



Medizinische Versorgungszentren in Deutschland – überregionales Wachstum und Marktkonzentration unterschiedlicher Trägerarten

Jakob Holstiege¹ • Claudia Kohring¹ • Daniel Schreiber² • Dominik Graf von Stillfried³ •
Doreen Müller¹

¹ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Fachbereich Epidemiologie und Versorgungsatlas

² Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Fachbereich IT und Data Science

³ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

DOI: 10.20364/VA-26.05

Abstract

Hintergrund

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte der ambulanten Versorgung in der Trägerschaft von Vertragsärzten, Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie sonstigen Einrichtungen zusammenarbeiten. MVZ stehen seit Jahren im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen, etwa wegen wachsender Kommerzialisierung und regionaler Konzentrationen. Der vorliegende Bericht umfasst Analysen zu (i) den Unterschieden in Größe und Marktkonzentration der MVZ nach Trägerart, (ii) Fachgruppenunterschieden, (iii) regionalen Verteilungen und (iv) zeitlichen Entwicklungen hinsichtlich Zahl, Struktur und Verteilung der MVZ.

Methodik

Grundlage der Analysen bildeten die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der Jahre 2017 bis 2020 sowie ergänzende Angaben zu den Trägern von MVZ aus den Landesarztregistern. Berücksichtigt wurden Daten von 12 der 17 deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Region) (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe). Schwerpunktmäßig erfolgte eine vergleichende Analyse der Trägerarten, in Bezug auf die Größe von MVZ-Trägern unter Berücksichtigung der Anzahl von MVZ-Betriebsstätten und dort tätiger Ärztinnen/Ärzte, korrespondierender zeitlicher Entwicklungen, Fachgruppenstrukturen und regionaler Variationen.

Ergebnisse

Zwischen 2017 und 2020 stieg die Zahl der MVZ-Betriebsstätten und Ärztinnen/Ärzte um ein Drittel, am stärksten in den KV-Regionen Baden-Württemberg (+55 % bzw. +52 %) und Nordrhein (+47 % bzw. +42 %). Im Jahr 2020 wurden 2.217 MVZ-Träger mit 3.429 Betriebsstätten und 20.924 Ärztinnen/Ärzten erfasst. Vertragsärzte stellten dabei knapp die Hälfte aller Träger, Krankenhäuser als Träger wiesen

Korrespondierender Autor: Dr. Jakob Holstiege
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Salzufer 8 – 10587 Berlin – Tel. (030) 22 00 56 167 – E-Mail: jholstiege@zi.de



jedoch eine höhere Anzahl an Ärztinnen/Ärzten auf. Die Marktkonzentration variierte zwischen den Trägerarten, wobei Krankenhäuser mit 12,6 Ärztinnen/Ärzten und 1,8 MVZ-Betriebsstätten gegenüber vertragsärztlichen Trägern (Ärztinnen/Ärzte: 7,4; Betriebsstätten: 1,3) im Mittel höhere Werte aufwiesen. Regional dominierten vertragsärztliche Träger in der städtischen KV Berlin (60 % der MVZ-Betriebsstätten), während durch Krankenhäuser getragene MVZ in den ostdeutschen KV-Regionen Thüringen (77 %), Brandenburg (64 %) und Sachsen-Anhalt (58 %) überwogen.

Schlussfolgerung

MVZ sind wichtige Akteure der ambulanten ärztlichen Versorgung, deren Bedeutung mit der Anzahl an Praxen und dort tätigen Ärztinnen/Ärzte in den letzten Jahren stetig zugenommen hat. Unter den verschiedenen Trägerarten wiesen Krankenhäuser die meisten MVZ-Betriebsstätten auf und hatten damit einen erheblichen Anteil an der ambulanten Versorgungsstruktur. Marktkonzentrationen sollte unter den Gesichtspunkten Strukturstabilität und Resilienz des Versorgungssystems besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Schlagwörter

Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, Krankenhaus, Medizinische Versorgungszentren, MVZ, MVZ-Träger, Trägerarten, vertragsärztlich, Private-Equity

Zitierweise

Holstiege J, Kohring C, Schreiber D, Graf von Stillfried D, Müller D. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland – überregionales Wachstum und Marktkonzentration unterschiedlicher Trägerarten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 26/05. Berlin 2026. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-26.05>

Abstract (English)

Outpatient medical care centers in Germany: Supra-regional growth and market concentration by ownership type

Background

Medical Care Centers (MCC) are institutions in which physicians providing outpatient care work together under the sponsorship of outpatient doctors, hospitals, non-physician dialysis service providers, or other sponsors. MCC have increasingly become the focus of health policy discussions, particularly due to growing commercialization and regional concentration. This report analyzes (i) differences in the size and market concentration of MCC according to sponsor type, (ii) composition of medical specialties provided by MCC, (iii) regional distributions, and (iv) temporal developments regarding the number, structure, and distribution of MCC.

Methods

The analyses were based on outpatient billing data in accordance with §295 SGB V from 2017 to 2020, supplemented by information on the sponsors of MCC from regional physician registers. Data from the Associations of Statutory Health Insurance Physicians of Baden-Württemberg, Bavaria, Berlin, Brandenburg, Hesse, North-Rhine, Rhineland-Palatinate, Saxony, Saxony-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thuringia, and Westphalia-Lippe were included. The analyses covered the size, market concentration, specialty structure, regional distribution, and temporal development of MCC.

Results

Between 2017 and 2020, the number of MCC practice sites and physicians increased by about one third, with the strongest growth in Baden-Württemberg (+55% and +52%) and North-Rhine (+47% and +42%). In 2020, a total of 2,217 MCC sponsors with 3,429 practice sites and 20,924 physicians were recorded. Contract-based medical sponsors accounted for almost half of all sponsors, whereas hospital sponsors employed a higher number of physicians. Market concentration varied by sponsor type, with hospital sponsors having a higher proportion of larger organizations with regard to the number of physicians and outpatient care facilities. About half of all MCC employed physicians from multiple specialties. Regionally, contract-based medical sponsors predominated in Berlin (60%), whereas hospital sponsors dominated in the eastern regions of Thuringia (77%), Brandenburg (64%), and Saxony-Anhalt (58%).

Conclusion

MCC are important actors in outpatient medical care, and their significance continues to grow. Among the different types of sponsors, hospitals operate the largest number of MCC and thus hold a substantial share of the outpatient care provider structure. With regard to market concentration, particular attention should be paid to structural stability and resilience of the ambulatory healthcare system.

Keywords

Dialysis-provider-owned MVZ, hospital-owned MVZ, non-physician dialysis service providers, outpatient medical care center (MVZ), ownership types, physician-owned MVZ, private equity, statutory health insurance-accredited physicians

Citation

Holstiege J, Kohring C, Schreiber D, Graf von Stillfried D, Müller D. Outpatient medical care centers in Germany: Supra-regional growth and market concentration by ownership type. Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany (Zi). Versorgungsatlas-Report Nr. 26/05. Berlin 2026. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-26.05>

Kernaussagen

- MVZ sind eine kontinuierlich in ihrer quantitativen Bedeutung wachsende Versorgungsform der ambulanten Versorgung. Zwischen 2017 und 2020 stieg die Zahl der MVZ-Betriebsstätten in den hier betrachteten 12 KV-Bereichen von 2.538 auf 3.429 (+35 %) und der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte von 15.621 auf 20.924 (+34 %).
- Besonders starkes Wachstum konnte für MVZ beobachtet werden, die durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen getragen wurden, sowohl in der Zahl der MVZ-Betriebsstätten (+79 %) als auch des ärztlichen Personals (+92 %).
- Vertragsärzte und Krankenhäuser stellen die beiden wichtigsten MVZ-Trägergruppen in Deutschland dar, wobei in Ostdeutschland krankenhausgetragene und in Westdeutschland vertragsärztlich getragene MVZ den höchsten Anteil an MVZ-Betriebsstätten aufweisen.
- Während vertragsärztliche MVZ meist klein und regional ausgerichtet sind, betreiben Krankenhäuser als Träger häufiger überregional Betriebsstätten, an denen eine höhere Anzahl an Ärztinnen/Ärzten tätig sind.
- Eine zunehmende Marktkonzentration, insbesondere durch Krankenhäuser und potenziell investorengetragene Strukturen, wirft Fragen nach Transparenz, ärztlicher Unabhängigkeit und Systemresilienz auf.

Hintergrund

Seit rund zwei Jahrzehnten sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) etablierte Akteure der ambulanten ärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. In MVZ arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte in gemeinsamer, kooperativer Form zusammen. MVZ sind nach § 95 SGB V in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft, der Gesellschaft mit beschränkter Haftung und einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich (1). Kennzeichnend für diese Einrichtungen ist die organisatorische Trennung von Inhaberschaft und Behandlungstätigkeit. Ein MVZ kann seit 2016 sowohl arztgruppengleich als auch fachgruppenübergreifend ausgerichtet sein und steht unter der medizinischen Leitung einer Ärztin oder eines Arztes, die bzw. der selbst in diesem MVZ tätig ist. Träger und Trägerorganisationen von MVZ lassen sich in die Kategorien vertragsärztliche Träger, Krankenhaus-Träger, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie sonstige Träger¹ einordnen (1). Zahlreiche gesetzliche Anpassungen nach der Einführung

von MVZ im Jahr 2003 haben zu einer komplexen MVZ-Landschaft beigetragen, die von vielfältigen organisatorischen Ausgestaltungsmöglichkeiten und Bestandsschutzregelungen gekennzeichnet ist. Ein detaillierter Überblick findet sich u. a. im Jahresbericht des Zi-MVZ-Panels (2).

Mit der Ermöglichung der Teilnahme von MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung verband der Gesetzgeber das Ziel einer institutionellen Stärkung der fachgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im ambulanten Sektor (3). MVZ, an denen ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufe unterschiedlicher Fachrichtungen tätig sind, sollten „den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten“ (4). Ferner wurden MVZ auch als Beitrag zur Überwindung der sektoralen Grenzen des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs betrachtet, da auch Krankenhäusern die MVZ-Gründung ermöglicht wurde. Neben der Förderung einer interdisziplinären Kooperation wurde auch die Stärkung eines effizienten Ressourceneinsatzes in der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer gemeinsamen Nutzung von Technik und Personal durch die an MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte angestrebt (3).

Trotz ihrer wichtigen Rolle für die ambulante Versorgung stehen MVZ zunehmend im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen (6). Kritisch betrachtet wird insbesondere die wachsende Kommerzialisierung durch den Einstieg

1 Sonstige Träger können beispielsweise Praxisnetze und gemeinnützige oder kommunale Träger umfassen; zudem sind MVZ mit Trägerschaft von Sanitätshäusern, Apotheken, Pflegediensten etc. möglich, wenn diese bereits vor 2012 bestanden haben.

fachfremder Kapitalgeber, die unter Umständen die ärztliche Unabhängigkeit beeinträchtigen und medizinische Entscheidungen stärker an wirtschaftlichen Zielen ausrichten könnten (6–8). Zudem ist denkbar, dass MVZ eher in städtischen, wirtschaftlich attraktiven Regionen entstehen, während ländliche Gebiete seltener profitieren, wodurch sich regionale Versorgungsungleichheiten weiter verfestigen würden (6). Schließlich wird diskutiert, inwieweit die zunehmende Marktkonzentration größerer MVZ-Träger den Wettbewerb mit kleineren Praxen dominiert (9).

