

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

Stellungnahme des Bundesverband MVZ e.V. zur Pressemitteilung der KV Bayerns vom 7.4.2022¹ sowie zur dem zugrundeliegenden IGES-Analyse "mit besonderem Augenmerk auf MVZ in Eigentum von Investoren", bzw. zu der Öffentlichkeitsarbeit des IGES unter der Überschrift "Investoren-MVZ in Bayern: höhere Honorarumsätze als Einzelpraxen"²

HINTERGRUND:

Die KV Bayerns hat eine beim IGES-Institut in Auftrag gegebene Versorgungsanalyse vorgestellt, mit der - ausweislich der am 7. April 2022 veröffentlichten Pressemeldung - als Kernaussage vorgeblich belegt wird, dass *"in investorengetragenen MVZ die abgerechneten Honorarvolumina deutlich über denen in anderen MVZ [liegen]."* Deshalb dürfe die Politik nicht länger tatenlos zusehen, wie der Einfluss von Kapitalinvestoren auf das Gesundheitswesen permanent wächst.

Die IGES-Analyse selbst umfasst 341 Seiten, von denen allein 220 Seiten auf den Anhang mit detaillierten Zahlen und Grafiken entfallen. Zudem gibt es eine 38-seitige Kurzfassung. Diese Fülle an Material zeichnet ein differenziertes und für die sieben genauer untersuchten Fachgruppen ein sehr unterschiedliches Bild. Im Gesamten erlaubt sie jedoch keineswegs den von der KVB gezogenen Schluss - auch die Überschrift der Pressemitteilung des IGES als Verfasser, dass bayrische Investoren-MVZ höhere Honorarumsätze erzielen als Einzelpraxen, ist mindestens irreführend. So finalisieren die IGES-Experten die Zusammenfassung des Kapitels zum Honorarvolumen etwa mit dem Satz (Seite 18 unten der Kurzfassung): *"Die Ergebnisse hinsichtlich der Art des MVZ-Trägers variieren je nach betrachteter Fachrichtung. Der Träger, der am ehesten mit konstant höheren Honorarvolumina assoziiert sind, sind die Vertragsärzte."*

Dass gleichzeitig ausgerechnet diese Gruppe der Vertragsärzte in vielen der komplexen Analysen außen vor gelassen wird, sticht auffällig ins Auge. Dabei wäre vor allem auch ein Vergleich der Abrechnung von MVZ mit ähnlichen Kooperationsstrukturen (BAG und Arztnetze) spannend gewesen - auftragsgemäß fokussiert die Versorgungsanalyse aber allein auf MVZ sowie den Untercluster der PEG-MVZ, die in Bayern nach Angaben der IGES-Autoren 0,67 % der Versorgungsrelevanz ausmachen.

Der Aussagewert der Studie ist daher - auch unabhängig von der eingangs wiedergegeben, sehr einseitigen Interpretation des bayrischen KV-Vorstandes - in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Nähere Ausführungen dazu finden Sie nachfolgend. Im besonderen leidet die Darstellung der Gutachter daran, dass an keiner Stelle klar wird, wie die untersuchte Gruppe der dort PEG-MVZ genannten Einrichtungen gebildet wurde. Eine am 12. April 2022 vom IGES nachgereichte *"Stellungnahme zu Missverständnissen"* erläutert beiläufig, dass es sich dabei nicht um eine besondere Trägergruppe handele, sondern um eine Abgrenzung nach Eigentümerstrukturen, weshalb es *"keinen Sinn [mache], die „PEG-MVZ“ mit einzelnen Trägerkategorien [zu vergleichen]."* Durch diese Aussage ohne wirklichen Erklärungswert wird jedoch die hier vorgebrachte Methodenkritik verschärft statt entkräftet.

