

Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Entwicklung und Auswirkungen

IGES Institut GmbH

Gutachten für
die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Duncker & Humblot · Berlin

Investorenbetriebene MVZ
in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Entwicklung und Auswirkungen

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

IGES Institut GmbH

Gutachten für
die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Duncker & Humblot · Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Alle Rechte vorbehalten
© 2021 Duncker & Humblot GmbH, Berlin
Satz: Textforma(r)t Daniela Weiland, Göttingen
Druck: CPI buchbücher.de gmbh, Birkach
Printed in Germany

ISBN 978-3-428-18274-9 (Print)
ISBN 978-3-428-58274-7 (E-Book)

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Inhalt

| | |
|---|-----|
| Zusammenfassung | 13 |
| 1. Kontext und Ziele | 17 |
| 1.1 Kontext | 17 |
| 1.2 Ziele | 22 |
| 2. Methodik | 23 |
| 2.1 Auswertungen zu Versorgungsstrukturen | 23 |
| 2.2 Auswertungen zur regionalen Verteilung | 24 |
| 2.3 Analyse der wettbewerbsökonomischen Rahmenbedingungen | 25 |
| 2.4 Auswertungen zum Leistungsgeschehen | 25 |
| 3. Ergebnisse | 27 |
| 3.1 Entwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstrukturen | 27 |
| 3.1.1 Anteil der Praxisformen an der Versorgung | 27 |
| 3.1.2 Unterschiede zwischen den Praxisformen | 31 |
| 3.1.3 Charakteristika von i-MVZ und MVZ | 36 |
| 3.2 Unterschiede in der regionalen Verteilung der Praxisformen | 42 |
| 3.2.1 Regionale Verteilung der Zahnarztstellen | 42 |
| 3.2.2 Verteilung nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen der Planungsbereiche | 48 |
| 3.2.3 Regelungen des TSVG für Krankenhaus-MVZ | 54 |
| 3.2.4 Zwischenfazit | 59 |
| 3.3 Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen | 61 |
| 3.4 Unterschiede im Leistungsgeschehen zwischen den Praxisformen | 64 |
| 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 | 103 |

| | |
|--|-----|
| 4. Schlussfolgerungen, Diskussion und Empfehlungen | 128 |
| 4.1 Schlussfolgerungen | 128 |
| 4.2 Ausblick und Empfehlungen | 131 |
| 4.3 Limitationen | 133 |
| 5. Anhang | 135 |
| A1 MVZ-Kettenverbände | 135 |