Für viele Ärztinnen und Ärzte stellt die Tätigkeit in einem MVZ eine attraktive Beschäftigungsform dar. Da sie dort in der Regel angestellt sind und nicht selbst Eigentümerverantwortung tragen, profitieren sie von den Sicherheiten einer abhängigen Beschäftigung, wie etwa festen Urlaubszeiten, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und der Möglichkeit flexibler Teilzeitregelungen (5). Gleichzeitig entfallen wesentliche wirtschaftliche Risiken, die typischerweise mit einer eigenen Praxis verbunden sind. Im Vergleich zu einer Tätigkeit im Krankenhaus ist die Arbeit in einem MVZ zudem meist mit deutlich weniger Nacht- und Wochenenddiensten verbunden (5).

Die vorliegende Untersuchung umfasst vier zentrale Fragestellungen: Erstens wird analysiert, wie sich MVZ nach Trägerarten hinsichtlich ihrer Größe und Marktkonzentration unterscheiden. Zweitens wird untersucht, welche Fachgruppen in MVZ vertreten sind, um strukturelle Muster innerhalb der einzelnen Trägerarten sichtbar zu machen. Drittens wird betrachtet, in welchem Maße sich regionale Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit, mit der die unterschiedliche Trägerarten am Markt auftreten, zeigen. Viertens wird die zeitliche Entwicklung der Anzahl von MVZ-Betriebsstätten und dort tätigen Ärztinnen und Ärzte insgesamt und in Abhängigkeit der Trägerart betrachtet, um Veränderungen in Zahl, Struktur und Verteilung der MVZ im Untersuchungszeitraum nachzuvollziehen.

Methodik

Datengrundlage

Die Untersuchung basierte auf pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der Jahre 2017 bis 2020 sowie ergänzenden Informationen zu den Trägern von MVZ,

die im Rahmen der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die Zulassungsausschüsse erhoben und durch die Landesarztregister als Praxisstammdaten erfasst werden. Die Zusammenführung der Datensätze erfolgte projektbezogen anhand pseudonymisierter Betriebsstättennummern (BSNR). Der so geschaffene Datenkörper umfasste Informationen zu den Betriebsstätten, den Kreis der zugehörigen Leistungsorte, den dort tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie zu Trägerart und Trägeradresse, falls die Betriebsstätte ein MVZ war, sowie zu den abgerechneten medizinischen Leistungen. In die Analysen wurden Daten von 12 der insgesamt 17 deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen aufgenommen (Baden-Württemberg, Bayerns, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe).

Operationalisierung

Auf Basis der Daten zur Trägerart wurden die Träger von MVZ den drei in Bezug auf die Anzahl an MVZ-Betriebsstätten größten Kategorien „vertragsärztlich“, „Krankenhaus“ und „Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen“ zugeordnet und andere Trägerarten in der Gruppe „sonstige Träger“ zusammengefasst. Um Mehrfachzählungen von Trägern zu vermeiden, wurde Trägern, die unterjährig mehr als eine Trägerart aufwiesen, jahresbezogen die Trägerart mit der höchsten Anzahl an MVZ-Betriebsstätten zugeordnet und bei gleicher Anzahl an MVZ-Betriebsstätten die Trägerart zufällig ausgewählt. In einem vergleichbaren Vorgehen wurden MVZ, die innerhalb eines Jahres mehr als einen Träger aufwiesen, dem Träger mit der höchsten Abdeckung an Kalenderquartalen zugeordnet und bei gleicher Quartalszahl ein Träger zufällig ausgewählt.

Die Fachgruppen der an MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzte wurde anhand der Fachgruppenschlüssel der lebenslangen Arztnummer (LANR) bestimmt. Einem MVZ wurde eine Fachgruppe als charakterisierend zugeordnet, wenn zwei Drittel oder mehr der an einem MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzte dieser Fachgruppe angehörten. MVZ, die keine gemäß dieser Regel dominierende Fachgruppe aufwiesen, wurden in die Kategorie „mehrere Fachgruppen“ eingeordnet. Darauf aufbauend erfolgte außerdem eine übergeordnete Kategorienbildung in hausärztliche und fachärztliche MVZ. Dabei wurden die folgenden Fachgruppen als „hausärztlich“ kategorisiert:

Allgemeinmedizin, hausärztlich praktischer Arzt, hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin, hausärztliche Innere Medizin. Gemäß der zuvor beschriebenen Vorgehensweise bei der feineren Fachgruppeneinteilung, galten MVZ als „hausärztlich“, wenn zwei Drittel oder mehr der Leistungserbringenden hausärztlichen Fachgruppen angehörten und als „fachärztlich“, wenn ein entsprechender Überhang durch andere Fachgruppen besetzt war. In den verbleibenden Fällen galt ein MVZ als „haus- und fachärztlich“.

Statistische Auswertung

Die Beschreibung der Trägerarten und -größen nach Anzahl der Betriebsstätten und Ärztinnen/Ärzte, sowie der regionalen Verteilung nach Kassenärztlicher Vereinigung erfolgte für Daten des Jahres 2020. Der deskriptiven Betrachtung der zeitlichen Entwicklung wurden die Abrechnungsjahre 2017 bis 2020 zugrunde gelegt. Nach Trägerart erfolgte eine Deskription der Entwicklung der jährlichen absoluten Anzahl an Betriebsstätten und dort tätiger Ärztinnen/Ärzte. Außerdem wurde der jährliche prozentuale Anteil des an MVZ erbrachten Leistungsbedarfs in Euro für abrechnungsfähige ärztliche Leistungen am gesamten vertragsärztlichen Leistungsbedarf ermittelt.

Für eine explorative Analyse der Marktkonzentration nach Trägerarten wurde für die vier Trägerarten die Verteilung der Träger in Bezug auf die Anzahl der Betriebsstätten und der Anzahl der Ärztinnen/Ärzte pro Träger visuell gegenübergestellt und der Variationskoeffizient hinsichtlich beider Merkmale gebildet. Zudem wurde die Anzahl von Ärztinnen/Ärzten gegenüber der Anzahl an Betriebsstätten pro Träger anhand des jeweiligen Mittelwertes in Quadranten eingeteilt. Darauf aufbauend wurde mittels Chi-Quadrat-Test geprüft, ob die Zuordnung zu den Quadranten über die vier Trägerarten gleichverteilt war. Um das Ausmaß überregionaler Aktivität der Trägerarten abzubilden, erfolgte auf Trägerebene außerdem die Gegenüberstellung der Anzahl Ärztinnen/Ärzte und der Anzahl an Kreisen, in denen MVZ Leistungsorte aufwiesen, unterteilt nach der Trägerart.

Ferner erfolgte eine Exploration des Trägerwachstums im Zeitverlauf in Bezug auf die Entwicklung der Anzahl an Ärztinnen/Ärzten und des Leistungsbedarfs in Euro. Dafür wurde die mittlere jährliche Veränderung der absoluten Anzahl der tätigen Ärztinnen/Ärzte und des realisierten

Leistungsbedarfs in Euro pro Träger ermittelt, die im Zeitraum 2017 bis 2020 zumindest in zwei aufeinander folgenden Jahren an der Versorgung teilgenommen haben. Anhand einfacher linearer Regressionsmodelle erfolgte die Schätzung des Zusammenhangs der mittleren jährlichen Veränderung der Anzahl an Ärztinnen/Ärzten auf die mittlere jährliche Veränderung des Leistungsbedarfs in Euro auf Trägerebene separat für die vier Trägerarten.

Für die weitere Charakterisierung von MVZ nach Trägerart erfolgte außerdem eine Deskription der Größe von MVZ in Bezug auf die Anzahl an dort tätigen Ärztinnen/Ärzte und die Fachgruppenzusammensetzung.

Ergebnisse

Trägergröße und Marktkonzentration

Insgesamt konnten im Jahr 2020 in den teilnehmenden KV-Bereichen 2.217 Träger und 3.429 MVZ-Betriebsstätten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Wie **Tabelle 1** zeigt, waren bei vertragsärztlichen Trägern in diesem Jahr im Mittel 1,3 Betriebsstätten mit insgesamt 7,4 Ärztinnen/Ärzte pro Träger tätig, während Krankenhäuser im Mittel 1,8 Betriebsstätten und 12,6 Ärztinnen/Ärzte aufwiesen. Insgesamt verfügten 77,4 % der Träger über nur eine MVZ-Betriebsstätte. Dieser Anteil ist im vertragsärztlichen Bereich mit 85,1 % am höchsten (Krankenhaus: 68,2 %, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen: 74,0 %, Sonstige: 77,9 %). Vertragsärztliche Träger machen zwar knapp die Hälfte aller Träger aus, Krankenhäuser weisen jedoch sowohl die meisten Betriebsstätten (44,3 %) als auch den größten Anteil an in MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzten (48,7 %) auf, gefolgt von vertragsärztlichen Trägern (39,5 % der Betriebsstätten, 35,1 % der Ärztinnen/Ärzte). Im Durchschnitt betreibt ein Träger MVZ in 2,8 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Dieser Wert ist bei vertragsärztlichen Trägern mit 2,4 etwas geringer und fällt bei Krankenhäusern (3,4) und sonstigen Trägern (3,1, **Tabelle 1**) höher aus.

Bezogen auf die verschiedenen Trägerarten zeigen sich in **Abbildung 1** für das Jahr 2020 Unterschiede in der Marktkonzentration. Die gestrichelten Linien markieren die Mittelwerte der beiden Achsen (Mittelwert der Anzahl an Ärztinnen/Ärzte: 9,8; Betriebsstätten: 1,5) über alle Trägerarten hinweg und teilen die Punktwolke

Tabelle 1: Deskription zu den Trägern Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nach Trägerart in Bezug auf die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten, die Anzahl an MVZ-Betriebsstätten und die Anzahl an Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, in denen MVZ Leistungsorte aufwiesen (2020)

	Gesamt	Vertrags- ärztlich	Krankenhaus	Nicht- ärztliche Dialyse Leistung	Sonstige
Träger gesamt	2.217	1.030	842	73	272
Träger mit 1 Betriebsstätte	1.717 (77,4%)	877 (85,1%)	574 (68,2%)	54 (74,0%)	212 (77,9%)
Träger mit 2-5 Betriebsstätten	437 (19,7%)	140 (13,6%)	230 (27,3%)	18 (24,7%)	49 (18,0%)
Träger mit 6+ Betriebsstätten	63 (2,8%)	13 (1,3%)	38 (4,5%)	1 (1,4%)	11 (4,0%)
Betriebsstätten gesamt	3.429	1.353	1.520	111	445
Betriebsstätten pro Träger (MW; Median)	1,5; 1	1,3; 1	1,8; 1	1,5; 1	1,6; 1
Ärztinnen/Ärzte* gesamt	20.924	7.610	10.573	628	2.886
Ärztinnen/Ärzte pro Träger (MW; Median)	9,8; 6	7,4; 5	12,6; 8	8,6; 5	10,6; 6
Ärztinnen/Ärzte pro Betriebs- stätte (MW; Median)	6,3; 5	5,6; 5	7,0; 5	5,7; 4	6,5; 5
Zahl der Landkreise/kreisfrei- en Städte, in denen ein Träger aktiv ist (MW; Median)	2,8; 2	2,4; 1	3,4; 2	2,5; 2	3,1; 2

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landesarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten KV-Bereiche.