ÜBERGEORDNETES FAZIT:

Seit 2004 wurde vielfach zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ MVZ unterschieden. Akzeptiert werden in dieser Betrachtungsweise MVZ in Vertragsarztträgerschaft, die als ‚inhabergeführt‘ gelten. Im Umkehrschluss stehen nicht-inhabergeführte MVZ – also alle Zentren, bei denen sich ein zulässiger Träger, wie bspw. ein Krankenhaus mit Hilfe von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung engagiert - unter dem Generalverdacht, bloße Renditeobjekte zu sein, Sekundärinteressen zu verfolgen und/oder insgesamt die ordnungsgemäße Patientenversorgung zu gefährden. Dass es zu diesem Punkt Versorgungsforschung geben sollte, ist selbstverständlich. Allerdings wäre zur Versachlichung der zum MVZ-Thema grundsätzlich häufig emotional geführten Debatte hilfreich, ein neutrales, bzw. ergebnisoffenes Studiendesign zu wählen.

¹ <https://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2022/07042022/>

² https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/mvz/index_aer.html

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

Die vorliegende Studie der KVB ist dementsprechend angetreten, zu belegen, dass es systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen gäbe, die mit der Hypothese einer stärker von ökonomischen Motiven getriebene Vorgehensweise der MVZ, bzw. der PEG-MVZ im Einklang stehen. Dieser Beweis ist - anders als es die KV Bayerns in ihrer Pressemitteilung behauptet und wie es von mehreren Verbänden bereits aufgegriffen wurde - nicht gelungen. Ansatzpunkte, weshalb wir zu diesem Schluss kommen, werden im Text dargelegt - auch ein Autor der Ärztezeitung hat entsprechende Fragen aufgeworfen.³

Ohne Frage sollte die Versorgungslandschaft sorgfältig beobachtet werden, damit überall und jederzeit die bestmögliche Patientenversorgung gewährleistet bleibt. Ausgangspunkt muss aber die Akzeptanz der Tatsache sein, dass die potentiellen Störungen zwischen dem wirtschaftlichen, bzw. dem monetären Interesse auf der einen und der ethisch geleiteten Patientenversorgung auf der anderen Seite sowohl in der Einzelpraxis als auch in jedem größeren Versorgungsunternehmen grundsätzlich angelegt sind.

MVZ mit ihrer typischen Aufspaltung der Leitungsverantwortung zwischen Ärzten und Nichtärzten sowie teils davon losgelösten Eigentümerstrukturen machen den immanenten und als solchen auch nicht verhinderbaren Charakter eines jeden Praxisbetriebs als Unternehmen einfach nur sichtbar(er). Wesentlich ist daher unseres Erachtens, dass es einen gesellschaftlichen Konsens gibt, welche Ziele, bzw. Ideale der Versorgung anzustreben sind und, dass es - auf diesem Wertekanon aufbauend - passende Kontrollmechanismen gibt. Die Kernfrage ist folglich, wie die Qualität der Breitenversorgung unabhängig von Trägerschaft und Praxisstruktur grundsätzlich sichergestellt werden kann.

DENN FAKT IST:

MVZ - sowohl die mit ärztlichen als auch jene mit nicht-ärztlichen Trägern - sind Stand 2022 ein quantitativ relevanter Akteur in der ambulanten Versorgung, zu dem es qualitativ keine aus der statistischen Normverteilung herausfallenden Auffälligkeiten gibt. *Sprich:* Unter den MVZ gibt es ebenso viele hervorragende, gute und weniger gute Praxen, bzw. Ärzte, wie es sie unter allen anderen Praxisformen auch gibt. Als neutraler Prüfmaßstab ist auf das umfängliche, im November 2020 veröffentlichte Gutachten des Bundesgesundheitsministeriums zu "*Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)*"⁴ zu verweisen, das gleichzeitig herausarbeitet, dass es nur wenige Detailspekte gibt, wo beim Thema normativer Nachjustierungsbedarf bestünde.

Löst man zudem die Perspektive von der rein MVZ-internen Statistik, die zuletzt immer zweistellige Zuwachsraten zeigte - wie auch das IGES prominent herausstellt - und wechselt in die Gesamtperspektive der ambulanten Versorgung, fällt auf, dass die Versorgungsrelevanz der MVZ bundesweit nur ausgesprochen langsam, um einzelne Zehntel-Prozent jährlich steigt. Auch nach knapp zwanzig Jahren und angesichts von derzeit 12 % Versorgungsrelevanz der MVZ bei den Humanmedizinerinnen und 5 % bei den Zahnärztinnen, bietet das gegenwärtige System somit niederlassungswilligen Ärztinnen weiterhin alle Chancen. Der Untergang der hochwertigen und flächendeckenden Patientenversorgung - wie ihn die KVB, aber bspw. auch die KZBV prognostiziert - ist insofern nicht in Sicht. Zumal gerade die PEG-MVZ, wie die IGES-Analyse ganz nebenbei auch herausarbeitet, mit überproportional vielen Zweigstellen, sprich Nebenbetriebsstätten, maßgeblich zu einer dezentralen Versorgung mit Fachärztinnen beitragen.

