

IGES-Gutachten zum Einfluss von Kapitalinteressen in der vertragsärztlichen Versorgung

Am 07.04.2022 hat die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ein Gutachten¹ des Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) vorgelegt, das von der KVB beauftragt worden war. Ermittelt werden sollte, ob Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und darunter sog. PEG-MVZ im Eigentum von PEG, also Privat Equity Gesellschaften, im Vergleich zu anderen Betriebsformen, nämlich Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, stärker von ökonomischen Motiven getrieben werden. Maßstäbe sollten dafür die abgerechneten, morbiditätsadjustierten Honorarvolumen im Vergleich zu Einzelpraxen sein². Liegen die Honorarvolumen oberhalb einer Einzelpraxis sollte daraus die Bestätigung der stärker ökonomisch motivierten Behandlungsweise folgen.

Die KVB sieht sich durch das Gutachten bestätigt und titelt³:

Gesundheit darf kein Spekulationsobjekt sein

Weiter wird von der KVB ausgeführt:

In investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) liegen die abgerechneten Honorarvolumina deutlich über denen in anderen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

In der Zusammenfassung der Studie klingt das weniger eindeutig⁴:

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass unter sonst gleichen Bedingungen eine Versorgung in MVZ – zumindest bestimmter Fachrichtungen – sowie insbesondere bei MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren höhere Honorarumsätze nach sich zieht, was die These einer stärkeren Ausrichtung an ökonomischen Motiven stützt.

Betrachtet man die Details, überraschen die Studienautoren sodann mit solch einer Aussage⁵:

Der Träger, der am ehesten mit konstant höheren Honorarvolumina assoziiert ist, sind die Vertragsärzte.

¹ Langfassung des Gutachtens siehe [hier](#).

² Langfassung Gutachten S. 34.

³ Pressemeldung vom [07.04.2022](#).

⁴ Langfassung Gutachten S. 31 unten.

⁵ Langfassung Gutachten S. 74 unten.

Das ist das Gegenteil dessen, die KVB mit der Interpretation der Studiendaten in der Öffentlichkeit zu erreichen sucht. Angesichts der Diskussion und nicht immer reflektierten Übernahme des Tenors der erstgenannten beiden Aussagen⁶ fragt sich: Was stimmt?

I. Studiendaten: Keine Antworten, aber interessante Fragen

1. Unklare Begriffe und verzerrte Relevanz

Vorab ist anzumerken, dass die Studie viele Fragen zu ihrer Interpretation aufwirft, die sie nicht überzeugend beantwortet⁷. Obgleich sie auch auf PEG-MVZ fokussiert ist, bleibt sie eine Definition schuldig, was ein Private-Equity-MVZ ist, wie die Abgrenzung vorgenommen wurde und ob darunter das gleich zu verstehen ist, was der Auftraggeber, die KVB, unter iMVZ versteht. Da sich die Definition also nicht von selbst versteht und es je nach Definition relevante Grenzfälle gibt, wäre das wichtig für die Interpretation gewesen.

Auch scheint – ohne dass dies sicher zu überprüfen wäre – nur das angeforderte Leistungsvolumen maßgeblich gewesen zu sein. Das heißt, dass Budgetierungseffekte, möglicherweise nicht berücksichtigt wurden. Damit könnte selbst der Befund, der bleibt, in sich zusammenfallen. Eine Auskunft über tatsächliche Kosten gibt die Studie damit möglicherweise nicht, sondern nur, was an Kosten entstehen würde, gäbe es eine Einzelleistungsvergütung. Eine solche Einzelleistungsvergütung gibt es indes nicht. Das schließen RLV, QZV, kontingentierte Vergütungen etc. aus, sodass die Aussagekraft der Studie zusätzlich limitiert ist, schon weil sie nicht verlässlich erkennen lässt, was tatsächlich ermittelt wurde.

Außerdem erscheint die Relevanz der Aussagen in einem Zerrspiegel. Die Studie behauptet, sich um die PEG-Entwicklung zu sorgen. Die Bedeutung der PEG wird aber vorrangig aus der stärkeren relativen Zunahme geschöpft. Die absoluten Daten führen dazu, dass auf die PEG-MVZ 0,67% der Vollzeitäquivalente in der Versorgung entfallen⁸. Mithin wäre die Relevanz nur dann anzunehmen, wenn es nun exponentiell so weiter gehen würde. Worauf diese Annahme zu stützen wäre, zeigt die Studie indes nicht auf.