*Ärztinnen/Ärzte können innerhalb des Jahres 2020 an MVZ-Betriebsstätten unterschiedlicher Träger tätig gewesen sein. Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzte ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

MW = Mittelwert

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

in vier Quadranten. Quadrant I (oben rechts) umfasst Träger mit überdurchschnittlich vielen Betriebsstätten und Ärztinnen/Ärzten. Quadrant II (oben links) zeigt Träger mit unterdurchschnittlich vielen Betriebsstätten, aber überdurchschnittlich vielen Ärztinnen/Ärzten. In Quadrant III (unten links) liegen Träger mit unterdurchschnittlichen Werten in beiden Merkmalen, während in Quadrant IV (unten rechts) Träger mit überdurchschnittlich vielen Betriebsstätten, aber unterdurchschnittlich vielen Ärztinnen/Ärzten zu finden sind. Bei den vertragsärztlichen Trägern ist zu erkennen, dass die Ärztestruktur eher kleinteilig organisiert ist: Bei den meisten Trägern sind sowohl vergleichsweise weniger Betriebsstätten registriert, als auch weniger Ärztinnen/Ärzte tätig, was auf eine geringere strukturelle Konzentration hindeutet. Demgegenüber weisen Krankenhäuser als Träger von MVZ sowohl kleinere, aber häufiger als vertragsärztliche Träger auch größere Einheiten auf. Hier

sind mehr MVZ-Betriebsstätten sowie Ärztinnen/Ärzte pro Träger verzeichnet, was auf eine höhere Bündelung von Ressourcen und damit auf eine stärkere Marktkonzentration schließen lässt (**Abbildung 1**).

Der Chi-Quadrat-Test zeigt, dass die Verteilung der Träger über die Quadranten nicht zufällig, sondern von der Trägerart abhängig war (χ^2 [df=9] = 141,75; $p < 0,01$, **Tabelle 2**). Die Analyse der standardisierten Residuen in **Tabelle 2** verdeutlicht, dass insbesondere Krankenhäuser überproportional häufig in den rechten und oberen Quadranten vertreten waren, also tendenziell überdurchschnittlich viele Betriebsstätten und/oder Ärztinnen/Ärzte aufwiesen. Von den Krankenhäusern hielten sich insgesamt 22,6 % (absolut: 190) im Quadrant I auf und wiesen damit sowohl eine überdurchschnittliche Anzahl an Ärztinnen/Ärzten als auch Betriebsstätten auf. Dieser Wert bezifferte sich bei Vertragsärzten auf 8,7 % (90)



Abbildung 1: Anzahl der Betriebsstätten Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) gegenüber der Anzahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, nach Trägerart, 2020 (jeder Punkt repräsentiert einen Träger; gestrichelte Linie: Mittelwert über alle Trägerarten hinweg)

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

bei Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen auf 19,2 % (14) und bei sonstigen Trägern auf 16,2 % (44, **Tabelle 2**). Eine überdurchschnittliche Anzahl an Ärztinnen/Ärzten (Quadranten I und II) lag bei 21,4 % der vertragsärztlichen Träger vor (Krankenhaus: 43,9 %, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen: 27,4 %, Sonstige: 29,4 %). Gleichzeitig sind vertragsärztliche Träger häufiger im unteren linken Quadranten III mit unterdurchschnittlich vielen Betriebsstätten und Ärztinnen/Ärzten und weniger häufig in den anderen Quadranten zu finden. Die übrigen beiden Trägerarten, d. h. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie sonstige Träger, zeigen dagegen relativ geringe Abweichungen von der Gesamtverteilung aller Trägerarten auf die Quadranten und zeigen keine ausgeprägten Schwerpunkte (**Tabelle 2**).

Wird der Blick von den Differenzen zwischen den Trägerarten auf die Muster innerhalb der Trägerarten gerichtet, zeigt sich, dass die Größe von MVZ innerhalb einzelner Trägerarten teils stark variierte. Bezüglich der Anzahl der Betriebsstätten sind die Einrichtungen von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen am einheitlichsten aufgestellt. Dort beträgt der Variationskoeffizient (VK) 0,80, bzw. die Standardabweichung entspricht 80 % des Mittelwertes. Die Zahl der Betriebsstätten unterscheidet sich bei dieser Trägerart demnach vergleichsweise wenig zwischen den einzelnen Trägern, (**Abbildung 1**). Demgegenüber fand sich die größte relative Streuung bei den sonstigen Trägern (VK = 1,30), wo eine vergleichsweise hohe Heterogenität mit sehr kleinen als auch sehr großen Einheiten auftrat.

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2020 und standardisierte Residuen des Chi-Quadrat-Tests nach Trägerart und Quadrant

	Quadrant I (oben rechts) Viele Bst. Viele Ärztinnen/Ärzte		Quadrant II (oben links) Wenig Bst. Viele Ärztinnen/Ärzte		Quadrant III (unten links) Wenig Bst. Wenig Ärztinnen/Ärzte		Quadrant IV (unten rechts) Viele Bst. Wenig Ärztinnen/Ärzte	
	%	χ^2 Res.	%	χ^2 Res.	%	χ^2 Res.	%	χ^2 Res.
Vertragsärztlich	8,7	-7,9	12,7	-3,8	72,4	+9,8	6,1	-2,0
Krankenhaus	22,6	+7,5	21,3	+5,4	46,9	-11,1	9,3	+2,8
Nichtärztliche Dialyseleistungen	19,2	+1,0	8,2	-1,8	65,8	+0,7	6,8	-0,2
Sonstige	16,2	+0,5	13,2	-1,3	64,7	+1,1	5,9	-1,0
Gesamt	15,2		15,9		61,6		7,3	

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landesarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten KV-Bereiche.

Bst. = Betriebsstätten; Zur Interpretation: χ^2 Res.-Standardresidualwerte ab +2 bzw. -2 werden gemeinhin als auffällige Konzentration betrachtet.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

Vergleicht man die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte pro Träger, zeigten sich unter den vertragsärztlichen Trägern (VK = 1,10), Krankenhäusern (VK = 1,13) und Dialyseträgern (VK = 1,15) ähnliche, ebenfalls recht hohe Unterschiede. Bei den sonstigen Trägern lag der Variationskoeffizient mit 1,73 sogar noch deutlich höher – innerhalb dieser Trägerart waren die Unterschiede zwischen den Trägern bezüglich der Anzahl an Ärztinnen/Ärzten am größten (**Abbildung 1**).

Eine weitere Möglichkeit, die Marktkonzentration zu analysieren, besteht darin, die Anzahl der Landkreise und kreisfreien Städte, in denen ein Träger MVZ betreibt, der Zahl der für diesen Träger tätigen Ärztinnen/Ärzte gegenüberzustellen. **Abbildung 2** verdeutlicht, dass Krankenhaus MVZ im Vergleich zu vertragsärztlichen MVZ tendenziell in einer höheren Anzahl an Kreisen vertreten waren und zugleich, wie bereits in **Abbildung 1** dargestellt, über eine höhere mittlere Anzahl an Ärztinnen/Ärzten pro Träger verfügten. Krankenhäuser als MVZ-Träger zeigten also nicht nur eine im Mittel höhere Anzahl an Betriebsstätten, sondern sie waren auch vermehrt in mehreren unterschiedlichen Kreisen tätig und zeigten demnach eine größere räumliche Ausbreitung.

Fachgruppen

Die Betrachtung nach Fachgruppen in **Abbildung 3** zeigt, dass fast die Hälfte der MVZ jeweils gemäß der gewählten Kategorienbildung fachgruppenübergreifend tätig waren bzw. keine von mindestens zwei Fachgruppen einen relevant erhöhten Anteil ($\geq$ zwei Drittel) aufwies (**Abbildung 3**). Diese gemischten MVZ waren tendenziell größere MVZ, gemessen an der Anzahl der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte. Rund zwei Drittel der fachgruppenübergreifenden MVZ beschäftigten mehr als 5 Ärztinnen/Ärzte. Bei MVZ, die überwiegend einer Fachgruppe zugeordnet werden konnten, waren in der Radiologie und bei Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten jeweils in etwa 60 % der MVZ mehr als 5 Leistungserbringende tätig. In allen anderen Fachgruppen ist der Anteil der kleineren MVZ (bis zu fünf Ärztinnen/Ärzte) höher (**Abbildung 3**).

Abbildung 4 zeigt, dass drei Viertel der MVZ aller Trägerarten im Jahr 2020 rein fachärztlich organisiert waren. Reine Hausarzt-MVZ waren hingegen mit 15,7 % vertreten, während MVZ mit kooperativer haus- und fachärztlicher Versorgung mit 8,5 % am seltensten vorkamen.