Auf den folgenden vier Seiten finden Sie ergänzend eine methodische Kritik am Studiendesign sowie teilweise auch an der Interpretation der Ergebnisse. MIT BITTE UM BEACHTUNG.

³ www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Behandlungskosten-im-MVZ-Die-Fachrichtung-machts-nicht-der-Traeger-428243.html

⁴ weiterführende Literatur & Downloadmöglichkeit: www.bmvz.de/27127

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

METHODISCHE KRITIK am Studiendesign des IGES-Gutachten sowie an der Interpretation der Ergebnisse in den Pressemeldungen der KV Bayerns und der Autoren, die teils unkritisch auch von anderen Medien/Akteuren übernommen wurden

Grundsätzlich ist der KV Bayerns dafür zu danken, dass mit der sich auf die Jahre 2018 und 2019 beziehenden Versorgungsanalyse von fast 27 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten und den zugehörigen Abrechnungsdaten ein Datenschatz ans Licht gebracht wurde, der weiterführende Fragen geradezu provoziert. Insbesondere wurde demonstriert, dass diese Art der Detailanalyse von Abrechnungsdaten möglich ist und dass die KVen in der Lage sind, die dafür benötigten Daten strukturiert zur Verfügung zu stellen. Weshalb dieser enorme Aufwand jedoch betrieben wurde, ohne vergleichend Analysen für die ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Arztnetze einzubeziehen, erschließt sich nur, wenn man die vorgegebene Fragestellung der KV als Auftraggeber auf die *"Rolle dieser Betriebsform [der MVZ]"* und die Frage, *"inwieweit sich systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen ... die mit der Hypothese einer stärker von ökonomischen Motiven getriebenen Vorgehensweise der MVZ, bzw. der PEG-MVZ im Einklang stehen, [feststellen lassen],"* für ausgewogen hält (Seite 9 unten der Kurzfassung). Tatsächlich zeigt ein genauer Blick auf das Zahlenmaterial jedoch, dass die verengte Sichtweise, die das IGES im Auftrag der KVB einnimmt, Fakten und Ansätze ausblendet, die nicht zur gewünschten Aussage passen - dass also insbesondere in den verkürzten Zusammenfassungen und Pressemeldungen eine einseitige Sichtweise transportiert wird, die die Zahlen des umfänglichen Tabllenteils so nicht hergeben.

Der starke Eindruck des vorgelegten Gutachtens beruht im Wesentlichen darauf, dass sich wohl niemandem auf den ersten oder zweiten Blick die schiere Datenmenge voll erschließt. Während parallel viele der von den Experten im Ausgang getroffenen methodischen Annahmen allein deshalb plausibel erscheinen (müssen), weil die für diese Wahl gelieferte Begründung, die fachliche Kompetenz der meisten Leser überschreiten dürfte. Insofern überraschen aber die zahlreichen zustimmenden Kommentierungen, die in kürzester Zeit die Lesart der Pressemeldung der KV Bayern übernommen haben und die insgesamt zum Ziel haben, die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern aufgrund der 'unwiderlegbaren Beweise' für das Rendite getriebene Handeln der PEG-MVZ zu einer die MVZ einschränkenden Gesetzgebung zu veranlassen. Dass hier - dementsgegen - eine vergleichsweise umfängliche Detailsanalyse, die von der Redaktion der Ärztezeitung online am Abend des 8. April veröffentlicht wurde (Link siehe Fußnote 3), mit dem Untertitel versehen wurde, dass *"eine Studie zum Abrechnungsverhalten in MVZ zeigt, dass die These von renditedominierten Outcomes insbesondere in Praxen mit Private-Equity-Beteiligung auf schwachen Füßen steht,"* sollte dem neutralen Beobachter ernsthaft zu denken geben. Hieran ändert auch die am 12. April 2022 nachgereichte Klarstellung des IGES zu 'Missverständnissen' nichts.

