



Foto: ekostsov – stock.adobe.com

# Die Luft wird dünner ...

## Aktueller Betriebsvergleich Klinik-MVZ

Von Oliver Frielingsdorf

*Einmal im Jahr erstellt der Statis e.V. seinen aktuellen Betriebsvergleich Klinik-MVZ. Auszüge aus den Ergebnissen, die in ihrer Gesamtheit nur den Statis-Mitgliedern zur Verfügung stehen, werden jedes Jahr exklusiv in der KU Gesundheitsmanagement publiziert. Im aktuellen Auswertungsjahr haben sich insgesamt 53 Klinik-MVZ aus dem gesamten Bundesgebiet an dem umfassenden Betriebsvergleich beteiligt. Neben betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Kennzahlen differenziert für über 20 Fachrichtungen stehen erstmals auch Abrechnungsprofile auf EBM-Ziffern-Basis zur Verfügung.*

**Keywords:** Ambulante Versorgung, MVZ, Abrechnung

**D**er Statis e.V. (dem mittlerweile über 160 Klinik-MVZ als Mitglied angeschlossen sind) führt jedes Jahr einen umfassenden „Betriebsvergleich Klinik-MVZ“ durch. In den Ergebnissen der aktuellsten Erhebung fällt auf, dass die durchschnittliche Rendite der teilnehmenden Klinik-MVZ erstmals seit 4 Jahren wieder in den negativen Bereich gerutscht ist. Mit durchschnittlich -0,8 Prozent Umsatzren-

dite (EBITDA) lagen Klinik-MVZ demnach zuletzt knapp in der Verlustzone. Allerdings kann von einer „roten Null“ gesprochen werden. Wie auch in den Vorjahren, ist die Bandbreite um diesen Mittelwert herum auch im aktuellsten Betriebsvergleich wieder enorm. Hiervon unberührt wiesen die ertragsstärksten Klinik-MVZ in den letzten 5 Jahren stets eine Umsatzrendite (EBITDA) zwischen 20 Prozent und 30 Prozent auf (► Tab. 1).

Entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg ist gemäß Betriebsvergleich u.a. die Fachgruppen-Zusammensetzung. Häufig defizitär betrieben werden in Klinik-MVZ neurochirurgische, chirurgisch/orthopädische, neurologische oder auch gynäkologische Abteilungen. Ursache ist nicht selten die Arbeitsweise der nach Ausscheiden der Praxisgründer in Klinik-MVZ tätigen Krankenhaus-Ärztinnen und Ärzte. Diese können den im ambulanten Gesundheitswesen herrschenden betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen teilweise mangels Erfahrung nicht gerecht werden. Als Ursache für Ertragsdefizite ebenso häufig und wichtig ist auch das oft-

mals in Klinik-MVZ-Abteilungen stark eingeeengte Leistungsspektrum. Entweder aus strategischen Vorgaben, aus Rücksicht auf Zuweiserverhalten oder aus Unwissenheit werden in vielen Klinik-MVZ die besonders lukrativen Leistungen (bspw. operative Eingriffe oder präventive Leistungen) nicht angeboten. So können Rahmenbedingungen entstehen, in denen eine MVZ-Abteilung auch bei bester Organisation nicht rentabel betrieben werden kann.

### Arztgehälter als wichtigster wirtschaftlicher Einflussfaktor

In den meisten Fachrichtungen sind die Gehälter für den ärztlichen Dienst der größte Posten auf der Kostenseite einer Klinik-MVZ-Abteilung. Gerade bei der Übernahme von Praxen und Integration der bisherigen Praxisinhaber als angestellte Ärztinnen und Ärzte in das MVZ muss nicht selten auf eigentlich wirtschaftlich nicht darstellbare Gehaltsforderungen eingegangen werden, um eine Praxis überhaupt übernehmen zu können. Der Plan, dies nach Ausscheiden des Praxisabgebers drei Jahre später im Rahmen der Nachbesetzung durch einen Krankenhaus-Arzt oder eine -Ärztin

zu korrigieren, schlägt teilweise fehl. Nicht selten muss auch bei der Nachbesetzung auf die Gehaltsforderung eines Kandidaten oder einer Kandidatin eingegangen werden, um eine vakante Zulassung im MVZ zu besetzen und einem drohenden Zulassungseinzug zu begegnen.

