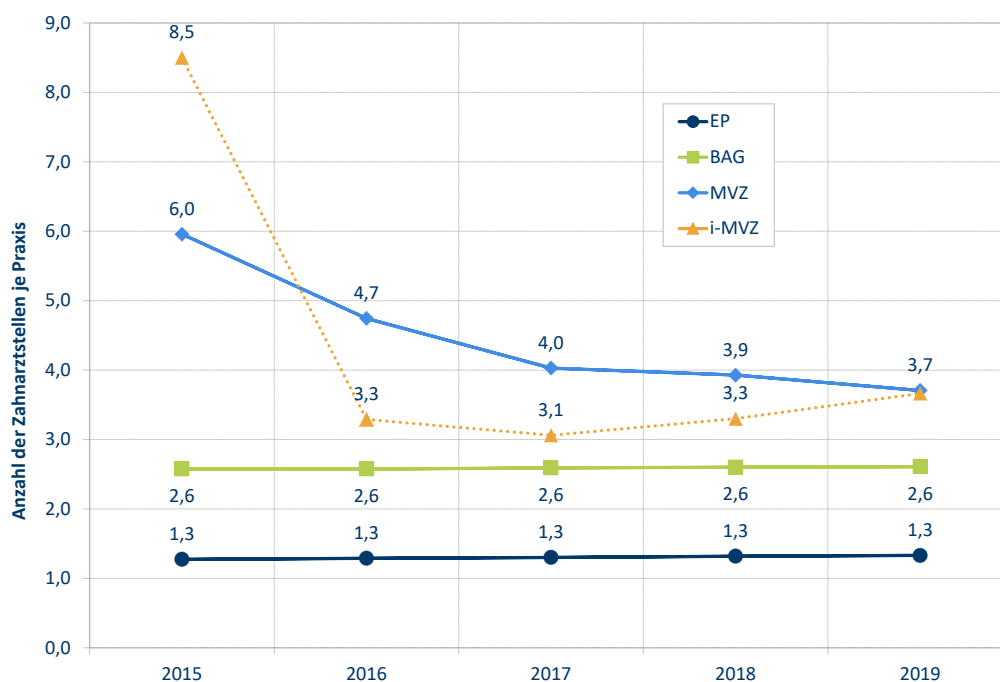
Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkungen: MVZ = nicht-investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren,
i-MVZ = investorenbetriebene MVZ. Stichtag: jeweils zur Jahresmitte

3.1.2 Unterschiede zwischen den Praxisformen

Die durchschnittliche Größe einer Zahnarztpraxis, gemessen an der Anzahl der Zahnarztstellen (vgl. Kapitel 2.1) je Praxisstandort, unterscheidet sich je nach Praxisform. Eine durchschnittliche Einzelpraxis umfasst in den Jahren 2015 bis 2019 etwa 1,3 Zahnarztstellen, eine BAG mit im Durchschnitt 2,6 Zahnarztstellen doppelt so viele (Abbildung 6).

Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort nach Praxisform (2015 bis 2019)

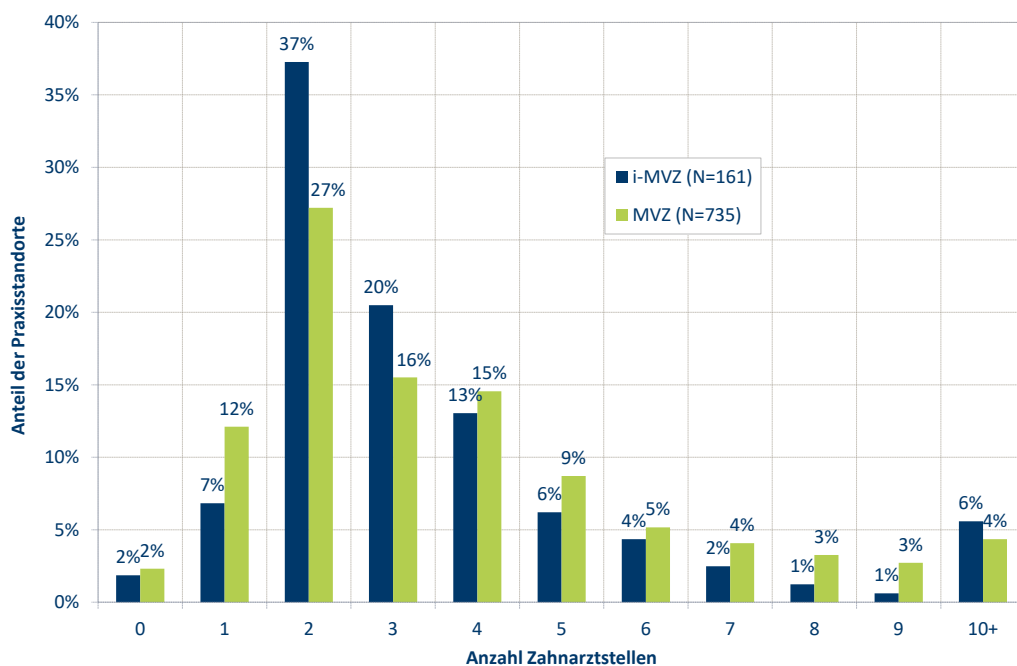


Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
 Anmerkungen: EP = Einzelpraxen, BAG = Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ = nicht-investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren, i-MVZ = investorenbetriebene MVZ. Aufgrund der geringen Anzahl von i-MVZ-Standorten im Jahr 2015 ist die Veränderung des Durchschnittswertes im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr nur begrenzt aussagekräftig (gestrichelte Linie).

Die zahnärztlichen i-MVZ und MVZ sind gemessen an der Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort größer als die Einzelpraxen und BAG. Im Startjahr fachgruppengleicher i-MVZ und MVZ (2015) fällt der Unterschied besonders groß aus, ist jedoch aufgrund der anfänglich geringen Anzahl der (i-)MVZ-Standorte nur begrenzt aussagekräftig. In den Jahren 2016 bis 2019 liegt die durchschnittliche Größe der i-MVZ zwischen 3,1 und 3,7 Zahnarztstellen je Praxisstandort, die der MVZ zwischen 3,7 und 4,7 Stellen, wobei letztere über diesen Zeitraum einen abnehmenden Trend aufwiesen. Im Jahr 2019 haben i-MVZ und MVZ die gleiche durchschnittliche Praxisgröße (3,7 Zahnarztstellen je Praxisstandort).

Betrachtet man die Verteilung der Praxisstandorte von i-MVZ und MVZ nach der Anzahl der Zahnarztstellen im Jahr 2019, so zeigt sich, dass der größte Anteil sowohl der i-MVZ (37 Prozent) als auch der MVZ (27 Prozent) eine Größe von zwei Zahnarztstellen aufweist (Abbildung 7). Ein Fünftel der i-MVZ und 16 Prozent der MVZ umfassen 3 Zahnarztstellen. Nur wenige i-MVZ (6 Prozent) und MVZ (4 Prozent) verfügen über zehn oder mehr, vereinzelt bis zu 30 Zahnarztstellen.

Abbildung 7: Verteilung der Praxisstandorte nach Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort (2019)

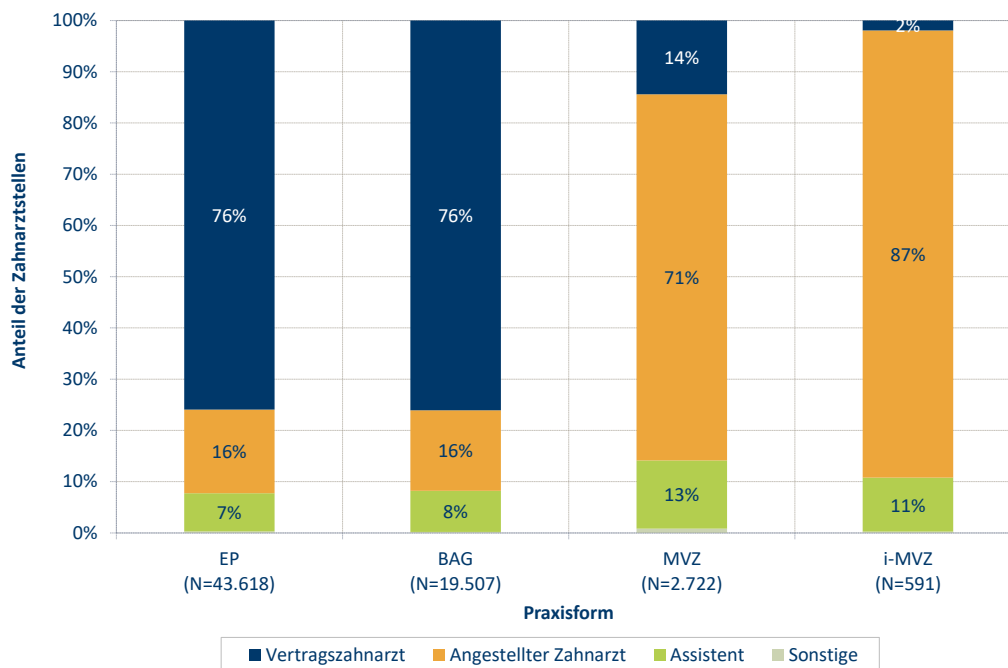


Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkungen: Die Anzahl Zahnarztstellen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Die maximale Anzahl Zahnarztstellen an einem i-MVZ-Praxisstandort beträgt 27, an einem MVZ-Praxisstandort 32.

Die Praxisformen unterscheiden sich darüber hinaus auch bei der Verteilung der Zahnarztstellen nach Zulassungs- bzw. Tätigkeitsart zum Teil erheblich. In Einzelpraxen und BAG werden im Jahr 2019 etwa drei Viertel (76 Prozent) der Zahnarztstellen von Vertragszahnärzten besetzt (Abbildung 8).

Abbildung 8: Verteilung der Zahnarztstellen nach Zulassungs- bzw. Tätigkeitsart und Praxisform (2019)

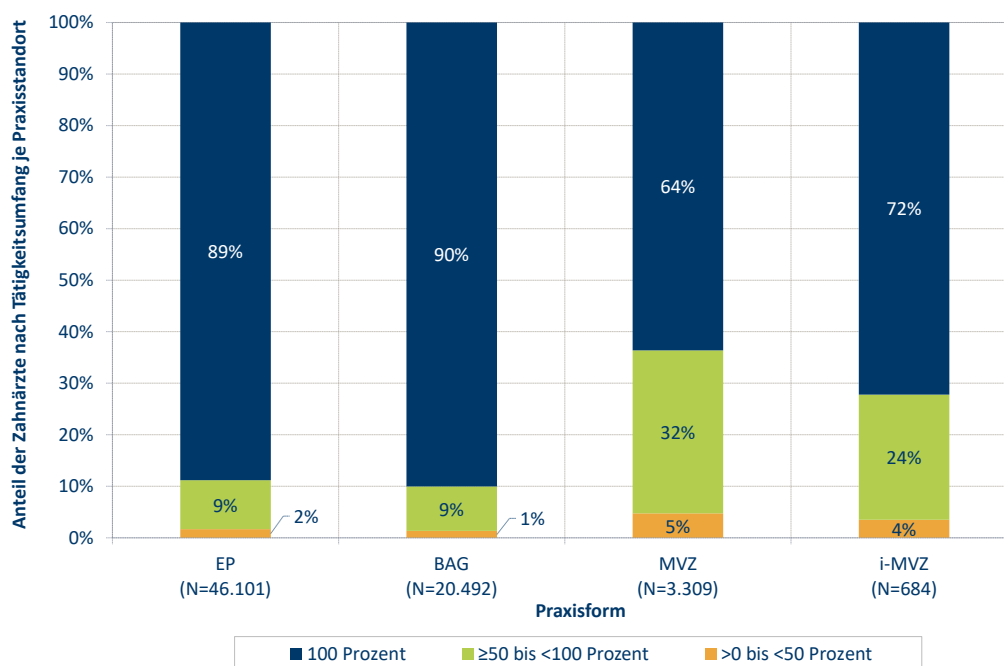


Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
 Anmerkungen: Praxisform „Sonstige“ nicht gezeigt.

Im Gegensatz dazu sind in MVZ nur 14 Prozent der Zahnarztstellen von Vertragszahnärzten besetzt, in i-MVZ sind es mit 2 Prozent noch einmal deutlich weniger. Entsprechend höher ist in i-MVZ und MVZ der Anteil von angestellten Zahnärzten. In MVZ entfallen 71 Prozent der Zahnarztstellen auf angestellte Zahnärzte, in i-MVZ sind es sogar 87 Prozent. In Einzelpraxen und BAG hingegen sind angestellte Zahnärzte mit jeweils 16 Prozent deutlich seltener vertreten. Zahnärztliche Assistenten machen in Einzelpraxen und BAG mit 7 bzw. 8 Prozent den geringsten Anteil an den dortigen Zahnarztstellen aus. In MVZ (13 Prozent) und i-MVZ (11 Prozent) fällt der Anteil der Assistenten etwas größer aus.

Im Vergleich zwischen allen Praxisformen zeigen sich des Weiteren Unterschiede bei der Verteilung der Zahnärzte (in Kopfzählung) nach dem Tätigkeitsumfang. Bezogen auf alle in Zahnarztpraxen tätigen Zahnärzte (Vertragszahnärzte, angestellte Zahnärzte, Assistenten und sonstige) weisen Einzelpraxen und BAG im Vergleich zu i-MVZ und MVZ einen wesentlich höheren Anteil an Zahnärzten mit einem Vollzeit-Tätigkeitsumfang (100 %) auf. Während in Einzelpraxen 89 Prozent und in BAG 90 Prozent der Zahnärzte im Jahr 2019 einen Vollzeit-Tätigkeitsumfang je Praxisstandort haben, trifft dies nur auf 72 Prozent der Zahnärzte in i-MVZ und 64 Prozent der Zahnärzte in MVZ zu (Abbildung 9). Zahnärzte in MVZ (32 %) und i-MVZ (24 %) sind zu einem größeren Anteil mit einem Tätigkeitsumfang zwischen 50 und 100 Prozent je Praxisstandort tätig als Zahnärzte in Einzelpraxen (9 %) und BAG (9 %). Zahnärzte in MVZ (32 %) und i-MVZ (24 %) sind zu einem größeren Anteil mit einem Tätigkeitsumfang zwischen 50 und 100 Prozent je Praxisstandort tätig als Zahnärzte in Einzelpraxen (9 %) und BAG (9 %).

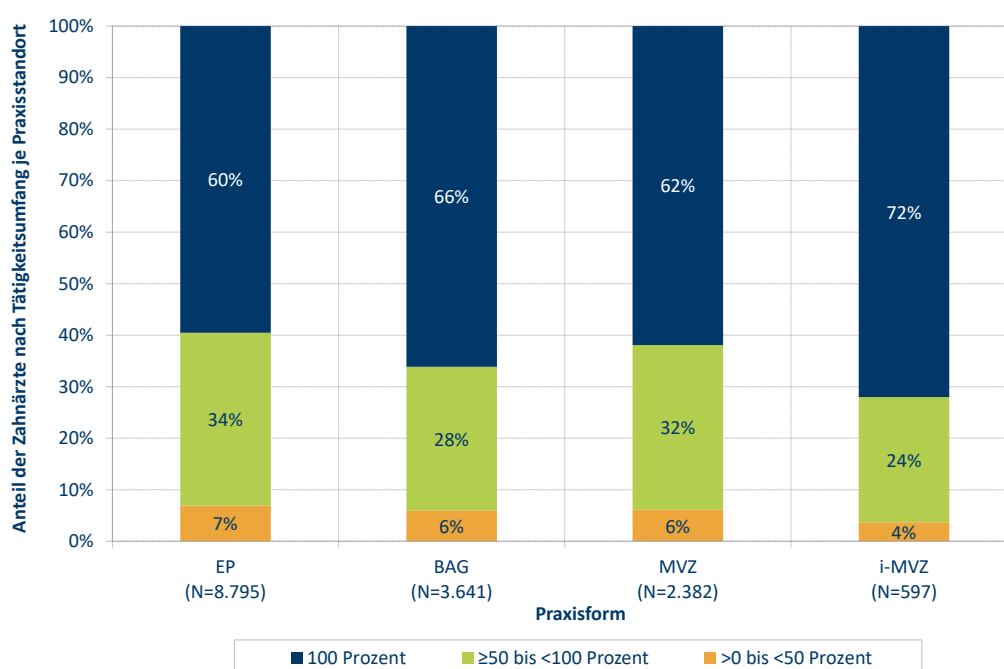
Abbildung 9: Verteilung der Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
 Anmerkungen: Zahnärzte gemessen in Personen („Köpfen“). Vertragszahnärzte, angestellte Zahnärzte, Assistenten und sonstige Zahnärzte wurden berücksichtigt. Praxisform „Sonstige“ nicht gezeigt.

Beschränkt man den Vergleich der Verteilungen nach Tätigkeitsumfang auf die Zahnärzte, die in einem Angestelltenverhältnis arbeiten (vgl. Abbildung 8), zeigt sich ein anderes Bild, da vor allem die überwiegend in Vollzeit arbeitenden Vertragszahnärzte ausgeblendet werden. Angestellte Zahnärzte arbeiten in Einzelpraxen (40 %) und in BAG (34 %) zu einem ähnlich großen Anteil in Teilzeit wie Zahnärzte in MVZ (38 %) und zu einem etwas größeren Anteil als Zahnärzte in i-MVZ (28 %) (Abbildung 10).

Abbildung 10: Verteilung der angestellten Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkungen: Zahnärzte gemessen in Personen („Köpfen“). Nur angestellte Zahnärzte berücksichtigt. Praxisform „Sonstige“ nicht gezeigt.

Die Analyse der Unterschiede zwischen den Praxisformen zeigt, dass i-MVZ und auch MVZ in ihrer durchschnittlichen Größe, gemessen an der Anzahl der Zahnarztstellen, der Personalstruktur hinsichtlich der Zulassungs- bzw. Tätigkeitsart sowie dem von den Zahnärzten ausgeübten Tätigkeitsumfang zum Teil erheblich von Einzelpraxen und BAG abweichen. Insbesondere sind die Zahnärzte in MVZ und i-MVZ typischerweise in einem Angestelltenverhältnis tätig, während in Einzelpraxen und BAG überwiegend Vertragszahnärzte arbeiten. Unter den angestellten Zahnärzten liegt der Anteil von Teilzeitbeschäftigten in Einzelpraxen und BAG auf mindestens gleichem Niveau wie in den MVZ und i-MVZ. Dies mag insofern erstaunen, als dass oftmals angeführt wird, dass flexiblere Arbeitszeitmodelle, aber auch die bessere Möglichkeit von Teilzeitarbeit eine besondere Stärke von (i-)MVZ seien. In Bezug auf die i-MVZ ist zu konstatieren,

dass der Anteil von Teilzeitbeschäftigten unter den angestellten Zahnärzten um mehr als zehn Prozentpunkte unter dem Wert in den Einzelpraxen liegt.

3.1.3 Charakteristika von i-MVZ und MVZ

Im nächsten Schritt werden i-MVZ und MVZ hinsichtlich der Gründungsvoraussetzungen, der Art der Gründer und der Organisation in Kettenverbünden betrachtet. Weiterhin werden die derzeit in i-MVZ aktiven Kapitalinvestoren vorgestellt und die Verteilung von i-MVZ auf die Bundesländer untersucht.

Gründungsvoraussetzungen

Die Voraussetzungen zur Gründung eines MVZ bzw. i-MVZ und Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung sind in § 95 SGB V geregelt. (i-)MVZ müssen demnach eine ärztliche Leitung haben, die selbst in dem (i-)MVZ als angestellter (Zahn-)Arzt oder Vertrags(zahn)arzt tätig sein muss und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. Die in einem (i-)MVZ tätigen angestellten (Zahn-)Ärzte und Vertrags(zahn)ärzte müssen in dem Arztregister der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung eingetragen sein (§ 95 Abs. 1 SGB V).

(i-)MVZ können grundsätzlich von zugelassenen (Zahn-)Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, von anerkannten Praxisnetzen, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden (§ 95 Abs. 1a SGB V). Da Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nur zur Gründung fachbezogener (i-)MVZ berechtigt sind, kommen sie für zahnärztliche (i-)MVZ nicht in Betracht.

Gründer von i-MVZ und MVZ

In der zahnärztlichen Versorgung treten als Gründer von i-MVZ und MVZ derzeit Zahnärzte, Krankenhäuser und eine Kombination aus beiden auf. Bei den Gründern von MVZ handelt es sich überwiegend um Zahnärzte. Bei i-MVZ sind es überwiegend Krankenhäuser.¹² Mitunter liegt eine Beteiligung eines Zahnarztes (in der Regel des ehemaligen Praxisinhabers) vor, der allerdings oft nur minderheitsbeteiligt ist.

Seit Inkrafttreten des TSVG im Mai 2019 sind die Voraussetzungen für die Gründung von zahnärztlichen (i-)MVZ durch Krankenhäuser dahingehend verändert worden, dass der Anteil an der Versorgung in einem Planungsbereich, der auf die von einem Krankenhaus dort betriebenen (i-)MVZ entfällt, im Normalfall den Wert von 10 Prozent nicht überschreiten darf (vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 3.2.3).

¹² Die wesentliche Ausnahme stellt der Kettenverbund *Dr. Z* dar, der von einem Zahnarzt gegründet wurde und eine Minderheitsbeteiligung des Investors Cara Investment aufweist.

Hintergrund: Erwerb von Krankenhäusern durch Finanzinvestoren

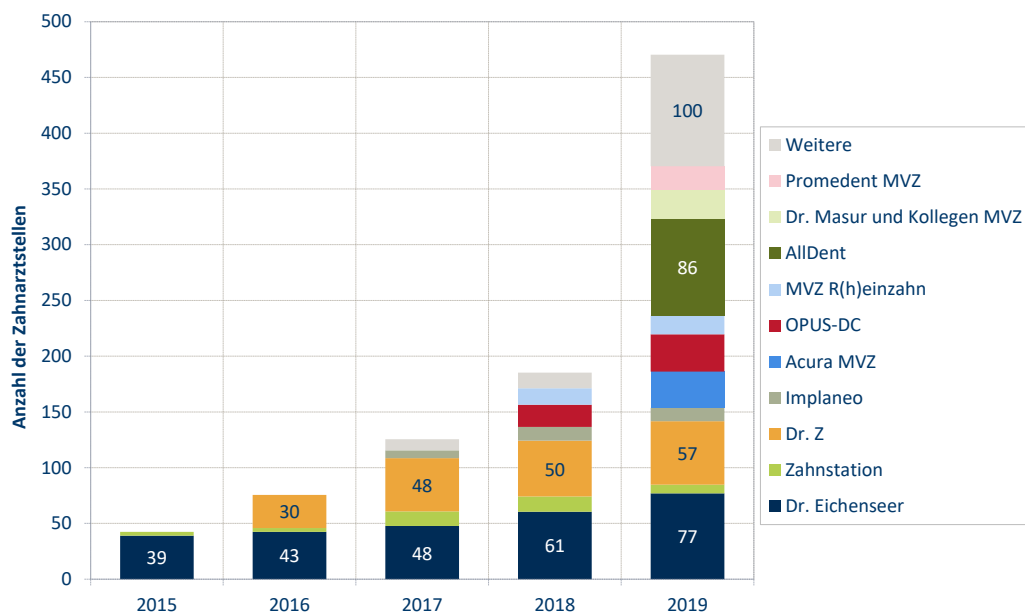
Finanzinvestoren erwerben zunehmend Krankenhäuser in Deutschland, mit dem Ziel, die gesetzlichen Voraussetzungen zur Gründung von i-MVZ zu erfüllen. Als gründungsberechtigte Krankenhäuser fungieren dabei laut Recherchen der KZBV überwiegend kleinere Kliniken, zumeist im ländlichen Raum und mit nur geringen Bettenkapazitäten. Ein Beispiel für solche Kliniken ist etwa das Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus in Ehringshausen, das über 89 Planbetten verfügt. Dieses wurde im Zeitraum zwischen 2015 und 2016 von der Private-Equity-Gesellschaft Quadriga Capital gekauft. Auf Grundlage der durch den Kauf des Krankenhauses erworbenen Gründungsberechtigung konnten bis dato 16 Praxisstandorte der i-MVZ-Kette *Zahnärztliche Tageskliniken Dr. Eichenseer* gegründet werden. Als weiteres Beispiel ist die Migränekllinik Königstein mit 65 Planbetten zu nennen, die 2017 von der Private Equity Gesellschaft EQT übernommen wurde. Die Migränekllinik Königstein dient als Gründungsberechtigung für 16 i-MVZ von den EQT Tochterunternehmen DentConnect, Implaneo und Cureos. Spitzenreiterin zum ersten Quartal 2020 ist die Deister-Süntel-Klinik in Bad Münster, die zunächst 2017 von Summit Partners und dann 2019 von PAI Partners SAS erworben wurde, und seither als Gründerin von 36 i-MVZ der Kette Zahneins in Erscheinung getreten ist. Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass sich Investoren oft über den Kauf kleiner Krankenhäuser den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung verschaffen und anschließend Kettenverbünde von i-MVZ aufbauen.

Kettenverbünde von i-MVZ

Ein erheblicher Teil der Zahnarztstellen (vgl. Kapitel 2.1) in i-MVZ entfällt auf solche i-MVZ, die in Kettenverbünden mit mehreren Praxisstandorten organisiert sind. Im Jahr 2019 befinden sich 470 von 591 Zahnarztstellen in i-MVZ in einem Kettenverbund (80 Prozent). Die größten Kettenverbünde stellen dabei *AllDent* mit 86 Zahnarztstellen, *Dr. Eichenseer* mit 77 Zahnarztstellen und *Dr. Z* mit 57 Zahnarztstellen dar (Abbildung 11). Über das Vermögen der *Dr. Z MVZ GmbH* wurde im August 2020 allerdings das Insolvenzverfahren eröffnet.¹³

Bei den MVZ hingegen ist die Kettenbildung weniger ausgeprägt. In MVZ fällt der Anteil der Zahnarztstellen in einem Kettenverbund in jedem Jahr niedriger aus, er liegt zum Beispiel im Jahr 2019 bei 46 Prozent (1.261 von 2.722 Zahnarztstellen) (Abbildung 60 in Anhang A1).

Abbildung 11: Anzahl der Zahnarztstellen in i-MVZ nach Kettenverbund (2015 bis 2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

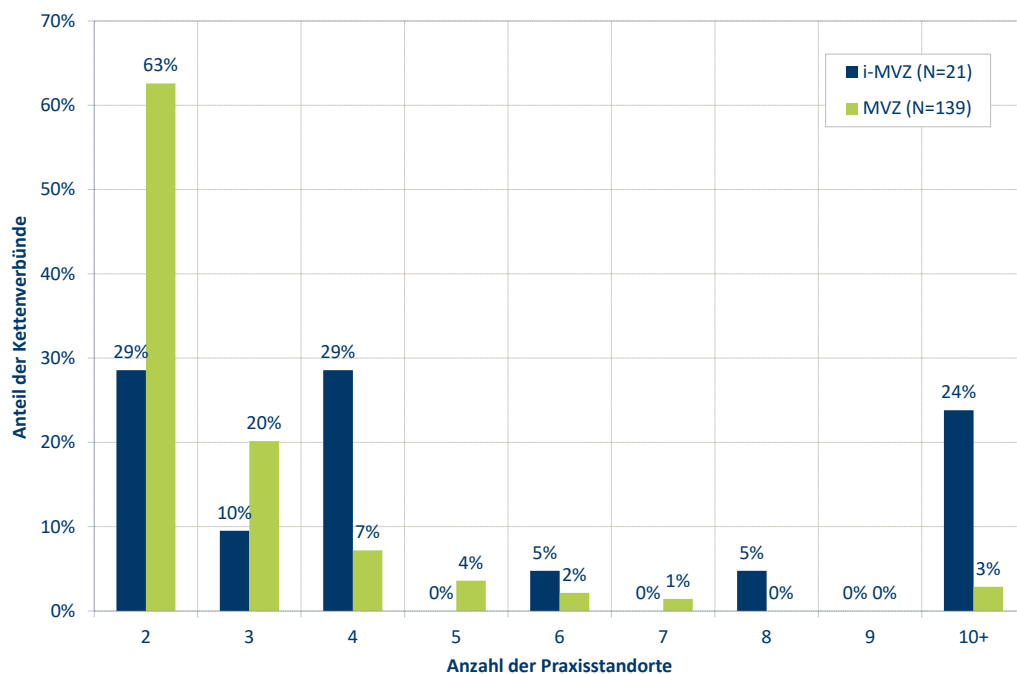
Anmerkungen: Stichtag: jeweils zur Jahresmitte. Zahnarztstellen in i-MVZ, die keinem Kettenverbund angehören, sind nicht dargestellt.

Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 21 Kettenverbünde unter den i-MVZ und 139 Kettenverbünde unter den MVZ. Ein Großteil (63 Prozent) der MVZ-Kettenverbünde weist nur zwei Praxisstandorte je Kettenverbund auf, ein Fünftel

¹³ Vgl. Bekanntmachung des Amtsgerichts Düsseldorf vom 01.08.2020 unter dem Aktenzeichen 504 IN 63/20.

(20 Prozent) hat drei Standorte und nur 17 Prozent der MVZ-Kettenverbünde sind mit mehr als drei Standorten vergleichsweise groß (Abbildung 12). Unter den i-MVZ hingegen fallen die Kettenverbünde etwas größer aus, zum Teil sogar erheblich größer. Im Jahr 2019 weisen nur 29 Prozent der i-MVZ-Kettenverbünde zwei Praxisstandorte auf, weitere 10 Prozent haben drei Standorte und weitere 29 Prozent vier. Immerhin knapp ein Viertel der Kettenverbünde unter den i-MVZ umfasst zehn Praxisstandorte oder mehr (bis zu 23). Aufgrund der relativ geringen Anzahl von i-MVZ Kettenverbünden handelt es sich in absoluten Zahlen allerdings um nur fünf Kettenverbünde dieser Größe (*Dr. Z, Dr. Eichenseer, Acura, Dr. Masur und Promedent*).

Abbildung 12: Verteilung der Kettenverbünde der i-MVZ und MVZ nach Anzahl der Praxisstandorte je Kettenverbund (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkungen: Der größte i-MVZ-Kettenverbund (Dr. Z) hatte 23 Praxisstandorte. Die größten MVZ-Kettenverbünde (DDent MVZ, Dr. Robert Hansen, Fair Doctors) umfassten jeweils 13 Standorte.

Aktive Kapitalinvestoren

Die gemessen an der Anzahl der Praxisstandorte im Jahr 2019 größten Kettenverbünde gehören zu den Kapitalinvestoren Cara Investment (Dr. Z), Quadriga Capital (Zahnärztliche Tagesklinik Dr. Eichenseer), Investcorp (Acura

MVZ), Altor (Dr. Masur und Kollegen MVZ), Jacobs Holding (Promedent MVZ) und Summit Partners bzw. PAI Partners (OPUS-DC) (Tabelle 1).¹⁴

Tabelle 1: Kapitalinvestoren der i-MVZ, ihre Kettenverbünde und die Anzahl der Praxisstandorte (2019)

Investor	Kettenverbund	Anzahl Praxisstandorte
Altor	Dr. Masur und Kollegen MVZ	12
	MVZ die Pluszahnärzte	4
	MVZ Dres. Brinkmann, Triebswetter & Kollegen	1
	MVZ Eifel, Dr. Dr. Jakobs und Kollegen	2
	MVZ OrthoNeo dental	2
	Keiner	6
Cara Investment	Dr. Z	23
Castik Capital	AllDent	4
EQT	Implaneo	4
	MVZ Dr. Ast & Kollegen	3
	Keiner	9
Investcorp	Acura MVZ	16
Jacobs Holding	MVZ Dorow Clinic	4
	Promedent MVZ	10
	Keiner	5
Johannesbad-Gruppe	Zahngesundheitszentrum (DentaDox)	6
Maigaard & Molbech/ Novum Capital	Zahnärzte Brandmann / opensmile	3
Nordic Capital	Zahnstation	4
Quadriga Capital	Zahnärztliche Tagesklinik Dr. Eichenseer	16
Summit Partners bzw. PAI Partners	Dr. Jacobs MVZ	2
	H3 Zahnärzte MVZ	2
	Medizinisches Versorgungszentrum R(h)einzahn	2
	OPUS-DC	8
	Zahnheimat	4
	Keiner	9
Gesamt		161

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
 Anmerkungen: Einige i-MVZ gehören nicht zu einem Kettenverbund; sie sind unter Kettenverbund als „Keiner“ vermerkt.
 Die Private Equity-Gesellschaft PAI Partners hat im November 2019 die Mehrheitsanteile an dem Krankenhaus und den zugehörigen i-MVZ des Kapitalinvestors Summit Partners übernommen.

¹⁴ Die Private Equity-Gesellschaft PAI Partners hat im November 2019 die Mehrheitsanteile an dem Krankenhaus und den zugehörigen i-MVZ des Kapitalinvestors Summit Partners übernommen.

Verteilung der MVZ und i-MVZ nach Bundesländern

Die regionale Verteilung der Praxisstandorte der i-MVZ und MVZ stellt sich auf Ebene der 17 KZV-Regionen sehr ungleich dar. Die Praxisstandorte der i-MVZ sind schwerpunktmäßig in den südlichen und westlichen KZV-Regionen angesiedelt. Im Jahr 2019 befinden sich der Großteil der i-MVZ-Standorte in Bayern (47), Baden-Württemberg (36), Nordrhein (27), Niedersachsen (12), Rheinland-Pfalz (10), Berlin (6), Hessen (6) und Westfalen-Lippe (6) (Tabelle 2). Auf die ostdeutschen KZV-Regionen entfallen lediglich drei i-MVZ-Standorte (alle in Sachsen). Bei den MVZ zeigt sich eine ähnliche regionale Schwerpunktbildung der Praxisstandorte, allerdings weniger stark ausgeprägt. Eine regional kleinräumigere Perspektive wird im folgenden Abschnitt 3.2 eingenommen.

Tabelle 2: Anzahl der Praxisstandorte der MVZ und der i-MVZ nach KZV-Region (2019)

KZV-Region	Anzahl MVZ	Anzahl i-MVZ
Baden-Württemberg	109	36
Bayern	117	47
Berlin	91	6
Brandenburg	17	0
Bremen	10	2
Hamburg	30	3
Hessen	51	6
Mecklenburg-Vorpommern	10	0
Niedersachsen	49	12
Nordrhein	110	27
Rheinland-Pfalz	29	10
Saarland	0	0
Sachsen	26	3
Sachsen-Anhalt	5	0
Schleswig-Holstein	22	3
Thüringen	5	0
Westfalen-Lippe	54	6

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

3.2 Unterschiede in der regionalen Verteilung der Praxisformen

Die KZVen haben den Auftrag, eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung sicherzustellen. Daher ist die Entwicklung der regionalen Verteilung von Zahnarztpraxen für die KZVen von besonderer Bedeutung. Nachfolgend wird die derzeitige Verteilung von Zahnarztpraxen im Allgemeinen untersucht, gefolgt von einer Betrachtung, inwiefern sich die Praxisformen Einzelpraxis, BAG, i-MVZ und MVZ in ihrer regionalen Verteilung unterscheiden. In Kapitel 3.2.3 werden die Auswirkungen der durch das TSVG eingeführten Beschränkungen des Versorgungsanteils von durch Krankenhäuser gegründeten MVZ oder i-MVZ analysiert.

3.2.1 Regionale Verteilung der Zahnarztstellen

Im Folgenden wird zunächst die regionale Verteilung von Zahnärzten im Allgemeinen dargestellt, bevor auf die Verteilung von i-MVZ eingegangen wird. Da Zahnarztpraxen wie in Kapitel 3.1.2 berichtet unterschiedlich groß sein können, wird die regionale Verteilung von Zahnarztstellen (vgl. Kapitel 2.1) betrachtet.

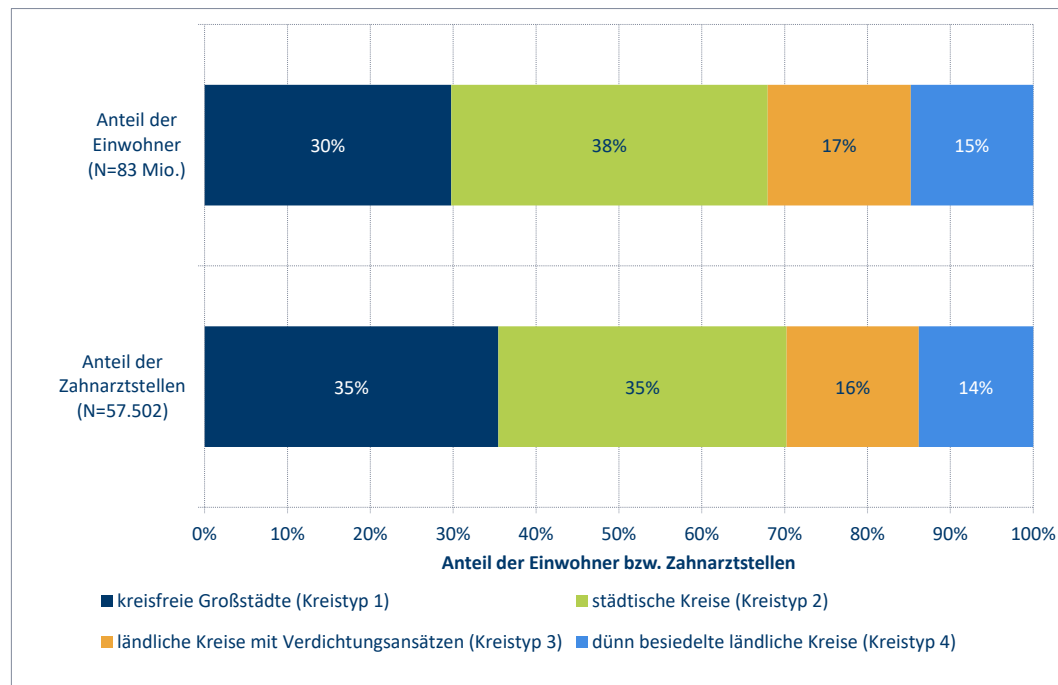
3.2.1.1 Verteilung nach Kreistypen

Das derzeitige System der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland, das ohne eine für Niederlassungen verbindliche Bedarfszulassung auskommt, erreicht eine regionale Verteilung der Zahnarztstellen, die weitestgehend proportional zur Verteilung der Bevölkerung ausfällt.¹⁵ Die regionale Verteilung der Anzahl der Zahnarztstellen, in der Abgrenzung wie diese in der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung zugrunde gelegt werden (Vertrags- und angestellte Zahnärzte, *exkl.* Assistenten), nach dem Kreistyp entspricht in etwa der Verteilung der Einwohner.

Bezogen auf den Stichtag 31.12.2018 (aktuellste verfügbare Daten) entfallen gemäß Bedarfsplanung 35 Prozent der Zahnarztstellen auf kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1), während dort 30 Prozent der Einwohner leben (Abbildung 13).

¹⁵ Die Bedarfszulassung ist für die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahr 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) abgeschafft worden. Seitdem besteht für Vertragszahnärzte in Deutschland Niederlassungsfreiheit.

Abbildung 13: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen auf Kreistypen (2018)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, des INKAR Online-Atlas und Bevölkerungsstanddaten des statistischen Bundesamtes

Anmerkungen: Zahnarztstellen für Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte, exklusive Assistenten; Stichtag: 31.12.2018

In städtischen Kreisen (Kreistyp 2) stehen 35 Prozent der Zahnarztstellen 38 Prozent der Einwohner gegenüber, in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansatz sind es 16 Prozent der Zahnarztstellen und 17 Prozent der Einwohner und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen 14 Prozent der Zahnarztstellen bei 15 Prozent der Einwohner.

3.2.1.2 Zahnarztdichte

Auf Ebene des Kreistyps ergibt sich aufgrund eines weitgehend proportionalen Zusammenhangs zwischen der regionalen Verteilung der zahnärztlichen Kapazitäten und der Bevölkerung nach Wohnort (Abbildung 13) in der Summe für die städtischen Regionen eine ähnlich hohe Zahnarztdichte (Anzahl der besetzten Zahnarztstellen gemäß Bedarfsplanung je 100.000 Einwohner mit Stand 31.12.2018) wie für die ländlichen. Bei der regional kleinräumigen Betrachtung offenbaren sich allerdings Unterschiede der Zahnarztdichte zwischen den Planungsbereichen eines Kreistyps. Während zum Beispiel einige kreisfreie Städte eine überdurchschnittliche Zahnarztdichte aufweisen, fällt die Zahnarztdichte in anderen kreisfreien Städten unterdurchschnittlich aus.

