

Teilnehmernummer

8	0	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---



Feedbackbericht für das Berichtsjahr 2019

Ansichtsexemplar

Der Feedbackbericht des Zi-MVZ-Panels ermöglicht einen schnellen Überblick über die Leistungs- und Versorgungsstruktur Ihres MVZ. Zusätzlich bietet dieser auf Ihr MVZ zugeschnittener Bericht einen aussagekräftigen Vergleich mit einer Ihrem MVZ entsprechenden MVZ-Vergleichsgruppe. Die hierfür berechneten Kennzahlen beziehen sich ausschließlich auf den GKV-Leistungsbereich.

Mit diesem exemplarischen Feedbackbericht möchten wir Ihnen veranschaulichen wie informativ und hilfreich dieses Berichtsinstrument für Ihr MVZ sein kann. Einen Feedbackbericht erhalten alle MVZ, die an der laufenden Erhebung teilnehmen. Eine Teilnahme ist noch bis zum 15. März 2021 möglich.

Für Rückfragen wenden Sie sich gern telefonisch unter 030 4005 2444 an die Zi-Treuhandstelle.

Unter www.zi-mvz-panel.de finden Sie weitere Informationen zum Zi-MVZ-Panel 2020.

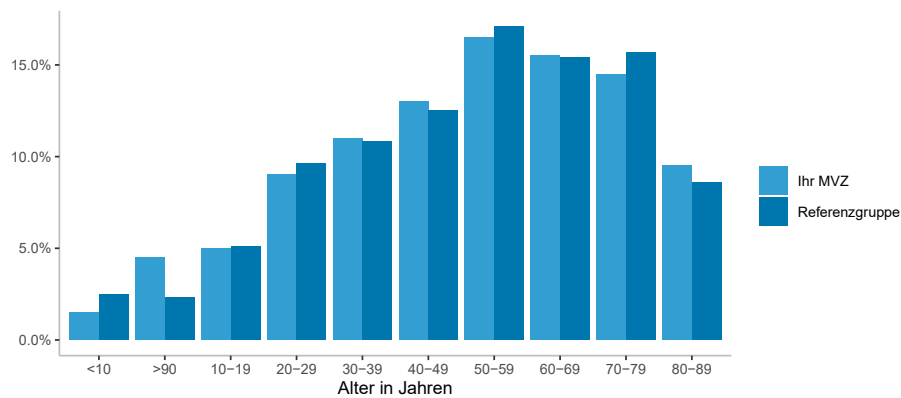
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team des Zi-MVZ-Panels

Ihr MVZ im Vergleich

Vergleich zur Referenzgruppe <z.B. hausärztlich orientierter Versorgungsbereich>

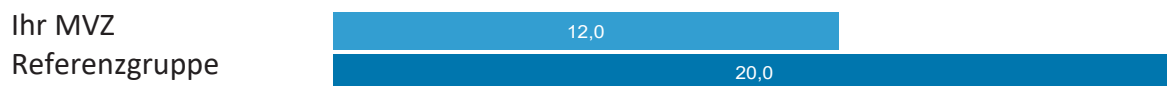
Verteilung der GKV-Patient*innen nach Altersklassen (in %)



Gesamtleistungsbedarf je Vollzulassung (in Euro)



Anteil der Basisleistungen am Gesamtleistungsbedarf (in %)



Mitversorgungsgrad mit anderen ambulanten Leistungserbringern (in %)



Ihre Kernleistungsbereiche im Vergleich

Kernleistungsbereiche (KLB) Ihres MVZ im Jahr 201x



Rang	Kernleistungsbereich	Anteil am Gesamtleistungsbedarf Ihres MVZ
1	Hausärztlicher KLB	51 %
2	Allgemeine GOP	21 %
3	Regionsspezifische GOP	19 %
6	Übrige Leistungsbereiche insgesamt	9 %
	MVZ Insgesamt	100 %

Es werden diejenigen Kernleistungsbereiche ausgewiesen, die insgesamt mindestens 95 Prozent des Gesamtleistungsbedarfes des MVZ repräsentieren. Die übrigen Leistungsbereiche werden unter „Restliche Kernbereiche“ zusammengefasst. Bis zu maximal fünf Kernleistungsbereiche werden nach Anteil des Leistungsbedarfes je Abrechnungsziffer weiter differenziert dargestellt. Da es sich hierbei um ein exemplarisches Feedbackbericht auf Basis fiktiver Daten handelt, weisen wir den anteiligen Leistungsbedarf nur für den ersten Kernleistungsbereich aus.