An mehreren Stellen nimmt das IGES Bezug auf die Sonderausgabe der Mitgliederzeitschrift der KV Bayerns (KVB Forum Heft 3/21)⁵, die sich bereits vor einem Jahr unter dem Titel *"Höchste Zeit"* auf über 40 Seiten ausschließlich mit MVZ beschäftigt hat. Insbesondere dient der dortige Aufsatz der KVB-Mitarbeiter Tauscher und Fett (Seiten 10f im Heft) den IGES-Experten als Referenz für die Entwicklungsdynamik bei den bayrischen MVZ, bzw. bei den PEG-MVZ (Seite 9 unten der Kurzfassung). Bezeichnenderweise wird jedoch im Referenzaufsatz von März 2021 das Thema PEG-MVZ weder erwähnt, noch überhaupt einzelne Trägergruppen betrachtet. Die Kategorie des PEG-MVZ scheint von den IGES-Autoren (oder der KVB als Auftraggeber) eigens für das Gutachten erfunden worden zu sein. Eine Bezeichnung, die von den Gutachtenautoren offensichtlich als Synonym zu dem ebenso unklaren Begriff der iMVZ eingeführt wird und die munter dazu beiträgt, eine bereits komplexe Debatte noch unübersichtlicher zu machen.

Denn irritierenderweise wird an keiner Stelle des Gutachtens eine Erläuterung gegeben, was überhaupt ein PEG-MVZ ist oder nach welcher Klassifizierung hier die Gruppenzuordnung vorgenommen wurde. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien ein MVZ als PEG-MVZ zählt und wie die genannte Zahl von 41 MVZ-Hauptbetriebsstätten, die gemäß Tabelle 1 (Seite 15 in der Kurzfassung) einem PEG zugeordnet werden, zustande kommt. Die einzige Angabe findet sich auf Seite 37 der Langfassung des Gutachtens: *"Die PEG-Datensätze beinhalten Angaben zu MVZ im Eigentum von Private Equity Gesellschaften. (...) Über dieses Merkmal ist der Datenbestand mit den Hauptbetriebsstätten und Leistungsorten verknüpfbar. Er besteht aus insgesamt 577 Datensätzen."*

⁵ <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publikation/KVB-FORUM/Einzeldateien-FORUM/2021/KVB-FORUM-3-2021.pdf>

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

Vor diesem Hintergrund trägt es eher zu weiterer Verwirrung als zur Aufklärung bei, dass das IGES-Institut in einer nachgeschobenen Presseerklärung vom 12. April erklärt, dass *"das Merkmal „PEG-MVZ“ die Eigentümerschaft [bezeichnet], wogegen"* im Allgemeinen und so auch in vielen der Tabellen des Gutachtens *"eine Differenzierung der MVZ nach der Trägerschaft erfolgt."*⁶ Anders ausgedrückt, die gebildete PEG-Kategorie lässt sich nicht anhand der Trägermerkmale bilden, sondern folgt anderen Kriterien, die weiterhin aber nicht offen gelegt werden, während parallel die vorgelegten Analysen sich innerhalb derselben Auswertung mal am Trägerkriterium orientieren, mal am Eigentümerstatus, weshalb *"es keinen Sinn [macht], die „PEG-MVZ“ mit einzelnen Trägerkategorien im oberen Teil der Tabelle zu vergleichen."* - wie die IGES-Autoren selbst schreiben. D.h. es werden Daten zueinander in Bezug gesetzt, deren Vergleich die Autoren selbst als sinnlos ansehen? Wie nennt sich solch ein methodischer Ansatz?