3.2.1.3 Versorgungsgrad

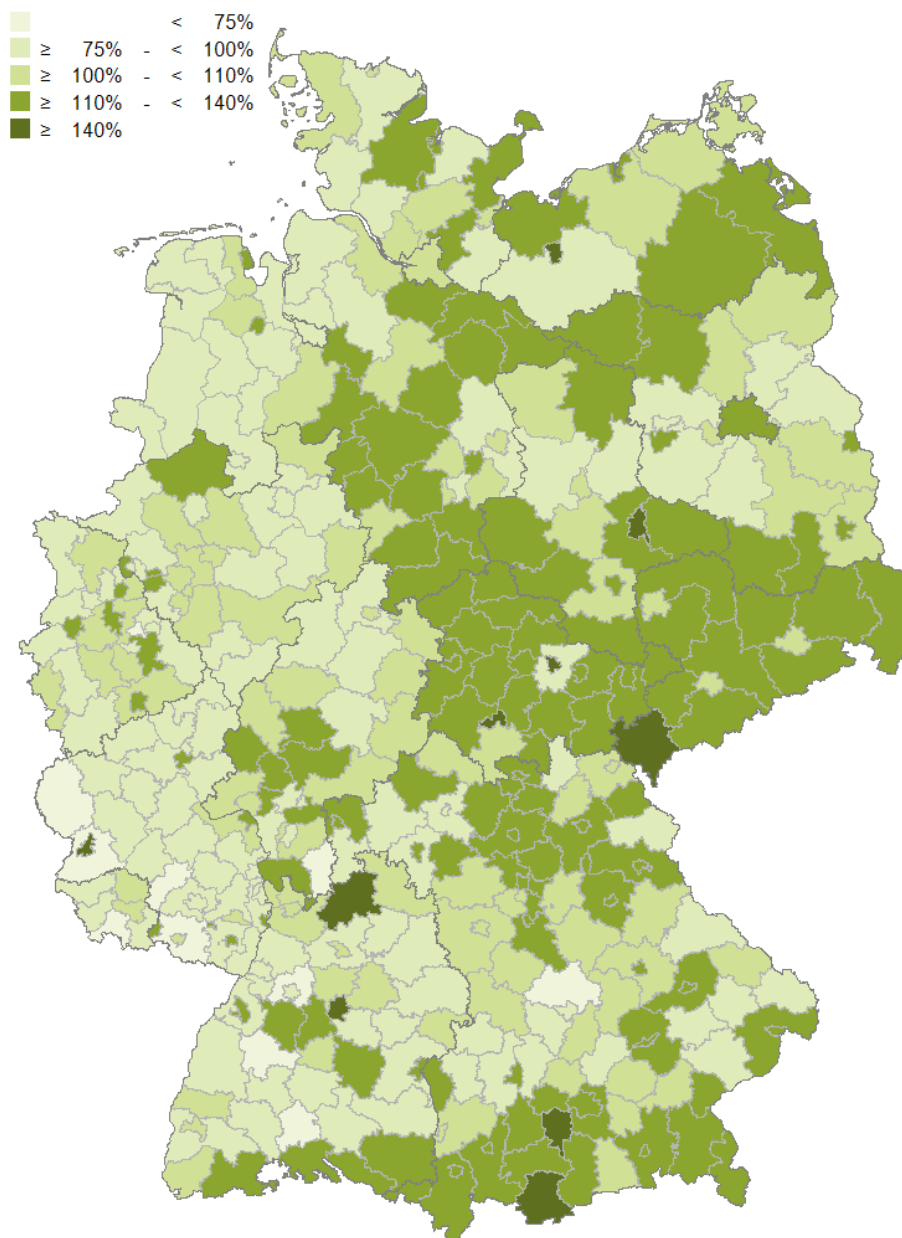
In der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung wird den kreisfreien Städten – im Gegensatz zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung – grundsätzlich die gleiche Verhältniszahl (Anzahl der Einwohner je geplante (Zahn-)Arztstelle) zugewiesen wie den ländlichen Regionen. Eine Ausnahme wird allerdings für 61 (von insgesamt 259, entspricht 24 Prozent) städtische Planungsregionen gemacht, für die eine geringere Verhältniszahl, also eine höhere Anzahl der Soll-Zahnarztstellen bezogen auf die Einwohnerzahl, vorgesehen ist.¹⁶ Zudem unterscheidet sich die Zahnarztdichte (Anzahl der besetzten Zahnarztstellen gemäß Bedarfsplanung je 100.000 Einwohner) zwischen den Planungsbereichen. Städtische Planungsbereiche haben öfter eine überdurchschnittliche Zahnarztdichte als ländliche Planungsbereiche.

Aufgrund der für 61 städtische Planungsregionen abweichenden Verhältniszahl und der regionalen Unterschiede bei der Zahnarztdichte ergeben sich regionale Unterschiede beim Versorgungsgrad der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung (Anzahl der tatsächlichen Zahnarztstellen [Ist] dividiert durch die Anzahl der geplanten Zahnarztstellen [Soll]) (Abbildung 14).

Gemäß dem Versorgungsgrad sind viele zahnärztliche Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent überversorgt (Stand 31.12.2018). Dies trifft in erster Linie auf Planungsbereiche in den ostdeutschen KZV-Regionen und in Bayern zu. Mit einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent unterversorgt ist am 31.12.2018 kein Planungsbereich. Allerdings droht gemäß Angaben der KZBV in 11 Planungsbereichen (2 Prozent aller Planungsbereiche) aufgrund der Altersstruktur der Vertragszahnärzte eine Unterversorgung.

¹⁶ Vgl. Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte. Stand: 20. Dezember 2018. Anlage 6 zu § 5 in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. November 2006.

Abbildung 14: Versorgungsgrad gemäß vertragszahnärztlicher Bedarfsplanung nach Planungsbereichen (2018)

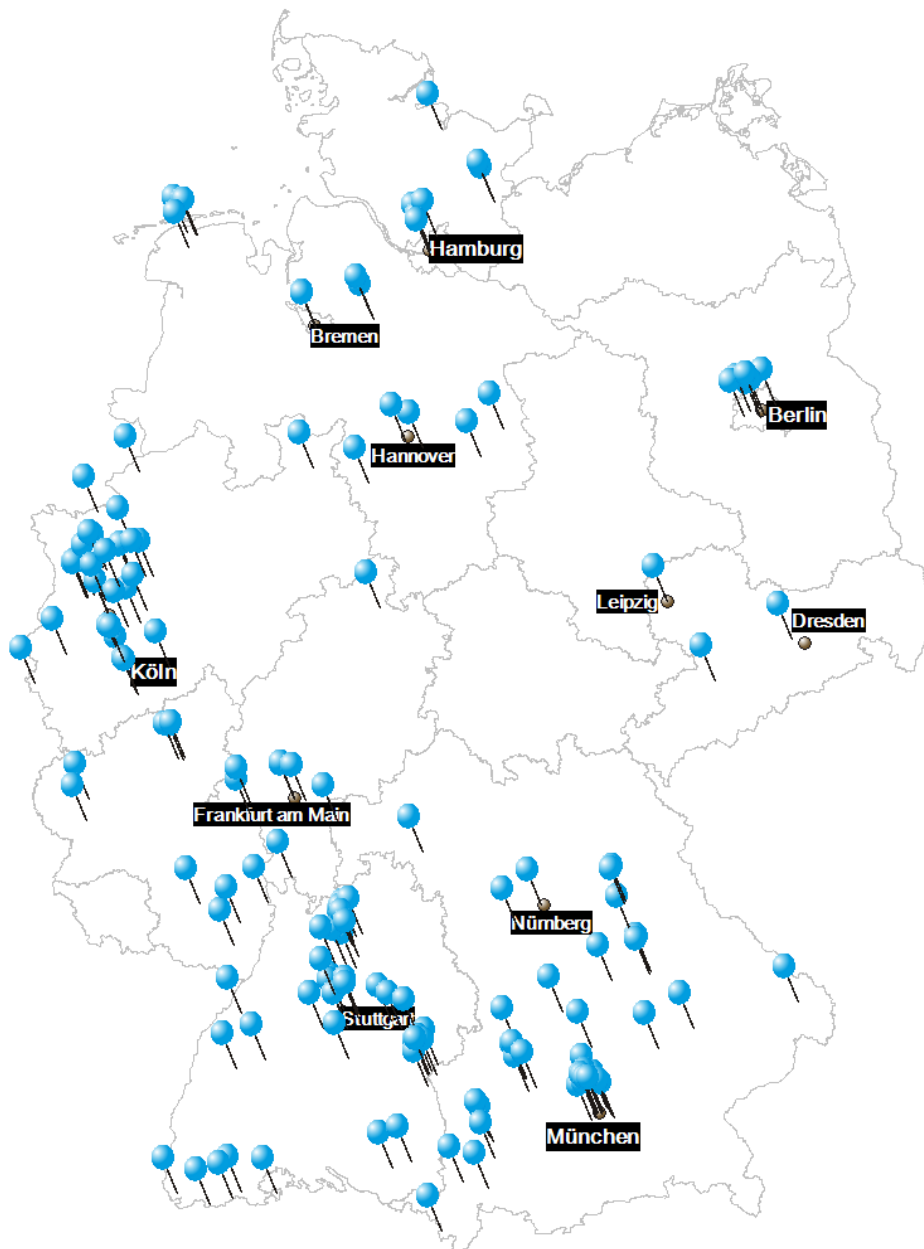


Quelle: IGES basierend auf Daten der KZBV zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung
Anmerkung: Versorgungsgrad = Anzahl der tatsächlichen Zahnarztstellen (Ist) / Anzahl der geplanten Zahnarztstellen (Soll)

3.2.1.4 Regionale Verteilung der i-MVZ

Die regionale Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ (Stichtag: Mitte des Jahres 2019) zeigt Abbildung 15.

Abbildung 15: Regionale Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
Anmerkungen: Stichtag: Jahresmitte 2019

In der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung gibt es derzeit 472 Planungsbereiche, die überwiegend an den Grenzen der Landkreise und kreisfreien Städte ausgerichtet sind (Stand: 31.12.2018). In 384 von diesen Planungsbereichen (81 %) ist im Jahr 2019 kein i-MVZ angesiedelt. Umgekehrt gesagt gibt es in nur 88 Planungsbereichen (19 %) mindestens ein i-MVZ.

Die Planungsbereiche mit der größten Anzahl der i-MVZ-Praxisstandorte im Jahr 2019 sind die Stadt München (12 Standorte bzw. 7 % aller Standorte), Berlin (6) und der Stadtkreis Ulm (6) (Tabelle 3). Fünf Standorte befinden sich jeweils in den Planungsbereichen Augsburg Stadt, Düsseldorf Stadt, Krefeld Stadt und Neckarsulm.

Tabelle 3: Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ nach zahnärztlichen Planungsbereichen (2019)

Planungsbereich	Anzahl der i-MVZ	Anteil an allen i-MVZ
München Stadt	12	7%
Berlin	6	4%
Stadtkreis Ulm	6	4%
Augsburg Stadt	5	3%
Düsseldorf Stadt	5	3%
Krefeld Stadt	5	3%
Neckarsulm	5	3%
Regensburg Stadt	4	2%
weitere Planungsbereiche	114	70%
Gesamt	162	100%

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anmerkung: Stichtag: Mitte des Jahres 2019

Darüber hinaus zeigt sich eine erhebliche regionale Streuung bei dem Anteil der Zahnarztstellen, die in den Planungsbereichen auf i-MVZ entfallen. Während der Anteil der Zahnarztstellen in i-MVZ an allen Zahnarztstellen in 68 der 88 Planungsbereiche mit i-MVZ (77 Prozent) sehr gering (<5 %) ausfällt, gibt es einige Planungsbereiche, in denen im Jahr 2019 ein Anteil von bis zu 20 Prozent der Zahnarztstellen auf i-MVZ entfällt. Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, handelt es sich dabei zum Teil um relativ kleine Planungsbereiche, in denen bereits das Hinzukommen eines (i-)MVZ deutliche Verschiebungen des Versorgungsanteils bewirken kann (z. B. Landkreise Wittmund, Eifelkreis Bitburg-Prüm). Zum Teil sind jedoch auch größere Städte (Ulm, Ludwigshafen) darunter. Die Planungsbereiche mit dem größten Anteil der Zahnarztstellen in i-MVZ im Jahr 2019 sind der Landkreis Wittmund (19 %), der Stadtkreis Ulm (19 %), der Eifelkreis Bitburg-Prüm (17 %), die Planungsbereiche Neckarsulm und Freudenstadt (jeweils 14 %) und die

kreisfreie Stadt Ludwigshafen (12 %) (Tabelle 4). In allen übrigen Planungsbereichen beträgt der Anteil der i-MVZ an allen Zahnarztstellen im Jahr 2019 weniger als 10 Prozent.

Tabelle 4: Zahnärztliche Planungsbereiche mit dem höchsten Anteil der Zahnarztstellen in i-MVZ und weitere Planungsbereiche (2019)

Planungsbereich	Zahnarztstellen, die auf i-MVZ entfallen	
	Anteil	Anzahl
Landkreis Wittmund	19 %	8
Stadtkreis Ulm	19 %	28
Eifelkreis Bitburg-Prüm	17 %	7
Neckarsulm	14 %	14
Stadt Freudenstadt	14 %	3
Ludwigshafen Stadt	12 %	18
14 Kreise	>5 % und ≤ 10 %	3 bis 96
69 Kreise	>0 % und ≤ 5 %	1 bis 28
383 Kreise	0 %	0

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

3.2.2 Verteilung nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen der Planungsbereiche

Im vertragsärztlichen Bereich gibt es in manchen ländlichen Regionen wachsende Probleme, vor allem hausärztliche Vertragsarztsitze wieder zu besetzen, wenn Praxisinhaber in den Ruhestand gehen. Mit den Medizinischen Versorgungszentren wird in diesem Zusammenhang teilweise die Erwartung verknüpft, dass sie drohende Versorgungslücken schließen können, indem sie Standorte in den entsprechenden Regionen gründen, an denen angestellte Ärzte tätig sind.

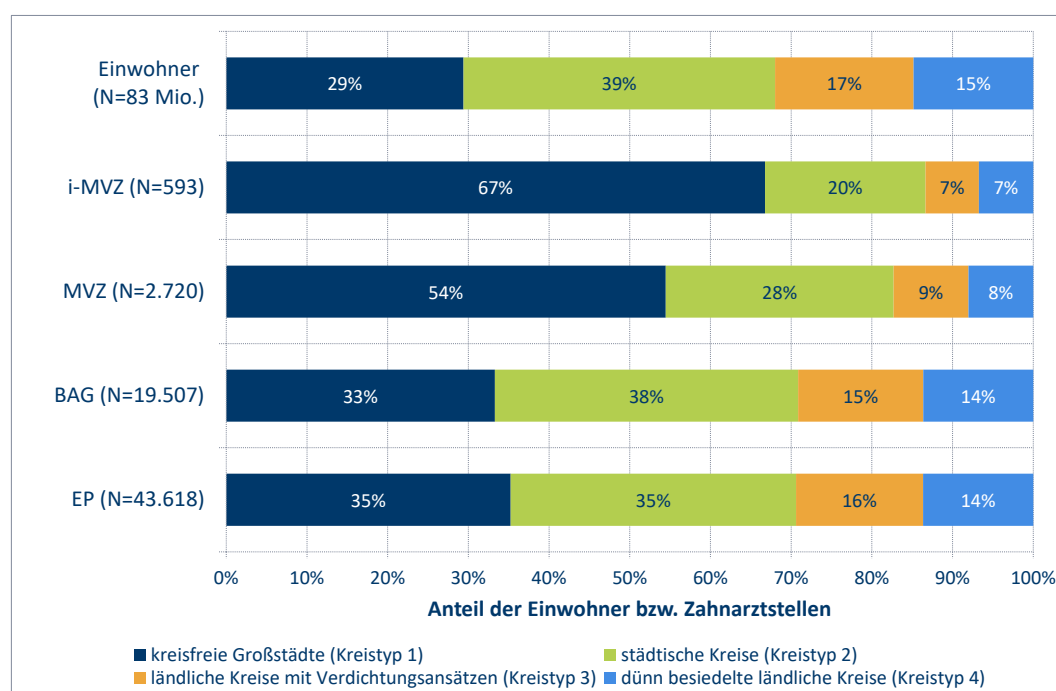
Diese Argumentationsfigur wird teilweise auch auf die vertragszahnärztliche Versorgung übertragen, indem den zahnärztlichen MVZ eine potenzielle Rolle zur Sicherung der Versorgung in strukturschwachen und von Unterversorgung zumindest bedrohten Regionen zugesprochen wird. Obwohl nach den Maßstäben der zahnärztlichen Bedarfsplanung aktuell keine unterversorgten Regionen existieren und – wie aus Abbildung 14 ersichtlich – gerade ländliche Regionen vielfach eher hohe Versorgungsgrade aufweisen, soll im Folgenden geprüft werden, inwiefern die Versorgungskapazitäten der i-MVZ ein entsprechendes regionales Verteilungsmuster erkennen lassen.

Betrachtet wird dazu jeweils die regionale Verteilung der Zahnarztstellen nach Praxisformen (vgl. Kapitel 2.1) auf die Planungsbereiche der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung, wobei die Regionen nach mehreren soziodemografischen bzw. -ökonomischen Merkmalen gruppiert werden. Es werden die Zulassungs- bzw. Tätigkeitsarten Vertragszahnarzt, angestellter Zahnarzt, Assistent und Sonstige berücksichtigt.

3.2.2.1 Kreistyp

Eine weitestgehend zur Einwohnerverteilung proportionale Verteilung aller Zahnarztstellen über die Kreistypen wurde bereits festgestellt (vgl. Abschnitt 3.2.1.1). Da sich die meisten Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG befinden, wird die Verteilung aller Zahnarztstellen über die Kreistypen vor allem durch die Verteilungen von Einzelpraxen und BAG geprägt. Daher ist dann auch die Verteilung von Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG über die Kreistypen weitgehend proportional zur Einwohnerverteilung (Abbildung 16).

Abbildung 16: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Kreistyp und Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, des INKAR Online-Atlas und Bevölkerungsstanddaten des statistischen Bundesamtes

Abweichungen zeigen sich hingegen bei den Zahnarztstellen in MVZ, die zu über der Hälfte in kreisfreien Großstädten zu finden sind. Noch größer fallen die Abweichungen zwischen der Verteilung der Zahnarztstellen in i-MVZ und der Einwohnerverteilung aus: 67 Prozent der Zahnarztstellen der i-MVZ sind in kreisfreien Großstädten angesiedelt, während dort nur 29 Prozent der Einwohner leben. Entsprechend unterproportional zum jeweiligen Bevölkerungsanteil sind die Zahnarztstellen der i-MVZ in den städtischen Kreisen (20 Prozent), den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansatz (7 Prozent) und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen vertreten.

Diese Befunde verdeutlichen, dass in erster Linie Einzelpraxen und BAG einen Beitrag zu einer flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung – gemessen an einer

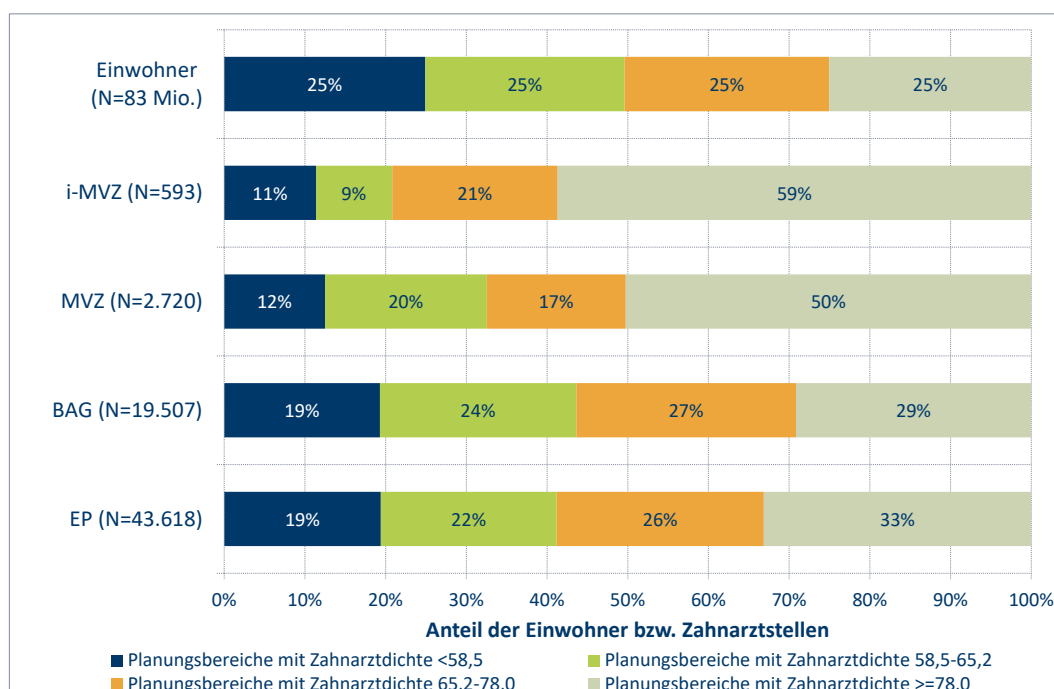
proportionalen Verteilung von Praxisstandorten und Einwohnern – leisten, während der Beitrag von MVZ und i-MVZ zumindest deutlich geringer ausfällt.

3.2.2.2 Zahnarztdichte

Die Zahnarztstellen der i-MVZ sind häufiger in Planungsbereichen zu finden, die eine besonders große Zahnarztdichte aufweisen, was wiederum typischerweise auf kreisfreie Großstädte zutrifft.

Im Jahr 2019 lebten 25 Prozent der Einwohner in Planungsbereichen mit einer Zahnarztdichte von 78,0 oder mehr Zahnarztstellen je 100.000 Einwohner. Wie zu erwarten befindet sich relativ zum Anteil der Einwohner ein größerer Anteil der Zahnarztstellen in diesen Planungsbereichen – daraus entsteht die hohe Zahnarztdichte (Abbildung 17). Für i-MVZ ist das Ungleichgewicht jedoch sehr viel größer als für Einzelpraxen und BAG. Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG befinden sich zu 33 bzw. 29 Prozent in den Planungsbereichen mit den höchsten Zahnarztdichten. Zahnarztstellen in i-MVZ dagegen befinden sich zu 59 Prozent in diesen Planungsbereichen. Dem Viertel der Einwohner in den Planungsbereichen mit der geringsten Zahnarztdichte (<58,5 Zahnarztstellen je 100.000 Einwohner) hingegen standen nur 11 Prozent der Zahnarztstellen der i-MVZ gegenüber.

Abbildung 17: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Zahnarztdichte und Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik und der Bedarfsplanungsdaten der KZBV

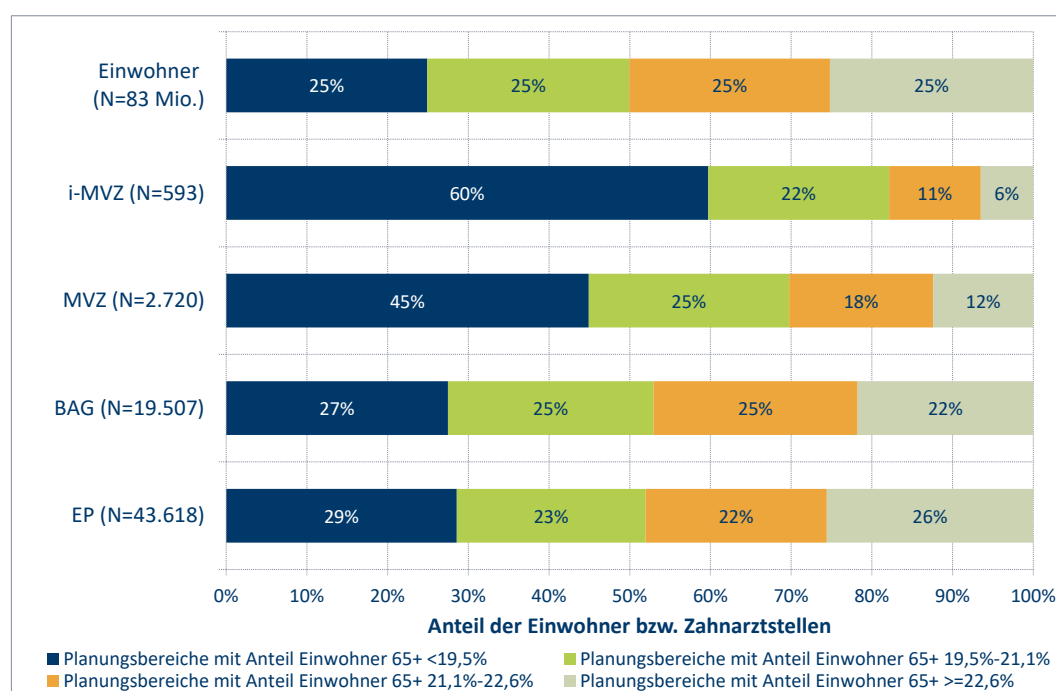
Anmerkungen: Die Zahnarztdichte entspricht der Anzahl der Zahnarztstellen je 100.000 Einwohner. Stand Zahnarztdichte: 31.12.2018

3.2.2.3 Demografie

Verglichen zur Bevölkerung überproportional viele Zahnärzte der i-MVZ finden sich darüber hinaus in Planungsbereichen, die einen geringen Anteil an Einwohnern im Alter von 65 Jahren oder mehr aufweisen.

Wie Abbildung 18 zeigt, sind im Jahr 2019 60 Prozent der i-MVZ-Zahnärzte in Planungsbereichen tätig, die einen relativ geringen Anteil von bis zu 19,5 Prozent der Einwohner in der Altersgruppe „65 Jahre oder älter“ haben. In diesen Planungsbereichen lebt jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung. Dem stehen 6 Prozent der i-MVZ-Zahnärzte gegenüber, die in Planungsbereichen tätig sind, in denen mit mindestens 22,6 Prozent die ältere Bevölkerung ein vergleichsweise größeres Gewicht hat. Auch in letzteren Planungsbereichen leben wiederum 25 Prozent der Bevölkerung.

Abbildung 18: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach dem Anteil der Einwohner im Alter 65+ und Praxisform (2019)



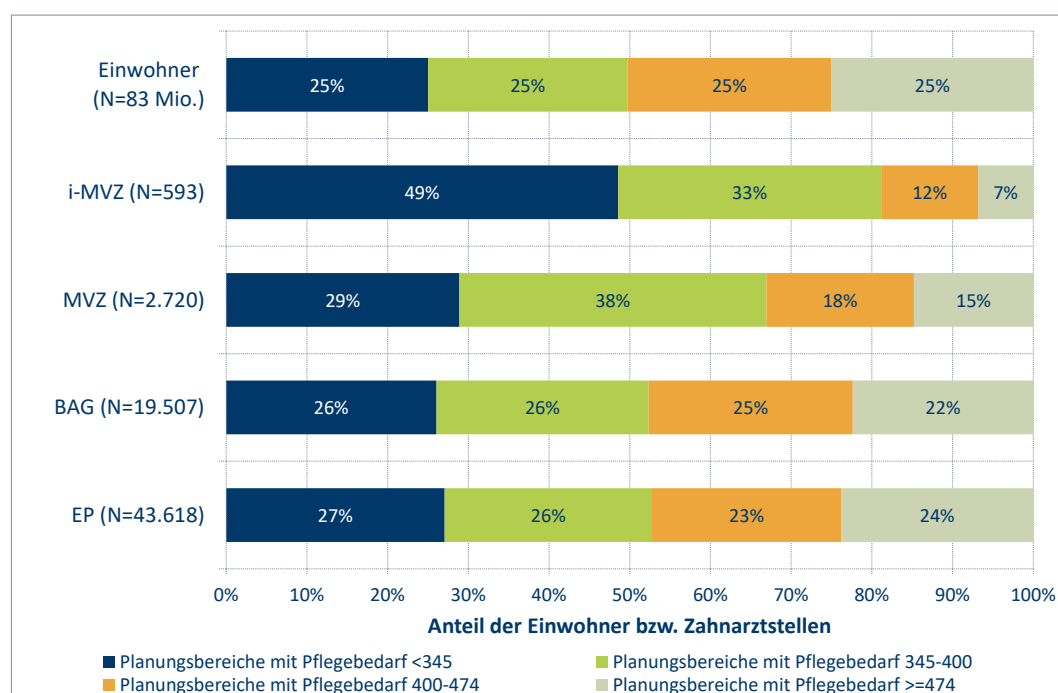
Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, des INKAR Online-Atlas und Bevölkerungsstanddaten des statistischen Bundesamtes

Anmerkungen: Stand Altersstruktur der Bevölkerung: 31.12.2017

3.2.2.4 Pflegebedarf

In engem Zusammenhang zum Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter steht der Anteil der Einwohner mit Pflegebedarf, wobei letzterer schwerpunktmäßig die Teilgruppe der 80-Jährigen oder Älteren betrifft. So verwundert es nicht, dass die i-MVZ auch zu einem überproportional hohen Anteil Zahnarztstellen in Planungsbereichen vorhalten, deren Bevölkerung einen besonders geringen Pflegebedarf aufweist (weniger als 345 Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner) (Abbildung 19). Im Jahr 2019 liegt dieser Anteil bei 49 Prozent, während nur 7 Prozent der i-MVZ-Zahnärzte in Planungsbereichen tätig sind, deren Bevölkerung einen Pflegebedarf von 474 Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner oder mehr aufwies. In beiden Gruppen von Planungsbereichen leben jeweils ein Viertel der Bevölkerung.

Abbildung 19: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Pflegebedarf und Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, des INKAR Online-Atlas und Bevölkerungsstanddaten des statistischen Bundesamtes

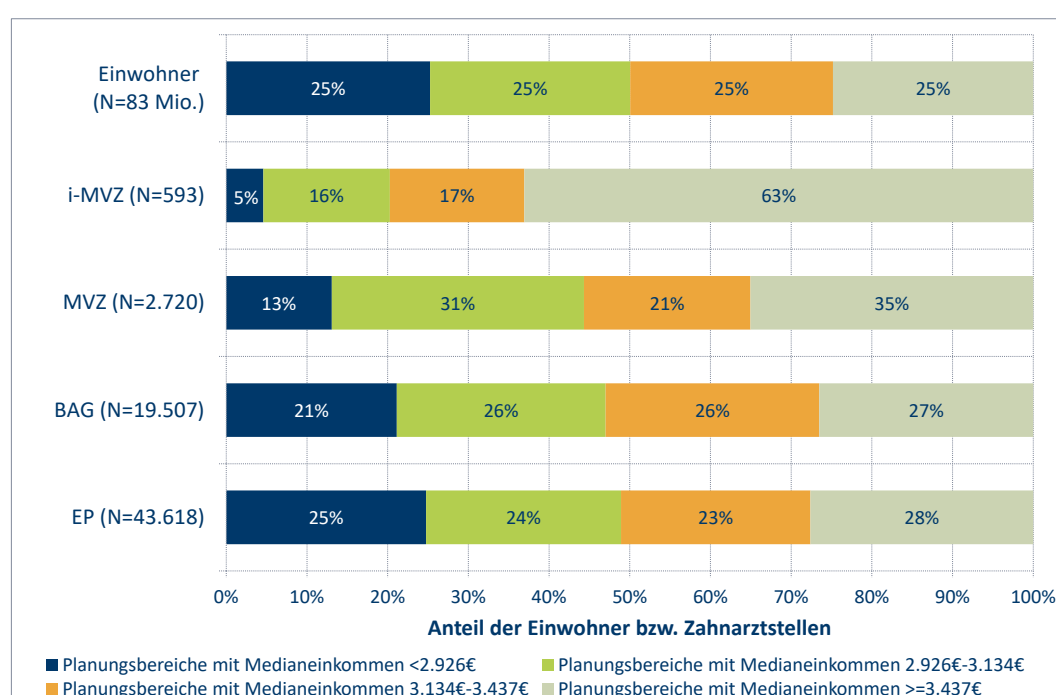
Anmerkungen: Der Pflegebedarf entspricht der Anzahl der pflegebedürftigen Personen je 10.000 Einwohner. Stand Pflegebedarf: 31.12.2017

3.2.2.5 Einkommen

Schließlich finden sich Anhaltspunkte, dass i-MVZ häufiger in Regionen gegründet werden, in denen das mittlere Einkommen der Bevölkerung über dem Durchschnitt liegt, gemessen an dem Median-Bruttoeinkommen der Vollzeitbeschäftigten pro Monat. Teilt man die Planungsbereiche nach dieser Einkommensgröße in Quartile auf, so zeigt sich, dass ein verglichen zur Bevölkerungsverteilung wesentlich größerer Anteil der Zahnarztstellen der i-MVZ in solchen Planungsbereichen zu finden ist, in denen das Medianeinkommen am höchsten ist.

Im Jahr 2019 sind 63 Prozent der Zahnarztstellen der i-MVZ in Planungsbereichen vorzufinden, die ein Medianeinkommen von 3.437 Euro oder mehr aufweisen, während dort nur 25 Prozent der Einwohner leben (Abbildung 20). Hingegen sind nur 5 Prozent der i-MVZ-Zahnärzte in Regionen tätig, in denen das Medianeinkommen am niedrigsten ist (<2.926 €). Zur Orientierung sei noch angemerkt, dass das Medianeinkommen für Deutschland insgesamt bei 3.070 Euro liegt.

Abbildung 20: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Medianeinkommen und Praxisform (2019)



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, des INKAR Online-Atlas und Bevölkerungsstanddaten des statistischen Bundesamtes

Anmerkungen: Median-Bruttoeinkommen Vollzeitbeschäftigter in Euro pro Monat und Beschäftigten. Stand Einkommen: 31.12.2017

3.2.3 Regelungen des TSVG für Krankenhaus-MVZ

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber eine erste Maßnahme in Bezug auf die Ausbreitung von i-MVZ und MVZ ergriffen, mit dem Ziel des Erhalts der „Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ und der Verhinderung einer „wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft weniger Krankenhäuser“.¹⁷ Mit der Vorschrift soll also verhindert werden, dass zahnärztliche MVZ, die von einzelnen Krankenhäusern gegründet bzw. betrieben werden, in einem Planungsbereich der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung einen zu großen Marktanteil erlangen können. Nicht vorgesehen war es hingegen, den Marktanteil des Betriebstyps „MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses“, d. h. aller von Krankenhäusern in einem Planungsbereich gegründeten MVZ *insgesamt* zu begrenzen. Damit ist es im Grundsatz möglich, dass die zahnärztliche Versorgung in einem Planungsbereich vollständig durch MVZ oder i-MVZ in Krankenhausträgerschaft wahrgenommen wird, solange jedes einzelne Krankenhaus mit seinen MVZ die gesetzlichen Schwellenwerte nicht überschreitet.

Die Regelungen des TSVG, die seit Mai 2019 in Kraft sind, sehen vor, dass Krankenhäuser als Gründer bzw. Betreiber von zahnärztlichen i-MVZ bzw. MVZ in einem Planungsbereich der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung nur noch bis zu bestimmten Obergrenzen Anteile an der vertragszahnärztlichen Versorgung übernehmen dürfen. Diese Obergrenzen wurden in Abhängigkeit vom vertragszahnärztlichen Versorgungsgrad (gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses und Berechnung des Zulassungsausschusses) bestimmt.

Grundsätzlich darf ein Krankenhaus mit allen von ihm gegründeten MVZ in einem weder über- noch unterversorgten Planungsbereich insgesamt einen Versorgungsanteil von maximal 10 Prozent an der vertragszahnärztlichen Versorgung auf sich vereinen (§ 95 Abs. 1b SGB V). Der Versorgungsanteil wird dabei auf Grundlage der Anzahl der Zahnarztstellen, die zur Erreichung eines Versorgungsgrades von 100 Prozent notwendig sind, bemessen.

- ◆ Bei einem Versorgungsgrad von 50 Prozent bis unter 100 Prozent darf ein Krankenhaus jedoch mindestens fünf Zahnarztstellen erwerben.
- ◆ In unterversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad unter 50 Prozent) liegt der maximale Anteil bei 20 Prozent der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- ◆ In überversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad über 110 Prozent) liegt der maximale Anteil bei 5 Prozent.

¹⁷ Vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG); Drucksache 19/8351, S. 187.

Die folgenden Analysen gehen der Frage nach, welche Spielräume nach den durch das TSVG eingeführten Vorschriften jeweils für ein Krankenhaus als MVZ-Träger in Bezug auf die in den Planungsbereichen besetzbaren Zahnarztstellen bleiben. Diese Frage ist mit Blick auf die Entwicklungsperspektiven von i-MVZ relevant, insofern eine größere Zahl von Zahnarztstellen je Standort mit Blick auf die Rentabilität als vorteilhaft gilt.

3.2.3.1 Anzahl der maximal möglichen Zahnarztstellen

Gemäß den Regelungen des TSVG ist die Anzahl der Zahnarztstellen (vgl. Kapitel 2.1), die aus der Sicht eines gründungsbefugten Krankenhauses in einem Planungsbereich von diesem maximal besetzt werden kann, abhängig vom Versorgungsgrad und von der Anzahl der Zahnarztstellen, die für einen Versorgungsgrad von 100 Prozent notwendig sind.

Mit Stand 31.12.2018 (aktuellste verfügbare Daten) konnten unter Berücksichtigung der Regelungen des TSVG über alle 472 Planungsbereiche in Deutschland insgesamt maximal 4.412 Zahnarztstellen von einem gründungsbefugten Krankenhaus besetzt werden (Tabelle 5).

Tabelle 5: Verteilung der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Anzahl der maximal von einem Krankenhaus als Träger eines zahnärztlichen MVZ zu besetzenden Zahnarztstellen (2018)

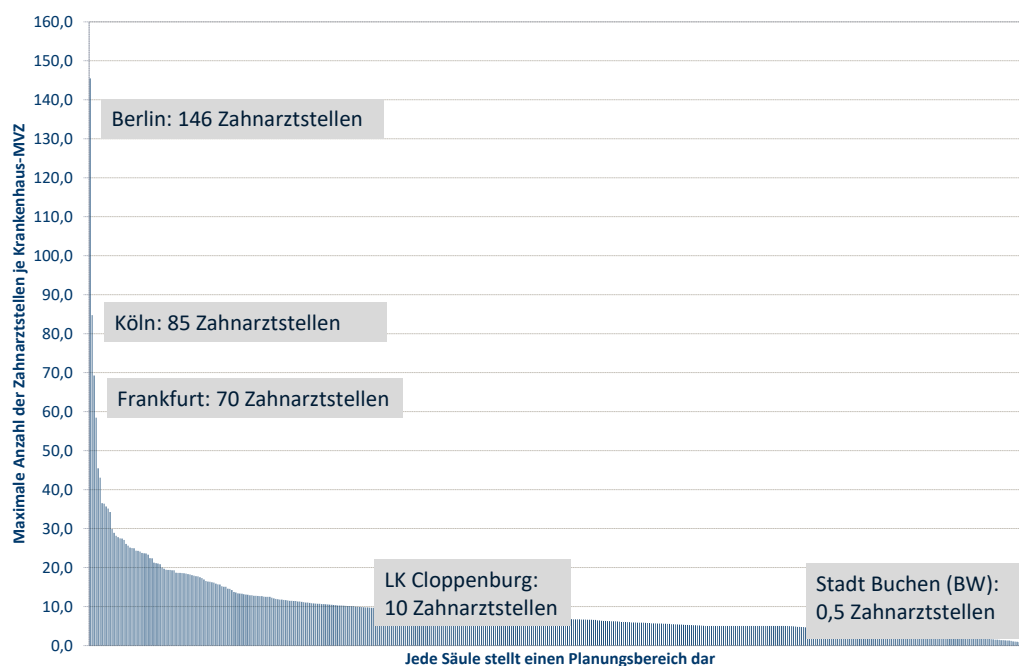
Versorgungsgrad	Anzahl (Anteil) der Planungsbereiche	Anzahl (Anteil) der möglichen Zahnarztstellen
Über 110%	169 (36 %)	1.040 (24 %)
100% bis 110%	114 (24 %)	1.460 (33 %)
50% bis 100%	189 (40 %)	1.913 (43 %)
Unter 50%	0 (0 %)	0 (0 %)
Gesamt	472 (100 %)	4.412 (100 %)

Quelle: IGES basierend auf Daten der KZBV zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung Stand 31.12.2018. Mit „möglichen Zahnarztstellen“ sind laut den Regeln des TSVG durch ein gründungsbefugtes Krankenhaus besetzbare Zahnarztstellen gemeint.

Davon entfielen 1.040 Zahnarztstellen (24 %) auf laut Bedarfsplanung übertersorgte Planungsgebiete (Versorgungsgrad über 110 %), 1.460 Stellen (33 %) auf Planungsgebiete mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent und die verbleibenden 1.913 Stellen (43 %) auf Planungsgebiete mit einem Versorgungsgrad zwischen 50 Prozent und 100 Prozent. Nach Bedarfsplanung unterversorgt (Versorgungsgrad unter 50 %) war am 31.12.2018 kein Planungsgebiet.

Die Anzahl der durch ein gründungsbefugtes Krankenhaus maximal zu besetzenden Zahnarztstellen variiert stark zwischen den Planungsgebieten. Mit Stand 31.12.2018 bewegte sich die Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen zwischen 0,5 Stellen in der Stadt Buchen in Baden-Württemberg und 146 Stellen in Berlin (Abbildung 21).

Abbildung 21: Anzahl der durch ein Krankenhaus-MVZ besetzbaren Zahnarztstellen nach Planungsgebieten (2018)



Quelle: IGES basierend auf Daten der KZBV zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung Stand 31.12.2018. Mit „besetzbaren Zahnarztstellen“ sind laut den Regeln des TSVG durch ein gründungsbefugtes Krankenhaus besetzbare Zahnarztstellen gemeint.

Gruppiert man die Planungsbereiche nach der Anzahl der für ein gründungsbefugtes Krankenhaus besetzbaren Zahnarztstellen, zeigt sich, dass diejenigen Planungsbereiche, in denen vergleichsweise viele Zahnarztstellen besetzbar sind, relativ bevölkerungsreich sind. Mit Stand 31.12.2018 waren in 28 Prozent der Planungsbereiche zehn oder mehr Zahnarztstellen je Planungsbereich besetzbar, während dort 52 Prozent der Einwohner lebten (Tabelle 6). Auf diese Planungsbereiche entfielen 2.575 (58 Prozent) der besetzbaren Zahnarztstellen.

Tabelle 6: Verteilung der Planungsbereiche und der Einwohner nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich (2018)

Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich	Anzahl der Planungsbereiche	Anteil der Planungsbereiche	Anteil der Einwohner	Anzahl (Anteil) der besetzbaren Zahnarztstellen
Weniger als 5	122	26%	13%	353 (8 %)
5 bis 10	217	46%	35%	1.484 (34 %)
10 oder mehr	133	28%	52%	2.575 (58 %)
Gesamt	472	100%	100%	4.412 (100 %)

Quelle: IGES basierend auf Daten der KZBV zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung Stand 31.12.2018. Mit „besetzbaren Zahnarztstellen“ sind laut den Regeln des TSVG durch ein gründungsbefugtes Krankenhaus besetzbare Zahnarztstellen gemeint.

3.2.3.2 Verteilung auf städtische und ländliche Planungsbereiche

Von den insgesamt 4.412 besetzbaren Zahnarztstellen befand sich am 31.12.2018 zusammen genommen etwas mehr als die Hälfte in kreisfreien Großstädten (17 Prozent) und städtischen Kreisen (38 Prozent). Dort lebten rund zwei Drittel der Einwohner (30 Prozent bzw. 38 Prozent) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Verteilung der Planungsbereiche nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich und Kreistyp (2018)

Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich	Kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1)	Städtische Kreise (Kreistyp 2)	ländliche Kreise mit Verdichtungsansatz (Kreistyp 3)	dünn besiedelte ländliche Kreise (Kreistyp 4)
Weniger als 5	6%	30%	25%	39%
5 bis 10	10%	41%	26%	23%
10 oder mehr	38%	41%	14%	7%
Zahnarztstellen gesamt (N=4.412)	17%	38%	23%	22%
Einwohner	30%	38%	17%	15%

Quelle: IGES basierend auf Daten der KZBV zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung
Anmerkung: Stand 31.12.2018

Die Planungsbereiche, in denen vergleichsweise viele (zehn oder mehr) Zahnarztstellen besetzbar sind, sind relativ städtisch geprägt, während ländliche Regionen öfter weniger besetzbare Zahnarztstellen aufweisen. Per 31.12.2018 waren 79 Prozent der Planungsbereiche, in denen zehn oder mehr Zahnarztstellen besetzbar waren, städtisch geprägt, also entweder kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1) oder städtische Kreise (Kreistyp 2). Hingegen waren 64 Prozent der Kreise, in denen weniger als fünf Zahnarztstellen besetzbar waren, ländlich geprägt, also ländliche Kreise mit Verdichtungsansatz (Kreistyp 3) oder dünn besiedelte ländliche Kreise (Kreistyp 4).