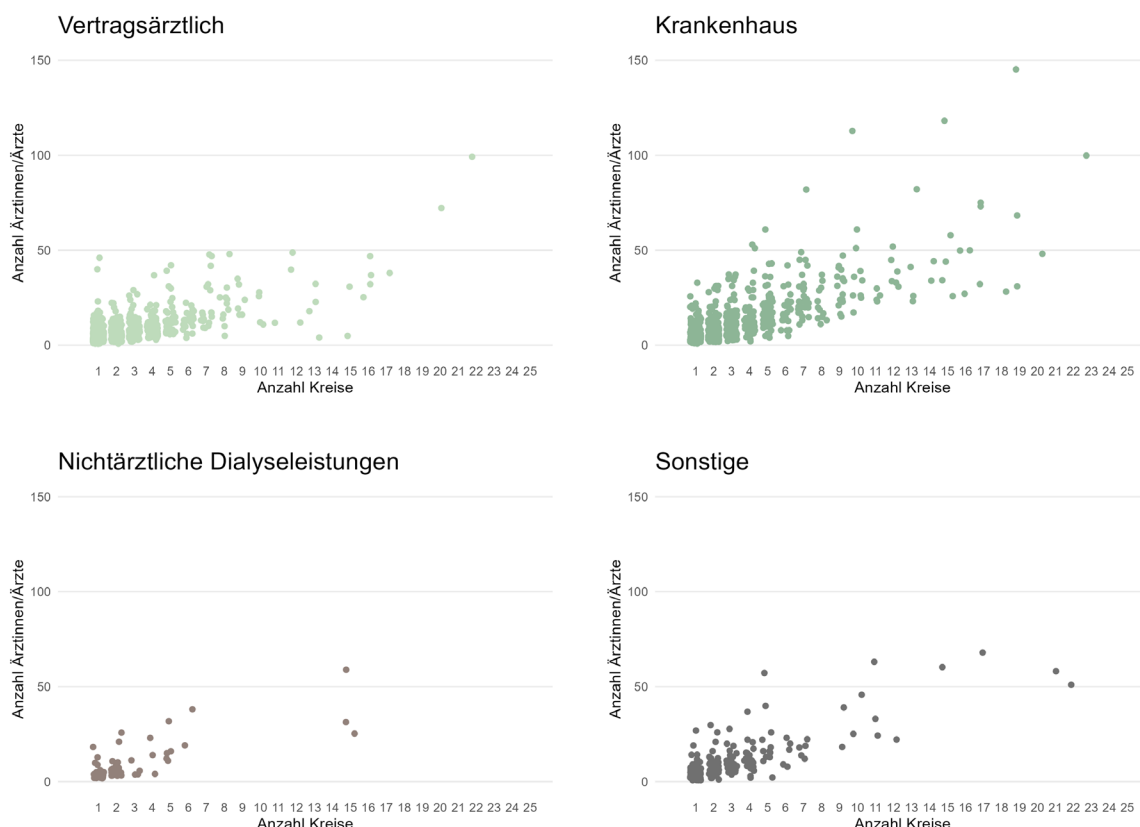


Abbildung 2: Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte, in denen Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) vertreten waren gegenüber der Anzahl der bei einem Träger tätigen Ärztinnen/Ärzte, nach Trägerart, 2020 (jeder Punkt repräsentiert einen Träger)

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

Wie aus der obigen Betrachtung in **Abbildung 3** bereits hervorgeht, waren in zwei Drittel der MVZ bis zu fünf Ärztinnen/Ärzte tätig, während in rund einem weiteren Viertel der Praxen sechs bis zehn Ärztinnen/Ärzte arbeiteten (**Abbildung 4**).

Regionale Verteilung

Im Bundesdurchschnitt der eingeschlossenen 12 KV-Bereiche im Jahr 2020 waren insgesamt 39,5 % der MVZ in vertragsärztlicher und 44,3 % in Krankenhausträgerschaft (**Abbildung 5**). In der regionalen Betrachtung über die Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg zeigt **Abbildung 5**, dass hierbei große regionale Unterschiede vorlagen. So haben MVZ beispielsweise in Berlin und

Bayern einen größeren Anteil vertragsärztlicher Träger mit jeweils 59,9 bzw. 47,8 %. Ein größerer Anteil von Krankenhausträgern ist hingegen in ostdeutschen Regionen, zum Beispiel in Thüringen (77,1 %), Brandenburg (63,9 %) und Sachsen-Anhalt zu finden (57,6 %). Auch der Anteil von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen variiert regional. Sie haben vor allem höhere Anteile in Nordrhein (7,3 %) und Hessen (6,0 %) im Vergleich zu den anderen hier betrachteten KV-Regionen und sind in Thüringen (0,7 %) und Sachsen-Anhalt (1,1 %) besonders selten vertreten. Die sonstigen Träger hingegen weisen vor allem in Westfalen-Lippe (27,4 %), Rheinland-Pfalz (26,8 %) und Brandenburg (20,6 %) relativ hohe Werte auf. (**Abbildung 5**).

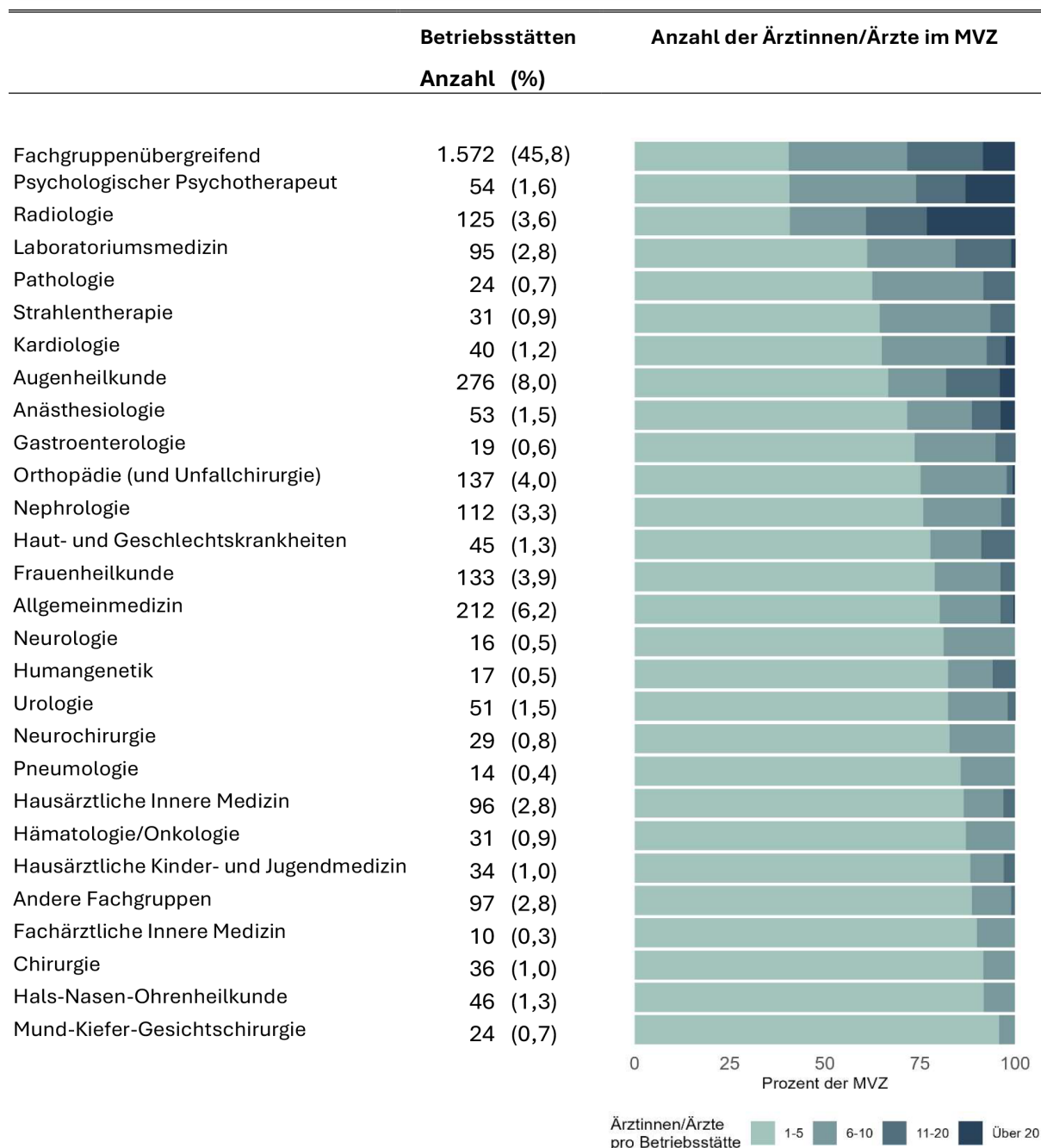


Abbildung 3: Beschreibung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nach überwiegender Fachgruppenzugehörigkeit, 2020

Quelle: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Einem MVZ wurde eine Fachgruppe als charakterisierend zugeordnet, wenn zwei Drittel oder mehr der an einem MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzte dieser Fachgruppe angehörten. MVZ, die keine gemäß dieser Regel dominierende Fachgruppe aufwiesen, wurden in die Kategorie „mehrere Fachgruppen“ eingeordnet.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

In den 12 beteiligten KV-Bereichen insgesamt waren im Jahr 2020 13,7 % aller Betriebsstätten ein MVZ und 13,3 % aller vertragsärztlich tätigen Ärztinnen/Ärzte in einem MVZ beschäftigt. Auch hierbei bestanden deutliche regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, die in **Abbildung 6** dargestellt werden. Den niedrigsten Anteil wies Baden-Württemberg (Anteil MVZ-Betriebsstätten: 7,4 %, Anteil MVZ-Ärztinnen/Ärzte: 8,3 %) auf. In Berlin und Thüringen war dagegen rund jede fünfte Betriebsstätte ein MVZ und etwa jeder vierte Vertragsarzt in einem MVZ tätig,

was eine deutlich stärkere regionale Verbreitung dieser Organisationsform kennzeichnet. In der überregionalen Gesamtschau zeigte sich, dass insbesondere die ostdeutschen KV-Regionen einen höheren Anteil an MVZ-Betriebsstätten und MVZ-Ärztinnen/-Ärzten aufwiesen als die westdeutschen Regionen (**Abbildung 6**).

Zeitliche Entwicklung

Zwischen 2017 und 2020 ist sowohl die Zahl der MVZ-Betriebsstätten als auch die der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte kontinuierlich angestiegen: Beide Größen haben in diesem relativ kurzen

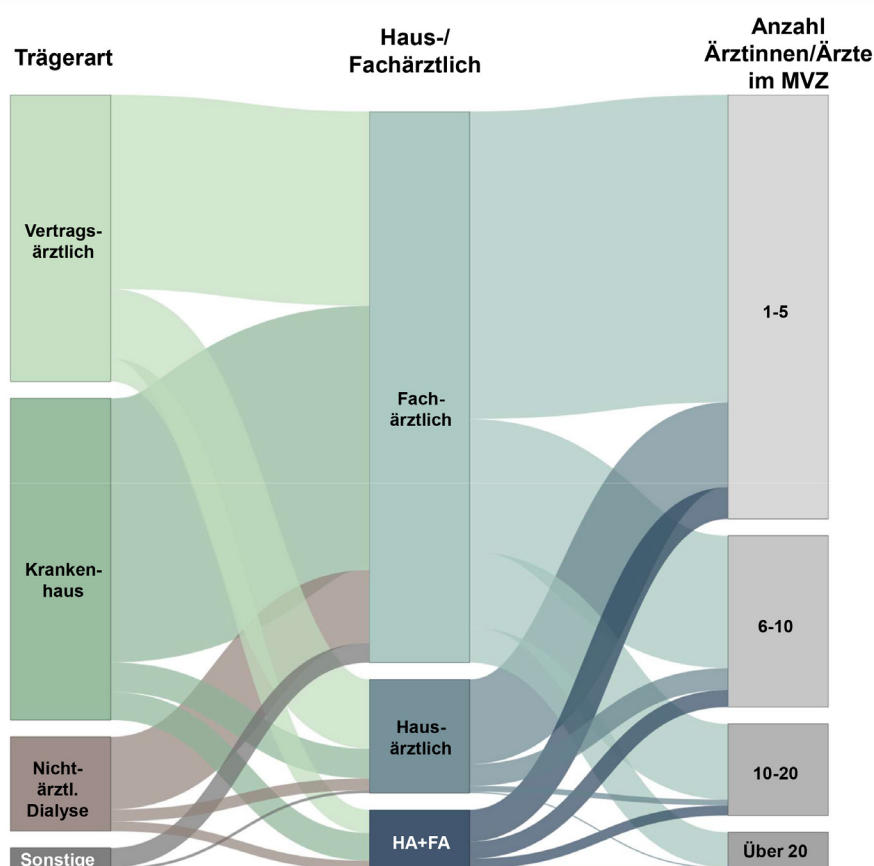


Abbildung 4: Aufschlüsselung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach Trägerart, haus- versus fachärztliche Versorgung sowie Größe gemäß Anzahl der Ärztinnen/Ärzte, 2020

