änd
Ärztenachrichtendienst

Interview zu Investoren-MVZ

„Investoren bringen Kapital in die ambulante Versorgung“

Um Investoren in der ambulanten Versorgung tobt eine rege Debatte. Wenn sie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) übernehmen, sprechen Kritiker von Heuschrecken und warnen vor Gewinnmaximierung zulasten der Patientenversorgung. Wie ein leitender Arzt aus einem Investoren-MVZ die Vorwürfen erlebt und warum er seinen Beruf auch unter dem dritten Investor noch gern ausübt, berichtet der Leiter des augenärztlichen MVZ Fürth der Ober Scharrer Gruppe, Dr. Thomas Will, im Interview mit dem änd.

Augenarzt Dr. Thomas Will arbeitet seit 30 Jahren im MVZ Fürth - inzwischen unter dem dritten Investor.

©OSG MVZ Bamberg

Herr Dr. Will, Sie haben die gesamte Entwicklung des Fürther Augenzentrums von der Zeit als Arztpraxis unter der Leitung durch die Doktores Ober und Scharrer bis heute miterlebt und arbeiten heute praktisch an der gleichen Stelle wie vor 30 Jahren - nur in anderer Funktion. Erzählen Sie bitte kurz, wie sich Ihre Tätigkeit organisatorisch entwickelt hat. Sie waren anfangs niedergelassen und Partner der Gemeinschaftspraxis, später aber angestellt, oder?

Mein 30-jähriges Betriebsjubiläum ist wirklich gerade ein paar Tage her. Wir waren zunächst in einer Gemeinschaftspraxis als Partner organisiert, später in einer GbR, und in den 2000ern bin ich schon unter Dr. Ober und Dr. Scharrer in den Angestelltenstatus gewechselt. Da waren noch gar keine Investoren am Horizont sichtbar. Mittlerweile haben wir drei Investorengruppen hier im Unternehmen erleben dürfen. Dr. Ober und Dr. Scharrer haben sich aus dem operativen Geschäft zurückgezogen. Mir obliegt die ärztliche Leitung des MVZ Fürth. Das ist das Stammhaus der Ober Scharrer Gruppe. Es hatte schon vor 30 Jahren eine ähnliche Größe wie heute. Die Größe des inzwischen milliardenschweren Gesamtunternehmens ist durch Zukäufe im In- und Ausland eingetreten. Das ging natürlich mit strukturellen Änderungen einher.

Dieser Prozess begann damit, dass Ober und Scharrer – und Sie als Partner – direkt 2004 die neueröffnete Chance genutzt haben, die Praxis in ein MVZ zu verwandeln. Was war der Grund dafür?

Herr Dr. Scharrer hat damals schon gesehen, dass man Geld braucht, um gute Medizin zu machen. Er hat sich gegen eine Kreditaufnahme entschieden und wollte stattdessen Investoren an Bord holen. Dieser Finanzierungsweg bietet persönlich mehr Sicherheit. Das war einer der Hauptgründe für die MVZ-Gründung.

In den Folgejahren sind jährlich teilweise mehrere neue Standorte zur OSG dazu gekommen. Was hat Sie, Ober und Scharrer dazu angetrieben?

Wenn niedergelassene Kollegen einen Nachfolger suchen, gilt immer: Wer das bessere Angebot abgibt, bekommt den Zuschlag. Bei uns hatten die Kollegen die Möglichkeit, noch ein halbes Jahr oder Jahr angestellt weiterzuarbeiten. Das war für viele attraktiv. Hinzu kommt: Im ländlichen Bereich haben die Kollegen oft schlicht niemand gefunden, der die Praxis haben wollte. Das ging über Jahre hinweg so, und es ist auch nicht ohne Risiko, so eine Praxis zu übernehmen. Es ist nicht immer so, wie es kolportiert wird, dass da Investoren kommen und das große Geld absahnen. Es wird durchaus versucht, eine Versorgung aufzubauen, aber es gelingt dann auch nicht immer. Da muss man auch mal eine Praxis schließen.

Im thüringischen Schleiz hat die Gruppe vor kurzem einen Standort geschlossen.

Ja, genau aus diesen Gründen.

Weil man keinen Nachfolger gefunden hat?

Ganz genau.

Kämpfen mithin Investoren dann doch mit den gleichen Problemen wie andere Ärzte?

In gewisser Weise ja. Das wirft ein Schlaglicht auf die Rahmenbedingungen und die Narrative für die Zukunft der Augenarztpraxen. Optometristen drängen auf den Markt, der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM wird nicht modernisiert, genauso warten wir im Bereich der Privatabrechnung auf eine neue GOÄ. Das sind alles Gründe, warum sich von den jungen Leuten keiner mehr in die Augenmedizin traut. Ein weiterer ist, dass die Investitionen für eine Praxisgründung vor 20 bis 25 Jahren nur einen Bruchteil dessen betragen haben, was heute nötig ist. Es gibt heute in den Augenarztpraxen modernste Geräte, von denen jedes einzelne eine fünf- bis sechsstellige Summe kostet. Da reden wir noch nicht einmal über Geräte für Operationen. Das sollte zum Nachdenken anregen.