3.2.3.3 Auswirkungen der „mindestens fünf“-Regel

In Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 50 bis unter 100 Prozent darf ein gründungsbefugtes Krankenhaus maximal 10 Prozent des Versorgungsanteils auf sich vereinen. Wenn die daraus resultierende Anzahl der Zahnarztstellen unter fünf liegt, gilt die Regel, dass auf fünf Zahnarztstellen aufgestockt wird („mindestens fünf“-Regel). D. h., ein Krankenhaus darf in den betroffenen Planungsbereichen fünf Zahnarztstellen auf sich vereinen.

Die „mindestens fünf“-Regel griff mit Stand 31.12.2018 in 41 Planungsbereichen, in denen 9 Prozent der Bevölkerung (2,3 Millionen Einwohner) lebten (Tabelle 8).

Tabelle 8: Verteilung der Planungsbereiche, in denen die „mindestens fünf“-Regel greift, nach Kreistyp

Kreistyp	Anzahl Planungsbereiche	Einwohner	Zahnarzt- stellen 1	Zahnarzt- stellen 2
Städtisch (Kreistyp 1 und 2)	22	1.218.930	110	73
Ländlich mit Verdichtungsansätzen	12	656.713	60	39
Dünn besiedelt, ländlich	7	468.296	35	28
Gesamt	41	2.343.939	205	139

Quelle: IGES auf Basis von Bedarfsplanungsdaten der KZBV und INKAR-Datenbank
 Anmerkungen: Zahnarztstellen 1 = Laut TSVG mögliche Anzahl Zahnarztstellen je gründungsbefugtes Krankenhaus. Zahnarztstellen 2 = Mögliche Anzahl Zahnarztstellen je gründungsbefugtes Krankenhaus, wenn es die „mindestens fünf“-Regel nicht gäbe. Bedarfsplanungsdaten vom 31.12.2018. Kreistyp vom 31.12.2017.

In jedem dieser Planungsbereiche darf ein gründungsbefugtes Krankenhaus fünf Zahnarztstellen auf sich vereinen. Dies entspricht 205 Zahnarztstellen in Summe über die 41 Planungsbereiche (5 Zahnarztstellen je Planungsbereich * 41 Planungsbereiche). Ohne die „mindestens fünf“-Regel dürfte ein Krankenhaus 139 Zahnarztstellen in den betroffenen Planungsbereichen auf sich vereinen. Die „mindestens fünf“-Regel führt also zu einer „Aufstockung“ um 66 Zahnarztstellen je gründungsbefugtes Krankenhaus.

3.2.4 Zwischenfazit

Resümierend ist festzustellen, dass sich das Angebot der zahnärztlichen Versorgungskapazitäten der i-MVZ weitgehend auf Großstädte konzentriert. In acht, überwiegend großstädtischen, Planungsbereichen (2 Prozent aller Planungsbereiche) sind 30 Prozent aller i-MVZ-Standorte angesiedelt. Die Versorgungskapazitäten (Zahnarztstellen) der i-MVZ in den 88 Planungsbereichen, in denen überhaupt i-MVZ vertreten sind, repräsentieren meist nur einen Anteil von weniger als 5 Prozent der regionalen Gesamtkapazitäten. Dies überrascht insofern nicht, als sich i-MVZ bevorzugt in großstädtischen Regionen bzw. Planungsbereichen finden, in denen viele Zahnärzte tätig sind. Die sechs Planungsbereiche, in denen die Zahnarztstellen der i-MVZ einen Anteil von über 10 Prozent an den Gesamtkapazitäten erreichen, zählen dagegen eher zu den kleineren Planungsbereichen.

Der Beitrag der i-MVZ zu einer flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung fällt im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG deutlich geringer aus. Während Einzelpraxen und BAG regional in etwa proportional zur Bevölkerung verteilt sind, befinden sich die Versorgungskapazitäten (Zahnarztstellen) der i-MVZ überwiegend in großstädtischen Regionen mit einer überdurchschnittlich jungen, seltener von Pflegebedürftigkeit betroffenen und einkommensstärkeren Bevölkerung. Diese Regionen weisen gleichzeitig eine hohe zahnärztliche Versorgungsdichte auf, sind also gegenwärtig, zumindest rechnerisch, gut versorgt. Diese Befunde treffen in etwas geringerem Maße, aber grundsätzlich ähnlicher Qualität auch auf die nicht-investorenbetriebenen MVZ zu.

In ländlichen Regionen hingegen sind i-MVZ und auch MVZ deutlich seltener angesiedelt bzw. mit nur sehr geringen Versorgungskapazitäten vertreten. Die zahnärztliche Versorgungsdichte ist in diesen Regionen bereits gegenwärtig im Durchschnitt geringer als in städtischen Regionen. Zudem dürfte sich die Nachbesetzung von Zahnarztpraxen, deren Inhaber altersbedingt ausscheiden, in manchen ländlichen Regionen zukünftig vergleichsweise schwieriger gestalten. In diesen eher strukturschwachen und möglicherweise (zukünftig) von Unterversorgung bedrohten Regionen leisten i-MVZ gegenwärtig keinen nennenswerten Beitrag zur Sicherung der Versorgung.

Die Regelungen des TSVG für durch Krankenhäuser gegründete (i-)MVZ haben zum Ziel, Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten, indem der Anteil der von einzelnen Krankenhäusern als Träger zahnärztlicher (i-)MVZ besetzbaren Zahnarztstellen beschränkt wird. Eine Begrenzung des Marktanteils aller durch Krankenhäuser gegründeten (i-)MVZ insgesamt in einer Region hingegen ist nicht vorgesehen. Somit enthält die gesetzliche Regelung des TSVG für die Praxisform MVZ und i-MVZ, die von zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden, in ihrer Gesamtheit keine Marktanteilsbeschränkung.

Ggf. wäre zu erwarten, dass das TSVG durch die Beschränkungen der Marktanteile einen dämpfenden Effekt auf die Aktivität von Investoren in der zahnärztlichen Versorgung hat. Dem kann jedoch entgegengesetzt werden, dass weiterhin die

Möglichkeit besteht große Zahnarztketten aufzubauen: Ausgehend von einem gründungsberechtigten Krankenhaus können bis zu ca. 4.400 Zahnarztstellen in (i-)MVZ besetzt werden, wenn die laut TSVG möglichen Marktanteile in jedem Planungsbereich ausgeschöpft werden. In 134, überwiegend städtisch geprägten Planungsbereichen besteht die Möglichkeit, jeweils 10 oder mehr Zahnarztstellen anzusiedeln (im Maximum 146 Stellen in Berlin) und darüber insgesamt bis zu 2.585 Zahnarztstellen zu besetzen. Auch wenn Investoren ihre bisherige Ausrichtung weiterverfolgen und sich überwiegend in Städten ansiedeln, steht ihnen also weiterhin die Möglichkeit offen eine große Zahnarztkette aufzubauen.

3.3 Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen

MVZ und i-MVZ unterscheiden sich zum einen hinsichtlich der vertragszahnarztrechtlichen Zulassungsregelungen von Einzelpraxen und BAG. Während bei Einzelpraxen und BAG die Vertragszahnärzte selbst die Träger der Zulassung sind und diese damit personengebunden ist, erfolgt im Fall von (i-)MVZ eine Entkopplung von Zulassung und der Person des Zahnarztes. Bei (i-)MVZ handelt es sich um eine institutionelle Zulassung, die die Trägergesellschaft des (i-)MVZ als juristische Person erwirbt. Damit wird die (i-)MVZ-Gesellschaft Vertragspartner der Patienten, erhält eine Abrechnungsgenehmigung gegenüber der KZV und ist auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung verpflichtet.

Einzelpraxen bestehen aus einem Inhaber und BAG aus mindestens zwei Inhabern. Demgegenüber müssen (i-)MVZ mindestens einen Gesellschafter aufweisen und mindestens zwei Zahnärzte, die in diesem als Behandler tätig sind, wobei einer von diesen der Vertragszahnarzt als Gesellschafter sein kann. Auch Krankenhäuser können als Gesellschafter auftreten (vgl. Abschnitt 3.1.3). Ein (i-)MVZ kann also bereits von einem Vertragszahnarzt mit einem Sitz oder von zwei Vertragszahnärzten mit jeweils einem halben Sitz gegründet werden. Diese können entweder selbst dort tätig sein oder Zahnärzte anstellen. Es muss lediglich die Bedingung erfüllt sein, dass die Vertragszahnärzte als (i-)MVZ-Gesellschafter in einer Zahnarztpraxis in einem bestimmten, nach KZV-Region unterschiedlichen Umfang tätig sind. Vertragszahnärzte können auch einen Sitz in ein (i-)MVZ einbringen und sich in diesem anstellen lassen.

Mit den unterschiedlichen Rechtsformen einer Einzelpraxis (natürliche Person), einer BAG (GbR, Partnergesellschaft) und eines (i-)MVZ (Darstellung hier beschränkt auf GmbH) gehen weitere Unterschiede in Bezug auf Regelungen zur Haftung gegenüber Dritten, Publikationspflichten, Vergütungsstrukturen sowie Möglichkeiten zur Ansetzung von Betriebskosten (Altersvorsorge, Steuerberatungskosten) einher (Tabelle 9), die keine größere wettbewerbsökonomische Relevanz haben dürften.

Tabelle 9: Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen

Merkmal	EP	BAG	MVZ (als GmbH)*
Anzahl Inhaber/Gesellschafter	1 Inhaber	mind. 2 Inhaber	mind. 1 Gesellschafter
Mindestanzahl angestellter Zahnarzt	0	0	2 Behandler
Maximale Anzahl angestellter Zahnarzt	3+1	3+1 je Partner	Unbegrenzt
Anzahl Filialen	grds. unbegrenzt**	grds. unbegrenzt**	Unbegrenzt
Haftung gegenüber Dritten (Patienten, Bank, KZV bzgl. Abrechnung, Vermieter)	Privatvermögen	Privatvermögen	GmbH Vermögen***
Pflicht zur Offenlegung des Gewinns	nein	nein	ja
Pflicht zur Bilanzierung	nein	nein	ja
Altersvorsorge für Inhaber/Gesellschafter Beitrag an Versorgungswerk/-anstalt	nicht als Betriebsausgaben ansetzbar orientiert sich am Praxisgewinn	nicht als Betriebsausgaben ansetzbar orientiert sich am anteiligen Praxisgewinn	als Betriebsausgaben ansetzbar orientiert sich am Bruttogehalt
Vergütung	Gewinn	Gewinn anteilig	Bruttolohn bzw. Gewinnausschüttung
Steuerberatungskosten	durchschnittlich hoch	durchschnittlich hoch	in der Regel höher
Rechtsform (Zivilrecht)	Natürliche Person	GbR, Partnergesellschaft	GmbH*
Rechtsform (Steuerrecht)	Einzelunternehmen	Personengesellschaft	Kapitalgesellschaft

Quelle:

§ 95 SGB V, BMV-Z, Berufsordnungen, <https://www.praxisgruendungen.de/mvz-gmbh-fuer-zahnaerzte/>

Anmerkungen:

* MVZ können auch die zivilrechtliche Form der GbR, Partnergesellschaft oder Genossenschaft annehmen. Diese sind hier nicht berücksichtigt.

** Vertragszahnärzte und BAG dürfen grds. Zweigpraxen betreiben, sofern die Tätigkeit in den Zweigpraxen dem Umfang nach insgesamt ein Drittel der Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

*** Jedoch ist es offenbar üblich, dass KZVen und Banken von Zahnärzten als Gesellschafter eine Bürgschaft und somit eine Haftung mit dem privaten Vermögen der Zahnärzte verlangen. Die persönliche deliktische Haftung mit dem Privatvermögen bei Behandlungsfehlern (Körperverschädigung) bleibt bestehen.

Ein wettbewerbsökonomisch wesentliches Merkmal, bei dem sich die Vorgaben bezüglich zahnärztlicher MVZ bzw. i-MVZ von den Vorgaben für zahnärztliche Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) unterscheiden, ist die maximal zulässige Anzahl der angestellten Zahnärzte je Praxisstandort (bzw. je Partner bei BAG).

Die damit verbundenen Vorgaben stehen im Zusammenhang mit dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung und der Freiberuflichkeit. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist unter anderem in § 9 BMV-Z geregelt. Demnach muss der Vertragszahnarzt nicht jede Leistung höchstpersönlich, jedoch persönlich ausüben. Die persönliche Ausübung umfasst dabei grundsätzlich auch Leistungen durch angestellte Zahnärzte und genehmigte Assistenten (§ 9 Abs. 1 BMV-Z). Für diese trägt der Vertragsarzt die Verantwortung (§ 9 Abs. 2 BMV-Z). Er ist stets zur persönlichen Praxisführung verpflichtet und muss die angestellten Zahnärzte sowie Assistenten anleiten und überwachen (§ 9 Abs. 3 BMV-Z). Die Freiberuflichkeit der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung verlangt eine selbstständige, nicht-gewerbliche und eigenverantwortliche Tätigkeit.

Damit diese Bedingungen gewährleistet sind, haben die Vertragspartner des BMV-Z die Anzahl der Anstellungsverhältnisse, die ein Vertragszahnarzt vornehmen darf, beschränkt. Laut der Regelung, die zum 05.02.2019 in Kraft trat, dürfen Einzelpraxen grundsätzlich bis zu drei, mit besonderer Begründung vier vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen, für BAG gilt dies je Inhaber (§ 9 Abs. 3 BMV-Z). Zuvor durften Einzelpraxen bzw. BAG nur bis zu zwei in Vollzeit tätige Zahnärzte je Vertragszahnarzt anstellen.

Für zahnärztliche MVZ bzw. i-MVZ hingegen gilt diese Regelung nicht. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung gilt zwar auch für die in MVZ bzw. i-MVZ tätigen Vertragszahnärzte, allerdings nicht für das MVZ bzw. i-MVZ als Träger der Zulassung (die Gesellschaft). MVZ und i-MVZ dürfen in unbegrenzter Anzahl Zahnärzte anstellen. Diese Regelung begünstigt MVZ bzw. i-MVZ, insoweit ihnen damit unbeschränkt die Möglichkeit gegeben wird, über ökonomische Größeneffekte (Skaleneffekte) ihre durchschnittlichen betrieblichen Kosten zu reduzieren und ihre Gewinne zu maximieren.¹⁸ Einzelpraxen und BAG können diese Art von Größenvorteil und damit verbundene Kostensenkungspotenziale aufgrund der o. g. Beschränkung nur sehr begrenzt nutzen.

Aus den wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen ergibt sich somit zumindest mit der Beschränkung der Anzahl der zulässigen Anstellungsverhältnisse eine potenzielle Benachteiligung von Einzelpraxen und BAG gegenüber MVZ bzw. i-MVZ. Diese Benachteiligung lässt sich allerdings nicht

¹⁸ Skaleneffekte zeigen sich typischerweise im Zusammenhang mit einem relativ hohen Fixkostenanteil (z. B: Praxisausstattung) an den betrieblichen Kosten. Durch eine Erhöhung der Anzahl der durchgeführten Behandlungen können die Fixkosten dann auf eine größere Behandlungszahl umgelegt werden, sodass die Gesamtkosten im Durchschnitt je Behandlung abnehmen. Vgl. auch Kapitel 1.1.

ohne Weiteres quantifizieren, also in Form eines entgangenen Gewinns bemessen. Zudem ist zu bezweifeln, dass es sinnvoll wäre, die Regelungen zur Beschränkung der Anstellungsverhältnisse ohne Weiteres abzuschaffen, denn dies wäre vor dem Hintergrund des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung und der Freiberuflichkeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit nicht zielführend. Eher empfiehlt es sich zu prüfen, ob ähnliche Regelungen für MVZ und i-MVZ umgesetzt werden könnten.

Eine weitere potenziell wettbewerbsökonomisch relevante Regelung, von der die Praxisformen unterschiedlich betroffen sind, ist die Beschränkung des Anteils an der vertragszahnärztlichen Versorgung, den zahnärztliche i-MVZ und MVZ, die von Krankenhäusern gegründet bzw. betrieben werden, in einem Planungsbereich der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Mai 2019 übernehmen dürfen (vgl. Abschnitt 3.2.3). Diese Regelung betrifft durch Krankenhäuser gegründete i-MVZ und MVZ unmittelbar, Einzelpraxen und BAG hingegen nicht. Krankenhäuser bzw. deren Eigentümer werden durch die Regelung in gewisser Weise in den Möglichkeiten eingeschränkt, durch Gründung von (i-)MVZ Anteile an der vertragszahnärztlichen Versorgung in einer bestimmten Region zu übernehmen. Diese Regelung ist vom Gesetzgeber explizit beschlossen worden, um einer ansonsten zu befürchtenden Anbieterdominanz durch (i-)MVZ in Trägerschaft weniger Krankenhäuser entgegenzuwirken, d. h. um die Anbietervielfalt und damit den Wettbewerb zu erhalten¹⁹.

¹⁹ Vgl. die Begründung des 14. Ausschusses zum TSVG zu § 95 Abs. 1b SGB V (Bt-Drs. 19/8351)

3.4 Unterschiede im Leistungsgeschehen zwischen den Praxisformen

Im Folgenden wird das Leistungsgeschehen in i-MVZ, nicht-investorenbetriebenen MVZ, Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) verglichen, um ggf. existierende systematische Unterschiede im Abrechnungsverhalten zu identifizieren. Im Sinne der eingangs angesprochenen Vermutung einer besonders ausgeprägten Renditeorientierung der i-MVZ, wäre es plausibel auch entsprechende Effekte auf das Leistungsgeschehen – im Sinne von Leistungsausweitungen oder Strukturveränderungen in Richtung besonders lukrativer Leistungen – zu erwarten.

Den Analysen liegt ein Untersuchungsdesign zugrunde, das für regionale Einflussfaktoren auf das Abrechnungsgeschehen möglichst gut kontrolliert. Da i-MVZ überwiegend in großstädtischen Regionen mit hoher Zahnarztdichte angesiedelt sind (vgl. Kapitel 3.2.2.1), wäre ein Vergleich ihres Abrechnungsverhaltens mit allen Einzelpraxen und BAG, die etwa bevölkerungsproportional über alle Arten von Regionen verteilt sind, insofern schwer interpretierbar, als dass eventuell auftretende Unterschiede durch regionale Einflussfaktoren verursacht sein könnten. Daher wurden für die Abrechnungsanalysen 18 Planungsbereiche so ausgewählt, dass sie in Bezug auf Einwohnerzahl, Kreistyp, Zahnarztdichte und zahnmedizinischen Versorgungsgrad zu drei ähnlichen Gruppen zusammengefasst werden können. Die drei Gruppen unterscheiden sich jedoch darin, ob in ihnen i-MVZ bzw. MVZ tätig sind:

- ◆ Untersuchungsgruppe 1 (UG1): eine Gruppe von sechs Planungsbereichen, in denen es in den Jahren 2016 bis 2019 mindestens ein i-MVZ gibt.
- ◆ Kontrollgruppe 1 (KG1): eine Gruppe von sechs Planungsbereichen, in denen es in den Jahren 2016 bis 2019 keine i-MVZ, aber mindestens ein MVZ gibt. Ansonsten sind diese Planungsbereiche als Gruppe in Bezug auf Anzahl Einwohner, Kreistyp, Zahnarztdichte und Versorgungsgrad mit UG1 vergleichbar.
- ◆ Kontrollgruppe 2 (KG2): eine Gruppe von sechs Planungsbereichen, in denen es in den Jahren 2016 bis 2019 keine i-MVZ und keine MVZ gibt. Ansonsten sind diese Planungsbereiche als Gruppe wieder mit UG1 und KG1 vergleichbar.

Für die Praxisstandorte in den ausgewählten 18 Planungsbereichen stellten die KZVen Abrechnungsdaten zur Verfügung und die KZBV übermittelte die zu den drei Gruppen aggregierten Daten an IGES (vgl. Kapitel 2.4).

Durch den Vergleich der Praxisformen innerhalb der UG1 können ggf. auftretende systematische Unterschiede im Abrechnungsverhalten von i-MVZ im Vergleich zu den anderen Praxisformen identifiziert werden und zwar für Praxisstandorte, die sich in denselben Planungsbereichen befinden. Wenn solche Unterschiede

festgestellt werden, würde dies für eine Auffälligkeit sprechen, die nicht durch regionale Einflussfaktoren erklärt werden kann.

Durch den Vergleich zwischen UG1, KG1 und KG2 können ggf. auftretende systematische Unterschiede im Abrechnungsverhalten von Einzelpraxen und BAG in Planungsbereichen mit bzw. ohne i-MVZ (bzw. MVZ) identifiziert werden. Solche Unterschiede könnten einerseits darauf hinweisen, dass sich i-MVZ in Planungsbereichen ansiedeln, die sich in Merkmalen unterscheiden, die einen Einfluss auf das Abrechnungsgeschehen haben und für die mit dem verwendeten Untersuchungsdesign nicht kontrolliert wird. Andererseits könnten solche Unterschiede darauf hinweisen, dass der Markteintritt von i-MVZ (bzw. MVZ) selbst einen Einfluss auf das Abrechnungsgeschehen in Einzelpraxen und BAG hat. Dies wäre z. B. der Fall, wenn es zu Verschiebungen von Patienten zwischen den Praxisformen kommt. Aufgrund des geringen Marktanteils von i-MVZ und MVZ dürften solche Verschiebungen in dem analysierten Zeitraum allerdings noch kaum ausgeprägt sein.

Zusammenfassend wäre in der Logik des Untersuchungsdesigns also ein systematisch auffälliges Abrechnungsverhalten zu konstatieren, wenn sich einerseits das Abrechnungsverhalten von i-MVZ systematisch von dem der Einzelpraxen und BAG in der UG1 unterscheidet, während sich andererseits das Abrechnungsverhalten der Einzelpraxen und BAG in UG1, KG1 und KG2 gleich entwickelt.

Zusätzlich zu UG1, KG1 und KG2 wurde eine weitere Untersuchungsgruppe (UG2) gebildet. Sie enthält zwei Planungsbereiche in Großstädten, in denen sich relativ viele i-MVZ-Standorte unterschiedlicher Ketten befinden. Da es keine vergleichbaren Großstädte ohne i-MVZ gibt, konnte für UG2 keine Kontrollgruppe gebildet werden. Dennoch können die Vergleiche zwischen den Praxisformen in UG2 ggf. auftretende systematische Unterschiede zwischen i-MVZ und den anderen Praxisformen (gemäß dem oben genannten Intra-Gruppen Vergleich) aufzeigen.

Tabelle 10 fasst die regionalen Merkmale der vier Gruppen zusammen; eine weitere Charakterisierung anhand der Anzahl Praxisstandorte, Zahnarztstellen und behandelten Versicherten erfolgt in Kapitel 3.4.1. UG1, KG1 und KG2 bestehen aus jeweils sechs Planungsbereichen, die dem Kreistyp 1, also kreisfreien Großstädten, angehören. Die durchschnittliche Zahnarztichte je 100.000 Einwohner ist in den drei Gruppen mit ca. 70 bis 76 Zahnarztstellen in etwa vergleichbar, der durchschnittliche Versorgungsgrad beträgt 97 bis 109 Prozent. Die UG1 ist mit 2,1 Mio. Einwohnern größer als die beiden Kontrollgruppen mit 1,4 Mio. (KG1) und 1,0 Mio. Einwohnern (KG2). Die UG2 besteht aus zwei großstädtischen Planungsbereichen mit insgesamt 2,5 Mio. Einwohnern und hat mit durchschnittlich 90 Zahnarztstellen je 100.000 Einwohner einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von 114 Prozent.

Tabelle 10: Regionale Merkmale der Gruppen UG1, KG1, KG2 und UG2

	UG1	KG1	KG2	UG2
Anzahl Planungsbereiche	6	6	6	2
Anzahl Einwohner	2.130.396	1.436.554	1.022.446	2.519.573
Kreistyp*	1	1	1	1
Durchschnittliche Zahnarztdichte je 100.000 Einwohner	76,9	69,4	70,1	90,0
Durchschnittlicher Versorgungsgrad	109%	107%	97%	114%

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik, der MVZ-Sondererhebung, der Bedarfsplanung sowie des INKAR Online-Atlas

Anmerkungen: Kreistypen: 1 = kreisfreie Großstädte

3.4.1 Charakterisierung der Vergleichsgruppen

Nachfolgend werden die Gruppen UG1, KG1 und KG2 sowie UG2 in Bezug auf die Anzahl Praxisstandorte, Zahnarztstellen und behandelte Versicherte sowie die Alters- und Geschlechtsverteilung der behandelten Versicherten charakterisiert.

3.4.1.1 Gruppen UG1, KG1 und KG2

Das Trio der UG1, KG1 und KG2 wurde so gewählt, dass das Abrechnungsverhalten in Regionen mit i-MVZ und MVZ (UG1), ohne i-MVZ, aber mit MVZ (KG1) sowie ohne i-MVZ und ohne MVZ (KG2) verglichen werden kann. Wie einleitend dargestellt, sind die Gruppen in Bezug auf Einwohnerzahl, Kreistyp, Arztdichte und Versorgungsgrad vergleichbar.

Anzahl Praxisstandorte

In der UG1 befinden sich im Jahr 2019 insgesamt 1.195 Praxisstandorte. In KG1 sind es im selben Jahr 704 und in der KG2 insgesamt 555 Praxisstandorte (Tabelle 11). Die meisten Praxisstandorte entfallen in allen drei Gruppen auf Einzelpraxen und BAG. Die Anzahl von i-MVZ und MVZ ist über die Jahre stetig gestiegen. Während sich im Jahr 2015 ein i-MVZ und ein MVZ in der UG1 befand, sind es im Jahr 2019 19 i-MVZ und 17 MVZ. Dennoch ist der Anteil der Praxisstandorte, die auf i-MVZ und MVZ entfallen, an allen Praxisstandorten in der UG1 mit 1,6 Prozent (i-MVZ) und 1,4 Prozent (MVZ) im Jahr 2019 noch immer gering.

In KG1 und KG2 sind wie zum Vergleichszweck beabsichtigt keine i-MVZ Praxisstandorte angesiedelt. In der KG1 befinden sich im Jahr 2019 22 MVZ, was einem Anteil von 3,1 Prozent an allen Praxisstandorten der Gruppe entspricht. Die KG2 wurde gezielt so ausgewählt, dass möglichst keine MVZ in den selektierten

Planungsbereichen enthalten sein sollten, um den Vergleich zwischen der UG1 und einer Gruppe zu ermöglichen, in der die zahnärztliche Versorgung ausschließlich von Einzelpraxen und BAG erbracht wird. Ein kompletter Ausschluss von Planungsbereichen mit MVZ war jedoch insofern nicht möglich, als dass für ein bestmögliches Matching mit der UG1 hinsichtlich der Merkmale Einwohnerzahl, Kreistyp, Zahnarztdichte und Versorgungsgrad kein ausreichender Pool von infrage kommenden Planungsgebiete gänzlich ohne MVZ zur Verfügung stand. Bei der Auswahl von Planungsbereichen für die KG2 war daher eine Abwägung zwischen einer bestmöglichen Passung der Vergleichsgruppe zur UG1 und einer möglichst geringen Anzahl zu inkludierender MVZ erforderlich. Infolge dieser Abwägungen enthält die KG2 im Jahr 2018 zwei und im Jahr 2019 drei MVZ. Ihre Anzahl ist demnach gering und eine Auswirkung auf das Leistungsgeschehen in der Gruppe als Ganzes oder in Einzelpraxen und BAG sind nicht zu erwarten. Die MVZ in der KG2 werden an dieser Stelle in der Charakterisierung der Gruppen mit der Anzahl von Praxisstandorten, Zahnarztstellen und behandelten Versicherten erwähnt, jedoch von weiteren Betrachtungen des Leistungsgeschehens ausgeschlossen.

Während in der UG1 die Zahl der i-MVZ und MVZ beständig ansteigt, lässt sich gleichzeitig ein Rückgang der Anzahlen von Einzelpraxen und BAG beobachten. So sinkt die Zahl von Einzelpraxen im Verlauf des Untersuchungszeitraums um 6,8 Prozent von 992 auf 925, die der BAG um 10 Prozent von 260 auf 234. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch in der KG1, in der es von 2015 auf 2019 5,0 Prozent weniger Einzelpraxen und 12,5 Prozent weniger BAG gibt. In der KG2 vollzieht sich ebenfalls ein Rückgang der Zahl der Einzelpraxen und BAG, dieser ist jedoch mit 3,0 Prozent (EP) und 3,7 Prozent (BAG) weniger stark ausgeprägt.

Tabelle 11: Anzahl Praxisstandorte nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019

Gruppen/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG 1	1.255	1.248	1.244	1.224	1.195	- 60
EP	992	978	968	940	925	- 67
BAG	260	261	260	260	234	- 26
MVZ	1	3	7	12	17	+ 16
i-MVZ	2	6	9	12	19	+ 17
KG1	729	722	713	702	704	- 25
EP	585	585	575	563	556	- 29
BAG	144	130	127	122	126	- 18
MVZ		7	11	17	22	+ 22
KG2	570	565	563	564	555	- 15
EP	461	457	460	459	447	- 14
BAG	109	108	103	103	105	- 4
MVZ				2	3	+ 3
Gesamt	2.554	2.535	2.520	2.490	2.454	- 100

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass die Aufnahme bzw. das Ende der Tätigkeit an einem Praxisstandort nicht unbedingt zum Jahresbeginn oder Jahresende stattfinden. Vielmehr kann ein Praxisstandort jederzeit seinen Betrieb aufnehmen oder beenden. Diese Tatsache ist insbesondere in i-MVZ und MVZ relevant, da hier aufgrund der starken Zunahme der Anzahl Praxisstandorte ein relativ großer Anteil der Praxisstandorte nicht das ganze Jahr lang tätig ist. Tabelle 12 zeigt eine Schätzung des Anteils der Praxisstandorte, die in dem jeweiligen Jahr nicht ganzjährig existierten. Für die Schätzung wurde die Anzahl Praxisstandorte zu Beginn des jeweiligen Jahres von der Anzahl Praxisstandorte am Ende des jeweiligen Jahres subtrahiert und durch die Anzahl Praxisstandorte am Ende des jeweiligen Jahres dividiert. Hierbei handelt es sich um eine Schätzung, da nicht berücksichtigt wird, dass in dem jeweiligen Jahr auch Praxisstandorte schließen können während andere öffnen. Dadurch entstünde mehr „Unterjährigkeit“ als in der gezeigten Schätzung reflektiert. Da das Schließen von i-MVZ und MVZ Praxisstandorten derzeit relativ selten ist, dürfte die Unterschätzung gering sein.

Tabelle 12: Schätzung des Anteils der MVZ- und i-MVZ-Praxisstandorte, die nicht ganzjährig existierten, UG1, KG1 und KG2

Gruppe/ Praxisform	2016	2017	2018	2019
UG1 i-MVZ	50 %	20 %	21 %	39 %
UG1 MVZ	0 %	63 %	44 %	11 %
KG1 MVZ	44 %	29 %	0 %	29 %

Quelle: IGES basierend auf Daten der MVZ-Sondererhebung der KZBV

Anmerkung: Für das Jahr 2015 liegen die benötigten Daten vor.

Die Anteile der nur Teile eines Jahres geöffneten i-MVZ in UG1 liegen in den Jahren 2016 bis 2019 zwischen 20 und 50 Prozent, für MVZ in KG1 zwischen null und 63 Prozent und für MVZ in KG2 zwischen null und 44 Prozent. Aufgrund dieser „Unterjährigkeit“ ist zu erwarten, dass i-MVZ und MVZ bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahrs weniger Fälle je Versicherten abrechnen: wenn ein Praxisstandort z. B. im Juli öffnet, kann jeder behandelte Versicherte in diesem Jahr maximal zwei Fälle generieren. Hätte der Praxisstandort im Januar geöffnet, hätte jeder Versicherte bis zu vier Fälle generieren können. Diese Erwartung wird durch die Abrechnungsanalysen bestätigt.²⁰ Die folgenden Analysen beziehen sich daher auf Abrechnungsfälle und nicht auf Versicherte, da versichertenbezogene Analysen wegen des beschriebenen Phänomens der unterjährigen Eröffnung von Standorten verzerrt wären.

Mit Praxisstandorten, die ihre Tätigkeit aufnehmen, könnte weiterhin verbunden sein, dass sie zunächst einen Patientenstamm aufbauen müssen und dadurch weitere Artefakte in den Abrechnungsdaten entstehen. Im Fall von i-MVZ und MVZ ist jedoch davon auszugehen, dass dies selten der Fall ist. I. d. R. handelt es sich nicht um Neugründungen von Praxisstandorten. Vielmehr ändern bestehende Praxisstandorte ihre Praxisform von Einzelpraxis oder BAG zu i-MVZ oder MVZ. Auch ein Wechsel der Praxisform von MVZ zu i-MVZ kann auftreten. Insofern ist zu erwarten, dass der Patientenstamm – zumindest zunächst – erhalten bleibt. Dennoch können ggf. im Zuge des Wechsels der Praxisform auftretende Verzerrungen in den Abrechnungen nicht ausgeschlossen werden. Ein Beispiel betrifft die Abrechnung für Patienten, bei denen eine Zahnersatzbehandlung vor dem Praxiswechsel begonnen und nach dem Praxiswechsel beendet wurde. I. d. R. werden die Abrechnungen für solche Patienten der alten Praxisform zugerechnet.

²⁰ Es sei darauf hingewiesen, dass die Artefakte, die durch einen unterjährigen Praxiswechsel entstehen, für Ketten auch dann auftreten können, wenn Praxisstandorte außerhalb der ausgewählten Planungsbereiche die Praxisform wechseln. Ursache hierfür ist, dass Ketten über eine Abrechnungsziffer abrechnen (vgl. Kapitel 2.4) und somit in den analysierten Daten jeweils das durchschnittliche Abrechnungsverhalten einer Kette in einer KZV abgebildet ist.

Anzahl Zahnarztstellen

Die Anzahl aller Zahnarztstellen (vgl. Kapitel 2.1) in den drei vorliegenden Gruppen beträgt im Jahr 2019 4.028, wobei sich 1.988 in der UG1, 1.153 in der KG1 und 887 in der KG2 befinden (Tabelle 13). Wie erwartet, sind die meisten Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG angesiedelt. In der UG1 entfallen im Jahr 2019 3,1 Prozent aller Zahnarztstellen auf MVZ und 2,9 Prozent auf i-MVZ. Der Anteil der i-MVZ und MVZ an Zahnarztstellen ist somit höher als der Anteil an Praxisstandorten, was darauf zurückzuführen ist, dass i-MVZ und MVZ in der Regel größer sind, also mehr Zahnarztstellen je Praxisstandort umfassen, als Einzelpraxen und BAG (siehe Abbildung 6). In der KG1 ist der Anteil von Zahnarztstellen in MVZ an allen Zahnarztstellen mit 4,7 Prozent etwas höher als in der UG1, in der KG2 ist dieser mit 1,7 Prozent erwartungsgemäß geringer.

Tabelle 13: Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019

Gruppen/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG1	1.938	1.975	2.002	2.013	1.988	+ 50
EP	1.243	1.255	1.244	1.226	1.220	- 23
BAG	674	689	699	709	649	- 25
MVZ	1	10	29	42	61	+ 60
i-MVZ	20	22	29	37	58	+ 38
KG1	1.144	1.149	1.164	1.177	1.153	+ 9
EP	767	777	778	777	758	- 9
BAG	377	344	349	342	341	- 36
MVZ		28	36	58	54	+ 54
KG2	894	875	876	884	887	- 7
EP	606	592	598	612	595	- 11
BAG	289	283	278	266	277	- 12
MVZ				6	15	+ 15
Gesamt	3.976	3.999	4.042	4.074	4.028	+ 52

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anzahl behandelte Versicherte

Entsprechend den Verteilungen der Praxisstandorte und Zahnarztstellen ist auch die Anzahl behandelter Versicherter mit rund 1,7 Mio. in der UG1 am höchsten, gefolgt von der KG1 mit 1,1 Mio. und der KG2 mit 0,8 Mio. (Tabelle 14). Rund 50.000 Versicherte wurden im Jahr 2019 in der UG1 jeweils in i-MVZ und MVZ behandelt, was einem Anteil von jeweils etwa 3,0 Prozent entspricht. Wie auch die Anzahl der Praxisstandorte und Zahnarztstellen ist die Anzahl der behandelten Versicherten in i-MVZ und MVZ über den Untersuchungszeitraum angestiegen. In

den i-MVZ der UG1 lässt sich jedoch erkennen, dass der Anstieg der behandelten Versicherten sich nicht vergleichbar stetig vollzieht. Von 2015 auf 2016 steigt die Anzahl behandelter Versicherter kaum an und im Jahr 2017 sinkt diese sogar von rund 30.000 in 2016 auf etwa 25.000 in 2017. Diese Entwicklung geht nicht mit einem Schließen von Praxisstandorten einher, sondern scheint auf Änderungen in bereits bestehenden Praxisstandorten zurückzuführen sein. In der KG1 werden im Jahr 2019 etwa 4,2 Prozent aller behandelten Versicherten in MVZ behandelt, in der KG2 sind es knapp unter einem Prozent.

Tabelle 14: Anzahl behandelter Versicherter nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019

Gruppen/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG1	1.639.974	1.657.718	1.653.742	1.650.741	1.661.060	+ 21.086
EP	1.051.310	1.056.632	1.048.614	1.030.560	1.043.571	- 7.739
BAG	558.211	562.060	559.110	557.657	518.090	- 40.121
MVZ	1.444	9.338	20.571	29.915	50.198	+ 48.754
i-MVZ	29.009	29.688	25.447	32.609	49.201	+ 20.192
KG1	1.081.367	1.091.294	1.102.412	1.094.100	1.109.325	+ 27.958
EP	741.242	744.479	750.241	734.578	738.059	- 3.183
BAG	340.125	325.528	320.755	317.088	324.444	- 15.681
MVZ		21.287	31.416	42.434	46.822	+ 46.822
KG2	770.644	775.843	784.115	787.491	796.852	+ 26.208
EP	538.093	549.072	560.448	560.604	554.372	+ 16.279
BAG	232.551	226.771	223.667	222.707	234.710	+ 2.159
MVZ				4.180	7.770	+ 7.770
Gesamt	3.491.985	3.524.855	3.540.269	3.532.331	3.567.238	+ 75.253

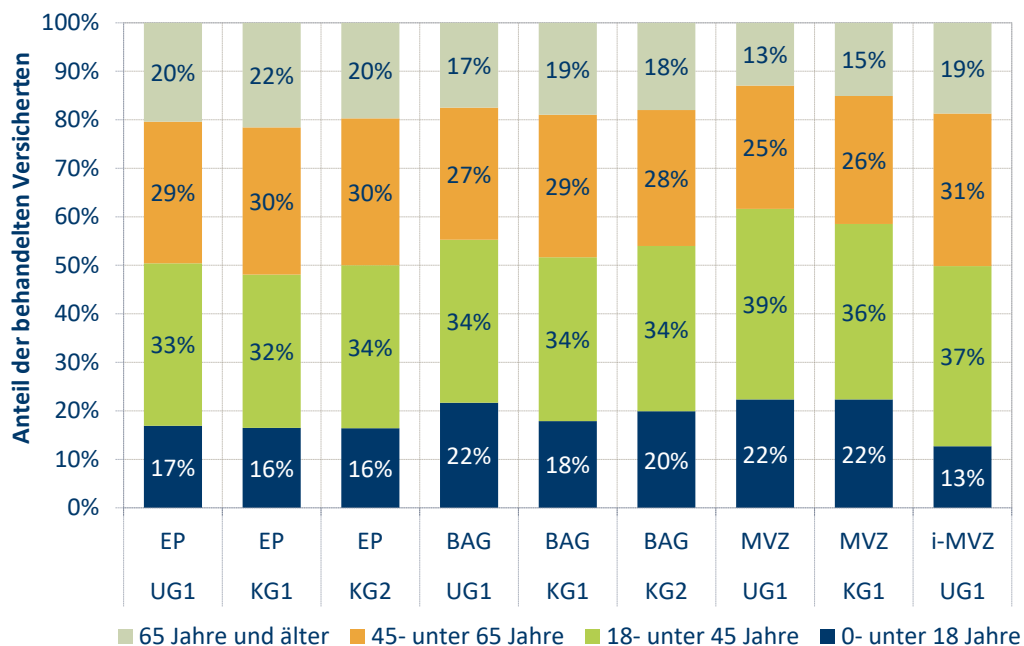
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Insgesamt betrachtet nimmt die Anzahl von Praxisstandorten im Laufe der Jahre in allen drei Gruppen ab. In der UG1 verringert sich die Anzahl aller Praxisstandorte von 2015 bis 2019 um 4,8 Prozent, in den Gruppen KG1 und KG2 geht die Anzahl der Praxisstandorte insgesamt um 3,4 und 2,6 Prozent zurück (Tabelle 11). Gleichzeitig steigen in UG1 und KG1 sowohl die Anzahl der Zahnarztstellen insgesamt als auch die der behandelten Versicherten insgesamt an. In der KG2 steigt ebenfalls die Zahl der behandelten Versicherten, die Zahl der Zahnarztstellen geht jedoch leicht zurück. Im Jahr 2019 gibt es demnach in UG1 und KG1 mehr Zahnarztstellen als noch 2015 und in allen Gruppen werden 2019 mehr Versicherte zahnärztlich behandelt als im Jahr 2015. Diesen Bewegungen liegt einerseits ein Anstieg in der durchschnittlichen Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort zugrunde, andererseits eine Zunahme des Anteils der durchschnittlich größeren i-MVZ und MVZ.

Alters- und Geschlechtsverteilung der behandelten Versicherten

Die Altersverteilung der behandelten Versicherten ist in den Praxisformen und Gruppen ähnlich (Abbildung 22). Es fällt jedoch auf, dass in den i-MVZ in UG1 im Durchschnitt ein geringerer Anteil an Kindern und Jugendlichen behandelt wird als in Einzelpraxen und BAG in allen drei Gruppen. Zugleich behandeln i-MVZ im Durchschnitt einen größeren Anteil an jungen Erwachsenen zwischen 18 und 45 Jahren. Der Anteil Erwachsener mittleren Alters (45 bis unter 65 Jahre) und älterer Erwachsener (älter als 65 Jahre) an den behandelten Versicherten ist in i-MVZ im Durchschnitt ähnlich hoch wie in Einzelpraxen; in BAG ist dieser geringfügig niedriger. Bei den MVZ lässt sich im Gegensatz zu den i-MVZ ein durchschnittlich höherer Anteil von Kindern und Jugendlichen sowie ein geringerer Anteil an älteren Erwachsenen an den behandelten Patienten im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG beobachten. Die Gründe für die beobachteten Unterschiede in der Altersverteilung (z. B. bevorzugter Kauf von Praxen mit einer bestimmten Altersstruktur durch Investoren; Betonung von Angeboten, die bestimmte Altersgruppen ansprechen) wurden im Rahmen dieses Gutachtens nicht untersucht.