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landesarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

HA+FA: Haus- und fachärztlich

Bei der Gruppierung der Fachgruppen von MVZ wurden die folgenden Fachgruppen als „hausärztlich“ kategorisiert: Allgemeinmedizin, hausärztlich praktischer Arzt, hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin, hausärztliche Innere Medizin. MVZ galten als „hausärztlich“, wenn zwei Drittel oder mehr der Leistungserbringenden hausärztlichen Fachgruppen angehörten und als „fachärztlich“, wenn ein entsprechender Überhang durch andere Fachgruppen besetzt war. In den verbleibenden Fällen galt ein MVZ als „haus- und fachärztlich“.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

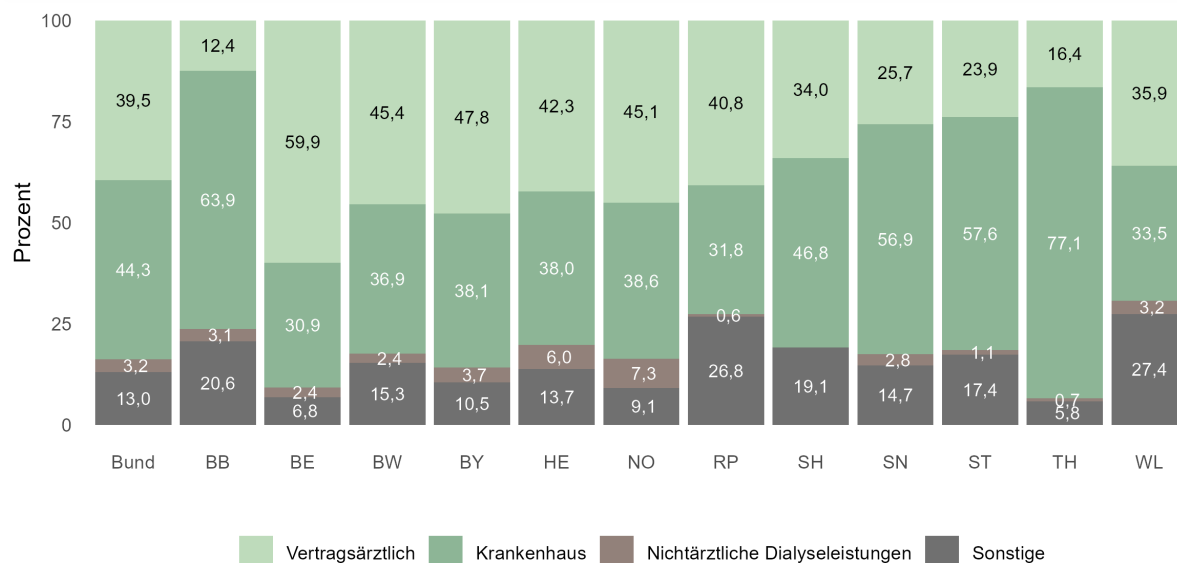


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Betriebsstätten Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2020 nach Trägerart und KV-Bereich sowie im Bund, d. h. insgesamt in den 12 beteiligten KV-Regionen

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landesarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

BB, Brandenburg; BE, Berlin; BW, Baden-Württemberg; BY, Bayern; HE, Hessen; NO, Nordrhein; RP, Rheinland-Pfalz; SH, Schleswig-Holstein; SN, Sachsen; ST, Sachsen-Anhalt; TH, Thüringen; WL, Westfalen-Lippe

Zeitraum in den 12 eingeschlossenen KV-Regionen einen Zuwachs von etwa einem Drittel erlebt (**Abbildung 7**). Zählten MVZ in den hier betrachteten KV-Bereichen im Jahr 2017 noch 2.538 Betriebsstätten, waren es 2020 bereits 3.429 (+35 %). Parallel dazu erhöhte sich die Zahl der dort beschäftigten Ärztinnen/Ärzte von 15.621 auf 20.924 (+34 %). **Abbildung 7** zeigt außerdem ein differenzierteres Bild der Entwicklungen nach Trägerarten. Zwar hatten die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen bei der Anzahl der Betriebsstätten (+79 %) sowie der Ärztinnen/Ärzte (+92 %) den stärksten Zuwachs zu verzeichnen, dieser fiel aber, aufgrund der vergleichsweise geringen Gesamtzahl an MVZ-Betriebsstätten dieser Träger, im Bundestrend weniger ins Gewicht. Besonders relevant sind hier hingegen die vertragsärztlichen Träger sowie die Krankenhäuser, die allein wegen ihrer mengenmäßigen Bedeutung maßgeblich zum beobachteten Wachstum in diesem Zeitraum beigetragen haben. Dabei war das Wachstum bezüglich der Zahl der Betriebsstätten bei vertragsärztlichen Trägern und Krankenhausträgern mit jeweils rund 36 % (vertragsärztlich: 36 %, Krankenhaus: 36 %) vergleichbar hoch.

Krankenhäuser wiesen jedoch hinsichtlich der Zahl der Ärztinnen/Ärzte mit einem Plus von 39,2 % ein höheres Wachstum zwischen 2017 und 2020 im Vergleich zu vertragsärztlichen Trägern mit 29 % Steigerung auf (**Abbildung 7**). Zwischen den Jahren 2017 und 2020 stieg der Anteil am gesamten Leistungsbedarf in Euro in den beteiligten KV-Bereichen, der auf MVZ entfiel, von 13 % auf 16 % an, was einem Zuwachs um 29 % entsprach (**Abbildung 8**).

Die regionale Darstellung der Entwicklung je KV in **Abbildung 9** veranschaulicht, dass der Zuwachs an MVZ-Betriebsstätten und dort tätigen Ärztinnen/Ärzte in nahezu allen eingeschlossenen KV-Regionen zu beobachten war, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß (**Abbildung 9**). Eine vergleichsweise geringe Wachstumsdynamik zeigte Schleswig-Holstein (Betriebsstätten: +11 %, Ärztinnen/Ärzte: +14 %), während die höchsten Zuwächse in den KV-Bereichen Baden-Württemberg (Betriebsstätten: +55,3 %, Ärztinnen/Ärzte: +52 %) und Nordrhein (Betriebsstätten: +47 %, Ärztinnen/Ärzte: +42 %) zu verzeichnen waren (**Abbildung 9**).

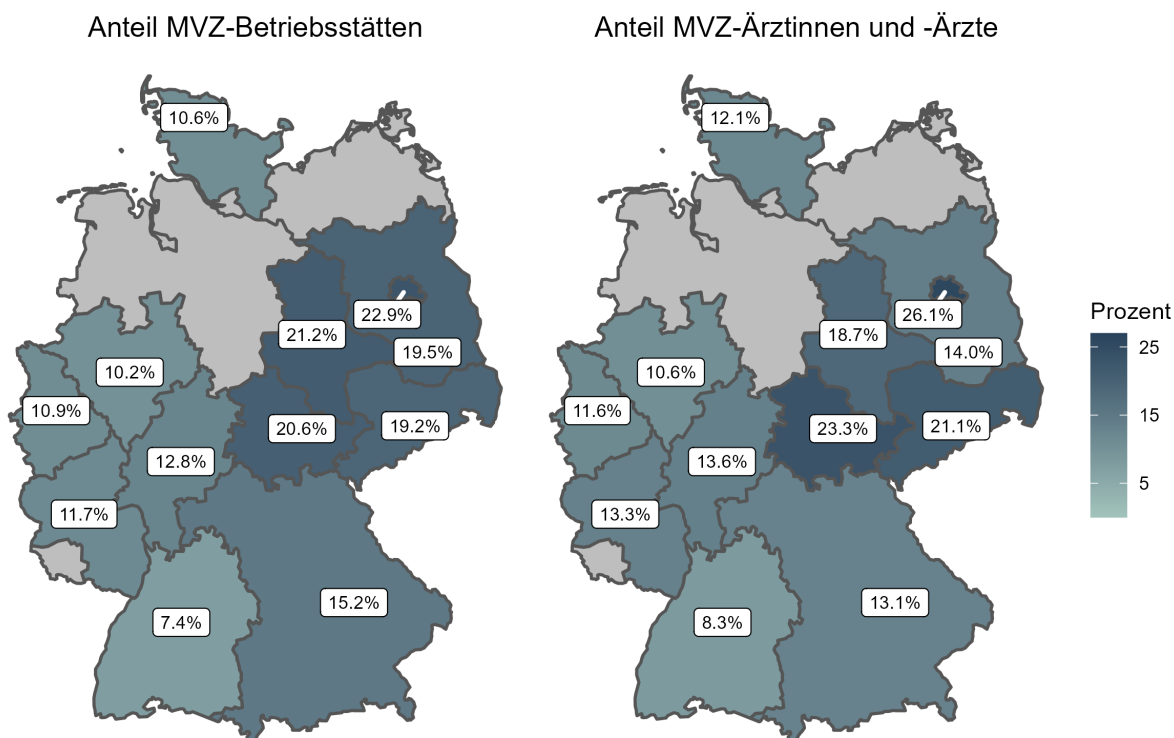


Abbildung 6: Regionale Verteilung des Anteils von Betriebsstätten Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) an allen vertragsärztlichen Betriebsstätten und von an MVZ tätigen an allen vertragsärztlich praktizierenden Ärztinnen/Ärzten (2020)

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

In die Exploration der Veränderungsdynamiken bei Arztzahl und Leistungsbedarf in Euro auf Trägerebene konnten 1.766 MVZ-Träger eingeschlossen werden, die im Zeitraum 2017 bis 2020 in zumindest zwei aufeinander folgenden Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben (**Abbildung 10**). Mit 837 Trägern (47 %) stellten vertragsärztliche Träger die größte Gruppe dar (Krankenhaus: 700 [40 %], Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen: 43 [2,4 %], Sonstige: 185 [11 %]). Insgesamt 26 % der vertragsärztlichen Träger wiesen gleichzeitig einen mittleren jährlichen Zuwachs der Zahl an Ärztinnen/Ärzten und des Leistungsbedarfs in Euro auf (Krankenhaus: 35 %, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen: 33 %, Sonstige: 32 %). Gemäß Regressionsschätzung zeigten vertragsärztliche Träger bei einem mittleren jährlichen Zuwachs von einer Ärztin/ einem Arzt einen Anstieg des Leistungsbedarfs in Euro von 344.196 Euro, während sich dieser Wert bei Krankenhäusern,

Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen und sonstigen Trägern auf 231.295 Euro, 74.710 Euro bzw. 315.400 Euro bezifferte (**Abbildung 10**).