Aber angenommen, die Angabe und Clusterung der 'PEG-MVZ' ist valide, dann exponiert sich die Untersuchung des IGES auf 41 von 577 bayrischen MVZ, eine Zahl, die 7,6 % aller dortigen MVZ mit insgesamt 244 darin tätigen Ärzten entspricht. Bezogen auf die Grundgesamtheit der knapp 26.000 im Freistaat ambulant tätigen Ärzte erfasst die Betrachtungsgruppe folglich 0,94 Prozent aller bayrischen Ärzte, bzw. 0,67 Prozent aller Vollzeitäquivalente - verteilt auf zahlreiche Fachgruppen. Es verwundert daher nicht, dass in vielen der weiterführenden Tabellen (bspw. Tabelle 5 (Seite 25 Kurzfassung) | *fachgruppenspezifische O/E-Ratio der praxisbezogenen Behandlungskosten je Patient nach der Trägerschaft des MVZ*) keine gesonderten Angaben zu den PEG-MVZ gemacht werden können. Die Datenmenge ist einfach zu klein, da bei der gewählten Betrachtungsgruppe in einzelnen Fachrichtung höchstens eine Handvoll MVZ-Standorte hinter der Auswertung stehen können. Leider kann die Aussage hier nur als (begründete) Vermutung formuliert werden, da auch zur Verteilung der 244 Ärzte auf die Fachgruppen keine Angaben gemacht werden. Neben dem Datenschutzaspekt, der, wie auch das IGES erklärt, die Veröffentlichung von Daten verhindert, die wegen der kleinen Gesamtmenge Rückschlüsse auf einzelne Standorte erlauben würde, muss generell die Wertigkeit der Aussagen, die auf Basis solch kleiner Untersuchungseinheiten getroffen wird, in Frage gestellt werden.

Sieht man auch über dieses Problem hinweg, zeichnet besagte Tabelle 5 bereits in der Mittelbetrachtung über alle MVZ ein Bild, nach dem die MVZ (also alle 577 zusammen) in vier von sieben Fachgruppen teils deutlich weniger Honorarvolumen abrechnen als die zum Vergleich auf den Wert 1 gesetzte durchschnittliche Einzelpraxis. Im Detail geben die IGES-Autoren an, dass in der Allgemeinmedizin von MVZ in der patientenbezogenen 2-Jahresbetrachtung 7 % weniger, in der Neurologie-Psychiatrie 22 % weniger, in der Orthopädie-Chirurgie 0,9 % weniger und in der Urologie 0,7 % weniger abgerechnet wird als durch Einzelpraxen desselben Fachs. Aus Gründen, die im Vorabsatz beschrieben sind, gibt es für die PEG-MVZ keine Einzelergebnisse - nur die zusammenfassende Aussage, dass sie über alle sieben betrachteten Fächer 8,3 % mehr Honorarvolumen abgerechnet haben. Ein Wert, der im Übrigen identisch auch vom Untercluster der rein vertragsärztlich geführten MVZ erreicht wird.⁷ Alle MVZ zusammen liegen bei den Behandlungskosten 1,9 Prozent über der Einzelpraxis - ein Wert der statistisch nur deshalb erreicht wird, weil die Gruppe der Krankenhaus-MVZ mit *minus 13 (private Träger - ein Cluster, der aller Erfahrung nach zahlreiche der PEG-MVZ enthalten dürfte)*, bzw. mit *minus 8,5 (kommunale und freigemeinnützige Träger)* Prozent der abgerechneten Behandlungskosten den Durchschnitt drückt. Soll heißen Vertragsärzte in der Träger-Betrachtung und Private Equity-Unternehmen in der Eigentümer-Betrachtung schneiden auf demselben Kostenniveau ab, während für Klinik-MVZ allgemein die bekannte These bestätigt wird, dass sie häufig unterdurchschnittlich abrechnen.

Allerdings gilt im nächsten Schritt, dass diese Befunde nur dann Bestand haben, wenn - wie es die IGES-Experten tun - die Einzelpraxis als Goldstandard definiert wird. In allen Untersuchungen wird deren Ergebnis als Maßstab (= 1) gesetzt und dann die Abweichung der MVZ im Verhältnis dazu betrachtet. Nur dadurch ergibt sich die Aussage aus Tabelle 3 (Seite 21 der Kurzfassung), dass MVZ 5,7 % mehr Honorarvolumen je Arztgruppenfall abrechnen - der Cluster der 41 PEG-MVZ separat betrachtet 10,4 % mehr. Ähnliches gilt für die Betrachtung der Behandlungskosten bei Mitversorgung (Seiten 26ff Kurzfassung), wo für Hausärzte, die im MVZ tätig sind, angegeben wird, dass sie 19 % mehr Leistungen bei anderen Ärzten veranlassen als einzeln niedergelassene Allgemeinärzte. Hier muss die Frage erlaubt sein, ob nicht diese Kollegen eventuell zu wenig veranlassen, weil etwa der Aufwand der zeitnahen Terminvereinbarung deutlich höher ausfällt als bei Kollegen eines interdisziplinären MVZ - insbesondere wenn man die Analyse aus dem vorherigen Absatz dazu in Bezug setzt, wonach von MVZ direkt im hausärztlichen Bereich 7 %