2. Benchmark Einzelpraxis

a) Überlegenheit der Einzelpraxis gegenüber kooperativer Versorgung?

An keiner Stelle erläutert ist zudem, warum das mutmaßlich abgerechnete Volumen von Einzelpraxen zum Goldstandard erhoben wurde. Einzelpraxis bedeutet hier, dass diese sich von

⁶ Pars pro toto die Forderung des bisherigen und wahrscheinlich auch zukünftigen NRW-Gesundheitsministers: [Laumann: Investoren-MVZ bedrohen die ärztliche Freiberuflichkeit\(aerztezeitung.de\)](#). Eine kritische Haltung der NRW-Landesregierung wurde aber auch schon lange vor dem IGES-Gutachten kundgetan (siehe Antwort auf eine Kleine Anfrage vom 29.04.2020, LT-Drs. [17/9501](#), S. 3).

⁷ Eine umfassende Auflistung zu diversen methodischen Klärungsbedarfen findet sich in der [Stellungnahme](#) des BMVZ vom 21.04.2022.

⁸ Siehe zur Berechnung die [Stellungnahme](#) des BMVZ vom 21.04.2022.

den anderen kooperativen Versorgungsformen (BAG, MVZ und MVZ mit BAG) gravierend unterscheiden: Einzelpraxen beschäftigten den Daten nach fast keine weiteren angestellten Ärzte⁹, wiesen regelmäßig alleine eine Fachrichtung auf¹⁰ und waren nahezu immer nur an einem Standort tätig¹¹. Das sind Merkmale, die bei den andere Versorgungsformen abweichend ausgeprägt sind. Würdigt man die vielfältigen gesundheitspolitischen Erwägungen und Maßnahmen zugunsten kooperativer Versorgungsformen¹², gibt es Gründe, kooperative Versorgungsformen als nötig, wenn nicht gar unerlässlicher Baustein einer funktions- und zukunftsfähigen ambulanten Versorgung zu betrachten. Damit steht in Frage, warum nur die Versorgung in Einzelpraxen „richtig“ ist und vor allem, warum diese ohne nähere Begründung zum Standard erhoben werden. Hierzu findet sich, soweit ersichtlich, in dem gesamten Gutachten kein Wort.

b) Angeforderte Leistungen oder effektive Vergütungen

Im Zusammenhang mit dem Gegensatz zwischen Einzelpraxis und kooperativen Versorgungsformen, die nach dem Gutachten durchweg „teurer“ erscheinen, stellt sich die Frage, ob kooperative Versorgungsformen tatsächlich teurer sind. Die damit verbundene Problematik, was gemessen wurde, die Honoraranforderungen oder die effektive Vergütung (s. o. 1), stellt sich vor allem bei dem erkennbaren Gegensatz zwischen Einzelpraxis und kooperativen Versorgungsformen (s. u. 3). Zwar bekommen kooperative Formen einen Zuschlag auf die Vergütung. Die RLV-Leistungen sind aber bei Behandlung eines Patienten bei zwei Ärzten ungleich „günstiger“ als bei der Versorgung in verschiedenen (Einzel-)praxen, bei denen jeweils ein zusätzliches RLV ausgelöst wird. Wurden also tatsächlich nur die angeforderten Punktsommen zu Grunde gelegt – was mangels erkennbarer Reflexion der Problematik zu besorgen ist – kann von den Daten in der Studie nicht auf Kosten geschlossen werden und sodann auch nicht auf die Erträge der Leistungserbringer. Namentlich die RLV-Effekte könnten die in etwa um 10% höheren Anforderungen vollkommen aufheben bis umkehren. Dann hat die Studie keine Aussagekraft im Hinblick auf effektive Kosten und effektive Erlöse und die apodiktischen Ableitungen aus der Studie bewegen sich an der Grenze der Irreführung.

c) Bedarfe

Ohne nähere Ausführungen bleibt im Zusammenhang mit dem Goldstandard Einzelpraxis schließlich die Annahme, dass die festgestellten Behandlungsumfänge in Einzelpraxen „einzig richtig“ sind und jede Überschreitung ein Indikator für überflüssige Leistungen ist. Ob in Einzelpraxen einzig bedarfsgerecht versorgt wird, mag man als These vertreten. Allerdings

⁹ Langfassung Gutachten S. 65: 1,06 Ärzte je Leistungsort in der Einzelpraxis vs. 2,12 bis 3,58 in den anderen Versorgungsformen.