Wegen des Aufkaufs von Standorten war die Ober-Scharrer-Gruppe schon Kritik ausgesetzt, bevor Investoren eingestiegen sind. Es hieß, dass sie Versorgungsmonopole aufbaut. Wie begegnen Sie dieser Kritik?

Eine Monopolstruktur der Ober Scharrer Gruppe sehe ich in keinem der Bereiche, in denen wir sind. Allein im Großraum Fürth haben wir zwei Universitäten und eine Vielzahl von ambulanten Mitbewerbern. Der Patient kann sich auch im Bereich unserer Hochburg hier in Fürth ganz niedrigschwellig Alternativen suchen. Vergangenes Jahr haben wir einem jungen Kollegen, der sich neu niedergelassen hat, die Möglichkeit eröffnet, bei uns Operationen durchzuführen. Wir sind durchaus an Kooperationen mit Ärzten, die nicht zur OSG gehören, interessiert.

Kommen wir zurück auf die Geschichte: Der erste Investoreneinstieg erfolgte 2012 mit Palamon. Wie haben Sie den erlebt?

Das kann ich Ihnen nur aus meiner Sicht als Ärztlicher Leiter im MVZ Fürth berichten. Dazu möchte ich vorweg eines sagen: Wir begründen unseren Erfolg auf einer DNA, die Dr. Scharrer und Dr. Ober dem Unternehmen mitgegeben haben. Es mag etwas pathetisch klingen, aber der oberste Grundsatz ist die Achtung vor der Würde des Nächsten. Und da denken wir an die Patientinnen und Patienten. Zweitens steht der Mitarbeitende ganz oben. Drittens haben wir uns verpflichtet, beste Ergebnisqualität abzuliefern. Und diese DNA haben unsere Investoren bis heute als Grundlage für ihr weiteres Vorgehen übernommen.

Sie meinen also, die Orientierung an Versorgungsqualität wurde nicht der Gewinnabschöpfung geopfert?

Ein Investor investiert ja nicht Geld, um es zu verlieren. Die OSG stellt eine wertvolle Marke dar. Der Investor wird alles tun, um diese Marke vor Schaden zu schützen. Und das kann er am besten, indem das Unternehmen im Kleinen wie im Großen Erfolg hat. Das zeichnet unsere Investoren bis heute aus, dass sie das verstanden haben und umsetzen. Darüber hinaus wurde und wird der Gewinn konsequent reinvestiert. Insofern sehe ich den Einstieg eines Investors als großen Pluspunkt an.

Warum?

Neulich ist mir der Spendenaufruf einer großen deutschen Uniklinik begegnet, die Geld für ein neues Simulationsgerät sammelt, an dem junge Kollegen das Operieren lernen können. Wir haben so ein Gerät seit gut fünf Jahren. Das kostete uns damals 250.000 Euro. Das verstehe ich unter Investition in Qualität und in die Patientenversorgung. Das ist etwas, was die Investoren hier geleistet haben, und was in der allgemeinen Debatte zu kurz kommt. Da spricht man von Monopolen und vom Geld verdienen, aber nicht von den Investitionen – einmal in moderne Technik, aber auch in Praxen, die sonst keiner haben will. Es geht hier auch um Versorgung in der Breite. Sehen Sie sich auf der Landkarte an, wo wir überall sind. Wir betreiben beileibe keine Rosinenpickerei in den Großstädten, sondern gehen raus aufs Land und versuchen die Menschen dort mit einer sehr guten Augenheilkunde zu versorgen.

Nun gibt es um Investoren-MVZ aber eine rege Gewinnabschöpfungsdebatte. Klar wird investiert, aber es muss ja auch für den Investor etwas herausspringen. Wie stellt sich Ihnen das dar?

Ich denke, es macht einen Unterschied, wie ich an so ein Unternehmen in der Versorgung herangehe. Wenn ich wie ein Josef Ackermann bei der Deutschen Bank die 25 Prozent-Rendite-Monstranz vor mir hertrage und dem alles andere unterordne, ist das für das Gesundheitswesen völlig abzulehnen. Wenn ich aber wie ein Wendelin Wiedeking vorgehe, der bei Porsche mit der Ankündigung eingestiegen ist, die besten Sportwagen der Welt zu bauen, dann ist wirtschaftlicher Erfolg auch im Gesundheitswesen legitim. Wir wollen den Erfolg durch die Qualität und die Patientenversorgung erreichen – und da komme ich nochmal auf unser Simulationsgerät zu sprechen: So etwas können wir uns nur leisten, wenn am Ende des Tages etwas übrigbleibt. Medizin muss so bezahlt sein, dass junge Leute das lange Studium und die viele Arbeit nach wie vor auf sich nehmen.