Abbildung 22: Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Die Geschlechtsverteilung der behandelten Versicherten in den unterschiedlichen Praxisformen und Gruppen ist ähnlich, wobei – wie für zahnärztliche

Behandlungen erwartet²¹ – der Anteil Frauen etwas höher liegt als der Anteil Männer.

3.4.1.2 Gruppe UG2

Die UG2 wurde aus großstädtischen Planungsbereichen mit vielen i-MVZ und MVZ zusammengestellt und soll die Betrachtung ermöglichen, inwiefern i-MVZ in großen Städten ein systematisch abweichendes Abrechnungsverhalten gegenüber den anderen Praxisformen aufweisen.

Anzahl Praxisstandorte

In der UG2 befinden sich im Jahr 2019 insgesamt 1.678 Praxisstandorte (Tabelle 15). Die meisten Praxisstandorte entfallen auch in der UG2 auf Einzelpraxen und BAG. Die Anzahl von i-MVZ und MVZ ist über die Jahre stetig gestiegen. Während sich zum Ende des Jahres 2015 sieben MVZ und drei i-MVZ in der UG2 befanden, sind es im Jahr 2019 58 MVZ und 15 i-MVZ. Doch auch in der UG2 ist der Anteil der Praxisstandorte, die auf MVZ sowie i-MVZ entfallen, an allen Praxisstandorten mit 3,5 Prozent (MVZ) und 0,9 Prozent (i-MVZ) vergleichsweise gering. Ähnlich wie schon in den UG1, KG1 und KG2 beobachtet, ist neben einem beständigen Anstieg der Zahl der i-MVZ und MVZ ein gleichzeitiger Rückgang der Anzahlen von Einzelpraxen und BAG zu verzeichnen. Die Zahl der Einzelpraxen sinkt im Laufe des Beobachtungszeitraums um 7,4 Prozent von 1.522 auf 1.409, die Zahl der BAG sogar um 13,3 Prozent von 226 auf 196 Standorte.

Tabelle 15: Anzahl Praxisstandorte nach Praxisform, UG2, 2015–2019

Gruppe/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG2	1.758	1.753	1.740	1.703	1.678	- 80
EP	1.522	1.513	1.491	1.446	1.409	- 113
BAG	226	217	210	198	196	- 30
MVZ	7	18	33	51	58	+ 51
i-MVZ	3	5	6	8	15	+ 12

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Wie in Kapitel 3.4.1.1 für UG1, KG1 und KG2 erwähnt, können auch in der UG2 Artefakte aufgrund eines unterjährigen Wechsels der Praxisform auftreten. Tabelle 16 zeigt eine Schätzung für den Anteil Praxisstandorte, die in UG2 in den untersuchten Jahren jeweils nicht ganzjährig tätig waren. Die Methodik der Schätzung wird in Kapitel 3.4.1.1 erklärt.

²¹ Vgl. z. B. Rädcl, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Reinacher, U., & Walter, M. (2020) Barmer Zahnreport 2020, Hrsg. Barmer, Berlin

Tabelle 16: Schätzung des Anteils der MVZ- und i-MVZ-Praxisstandorte, die nicht ganzjährig existierten, UG2

Gruppe/ Praxisform	2016	2017	2018	2019
UG2 i-MVZ	20 %	38 %	27 %	6 %
UG2 MVZ	58 %	35 %	16 %	4 %

Quelle: IGES basierend auf Daten der MVZ-Sondererhebung der KZBV

Anmerkung: Für das Jahr 2015 liegen die benötigten Daten nicht vor.

Anzahl Zahnarztstellen

Die Anzahl aller Zahnarztstellen in UG2 beträgt im Jahr 2019 2.769 (Tabelle 18). Erwartungsgemäß sind auch hier die meisten Zahnarztstellen in Einzelpraxen und BAG angesiedelt. Im Jahr 2019 entfallen jedoch 8,2 Prozent aller Zahnarztstellen auf MVZ und 3,8 Prozent auf i-MVZ. Der Anteil der i-MVZ und MVZ an Zahnarztstellen ist somit auch in der UG2 höher als der Anteil an Praxisstandorten, was auf größere Praxen zurückzuführen ist.

Während die Zahl von Zahnarztstellen in MVZ in der UG2 in den ersten vier Jahren des Untersuchungszeitraums von 68 in 2015 auf 263 im Jahr 2018 kontinuierlich steigt, geht sie im Jahr 2019 wieder zurück auf 227 Zahnarztstellen, was u. a. auf die Umwandlung von MVZ Praxisstandorten in i-MVZ zurückzuführen ist. Im Gegensatz dazu lässt sich in i-MVZ von 2018 auf 2019 ein besonders starker Anstieg der Zahl von Zahnarztstellen beobachten. Bei der Entwicklung der Praxisstandorte von MVZ lässt sich ein vergleichbarer Rückgang nicht erkennen. Die Anzahl MVZ-Praxisstandorte steigt im gleichen Zeitraum von 51 auf 58, wenn auch der Anstieg geringer ist als in den vorangegangenen Jahren.

Tabelle 17: Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG2, 2015–2019

Gruppe/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG2	2.655	2.705	2.736	2.760	2.769	+ 114
EP	1.945	1.967	1.942	1.907	1.886	- 59
BAG	619	596	570	546	550	- 69
MVZ	68	117	189	263	227	+ 159
i-MVZ	23	27	35	45	106	+ 83

Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV

Anzahl behandelte Versicherte

Übereinstimmend mit den Verteilungen der Praxisstandorte und Zahnarztstellen über die Praxisformen, wird mit fast 1,2 Mio. der größte Anteil der Versicherten in Einzelpraxen behandelt, gefolgt von BAG mit rund 375.000 behandelten Versicherten (Tabelle 18). In der UG2 wurden rund 160.000 Versicherte im Jahr

2019 in MVZ und nahe 100.000 in i-MVZ behandelt, was einem Anteil von 9,0 (MVZ) und 5,4 Prozent (i-MVZ) entspricht. Wie auch die Anzahl der Praxisstandorte und Zahnarztstellen ist die Anzahl der behandelten Versicherten in i-MVZ über den Untersuchungszeitraum stark angestiegen. In MVZ ist die Anzahl behandelter Versicherter, wie auch schon die Zahl der Zahnarztstellen, von 2015 bis 2018 ebenfalls stark gestiegen, jedoch im Jahr 2019 wieder merklich zurückgegangen.

Tabelle 18: Anzahl behandelter Versicherter nach Praxisform, UG2, 2015–2019

Gruppe/ Praxisform	2015	2016	2017	2018	2019	Differenz 2015-2019
UG2	1.703.377	1.720.790	1.750.746	1.785.789	1.797.488	+ 94.111
EP	1.193.261	1.206.203	1.200.825	1.181.269	1.161.970	- 31.291
BAG	424.660	390.593	371.364	364.776	376.042	- 48.618
MVZ	58.798	96.804	148.372	198.024	161.981	+ 103.183
i-MVZ	26.658	27.190	30.185	41.720	97.495	+ 70.837

Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Wie schon in den Gruppen UG1, KG1 und KG2 nimmt die Anzahl von Praxisstandorten in der UG2 im Laufe der Jahre um 4,6 Prozent ab (Tabelle 15). Gleichzeitig steigen jedoch auch in der UG2 sowohl die Anzahl der Zahnarztstellen insgesamt (um 4,3 Prozent) als auch die der behandelten Versicherten insgesamt (um 5,5 Prozent) an.

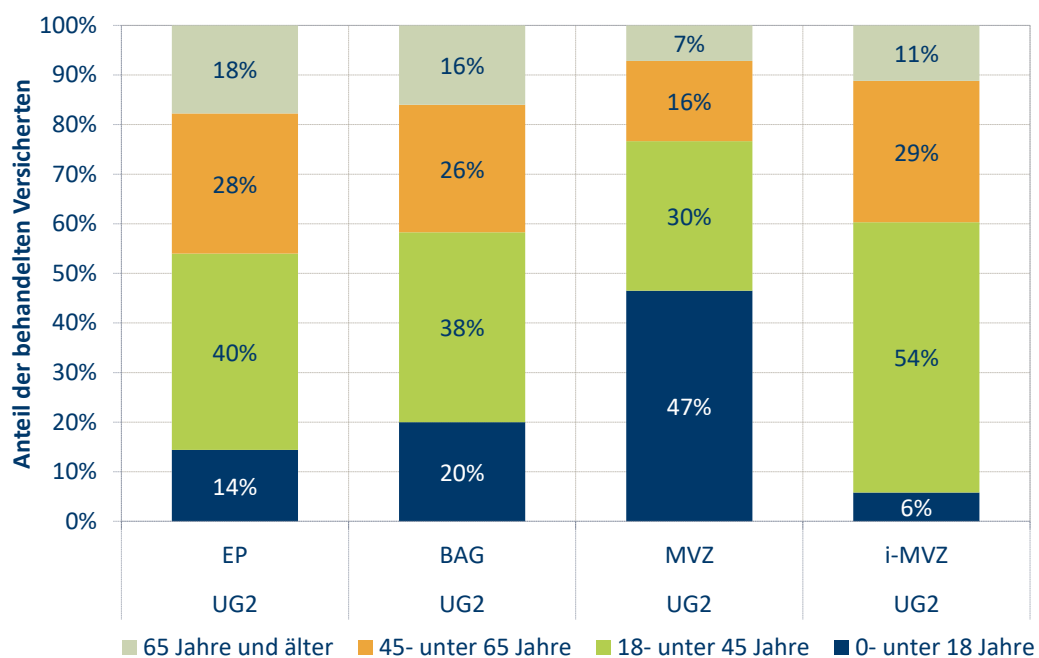
Alters- und Geschlechtsverteilung der behandelten Versicherten

Betrachtet man die Altersverteilung der behandelten Versicherten im Jahr 2019, so zeigen sich in der UG2 zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Praxisformen (Abbildung 23). So sind 14 Prozent der in Einzelpraxen behandelten Versicherten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, in BAG beträgt ihr Anteil 20 Prozent. In den MVZ der UG2 sind jedoch ganze 47 Prozent der behandelten Versicherten Kinder und Jugendliche. Diese erhebliche Abweichung lässt eine Spezialisierung zumindest eines Teils der in der UG2 angesiedelten MVZ vermuten. In starkem Kontrast dazu sind es in i-MVZ mit nur 6 Prozent der behandelten Versicherten deutlich weniger Kinder und Jugendliche als in den anderen Praxisformen innerhalb der UG2. Der Anteil junger Erwachsener von 18 bis 45 Jahren hingegen ist in i-MVZ mit 54 Prozent im Jahr 2019 beträchtlich höher als in Einzelpraxen (40 Prozent) und BAG (38 Prozent). Der Anteil Erwachsener von 45 bis 65 Jahren ist in i-MVZ mit 29 Prozent mit demselben Anteil in Einzelpraxen und BAG annähernd gleich hoch.

Die Abweichungen in den Altersverteilungen der behandelten Versicherten stechen im Jahr 2019 besonders hervor, sie sind jedoch auch in den anderen Jahren des Untersuchungszeitraums vorhanden. So war im Jahr 2018 der Anteil junger Erwachsener in i-MVZ mit 42 Prozent nur geringfügig erhöht (zum Vergleich: 39 %

in Einzelpraxen und 38 % in BAG). Allerdings lag im selben Jahr der Anteil der Erwachsenen von 45 bis 65 Jahren mit 34 Prozent erheblich über dem der Einzelpraxen und BAG (zum Vergleich: 28 % in Einzelpraxen und 26 % in BAG). Der Anteil der Kinder- und Jugendlichen war in i-MVZ in allen Jahren mit etwa 6 Prozent wesentlich niedriger als in Einzelpraxen und BAG und in MVZ zumeist wesentlich höher (2015: 15%, 2016: 31%, 2017: 33%, 2018: 37%). Wie für UG1, KG1 und KG2 erwähnt, wurden die Gründe für die Unterschiede in der Altersverteilung nicht untersucht.

Abbildung 23: Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

3.4.2 Stellenwert der Leistungsbereiche

Zahnärzte erbringen ein breites Spektrum von Leistungen. Wenn die Renditeziele von i-MVZ mit einem systematisch veränderten Abrechnungsverhalten einhergehen, so ist dieses Verhalten am ehesten bei Leistungen zu erwarten, die einen großen Anteil des erwirtschafteten Umsatzes ausmachen. Daher wird zunächst betrachtet, welchen Anteil unterschiedliche zahnärztliche Leistungen am insgesamt abgerechneten Betrag haben.

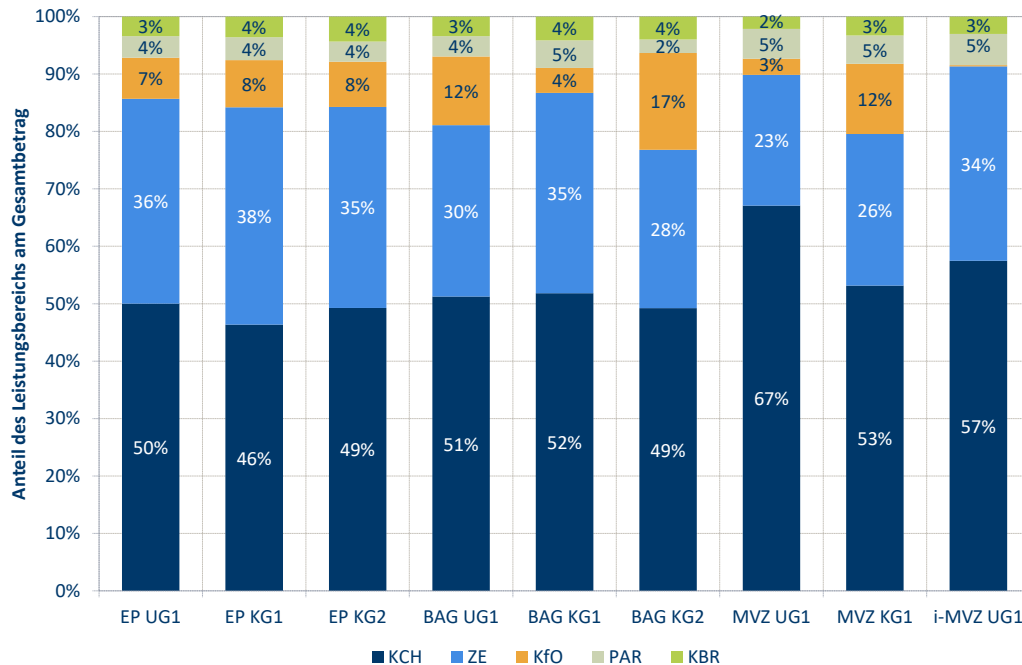
Folgt man der Struktur des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), so lassen sich zahnärztliche Leistungen in fünf Bereiche untergliedern:

- ◆ Bereich 1: Konservierende und chirurgische Leistungen inklusive Prophylaxe (KCH)
- ◆ Bereich 2: Kieferbruch (Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels) und Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) (KBR)
- ◆ Bereich 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO)
- ◆ Bereich 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien (PAR)
- ◆ Bereich 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE).

Abbildung 24 zeigt den Stellenwert dieser fünf Leistungsbereiche in den unterschiedlichen Praxisformen und Gruppen im Jahr 2019 anhand des Anteils, den jeder Leistungsbereich am abgerechneten Gesamtbetrag einnimmt. Der betrachtete Gesamtbetrag enthält dabei die Beträge, die über die KZVen mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden für das zahnärztliche Honorar sowie für Material und Labor. Weiterhin sind für Zahnersatz die Beträge enthalten, die bei gleichartigem Zahnersatz über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden (vgl. Kapitel 3.4.4). Für KFO-Leistungen ist sowohl der Kassen- als auch der Versichertenanteil enthalten. Weitere privat abgerechnete Beträge oder für Versicherte der privaten Krankenversicherung abgerechnete Beträge sind nicht enthalten.

Der Anteil des Bereichs KCH ist in allen Praxisformen am höchsten. Dieser liegt zumeist bei etwa 50 Prozent, wobei i-MVZ und MVZ in UG1 mit einem KCH-Anteil von 57 Prozent und 67 Prozent über den anderen Praxisformen liegen, die Einzelpraxen in KG1 mit 46 Prozent etwas darunter. Den zweitgrößten Anteil am Gesamtbetrag stellt der Leistungsbereich ZE dar. Die Höhe des Anteils variiert zwischen den Praxisformen. In den Einzelpraxen der drei Gruppen liegt der Anteil mit 35 bis 38 Prozent höher als in den MVZ der UG1 und KG1 mit 23 und 26 Prozent. Die i-MVZ liegen mit 34 Prozent etwa zwischen dem Niveau der Einzelpraxen und dem der BAG. Die übrigen drei Leistungsbereiche – KBR, KFO und PAR – machen einen geringeren Anteil am Gesamtbetrag aus. Ihr kumulierter Anteil liegt zwischen acht Prozent in den i-MVZ in UG1 und 23 Prozent in den BAG in KG2, wobei die Varianz vor allem durch Schwankungen im Anteil des KFO-Bereichs getrieben wird. In i-MVZ werden praktisch keine KFO-Leistungen erbracht, ihr Anteil beträgt nur 0,2 Prozent, in den BAG in KG2 hingegen werden 17 Prozent ihres Gesamtbetrags durch KFO-Leistungen generiert.

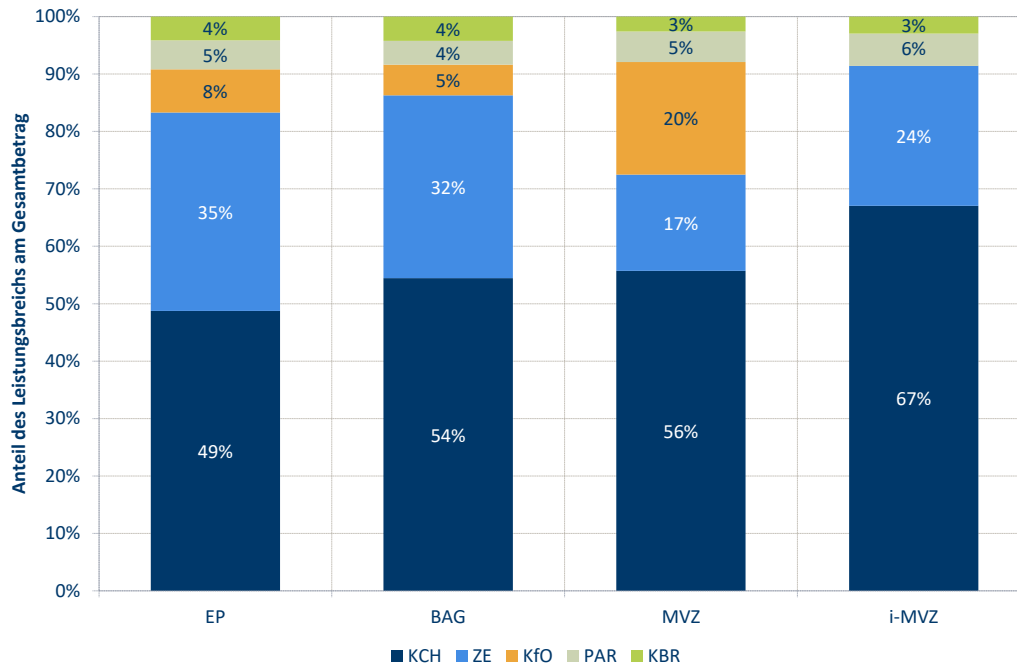
Abbildung 24: Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppen UG1, KG1 und KG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Auch in der UG2 stellt der KCH-Anteil den größten Teil des in der jeweiligen Praxisform abgerechneten Gesamtbetrags dar (Abbildung 25). Auf KCH-Leistungen geht in Einzelpraxen etwa die Hälfte ihres Gesamtbetrags zurück, in den i-MVZ der UG2 sind es sogar zwei Drittel. Der ZE-Bereich stellt auch in der UG2 den zweitwichtigsten Bereich im Sinne seines Anteils am Gesamtbetrag dar, mit Ausnahme der MVZ, in denen ZE weniger bedeutsam als KFO ist. Der kumulierte Anteil von KBR, KFO und PAR variiert zwischen den Praxisformen mitunter stark, er beträgt 9 Prozent in i-MVZ, 13 Prozent in BAG, 17 Prozent in Einzelpraxen und 28 Prozent in MVZ. Wie zuvor schon in den Gruppen UG1, KG1 und KG2 beobachtet, wird diese Variation größtenteils durch den unterschiedlich großen Anteil des KFO-Bereichs verursacht. Während die MVZ in der UG2 ein Fünftel ihres Gesamtbetrags mit KFO-Leistungen generieren, spielt dieser Bereich in den i-MVZ gar keine und in BAG mit 5 Prozent nur eine geringfügige Rolle.

Abbildung 25: Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppe UG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Aus den unterschiedlichen Anteilen der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag in der jeweiligen Praxisform lässt sich eine entsprechend unterschiedliche betriebswirtschaftliche Bedeutung dieser Leistungsbereiche für die Praxen schlussfolgern. Wie eingangs erwähnt wäre zu erwarten, dass sich Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten am ehesten in den „größeren“ Leistungsbereichen zeigen bzw. dass ggf. auftretende Auffälligkeiten in diesen Leistungsbereichen mehr Auswirkungen haben würden. Daher wird die Frage, inwieweit sich das Abrechnungsverhalten der i-MVZ systematisch von den anderen Praxisformen unterscheidet im Folgenden in den Leistungsbereichen KCH und ZE näher untersucht.

3.4.3 Leistungsbereich KCH

Die nachfolgenden Analysen widmen sich dem Leistungsbereich „Konservierende und chirurgische Leistungen, inklusive Prophylaxe“ (KCH). Dieser Bereich umfasst u. a. die Unterkategorien „Untersuchung und Beratung“, „Röntgen“, „Füllungen“, „Extraktionen“, „Endodontie“ (Wurzelbehandlungen) und „chirurgische Leistungen“.

Die Abrechnung des zahnärztlichen Honorars für KCH-Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt über Gebührensätze des BEMA. Jeder Gebührensatz des BEMA ist eine sogenannte Bewertungszahl zugeordnet, welche

angibt mit wie vielen Punkten die jeweilige Gebührenziffer vergütet wird. Multipliziert mit dem Punktwert ergibt diese den Betrag in Euro, den ein Zahnarzt für die entsprechende Gebührenziffer abrechnet. Der Punktwert wird zwischen den KZVen und den Krankenkassen jährlich neu verhandelt. Er liegt für KCH-Leistungen derzeit bei circa 1,10 Euro je Punkt.²²

Mehrkosten, die für KCH-Leistungen entstehen, die über die von der GKV vorgesehene Versorgung hinausgehen (z. B. Kompositfüllungen statt Amalgamfüllungen), rechnen Zahnärzte nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) direkt mit dem Versicherten ab. Diese Mehrkosten sind in den nachfolgenden Analysen nicht enthalten. Die Analysen beziehen sich ausschließlich auf über die KZVen mit der GKV abgerechnete KCH-Leistungen.

3.4.3.1 KCH-Punkte je KCH-Fall

Um einen Eindruck vom Leistungsgeschehen für den Bereich KCH insgesamt zu erhalten wird zunächst die durchschnittliche Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall betrachtet. Dazu wurde für jedes Jahr und jede Praxisform in UG1, KG1, KG2 bzw. UG2 die Summe über alle im Leistungsbereich KCH abgerechneten Punkte (KCH-Punkte) gebildet und durch die Anzahl Fälle dividiert, die mindestens eine KCH-Leistung erhielten (KCH-Fälle).

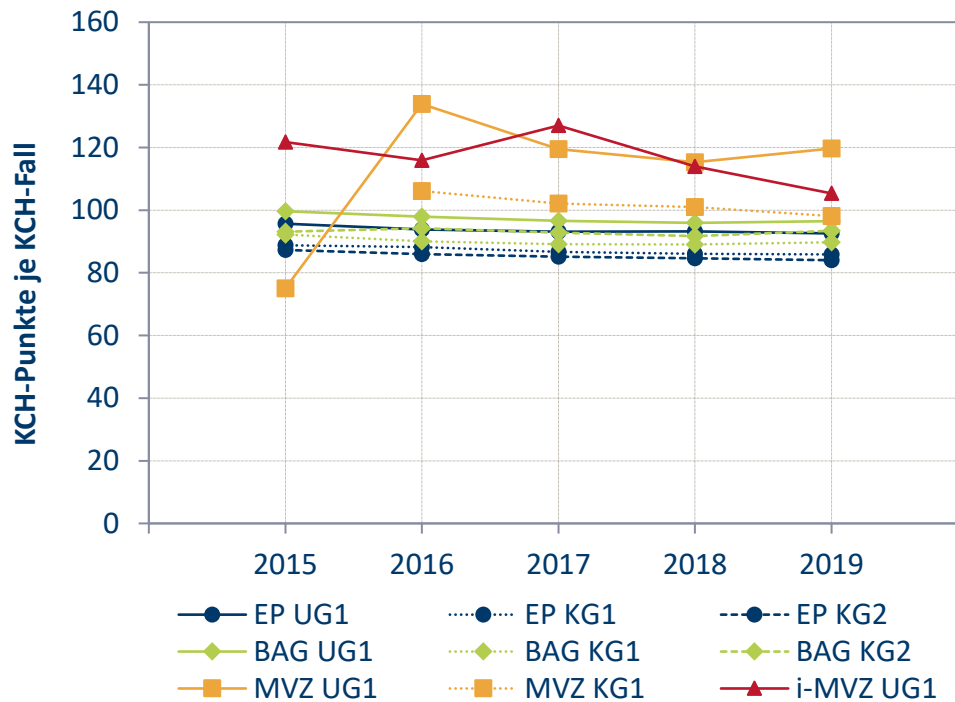
Abbildung 26 zeigt diese durchschnittliche Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall in UG1, KG1 und KG2. Während Einzelpraxen in UG1 im Jahr 2019 durchschnittlich 93 und BAG in UG1 97 KCH-Punkte je KCH-Fall abrechnen, rechnen i-MVZ 105 und MVZ in UG1 120 KCH-Punkte je KCH-Fall ab. i-MVZ und MVZ liegen demnach mit einer Differenz von 14 Prozent sichtbar über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG, MVZ in UG1 mit 29 Prozent in noch stärkerem Maße.

Die Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall im Zeitverlauf ist in Einzelpraxen und BAG in allen Gruppen geringfügig rückläufig. Beispielsweise rechnen Einzelpraxen in KG1 im Jahr 2015 durchschnittlich 89 KCH-Punkte je KCH-Fall ab, 2017 sind es 87 und in 2019 zuletzt 86. I-MVZ starten im Jahr 2015 mit 122 KCH-Punkten je KCH-Fall deutlich über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG (+27 % im Vergleich zu EP UG1), sinken jedoch (mit Ausnahme des Jahres 2017, in dem i-MVZ 36 % höher liegen) kontinuierlich ab. Im Jahr 2019 liegen die Werte für i-MVZ weiterhin über denen für Einzelpraxen und BAG, haben sich jedoch angenähert (+14 % im Vergleich zu EP UG1). Die in i-MVZ und MVZ der UG1 zum Teil zu beobachtenden jährlichen Schwankungen der durchschnittlichen Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall könnten auf die geringe Anzahl betrachteter Praxisstandorte und die daher relativ kleine Anzahl Fälle, die in die Berechnungen einfließen, zurückzuführen sein. Aufgrund der Schwankungen ist es schwer

²² KZBV (2019) Jahrbuch 2019 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, Hrsg. KZBV, Köln, S. 92

abzuschätzen, inwieweit sich die Tendenz der Annäherung von i-MVZ an Einzelpraxen und BAG in den Folgejahren fortsetzen wird.

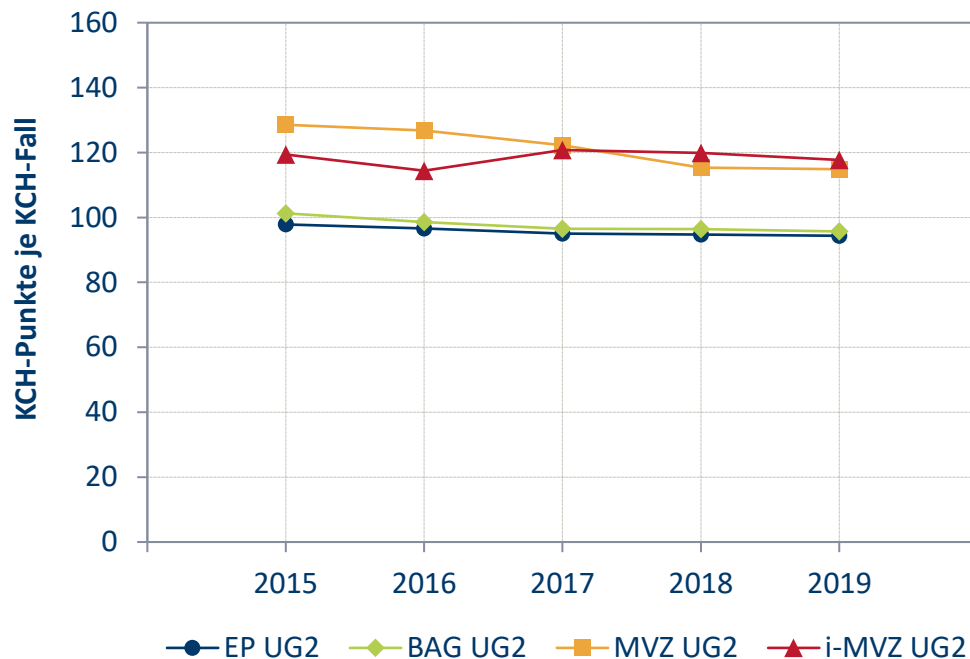
Abbildung 26: KCH-Punkte je KCH-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Auch in der UG2 liegen sowohl i-MVZ als auch MVZ in der durchschnittlichen Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall deutlich über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG. Im Jahr 2019 rechnen i-MVZ 25 Prozent mehr KCH-Punkte je KCH-Fall ab als Einzelpraxen (118 Punkte in i-MVZ vs. 94 Punkte in Einzelpraxen). Im Gegensatz zu UG1 ist die Entwicklung der Punktemengen über die Zeit nicht von einer vergleichbar starken Dynamik gekennzeichnet. Der Unterschied zwischen i-MVZ (und MVZ) einerseits und Einzelpraxen bzw. BAG andererseits ist über die Jahre in etwa stabil, es deutet sich keine Annäherung der i-MVZ an das Abrechnungsverhalten der Einzelpraxen und BAG an.

Abbildung 27: KCH-Punkte je KCH-Fall in der Gruppe UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Wie in Kapitel 3.4.1 dargestellt, unterscheiden sich die Altersstrukturen zwischen einigen der Praxisformen und Gruppen. Da die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen mit dem Alter variiert²³, könnten die Unterschiede in der Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall zwischen den Praxisformen – zumindest zum Teil – auf Unterschiede in der Altersstruktur zurückzuführen sein. Da eine direkte Altersadjustierung mit den vorliegenden Daten nicht möglich ist, wurde der Effekt der Altersverteilung indirekt geschätzt. Dazu ermittelte die KZBV in einer Auswertung bundesweiter Abrechnungsdaten die durchschnittliche Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall für die vier Altersgruppen, die in Kapitel 3.4.1 betrachtet wurden. Bezogen auf das Jahr 2019 ergeben sich 87 KCH-Punkte je KCH-Fall für 0-18-Jährige, 93 für 18-45-Jährige, 84 für 45-65-Jährige und 78 für Personen im Alter von 65 Jahren oder älter. Mit diesen Werten wurde geschätzt, welche Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall in den unterschiedlichen Praxisformen gemäß ihrer Altersverteilung zu erwarten wären. Dazu wurde das Summenprodukt aus der bundesweit durchschnittlichen Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall in den vier Altersgruppen und dem Anteil der Patienten in der jeweiligen Praxisform in der jeweiligen Altersgruppe gebildet. Da fast alle Patienten, die eine Zahnarztpraxis besuchen, mindestens eine KCH-Leistung erhalten, wurde angenommen, dass die Altersverteilung der Patienten insgesamt eine akzeptable Näherung der

²³ Vgl. z. B. Rädcl, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Reinacher, U., & Walter, M. (2020) Barmer Zahnreport 2020, Hrsg. Barmer, Berlin

Altersverteilung der KCH-Fälle darstellt. Eine implizite Annahme dabei ist, dass die Anzahl Fälle je Versicherter in den Altersgruppen ähnlich ist.

Wie Tabelle 19 zeigt liegt die auf Basis ihrer Altersverteilung erwartete Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall in allen Praxisformen und Gruppen bei 86 bis 87. D. h. ausgehend von den Unterschieden in den Altersverteilungen wären kaum Unterschiede in der Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall zu erwarten. Vergleicht man i-MVZ und Einzelpraxen in UG1 so ergibt sich ein Unterschied von 0,4 bis 0,8 Prozent je nach Jahr in der erwarteten Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall (vgl. Spalte Δ in Tabelle 19). Tatsächlich wird jedoch ein Unterschied von 14 bis 36 Prozent in der Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall beobachtet (vgl. Abbildung 26). Insofern können Unterschiede in den Altersverteilungen der Patienten nur einen sehr kleinen Teil der Unterschiede in der Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall erklären.

Tabelle 19: Erwartete Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall gemäß der Altersverteilung der behandelten Patienten

Jahr	EP			BAG			MVZ		i-MVZ	Δ
	UG1	KG1	KG2	UG1	KG1	KG2	UG1	KG1	UG1	
2015	86	86	86	87	86	86	86	-	87	0,8%
2016	86	86	86	86	86	86	87	87	87	0,4%
2017	86	86	86	87	86	86	87	87	87	0,7%
2018	86	86	86	86	86	86	87	87	87	0,7%
2019	86	86	86	86	86	86	87	87	86	0,4%

Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkung: Δ = Differenz in Prozent zwischen i-MVZ und EP in UG1.

Für UG2 ergeben sich ähnliche Ergebnisse: Basierend auf der Altersverteilung der Patienten in i-MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen wäre zu erwarten, dass i-MVZ je nach Jahr 0,1 Prozent weniger bis 1,7 Prozent mehr KCH-Punkte je KCH-Fall abrechnen. Tatsächlich rechnen sie jedoch zwischen 18 und 27 Prozent mehr ab (vgl. Abbildung 27). Wie für UG1 kann also nur ein kleiner Teil des beobachteten Unterschieds auf Unterschiede in der Altersverteilung zurückgeführt werden.

Die Analyse der Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall zeigt somit, dass i-MVZ im Leistungsbereich KCH im betrachteten 5-Jahres-Zeitraum durchgängig eine höhere Leistungsmenge abrechnen als Einzelpraxen und BAG, ohne dass Unterschiede im Altersaufbau der jeweiligen Patientenpopulationen dafür verantwortlich zu machen wären. Nachfolgend wird detaillierter betrachtet, auf welche Leistungen innerhalb des Bereichs KCH dieser Unterschied zurückzuführen ist.

3.4.3.2 Kategorien von KCH-Leistungen

Im vorangehenden Abschnitt wurde gezeigt, dass i-MVZ (und MVZ) im Leistungsbereich KCH eine höhere Punktzahl je KCH-Fall abrechnen. Im Folgenden wird der Leistungsbereich KCH in einzelne Kategorien aufgeschlüsselt, um zu ermitteln, in welchen Unterkategorien von KCH-Leistungen dieser Mehrumsatz generiert wird.

KCH-Leistungen können in zehn Kategorien gruppiert werden: *Untersuchung und Beratung, Besuche und Zuschläge, Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen (IP/FU), Röntgen, Füllungen, Anästhesien, Extraktionen, Endodontie, chirurgische Leistungen und minimale Interventionen*. Für jede dieser zehn KCH-Kategorien wird nachfolgend die durchschnittliche **Anzahl Punkte je KCH-Fall** betrachtet. Diese Maßzahl approximiert den Umsatz, der im Durchschnitt je KCH-Fall für die jeweilige Kategorie von Leistungen erzielt wird (multipliziert mit dem Punktwert ergäbe sich ein Betrag in Euro). Für die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl Punkte je KCH-Fall wurde die Summe der Punkte, die für BEMA-Gebührensätze in der jeweiligen Kategorie (z. B. *Füllungen*) abgerechnet wurden, durch die Anzahl Fälle dividiert, für die mindestens irgendeine KCH-Leistung abgerechnet wurde.

Zusätzlich zur Betrachtung der Punkte je KCH-Fall für die zehn KCH-Kategorien, wird eine Aufschlüsselung in eine Mengen- und eine Strukturkomponente vorgenommen. Eine höhere Anzahl Punkte je KCH-Fall in einer der KCH-Kategorien kann durch eine höhere Mengenkomponente, eine höhere Strukturkomponente oder durch eine Kombination von beidem zustande kommen.

Die **Mengenkomponente** bildet ab, wie viele BEMA-Gebührensätze im Durchschnitt je Fall abgerechnet wurden. Eine höhere Mengenkomponente bedeutet somit, dass je Fall mehr Leistungen abgerechnet werden. Um die Mengenkomponente zu berechnen wurde die Summe der Abrechnungen von BEMA-Gebührensätzen der jeweiligen KCH-Kategorie (z. B. *Füllungen*) gebildet und durch die Anzahl Fälle dividiert, die mindestens irgendeine KCH-Leistung erhielten. Der besseren Lesbarkeit halber werden die resultierenden Zahlen mit 100 multipliziert, sodass die durchschnittliche Anzahl Abrechnungen in einer KCH-Kategorie je 100 KCH-Fälle ausgewiesen wird.

Die **Strukturkomponente** bildet ab, wie viele Punkte eine Abrechnung für Leistungen in einer KCH-Kategorie im Durchschnitt wert ist. Eine höhere Strukturkomponente bedeutet somit, dass bevorzugt Leistungen mit höheren Bewertungszahlen abgerechnet werden. Die Strukturkomponente wurde berechnet, indem die Summe der Punkte, die für BEMA-Gebührensätze in der jeweiligen Kategorie (z. B. *Füllungen*) abgerechnet wurden, durch die Anzahl Abrechnungen für BEMA-Gebührensätze der jeweiligen KCH-Kategorie (z. B. *Füllungen*) dividiert wurde. Würde man die Strukturkomponente für eine einzelne BEMA-Gebührensatz berechnen, ergäbe sich die Bewertungszahl. In den nachfolgenden Analysen werden jedoch Gruppen von BEMA-Gebührensätzen betrachtet. Insofern stellt die Strukturkomponente den mit der

Abrechnungshäufigkeit gewichteten Mittelwert der Bewertungszahlen für die betrachteten BEMA-Gebührensiffern dar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Folgenden eine eventuelle Mengenausweitung mit der Kennzahl „Abrechnungen je 100 KCH-Fälle“, eine veränderte Strukturkomponente im Sinne der Konzentration auf Leistungen mit höheren Bewertungszahlen mit der Kennzahl „Punkte je Abrechnung“ dargestellt wird.

In Abbildung 28 sind die Punkte je KCH-Fall für die zehn KCH-Kategorien und für alle Praxisformen der Gruppen UG1, KG1 und KG2 dargestellt. Die prozentuale Differenz des Wertes der i-MVZ im Vergleich zu den Einzelpraxen der UG1 ist zusätzlich gekennzeichnet. Abbildung 29 zeigt die prozentuale Differenz in der Mengenkomponekte zwischen Einzelpraxen in UG1 und den anderen Praxisformen. Ein positiver Wert bedeutet, dass in der jeweiligen Praxisform mehr Abrechnungen in der jeweiligen KCH-Kategorie je 100 KCH-Fälle getätigt werden als in Einzelpraxen in UG1. Abbildung 30 zeigt die prozentuale Differenz in der Strukturkomponente zwischen Einzelpraxen in UG1 und den anderen Praxisformen. Ein positiver Wert bedeutet hier, dass in der jeweiligen Praxisform für die jeweilige KCH-Kategorie mehr Punkte je Abrechnung anfallen.

Die Ergebnisse in Abbildung 28 zeigen, dass i-MVZ im Jahr 2019 in allen KCH-Kategorien mehr Punkte je KCH-Fall abrechnen als Einzelpraxen und BAG in UG1, mit Ausnahme in der Kategorie *IP/FU*. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Jahre 2015 bis 2018, mit Ausnahme der Kategorie *Besuche und Zuschläge*, in der die i-MVZ in den Jahren vor 2019 kaum Leistungen erbracht haben. Die in Abbildung 28 bis Abbildung 30 erkennbare Situation in Bezug auf *Besuche und Zuschläge* stellt bei den i-MVZ somit eine starke Abweichung von den Vorjahren dar.

Der insgesamt höhere Umsatz der i-MVZ im Bereich KCH im Vergleich zu den Einzelpraxen der UG1 beruht somit, wie aus Abbildung 28 abzuleiten, nicht auf höheren Umsätzen in einzelnen KCH-Kategorien, sondern auf – unterschiedlich ausgeprägten – Umsatzsteigerungen in fast allen Kategorien von KCH-Leistungen.

Die Untersuchung, inwieweit die Mehrumsätze auf Mengen- bzw. Struktureffekte zurückzuführen sind, zeigt, dass die i-MVZ vor allem in Bezug auf die Mengenkomponekte ausgeprägte Unterschiede zu den als Vergleich herangezogenen Einzelpraxen der UG1 aufweisen (Abbildung 29). Bei der Leistungsstruktur innerhalb der Unterkategorien (Abbildung 30) zeigen sich in einigen Kategorien (Extraktionen, chirurg. Leistungen) in Bezug auf die i-MVZ sogar negative Abweichungen von den EP der UG1 (d. h. es werden im Durchschnitt niedriger bewertete Leistungen abgerechnet). Diese Struktureffekte werden durch die Mengeneffekte jedoch überkompensiert, so dass auch in diesen Unterkategorien – wie in Abbildung 28 dargestellt – ein etwas höherer Umsatz pro KCH-Fall resultiert. Die Umsatzsteigerungen im Leistungsbereich KCH gehen demnach primär Teil auf eine erhöhte Abrechnungshäufigkeit von KCH-Leistungen, weniger auf die Abrechnung von Leistungen mit höheren Bewertungszahlen innerhalb einer Unterkategorie zurück.

Mit Blick auf die übrigen Praxisformen ist ferner zu konstatieren, dass die (nicht-investorenbetriebenen) MVZ vor allem in der UG1 ebenfalls höhere – teilweise noch über den i-MVZ liegende – Umsätze aufweisen, die ebenfalls vor allem durch höhere Leistungsmengen getrieben werden.