¹⁰ Langfassung Gutachten S. 59: 99,5% der Einzelpraxen wiesen eine Fachgruppe auf vs. 92,8% bis 42,5% mit Beschränkung auf eine Fachrichtung in den anderen Versorgungsformen.

¹¹ Langfassung Gutachten S. 57: 94,7% der Einzelpraxen waren an (nur) einem Standort tätig vs. 79,3% bis 3,6% in den anderen Versorgungsformen.

¹² Pars pro toto der Kooperationszuschlag nach § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V.

müsste man diese These begründen, insbesondere wenn man so weitreichende Aussagen trifft. Auch hierzu findet sich nichts. Ebenso gut ließe sich die Annahme vertreten, dass die Daten auf eine nachhaltige Unterversorgung gerade komplexerer Fälle hinweisen, zumal Einzelpraxen vom Vergütungssystem noch mehr zur „Fließbandmedizin“ gezwungen werden als größere Einheiten. Auch könnte man die These aufstellen, dass angesichts der für Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannten Schwankungsbreite von 40%¹³ eine Abweichung von 10% wenig bis keine Relevanz hat. Zu beachten ist weiterhin, dass das Vergütungssystem aus einer vielfältigen Anzahl von Gründen nicht darauf angelegt ist, eine bedarfsorientierte Vergütung zu gewährleisten. Von angeforderten Leistungen auf tatsächliche Bedarfe zu schließen, ist nur sehr eingeschränkt möglich.

Mithin: die Rückschlüsse, die in der Studie gezogen werden, sind voraussetzungsreich, jedenfalls wenn man aus den Daten auch eine Auskunft über bedarfsgerechte und etwaige Übermaßversorgung herauslesen will. Viel spricht dafür, dass solche Aussagen aus den Daten nicht abgeleitet werden können. Wenn aber keine Auskunft über bedarfsgerechte Versorgung ermittelt werden können, stellt sich die Frage, welche Aussagekraft in den Daten überhaupt liegen soll.

3. Höchster Aufwand in kooperativer vertragsärztlicher Versorgung

Auch wenn man schließlich die vorstehend genannten Punkte dahingestellt lässt und der Vielzahl der nicht näher begründeten Thesen der Studie folgt, stellt sich die Frage, ob die Daten tatsächlich die Aussage betätigen, die in der Vermittlung durch die KVB ausgelöst werden soll, nämlich dass die PEG-MVZ stärker von ökonomischen Motiven getrieben sind. Stellt man hierzu die Daten aus der Studie zu MVZ einschließlich PEG-MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften und Einzelpraxen nebeneinander, ergibt sich folgendes Bild:

	EP = 1,0	Kooperative Formen				BAG vs.	BAG vs.	BAG vs.	VA MVZ
		BAG	MVZ	P-KH	VA MVZ	MVZ	VA MVZ	P-KH	vs. P-KH
F ä c h e r	HA	1,07	1,004	1,034	1,01	6,6%	6%	3,6%	-2%
	INN	1,135	1,105	1,159	1,144	3,0%	-1%	-2,4%	-2%
	NNP	1	0,933	0,954	0,965	6,7%	4%	4,6%	1%
	Chirurgie	1,071	0,992	0,741	1,174	7,9%	-10%	33,0%	43%
	Augen	1,205	1,158	0,906	1,205	4,7%	0%	29,9%	30%
	Gyn	1,098	1,166	1,112	1,23	-6,8%	-13%	-1,4%	12%
	Urologie	1,154	0,909	0,836	1	24,5%	15%	31,8%	16%
		1,105	1,038	0,963	1,104	höchster Aufwand:		BAG	P-KH
PEG		1,104				VA MVZ			

¹³ Bei 40% liegt im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung jedenfalls ein Bereich eines offensichtlichen Missverhältnisses – vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011, B 6 KA 38/10 R, Rn. 13.