Diskussion

Der vorliegende Bericht erlaubt eine umfassende Betrachtung der Versorgungsform MVZ in Abhängigkeit der Trägerart hinsichtlich der Größe von MVZ-Betriebsstätten, Fachgruppenzusammensetzungen, Wachstumsdynamiken im Zeitverlauf und Tendenzen der Marktkonzentrationen, auch unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede. Über einen Zeitraum von nur vier Jahren konnte in den 12 eingeschlossenen KV-Regionen angesichts einer Zunahme der an MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzte um 34 %, der Anzahl von MVZ-Betriebsstätten um 35 % und des auf MVZ entfallenden Anteils am jährlichen vertragsärztlichen Leistungsbedarf in Euro um 29 %

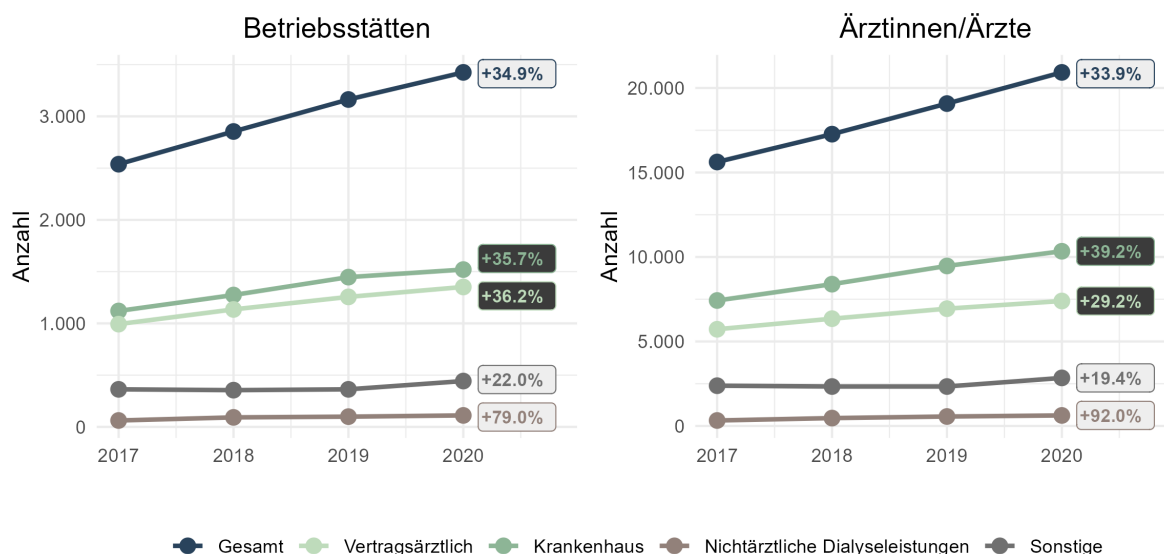


Abbildung 7: Entwicklung der Betriebsstätten Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte in den eingeschlossenen Kassenärztlichen Vereinigungen, gesamt und nach Trägerart, 2017 bis 2020

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V und Informationen aus den Landesarztregistern zu MVZ-Trägern und Trägerarten der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

bedeutende überregionale Wachstumsdynamiken in diesem Versorgungssegment beobachtet werden. Während Krankenhäuser als Träger von MVZ in ostdeutschen Regionen eine dominierende Position einnehmen, lag in den westdeutschen Bundesländern ein Überhang vertragsärztlicher Träger vor. Vertragsärztlich getragene MVZ waren in der Tendenz eher klein und regional ausgerichtet. Demgegenüber betrieben Krankenhäuser größere, häufig überregional organisierte MVZ mit einer stärkeren Konzentration von Ärztinnen/Ärzten und Betriebsstätten auf einzelne Träger.

Vertragsärztliche Träger und Krankenhäuser als MVZ-Träger stellen mengenbezogen die beiden bedeutsamsten Trägerarten für MVZ in Deutschland dar. Angesichts des Umstands, dass die ambulant-ärztliche Versorgung traditionell in erster Linie durch Vertragsärztinnen und -ärzte gewährleistet wird, erscheint der dominierende Anteil dieser Trägergruppe erwartungsgemäß. Auffällig ist jedoch der im Vergleich dazu ebenfalls hohe Anteil an krankenhausetragenen MVZ, der auch durch andere Studien bestätigt wird (10) und vor allem größere Krankenhäuser

betrifft (11). Dies kann darauf hinweisen, dass Krankenhäuser zunehmend auch im ambulanten Bereich aktiv werden und sektorübergreifende Versorgungskonzepte verfolgen. Diese Entwicklung kann einerseits zu einer stärkeren Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen beitragen, andererseits aber auch Fragen nach Wettbewerbsdynamiken, Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit und möglichen Verschiebungen innerhalb der Versorgungsstrukturen aufwerfen (6). MVZ eröffnen Krankenhäusern die Möglichkeit über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ihr Versorgungsangebot zu diversifizieren und zusätzlich Einnahmen aus dem ambulanten Bereich zu generieren (7). Es erscheint plausibel, dass in einer Situation, in der ein Krankenhaus ein oder mehrere MVZ unterhält, verstärkt Anreize zur Kooperation des ambulanten und stationären Bereichs bestehen und damit ein Beitrag für ein Ineinandergreifen der Versorgungsprozesse über die Sektorengrenze hinweg begünstigt wird. Gleichzeitig muss die ärztliche Entscheidungsfindung bezüglich der Notwendigkeit von Überweisungen in den stationären Bereich und bei der Klinikwahl ausschließlich am Patientenwohl orientiert

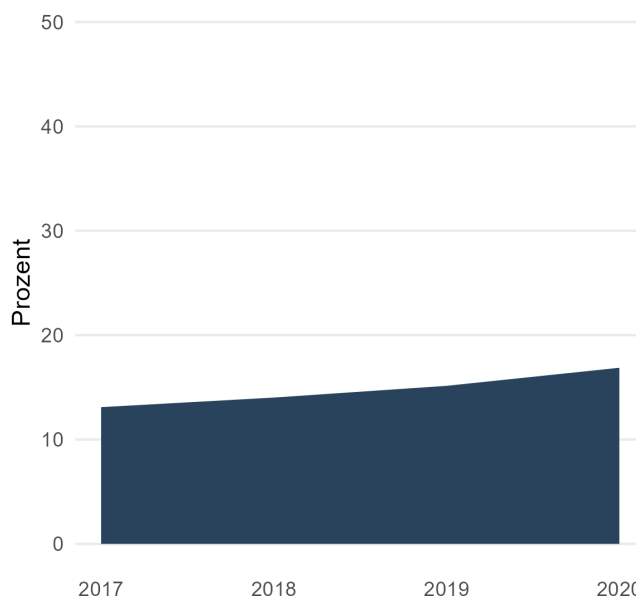


Abbildung 8: Jährlicher prozentualer Anteil des an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erbrachten Leistungsbedarfs in Euro für abrechnungsfähige ärztliche Leistungen am gesamten vertragsärztlichen Leistungsbedarf in den eingeschlossenen Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 2017 bis 2020

Quellen: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Daten zum Leistungsbedarf in Euro der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein standen für diese Analyse nicht zur Verfügung.

und unabhängig von ökonomischen Interessen des Krankenhauses, das als MVZ-Träger auftritt, erfolgen (12). Dieses Spannungsfeld zwischen einer potentiell verbesserten sektorübergreifenden Verzahnung der Versorgung und einer denkbaren Beeinflussung der Überweisungspfade durch ökonomische Interessen bei MVZ in Krankenhausträgerschaft sollte zukünftig im Rahmen von Projekten der organisationsbezogenen Versorgungsforschung weiter empirisch untersucht werden.

Auch wenn innerhalb der vier Trägerarten Heterogenität besteht, zeigen sich dennoch deutliche Unterschiede in ihrer Struktur und Marktkonzentration. Während vertragsärztliche Träger meist nur über wenige Betriebsstätten verfügen und eine vergleichsweise geringe Zahl an Ärztinnen/Ärzten beschäftigen, weisen Krankenhäuser als MVZ-Träger häufiger größere Strukturen und eine ausgeprägtere geografische Ausbreitung auf. Diese Tendenz entspricht den im Krankenhaussektor bereits etablierten Organisations- und Managementformen, die auf Skaleneffekte,

Arbeitsteilung und eine effiziente Ressourcennutzung ausgerichtet sind (11). Dagegen weisen vertragsärztliche Träger zu einem vergleichsweise hohen Anteil nur ein MVZ auf, was einerseits eine größere Nähe zu regionalen Versorgungserfordernissen ermöglicht, andererseits aber mit begrenzten Skalenvorteilen und geringerer ökonomischer Stabilität einhergehen kann.

Große Aufmerksamkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion fällt aktuell auf einen in seiner Dynamik zunehmenden Expansionskurs investorengetragener MVZ (13). Die hier genutzten Daten erlaubten keine Identifizierung der Eigentümerstrukturen von MVZ und daher auch keine Differenzierung davon abhängiger Wachstumsdynamiken und Tendenzen der Marktkonzentrationen. Ein solches Vorgehen würde im Rahmen der vorgenommenen überregionalen Analysen aufwändige und kostenintensive Recherchen von Eigentümer- und Beherrschungsverhältnisse voraussetzen. Sorge bereitet insbesondere die potenzielle Gefahr, dass bei Private Equity-getragenen MVZ verstärkt sachfremde,