⁶ <https://www.kvb.de/presse/statements/klarstellung-zum-iges-gutachten-in-bezug-auf-imvz/>

⁷ In der Klarstellung vom 12. April gibt das IGES an, dass auch in der Gruppe der Vertragsarzt-MVZ PEG-MVZ enthalten sind oder sein könnten. Dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Aussage, würde allenfalls eine statistische Veränderung des Prozentsatzes um einige Hunderstel oder Zehntel bedeuten.

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

weniger Leistungen abgerechnet werden. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass sich hier Effekte der interdisziplinären Arbeitsteilung im MVZ gegenseitig aufwiegen - dass also Hausärzte im MVZ typischerweise eher überweisen, anstatt z.B. eine spezielle Labor- oder Untersuchungsleistung als Eigenleistung zu erbringen.

Im Gesamten ließen sich die Fragen, die diese IGES-Analyse aufwirft, lange fortsetzen. Wesentlicher ist aber, herauszuarbeiten, dass das Studiendesign einen interessanten Ansatz der Versorgungsforschung aufgreift, gleichzeitig aber durch die Verengung der Perspektive auf weniger als 1 Prozent der bayrischen Versorgungsrealität sowie wegen der unkritischen Wahl der Einzelpraxisergebnisse als Maßstab Verzerrungseffekte provoziert und reproduziert, die es nicht erlauben, die Studienergebnisse auf die bundesrepublikanische Allgemeinheit zu übertragen. Selbst für Bayern bleibt der Aussagewert begrenzt.

Diesbezüglich müssen abschließend weitere strukturelle Besonderheiten kritisch betrachtet werden. Zwar wird keineswegs in Zweifel gezogen, dass auf der Seite der Patienten und deren Morbidität - wie die Studienautoren darlegen - umfangreiche Adjustierungen vorgenommen wurden. Doch wie sieht es auf Seite des Clusters der PEG-MVZ aus? Da hierzu nähere Angaben fehlen, werden im Folgenden hilfsweise weitere Quellen, insbesondere die von der KV Bayerns im März 2021 veröffentlichte Analyse zu Private-Equity-Unternehmen in Bayern von Dr. Christoph Scheuplein herangezogen. Es sei wegen der kausal wichtigen Bedeutung für das Studiendesign noch einmal wiederholt, dass die IGES-Autoren selbst keinerlei Angaben zu ihrer Clusterbildung bezüglich des Untersuchungsobjektes 'PEG-MVZ' geben.

Die Veröffentlichung vom März 2021 gibt an, dass im 4. Quartal 2019 - also identisch zum Ende des Untersuchungszeitraumes der IGES-Studie - 17 der insgesamt 364 für Ganz-Bayern ausgemachten MVZ-Inhaber einem Private-Equity-Unternehmen zuzurechnen sind. Für diese Gruppe von 17 Unternehmen gibt Dr. Scheuplein auf den Seiten 28 - 30 der KVB-Mitgliederzeitschrift (Fußnote 5) an, dass sie knapp 60 MVZ halten (*die ungenaue Angabe entspringt dem Punkt, dass die von Scheuplein angegebenen Zahlen für das Q1/2020 gelten*). Das IGES wiederum hat davon nur 41 betrachtet, weil die Radiologie als klassischer Überweisungsempfänger systematisch rausgerechnet wurde; bei einigen Untersuchungsaspekten zusätzlich auch die Labor-MVZ und andere Fachgruppen. Da gleichzeitig insbesondere für Bayern bekannt ist, dass die größte Gruppe von MVZ mit Investorenbezug im Bereich der Augenheilkunde betrieben wird - die Plätze 2 und 3 nehmen nach Scheuplein Radiologie und Labor ein - ist völlig klar, dass das gebildete PEG-Cluster eine ophthalmologische Dominanz, respektive starke Verzerrung zugunsten der operativen Augenheilkunde haben muss.