Dargestellt sind in der linken Box die relativen Aufwände im Verhältnis zur Einzelpraxis (EP = 1,0). Werte > 1,0 bedeuten, dass der Aufwand höher als bei vergleichbaren EP sind, Werte < 1,0, dass sie niedriger sind. Dargestellt sind die Werte für die vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), MVZ insgesamt (MVZ), MVZ in Trägerschaft von privaten Krankenhäusern (P-KH) und in Trägerschaft von Vertragsärzten (VA MVZ). Für diese Versorgungsformen sind die Fachrichtungen hausärztliche Versorgung (HA), Innere Medizin (INN), Neurologie/Nervenheilkunde/Psychiatrie (NNP), Chirurgie, Augenheilkunde (Augen), Gynäkologie (Gyn) und Urologie gelistet, wie sie auch in der Studie ausgewertet sind. Dazu sind die Durchschnittswerte¹⁴ ermittelt und der Wert (über alle Fachrichtungen) für PEG¹⁵.

In der der Box sind dann die relativen Unterschiede im jeweiligen Direktvergleich zwischen den einzelnen kooperativen Versorgungsformen dargestellt wiederum für die gleichen Disziplinen wie in der oberen Box ausgewiesen. Grün hinterlegt sind die Bereiche, in denen BAG den höchsten Aufwand im jeweiligen Direktvergleich hat, blau hinterlegt die Fälle mit dem höchsten Aufwand bei vertragsärztlichen MVZ im jeweiligen Direktvergleich und gelb hinterlegt die Fälle mit dem höchsten Aufwand bei privaten, nicht-vertragsärztlichen MVZ-Trägern im jeweiligen Direktvergleich.

Daraus folgt:

1. Die PEG-Werte sind zwar höher als die EP, aber nicht höher als die Werte vertragsärztlicher MVZ.
2. Die Werte vertragsärztlicher MVZ sind im Mittel nicht höher als die Werte von BAG, welche die höchsten Abweichungen aufweisen.
3. MVZ privater Krankenhausträger liegen im Mittel unter den Werten von Einzelpraxen.
4. In den einzelnen Disziplinen sind die Werte vertragsärztlicher BAG mit Ausnahme der Gynäkologie und der Inneren am höchsten. In der Gynäkologie sind jedoch die Werte vertragsärztlicher MVZ am höchsten.
5. Im Vergleich zwischen Werten MVZ privater Krankenhäuser sind die Werte von den MVZ privater Krankenhäuser in der hausärztlichen Versorgung und der Inneren Medizin oberhalb denjenigen Werte von vertragsärztlichen MVZ, indes liegen die hausärztlichen BAG noch höher. Nur in der inneren Medizin liegen die Werte um 1,5% oberhalb vertragsärztlicher Leistungserbringer.

¹⁴ Die Durchschnittswerte sind in der Studie nicht angegeben. Hier ist das arithmetische Mittel berechnet worden, wobei jede Fachgruppe gleich gewichtet ist. Die unterschiedliche wirtschaftliche Bedeutung wird damit nicht berücksichtigt.

¹⁵ Für den PEG-Wert wurde zwischenzeitlich behauptet, er sei nicht mit den Werten anderer MVZ vergleichbar (s. KVB [hier](#)). Allerdings bleibt dann unerklärt, wie der PEG-Wert mit EP-Werten innerhalb der Studie (dort zulässigerweise) verglichen wird, die übrigen MVZ-Werte mit den gleichen EP-Werten verglichen werden, und dann aber die MVZ nicht mit den PEG-Werten vergleichbar sein sollen. Wären die Werte nicht miteinander vergleichbar, dürften auch die vielfältigen Vergleiche mit den EP-Werten, die die Studie vornimmt, nicht haltbar sein.

Das heißt, dass zwar häufig kooperative Versorgungsformen aufwändiger als Einzelpraxen zu versorgen scheinen. Mit Ausnahme der Inneren Medizin ist aber die vertragsärztliche Versorgung am aufwändigsten und in der Inneren Medizin zeigt sich eine Abweichung von alleine 1,5% – und das mit allen Vorbehalten über die Aussagekraft hintenangestellt.

Würde man alle Bedenken gegen die Aussagekraft ignorieren, würde damit keine Trennlinie zwischen Vertragsärzten und MVZ in Trägerschaft privater Krankenhäuser bzw. von „Investoren“ verlaufen. Vielmehr verlief die Trennlinie zwischen Einzelpraxen und kooperativen Versorgungsformen, wobei unter den kooperativen Formen die vertragsärztliche geführten regelmäßig die aufwändigste Versorgung erbringen. Alle anderen Werte „tummeln“ sich dann in der Bandbreite zwischen vertragsärztlichen BAG/MVZ und EP bzw. noch darunter.

