

Beteiligungskapital und Augenheilkunde – eine (zu laute) Debatte

Ein Kommentar von Ursula Hahn

Gerade hagelt es Berichterstattung zu Investoren in der Augenheilkunde. Mal satirisch zugespitzt, mal sorgenerfüllt, mal (vermeintlich) wissenschaftlich. Es gibt gute Gründe, Beteiligungskapital in der vertragsärztlichen Medizin kritisch zu sehen. Auch innerhalb des OcuNet-Verbunds war die Skepsis anfänglich groß, wechselseitige Beobachtung und interne Erhebungen waren wichtig und brauchten Zeit. Heute steht der Verbund für Trägervielfalt. Das Credo: Die Debatte muss geführt werden, aber sachlich und datenbasiert. Bei vielen der öffentlichen Anwürfe sind da Zweifel berechtigt.

Zentren mit Beteiligungskapital sichern Versorgung, sie gefährden sie nicht. Die Zentren schlagen für die Mediziner, die angestellt arbeiten wollen, die Brücke in die vertragsärztliche Versorgung, wo sie dringend gebraucht werden. 42 Prozent der vertragsärztlichen Augenärztinnen und Augenärzte waren Ende 2021 angestellt, mehr als in anderen Fächern (Humanmedizin 29 %, fachärztliche Fächer 32 %) [1]. Anstellung braucht Arbeitgeber, das leisten vor allem MVZ und (große) BAG. MVZ mit Beteiligungskapital haben typischerweise sehr viele Standorte und sind daher als Arbeitgeber besonders präsent. Anstellung ist auch der Schlüssel, um Versorgung an (peripheren) Praxisstandorten aufrecht zu erhalten; aus Angestelltensicht fällt eine Entscheidung, hier tätig zu werden, (oft) leichter.

Zentren mit (und ohne) Beteiligungskapital versorgen mit Filialen in der Fläche. Schon die Blickdiagnose auf die Standortlandkarte – zu findet auf den jeweiligen Homepages – ist eindeutig: Viele der zahlreichen Standorte von Zentren mit Beteiligungskapital sind in der Peripherie. Andere Quellen bestätigen das. In einer internen Erhebung im OcuNet-Verbund stellten wir fest, dass bei den hier organisierten Zentren mit und denen ohne Beteiligungskapital der Anteil von Standorten in ländlichen Regionen bei knapp über 50 Prozent liegt.

Daten eines aktuell veröffentlichten Gutachtens bestätigen das bezogen auf alle bayerischen augenärztlichen MVZ. Demnach entfallen 53 Prozent der MVZ-Praxisstandorte auf ländliche Kreise [2].

Privatisierung und gute Versorgung sind kein Gegensatz, sonst müsste man erwarten, dass in den 21 Prozent der ophthalmologischen Hauptabteilungen in Kliniken mit privater Trägerschaft die Versorgung schlechter ist als anderswo. Berichte über systematische Mängel an universitären und nicht-universitären Häusern mit privaten Trägern liegen jedoch nicht vor.

Ohne Frage: Es gibt Konkurrenz um (manche) Sitze. Alle kennen Geschichten, dass ein begehrter Sitz in einer attraktiven Großstadt an ein Zentrum mit Beteiligungskapital ging, weil es mehr zahlte. Es gibt aber auch die genau gegenteiligen Geschichten. In vielen ländlichen Regionen, aber auch immer öfter in Städten findet sich trotz langer Suche kein selbstständiger Nachfolger oder selbstständige Nachfolgerin.

Gutachten zeigt eben nicht, dass augenmedizinische MVZ mit Beteiligungskapital „absahnen“. In einem Gutachten wollte das IGES-Institut mit bayerischen Daten und im Auftrag der dortigen KV der „ökonomischen Motivation“ von

MVZ mit Beteiligungskapital auf die Spur kommen. Dazu wurden EBM-Fallwerte der MVZ mit denen von Einzelpraxen verglichen. Die Datenbasis ist erschreckend dürftig. Nur 41 (!) MVZ mit Beteiligungskapital waren unter den über 16.000 Hauptbetriebsstätten, das Institut hat aus Datenschutzgründen (!) auf eine fachspezifische Auswertung verzichtet (müssen) [3]. Sehr merkwürdig: Die im Fazit suggerierte ökonomische Motivation lässt sich in den veröffentlichten Daten nicht nachvollziehen. Darauf wies als erste die Ärztezeitung hin [4]. Tatsächlich sind je nach Auswertung die Fallwerte von MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten höher oder gleich hoch wie die Fallwerte von MVZ mit Beteiligungskapital (Tabellen 3 und 5 der Kurzfassung).

Daten zur Ophthalmologie liegen ausschließlich zu Einzelpraxen, BAG sowie MVZ ohne Ansehen von Beteiligungskapital vor. Dass die durchschnittlichen Fallwerte von BAG und MVZ höher liegen als die von Einzelpraxen, dürfte zum Teil auf das andere Leistungsspektrum zurückzuführen sein. Kooperative Praxisformen müssen zudem aufgrund des im EBM vorgesehenen Kooperationszuschlags einen höheren Fallwert haben. Dass diese Abrechnungsregel mit keinem Wort im Gutachten erwähnt ist, gibt zu denken.

Rosinenpickerei: Wer versorgt lukrative und weniger komplexe Fälle?