Darüber hinaus ist in Abbildung 28 auch erkennbar, dass alle Praxisformen (EP, BAG, MVZ) in den zur UG1 zusammengefassten Planungsregionen fast durchgängig höhere KCH-Punktzahlen je KCH-Fall aufweisen, als die jeweils entsprechende Praxisform in KG1 bzw. KG2. Offenbar liegt das „KCH-Leistungsmengen-Niveau“ in UG1 unabhängig von der Praxisform über dem der beiden anderen Gruppen (KG1, KG2). Damit erweist sich das hier gewählte Untersuchungsdesign als adäquat: Die i-MVZ werden mit EP bzw. den anderen Praxisformen verglichen, die innerhalb der gleichen (zur UG1 zusammengefassten) Planungsbereiche tätig sind. Der Vergleich zwischen den EP/BAG/MVZ der UG1 mit denen der KG1/KG2 macht darüber hinaus deutlich, dass die gefundenen Auffälligkeiten in Bezug auf die i-MVZ in UG1 nicht darauf zurückzuführen sind, dass die EP in UG1 ungewöhnlich niedrige Leistungsmengen aufwiesen. Im Gegenteil, die EP in UG1 rechnen mehr KCH-Punkte je KCH-Fall ab, als die EP in KG1 bzw. KG2.

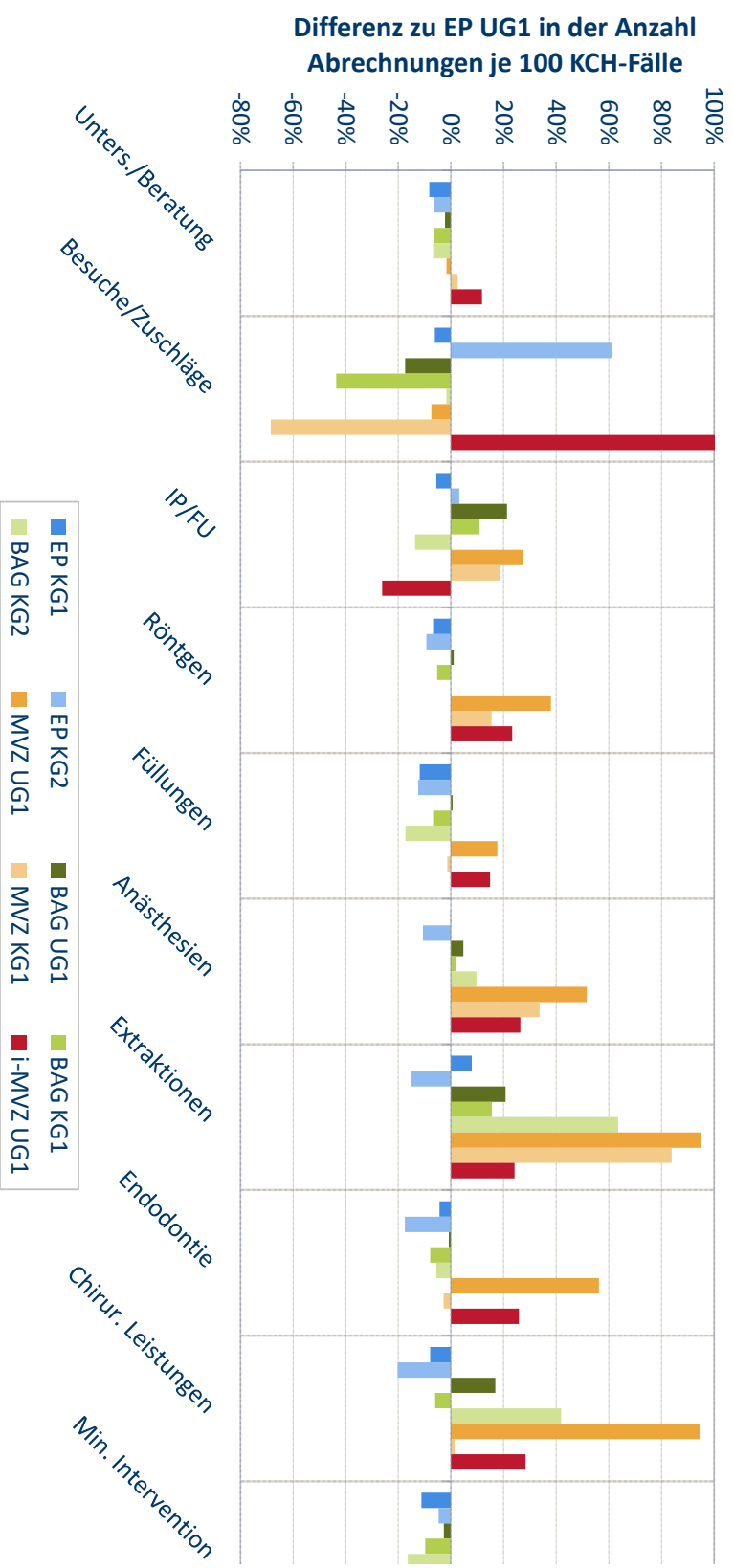
Abbildung 28: Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkungen: Die Differenz von i-MVZ zu EP UG1 in der Kategorie Besuche/Zuschläge betrug in den Jahren 2015 bis 2018 ca. -100 %. Daher ist zu vermuten, dass der Wert in 2019 ein Ausreißer ist.

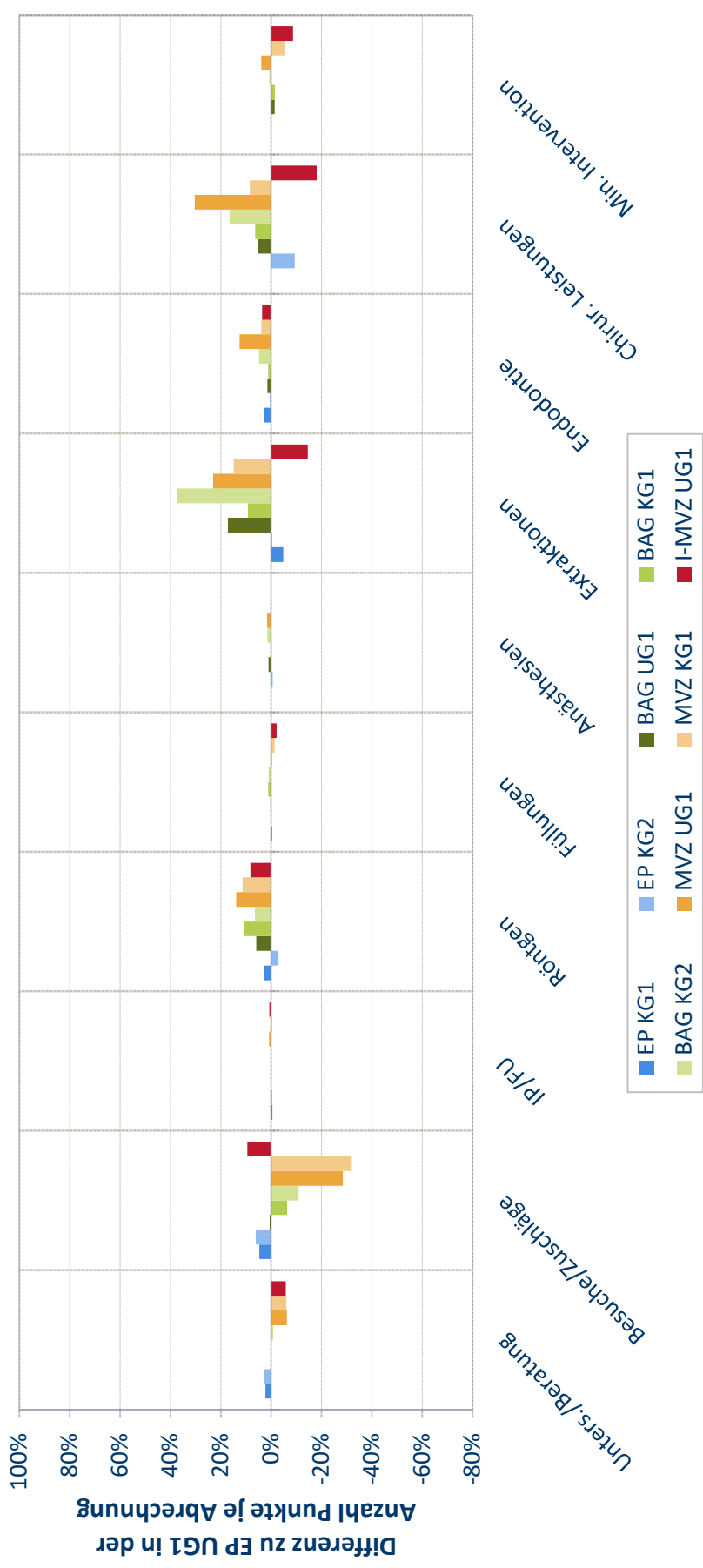
Abbildung 29: Prozentuale Differenz in der Mengenkomponente (Anzahl Abrechnungen je 100 KCH-Fälle) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkungen: Der Wert für i-MVZ in der Kategorie *Besuche/Zuschläge* beträgt 131 %. Der besseren Lesbarkeit halber wurde die Achse auf 100 % begrenzt. In den Jahren 2015 bis 2018 betrug die Differenz zu EP UG1 ca. -100 %. Daher ist zu vermuten, dass der Wert in 2019 ein Ausreißer ist.

Abbildung 30: Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Anzahl Punkte je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Nachfolgend wird zunächst das Abrechnungsverhalten in UG1, KG1 und KG2 innerhalb der zehn KCH-Kategorien vertiefend im Hinblick auf die Treiberfaktoren (Mengen-, Struktureffekte) eventueller Umsatzunterschiede untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei die Vergleiche zwischen den Praxisformen innerhalb der UG1.

In einem weiteren Schritt wurden die Vergleiche zwischen i-MVZ und den übrigen Praxisformen hinsichtlich ihres Abrechnungsverhalten im Leistungsbereich KCH in der UG2 repliziert. Die Ergebnisse sind in Abbildung 35 bis und Abbildung 37 am Ende dieses Abschnitts zusammengefasst. In den folgenden vertiefenden Analysen zu den KCH-Unterkategorien werden die Ergebnisse der UG2 jeweils kommentierend mit aufgenommen.

Untersuchung und Beratung

In der Kategorie *Untersuchung und Beratung* werden im Durchschnitt zwischen 18,4 (BAG KG2 und MVZ UG1) und 19,9 (EP UG1) Punkten je KCH-Fall abgerechnet. Die i-MVZ liegen mit 21,0 Punkte um 5 Prozent über dem Wert der Einzelpraxen in UG1 (Abbildung 28). Dieser leicht erhöhte Wert kommt durch eine höhere Abrechnungsmenge zustande, insofern i-MVZ Gebührensatz dieses Leistungsbereichs 12 Prozent häufiger abrechnen als die Einzelpraxen in UG1 (181 Abrechnungen je 100 Fälle in i-MVZ vs. 162 in EP UG1, Abbildung 29). Bei der Strukturkomponente liegen die i-MVZ mit durchschnittlichen 11,6 Punkten je KCH-Abrechnung hingegen etwa 6 Prozent unter den Einzelpraxen in UG1 mit 12,3 Punkten je KCH-Abrechnung (Abbildung 30). Sie zeigen im Bereich *Untersuchung und Beratung* daher keine Tendenz, bevorzugt Gebührensatz mit höheren Bewertungszahlen abzurechnen.

In UG2 ist der Unterschied zwischen i-MVZ und EP noch etwas stärker ausgeprägt (Abbildung 35). Der höhere Umsatz der i-MVZ von 9 Prozent gegenüber den EP in UG2 ist ebenfalls vollständig auf die Mengenkategorie zurückzuführen.

Besuche und Zuschläge

Die Leistungen der KCH-Kategorie *Besuche und Zuschläge* betreffen in erster Linie Besuche bei Bewohnern von Pflegeheimen oder anderen Patienten, die nicht in der Lage sind, eine Zahnarztpraxis eigenständig aufzusuchen. Insgesamt macht die Kategorie *Besuche und Zuschläge* nur einen geringen Anteil des Leistungsgeschehens einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis aus. Besuche und Zuschläge werden insgesamt eher selten abgerechnet (von minimal 1,0-mal je 100 KCH-Fälle in den MVZ KG1 bis maximal 7,5-mal je 100 KCH-Fälle in den i-MVZ).

Im Jahr 2019 rechnen i-MVZ für Besuche und Zuschläge 2,0 Punkte je Fall ab, die Einzelpraxen der UG1 hingegen nur 0,8 Punkte. Die abgerechneten Punkte der i-MVZ übersteigen die der Einzelpraxis in UG1 folglich um ganze 152 Prozent (Abbildung 28). Dieser Umsatzunterschied ist vornehmlich mengengetrieben, da i-MVZ die Gebührensatz der Kategorie *Besuche und Zuschläge* im Schnitt mehr als doppelt so häufig abrechnen (3,3 Abrechnungen je 100 Fälle in EP UG1 vs. 7,5 Abrechnungen in i-MVZ) (Abbildung 29). Gleichzeitig ist auch ein struktureller

Unterschied zu beobachten, denn auch die gewichtete Punktsumme der i-MVZ ist mit 26,6 Punkten je Abrechnung um 9,4 Prozent höher als die der Einzelpraxen in UG1 mit 24,3 Punkten je Abrechnung (Abbildung 30).

Einschränkend ist hier hinzuzufügen, dass derartig starke prozentuelle Abweichungen der i-MVZ in den Punkten je Fall sowie der Anzahl von Abrechnungen je 100 Fälle teilweise auf die insgesamt kleinen Zahlen zurückzuführen sind. Diese sind daher zwar in ihrer Richtung, jedoch nur bedingt in ihrer Höhe, interpretierbar. Ferner treffen die Beobachtungen für das Abrechnungsverhalten in der Kategorie *Besuche und Zuschläge* in dieser Form nur auf das Jahr 2019 zu. In den vorangehenden Jahren 2015 bis 2018 haben die i-MVZ praktisch keine Punkte je KCH-Fall für *Besuche und Zuschläge* abgerechnet, wogegen die Einzelpraxen und BAG auf etwa gleichem Niveau lagen wie im Jahr 2019. Der starken Erhöhung des Umsatzes im Bereich *Besuche und Zuschläge* könnten möglicherweise im Jahr 2019 geschlossene Kooperationsverträge mit Pflegeheimen oder sonstigen Einrichtungen bzw. das Hinzukommen von i-MVZ, die solche Verträge geschlossen haben, zugrunde liegen.

Die analogen Auswertungen in der UG2 (vgl. Abbildung 35) zeigen dort für die i-MVZ auch im Jahr 2019 ein Bild, wie es in der UG1 bis zum Jahr 2018 zu beobachten ist, nämlich, dass Leistungen der Kategorie *Besuche und Zuschläge* von i-MVZ fast gar nicht abgerechnet werden.

Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen (IP/FU)

Die zu der KCH-Kategorie *IP/FU* zusammengefassten Leistungen betreffen ausschließlich Kinder und Jugendliche. Früherkennungsuntersuchungen richten sich dabei an jüngere Kinder zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat und dienen vorrangig der Erkennung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen an Zähnen und Kiefer. Individualprophylaxe richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren und umfasst die Erhebung des Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung sowie Fluoridierung der Zähne und Versiegelungen von Fissuren.

IP/FU ist die einzige KCH-Kategorie, in der i-MVZ weniger Punkte je KCH-Fall abrechnen als Einzelpraxen der gleichen Gruppe (3,6 Punkte je KCH-Fall in i-MVZ vs. 4,8 in EP UG1, Differenz 26 %, Abbildung 28). Auch dieser Umsatzunterschied ist vorrangig durch einen Unterschied in der Abrechnungsmenge bedingt: i-MVZ haben im Jahr 2019 26 Prozent weniger *IP/FU* Leistungen je 100 KCH-Fälle erbracht (Abbildung 29); auf 21,5 *IP/FU* Abrechnungen je 100 KCH-Fälle in i-MVZ kamen 29,1 Abrechnungen in Einzelpraxen in UG1. In der Strukturkomponente lassen sich keine Unterschiede zwischen den Praxisformen feststellen (Abbildung 30).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Auswertungen sich auf den Nenner KCH-Fälle beziehen. Die KCH-Fälle enthalten jedoch alle angefallenen Fälle ohne Unterscheidung in Kinder und Jugendliche und Erwachsene. Ein Vergleich von *IP/FU* Leistungen zwischen den Praxisformen und Gruppen wäre jedoch nur dann adäquat interpretierbar, wenn die Anteile der Fälle, die auf Kinder und Jugendliche

zurückgehen, in den Praxisformen und Gruppen vergleichbar hoch ausfallen würden. Eine Unterscheidung der angefallenen Fälle nach Alter ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Für eine annähernde Schätzung kann die Altersverteilung der behandelten Versicherten in der jeweiligen Praxisform herangezogen werden. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an allen behandelten Versicherten und in allen Leistungsbereichen ist in i-MVZ mit 13 Prozent niedriger als in den Einzelpraxen der UG1 mit 17 Prozent (Abbildung 22). Die hier beobachteten Unterschiede in den abgerechneten Punkten je KCH-Fall in der Kategorie *IP/FU* könnten daher womöglich durch Unterschiede in der Altersverteilung der Patienten erklärt werden.

In der UG2 zeigt sich ein analoger, aber noch deutlich stärker ausgeprägter Befund: Die i-MVZ rechnen je KCH-Fall 72 Prozent weniger Punkte aus der Kategorie *IP/FU* ab, als die EP. In der UG2 ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit nur 6 Prozent sehr niedrig (vgl. Abbildung 23), was diesen geringen Umsatz mit *IP/F*-Leistungen erklärt.

Röntgen

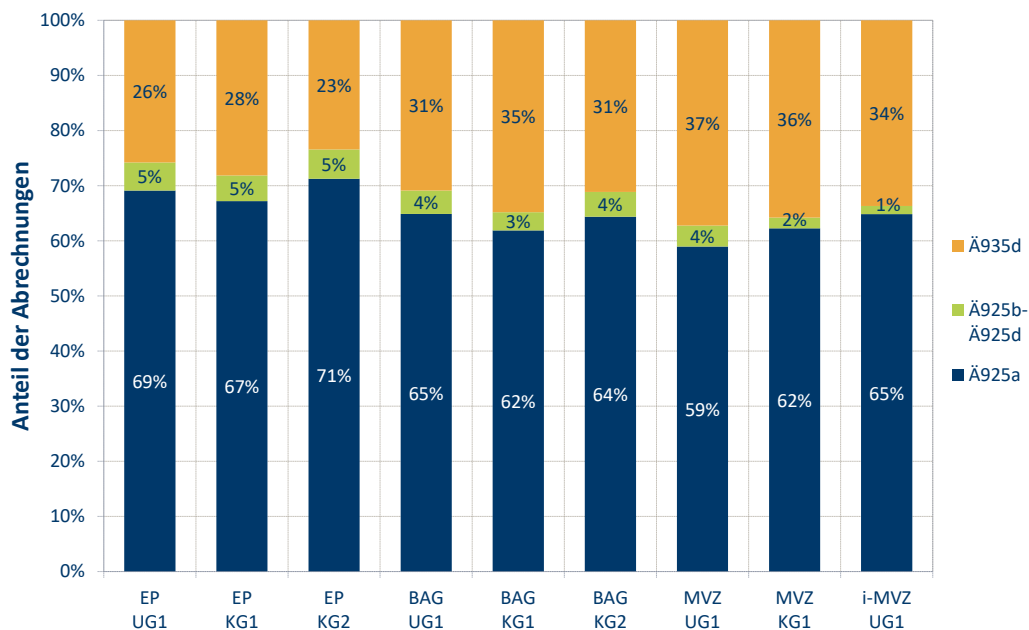
Im Bereich *Röntgen* rechnen i-MVZ im Jahr 2019 ein Drittel mehr Punkte je Fall ab als Einzelpraxen der UG1 (8,2 Punkte je Fall in i-MVZ vs. 6,1 Punkte in EP UG1). Die MVZ der UG1 liegen mit 9,6 Punkten jedoch noch deutlich darüber (Abbildung 28). Die erhöhte Anzahl Punkte je KCH-Fall kommt überwiegend durch eine Ausweitung der Mengenkompente zustande. Mit 40,4 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle rechnen i-MVZ Röntgenleistungen 23,3 Prozent häufiger ab als Einzelpraxen in der UG1 mit 32,8 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle (Abbildung 29). Der strukturelle Unterschied ist hingegen geringer. In i-MVZ wird eine durchschnittliche Röntgenleistung mit 20,2 Punkten je Abrechnung verbucht, in den Einzelpraxen in UG1 mit 19,2 Punkten je Abrechnung, was einer Differenz von 8,2 Prozent entspricht (Abbildung 30).

Die Abbildung 31 zeigt, zu welchen Anteilen eine Auswahl an BEMA-Gebührenziffern in die Abrechnungen der KCH-Kategorie *Röntgen* einfließt. Diese Betrachtungsweise gibt Aufschluss, inwiefern bestimmte Leistungen in der KCH-Kategorie *Röntgen* bevorzugt abgerechnet werden. Die Gebührenziffern Ä925b ist Ä925d sind hierbei aufgrund ihrer insgesamt geringen Abrechnungshäufigkeiten zusammengefasst. In Einzelpraxen gehen in den drei Gruppen zwischen 67 und 71 Prozent der Abrechnungen in der Kategorie *Röntgen* auf die Gebührenziffer Ä925a (*Röntgendiagnostik, ein bis zwei Aufnahmen*) zurück. In i-MVZ ist der entsprechende Anteil mit 65 Prozent ein wenig geringer. In Einzelpraxen entfällt ein höherer Anteil aller Röntgenabrechnungen auf die Gebührenziffern Ä925b bis Ä925 (*Röntgendiagnostik, mehr als zwei Aufnahmen bis Röntgendiagnostik, mehr als acht Aufnahmen*) als dies in i-MVZ der Fall ist. In i-MVZ (und MVZ) wird indessen die Ziffer Ä935d (*Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers*) relativ zu anderen Röntgenleistungen häufiger abgerechnet als in den Einzelpraxen der drei Gruppen.

Die Unterschiede, die zwischen i-MVZ (und MVZ) und den tradierten Versorgern in dieser Betrachtung festgestellt werden, sind erkennbar, jedoch nicht sehr ausgeprägt. Dies deckt sich mit der Analyse der gewichteten Punktsomme (Strukturkomponente), die ebenfalls Abweichungen jedoch im einstelligen Prozentbereich aufweist. Zusammenfassend kann hier also der Schluss gezogen werden, dass die erheblichen Umsatzunterschiede zwischen Einzelpraxen und i-MVZ in UG1 in Punkten je KCH-Fall von 33 Prozent in der Kategorie Röntgen in erster Linie auf höhere Leistungsmengen bei den i-MVZ und MVZ zurückzuführen sind.

Die analogen Analysen in der UG2 unterstreichen den Befund deutlich höherer Leistungsmengen im Bereich Röntgen: Die i-MVZ weisen hier fast doppelt so viele Punkte je KCH-Fall auf (93 %, vgl. Abbildung 35) wie die EP der UG2. Auch hier zeigt sich, wie in der UG1, ein gewisser Struktureffekt, also eine Verschiebung im Leistungsspektrum hin zu den höher bewerteten Röntgenleistungen. Dominierend ist jedoch der Mengeneffekt: In der UG2 rechnen die i-MVZ je 100 KCH-Fälle etwa 70 Prozent mehr Röntgenleistungen ab als die EP.

Abbildung 31: Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührensätze Ä925a, Ä925b bis d und Ä935d in der KCH-Kategorie *Röntgen* (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkungen: Die Gebührensatz Ä925a wird mit 12 Punkten (Bewertungszahl), Ä925b-Ä925d mit im Durchschnitt 26,7 Punkten und die Ä935d mit 36 Punkten vergütet.

Füllungen

Füllungen stellen innerhalb des Leistungsbereichs KCH die bedeutendste Leistungskategorie dar. Sie sind nach der Kategorie *Untersuchung und Beratung* die am häufigsten abgerechneten Leistungen und stehen, wie aus Abbildung 28 erkennbar wird, für einen erheblichen Teil des Umsatzes jeder Praxisform. Füllungen werden u. a. nach Anzahl der zu füllenden Zahnflächen unterschieden, mehrflächige Füllungen sind dabei dem höheren Aufwand entsprechend mit höheren Bewertungszahlen versehen.

In der Kategorie *Füllungen* rechnen i-MVZ im Jahr 2019 12 Prozent mehr Punkte je KCH-Fall ab als Einzelpraxen der UG1 (31,6 Punkte je KCH-Fall in i-MVZ vs. 28,1 Punkte je KCH-Fall in EP UG1). Übertroffen werden i-MVZ jedoch von den MVZ, die in der Kategorie *Füllungen* 32,9 Punkte je KCH-Fall abrechnen. Der Unterschied in Punkten je KCH-Fall wird durch eine erhöhte Abrechnungsmenge getrieben (Abbildung 29), denn i-MVZ rechnen 15 Prozent mehr Leistungen je 100 KCH-Fälle ab als die Einzelpraxen in UG1. Aus Abbildung 29 wird ebenfalls erkennbar, dass die Einzelpraxen der anderen Gruppen und auch die BAG der KG1 und KG2 diese Leistungen weniger häufig abrechnen als die Einzelpraxen in UG1. Daraus folgt, dass obwohl die Einzelpraxen in UG1 im Gruppenvergleich häufiger Füllungen durchführen als die anderen betrachteten Praxisformen, diese noch immer von den i-MVZ und MVZ übertroffen werden. In struktureller Hinsicht sind zwischen den Praxisformen hingegen praktisch keine Unterschiede zu erkennen. Im Schnitt rechnen i-MVZ in der Kategorie Füllungen 30,4 Punkte je Abrechnung ab, Einzelpraxen in UG1 dagegen 31,0 Punkte je Abrechnung, was einem unwesentlichen Unterschied von 2 Prozentpunkten entspricht (Abbildung 30).

In UG2 ist der Bereich der Füllungen der einzige Leistungsbereich, in dem die i-MVZ sich nicht nennenswert von den EP unterscheiden (plus 3 Prozent).

Anästhesien

Die Kategorie *Anästhesien* umfasst vorübergehende schmerzausschaltende Maßnahmen. Bei einem großen Teil aller zahnärztlichen Behandlungen kommen Leistungen aus der Kategorie *Anästhesien* zum Einsatz. I-MVZ rechnen in dieser KCH-Kategorie rund ein Viertel mehr Punkte je KCH-Fall ab als Einzelpraxen der UG1 (Abbildung 28). Auch hier kommt der Umsatzunterschied größtenteils durch eine erhöhte Abrechnungsmenge zustande: während Einzelpraxen der UG1 62,8 Anästhesien je 100 KCH-Fälle abrechnen, sind es in i-MVZ 79,4 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle und somit 26 Prozent mehr (Abbildung 29).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die MVZ aus UG1 und KG1 Anästhesieleistungen nochmals deutlich häufiger erbringen. Die MVZ in KG1 liegen mit 84,0 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle 34 Prozent und MVZ in UG1 mit 95,2 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle sogar 52 Prozent über den Einzelpraxen in UG1. Eine Bevorzugung von Leistungen mit höherer Bewertungszahl lässt sich nicht beobachten (Abbildung 30), wobei die Anästhesie-Leistungen relativ ähnliche Bewertungszahlen haben (8 bis 16 Punkte).

In UG2 liegt die Punktzahl je KCH-Fall für Anästhesieleistungen bei den i-MVZ um 39 Prozent über dem Wert der Einzelpraxen. Dieser deutliche Unterschied geht vollständig auf höhere Abrechnungsmengen zurück.

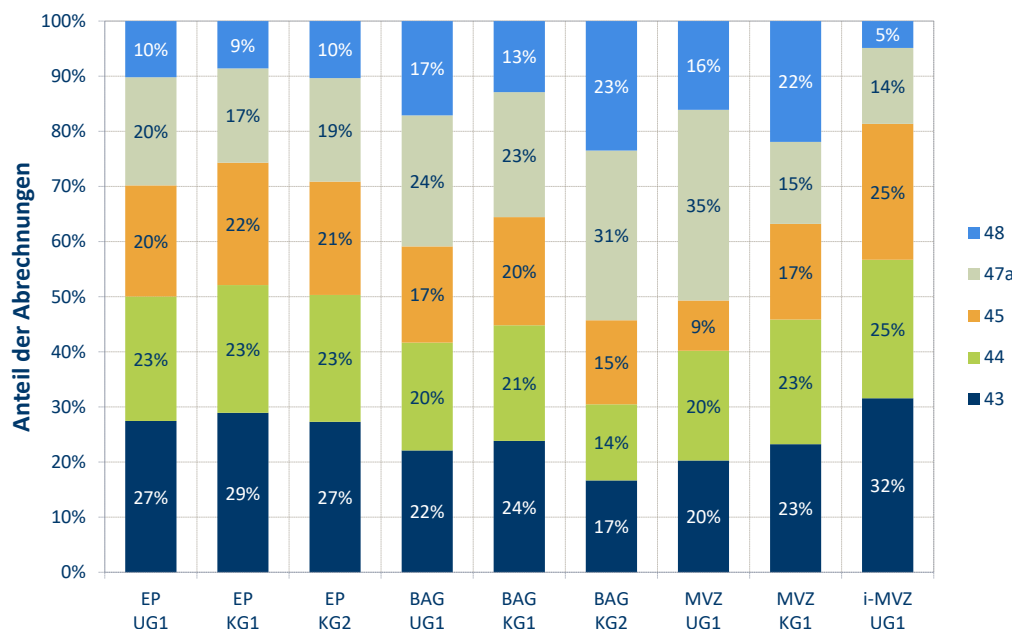
Extraktionen

Die Leistungskategorie *Extraktionen* fasst Leistungen zur Entfernung von Zähnen sowie der dazugehörigen Wundversorgung zusammen. Die Menge der abgerechneten Punkte je KCH-Fall in i-MVZ übersteigt auch hier die der Vergleichsgruppe von Einzelpraxen in UG1, wenn auch in geringerem Maße als in anderen KCH-Kategorien (Abbildung 28). Mit 4,8 Punkten je KCH-Fall liegen i-MVZ 6 Prozent über dem Niveau der Einzelpraxen in UG1 mit 4,5 Punkten je KCH-Fall. Die Differenz resultiert aus der Mengenkompente. Einzelpraxen in der UG1 führen im Schnitt 13,7 Extraktionsleistungen je 100 KCH-Fälle durch, i-MVZ jedoch 17,0 und somit 24 Prozent mehr (Abbildung 29). Auf struktureller Ebene zeigen sich bei den Extraktionen ebenfalls Unterschiede, ihre Richtung ist jedoch eine andere. Die Punkte je Abrechnung sind in den i-MVZ 15 Prozent niedriger als in Einzelpraxen in der UG1 (28,4 Punkte je Abrechnung in vs. 33,3 in EP UG1, Abbildung 30). Die strukturelle Komponente von Extraktionsleistungen ist auch insofern interessant, als dass sich hier insgesamt vergleichsweise hohe Unterschiede zwischen den Praxisformen zeigen. Die BAG und MVZ aller betrachteten Gruppen rechnen im Schnitt erheblich mehr Punkte je Abrechnung einer Extraktionsleistung ab, wobei die BAG in KG2 (45,7 Punkte je Abrechnung) und MVZ in UG1 (40,9 Punkte je Abrechnung) besonders hervorstechen.

Abbildung 32 stellt analog zur Abbildung 31 dar, wie sich die Leistungen in der Kategorie *Extraktionen* in den verschiedenen Praxisformen im Einzelnen zusammensetzen. Wie die Unterschiede in den Punkten je Abrechnung vermuten ließen, zeigen sich hier zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen den Praxisformen. Von allen Extraktionsleistungen erbringen i-MVZ einen höheren Anteil an solchen, die mit niedrigeren Bewertungszahlen vergütet werden (insbesondere Gebührenziffer 43 *Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung*) und weniger Extraktionsleistungen, die mit besonders hohen Bewertungszahlen einhergehen, wie bspw. die Ziffer 48 *Entfernen eines verlagerten Zahnes durch Osteotomie*. Bei den BAG in KG2 und den MVZ in UG1, die durch besonders hohe Punktmengen je Abrechnungen aufgefallen sind, verhält es sich entsprechend umgekehrt. Diese rechnen Gebührenziffern mit höheren Bewertungszahlen verhältnismäßig häufiger ab, insbesondere die Ziffer 47a *Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie* sowie die Ziffer 48.

In der UG2 zeigt sich auch in der Leistungskategorie *Extraktionen* ein sehr deutlicher Unterschied mit einer bei den i-MVZ um 79 Prozent höheren Punktzahl je KCH-Fall gegenüber den Einzelpraxen. Der Unterschied geht ganz überwiegend auf eine höhere Menge von solchen Leistungen je 100 KCH-Fälle zurück.

Abbildung 32: Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührensiffern 43, 44, 45, 47a und 48 in der KCH-Kategorie *Extraktionen* (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkungen: Die Gebührenziffer 43 wird mit 10 Punkten (Bewertungszahl), die 44 mit 15 Punkten, die 45 mit 40 Punkten, die 47a mit 58 Punkten und die 48 mit 78 Punkten vergütet.

Endodontie

Die KCH-Kategorie *Endodontie* umfasst Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Wurzelbehandlung erbracht werden. Darunter fallen beispielsweise Überkappungen, medikamentöse Einlagen sowie die Aufbereitung eines Wurzelkanals.

In der Kategorie *Endodontie* rechnen i-MVZ 30 Prozent mehr Punkte je KCH-Fall ab als Einzelpraxen der UG1 (9,8 Punkte je KCH-Fall in i-MVZ vs. 7,6 Punkte je KCH-Fall in EP UG1, Abbildung 28). Der Unterschied in Punkten je KCH-Fall kommt auch bei Endodontien durch die Mengenkompente zustande. Während Einzelpraxen in der UG1 im Jahr 2019 48,1 Endodontieleistungen je 100 KCH-Fälle abrechnen, werden von i-MVZ 60,5 Endodontieleistungen abgerechnet, was einer Differenz von 26 Prozent entspricht (Abbildung 29). In der Strukturkomponente zeigt sich ein Trend in die gleiche Richtung, d. h. i-MVZ rechnen mehr Endodontie-Punkte je Abrechnung ab, der Unterschied ist mit nur 4 Prozent jedoch gering (16,3 Punkte je Abrechnung in i-MVZ vs. 15,7 Punkte je Abrechnung in EP UG1, Abbildung 30).

Die Endodontie ist in UG2 die Unterkategorie mit dem größten Unterschied zwischen i-MVZ und EP: Um mehr als doppelte (115 %) liegen die abgerechneten

Punkte je KCH-Fall in den i-MVZ über dem Vergleichswert der EP (Abbildung 35). Neben einer deutlich höheren Menge – die Anzahl Abrechnungen von Endodontie-Ziffern je 100 KCH-Fälle liegt um 80 Prozent über den EP – spielt auch ein nennenswerter Struktureffekt eine Rolle, d. h. die durchschnittliche Punktzahl je Abrechnung aus der Unterkategorie Endodontie liegt in den i-MVZ der UG2 um 18 Prozent höher (Abbildung 37).

Chirurgische Leistungen

Die KCH-Kategorie *chirurgische Leistungen* umfasst eine Bandbreite chirurgischer Maßnahmen, wie Wurzelspitzenresektionen und Zystostomien. Diese können eigenständig oder im Zusammenhang mit anderen Leistungskategorien wie beispielsweise Extraktionen oder Endodontien anfallen.

Im Jahr 2019 haben Einzelpraxen der UG1 4,3 Punkte je KCH-Fall für chirurgische Leistungen abgerechnet, i-MVZ mit 4,5 Punkten je KCH-Fall nur unwesentlich mehr (Differenz 5 %, Abbildung 28). MVZ der UG1 hingegen rechnen mit 10,8 Prozent mehr als doppelt so viele Punkte je KCH-Fall ab, gefolgt von BAG der KG2 mit 7,0 Punkten je KCH-Fall. Eine Betrachtung der Mengenkomponente zeigt, dass i-MVZ auch in der Kategorie *chirurgische Leistungen* mit einer Differenz von 28 Prozent beträchtlich mehr Abrechnungen je 100 KCH-Fälle aufweisen als Einzelpraxen UG1 (33,8 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle in i-MVZ vs. 26,3 in EP UG1, Abbildung 29). Ähnlich wie bei dem Umsatz insgesamt, wird diese erhöhte Abrechnungshäufigkeit jedoch noch von MVZ in UG1 und BAG in KG2 (51,2 und 37,3 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle) übertroffen. Die Menge abgerechneter chirurgischer Leistungen in MVZ in UG1 übersteigt diejenige der Einzelpraxen derselben Gruppe um 95 Prozent.

Dass trotz der erheblich höheren Menge die i-MVZ in dieser Leistungskategorie nur einen leicht höheren Umsatz (Punkte je 100 KCH-Fälle) als die EP aufweisen, liegt an der gegenläufigen Abweichung in der Strukturkomponente: Während bei Einzelpraxen in der UG1 im Schnitt 16,2 Punkte je Abrechnung anfallen, sind es in den i-MVZ nur 13,3 Punkte je Abrechnung, was einer Differenz von 18,2 Prozent entspricht (Abbildung 30). Bei chirurgischen Leistungen zeigen die i-MVZ in der UG1 demnach eine Tendenz, eher Leistungen mit niedrigeren Bewertungszahlen abzurechnen. Die Mengen- und Strukturkomponenten sind in der Kategorie *chirurgische Leistungen* gegenläufig, d. h. die Ausweitung der Menge um 28 Prozent wird durch die Abrechnung von 18 Prozent weniger Punkten je Abrechnung teilweise kompensiert. Beide laufen zu einer Umsatzsteigerung von 5 Prozent zusammen.

In der UG2 ist dieser kompensatorische Effekt der Strukturkomponente dagegen nicht zu beobachten: Hier liegt die Menge in den i-MVZ um 83 Prozent über der in den EP, die Leistungsstruktur ist jedoch gleich, mit der Folge, dass im Bereich der chirurgischen Leistungen die abgerechnete Punktmenge je KCH-Fall insgesamt 80 Prozent höher ist.

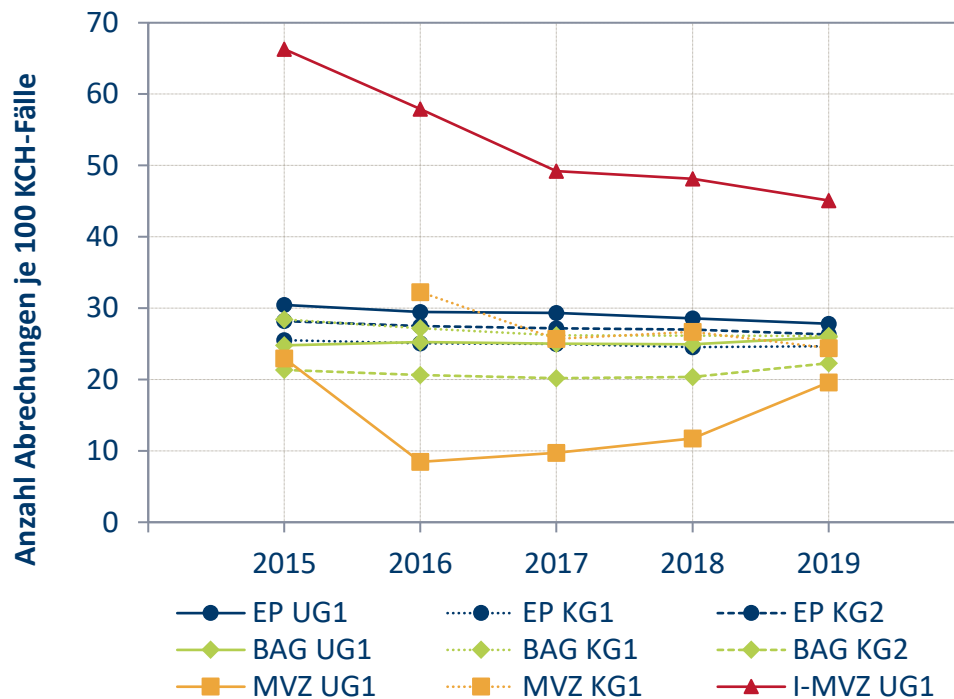
Minimale Interventionen

Unter die KCH-Kategorie *minimale Interventionen* fallen Leistungen wie beispielsweise *Behandlung überempfindlicher Zahnflächen* (10) oder *Beseitigung scharfer Zahnkanten/Prothesenränder* (106). Die meisten dieser Leistungen werden nur mit einer vergleichsweise geringen Bewertungszahl vergütet – die obigen Ziffern 10 und 106 haben Bewertungszahlen von 6 und 10 Punkten. Die Erbringung der genannten Leistungen stellt jedoch auch nur einen geringen Aufwand dar, sodass sie, trotz der geringen Vergütung dennoch rentabel sein können. Solche Leistungen könnten als mögliche „On-Top-Leistungen“ zusätzlich zu anderen Behandlungen erbracht werden. Eine häufigere Abrechnung von „On-Top-Leistungen“ könnte daher im Sinne einer Abrechnungsoptimierung mit dem Ziel der Umsatz- und Profitsteigerung genutzt werden. Mögliche „On-Top-Leistungen“ setzen sich v. a. aus den Abrechnungsziffern der Kategorie *Minimale Interventionen* zusammen, aber auch Ziffern anderer KCH-Kategorien können als solche verstanden werden. Als Beispiel ist hier die BEMA-Gebührenziffer 8, *Sensibilitätsprüfung der Zähne*, aus der Kategorie *Untersuchung und Beratung* zu nennen.

In der Kategorie *minimale Interventionen* rechnen i-MVZ 18 Prozent mehr Punkte je KCH-Fall ab als Einzelpraxen der UG1 (12,5 Punkte je Fall in i-MVZ vs. 10,6 Punkte in EP UG1, Abbildung 28). Betrachtet man die Mengenkomponekte so sieht man in der Kategorie *minimale Interventionen* die größte Abweichung zwischen i-MVZ und Einzelpraxen in UG1 (neben der in 2019 erstmals beobachteten großen Abweichung in der Kategorie *Besuche und Zuschläge*). I-MVZ rechnen 29 Prozent mehr minimale Interventionen je 100 KCH-Fälle ab (120,7 Abrechnungen je 100 KCH-Fälle in i-MVZ vs. 93,6 in EP UG1, Abbildung 29).

In der Abbildung 33 ist als Beispiel die Anzahl von Abrechnung je 100 KCH-Fälle für die BEMA-Gebührenziffer 105 (*Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen*) im Zeitverlauf dargestellt. Die Abrechnungshäufigkeiten sind in den Einzelpraxen und BAG über die Jahre leicht rückläufig. I-MVZ rechnen im Jahr 2015 die Ziffer 105 66,3-mal je 100 KCH-Fälle ab, wesentlich häufiger als Einzelpraxen der UG1, die diese Leistung nur 30,5-mal je 100 KCH-Fälle erbringen. Auch in den i-MVZ ist die Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 105 über die Jahre rückläufig, zwischen 2015 und 2017 sogar sehr stark. Doch auch im Jahr 2019 rechnen i-MVZ die Ziffer 105 noch 45,1-mal je 100 KCH-Fälle ab, wesentlich häufiger als Einzelpraxen in der UG1, die diese nur 27,8-mal je 100 KCH-Fälle abrechnen.