Eine stärker ökonomisch motivierte Behandlungsweise wäre also eher kooperativ tätigen Vertragsärzten als allen anderen zu unterstellen, wobei angesichts der Unklarheiten in der Interpretation der Werte auch diese Aussage kaum auf fundierten Daten aufbaute. Sicher widerlegt anhand der Studiendaten ist jedenfalls die insinuierte stärker motivierte Behandlungsweise in MVZ in nicht-ärztlicher privater Trägerschaft. Aus den Daten folgt sie definitiv nicht.

Die Studie veranlasst folglich viele Fragen, lässt keinen klaren Befund zu und die Tendenzen werfen die Frage auf, warum es bei den Spitzenwerten zu den potenziell signifikanten Unterschieden zwischen kooperativen Formen und Einzelpraxis kommt. Zudem verdeutlicht die Studie die Aufgabe, dass zuerst zu klären wäre, welche Werte vermutlich dem medizinischen Bedarf am nächsten kommen und damit der beste Indikator sind. Zudem bedürfte es eines nachvollziehbaren Konzeptes, Budgeteffekte, die durchaus unterschiedlich ausfallen, zu bewerten, um auf effektive statt etwaiger theoretischer Kosten abzustellen.

II. Studieninterpretation: Warum der Wille zur Fehlinterpretation?

Will man es zuspitzen, erscheint die Studie angesichts der tatsächlich enthaltenen Daten in der Aussagekraft wie der sprichwörtliche Sturm im Wasserglas. Anlass zur Erklärung der Methodik und etwaigen Verbesserung gibt die Studie gleichwohl. Interessant wäre es, ob es tatsächlich signifikante Unterschiede gibt, die sich an der Versorgungsform und/oder der Trägerschaft festmachen lassen. Gäbe es solche Unterschiede, stellte sich die Frage, welche Unterschiede kritisch sind und was bei den kritischen Befunden zu unternehmen ist. Vor schlichtem „Verbotsdenken“ gäbe es eine Vielzahl abgestufter Maßnahmen.

Ist also die Studie geeignet, weitere Fragen zu stellen, erscheint es interessant, warum stattdessen vielfach Schlussfolgerungen aus der Studie gezogen werden, obwohl dies seriös kaum möglich ist oder gar gegenteilige Tendenzen enthalten sind. Die These hierzu ist, dass die Studie einen „Anti-MVZ-Reflex“ und einen Reflex gegen nicht-vertragsärztliche Träger bedient. Wie wenig sich diese Reflexe valide begründen lassen, zeigt die Studie einmal mehr. Gleichwohl bestehen die Reflexe, nur liegen deren Ursachen vermutlich an anderer Stelle. Das deutet sich aus der Presse-Mitteilung und den Äußerungen zu der Studie an, die z. B. auf die Probleme der Fortführung im vertragsärztlichen Bereich hinweisen. Und es bestehen fraglos

Herausforderungen, die Sorgen machen: Bedarf und Verfügbarkeit an Ärzten klaffen immer weiter auseinander. Der Druck steigt, flexiblere Arbeitszeiten anzubieten, insbesondere in Richtung eingegrenzter Arbeitszeiten und der besseren Gewährleistung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Forderung nach Verlässlichkeit und Risikoarmut der Einkünfte, nimmt zu wie die Verhandlungsmacht, das durchzusetzen. Die Bereitschaft zur Selbstständigkeit sinkt usw. Herkömmliche Modelle, eben auch der Einzelpraxis, werden damit immer weiter in Frage gestellt und die Verwertbarkeit wird reduziert. Das verursacht einen realen Anpassungsdruck für bisherige Erfolgsrezepte. Allerdings sind MVZ, treffen die vorstehenden Annahmen zu den Entwicklungstendenzen zu, nicht die Ursache, sondern die Folge solcher Tendenzen. Der Reflex gegen MVZ dürfte also mehr Symptombekämpfung denn Behebung der Ursachen sein. Somit gibt die Studie auch hier Anstoß, sich verstärkt tatsächlichen Ursachen und tatsächlichen Lösungen zuzuwenden.

—
Dr. Andreas Penner
Rechtsanwalt

—

—