Ein oft wiederholter und gerne kolportierter Anwurf ist Rosinenpickerei. Praxis x, MVZ y und Krankenhaus z würden schwere Fälle und solche, die nicht lukrativ sind, nur weiterleiten. Auf die Frage nach harten Daten bekommt man in der Regel keine Antwort. Tatsächlich geben die Routinedaten (also ICD, OPS und EBM-Ziffern, DRG etc.) keine trennscharfe Schweregrad- und Aufwandseinschätzung her. An dieser Problematik arbeitet sich auch ein anderes aktuelles Gutachten ab. Darin werden Kriterien vorgestellt, die für ambulante Operation eine ausnahmsweise stationäre Operation begründen sollen. Das Regelwerk ist so komplex, dass es absehbar nicht ans Fliegen kommen wird [5].

Systematische Rosinenpickerei wäre problematisch – Patienten mit komplexen und schwierigen Erkrankungen und solchen mit Bedarf an aufwendigen (konservativen) Leistungen brauchen eine adäquate Versorgung. Innerhalb des OcuNet-Verbands haben wir dazu eine Erhebung zum Leistungsangebot durchgeführt. Dabei wurde auch das Angebot an Spezialsprechstunden (u. a. Sehschule mit Orthoptistin, für Hornhaut oder seltene Netzhauterkrankungen und intraokulare Entzündungen) oder Leistungsbereiche wie z. B. Anpassung von vergrößernden Sehhilfen abgefragt. Im Ergebnis zeigte sich, dass die in OcuNet verbandlich organisierten Zentren diese Leistungen durchgängig anbieten und es keinen systematischen Unterschied nach Beteiligungskapital gibt.

Droht ab 50 Prozent der Standorte bei einem Träger ein Monopol?

Die Hypothese, dass Patienten wegen des Trägers eine Praxis meiden, ist nach aller Erfahrung wirklichkeitsfremd. Aber selbst wenn, hätte sie oder er dann noch genügend andere

Praxen zur Auswahl; ein Monopol ist das nicht. Ob eine Häufung von Sitzen bei einem Träger auffällt, hängt am Regionszuschnitt nach Bedarfsplanungsrichtlinie. Ist die Region klein und die Zahl der Gesamtsitze darin gering, dann wirken mehrere Sitze bei einem Träger direkt ganz anders als in großen Regionen. Für eine sachgerechte Beurteilung müsste großräumiger geschaut werden. Ein Häufung von Sitzen kann man auch als Indiz für Qualität verstehen: Größere Zentren haben ein „Mutterhaus“, in dem sie komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen vorhalten. Dafür braucht es (mehr) jeweils entsprechend qualifizierte Ärzte (und damit Sitze).

Vertragsärztliche Versorgung muss es selber richten.

Augenheilkunde ist ein ambulantes und vertragsärztlich geprägtes Fach. Den rund 3.000 abrechnenden Einzelpraxen, BAG und MVZ (mit Filialen dürften es 3.500 und mehr Leistungsstandorte sein) stehen rund 110 Hauptabteilungen gegenüber [6]. Auf die vertragsärztliche Versorgung entfielen 30,5 Millionen Fälle (2019) [7], mit den zehn Prozent Privatversicherten waren es rund 33,6 Millionen. Zum Vergleich: Aus einer aktuellen Veröffentlichung lässt sich errechnen, dass Hauptabteilungen rund zwei Millionen Patienten ambulant versorgen [8]. Auch perspektivisch wird eine flächendeckende ophthalmologische Versorgung nur mit einem dichten und breiten Netz von MVZ und Praxen funktionieren.

Fazit

Die vertragsärztliche Versorgung durchlebt insgesamt einen Strukturwandel, der in der Augenheilkunde erkennbar rascher voranschreitet als in anderen Fächern. Große filialisierende und breit aufgestellte Zentren mit und ohne Beteiligungskapital übernehmen relevante Versorgungsaufgaben, die traditionellen

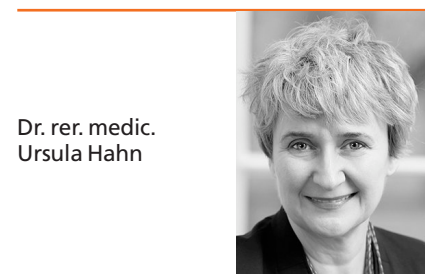
Einzelpraxen nehmen nach Zahl ab. Diese Entwicklung fordert jedem eine Positionierung ab, in die systemische, politische oder auch Aspekte rund um die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung einfließen können und sollen. Natürlich ist es auch legitim und nachvollziehbar, wenn etablierte Anbieter den neuen nicht den roten Teppich ausrollen. Die Effekte dieser Entwicklung – auch bezogen auf Patienten, Zugang zur Versorgung und Versorgungsqualität, Rolle von Ärztinnen und Ärzten, Effektivität und Kosten – müssen im Blick behalten und ausgewertet werden. Aber: Alles das bitte möglichst unaufgeregt und sachlich.

Quellen:

1. https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf
2. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objs27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022_ger.pdf, Tabelle 192.
3. IGES-MVZ-Gutachten-April-2022-Kurzfassung_ger.pdf, Tabelle 1
4. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Behandlungskosten-im-MVZ-Die-Fachrichtung-machts-nicht-der-Traeger-428243.html>
5. https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html
6. Sonderauswertung KBV, 2020
7. <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>
8. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00347-021-01516-z>

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin
OcuNet Verwaltungs GmbH
Friedrichstr. 47
40217 Düsseldorf
zentrale@ocunet.de



Dr. rer. medic.
Ursula Hahn