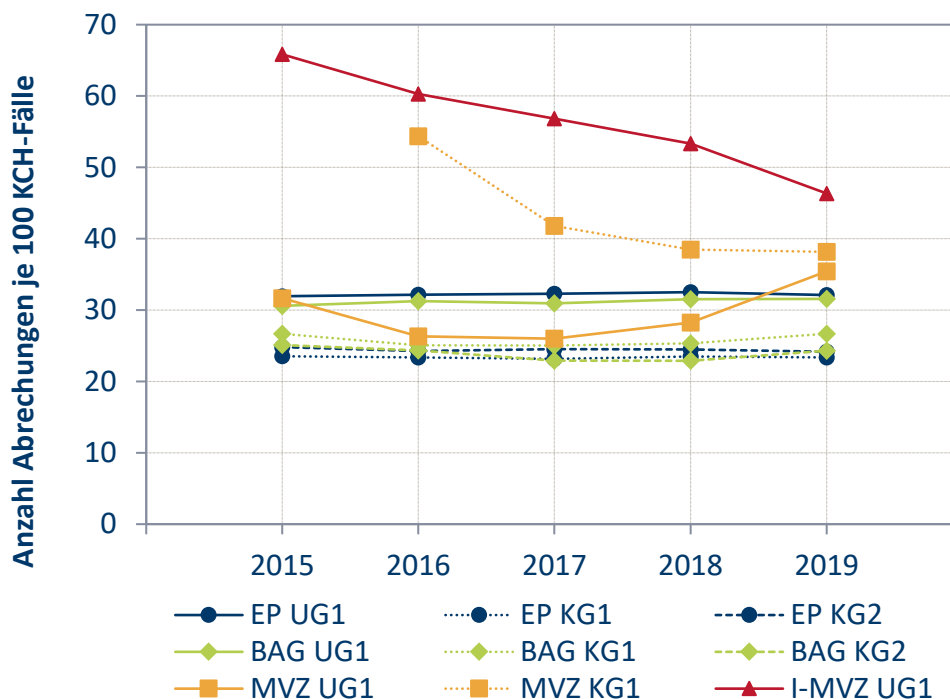
Abbildung 33: Anzahl Abrechnungen für die Leistung *Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen* (BEMA-Gebührenziffer 105) je 100 KCH-Fälle



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Auch die *Sensibilitätsprüfung der Zähne* (BEMA-Gebührenziffer 8), die der KCH-Kategorie *Untersuchung und Beratung* zugeordnet ist, kann als „On-Top-Leistung“ verstanden werden, die zusätzlich im Rahmen einer Untersuchung erbracht werden kann. Abbildung 34 zeigt, dass auch diese BEMA-Gebührenposition von i-MVZ häufiger abgerechnet wird als von den anderen Praxisformen. Vergleichbar zu der oben dargestellten BEMA-Gebührenziffer 105 (*Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen*) ist zu beobachten, dass die Abrechnungshäufigkeiten in i-MVZ im Zeitverlauf zurückgehen. Während Einzelpraxen in UG1 die *Sensibilitätsprüfung der Zähne* im Jahr 2019 jedoch 32-mal je 100 KCH-Fälle abrechnen, rechnen i-MVZ diese 46-mal ab und somit 44 Prozent häufiger.

Abbildung 34: Anzahl Abrechnungen für die Leistung Sensibilitätsprüfung der Zähne (BEMA-Gebührenziffer 8) je 100 KCH-Fälle



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

In der KCH-Kategorie *Minimale Interventionen* lässt sich in der Strukturkomponente ein leichter Effekt in die umgekehrte Richtung feststellen. Im Schnitt rechnen i-MVZ mit 10,3 Punkten je Abrechnung etwa 9 Prozent weniger Punkte je Abrechnung ab als Einzelpraxen der UG1 mit 11,3 Punkten je Abrechnung (Abbildung 30). Auch bei *minimalen Interventionen* zeigt sich daher das im Leistungsbereich KCH fast durchgängig beobachtete Muster der Umsatzsteigerung vornehmlich durch Mengenausweitung.

In der UG2 weisen die i-MVZ in dieser Kategorie gegenüber den EP eine um 10 Prozent höhere Punktzahl je KCH-Fall auf. Auch wird ein deutlicher Mengeneffekt (plus 18 Prozent) durch einen gegenläufigen Struktureffekt teilweise kompensiert (minus 7 Prozent).

Zusammenfassend für die Gruppen UG1, KG1 und KG2 kann festgehalten werden, dass sich Umsatzunterschiede zwischen i-MVZ und EP in allen KCH-Kategorien zeigen: i-MVZ rechnen mehr Punkte je KCH-Fall in allen Kategorien außer *IP/FU* ab, dort wiederum deutlich weniger. Fast immer handelt es hierbei um einen Effekt in der Mengenkompente. Es zeigt sich eine zum Teil starke Mengenausweitung seitens der i-MVZ, die oft im Bereich von 23 bis 29 Prozent liegt (*Besuche und Zuschläge* ausgenommen, siehe oben). In der Strukturkomponente finden sich in einigen Kategorien keine Unterschiede, in anderen sind diese nur geringfügig. In

manchen Kategorien zeigen i-MVZ Tendenzen dazu, Leistungen abzurechnen, die mit niedrigeren Bewertungszahlen versehen sind. Dies ist in den Kategorien *Extraktionen, chirurgische Leistungen* und *minimale Interventionen* der Fall. In all diesen ist jedoch die Mengenausweitung stärker, sodass trotz eines umgekehrten Trends in der Strukturkomponente, insgesamt ein erhöhter Umsatz im Vergleich zu Einzelpraxen in der UG1 generiert wird. In der Kategorie *Röntgen* zeigt sich eine leichte Tendenz zu Röntgenleistungen mit höheren Bewertungszahlen.

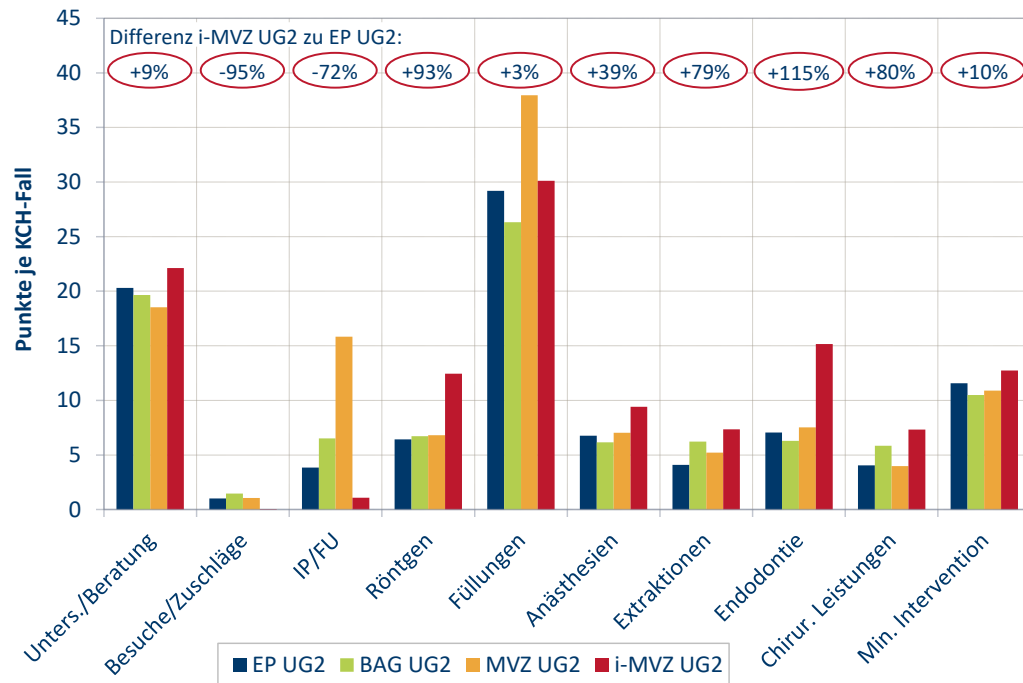
Die Befunde in der UG1 werden durch die Analysen in der UG2 nicht nur bestätigt, sondern sind dort in den meisten Leistungskategorien noch deutlich ausgeprägter: Abgesehen von *Besuchen und Zuschlägen* sowie *IP/FU* liegen die von den i-MVZ abgerechneten Punktzahlen je KCH-Fall in allen übrigen Kategorien teilweise deutlich höher als in den EP.

In Bezug auf *IP/FU* wurde bereits oben darauf hingewiesen, dass die geringeren Leistungsmengen in den i-MVZ vermutlich durch die abweichenden Altersstrukturen, d. h. den niedrigeren Anteil von unter 18-Jährigen erklärbar sind. Die in UG2 in allen Jahren, in UG1 von 2015 bis 2018 beobachteten sehr geringen Leistungsmengen im Bereich *Besuche und Zuschläge* dürften hingegen darauf zurückzuführen sein, dass die betreffenden Patientengruppen – vor allem Bewohner von Pflegeheimen – von den i-MVZ nicht im gleichen Maße versorgt werden, wie von den anderen Praxisformen. Der starke Anstieg bei den i-MVZ der UG1 in 2019 deutet darauf hin, dass manche i-MVZ dies offenbar ändern.

Insgesamt kommt als Erklärung für die beobachteten Unterschiede vor allem in Betracht, dass i-MVZ gleiche Patienten unterschiedlich, d. h. mit mehr Leistungen, behandeln. Denkbar ist jedoch auch, dass i-MVZ bestimmte Patientengruppen stärker attrahieren. Die Altersverteilung der behandelten Patienten zeigt, dass die i-MVZ nur wenige Kinder und einen geringeren Anteil älterer Menschen, jedoch mehr junge und mittelalte Erwachsene behandeln (Abbildung 22). Wie oben bereits dargelegt, können diese Unterschiede im Altersaufbau der Patientenpopulationen die beobachteten Unterschiede zwischen i-MVZ und Einzelpraxen auf der Ebene der im KCH-Bereich insgesamt abgerechneten Punktvolumina nicht erklären. Bezogen auf einzelne Leistungskategorien ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Unterschiede im Abrechnungsverhalten auch auf Unterschiede in der Altersverteilung der Patienten zurückzuführen ist. Inwieweit dies zutrifft, lässt sich mit den Daten, die IGES zur Verfügung standen nicht weiter prüfen.

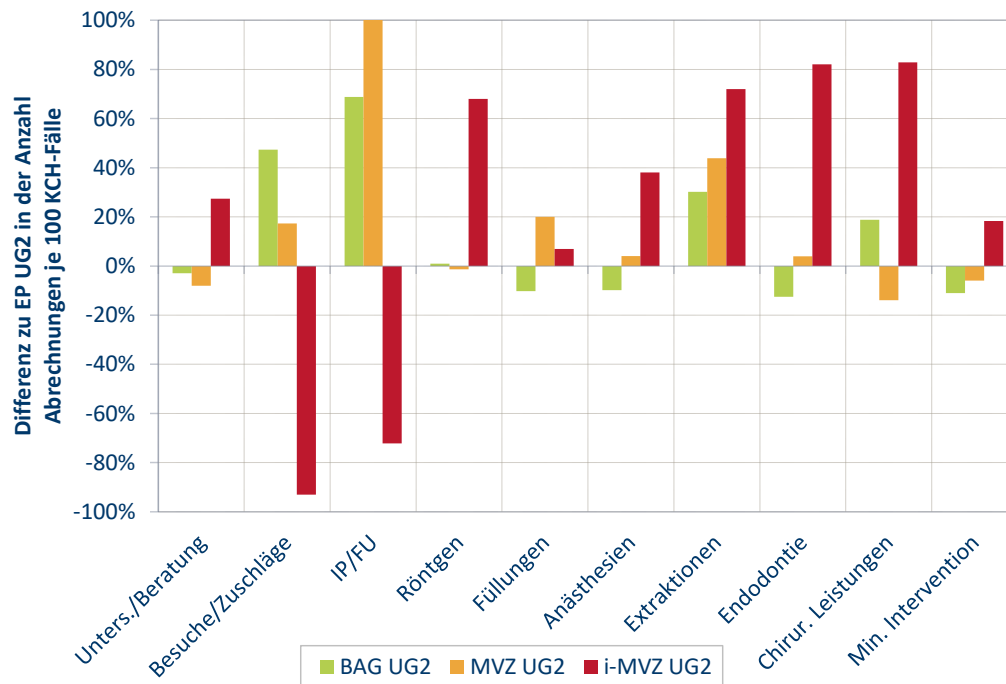
Die in Abbildung 28 bis Abbildung 30 dargestellten Analysen für UG1, KG1 und KG2 werden entsprechend für die UG2 in den nachstehenden Abbildung 35, Abbildung 36 und Abbildung 37 gezeigt.

Abbildung 35: Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG2 (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

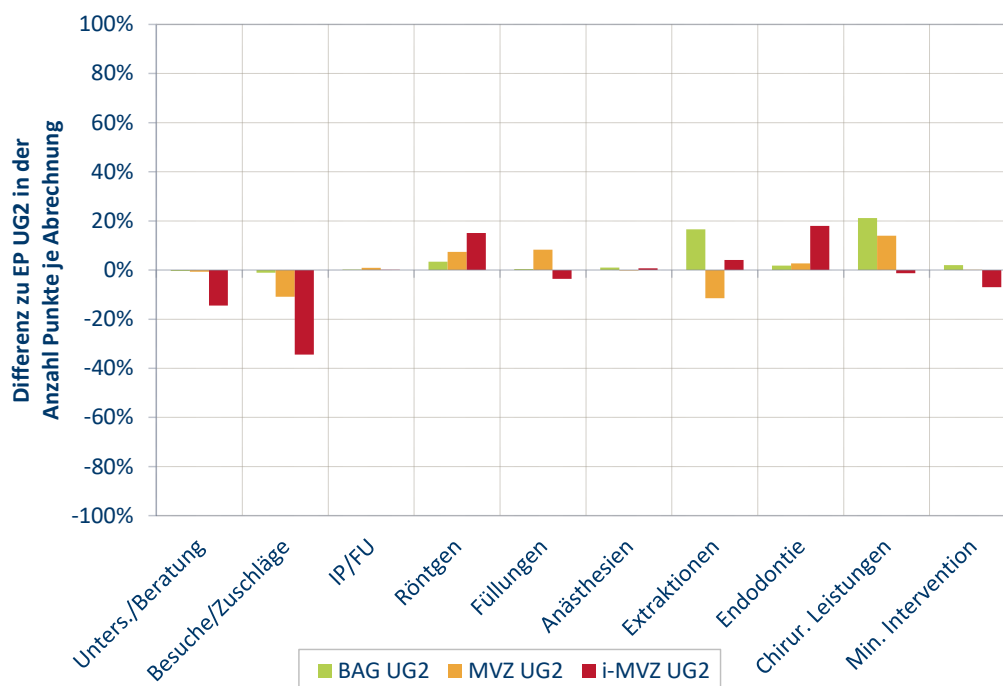
Abbildung 36: Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 KCH-Fälle) zwischen Einzelpraxen in UG2 und den anderen Praxisformen in UG2 in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkungen: Der Wert für MVZ in der Kategorie IP/FU beträgt 308 %. Zur besseren Lesbarkeit der Abbildung wurde die Achse auf 100 % beschnitten.

Abbildung 37: Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Anzahl Punkte je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG2 und den anderen Praxisformen in UG2 in zehn Kategorien von KCH-Leistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

3.4.4 Leistungsbereich ZE

Die nachfolgenden Analysen widmen sich dem Leistungsbereich „Zahnersatz“ (ZE). Im Leistungsbereich ZE werden Neuversorgungen und Wiederherstellungen von Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen und Prothesen durchgeführt. An Kronen, Brücken und Prothesen beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen durch sogenannte Festzuschüsse. Die Festzuschüsse decken durchschnittlich 50 Prozent der Kosten für die Art des Zahnersatzes, die aus zahnmedizinischer Sicht erforderlich und ausreichend ist. Dies ist die sogenannte Regelversorgung. Wenn Versicherte regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, erhöht sich der Festzuschuss, den die gesetzlichen Krankenkassen zahlen. Zahnärzte rechnen das Honorar für Leistungen der Regelversorgung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) und das Material und Labor nach dem bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) ab. Die Kosten in Höhe des Festzuschusses rechnen Zahnärzte über die KZVen mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Den evtl. verbleibenden Rest, stellen sie dem Versicherten in Rechnung.

Wenn GKV-Versicherte eine Versorgung mit Zahnersatz wählen, die aufgrund von zusätzlichen Leistungen über die Regelversorgung hinausgeht (z. B.

Vollverblendung von Kronen bei bestimmten Zähnen im Seitenzahnbereich) liegt eine sogenannte gleichartige Versorgung vor. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen den Festzuschuss für die entsprechende Regelversorgung. Die zusätzlichen Leistungen zahlt der Versicherte selbst, zusätzlich zu dem eventuellen Eigenanteil an der Regelversorgung. Der Zahnarzt rechnet das Honorar für die zusätzlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die Kosten für das zusätzliche Material und Labor nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) ab. Die Abrechnung über die Höhe des Festzuschusses erfolgt über die KZVen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Den restlichen Betrag stellt der Zahnarzt dem Versicherten in Rechnung.

Wenn GKV-Versicherte dagegen einen von der Regelversorgung grundsätzlich abweichenden Zahnersatz wählen (z. B. Suprakonstruktionen), liegt eine sogenannte andersartige Versorgung vor. Der Zahnarzt berechnet die Kosten für andersartige Versorgung nach GOZ und BEB und stellt sie dem Versicherten in Rechnung. Der Versicherte kann sich bei der Krankenkasse den entsprechenden Festzuschuss erstatten lassen. Bei andersartiger Versorgung erfolgt also keine Abrechnung über die KZVen. Da die hier verwendeten Daten von den KZVen stammen, können ihnen keine Informationen zu andersartigen Versorgungsmöglichkeiten entnommen werden.

Zusammenfassend setzt sich der für Zahnersatz abgerechnete Gesamtbetrag aus dem Honorar sowie den Kosten für Material und Labor zusammen. Das Honorar unterteilt sich in das BEMA-Honorar und das GOZ-Honorar. Die Kosten für Material und Labor unterteilen sich in den nach BEL und den BEB abgerechneten Anteil und sonstige Materialkosten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht, sind die Komponenten des ZE-Gesamtbetrags unterschiedlich attraktiv: Eine Abrechnung über GOZ ist aus wirtschaftlicher Sicht insofern vorteilhafter, als mit höherwertigen, über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen vielfach bessere Margen erzielt werden können. Daher wäre zu erwarten, dass eine verstärkte Renditeorientierung zu einer Bevorzugung von gleichartiger Versorgung gegenüber Regelversorgung führt. Auch eine Bevorzugung von andersartiger Versorgung gegenüber gleichartiger oder Regelversorgung wäre zu erwarten, wobei dies mit den vorliegenden Daten jedoch nicht untersucht werden kann.

Vor diesem Hintergrund werden für den Leistungsbereich Zahnersatz folgende Analysen durchgeführt, um ggf. auftretende systematische Unterschiede im Abrechnungsverhalten von i-MVZ zu identifizieren:

- ◆ ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall: Ein höherer ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall würde darauf hinweisen, dass insgesamt mehr und/oder teurere Leistungen erbracht werden.
- ◆ Anteil Neuversorgungen an den ZE-Fällen: Da Wiederherstellungen typischerweise als Regelversorgungen durchgeführt werden, während bei Neuversorgungen auch eine gleichartige Versorgung erfolgen kann, dürften Neuversorgungen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive attraktiver sein.

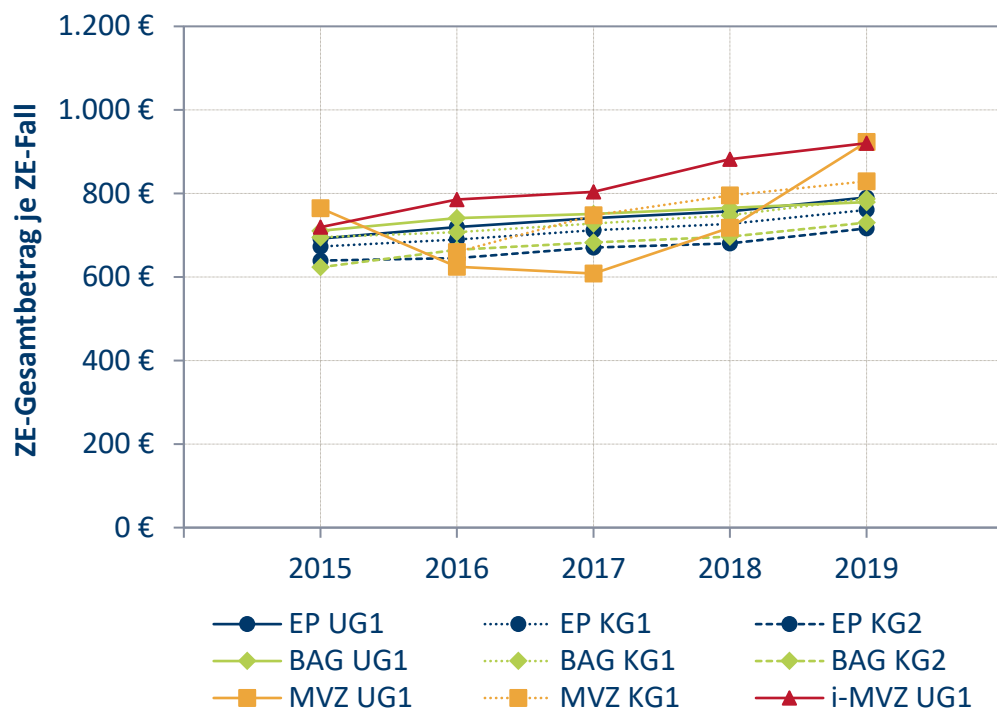
- ♦ GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall: Wie oben erwähnt ist es aus wirtschaftlicher Sicht vorteilhaft, den Anteil des GOZ-Honorars gegenüber dem BEMA-Honorar zu erhöhen.
- ♦ Durchschnittlicher Festzuschussbetrag je Fall: Ein höherer durchschnittlicher Festzuschussbetrag je Fall würde darauf hinweisen, dass mehr und/oder teurere Leistungen erbracht werden. Durch eine Untergliederung in Kategorien von Festzuschuss-Ziffern (FZ-Ziffern) oder auch durch Betrachtung der Anzahl Abrechnungen für einzelne FZ-Ziffern können ggf. auftretende Auffälligkeiten in der Menge und Art der Leistungen identifiziert werden.

3.4.4.1 ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall

Wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben rechnen Zahnärzte im Leistungsbereich ZE das Honorar für ihre Leistungen sowie die Kosten für Material und Labor ab. Um einen ersten Überblick über den Leistungsbereich zu bekommen, zeigt Abbildung 38 den Gesamtbetrag für Zahnersatz, der je Fall abgerechnet wurde, bei dem eine Zahnersatzleistung erbracht wurde (ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall) für UG1, KG1 und KG2.

Der ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall steigt in allen Praxisformen in UG1, KG1 und KG2 über die Jahre 2015 bis 2019 an. In Einzelpraxen und BAG beträgt der Anstieg circa 10 bis 15 Prozent. In i-MVZ beträgt er 28 Prozent. In absoluten Zahlen beträgt der ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall im Jahr 2015 in Einzelpraxen, BAG und i-MVZ circa 700 Euro. Aufgrund des stärkeren Anstiegs in den Jahren 2015 bis 2019 liegt der ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in i-MVZ im Jahr 2019 bei 920 Euro und damit um 16 Prozent höher als in Einzelpraxen (790 €) und um 21 Prozent höher als in BAG (779 €) in UG1. Die Differenzen zu Einzelpraxen und BAG in KG1 und KG2 sind ähnlich.

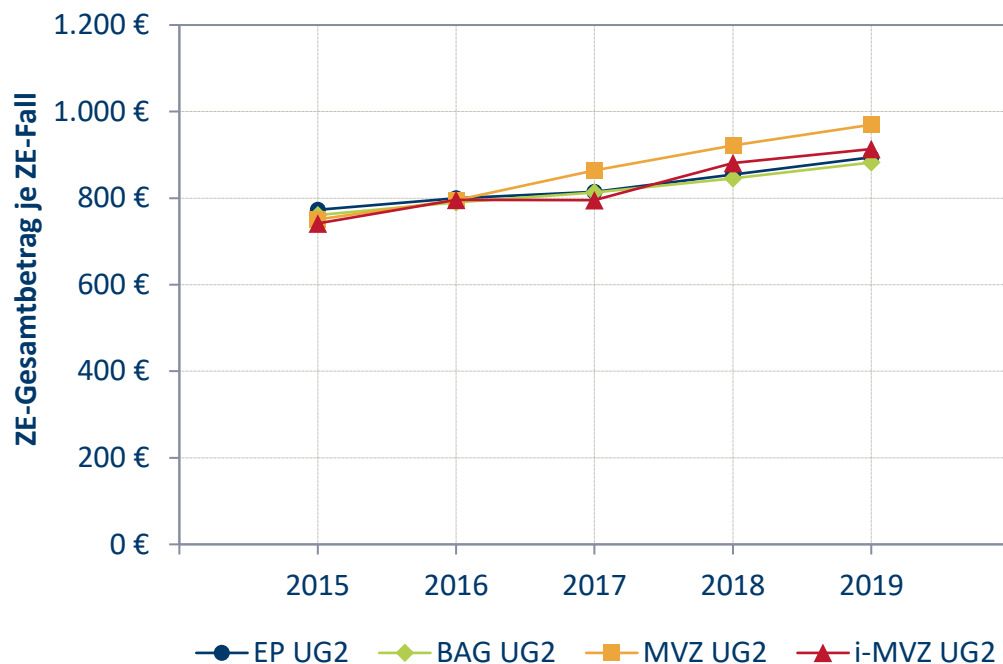
Abbildung 38: ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

In UG2 ist ebenfalls ein Anstieg des ZE-Gesamtbetrags je ZE-Fall über die Jahre 2015 bis 2019 zu beobachten (Abbildung 39). In Einzelpraxen und BAG beträgt er 16 Prozent, in i-MVZ 23 Prozent. Die absoluten Werte des ZE-Gesamtbetrags je ZE-Fall unterscheiden sich in UG2 nur wenig zwischen Einzelpraxen, BAG und i-MVZ. In 2015 liegen i-MVZ mit 742 Euro etwas niedriger als Einzelpraxen (773 €) und BAG (761 €) während sie in 2019 etwas höher liegen (913 € versus 894 € bzw. 882 €).

Abbildung 39: ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in der Gruppe UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Die Ergebnisse für UG1, KG1 und KG2 deuten somit darauf hin, dass in i-MVZ für Zahnersatzleistungen im Durchschnitt mehr Kosten abgerechnet werden als in Einzelpraxen und BAG. In UG2 lässt sich dieses Ergebnis allerdings nicht beobachten.

Einen relativ großen Einfluss auf den ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall hat der Anteil Neuversorgungen an den ZE-Fällen (vgl. Kapitel 3.4.4.2). Dies liegt an dem relativ großen Unterschied in den Kosten für Neuversorgungen im Vergleich zu Wiederherstellungen. Laut dem Barmer Zahnreport lagen die Ausgaben je versorgter Versicherter im Jahr 2018 bei 1.518 Euro für Neuversorgungen und bei 121 Euro für Wiederherstellungen.²⁴ Legt man diese Beträge einer Berechnung des ZE-Gesamt Betrags je ZE-Fall zugrunde, so ergibt sich folgendes:

- ♦ Bei einem Anteil von 50 Prozent Neuversorgungsfällen – wie in Einzelpraxen und BAG in UG1 im Jahr 2019 (vgl. Kapitel 3.4.4.2) – läge der ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall bei 820 Euro ($1.518 \text{ €} \cdot 50 \% + 121 \text{ €} \cdot 50 \%$).
- ♦ Bei einem Anteil von 57 Prozent Neuversorgungsfällen – wie in i-MVZ in UG1 im Jahr 2019 (vgl. Kapitel 3.4.4.2) – läge der ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall bei 917 Euro ($1.518 \text{ €} \cdot 57 \% + 121 \text{ €} \cdot 43 \%$).

²⁴ Rädel, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Reinacher, U., & Walter, M. (2020) Barmer Zahnreport 2020, Hrsg. Barmer, Berlin

Ein Unterschied von sieben Prozentpunkten im Anteil der Neuversorgungsfälle führt in der Beispielrechnung also zu einem 12 Prozent höheren ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall, obwohl der angenommene Gesamtbetrag je Neuversorgungsfall bzw. je Wiederherstellungsfall gleich ist.²⁵

3.4.4.2 Anteil Neuversorgungen an ZE-Fällen

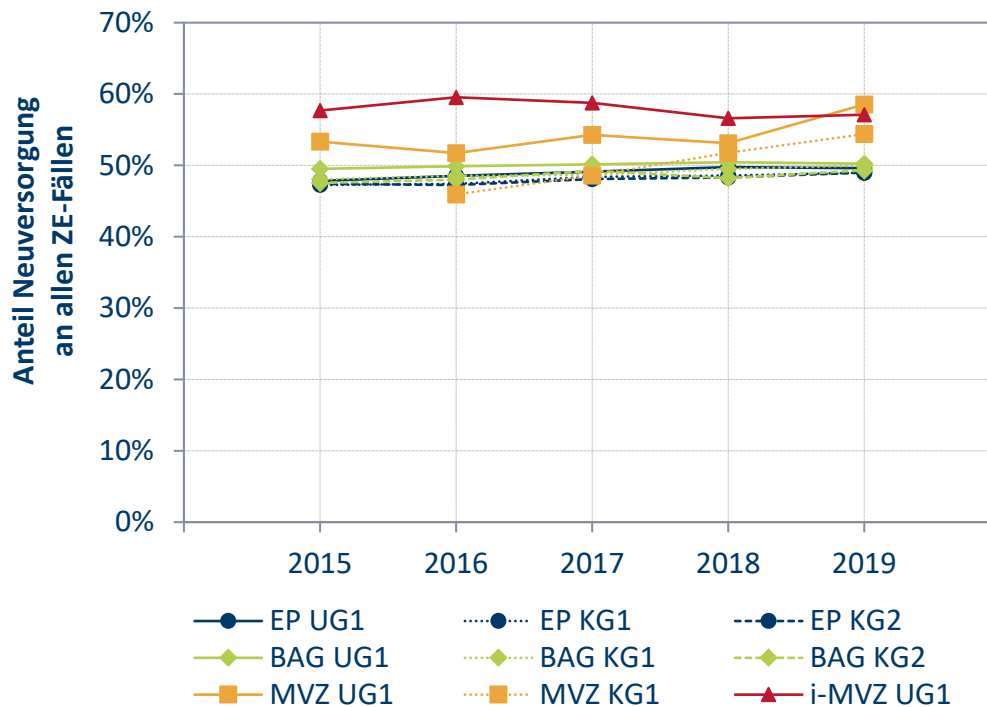
Wenn ein Patient einen neuen Zahnersatz erhält, spricht man von Neuversorgung. Wenn ein bestehender Zahnersatz repariert, verändert, erneuert oder erweitert wird, spricht man von Wiederherstellung. In den nachfolgenden Analysen werden Neuversorgungen definiert als Fälle, in denen mindestens eine der FZ-Ziffern 1.1 bis 5.4 abgerechnet wurde. Zusätzlich können auch FZ-Ziffern für Wiederherstellungen (6.0 bis 6.10 bzw. 7.1 bis 7.7) abgerechnet worden sein. Wiederherstellungen werden definiert als Fälle, in denen mindestens eine der FZ-Ziffern 6.0 bis 6.10 bzw. 7.1 bis 7.7 abgerechnet wurde und keine der FZ-Ziffern 1.1 bis 5.4.

Wiederherstellungen werden typischerweise als Regelversorgung durchgeführt, d. h. es werden kein Honorar nach GOZ und keine Material und Laborkosten nach BEB abgerechnet. Die Festzuschussbeträge für Wiederherstellungen sind relativ niedrig im Vergleich zu den Festzuschussbeträgen für Neuversorgungen. Insofern kann unterstellt werden, dass Wiederherstellungen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive weniger attraktiv sind als Neuversorgungen.

Abbildung 40 zeigt den Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte für UG1, KG1 und KG2. In allen untersuchten Jahren (2015 bis 2019) liegt der Anteil Neuversorgungen in i-MVZ höher als in Einzelpraxen und in BAG (57 bis 60 % versus 47 bis 50 %). Letztere unterscheiden sich kaum zwischen UG1, KG1 und KG2. In MVZ in UG1 liegt der Anteil zwischen 53 und 59 Prozent, in KG1 zwischen 46 und 54 Prozent.

²⁵ Dieselbe Sensitivität tritt für die Kennzahlen BEMA-Honorar je ZE-Fall, GOZ-Honorar je ZE-Fall, Material- und Laborkosten je ZE-Fall sowie Kassenanteil je ZE-Fall auf. Da relativ große Unterschiede im Anteil Neuversorgungsfälle zwischen den Praxisformen beobachtet werden, können die genannten Kennzahlen kaum interpretiert werden und werden daher hier nicht berichtet. Es wäre zu erwägen die genannten Kennzahlen getrennt für Neuversorgungsfälle und Wiederherstellungsfälle zu erheben (oder sogar für jede FZ-Ziffer).

Abbildung 40: Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2

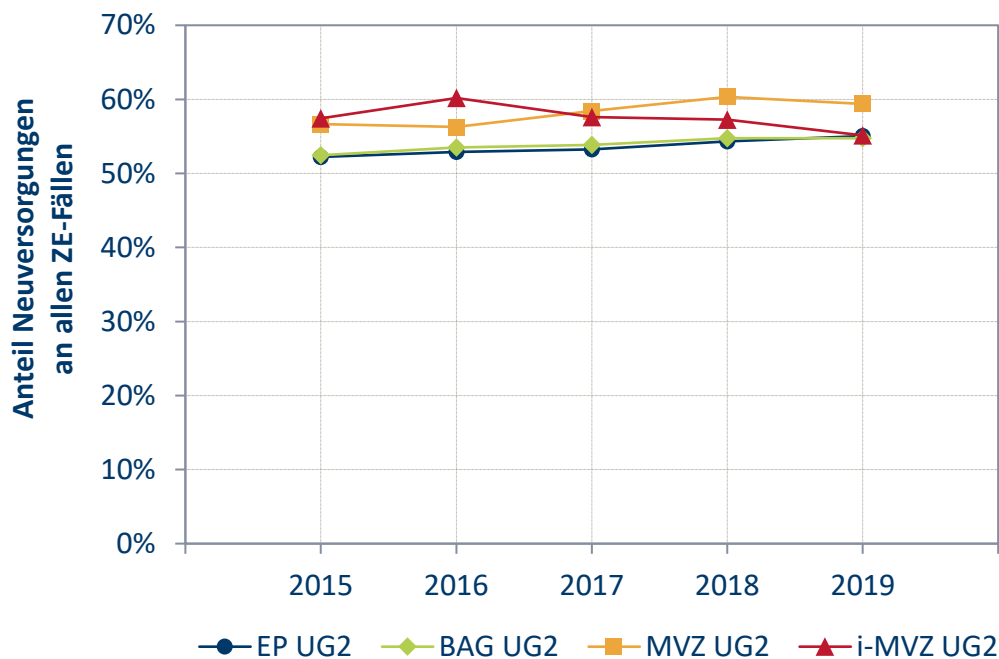


Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkung: Fälle, die eine Neuversorgung erhielten, können zusätzlich auch eine Wiederherstellung erhalten haben.

Betrachtet man die UG2 so liegt der Anteil Neuversorgungen in den frühen Jahren in i-MVZ höher als in Einzelpraxen und BAG (z. B. 60 % versus 53 % in 2016, Abbildung 41). In den darauffolgenden Jahren nähern sich die Werte an und im Jahr 2019 beträgt der Anteil Neuversorgungen in i-MVZ, Einzelpraxen und BAG 55 Prozent. MVZ in UG2 führen in allen untersuchten Jahren bei einem größeren Anteil der ZE-Fälle Neuversorgungen durch als Einzelpraxen und BAG (56 bis 60 %).

Abbildung 41: Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkung: Fälle, die eine Neuversorgung erhielten, können zusätzlich auch eine Wiederherstellung erhalten haben.

Die Ergebnisse liefern einen Hinweis, dass in i-MVZ (und auch MVZ) bevorzugt Neuversorgungen im Gegensatz zu Wiederherstellungen durchgeführt werden.

Eine mögliche Ursache könnte sein, dass i-MVZ ihren Patienten vermehrt Neuversorgungen anbieten oder besonders attraktive Angebote für Neuversorgungen unterbreiten. So wirbt beispielsweise die i-MVZ-Kette *Dr. Z* mit „100 % Zahnersatz – 0 % Zuzahlung“. Die Kette verspricht, Mengenrabatte bei den Materialbestellungen als Ersparnisse an die Patienten weiterzugeben und dadurch Regelversorgung so günstig anbieten zu können, dass dem Patienten keine Zuzahlung entsteht.²⁶

Aufgrund der durchgeführten Analysen lässt sich nicht entscheiden, ob die vermehrten Neuversorgungen darauf zurückzuführen sind, dass (i-)MVZ Patienten, die eine Neuversorgung benötigen bzw. wünschen besonders „anlocken“ oder ob es sich um eine Substitution von zahnmedizinisch möglichen Wiederherstellungen durch Neuversorgungen handelt. Sofern Neuversorgungen vorgenommen werden, obwohl der Zahnersatz eigentlich wiederherstellbar ist, handelt es sich aus Sicht der GKV um eine Fehlversorgung, die zu höheren Kosten führt und damit als Unwirtschaftlichkeit zu bewerten wäre. Auch für die Versicherten kann eine nicht

²⁶ <https://www.doktor-z.net/leistungen/zahnersatz/zahnersatz-zum-nulltarif/> Letzter Abruf 21.08.2020

erforderliche Neuversorgung zu vermeidbaren finanziellen Mehrbelastungen führen.

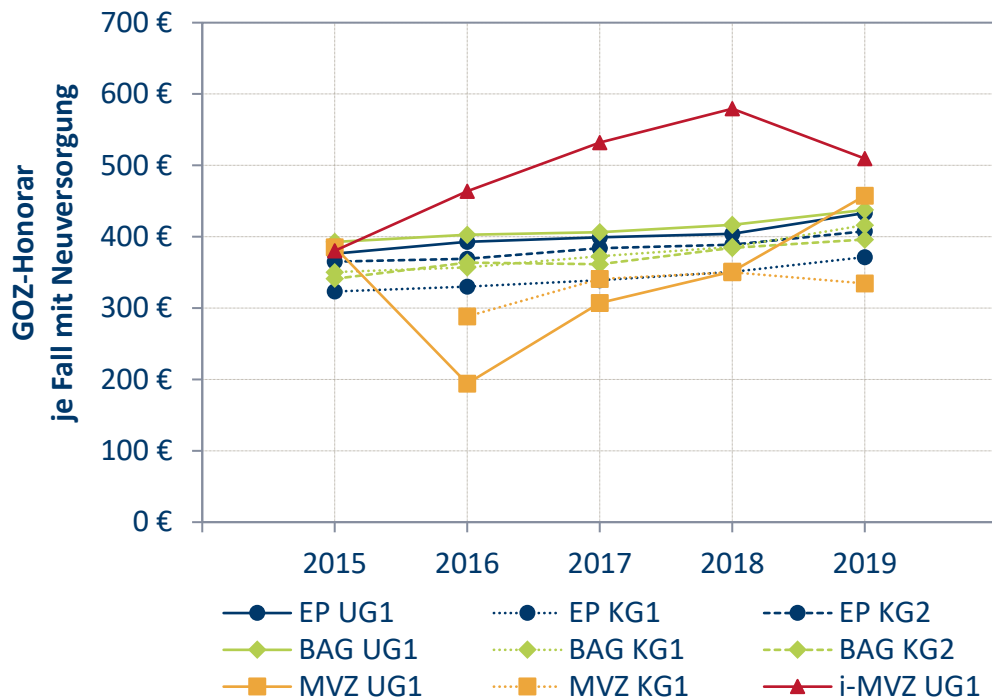
3.4.4.3 GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall

Wenn Versicherte eine gleichartige Versorgung wählen, rechnet der Zahnarzt das Honorar für den Teil der Leistung, der über die Regelversorgung hinausgeht, über GOZ ab. Der durchschnittliche Betrag des GOZ-Honorars je ZE-Fall ist somit ein Indikator dafür, wie häufig eine gleichartige Versorgung durchgeführt wird bzw. wie aufwändig eine solche ist. Wie eingangs erwähnt, sind bei über die Regelversorgung hinausgehenden höherwertigen Leistungen, die über GOZ abgerechnet werden, vielfach höhere Margen erzielbar als bei einer Abrechnung über BEMA. Daher ist es aus wirtschaftlicher Sicht vorteilhaft, vermehrt über GOZ abzurechnen.

Da bei Wiederherstellungen meist kein oder kaum GOZ-Honorar anfällt, wurde für die nachfolgende Analyse das für ZE insgesamt abgerechnete GOZ-Honorar durch die Anzahl Fälle mit Neuversorgungen dividiert. Bei den gezeigten Beträgen handelt es sich also um eine Näherung für das GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall.

In Einzelpraxen und BAG der UG1 steigt das GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall von 376 Euro bzw. 393 Euro im Jahr 2015 auf 433 Euro bzw. 438 Euro im Jahr 2019, was einem Plus von 15 Prozent bzw. 11 Prozent entspricht (Abbildung 42). In KG1 und KG2 zeigt sich eine ähnliche Entwicklung, jedoch auf etwas niedrigerem Niveau. I-MVZ in UG1 liegen 2015 auf dem gleichen Niveau wie Einzelpraxen und BAG (380 €). Bis 2018 steigt das GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall in i-MVZ dann stark an (579 € in 2018), um im Jahr 2019 wieder zu sinken. Im Jahr 2019 liegen i-MVZ jedoch weiterhin mit 510 Euro um 18 Prozent über Einzelpraxen und BAG.