Abbildungen

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Anzahl der Praxisstandorte von i-MVZ und Veränderung gegenüber dem Vorjahr (2015 bis 2020) | 28 |
| Abbildung 2: Anteil der Praxisstandorte der i-MVZ am gesamten MVZ-Markt (2015 bis 2020) | 28 |
| Abbildung 3: Verteilung der Zahnarztstellen nach Praxisform auf Bundesebene (2015 bis 2019) | 29 |
| Abbildung 4: Anzahl der Zahnarztstellen der investorenbetriebenen und nicht-investorenbetriebenen MVZ (2015 bis 2019) | 30 |
| Abbildung 5: Verteilung der Zahnarztstellen auf investorenbetriebene und nicht-investorenbetriebene MVZ (2015 bis 2019) | 31 |
| Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort nach Praxisform (2015 bis 2019) | 32 |
| Abbildung 7: Verteilung der Praxisstandorte nach Anzahl der Zahnarztstellen je Praxisstandort (2019) | 33 |
| Abbildung 8: Verteilung der Zahnarztstellen nach Zulassungs- bzw. Tätigkeitsart und Praxisform (2019) | 34 |
| Abbildung 9: Verteilung der Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019) | 34 |
| Abbildung 10: Verteilung der angestellten Zahnärzte nach Tätigkeitsumfang je Praxisstandort und nach Praxisform (2019) | 35 |
| Abbildung 11: Anzahl der Zahnarztstellen in i-MVZ nach Kettenverbund (2015 bis 2019) | 38 |
| Abbildung 12: Verteilung der Kettenverbände der i-MVZ und MVZ nach Anzahl der Praxisstandorte je Kettenverbund (2019) | 39 |
| Abbildung 13: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen auf Kreistypen (2018) .. | 43 |
| Abbildung 14: Versorgungsgrad gemäß vertragszahnärztlicher Bedarfsplanung nach Planungsbereichen (2018) | 45 |
| Abbildung 15: Regionale Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ (2019) | 46 |
| Abbildung 16: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Kreistyp und Praxisform (2019) | 49 |
| Abbildung 17: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Zahnärztdichte und Praxisform (2019) | 51 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 18: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach dem Anteil der Einwohner im Alter 65+ und Praxisform (2019) | 52 |
| Abbildung 19: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Pflegebedarf und Praxisform (2019) | 53 |
| Abbildung 20: Verteilung der Einwohner und Zahnarztstellen nach Medianeinkommen und Praxisform (2019) | 54 |
| Abbildung 21: Anzahl der durch ein Krankenhaus-MVZ besetzbaren Zahnarztstellen nach Planungsbereichen (2018) | 57 |
| Abbildung 22: Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2 (2019) | 72 |
| Abbildung 23: Altersverteilung der behandelten Versicherten nach Praxisform, UG2 (2019) | 76 |
| Abbildung 24: Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppen UG1, KG1 und KG2 (2019) | 78 |
| Abbildung 25: Anteil der Leistungsbereiche am Gesamtbetrag nach Praxisform für die Gruppe UG2 (2019) | 79 |
| Abbildung 26: KCH-Punkte je KCH-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2 | 81 |
| Abbildung 27: KCH-Punkte je KCH-Fall in der Gruppe UG2 | 82 |
| Abbildung 28: Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019) | 87 |
| Abbildung 29: Prozentuale Differenz in der Mengenkomponte (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) | 88 |
| 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) | 89 |
| Abbildung 31: Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührensuffern Ä925a, Ä925b bis d und Ä935d in der KCH-Kategorie <i>Röntgen</i> (2019) | 93 |
| Abbildung 32: Verteilung der Anzahl Abrechnungen für die BEMA-Gebührensuffern 43, 44, 45, 47a und 48 in der KCH-Kategorie <i>Extraktionen</i> (2019) | 96 |
| Abbildung 33: Anzahl Abrechnungen für die Leistung <i>Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen</i> (BEMA-Gebührensuffern 105) je 100 KCH-Fälle | 99 |
| Abbildung 34: Anzahl Abrechnungen für die Leistung Sensibilitätsprüfung der Zähne (BEMA-Gebührensuffern 8) je 100 KCH-Fälle | 100 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 35: Punkte je KCH-Fall in zehn Kategorien von KCH-Leistungen, UG2 (2019) | 102 |
| 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) | 102 |
| 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) | 103 |
| Abbildung 38: ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in den Gruppen UG1, KG1 und KG2 | 106 |
| Abbildung 39: ZE-Gesamtbetrag je ZE-Fall in der Gruppe UG2 | 106 |
| Abbildung 40: Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2 | 108 |
| Abbildung 41: Anteil der ZE-Fälle, bei denen eine Neuversorgung erfolgte, UG2 | 109 |
| Abbildung 42: GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG1, KG1 und KG2 | 110 |
| Abbildung 43: GOZ-Honorar je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2 | 111 |
| Abbildung 44: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Neuversorgungsfall, UG1, KG1 und KG2 | 113 |
| Abbildung 45: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Neuversorgungen je Fall, bei dem eine Neuversorgung erfolgte, UG2 | 114 |
| Abbildung 46: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG1, KG1 und KG2 (2019) | 116 |
| 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) | 117 |
| 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) | 117 |
| Abbildung 49: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in fünf Gruppen von ZE-Neuversorgungsleistungen, UG2 (2019) | 118 |
| 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) | 118 |
| 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) | 119 |
| Abbildung 52: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2 | 120 |
| Abbildung 53: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 1.1 (Einzelkrone) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2 | 120 |
| Abbildung 54: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG1, KG1 und KG2 | 121 |
| Abbildung 55: Anzahl Abrechnungen für FZ-Ziffer 4.2 und 4.4 (Totalprothese) je 100 Neuversorgungsfälle, UG2 | 122 |
| Abbildung 56: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie <i>Vorläufige Versorgung</i> , UG1, KG1 und KG2 | 123 |
| Abbildung 57: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses je ZE-Neuversorgungsfall in der Kategorie <i>Vorläufige Versorgung</i> , UG2 | 124 |
| Abbildung 58: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG1, KG1 und KG2 | 125 |
| Abbildung 59: Durchschnittlicher Betrag des Festzuschusses für Wiederherstellungen je Fall, bei dem eine Wiederherstellung erfolgte, UG2 | 126 |
| Abbildung 60: Anzahl der Zahnarztstellen in MVZ nach Kettenverbund | 135 |