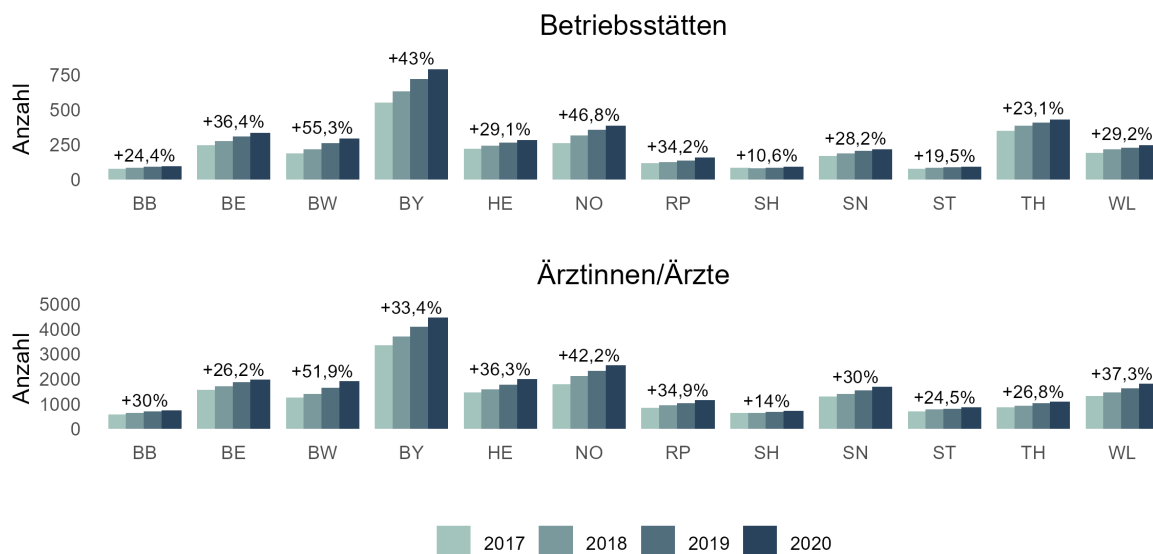


Abbildung 9: Entwicklung der Betriebsstätten Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte nach Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen, 2017 bis 2020 (Über den Balken: prozentualer Zuwachs zwischen 2017 und 2020)

Quelle: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

BB, Brandenburg; BE, Berlin; BW, Baden-Württemberg; BY, Bayern; HE, Hessen; NO, Nordrhein; RP, Rheinland-Pfalz; SH, Schleswig-Holstein; SN, Sachsen; ST, Sachsen-Anhalt; TH, Thüringen; WL, Westfalen-Lippe.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

an Gewinnmaximierung orientierte Einflüsse die Unabhängigkeit des ärztlichen Handelns infrage stellen und dadurch die Qualität der Patientenversorgung leiden kann (6,14,15). Untersuchungen der KV Bayerns zeigen, dass im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung durch Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften an durch Private-Equity getragene MVZ die Versorgung chronisch kranker Patienten eine geringere Kontinuität aufweist, geringe Häufigkeiten von Hausbesuchen verwirklicht und Früherkennungsleistungen seltener erbracht werden (16). Gemäß der derzeitigen Gesetzeslage besteht für private Kapitalgesellschaften insbesondere über den Erwerb von Krankenhäusern die Möglichkeit, sich als MVZ-Träger zu qualifizieren und so an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (17). Eine notwendige Bedingung für die Abschätzung möglicher Einflüsse privater Kapitalgesellschaften, die einer sachgerechten medizinischen Versorgung abträglich sein könnten, ist die Herstellung von Transparenz der Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen von MVZ, die bis heute nicht existiert (17). Auswertungen der

KV Bayerns zu Eigentümerstrukturen von MVZ beziffern den Anteil von durch Private-Equity getragene MVZ im Jahr 2024 in Bayern auf 20 % gegenüber 9 % noch fünf Jahre zuvor und illustrieren damit einen hochdynamischen Veränderungsprozess in der vertragsärztlichen Versorgung in dieser Region (18). Vergleichbar aktuelle Zahlen liegen auf Bundesebene nicht vor, was ein Monitoring dieser zentralen Entwicklungen in der ambulanten Versorgungslandschaft ausschließt.

Unabhängig von der Eigentümerstruktur von MVZ bergen zunehmende Marktkonzentrationen durch einzelne Träger eine Gefahr für die Systemresilienz, da mit der Trägergröße im Falle von Insolvenzen das Risiko steigt, keine angemessene ambulante Patientenversorgung in der Fläche aufrechterhalten zu können. Dieser Aspekt hat angesichts eines fortschreitenden Kostendrucks in der Gesetzlichen Krankenversicherung (19) und der in den letzten Jahren erhöhten Häufigkeit von Krankenhausinsolvenzen und -schließungen (20) besondere Beachtung

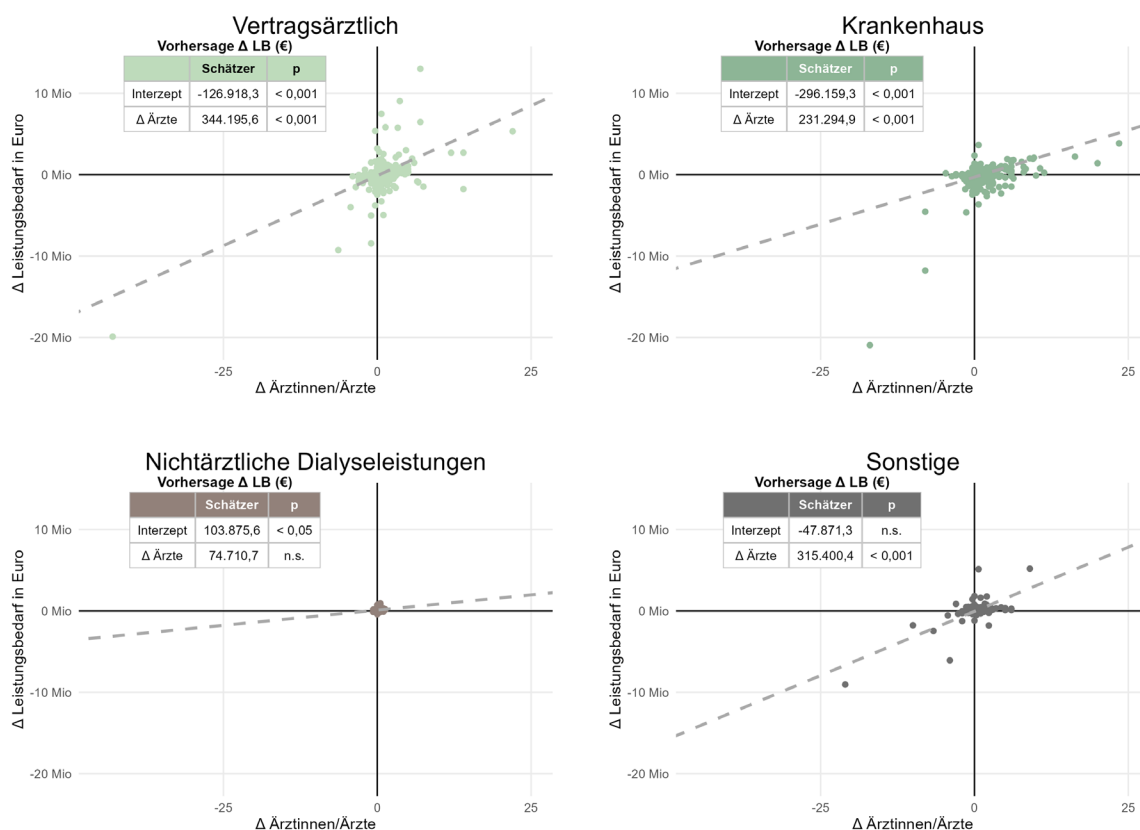


Abbildung 10: Mittlere jährliche Veränderung der Anzahl an Ärztinnen/Ärzten und des Leistungsbedarfs in Euro auf Ebene der Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) (jeder Punkt repräsentiert einen Träger) und Ergebnisse einfacher trägerartspezifischer linearer Regressionsmodelle zum Zusammenhang der Veränderung des Leistungsbedarfs in Euro in Abhängigkeit der Veränderung der Arztlzahl

Quelle: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch V der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

MVZ-Träger wurden in die Analyse eingeschlossen, wenn sie in zumindest zwei aufeinanderfolgenden Jahren (Zeitraum 2017 bis 2020) an der Versorgung teilgenommen hatten (n= 1.766).

LB (€), Leistungsbedarf in Euro

Die Untersuchung fußte auf Daten aus 12 von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese waren: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Daten zum Leistungsbedarf in Euro der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein standen für diese Analyse nicht zur Verfügung.

Die Anzahl an Ärztinnen/Ärzten ist das Ergebnis einer Personenzählung. Angaben zum Tätigkeitsumfang bzw. zu Vollzeitäquivalenten lagen in den verwendeten Daten nicht vor.

verdient. In der vorliegenden explorativen Analyse konnte gezeigt werden, dass Krankenhäuser die als MVZ-Träger auftreten eine insbesondere gegenüber vertragsärztlichen Trägern erhöhte Tendenz zur Marktkonzentration in Bezug auf die Anzahl an Betriebsstätten, der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte und die überregionale Ausbreitung von MVZ-Leistungsorten aufweisen. Ferner wiesen Krankenhäuser unter allen Trägerarten den höchsten Anteil an Trägern auf, der gleichzeitig sowohl in Bezug auf die angestellten Ärztinnen/Ärzte als auch den Leistungsbedarf in

Euro Wachstum im Zeitverlauf zeigte. Allerdings verweist die Untersuchung der Steigerungen des Leistungsbedarfs in Abhängigkeit des Wachstums an Ärztinnen/Ärzten auf Trägerebene auch auf die nach Trägerart niedrigsten Werte bei Krankenhäusern. Als denkbare erklärende Faktoren für diesbezügliche Differenzen zwischen den Trägerarten können Unterschiede beim Anteil in Teilzeit tätiger Ärztinnen/Ärzte oder bei den Fachgruppenschwerpunkten zwischen den Trägerarten angeführt werden.

Bezüglich der Fachgruppenzusammensetzung von MVZ wird der in der Literatur diskutierte Vorteil der einfacheren fachübergreifenden Versorgung dahingehend bestätigt, dass fast die Hälfte der MVZ fachgruppenübergreifend tätig sind (6). Hierbei muss beachtet werden, dass die Kategorie „fachgruppenübergreifend“ in der vorliegenden Analyse vergeben wurde, wenn keine Fachgruppe durch eine Zweidrittelmehrheit der an einem MVZ tätigen Ärztinnen/Ärzte als charakterisierend für das MVZ festgelegt werden konnte. Folglich fällt der Anteil an MVZ, an denen unabhängig von der zahlenmäßigen Relation der Fachgruppen zueinander zumindest zwei unterschiedliche Fachgruppen tätig sind, höher aus. Die Bündelung multidisziplinärer Kompetenzen könnte für eine koordinierte Behandlung von Patientinnen und Patienten in MVZ sprechen, was in Effizienzsteigerung und besserer Kontinuität der Versorgung durch kürzere Kommunikationswege zwischen den Versorgenden resultieren kann (21). Dennoch zeigt sich, dass die andere Hälfte der MVZ primär monodisziplinär ausgerichtet ist. Dies weist keinen unmittelbaren Zusatznutzen in Bezug auf die Förderung fachgruppenübergreifender Zusammenarbeit auf, erlaubt aber einen effizienten Ressourceneinsatz durch die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, technischer Ausstattung und Personal.