Abbildung 42: GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2

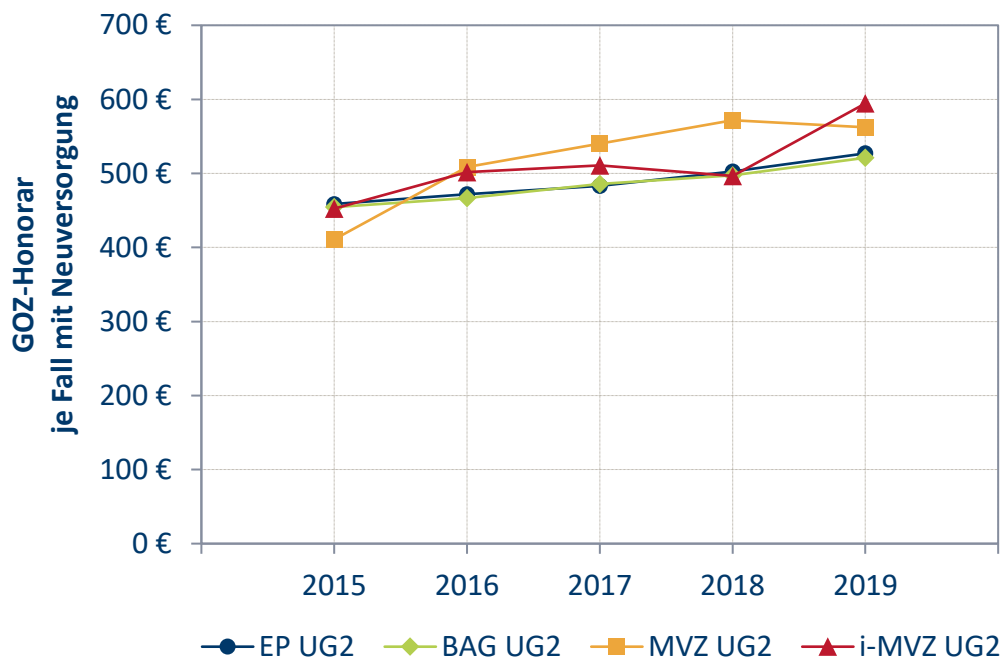


Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkung: Es handelt sich um eine Schätzung, da das insgesamt für ZE abgerechnete GOZ-Honorar auf die Anzahl Neuversorgungsfälle bezogen wurde.

In UG2 zeigt sich für Einzelpraxen und BAG eine ähnliche Entwicklung wie in UG1, KG1 und KG2. Das GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall steigt von 459 Euro bzw. 454 Euro in 2015 auf 527 Euro bzw. 521 Euro. Dies entspricht einem Anstieg von 15 Prozent. Für i-MVZ in UG2 liegt das GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall in den Jahren 2015 bis 2018 auf einem ähnlichen Niveau wie in Einzelpraxen und BAG. Von 2018 auf 2019 erfolgt ein stärkerer Anstieg, sodass der Wert für i-MVZ im Jahr 2019 (594 €) um 13 Prozent über dem Wert für Einzelpraxen und BAG liegt.

Abbildung 43: GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Anmerkung: Es handelt sich um eine Schätzung, da das insgesamt für ZE abgerechnete GOZ-Honorar auf die Anzahl Neuversorgungsfälle bezogen wurde.

Die Ergebnisse liefern einen Hinweis, dass in i-MVZ (und auch MVZ) für Neuversorgungsfälle vermehrt gleichartige Versorgung erbracht wird bzw. eine aufwändigere gleichartige Versorgung. Da das für gleichartige Versorgung abgerechnete GOZ-Honorar typischerweise lukrativer ist als ein nach BEMA abgerechnetes Honorar (welches im Rahmen einer Regelversorgung ausschließlich anfiel), stützt das Ergebnis die These, dass i-MVZ vermehrt solche Leistungen erbringen, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht vorteilhaft sind.

Es ist anzumerken, dass ein höheres GOZ-Honorar je Neuversorgungsfall nicht unbedingt höhere Kosten für den behandelten Versicherten bedeutet. Eine mögliche Strategie ist es, die Material und Laborkosten bei Zahnersatz möglichst niedrig zu halten (z. B. durch Mengenrabatte, Einkauf in Ländern mit niedrigeren Lohnkosten oder durch vertikale Integration mit einem Zahntechniklabor). Die bei Material und Labor erzielten Ersparnisse könnten in ein höheres GOZ-Honorar verschoben werden, sodass für den Versicherten insgesamt gesehen gleiche (oder sogar niedrigere) Kosten entstehen. Wie im vorangehenden Abschnitt bereits dargelegt, ist jedoch zu beachten, dass Neuversorgungen grundsätzlich als unwirtschaftlich zu bewerten sind, sofern ein vorhandener Zahnersatz eigentlich reparabel wäre.

3.4.4.4 Analyse von FZ-Ziffern

Um im Detail untersuchen zu können, inwiefern sich das Abrechnungsgeschehen im Leistungsbereich ZE in i-MVZ systematisch von anderen Praxisformen unterscheidet, werden nachfolgend die Abrechnungen von Gruppen von FZ-Ziffern und von einzelnen FZ-Ziffern betrachtet. Auffällig wäre, wenn es zur vermehrten Abrechnung bestimmter FZ-Ziffern käme, insbesondere solcher mit höheren Festzuschussbeträgen oder solcher, bei denen eher eine gleichartige Versorgung in Frage kommt. Letzteres könnte z. B. beim Vergleich von Kronen und Brücken versus Totalprothesen zu sehen sein. Es könnten jedoch auch generell mehr Leistungen je Fall abgerechnet werden.

Analog zum Vorgehen für den Leistungsbereich KCH (vgl. Kapitel 3.4.3.2) erfolgt die Analyse anhand von drei Kennziffern: Zunächst wird der durchschnittliche Festzuschussbetrag für die jeweilige ZE-Kategorie je Fall berechnet (analog zu Punkte je KCH-Fall²⁷). Dieser Betrag wird dann in seine Mengenkomponente (Anzahl Abrechnungen je 100 Fälle) und seine Strukturkomponente (durchschnittlicher Festzuschussbetrag je Abrechnung) zerlegt. Im Unterschied zu den Analysen für KCH, wird hier mit zwei separaten Gruppen von Fällen gearbeitet: Für FZ-Ziffern, die den Neuversorgungen zugeordnet sind (vgl. Kapitel 3.4.4.2), erfolgt die Berechnung unter Verwendung der Anzahl Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte (Neuversorgungsfälle). Für FZ-Ziffern, die den Wiederherstellungen zugeordnet sind (vgl. Kapitel 3.4.4.2), erfolgt die Berechnung unter Verwendung der Anzahl Fälle, bei denen eine Wiederherstellung erfolgte (Wiederherstellungsfälle).

Den Berechnungen liegt der Festzuschussbetrag ohne Bonus laut der Festzuschuss-Richtlinie, die am 01.01.2019 in Kraft getreten ist, zugrunde. D. h. Änderungen in den verhandelten Festzuschussbeträgen über die Jahre sind nicht reflektiert, sodass auch zwischen den Jahren Vergleiche gezogen werden können. Die gezeigten Werte entsprechen also den Kosten, die die gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt für einen Neuversorgungsfall bzw. Wiederherstellungsfall zahlen, wobei Bonuszahlungen nicht berücksichtigt sind.

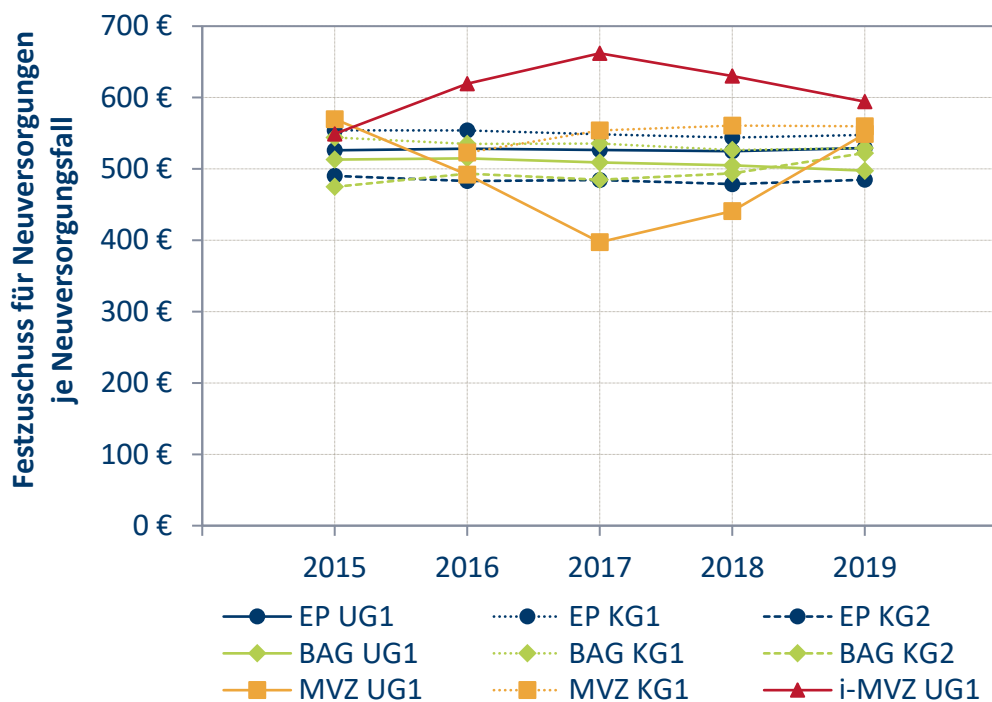
Neuversorgungen insgesamt

Bevor eine Untergliederung in weitere Kategorien erfolgt, zeigt Abbildung 44 zunächst für UG1, KG1 und KG2 den durchschnittlichen Festzuschussbetrag über alle Neuversorgungen je Neuversorgungsfall. Dieser liegt in Einzelpraxen und BAG in UG1, KG1 und KG2 zwischen 475 Euro und 554 Euro. In i-MVZ in UG1 steigt dieser Betrag von 549 Euro in 2015 auf 662 Euro in 2017 an, sinkt jedoch in 2019 auf 594 Euro. Mit Ausnahme von 2015 liegt der Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall somit in i-MVZ in allen Jahren über dem der Einzelpraxen und BAG sowie der MVZ. Im Jahr 2019 beträgt der Unterschied zu den Einzelpraxen in UG1 12,3 Prozent, im Jahr 2017 25,8 Prozent. Für MVZ in UG1 ist eine zu den i-MVZ

²⁷ Für Zahnersatz erfolgt die Abrechnung über Festzuschüsse nicht Punkte.

entgegengesetzte Entwicklung zu beobachten. MVZ in KG1 liegen leicht über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG.

Abbildung 44: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall, UG1, KG1 und KG2



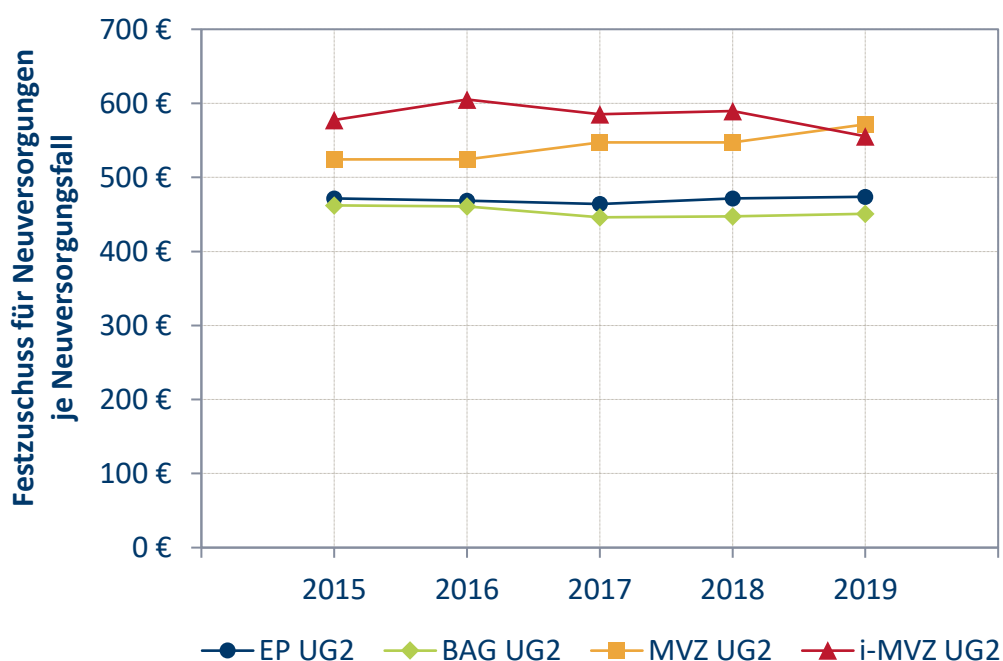
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Die Unterschiede im durchschnittlichen Festzuschussbetrag für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall zwischen den Praxisformen, Gruppen und Jahren sind hauptsächlich durch Unterschiede in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle) getrieben. Die Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle schwanken in Einzelpraxen und BAG zwischen 308 und 351. In i-MVZ steigt die Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle von 327 in 2015 auf 374 in 2019. Im Jahr 2019 rechnen i-MVZ 10 Prozent mehr Neuversorgungsziffern je Neuversorgungsfall ab als Einzelpraxen in UG1 (340). Der durchschnittliche Festzuschussbetrag, der je Abrechnung anfällt (Strukturkomponente), unterscheidet sich zwischen Einzelpraxen und BAG kaum (153 € bis 158 €). In i-MVZ liegt der Betrag je Abrechnung in 2015 (168 €) höher als in Einzelpraxen und BAG, sinkt dann jedoch über die Jahre und ist 2019 mit 159 Euro vergleichbar zu Einzelpraxen und BAG.

In UG2 liegt der durchschnittliche Festzuschussbetrag für Neuversorgungen je Fall mit Neuversorgung in Einzelpraxen und BAG bei 446 Euro bis 474 Euro, wobei er über die Jahre relativ konstant ist (Abbildung 45). In i-MVZ in UG2 liegt der entsprechende Betrag in 2015 bei 577 Euro und sinkt im Zeitverlauf leicht ab,

wobei er in allen Jahren über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG liegt. Im Jahr 2019 liegt der Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall in i-MVZ mit 555€ 17 Prozent über dem Betrag in Einzelpraxen (474 €) und 21 Prozent über dem in BAG in UG2 (451 €). Auch in MVZ in UG2 liegt der durchschnittliche Festzuschussbetrag für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall in allen Jahren über den Einzelpraxen und BAG (524 € bis 572 €).

Abbildung 45: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Wie auch in UG1, KG1 und KG2 zeigt sich in UG2, dass die Unterschiede im durchschnittlichen Festzuschussbetrag für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall größtenteils aufgrund von Unterschieden in der Mengenkomponente (Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle) entstehen, weniger aufgrund von Unterschieden in der Strukturkomponente (durchschnittlicher Festzuschussbetrag je Abrechnung). Der durchschnittliche Festzuschussbetrag je Abrechnung schwankt bei Einzelpraxen und BAG geringfügig zwischen 153 Euro und 155 Euro. Für i-MVZ liegt er 2015 bei 166 Euro und sinkt dann kontinuierlich bis er im Jahr 2019 159 Euro erreicht. Die Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle liegt bei Einzelpraxen und BAG in UG2 zwischen 292 und 309. In i-MVZ steigt sie von 349 in 2015 auf 366 bis 372 in den Jahren 2016 bis 2018, sinkt jedoch im Jahr 2019 wieder auf 348. Die Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle liegt demnach in allen betrachteten

Jahren über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG, im Jahr 2019 beträgt der Unterschied zu Einzelpraxen der UG2 13 Prozent. Auch für MVZ in UG2 liegt sowohl der Festzuschussbetrag je Abrechnung (157 € bis 161 €) als auch die Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle (325 bis 355) über den Werten für Einzelpraxen und BAG. MVZ liegen mit Ausnahme des Jahres 2019 unter den Werten der i-MVZ.

Die Ergebnisse zeigen systematische Auffälligkeiten von i-MVZ beider Untersuchungsgruppen im Sinne von höheren durchschnittlichen Festzuschussbeträgen je Neuversorgungsfall. Eine Zerlegung dieser Auffälligkeiten in Mengen- und Strukturkomponenten zeigt, dass i-MVZ sowohl eine höhere Anzahl von Abrechnungen je Neuversorgungsfall (Mengenkomponente) als auch einen höheren durchschnittlichen Festzuschussbetrag je Abrechnung (Strukturkomponente) aufweisen. Der Unterschied in der Mengenkomponente ist dabei deutlich stärker ausgeprägt. In beiden Untersuchungsgruppen zeigten i-MVZ in den späteren Jahren des Untersuchungszeitraums eine leichte Tendenz, sich dem Abrechnungsverhalten von Einzelpraxen und BAG anzunähern.

Kategorien innerhalb von Neuversorgungen

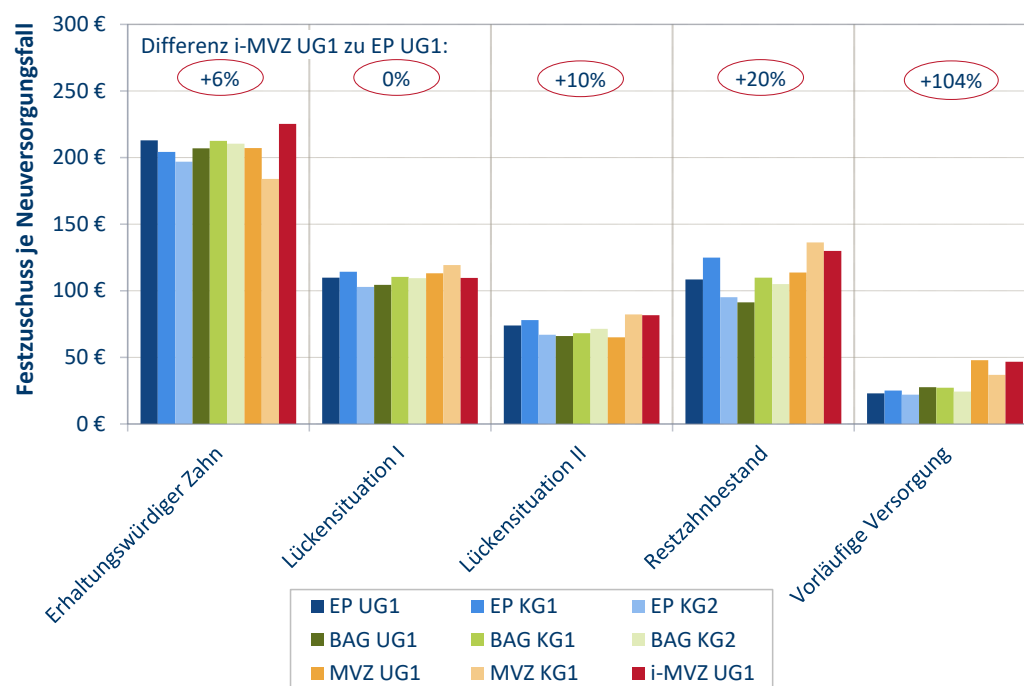
Die FZ-Ziffern, die sich auf Neuversorgungen beziehen, können in die Kategorien *Erhaltungswürdiger Zahn* (FZ-Ziffer 1.1 bis 1.5), *Lückensituation I* (FZ-Ziffer 2.1 bis 2.7), *Lückensituation II* (FZ-Ziffer 3.1 und 3.2), *Restzahnbestand* (FZ-Ziffer 4.1 bis 4.9) und *Vorläufige Versorgung* (FZ-Ziffer 5.1 bis 5.4) unterteilt werden. Die zuvor für Neuversorgungen insgesamt beschriebenen Kennzahlen werden nun für diese Kategorien betrachtet.

In Abbildung 46 sind die Festzuschussbeträge je Neuversorgungsfall für die genannten Kategorien von Neuversorgungen und für alle Praxisformen der Gruppen UG1, KG1 und KG2 dargestellt. Die prozentuale Differenz des Wertes der i-MVZ im Vergleich zu den Einzelpraxen der UG1 ist zusätzlich gekennzeichnet. Abbildung 47 zeigt die prozentuale Differenz in der Mengenkomponente zwischen Einzelpraxen in UG1 und den anderen Praxisformen, Abbildung 48 die prozentuale Differenz in der entsprechenden Strukturkomponente.

Die für Neuversorgungen insgesamt beobachteten Ergebnisse zeigen sich auch bei Betrachtung der Kategorien *Erhaltungswürdiger Zahn*, *Lückensituation II*, *Restzahnbestand* und *Vorläufige Versorgung*. Einzelpraxen und BAG in allen Gruppen weisen in diesen Kategorien jeweils relativ ähnliche durchschnittliche Festzuschussbeträge je Neuversorgungsfall auf. Die Beträge der i-MVZ liegen in den genannten Kategorien stets höher. In der ZE-Kategorie *Erhaltungswürdiger Zahn* rechnen i-MVZ im Durchschnitt 6 Prozent mehr je Neuversorgungsfall im Vergleich zu Einzelpraxen in UG1 ab, in der Kategorie *Restzahnbestand* sind es 30 Prozent und in der Kategorie *Vorläufige Versorgung* sogar 104 Prozent. Die Unterschiede sind wieder überwiegend durch Unterschiede in der Mengenkomponente getrieben. In der Strukturkomponente gibt es fast keinen Unterschied zwischen den Praxisformen, mit Ausnahme in der Kategorie *Vorläufige Versorgung*.

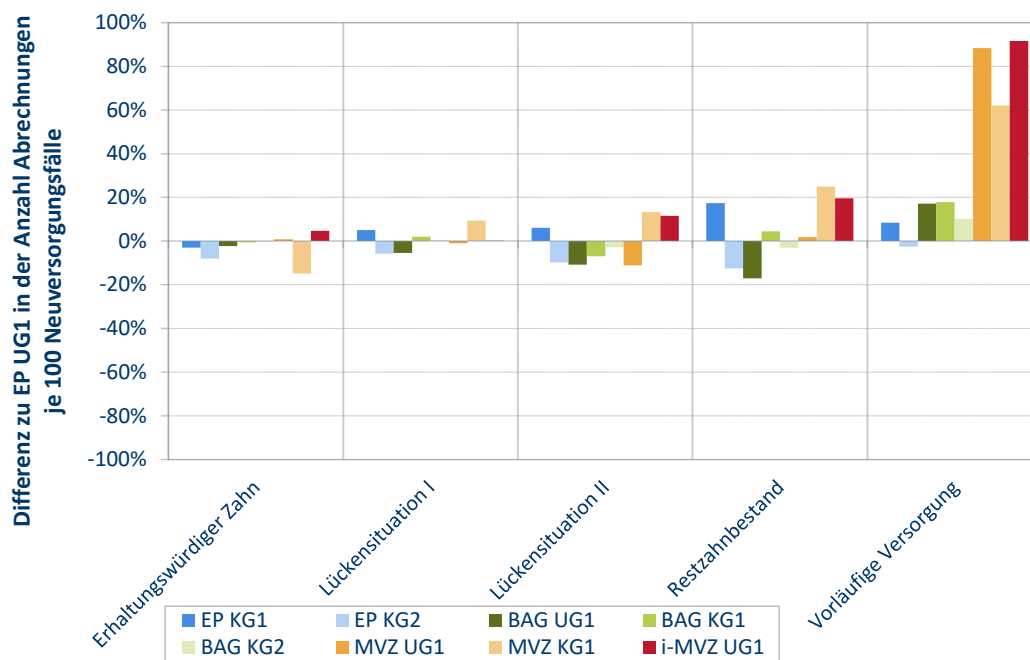
In der Kategorie *Lückensituation I* zeigen sich im Jahr 2019 keine Unterschiede zwischen i-MVZ und den anderen Praxisformen der Gruppen UG1, KG1 und KG2 in dem durchschnittlichen Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall. Einzelpraxen in UG1 und i-MVZ rechnen mit jeweils 110 Euro je Neuversorgungsfall einen exakt gleich hohen Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall ab. In den vorangegangenen Jahren 2016, 2017, und 2018 haben i-MVZ jedoch mehr in der Kategorie *Lückensituation I* abgerechnet. Im Jahr 2017 war der durchschnittliche Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall 19 Prozent höher als in Einzelpraxen der UG1 (110 € in EP UG1 vs. 130 € in i-MVZ) und im Jahr 2018 18 Prozent höher (111 € in EP UG1 vs. 131 € in i-MVZ). In der UG2 rechnen i-MVZ in der Kategorie *Lückensituation I* auch im Jahr 2019 einen höheren Festzuschussbetrag ab als Einzelpraxen (Abbildung 49 und Abbildung 50).

Abbildung 46: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019)



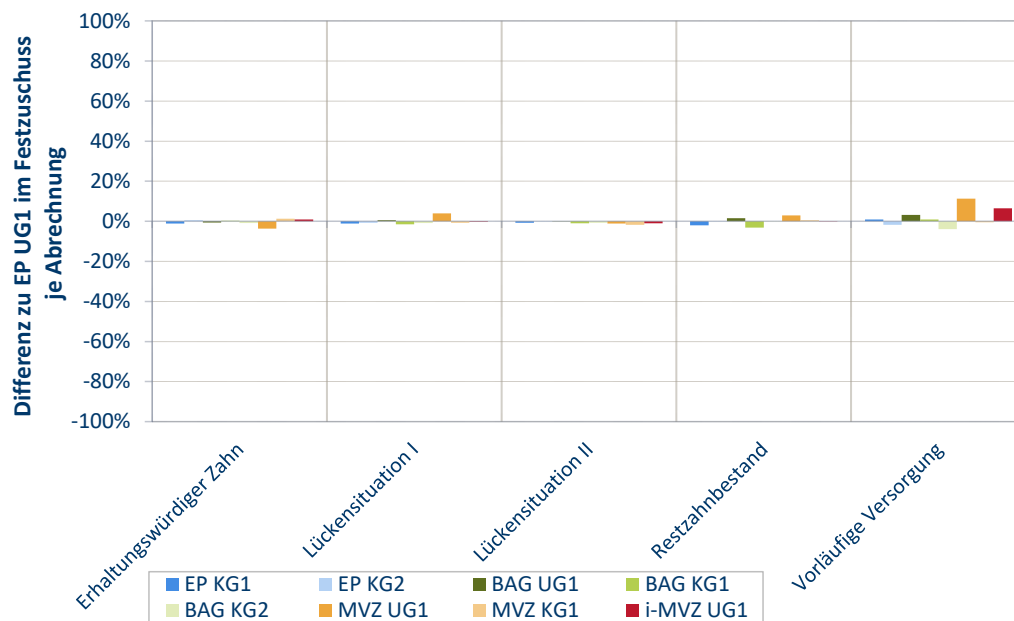
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Abbildung 47: Prozentuale Differenz in der Mengenkompente (Anzahl Abrechnungen je 100 ZE-Neuversorgungsfälle) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

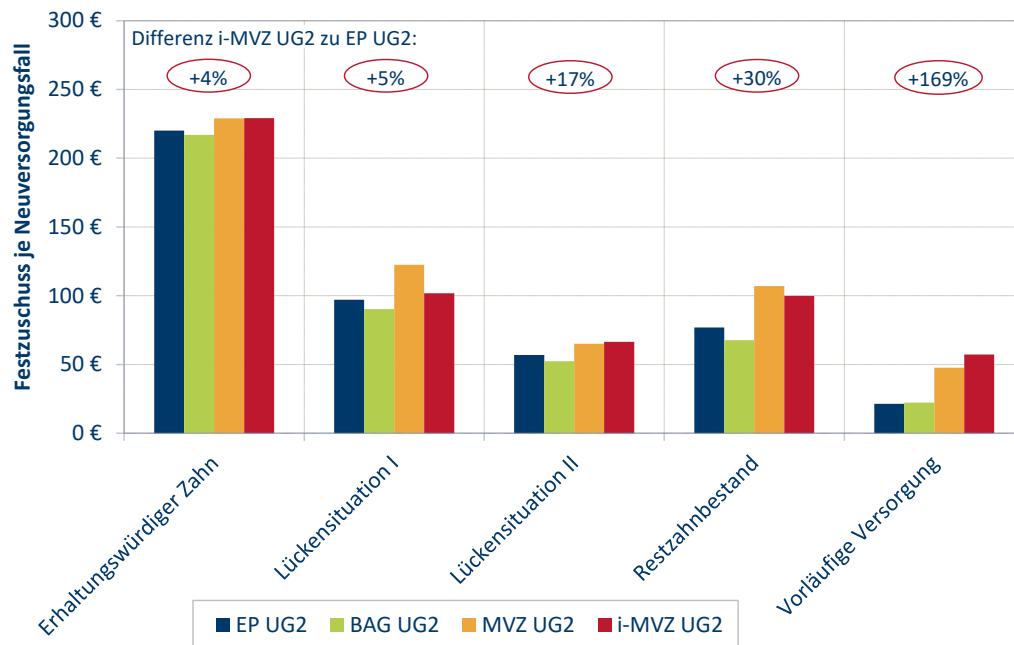
Abbildung 48: Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Festzuschussbetrag je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG1 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen bzw. Gruppen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

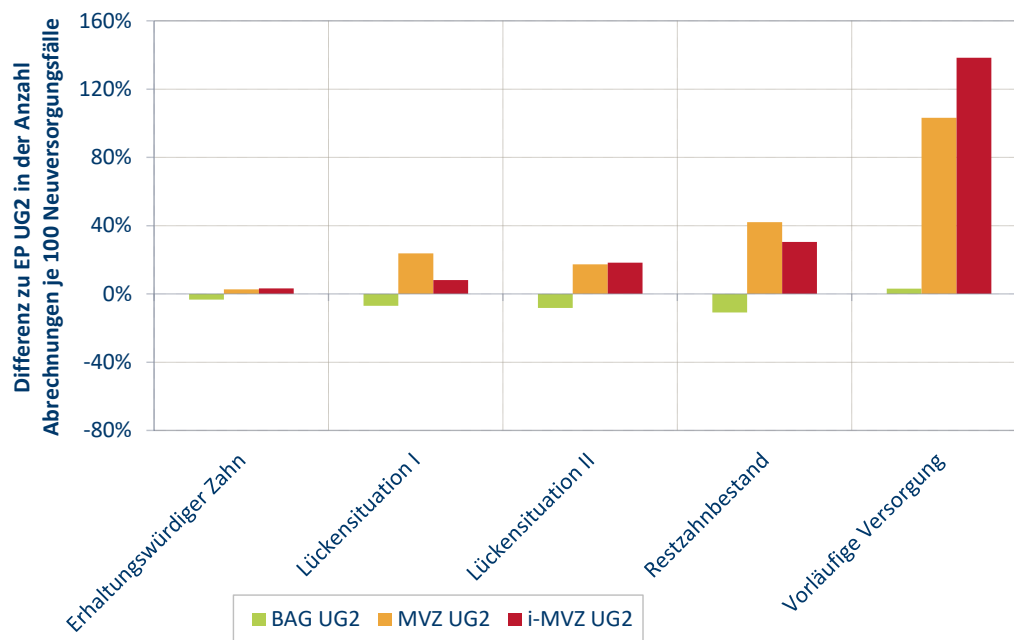
Die in Abbildung 46 bis Abbildung 48 dargestellten Analysen für UG1, KG1 und KG2 werden entsprechend für die UG2 in den nachstehenden Abbildung 49, Abbildung 50 und Abbildung 51 gezeigt.

Abbildung 49: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG2 (2019)



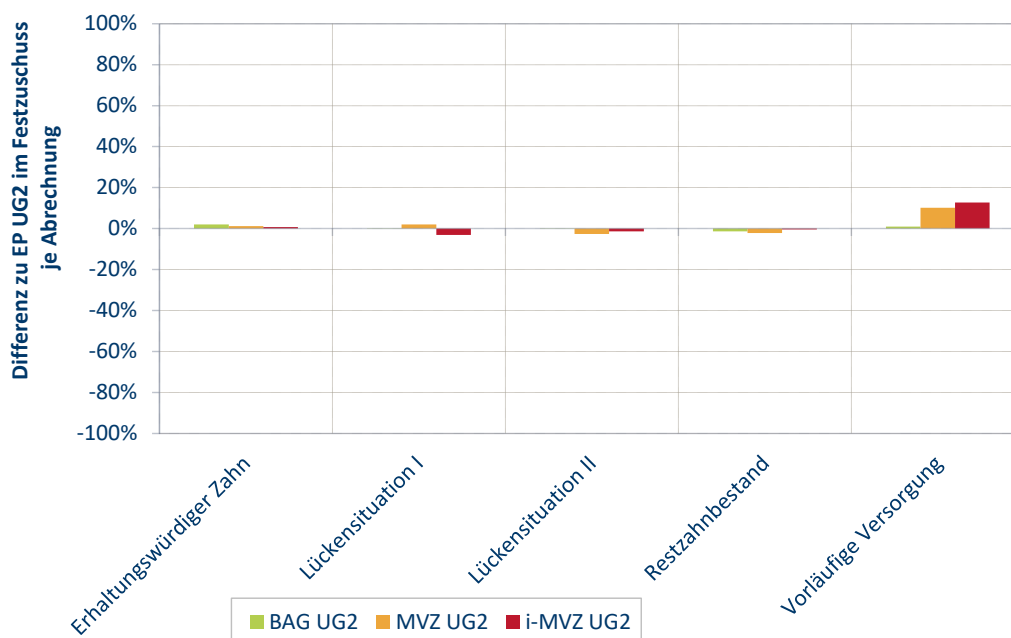
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Abbildung 50: Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (Anzahl Abrechnungen je 100 ZE-Neuversorgungsfälle) zwischen Einzelpraxen in UG2 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Abbildung 51: Prozentuale Differenz in der Strukturkomponente (Festzuschussbetrag je Abrechnung) zwischen Einzelpraxen in UG2 (entsprechen der 0%-Linie) und den anderen Praxisformen in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen (2019)



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

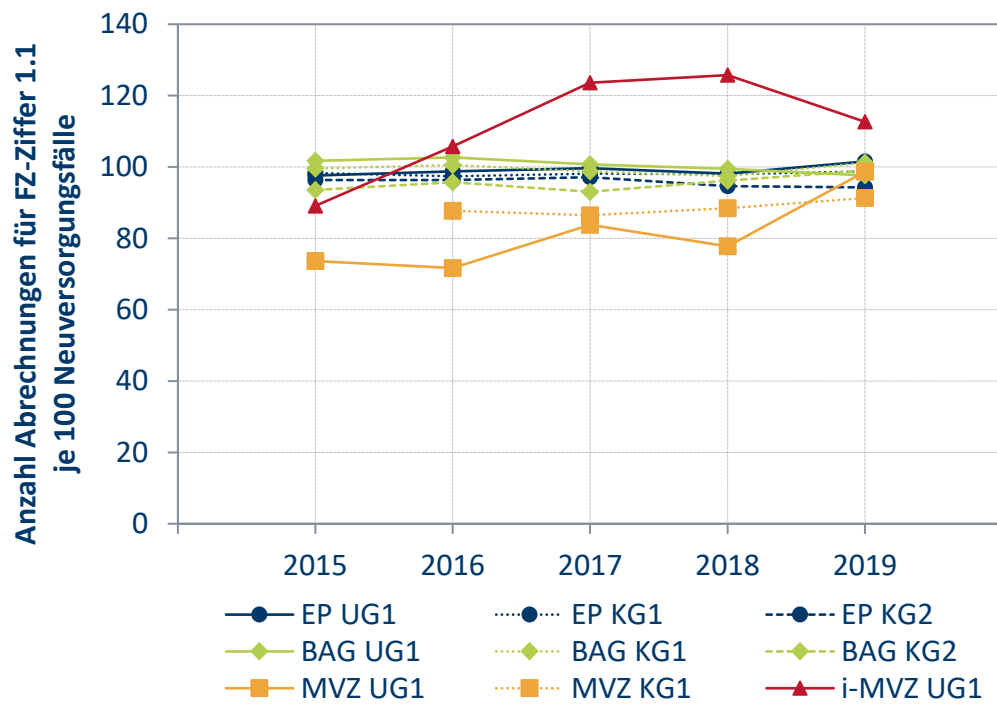
Erhaltungswürdiger Zahn

In der Kategorie Erhaltungswürdiger Zahn ist der Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall in den i-MVZ 6 Prozent höher als in den Einzelpraxen in der UG1 (213 € in EP UG1 vs. 225 € in i-MVZ). Dieser Unterschied wird durch die Mengenkompente getrieben, in der i-MVZ in der Kategorie Erhaltungswürdiger Zahn eine 5 Prozent höhere Anzahl Abrechnungen je Neuversorgungsfall aufweisen (191 Abrechnungen je Neuversorgungsfall in EP UG1 vs. 200 in i-MVZ). In der Strukturkomponente findet sich kein Unterschied zwischen den Praxisformen.

Abbildung 52 zeigt Einzelkronen (FZ 1.1, *Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit*) als ein Beispiel für die Abrechnungshäufigkeiten einer FZ-Ziffer der Kategorie *Erhaltungswürdiger Zahn* in den Gruppen UG1, KG1 und KG2. Da es sich um eine einzelne FZ-Ziffer handelt, ist der Festzuschussbetrag je Abrechnung per Definition zwischen den Praxisformen gleich (157,23 € ohne Bonus, basierend auf der Festzuschuss-Richtlinie, die am 01.01.2019 in Kraft trat). Die Abbildung zeigt daher die Anzahl Abrechnungen der FZ-Ziffer 1.1 je 100 Neuversorgungsfälle. I-MVZ rechnen Einzelkronen im Jahr 2019 mit 113 Abrechnungen je ZE-Neuversorgungsfall 11 Prozent häufiger ab als Einzelpraxen in

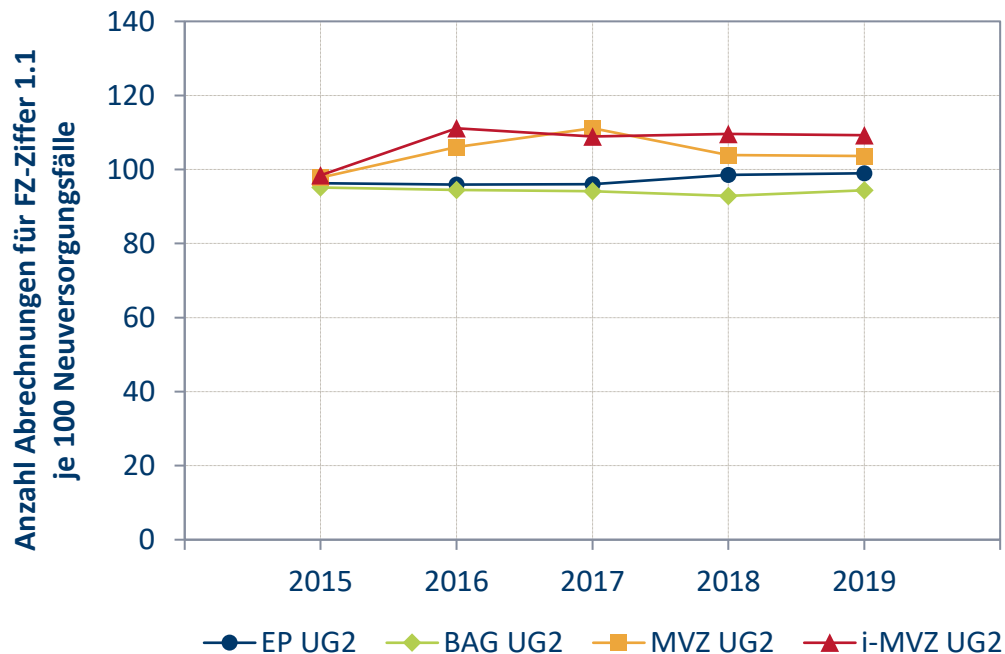
UG1 (102 Abrechnungen). In UG2 ist im Jahr 2019 ebenfalls eine 10 Prozent höhere Abrechnungsmenge der i-MVZ zu beobachten (99 Abrechnungen in EP vs. 109 in i-MVZ, Abbildung 53).

Abbildung 52: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Abbildung 53: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2



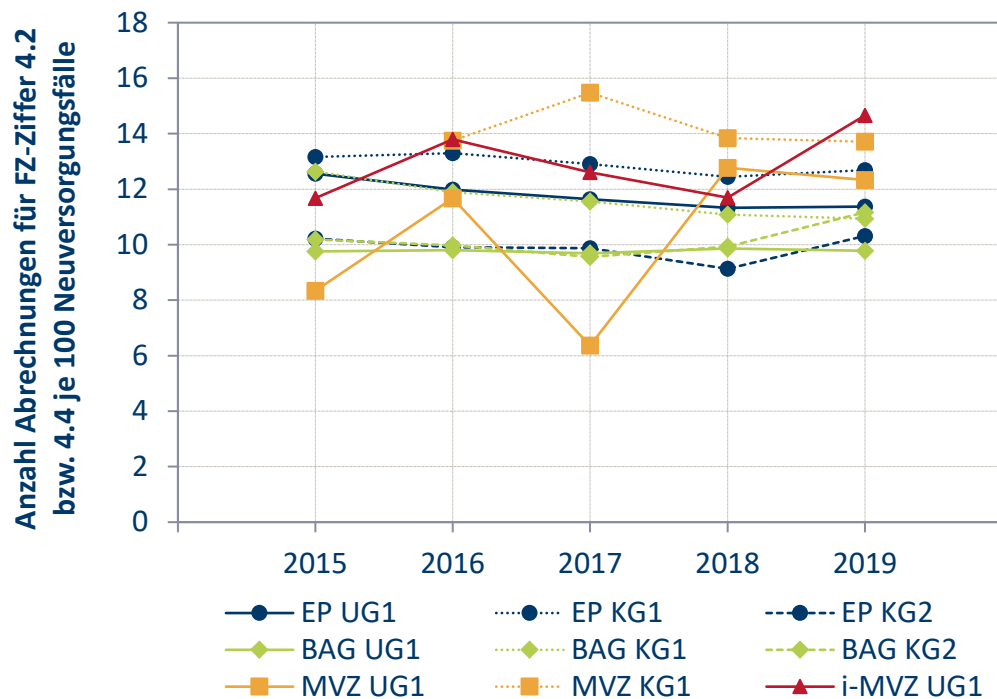
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Restzahnbestand

Wie eingangs erwähnt kann die Hypothese formuliert werden, dass i-MVZ Leistungen, die typischerweise als Regelversorgung nicht als gleichartige Versorgung erbracht werden, weniger häufig erbringen oder zumindest hier keine Mengenausweitung im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG stattfindet. In der Kategorie *Restzahnbestand* befinden sich u. a. die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 für „Zahnloser Oberkiefer“ bzw. „Zahnloser Unterkiefer“. Diese Befunde werden typischerweise im Rahmen einer Regelversorgung mit einer Totalprothese behandelt. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 näher betrachtet. Da die Festzuschussbeträge für 4.2 und 4.4 relativ ähnlich sind (373,62 € versus 400,64 €) und somit kaum Effekte aufgrund der Strukturkomponente zu erwarten sind, liegt der Fokus auf der Mengenkompone

Abbildung 54 zeigt die Anzahl Abrechnungen für die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 je 100 Neuversorgungsfälle in den Gruppen UG1, KG1 und KG2. Einzelpraxen und BAG liegen über die Jahre jeweils relativ konstant bei 10 bis 13 Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle. I-MVZ bewegen sich am oberen Ende dieses Korridors; im Jahr 2019 steigt ihre Anzahl Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle auf 15 und liegt damit 29 Prozent über den Einzelpraxen in UG1 (11).