Natürlich kann dies zulasten des wirtschaftlichen Ergebnisses eines Klinik-MVZ gehen. Grundsätzlich gilt als betriebswirtschaftliche Regel in Klinik-MVZ, dass Arztgehälter maximal die Hälfte des Umsatzes betragen sollten. Die Unterschiede sind jedoch je nach medizinischer Fachgruppe groß. Ein besonders günstiges Verhältnis von Arztkosten zu Umsatz von teilweise deutlich unter 40 Prozent weisen gemäß Betriebsvergleich einige internistische Fachgruppen auf (z.B. Gastroenterologie und Onkologie), die Radiologie oder diabetologisch genutzte Hausarztsitze. Dass Strahlentherapie, Pathologie oder Labormedizin im Verhältnis zu den erzielbaren Umsätzen die geringsten Arztgehälter aufweisen, überrascht angesichts der enormen Ertragskraft dieser technischen Fächer nicht.

### Beliebte MVZ-Fachrichtungen teilweise ertragschwach

Am häufigsten in Klinik-MVZ vertreten sind nach wie vor die Fächer Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie, Anästhesie und Strahlentherapie. Auch die internistischen Schwerpunkte (Gastroenterologie, Onkologie, Kardiologie) sind regelmäßig in Klinik-MVZ anzutreffen. Für diese Fachrichtungen liegen folglich auch die aussagekräftigsten Vergleichszahlen vor, u.a. auch Personalschlüssel für das nicht-ärztliche Assistenzpersonal. So kommen chirurgisch/orthopädische MVZ-Abteilungen durchschnittlich mit lediglich 2,6 VK-Stellen an nicht-ärztlichem Assistenzpersonal pro Vollzeit-Arzt aus. Dieser Wert liegt deutlich unter den 3,5 VK-Stellen, die niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen pro Vollzeit-Arzt im Durchschnitt vorhalten. Plausibel und völlig erwartungsgemäß ist dies vor dem Hintergrund der eingangs bereits erwähnten Selbstbeschränkung, die vielen Klinik-MVZ hinsichtlich des medizinischen Leistungsspektrums auferlegt wird. Ein signifikant niedrigeres Umsatzniveau im

Jahr	"Top-Wert Umsatzrendite (EBITDA) "
2015	23,3%
2016	31,7%
2017	22,2%
2018	25,9%
2019	25,6%

Tab. 1: Klinik-MVZ EBITDA

Vergleich zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten weisen daneben auch MVZ-Abteilungen der Fächer Gynäkologie, HNO und Urologie (alle drei häufig ohne operative Leistungen), Anästhesie (häufig nur Schmerztherapie) sowie Gastroenterologie und Kardiologie (häufig keine invasiven Leistungen und Endoskopien) auf.

### Das Zwillings-MVZ als mögliches Idealbild

Für die wichtigsten MVZ-Fachgruppen stehen mittlerweile umfangreiche Vergleichs-Kennzahlen zur Verfügung. Ein Abgleich bspw. des Umsatzes mit Branchen-Durchschnitten und Bestwerten setzt gleichwohl voraus, dass ein Klinik-MVZ dazu in der ▶

# GESUNDHEITSVERSORGUNG IN UNTERVERSORGTE REGIONEN OPTIMIEREN

## Praxisbeispiele, Konzepte, Wissensvermittlung

Die Versorgung im ländlichen Raum ist schwierig. Ursache ist ein Mangel an Ärzten und Pflegepersonal. Eine Verbesserung der Situation ist, wie das Buch zeigt, möglich. Kluge und zielorientierte Versorgungskonzepte wurden entwickelt und werden vorgestellt. Sie spannen einen Bogen von rein ambulanten über integrierte Einrichtungen der Patientenversorgung bis hin zu komplexen Lösungen unter Einbindung des Krankenhauses.

Prof. Wolfgang Hellmann (Hrsg.)  
**Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum**  
 Hardcover, 2021, 426 Seiten,  
 ISBN 978-3-96474-365-7, **49,95 Euro**

*Auch als E-Book erhältlich!*



Weitere Informationen und Bestellung unter [ku-gesundheitsmanagement.de](http://ku-gesundheitsmanagement.de)

EBM-Ziffer	Leistungsbezeichnung EBM
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr
34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung
16217	Zuschlag zur GOP 16215
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule
30724	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia
30760	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730
30731	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie
34280	Durchleuchtung(en)