Die regionalen Analysen deuten darauf hin, dass in ostdeutschen KV-Regionen Trägerartenübergreifend ein größerer Anteil an Ärztinnen/Ärzten in MVZ tätig ist und sie gleichzeitig einen höheren Anteil der Trägerart Krankenhaus aufweisen. Dies lässt sich zumindest teilweise durch historische Unterschiede in der Versorgungsstruktur erklären. In der ehemaligen DDR war die ambulante Versorgung traditionell in Polikliniken organisiert, die ein interdisziplinäres Arbeiten unter gemeinsamer organisatorischer Leitung ermöglichten (22) und der Organisationsform der heutigen MVZ ähnelten (23). Auch wenn diese Einrichtungen nach der Wiedervereinigung weitgehend aufgelöst oder in andere Praxisformen überführt wurden, könnte in den neuen Bundesländern bis heute eine größere institutionelle und gesellschaftliche Offenheit gegenüber angestellter ärztlicher Tätigkeit und kooperativen Versorgungsformen bestehen (23). Eine Studie offenbarte, dass in ländlichen Regionen vor allem gemeinnützige Krankenhäuser MVZ betreiben (11). Insgesamt verdeutlichen die

Befunde, dass das MVZ-Modell regional unterschiedlich stark angenommen wird und historische Unterschiede weiterhin sichtbar bleiben.

In den Jahren 2017 bis 2020 fand ein Zuwachs sowohl der Anzahl der MVZ-Betriebsstätten als auch der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte statt, was auch durch Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestätigt wird (10). Vertragsärztliche Träger und Krankenhäuser als MVZ-Träger waren beim Zuwachs der Betriebsstätten in einem vergleichbaren Ausmaß vertreten. Bei der Zahl der Ärztinnen/Ärzte zeigten Krankenhäuser hingegen den größten Zuwachs. Das deutet darauf hin, dass diese MVZ-Betriebsstätten im Beobachtungszeitraum stärker wuchsen als vertragsärztlich getragene MVZ-Betriebsstätten. Das Wachstum war zwischen 2017 und 2020 grundsätzlich kontinuierlich. Zahlen aus dem Bundesarzregister bestätigen, dass sich dieser Trend auch in den Jahren 2021 bis 2024 weiter fortgesetzt hat. Demnach bezifferte sich die Anzahl an MVZ-Betriebsstätten zum 31.12.2024 auf 5.085 und der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auf insgesamt 31.872 (10). MVZ sind damit die einzige Organisationsform in der vertragsärztlichen Versorgung, die eine erhebliche Wachstumsdynamik aufweist. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere auf die sich ergebenden Implikationen dieses dynamischen Prozesses für die Verzahnung des medizinischen Handelns über die Fachgruppen- und Sektorengrenzen hinweg, auch unter Berücksichtigung der Perspektive der behandelnden Ärztinnen/Ärzte und ihrer Patientinnen/Patienten. Ferner werfen die beobachteten zwischen den Trägerarten unterschiedlichen Wachstumsdynamiken und Tendenzen der Marktkonzentration Fragen zur künftigen Entwicklung der Versorgungslandschaft auf. So könnte die wachsende Bedeutung krankenhäusgetragener MVZ langfristig zu einer Verschiebung der Marktstruktur führen, etwa in Richtung größerer, kapitalintensiver Einheiten. Gleichzeitig stellt sich die Frage, inwieweit diese Entwicklungen die ärztliche Unabhängigkeit, die regionale Vielfalt und die gleichwertige Verteilung entsprechend regionaler Bedarfe der Versorgung beeinflussen. Vertragsärztliche MVZ wiederum könnten ihre Rolle in der Sicherstellung vor allem dort behalten oder ausbauen, wo eine kleinteilige, ortsnahe Versorgung erforderlich ist.

Stärken und Limitationen

Die Untersuchung bietet Einblicke in die Verteilung und Struktur der Träger von MVZ in Deutschland auf Basis einer breiten empirischen Grundlage und über einen Zeitraum von vier Jahren. Durch die Kombination von kassenärztlichen Abrechnungsdaten mit in den Landesarztregistern erfassten Informationen zu den Trägern von MVZ, konnten relevante Datenkörper gemeinsam analysiert werden. Gleichwohl unterliegt die Studie einigen Einschränkungen. Die Identifizierung von Trägern erfolgte über die Trägeradressen. Allerdings existieren für die Sicherung der Datenqualität der Informationen zu MVZ-Trägern in den Landesarztregistern keine bundesweiten Standards, sodass die Datenvailidität in unklarem Ausmaß regional variieren kann. Ferner können Träger innerhalb eines Jahres mehr als eine Trägerart aufweisen. Um Mehrfachzählungen von Trägern zu vermeiden, wurde im vorliegenden Bericht Trägern jahresbezogen die Trägerart mit der höchsten Anzahl an MVZ-Betriebsstätten zugeordnet und bei gleicher Anzahl an MVZ-Betriebsstätten die Trägerart zufällig ausgewählt. Dieser Umstand kann die Vergleichbarkeit der Trägerzahlen nach Trägerart mit anderen Untersuchungen einschränken, die Mehrfachzählungen von Trägern durchgeführt haben. Aufgrund der Datenlage wurden nicht alle KV-Regionen berücksichtigt, und der verwendete Beobachtungszeitraum (Datenstand 2020) bildet aktuelle Entwicklungen nur begrenzt ab. Die verwendeten Daten umfassen keine Informationen zu den Eigentümerstrukturen von MVZ, was Analysen zu Marktkonzentrationen und Wachstumsdynamiken von durch Private-Equity getragenen MVZ, trotz der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung dieses Themas, ausschloss. Da die Analyse auf der Zahl der Ärztinnen/Ärzte („Köpfe“) und nicht auf Vollzeitäquivalenten basiert, sind Aussagen zur personellen Ausstattung z.B. zwischen den MVZ unterschiedlicher Trägerarten nur eingeschränkt vergleichbar.

Schlussfolgerungen

Medizinische Versorgungszentren haben sich als kontinuierlicher wachsender Bestandteil der ambulanten ärztlichen Versorgung etabliert und leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung in vielen Regionen. Die Anstellung der Ärztinnen/Ärzte in MVZ kann zwar zu einer Entlastung von administrativen Aufgaben führen,

reduziert jedoch zugleich unternehmerische Autonomie und kann Fluktuationstendenzen verstärken, mit möglichen Auswirkungen auf die Versorgungskontinuität. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, die Entwicklungen insbesondere bei krankenhausgetragenen und kettenartig organisierten MVZ aufmerksam zu beobachten, auch unter Gesichtspunkten der Systemresilienz, da starke Marktkonzentration im Falle von Insolvenzen die lückenlose Sicherstellung der Versorgung gefährden. Da Krankenhäuser nach geltendem Recht zugelassene MVZ Träger sind, eröffnet der Erwerb eines Krankenhauses auch fachfremden Investoren ohne ärztlichen Hintergrund einen Zugang zum MVZ Markt. Damit entsteht die Möglichkeit, dass Private Equity Träger über den Krankenhausweg Einfluss auf den ambulanten Versorgungssektor nehmen – ein Umstand, der zunehmend gesundheitspolitisch diskutiert wird. Angesichts der häufig komplexen und zum Teil intransparenten Eigentümerstrukturen stellt sich die Frage, ob eine stärkere Regulierung oder Offenlegung der Trägerstrukturen erforderlich ist, um Transparenz, faire Wettbewerbsbedingungen und eine ausgewogene ambulante Versorgungslandschaft sicherzustellen.

Abkürzungsverzeichnis

BSNR	Betriebsstättennummer
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	lebenslange Arztnummer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MCC	Medical Care Center
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Variationskoeffizient

Literaturverzeichnis

1. Sozialgesetzbuch (SGB). Fünftes Buch. § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch.
2. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland: Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2023 Wirtschaftliche Situation, Rahmenbedingungen und Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2022. Berlin 2025 März.
3. Schöneberg K, Vitols K: Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren. Working paper - Forschungsförderung. Hans-Böckler-Stiftung 2023.
4. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache. 15/1525 2003.
5. Dräger S, Gibis B, Jacob R, Kopp J, Trebar B: Zur Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Studie. Gesundheitswesen 2021; 83: 425–31.
6. Grebe IG: Strukturen medizinischer Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung – ein Zukunftsmodell für die Innere Medizin? Internist 2020; 61: 912–21.
7. Rudolph P, Isensee D, Gerlach E, Groß H: Medizinisches Versorgungszentrum – geeignetes Instrument der ambulanten patientenadäquaten Versorgung und leistungsgerechten Vergütung. Zentralbl Chir 2013; 138: 45–52.
8. Mülleneisen N, Engert R: Von der Klinik in die eigene Praxis. Pneumologie 2026.
9. Jochimsen B, Gibis B: The role of private equity in the German outpatient sector. Health Policy 2025; 161: 105389.
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV - Medizinische Versorgungszentren. 2025. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-mvz> (zugegriffen 27. April 2026)
11. Volkert A, Pfaff H, Scholten N: What Really Matters? Organizational Versus Regional Determinants of Hospitals Providing Medical Service Centres. Health Policy 2020; 124: 1354–62.
12. Zehnder A: Klinik-MVZs wirtschaftlich kein Selbstläufer. kma - Klinik Management aktuell 2016; 21: 6.
13. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), Bayerische Landesärztekammer (BLÄK), Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (BHÄV), Dachverband Bayerischer Fachärztinnen und Fachärzte e.V. (DBFF), Sozialverband VdK Bayern e.V. (VdK), Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf): Ambulante Versorgung unter Druck: Private-Equity-Gesellschaften rasant auf dem Vormarsch. Pressemitteilung. 2025.
14. Scheuplein C, Bůžek R: Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern. GuS 2021; 75: 36–44.
15. Mülleneisen N, Engert R: Von der Klinik in die eigene Praxis. Pneumologie 2026.
16. Scheuplein C, Tauscher M, Gerlach R: Private Equity und MVZ: Neue Akteure, Marktveränderungen und gesundheitspolitische Regulierung. Gesundheitswesen aktuell 2026, 2026: 56-80.
17. Staack Florian: Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren. MVZ-Register: Am besten die Holding in den Blick nehmen. Ärztezeitung 2025.
18. Gerlach R, Tauscher M: iMVZ: dramatische Marktveränderungen. KVB Forum 2025.

19. Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV - Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. 2026. <https://www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz> (zugegriffen 12. Mai 2026)
20. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches: Zahl der Krankenhausinsolvenzen leicht rückläufig. Deutsches Ärzteblatt. 2026. <https://www.aerzteblatt.de/news/zahl-der-krankenhausinsolvenzen-leicht-ruecklaeufig-baa0da39-9494-44e0-a269-dd83a676ac09> (zugegriffen 12. Mai 2026)
21. Reiss-Brennan B, Brunisholz KD, Dredge C, u. a.: Association of Integrated Team-Based Care With Health Care Quality, Utilization, and Cost. JAMA 2016; 316: 826–34.
22. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T: Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. The Lancet 2017; 390: 882–97.
23. Blöß T, Rabbata S: Medizinische Versorgungszentren: Alte Idee mit neuem Namen. Deutsches Ärzteblatt Heft 9. 2003: 34-5.