Soweit daher Tabelle 1 (Seite 15 der Kurzfassung) für PEG-MVZ eine auffällige Abweichung von plus 302 Behandlungsfällen je Arztstelle gegenüber der der Zahl von 726 Behandlungsfällen im Schnitt aller MVZ ausweist, ist dies plausibel, wenn man berücksichtigt, dass in der Augenheilkunde grundsätzlich höhere Fallzahlen die Regel sind als in anderen Fachgruppen. So gibt etwa die KV Westfalen-Lippe die durchschnittliche RLV-Fallzahlen für das Quartal 1/2019 bei Augenärzten mit 1.703 an - zum Vergleich - Chirurgen | 977 - Nephrologen | 207).

Auch diese Tabelle zeigt aber, dass - um den Kreis zum Anfang zu schließen - nicht die 41 MVZ in Eigentümerschaft eines PEG-Unternehmens als 'Honorartreiber' bezeichnet werden können, da ihr Honorarwert je Behandlungsfall mit 82,75 € genau im Schnitt aller Praxen liegt, während die 577 MVZ im Gesamten einen Fallwert von 13 € über diesem Schnitt aufweisen, der folglich von anderen Eigentümergruppen gehoben wird. Nur in der Kombination von hoher Fallzahl und dem genannten Fallwert liegt der Honorarumsatz je Arztstelle, wie ihn die Tabelle in der letzten Zeile ausweist, für PEG-MVZ deutlich über dem Gesamtschnitt. Hier anzunehmen, dass dieses Ergebnis maßgeblich davon herrührt, dass im Untersuchungscluster überproportional viele operierende Augenärzte vertreten sind, scheint mehr als plausibel. Leider machen die IGES-Autoren, hierzu wie auch zu vielen weiteren offenen Punkten keinerlei Ausführungen. Der Aussagewert der gesamten Studie muss daher von einem wissenschaftlich-neutralen Standpunkt in Zweifel gezogen werden.

Ob zudem dieses Ergebnis im Letzten auch bedeutet, dass die Versorgung durch MVZ mehr Geld kostet, ist ein weiterer unklarer Punkt. Denn es bleibt durch die Studie unbeantwortet, ob und inwieweit Mehr-Leistungen auch in Mehrkosten münden, weil nicht erkennbar ist, ob die Effekte von RLV, QZV und sonstigen kontingentierten Leistungen nicht zu einer wesentlichen Reduktion der im Endeffekt von der KV ausgezahlten Honorare gegenüber den von den MVZ abgerechneten Mehrkosten führen. Unbelegt ist auch die stillschweigend getroffene Annahme der Autoren, dass die Abrechnungstreue identisch ist. Leistungen, die erbracht, aber z. B. wegen absehbarer RLV-

Berlin, den 19. April 2022

Weitere Auskünfte:

Dipl. pol. Susanne Müller
Bereich Presse & Politik
Geschäftsführerin BMVZ e.V.

Büro: (030) 270159 50

Direkt: (030) 240899 92

Mail: susanne.mueller@bmvz.de

Überschreitung schon nicht abgerechnet werden, dürften in dem statistischen Material keinen Eingang gefunden haben. Es ist möglich, dass solch eine Verzicht auf Abrechnungen bei Einzelpraxen häufiger vorkommt als in kooperativen Strukturen, da die hier die angestellten Ärzte solch einen Verzicht nicht adhoc wie ein einzelner Inhaber entscheiden können und daher eventuell grundsätzlich vollständig abrechnen.