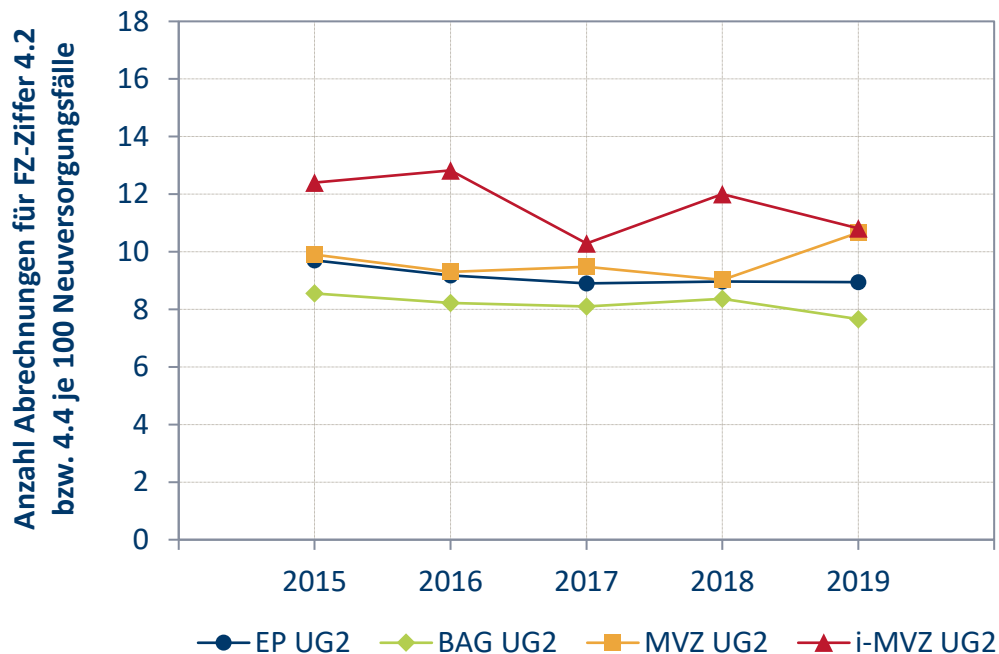
Abbildung 54: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

In UG2 liegt die Anzahl Abrechnungen für die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 je 100 Neuversorgungsfälle in i-MVZ in allen Jahren über den Werten für Einzelpraxen und BAG (Abbildung 55). Während sich Einzelpraxen und BAG zumeist im Bereich von 8 bis 9 Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle bewegen, liegen i-MVZ bei 10 bis 13 und damit je nach Jahr 16 bis 40 Prozent höher als Einzelpraxen.

Abbildung 55: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2



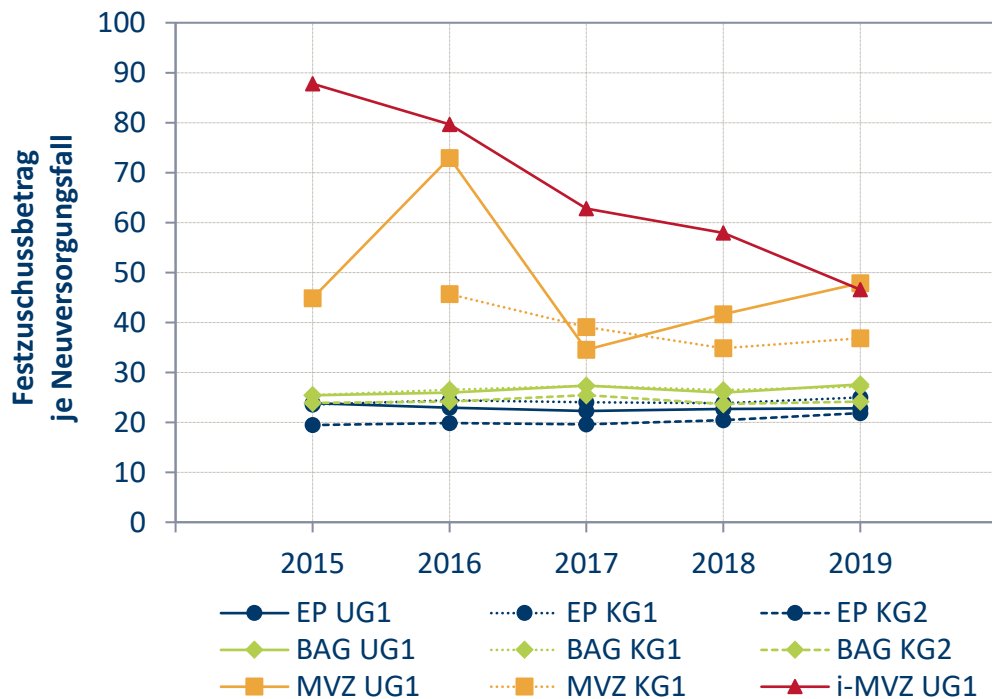
Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Die Ergebnisse liefern somit keine klare Unterstützung für die Hypothese, dass Totalprothesen durch i-MVZ weniger Beachtung finden. In UG2 findet für die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 eine klare Mengenausweitung statt ähnlich wie für andere FZ-Ziffern. Auch in UG1, KG1 und KG2 werden die FZ-Ziffern 4.2 und 4.4 in i-MVZ tendenziell häufiger abgerechnet als in Einzelpraxen und BAG.

Vorläufige Versorgung

In der Kategorie *Vorläufige Versorgung* (FZ-Ziffer 5.1 bis 5.4) weisen i-MVZ im Jahr 2019 sowohl in UG1 als auch UG2 einen deutlich höheren durchschnittlichen Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall auf als Einzelpraxen und BAG (Abbildung 46 und Abbildung 49). In den Jahren zuvor lagen i-MVZ noch deutlicher über den anderen Praxisformen (Abbildung 56 und Abbildung 57). Für Einzelpraxen und BAG in UG1, KG1 und KG2 liegt der durchschnittliche Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall in der Kategorie *Vorläufige Versorgung* zwischen 19 Euro und 28 Euro. In i-MVZ wurden in 2015 88 Euro abgerechnet. Über die Jahre 2016 bis 2019 fiel der Wert schrittweise auf 47 Euro, bleibt aber damit weiterhin deutlich (+104 %) über dem Betrag in Einzelpraxen und BAG.

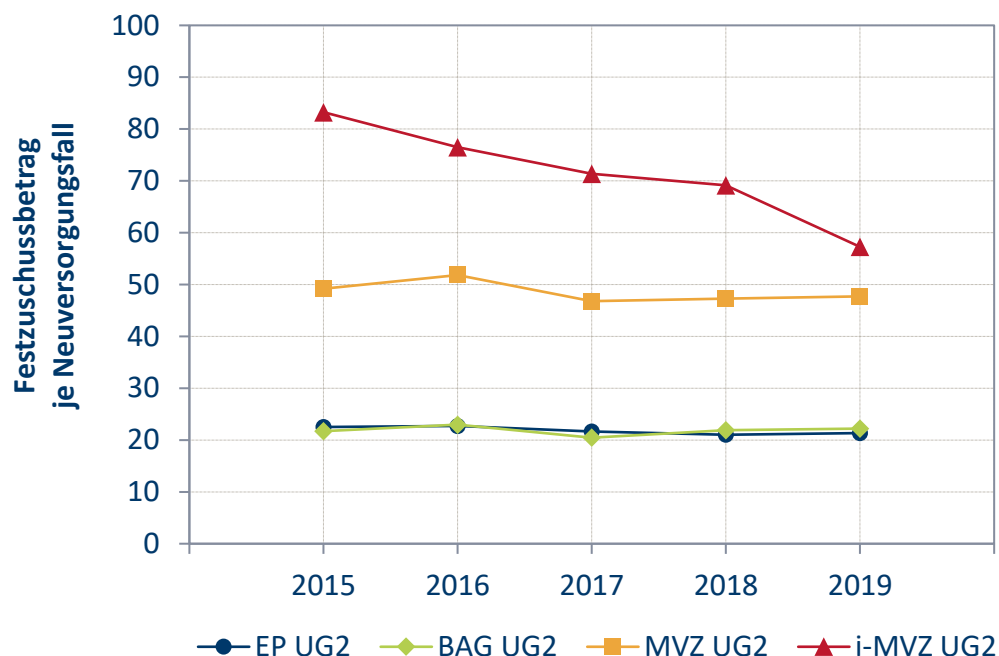
Abbildung 56: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie *Vorläufige Versorgung*, UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der UG2, wo der durchschnittliche Festzuschussbetrag je Neuversorgungsfall in der Kategorie *Vorläufige Versorgung* in i-MVZ ebenfalls zurückgeht, jedoch in allen Jahren deutlich über dem Niveau der Einzelpraxen und BAG liegt (Abbildung 59). Von einem Unterschied von 270 Prozent zwischen i-MVZ und Einzelpraxen in 2015 (83 € in i-MVZ versus 23 € in Einzelpraxen) verringert sich der Unterschied auf 169 Prozent in 2019.

Abbildung 57: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie *Vorläufige Versorgung*, UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Ursache für die in i-MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG höheren durchschnittlichen Festzuschussbeträge je Neuversorgungsfall für vorläufige Versorgungen sind hauptsächlich Unterschiede in der Anzahl Abrechnungen je Fall (Mengenkomponente). Während Einzelpraxen in UG1 im Jahr 2019 in der Kategorie *Vorläufige Versorgung* durchschnittlich 13 Abrechnungen je 100 Neuversorgungsfälle tätigen, sind es bei i-MVZ 24 und damit 92 Prozent mehr. In den Jahren zuvor ist die Differenz ausgeprägter; am größten ist sie im Jahr 2015 mit 42 Abrechnungen (+220 %) in i-MVZ und 13 in Einzelpraxen der UG1. Einzelpraxen in den anderen Gruppen sowie BAG liegen auf vergleichbarem Niveau wie Einzelpraxen in UG1. Ein ähnliches Bild ergibt sich in UG2.

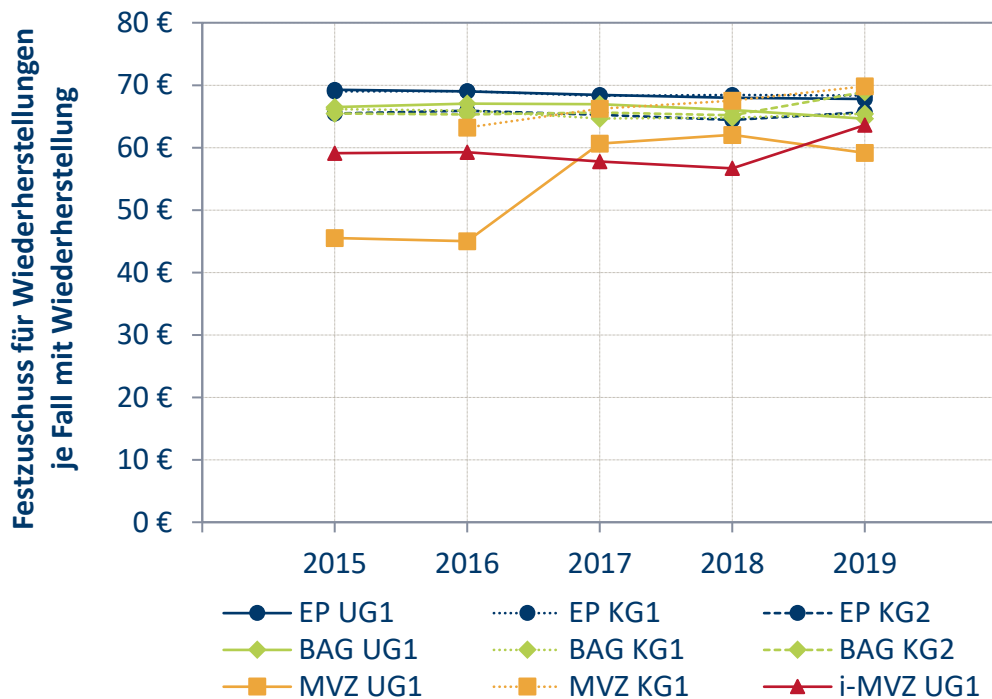
Im Vergleich zu den anderen ZE-Kategorien liegt in der Kategorie *Vorläufige Versorgung* zusätzlich ein Unterschied im Betrag des durchschnittlichen Festzuschusses je Abrechnung (Strukturkomponente) vor, wenn auch dieser geringer ist als in der Mengenkomponente. Während Einzelpraxen in UG1 in 2019 im Durchschnitt einen Festzuschussbetrag von 181 Euro je Abrechnung abrechnen, liegt dieser Betrag in i-MVZ bei 192 Euro, was einer Differenz von 6 Prozent entspricht. In den Jahren zuvor beträgt die Differenz bis zu 15 Prozent. In UG2 liegt die Strukturkomponente für vorläufige Versorgungen in i-MVZ in jedem der Jahre 2015 bis 2019 um 13 bis 16 Prozent höher als in Einzelpraxen.

Dem Unterschied in der Strukturkomponente liegt zugrunde, dass von i-MVZ die FZ-Ziffern 5.2, 5.3 und 5.4 vermehrt abgerechnet werden, welche höhere Festzuschussbeträge haben. Die FZ-Ziffern 5.1 bis 5.4 kommen bei den Befunden *Lückengebiss nach Verlust von Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist* zum Tragen, wobei sich 5.1 auf eine Lücke von bis zu vier Zähnen, 5.2 auf fünf bis acht Zähne, 5.3 auf mehr als acht Zähne und 5.4 auf zahnlose Kiefer bezieht. Mit Zunahme der Größe der Zahnlücke nimmt der Festzuschussbetrag zu (127 € bis 314 €). In i-MVZ entfallen im Jahr 2019 34 Prozent der Abrechnungen für vorläufige Versorgungen auf die FZ-Ziffer 5.1, 25 Prozent auf die FZ-Ziffer 5.2, 28 Prozent auf 5.3 und 13 Prozent auf 5.4. In Einzelpraxen dagegen lautet die Verteilung: 43 Prozent, 24 Prozent, 23 Prozent und 10 Prozent. In den übrigen Jahren und in UG2 sind die Verteilungen jeweils ähnlich.

Wiederherstellungen

Abbildung 58 zeigt den durchschnittlichen Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Wiederherstellungsfall für UG1, KG1 und KG2. Die Beträge für Einzelpraxen und BAG liegen im Zeitverlauf und über die Gruppen betrachtet relativ konstant bei 65 bis 69 Euro. Für i-MVZ steigen die Beträge von 59 Euro im Jahr 2015 auf 64 Euro im Jahr 2019 leicht und nähern sich somit den Beträgen in Einzelpraxen und BAG an. Allerdings liegt der durchschnittliche Festzuschussbetrag für Wiederherstellungen je Wiederherstellungsfall in i-MVZ im Jahr 2019 weiterhin um 6 Prozent unter dem Betrag in Einzelpraxen der UG1. Eine Annäherung der Beträge, wie für i-MVZ beobachtet, findet auch für MVZ in UG1 statt, während MVZ in KG1 relativ konstant auf einem vergleichbaren Niveau wie Einzelpraxen und BAG liegen.

Abbildung 58: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG1, KG1 und KG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

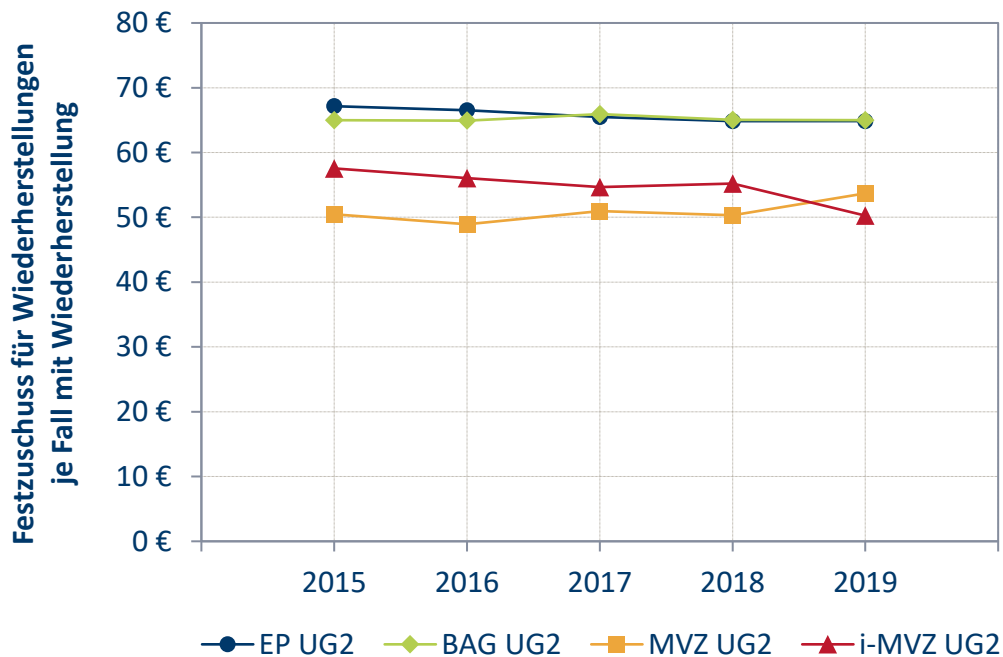
Der Anstieg des durchschnittlichen Festzuschussbetrags für Wiederherstellungen je Wiederherstellungsfall in i-MVZ wird gleichermaßen durch eine leichte Zunahme der Anzahl Abrechnungen je 100 Wiederherstellungsfälle (Mengenkomponente) sowie eine leichte Zunahme des durchschnittlichen Festzuschussbetrags je Abrechnung (Strukturkomponente) getrieben.

Die Werte steigen von 149 Abrechnungen je 100 Wiederherstellungsfälle im Jahr 2015 auf 152 im Jahr 2019. In Einzelpraxen und BAG liegen die Werte in allen Gruppen und Jahren relativ konstant zwischen 145 bis 157. Der durchschnittliche Festzuschussbetrag je Abrechnung (Strukturkomponente) liegt für i-MVZ zwischen 39 und 42 Euro. Für Einzelpraxen und BAG liegt er mit 42 bis 46 Euro etwas höher. MVZ in KG1 zeigen ähnliche Werte in den Mengen- und Strukturkomponenten wie Einzelpraxen und BAG. MVZ in UG1 verhalten sich eher wie i-MVZ.

Abbildung 59 zeigt die gleiche Analyse für UG2. Im Gegensatz zu der Entwicklung bei den i-MVZ in UG1 ist für i-MVZ in der UG2 ein Rückgang des durchschnittlichen Betrags des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Wiederherstellungsfall zu beobachten (58 € auf 50 € von 2015 bis 2019). Einzelpraxen und BAG liegen dagegen in dem untersuchten Zeitraum bei konstant 65 bis 67 Euro. Der Rückgang

des Festzuschussbetrags in i-MVZ wird sowohl durch die Mengenkomponte als auch die Strukturkomponente verursacht.

Abbildung 59: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG2



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten der KZVen

Zusammenfassend zeigt die Analyse der Abrechnungen von FZ-Ziffern, dass i-MVZ bei Neuversorgungsfällen mehr FZ-Ziffern je Fall abrechnen während sie bei Wiederherstellungsfällen weniger FZ-Ziffern je Fall abrechnen. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Hypothese, dass i-MVZ vermehrt betriebswirtschaftlich attraktivere Leistungen erbringen, während sie weniger attraktive Leistungen vernachlässigen. Die vermehrte Leistungserbringung bei Neuversorgungsfällen zeigt sich in allen untersuchten Kategorien (*Erhaltungswürdiger Zahn*, *Lückensituation I*, *Lückensituation II*, *Restzahnbestand* und *Vorläufige Versorgung*) und auch für einzelne FZ-Ziffern wie z. B. Einzelkronen oder Totalprothesen des Ober- bzw. Unterkiefers.

4. Schlussfolgerungen, Diskussion und Empfehlungen

4.1 Schlussfolgerungen

Seit der Zulassung fachgruppengleicher Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 ist in der vertragszahnärztlichen Versorgung ein dynamisches Vordringen von zahnärztlichen MVZ insgesamt, insbesondere aber von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern zu beobachten. In Bezug auf letztere besteht dabei weder ein fachlich-medizinischer Zusammenhang – die Krankenhäuser selbst sind i. d. R. gar nicht an der zahnärztlichen Versorgung beteiligt – noch ein regionaler Versorgungsbezug, denn die MVZ werden nicht im Einzugsbereich dieser Häuser gegründet, sondern bevorzugt in großstädtischen, vielfach weit entfernten Regionen.

Hintergrund für diese Entwicklung ist die „Entdeckung“ des deutschen Gesundheitsmarktes durch Finanzinvestoren, die die europäischen Gesundheitssysteme insgesamt als „golden opportunity for private equity“²⁸ identifiziert haben. Zwar hatte der Gesetzgeber bereits 2011 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Absicht verfolgt, Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung von der Gründungsberechtigung für MVZ auszuschließen²⁹. Dies ist jedoch nicht gelungen, insofern durch den Erwerb eines Krankenhauses auch die Berechtigung zur Gründung von MVZ erworben werden kann.

In der Folge ist die Zahl der zahnärztlichen MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern, die zuvor von Finanzinvestoren – zumeist Private Equity Gesellschaften, teilweise auch Verwaltern privater Großvermögen (Family Offices) – erworben wurden, stark gewachsen: Vom vierten Quartal 2015 bis zum ersten Quartal 2020 von 11 auf 207 investorenbetriebene MVZ (i-MVZ). Dabei handelt es sich in der Regel nicht um Praxisneugründungen, sondern um Käufe von bereits bestehenden Zahnarztpraxen oder von Zahnärzten gegründeten MVZ.

Aus Sicht der für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuständigen Körperschaften – den KZVen sowie der KZBV – wirft diese Entwicklung eine Reihe von Fragen auf, zu deren Beantwortung das vorliegende Gutachten einen Beitrag leisten soll:

- ♦ Trägt die Gründung von i-MVZ zu einer Stärkung bzw. Sicherung der flächendeckenden und bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung bei, d. h. werden strukturschwache und aktuell oder in

²⁸ McKinsey & Company: European Healthcare – a golden opportunity for private equity. Juni 2017. <https://www.mckinsey.com/industries/private-equity-and-principal-investors/our-insights/european-healthcare-a-golden-opportunity-for-private-equity#>. Aufruf: 01.10.2020

²⁹ Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 70

Zukunft von Unterversorgung bedrohte Regionen gleichermaßen als Standorte für i-MVZ gewählt, wie gut versorgte, aber aufgrund der Einkommens- und Bevölkerungsstrukturen wirtschaftlich interessanteren Regionen?

- ♦ Hat die neue Praxisform der i-MVZ im Vergleich insbesondere zu den „traditionellen“ Praxisformen der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnmedizinischen Versorgung?

Beide Fragen stellen sich legitimer Weise, wenn man die Ambitionen ernst nimmt, die insbesondere Investoren aus dem Private Equity-Bereich für sich selbst in Anspruch nehmen bzw. die aus deren Geschäftsmodell resultieren: Das Ziel der Erwirtschaftung von höheren Kapitalrenditen, als sie in anderen Kapitalmarktsegmenten erzielbar sind, soll nicht zuletzt durch ein deutlich stärker auf Rentabilität ausgerichtetes Management erreicht werden, als es die Vorbesitzer praktiziert haben. In diesem Kontext ist das vielfach als Kern des Private Equity-Geschäftsmodells angeführte Vorgehen des „leveraged buyout“ zu nennen, also der Einsatz von möglichst viel Fremdkapital beim Erwerb eines Unternehmens. Die Bedienung dieser Schulden muss dann aus dem Cash-flow des erworbenen Unternehmens erfolgen. Schließlich ist das Geschäftsmodell von Private Equity Gesellschaften auf ein kurz- bis mittelfristiges Engagement angelegt, d. h. die Beteiligungen werden meist für vier bis sieben Jahre gehalten und dann verkauft, wobei die Erzielung eines möglichst hohen Verkaufserlöses ein wesentlicher Bestandteil des Renditeerzielungskonzepts ist. Angesichts solch starker Anreize zur Generierung hoher Rückflüsse in einem relativ kurzen Zeitraum ist es berechtigt zu fragen, inwieweit zahnärztliche Versorgungseinrichtungen im Eigentum von Finanzinvestoren dabei u. U. auch zu Mitteln greifen, die die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beeinträchtigen können.

Das Gutachten stützt sich bezüglich der regionalen Versorgungsstrukturen auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, einer von der KZBV durchgeführten Sondererhebung zu MVZ sowie Bedarfsplanungsdaten der KZVen (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2). Für die Analysen zum Leistungsgeschehen wurden zwei Untersuchungsgruppen (UG1, UG2) gebildet, in denen jeweils strukturell ähnliche Planungsbereiche zusammengefasst sind. UG1 umfasst sechs Planungsbereiche mit ca. 2,1 Mio. Einwohnern und 19 i-MVZ in 2019, UG2 umfasst zwei großstädtische Planungsbereiche mit ca. 2,5 Mio. Einwohnern und 15 i-MV in 2019. Als Vergleich werden primär die Einzelpraxen in den UG herangezogen, ferner werden auch die Praxisformen BAG und nicht-investorenbetriebene MVZ (MVZ) betrachtet (zu Details der Vorgehensweise vgl. die Abschnitte 2.4 und 3.4.1).

Das vorliegende Gutachten kommt in Bezug auf die beiden oben genannten Fragestellungen zu folgenden Ergebnissen:

- ♦ Die Analysen zur regionalen Verteilung sowohl der Standorte von i-MVZ, als auch der von ihnen vorgehaltenen zahnärztlichen Kapazitäten (Zahnarztstellen) zeigen eine deutliche Konzentration auf großstädtische

Standorte, die sich durch eine überdurchschnittlich einkommensstarke sowie jüngere und weniger von Pflegebedürftigkeit betroffene Bevölkerung auszeichnen. Ferner handelt es sich in den weitaus meisten Fällen um Planungsbereiche, die einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen. Einzelpraxen und BAG verteilen sich dagegen nahezu proportional zu den Bevölkerungsanteilen, die in städtischen oder ländlichen Kreisen wohnen. Die MVZ weisen ähnlich wie die i-MVZ eine Bevorzugung von großstädtischen Standorten auf.

Die Analyseergebnisse deuten dagegen nicht darauf hin, dass durch die Gründung bzw. Ansiedlung von i-MVZ ein relevanter Beitrag zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung auch in ländlichen, strukturschwachen und künftig möglicherweise von Unterversorgung bedrohten Regionen geleistet wird.

- ♦ Die Analysen zum Leistungsgeschehen bzw. Abrechnungsverhalten von i-MVZ im Vergleich insbesondere zu Einzelpraxen in den beiden bedeutsamsten Leistungsbereichen konservierend-chirurgischen Leistungen und Zahnersatz zeigen nahezu durchgängig, dass i-MVZ höhere Umsätze generieren, die im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen vor allem aus Mengenausweitungen in fast allen Kategorien und im Zahnersatzbereich aus einer Umsatzausweitung bei den Neuversorgungen resultieren. Auch hier weisen MVZ in vielen Aspekten ähnliche Auffälligkeiten auf wie i-MVZ.

Bei den konservierend-chirurgischen Leistungen (KCH) rechneten die i-MVZ im Jahr 2019 zwischen 14 Prozent (UG1) und 25 Prozent (UG2) mehr Punkte je KCH-Fall ab. Die höheren Punktvolumina pro Fall zeigen sich abgesehen von zwei Ausnahmen in nahezu allen Teilleistungskategorien (vgl. Abbildung 28 für UG1 bzw. Abbildung 31 für UG2). Ausnahmen bilden zum einen die Kategorie *Besuche/Zuschläge*, also Vergütungspositionen, die bei Hausbesuchen bzw. Behandlung von Versicherten in Einrichtungen und Pflegeheimen abgerechnet werden: Hier weisen i-MVZ in beiden Untersuchungsgruppen in den Jahren 2015 bis 2018 deutlich geringere Abrechnungszahlen auf, was sich in der UG2 auch in 2019 fortsetzt. Die i-MVZ in UG1 „reißen“ in 2019 nach oben aus, d. h. es werden erheblich mehr Leistungen abgerechnet als in allen anderen Praxisformen. Die zweite Ausnahme betrifft die nur bei Kindern und Jugendlichen abrechenbaren *Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen*. Diese Leistungen werden ebenfalls in i-MVZ deutlich seltener abgerechnet, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass Patienten dieser Altersgruppen von den i-MVZ deutlich seltener behandelt werden.

Für die Anzahl KCH-Punkte je Fall insgesamt wurde geprüft, inwieweit die höheren Werte in i-MVZ möglicherweise auf die beobachteten Unterschiede in der Altersstruktur der Patientenpopulationen – im Vergleich zu Einzelpraxen ein geringerer Anteil von Patienten unter 18 und ein höherer im Altersbereich zwischen 18 und 44 Jahren – zurückzuführen sind. Dies ist jedoch nicht der Fall, die Mehrumsätze lassen sich dadurch nicht erklären.

Bei den Zahnersatzleistungen (ZE) zeigt sich in UG 1, dass bei i-MVZ das Verhältnis von Neuversorgungen zu Wiederherstellungen (Reparatur von bereits vorhandenem Zahnersatz) im Vergleich zu Einzelpraxen stärker zugunsten der wirtschaftlich lukrativeren Neuversorgungen ausfällt. Betrachtet man nur die Neuversorgungsfälle, so zeigt sich ferner, dass von i-MVZ je Neuversorgungsfall auch höhere Festzuschussbeträge sowie GOZ-Honorare abgerechnet werden. Damit ergibt sich als Gesamtbild für den ZE-Bereich eine gegenüber Einzelpraxen stärkere Verschiebung des Leistungsgeschehens in den höher bewerteten Bereich der Neuversorgungen und damit einhergehend auch eine stärkere Gewichtung der privat Zahnärztlich (GOZ) abgerechneten Leistungen, die vor allem bei den als „gleichartige Leistungen“ erbrachten Neuversorgungen eine Rolle spielen. (Die ausschließlich privat abgerechneten „andersartigen Versorgungen“ müssen außer Betracht bleiben, da hierzu keine Daten zur Verfügung stehen.)

Zusammenfassend ist somit zu konstatieren, dass sowohl die Ergebnisse zur bevorzugten Ansiedlung von i-MVZ in (groß-)städtischen, einkommensstarken und von einer hohen Zahnärztdichte gekennzeichneten Regionen, als auch die Befunde zum Leistungsgeschehen bzw. Abrechnungsverhalten die These eines im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG stärker am Ziel der Renditeoptimierung orientierten Vorgehens von i-MVZ stützen. Dabei ist allerdings hinzuzufügen, dass die nicht-investorenbetriebenen MVZ in vielen untersuchten Aspekten den i-MVZ stark ähneln.

Inwieweit die beschriebenen Mengenausweitungen im KCH-Bereich bzw. die stärkere Gewichtung der Neuversorgungen im ZE-Bereich bereits als signifikante Beeinträchtigungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung zu bewerten sind, muss ggf. auf einer tiefer gehenden Datengrundlage und mit spezifischem zahnmedizinischen Sachverstand untersucht werden. Aktuell wirken sich die höheren Abrechnungsvolumina auf der Systemebene noch nicht spürbar aus, weil der Versorgungsanteil der i-MVZ und MVZ auf Bundesebene noch relativ gering ist. Bei Fortsetzung des dynamischen Wachstums der Zahl der i-MVZ und MVZ und Fortbestehen der Unterschiede im Leistungsgeschehen könnte sich das absehbar ändern.

4.2 Ausblick und Empfehlungen

Die beschriebenen Ergebnisse beruhen auf Analysen einer derzeit noch relativ kleinen Anzahl von i-MVZ. Inwieweit die damit verbundenen methodischen Limitationen es jedoch rechtfertigen, sich zunächst weiter abwartend zu verhalten, muss gegen das Risiko abgewogen werden, dass einmal etablierte Angebotsstrukturen im Allgemeinen nicht mehr rückgängig zu machen sind.

Auf jeden Fall sollten bessere Möglichkeiten geschaffen werden, den potenziellen Einfluss der Verbreitung von zahnärztlichen MVZ und i-MVZ auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zeitnah, präzise und mit vertretbarem Aufwand beobachten bzw. analysieren zu können. Dies wird gegenwärtig bereits dadurch stark erschwert, dass die Eigentumsverhältnisse von insbesondere in

Krankenhausträgerschaft betriebenen MVZ nur mit hohem Zusatzaufwand und behaftet mit Unsicherheiten ermittelt werden können. Die Forderung der KZVen nach verbesserter Transparenz bzgl. der Eigentümerstrukturen von MVZ ist daher aus Sicht der Gutachter zu unterstützen, weil ohne diese Grunddaten entsprechende Analysen nicht ohne weiteres möglich sind.

Der Gesetzgeber hat unter Hinweis auf befürchtete negative Auswirkungen der Gründung von MVZ durch im Besitz von Finanzinvestoren befindliche Krankenhäuser bereits 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erste Maßnahmen zur Sicherung der Anbietervielfalt auf der Ebene des einzelnen Planungsbereichs ergriffen: Der Versorgungsanteil, den einzelne Krankenhäuser mit den von ihnen gegründeten zahnärztlichen i-MVZ bzw. MVZ in einem Planungsbereich erreichen dürfen, wurde auf i. d. R. fünf bis zwanzig Prozent beschränkt. Die Bestimmungen des § 95 Abs. 1b SGB V sind zwar geeignet, eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz von (i-)MVZ in Trägerschaft weniger Krankenhäuser in einem gegebenen Planungsbereich zu verhindern. Die TSVG-Regelung beschränkt hingegen nicht den Versorgungsanteil, der insgesamt auf die Praxisform (i-)MVZ in Krankenhausträgerschaft entfällt. Theoretisch ist unter den Regeln des TSVG eine hundertprozentige Abdeckung der zahnärztlichen Versorgung durch (i-) MVZ mit Krankenhausgründern möglich. Allerdings darf jedes der gründungsberechtigten Krankenhäuser jeweils nur einen bestimmten Versorgungsanteil aufweisen.

Vor dem Hintergrund der festgestellten Auffälligkeiten im Leistungs- und Abrechnungsgeschehen und den daraus resultierenden möglichen Risiken für die Versorgung sollten über das TSVG hinausgehende gesetzliche Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Dies umso mehr, wenn es auch im zahnärztlichen Bereich in bestimmten Regionen zu Entwicklungen im Sinne einer Verdrängung von Einzelpraxen/BAG bzw. niederlassungswilligen Zahnärzten kommen sollte, wie sie von der Bundesärztekammer und einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen für bestimmte ärztliche Fachgebiete bereits beobachtet werden.

Mit Blick auf künftige Untersuchungen sollten folgende Weiterentwicklungen der Analysemöglichkeiten geschaffen werden. Auf Ebene der Daten zum Leistungsgeschehen sollte der Detaillierungsgrad erhöht werden, so dass bspw. eine direkte Alters- und Geschlechtsadjustierung möglich wäre. Soweit möglich sollte ein künftiges Untersuchungsdesign auch die Herausforderungen aufgrund eines unterjährigen Wechsels der Praxisform und der Zuordenbarkeit von Abrechnungen zu Praxisstandorten von Kettenverbünden adressieren. Weiterhin sollte für die Analysen im Leistungsbereich ZE eine separate Erhebung des Gesamtbetrags sowie seiner Unterteilung in GOZ-Honorar, BEMA-Honorar und MuL-Kosten getrennt für Neuversorgungen und Wiederherstellungen (oder sogar für einzelne Festzuschuss-Ziffern) ermöglicht werden. Auch eine Unterteilung der ZE-Fälle in solche mit ausschließlich Neuversorgung, ausschließlich Wiederherstellung und solche mit beidem würde die Interpretation der Ergebnisse erleichtern, so die Anzahl ZE-Fälle mit Neuversorgung und gleichzeitiger Wiederherstellung einen relevanten Anteil der ZE-Fälle ausmachen.

4.3 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Analysen mit gewissen methodischen Limitationen behaftet sind, die jedoch aus unserer Sicht die getroffenen Schlussfolgerungen nicht nennenswert beeinflussen.

Die Identifikation von Investoren, die sich an i-MVZ beteiligen, erfordert aufwändige Recherchen der oftmals verschachtelten Eigentümerstrukturen. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige MVZ bislang nicht als i-MVZ identifiziert wurden. Die Anzahl i-MVZ und damit die Anzahl in i-MVZ tätiger Zahnärzte und behandelter Versicherter hat in den untersuchten Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau begonnen und dann stark zugenommen. Die zu Beginn des Analysezeitraums meist kleinen Anzahlen und ihre hohe Dynamik führen dazu, dass Analysen mit Bezug auf die ersten Jahreszeiträume nur bedingt aussagekräftig sind.

In Bezug auf die Analysen des Leistungsgeschehens ist insbesondere folgendes zu beachten: auch wenn es sich bei dem Untersuchungsdesign grundsätzlich um ein längsschnittliches Design handelt, verändert sich die Zusammensetzung der als Praxisform i-MVZ betrachteten Stichproben von Praxisstandorten stark von Jahr zu Jahr. Praxisstandorte, die in einem Jahr als Einzelpraxis, BAG oder auch MVZ auftraten, können im nächsten Jahr ihre Praxisform gewechselt haben und als i-MVZ auftreten. Da der Praxiswechsel unterjährig stattfinden kann, enthalten die analysierten Abrechnungsdaten für einige Praxisstandorte Daten aus nur ein, zwei oder drei Quartalen. Der unterjährige Wechsel der Praxisform führt zu einer Unterschätzung der Anzahl Fälle je Versicherter, sodass eine Auswertung der Daten auf Versichertenbasis verzerrt wäre, weshalb die Analysen auf Basis von Abrechnungsfällen durchgeführt werden (vgl. Kapitel 3.4.1).

Aufgrund der Nutzung derselben Abrechnungsnummer für alle Praxisstandorte einer MVZ- oder i-MVZ-Kette in einer KZV ist nur eine indirekte Zuordnung von Fällen zu Praxisstandorten möglich (vgl. Kapitel 2.4).

Die Analysen kontrollieren nicht für mögliche Morbiditätsunterschiede und daraus resultierende Unterschiede im Behandlungsbedarf der Patienten. Es wurde jedoch die Alters- und Geschlechtsverteilung der behandelten Versicherten insgesamt betrachtet (vgl. Kapitel 3.4.1), wodurch Morbiditätsunterschiede approximiert werden können.³⁰ Die Ergebnisse zeigen Unterschiede in den Altersverteilungen zwischen den Praxisformen. Auf Grundlage eines indirekten Standardisierungsansatzes wurde für den Leistungsbereich KCH geprüft, inwieweit diese Verteilungsunterschiede die Unterschiede in den abgerechneten Punktvolumina erklären können. Dabei zeigt sich, dass altersstrukturbedingte Effekte klein und keinesfalls geeignet sind, die Mengenunterschiede zu erklären (vgl. Kapitel 3.4.3.1).

³⁰ Vgl. z. B. Rädel, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Reinacher, U., & Walter, M. (2020) Barmer Zahnreport 2020, Hrsg. Barmer, Berlin

Schließlich sei hervorgehoben, dass es sich bei den verwendeten Abrechnungsdaten um Daten der KZVen handelt. Diese bilden das mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnete Leistungsgeschehen ab; weiterhin enthalten sie Angaben zum GOZ-Anteil bei gleichartiger Versorgung mit Zahnersatz. Privat abgerechnete Leistungen sowie über die private Krankenversicherung abgerechnete Leistungen, welche durchschnittlich circa 50 Prozent des Umsatzes von Zahnarztpraxen ausmachen³¹, sind in den Daten nicht enthalten. Es konnte daher nicht geprüft werden, inwieweit sich mögliche systematische Unterschiede der zahnärztlichen Versorgung von Patienten zwischen i-MVZ und anderen Praxisformen speziell in diesen – zumeist sehr lukrativen – Bereichen zeigen.

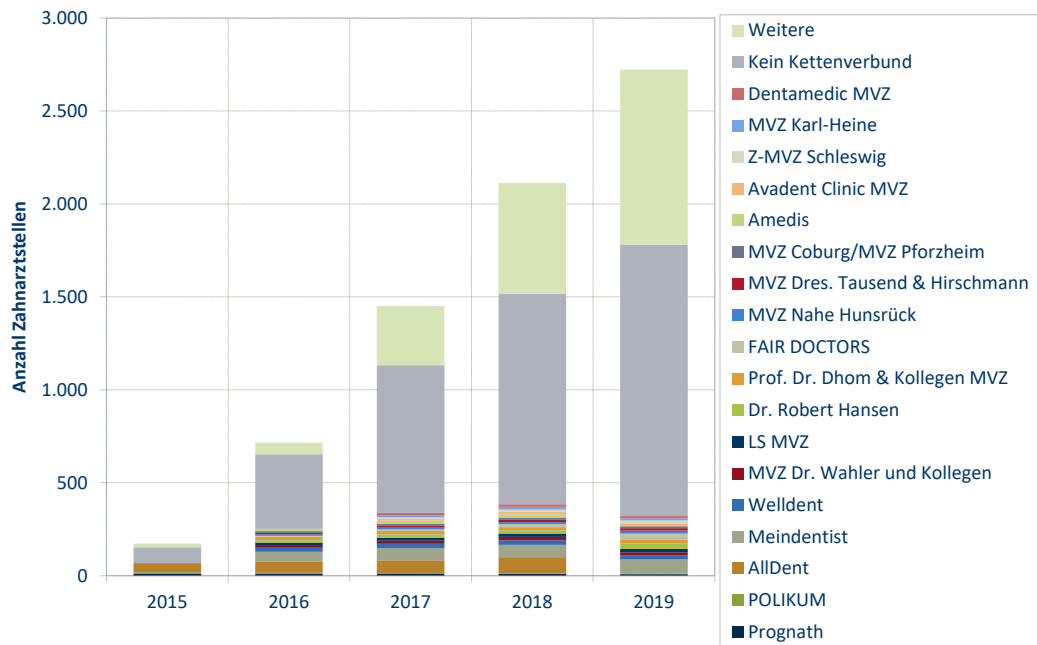
³¹ Statistisches Bundesamt (2015) Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Fachserie 2 Reihe 1.6.1,

5. Anhang

A1 MVZ-Kettenverbünde

A1 MVZ-Kettenverbünde

Abbildung 60: Anzahl der Zahnarztstellen in MVZ nach Kettenverbund



Quelle: IGES basierend auf Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV
 Anmerkungen: Stichtag: jeweils zur Jahresmitte

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