**Tab. 2: Übliche EBM-Abrechnungsziffern in neurochirurgischen MVZ-Abteilungen**

Lage ist, auch die eigenen Kennzahlen differenziert nach Fachabteilung darzustellen. Wo das interne Controlling dies nicht ermöglicht, können hilfsweise Branchen-Kennzahlen aus den im Klinik-MVZ vorgehaltenen Fachrichtungen zu einem sogenannten „Zwillings-MVZ“ kombiniert werden. Auf diese Weise kann bspw. eine simulierte Gewinn- und Verlustrechnung eines „Zwillings-MVZ“ mit identischer Ausstattung an Fachgruppen und Zulassungen abgebildet werden, mit der die tatsächliche GuV des eigenen MVZ verglichen werden kann. Die Darstellung eines solchen Zwillings-MVZ ist mittlerweile fester Bestandteil des Statis-Betriebsvergleiches. So können fachgruppen-spezifische Kennzahlen auch von Klinik-MVZ genutzt werden, die noch nicht über ein ausge-reiftes und nach Fachabteilungen differenzierendes Controlling verfügen.

Abweichungen der Ist-GuV zu der simulierten GuV eines Zwillings-MVZ können dann Anlass zur Ursachen-suche und zur Vereinbarung von Planzielen mit einzelnen MVZ-Abteilungen und den darin tätigen Ärztinnen und Ärzten sein.

**Abrechnungsprofile zeigen Potenziale auf**

Ergänzend zu dem zuvor beschriebenen Betriebsvergleich liefert auch der Vergleich von Abrechnungsdatensätzen wertvolle Erkenntnisse für Klinik-MVZ. Mitglieder des Statis e.V. speisen hierzu ihre Abrechnungsdatensätze in das sogenannte MVZ-Cockpit (welches auch von Nicht-Mitgliedern lizenziert werden kann) ein. Das MVZ-Cockpit analysiert automatisch diese Abrechnungsdatensätze und bereitet die darin enthaltenen Informationen, Kennzahlen und Zusammenhänge übersichtlich für das MVZ-interne

Ziffern	Leistung	"Häufigkeit/100 Fälle
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	0,1
16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	52,0
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	48,2
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	118,8
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	1,8
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	13,2

**Tab. 3: Einweisende neurochirurgische MVZ-Abteilungen zeigen stark reduzierte Abrechnungsprofile**

Controlling auf. Mittlerweile wurden knapp 350 Quartals-Datensätze analysiert, die nun in der Datenbank des Statis e.V. für den Vergleich von Abrechnungsprofilen auf Ziffernebene zur Verfügung stehen. In den (häufig defizitären) neurochirurgischen MVZ-Abteilungen wird demnach in vielen Häusern nur ein stark eingeschränktes Leistungsspektrum zur Abrechnung gebracht. Übliche EBM-Abrechnungsziffern in neurochirurgischen MVZ-Abteilungen zeigt ▶ Tabelle 2. Die im Abrechnungskatalog recht attraktiv bewertete „bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule“ (EBM-Ziffer 34503) wird bspw. vielfach überhaupt nicht erbracht und abgerechnet. Rein als Einweiser-Portale fungierende neurochirurgischen MVZ-Abteilungen zeigen gemäß Statis-Abrechnungsdatenbank stark reduzierte Abrechnungsprofile auf (▶ Tab. 3).

**Fazit**

Der wirtschaftliche Betrieb eines Klinik-MVZ ist seit Jahren und aktuell auch weiterhin alles andere als selbstverständlich. Mangelnde Erfahrung von MVZ-Leitung sowie von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der Gegebenheiten im ambulanten Gesundheitswesen, nicht ausreichend dimensionierte Management-Kapazitäten sowie einengen-de Rahmenbedingungen (bspw. hinsichtlich des Leistungsspektrums) stellen Herausforderungen dar, die nicht jeder MVZ-Betreiber jedes Jahr bewältigen kann. Dem können strategische und sektoren-übergreifende Vorteile gegenüberstehen, die kleinere Defizite in einzelnen Jahren tolerabel erscheinen lassen. Daneben gibt es auch zahlreiche Klinik-MVZ, die Jahr um Jahr stabil schwarze Zahlen schreiben. An Gemeinsamkeiten weisen diese wirtschaftlich erfolgreichen Klinik-MVZ ein professionelles MVZ-Management auf, eine konsequent auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtete MVZ-Organisation (analog zu den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte) sowie die Erlaubnis, ohne Beschränkungen und Rücksichtnahmen die eigene Unternehmensentwicklung betreiben zu dürfen. ■

**Oliver Frielingsdorf**  
 1. Vorsitzender Statis e.V.  
 Hohenstaufenring 48-54  
 50674 Köln