Grundsätzlich ist in der Studie zudem augenfällig, dass vielfach zwischen den abrechnungstechnisch höchst verschiedenen Begrifflichkeiten des Arzt(gruppen)fals und des Behandlungsfalles gewechselt wird. Der Behandlungsfall ist 2009 als maßgebliche Rechengröße der Honorarabrechnung im KV-Bereich eingeführt worden und ist als Summe aller Arzt-Patientenkontakte einer Praxis innerhalb eines Quartals definiert. Als Praxis gilt jeweils - egal ob Einzelniederlassung oder MVZ - die komplette Struktur. D.h. ein Behandlungsfall entsteht in fachübergreifenden Strukturen, wie entsprechende MVZ (z.B. mit *Augenheilkunde und Anästhesie*, mit *Internist und Hausarzt*) sie darstellen, wenn ein Patient mehrere Fachgruppen aufsucht, grundsätzlich als Summe mehrerer Arzt(gruppen)fälle. In systematischer Kürzung der eingereichten Abrechnungsdaten kommt es hier gegenüber den Einzelpraxen und fachgleichen BAG zu teils deutlichen Abschlägen bei der Honorierung, für die als Nachteilsausgleich der bekannte Kooperationszuschlag⁸ eingeführt worden war. Ohne dieses spezielle und sehr komplexe Honorartheme hier zu eröffnen, soll nur darauf verwiesen werden, dass auch dieser Einflussfaktor - sprich der mehrfache Wechsel in den dargelegten Daten und Tabellen von der Betrachtung des Arztgruppenfalls auf den des Behandlungsfalles - weder begründet noch überhaupt thematisiert wird.

SCHLUSSFOLGERUNG:

Damit stellen sich - wie dargelegt - diverse Fragen, die im Gesamten die Ergebnisse relativieren und in ihrem Aussagenwert einschränken. Das Studiendesign des IGES weist klare Mängel auf - die sich nur übersehen lassen, wenn die auffälligen, auftragsgemäß erfolgten Einschränkungen, die hier in Zitierung des Gutachtens noch einmal wiedergegeben werden, nicht als solche gewertet würden.

"Angeichts der insbesondere im Bezirk der KV Bayerns weiterhin sehr dynamischen Entwicklung von MVZ bzw. MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ) hat die KV Bayerns das IGES Institut mit einer tiefergehenden Analyse der Rolle dieser Betriebsform in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern beauftragt. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, inwieweit sich systematische Unterschiede im Leistungs- und Versorgungsgeschehen zwischen MVZ und anderen Praxisformen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften) feststellen lassen, die mit der Hypothese einer stärker von ökonomischen Motiven getriebenen Vorgehensweise der MVZ bzw. der PEG-MVZ im Einklang stehen." (Seite 7 oben im Kurztgutachten)

Jedoch bleibt auch ohne die dargelegten Relativierungen der Befund, dass die Trennlinien gemäß der Detailergebnisse des Gutachtens nicht zwischen Vertragsärzten und anderen Inhabern laufen, sondern offensichtlich zwischen Einzelpraxen und allen anderen Versorgungsformen. Darauf deuten auch jene Tabellen hin, in denen Ergebnisse der bayerischen Gemeinschaftspraxen (BAG) in die vergleichende Betrachtung einbezogen wurden. Es ergibt sich also bestenfalls aus der vorgelegten Versorgungsanalyse der Befund, dass bei kooperativer Versorgung in einigen Fachrichtungen mehr abgerechnet wird. Das kann aber durchaus bedarfsgerecht sein.

Folglich ist das wesentliche Fazit, dass die Transparenz weiter verbessert werden sollte, idealerweise mit dem Fokus darauf, was eine optimale Versorgung ist und welche Kriterien, an denen sich dann alle Strukturen in gleichem Maße messen lassen müssten, anzulegen sind. Jedenfalls sollten, statt eine Gestaltungsvariante zum Ideal zu erheben, die Daten, wie bei ähnlichen Studien zum Leistungsgeschehen auch, am inhaber- und trägerunabhängigen Durchschnitt orientiert werden. Nach den bisherigen Daten müssen sich MVZ jedenfalls kaum vor verbesserter Transparenz sorgen. Sie wäre aus unserer Sicht sogar zu begrüßen.

⁸ Bei dem es sich - entgegen einer häufigen Lesart - nicht um eine finanzielle Föderung von MVZ handelt (wedern Kassen noch KVen hätten einer solchen im Bewertungsausschuss zugestimmt), sondern um den beschriebenen Ausgleich systematischer Honorarnachteile, der zudem grundsätzlich unvollständig erfolgt.