Kernleistungsbereich 1		Hausärztlicher Versorgungsbereich	
Rang im Kernleistungsbe- reich Ihres MVZ	Abrech- nungsziffer	Kurzbezeichnung des Leistungsinhaltes	Anteil am Leis- tungsbedarf des Kernleis- tungsbereiches in Ihrem MVZ
1	3040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versor- gungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	30%
2	3220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	20%
3	3005	ab Beginn des 76. Lebensjahres	14%
4	3230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	11%
5	3003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	8%
6	3221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Be- treuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverän- dernden chronischen Erkrankung	4%
7	3360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	3%
8	3362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	3%
	...	Sonstige Leistungen in diesem Leistungsbereich	7%
	Summe **		100%

* Alle teilnehmenden MVZ mit diesem Kernleistungsbereich
 ** Es kann rundungsbedingt zu leichten Abweichungen kommen.

Kernleistungsbereich 2		Allgemeine GOP		
Rang im Kernleistungsbe- reich	Abrech- nungsziffer	Kurzbezeichnung des Leistungsinhaltes	Leistungsbe- darf für die Kernleistung	Kernleistungs- bereich Ver- gleichsgruppe
1	01413	Besuch eines weiteren Kranken	30,0%	47
2	01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	17,7%	19
3	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	9,3%	54
4	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschüt- zenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	8,4%	50
5	01410	Besuch	8,1%	37
6	01212	Notfallpauschale	6,3%	24
7	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	5,1%	53
8	01430	Verwaltungskomplex	3,6%	79
9	01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	2,5%	68
10	01412	Dringender Besuch II	2,3%	58
11	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1,2%	63
12	01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	1,0%	75
13	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	0,6%	85
14	01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	0,5%	39
15	01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	0,4%	43
16	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulan- ten Palliativversorgung	0,4%	108
17	01411	Dringender Besuch I	0,3%	72
18	01621	Krankheitsbericht	0,3%	87
19	01718	U8	0,3%	48
20	Rest	Restliche Leistungen in diesem Versorgungs- schwerpunkt	1,9%	
Summe**			100,0%	

* Alle „Kernleistungsbereiche“ auf Seite 7teilnehmenden MVZ mit diesem Kernleistungsbereich

** Es kann rundungsbedingt zu leichten Abweichungen kommen.

Kernleistungsbereich 3		Regionsspezifische GOP		
Kernleistungsbe- reich	Abrech- nungsziffer	Kurzbezeichnung des Leistungsinhaltes	Leistungsbe- darf für die Kernleistung	Kernleis- tungsbereich Vergleichs- gruppe
1	99301	HZV-Vertragsmanagementpauschale	31,1%	8
2	99302	HZV-Quartalsbehandlungspuschale für Chroniker aus der Di- agnosetabelle 3A (Kontaktabhängig je gemeldeter Indikation)	23,8%	12
3	99303	HZV-Quartalsbehandlungspuschale für Chroniker aus der Di- agnosetabelle 3B (Kontaktabhängig je gemeldeter Indikation)	9,0%	21
4	99501	DMP DM 2 - elektronische Folgedokumentation	5,3%	18
5	99541	DMP KHK - elektronische Folgedokumentation im selben Quar- tal der Erstellung einer weiteren Folgedokumentation internis- tischer DMP's	3,9%	20
6	99551	DMP Asthma - elektronische Folgedokumentation	2,9%	24
7	99561	DMP COPD - elektronische Folgedokumentation	2,6%	23
8	89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) (Auffrischungsimpfung)	2,2%	39
9	99300	Zuschlag für Chroniker zur HZV-Einschreibepuschale	2,1%	25
10	99299	HZV-Quartalsbehandlungspuschale für Chroniker (Höchstbe- trag)	1,7%	32
11	89111	Influenza (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsrie)	1,7%	27
12	89112	Influenza (sonstige Indikationen) (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsrie)	1,3%	45
13	99842	Betreuungsstrukturvertrag - Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspuschale für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer gesicherten Diagnose in einer Diagnosegrup- pe	0,6%	85
14	99306	HZV-Aufwandspuschale	1,0%	30
15	99547	DMP KHK - Qualitätssicherungspuschale	0,8%	35
16	89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (Tdap-IPV) (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsrie)	0,8%	51
17	89301	Masern, Mumps, Röteln (MMR) (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsrie)	0,8%	66
18	99500	DMP DM 2 - Einschreibung und elektronische Erstdokumenta- tion	0,8%	38
19	89102	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsrie)	0,7%	67
20	Rest	Restliche Leistungen in diesem Versorgungsschwerpunkt	6,4%	
Summe**			100,0%	