Tabellen

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabelle 1: | Kapitalinvestoren der i-MVZ, ihre Kettenverbände und die Anzahl der Praxisstandorte (2019) | 40 |
| Tabelle 2: | Anzahl der Praxisstandorte der MVZ und der i-MVZ nach KZV-Region (2019) | 41 |
| Tabelle 3: | Verteilung der 162 Praxisstandorte der i-MVZ nach zahnärztlichen Planungsbereichen (2019) | 47 |
| Tabelle 4: | Zahnärztliche Planungsbereiche mit dem höchsten Anteil der Zahnarztstellen in i-MVZ und weitere Planungsbereiche (2019) | 48 |
| Tabelle 5: | Verteilung der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Anzahl der maximal von einem Krankenhaus als Träger eines zahnärztlichen MVZ zu besetzenden Zahnarztstellen (2018) | 56 |
| Tabelle 6: | Verteilung der Planungsbereiche und der Einwohner nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich (2018) | 57 |
| Tabelle 7: | Verteilung der Planungsbereiche nach Anzahl der besetzbaren Zahnarztstellen je Planungsbereich und Kreistyp (2018) | 58 |
| Tabelle 8: | Verteilung der Planungsbereiche, in denen die „mindestens fünf“-Regel greift, nach Kreistyp | 59 |
| Tabelle 9: | Wettbewerbsökonomische Rahmenbedingungen der Praxisformen | 62 |
| Tabelle 10: | Regionale Merkmale der Gruppen UG1, KG1, KG2 und UG2 | 66 |
| Tabelle 11: | Anzahl Praxisstandorte nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019 | 68 |
| Tabelle 12: | Schätzung des Anteils der MVZ- und i-MVZ-Praxisstandorte, die nicht ganzjährig existierten, UG1, KG1 und KG2 | 69 |
| Tabelle 13: | Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019 | 70 |
| Tabelle 14: | Anzahl behandelte Versicherter nach Praxisform, UG1, KG1 und KG2, 2015–2019 | 71 |
| 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 | 74 |
| Tabelle 17: | Anzahl Zahnarztstellen nach Praxisform, UG2, 2015–2019 | 75 |
| Tabelle 18: | Anzahl behandelte Versicherter nach Praxisform, UG2, 2015–2019 | 75 |
| Tabelle 19: | Erwartete Anzahl KCH-Punkte je KCH-Fall gemäß der Altersverteilung der behandelten Patienten | 83 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| BAG | Berufsausübungsgemeinschaft |
| BEB | Bundeseinheitliche Benennungsliste |
| BEL | Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis |
| BEMA | Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen |
| EP | Einzelpraxen |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-VSG | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz |
| GOZ | Gebührenordnung für Zahnärzte |
| KBR | Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen |
| KCH | Konservierende und chirurgische Leistungen, inklusive Prophylaxe |
| KFO | Kieferorthopädische Behandlung |
| KG | Kontrollgruppe |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| KZBV | Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung |
| KZV | Kassenzahnärztliche Vereinigung |
| MuL | Material und Labor |
| 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.

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).

Zusammenfassend ist somit zu konstatieren, dass sowohl die Ergebnisse zur bevorzugten Ansiedlung von i-MVZ in (groß-)städtischen, einkommensstarken und von einer hohen Zahnarztichte 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. 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 Krankenhaussträgerschaft 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 Krankenhaussträgerschaft 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