* Alle „Kernleistungsbereiche“ auf Seite 7teilnehmenden MVZ mit diesem Kernleistungsbereich

** Es kann rundungsbedingt zu leichten Abweichungen kommen.

Erläuterungen

Auswertungsverfahren und Definitionen

- Im vorliegenden Feedbackbericht für das Berichtsjahr 2019 konnten nur GKV-Leistungen berücksichtigt werden, die über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet wurden. Informationen über Leistungen mit anderer vertraglicher Grundlage, wie beispielsweise aus Selektivverträgen ohne KV-Beteiligung, stehen nicht zur Verfügung.
- Abrechnungsziffer bezeichnet eine Leistungsart in der Abrechnung der KV. Die Abrechnungsziffern beziehen sich überwiegend auf die Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Zusätzlich werden – insbesondere regional gültige - Sonderziffern verwendet.
- Leistungsbedarf bezeichnet den Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung. Dieser entspricht weitgehend dem Umsatz aus GKV-Honorar.
- Der zweite Themenbereich enthält für fünf der identifizierten Kernleistungsbereiche jeweils eine nach Abrechnungsziffern geschichtete Vergleichstabelle, die absteigend nach der Höhe des Leistungsbedarfes der jeweiligen Abrechnungsziffern sortiert ist. Für maximal 19 Abrechnungsziffern werden jeweils der Rang, der Anteil am Leistungsbedarf des Kernleistungsbereiches sowie der Rang innerhalb der Vergleichsgruppe ausgewiesen. Die Vergleichsgruppe wird aus den Kernleistungsbereichen derjenigen MVZ gebildet, bei denen dieser Kernleistungsbereich ebenfalls identifiziert wurde. Bei Kernleistungsbereichen mit mehr als 19 Abrechnungsziffern werden die weiteren Leistungen in einer Restgruppe („restliche Leistungsbereiche“) zusammengefasst.

i¹

MVZ-Referenzgruppe

Ihr MVZ wird anhand des ersten Kernleistungsbereiches einer von insgesamt fünf MVZ-Referenzgruppen zugeordnet. Referenzgruppen werden nur gebildet, wenn diese mindestens sechs MVZ beinhalten. Dies sind (a) hausärztlich orientierte MVZ, (b) allgemein-fachärztlich orientierte MVZ, (c) spezialisiert-fachärztlich orientierte MVZ, (d) gesondert fachärztlich orientierte MVZ, (e) sonstige MVZ.

i²

Kennzahlen zur Leistungsstruktur im GKV-Bereich

- Zur Altersstruktur der Patient*innen des MVZ insgesamt wird der Anteil der Behandlungsfälle je Altersklasse dargestellt.
- Der Gesamtleistungsbedarf je Vollzulassung wird aus der Summe des Leistungsbedarfs und dem Jahresdurchschnitt der Vollzulassungen berechnet.
- Der Basisleistungsanteil spiegelt den Anteil des Leistungsbedarfes aus Grund- und Zusatzpauschalen am Gesamtleistungsbedarf wider.

i³

Kernleistungsbereiche

Kernleistungsbereiche sind an den EBM-Kapiteln orientierte Bereiche von Abrechnungsziffern. Die Identifikation von Kernleistungsbereichen erfolgt mittels charakteristischer Abrechnungsziffern entweder über die Fallhäufigkeit der abgerechneten Grundpauschalen oder bei EBM-Kapiteln ohne Grundpauschalen über die Höhe des Leistungsbedarfes in diesem Kapitel.

Leistungen mit Abrechnungsziffern, die nur in einzelnen KVen gültig sind, werden unter der Bezeichnung „Regionsspezifische GOP“ zusammengefasst. Dies ist insbesondere bei Selektivverträgen der Fall. Über die spezifischen Inhalte dieser KV-eigenen Abrechnungsziffern liegen aus den Abrechnungsdaten der KBV keine weiteren Informationen vor. Für die Vergleichsränge werden in diesen Fällen nur abgerechnete Leistungen derselben KV-Region herangezogen.