Wie läuft das denn mit Input und Output, wenn das Unternehmen neue Praxen übernimmt?

Ich habe es als qualitätsmanagementbeauftragter und hygienebeauftragter Arzt des Gesamtunternehmens noch nie überlebt, dass wir bei einer Standortübernahme Abstriche am Standard gefordert haben. Es war bisher immer andersherum. Wir haben in den einzelnen Bereichen – ob das jetzt Facility Management, Praxis-IT, Personalmanagement, QM, Hygiene, Rechtsabteilung, oder Marketing ist – eigentlich immer die Standards angehoben. Diese Debatte finde ich deshalb etwas verlogen und etwas traurig. Denn die Augenheilkunde ist ein ganz kleines Fach. Da müssen alle zusammenhalten, ob das der niedergelassene Einzelkämpfer, wir als Investoren-MVZs oder die großen Kliniken sind.

Sie sagen also, Gewinnmaximierung ist dann ok, wenn sie mit Qualitätssteigerung einhergeht?

Von Gewinnmaximierung würde ich nicht sprechen. Ich würde sagen, man verdient am Ende des Tages gutes Geld, wenn man gute Arbeit abliefert, weil dann die Patienten wiederkommen und es sich herumspricht. Gewinnmaximierung ist das nicht. Die können wir auch nicht betreiben, denn dann sind wir bei Josef Ackermann. So ein Management habe ich bis jetzt nicht kennenlernen müssen.

Investor ist nicht gleich Investor, meint Will im Interview mit dem änd.

©änd-Screenshot

Um auf den Vorwurf der Rosinenpickerei zurückzukommen: Der betrifft ja nicht nur die Standorte, sondern auch die angebotenen Leistungen. Es heißt, Investoren-MVZ würden sich nur lukrative Eingriffe aussuchen und die aufwändige Grundversorgung, die aber dringend nötig ist, nicht anbieten. Was sagen Sie dazu?

Dem kann ich mit einem ganz persönlichen Beispiel entgegentreten. Als ich angefangen habe, mussten wir viele junge Menschen mit einer Hornhautverpflanzung versorgen. Die Ergebnisse dieser Eingriffe sind für die Sehfähigkeit nicht optimal und werden es auch nach 20 Jahren nicht. Zugrunde liegt eine schleichende Erkrankung, bei der sich die Hornhaut immer mehr verformt. Seit zehn Jahren kann man mit dem CXL-Verfahren die Hornhaut stabilisieren. Das war mir immer ein persönliches Anliegen, und darum haben wir viele junge Menschen auch von weiter her mit diesem Verfahren versorgt. Die anfänglichen Behandlungsdauern waren weit über einer Stunde. Die Vergütung war und ist bis heute weit unterdurchschnittlich. Hier zu sagen, wir würden uns die Rosinen unter den Eingriffen herauspicken, geht völlig ins Leere. Auch machen wir als Belegärzte, soweit es uns möglich ist, komplexe Eingriffe. Wir beteiligen uns an der operativen Notfallversorgung, und das auch am Wochenende, obwohl das nicht immer einfach ist.

Und was ist mit den Katarakten?

In Deutschland werden pro Jahr schätzungsweise 800.000 Katarakte operiert. An dieser Aufgabe sind wir natürlich beteiligt.

Die Bundesärztekammer hat kürzlich anklingen lassen, dass es in MVZ für leitende Ärzte Verträge geben soll, in denen ein bestimmter Anteil lukrativer Eingriffe gefordert wird. Solche Verträge sind für Chefärzte in Krankenhäusern verboten worden. Ist Ihnen das mal begegnet?

Zahlenabhängige Verträge waren einer Studie zufolge bei Chefärzten in Krankenhäusern tatsächlich gang und gäbe – und das über alle Träger hinweg. Das hat mich sehr überrascht. Wir versuchen, überhaupt keine solchen Anreize zu setzen. Selbst wenn die Kaufleute immer mal wieder neue Dinge andenken, wollen wir auch bei Neuverträgen Zahlen aus Verträgen raushalten. Das hat in der Medizin meines Erachtens nichts zu suchen. Denn es muss die Qualität der Leistung honoriert werden.

Inzwischen haben Sie zwei Investorenwechsel miterlebt. Seit einem Jahr ist der dritte Investor an Bord. Geht das nicht mit Unruhe bei den Mitarbeitenden einher?

Eine innere Unruhe, weil man nicht weiß, was kommt, ist da wohl nur natürlich. Früher stand das Büro von Ober und Scharrer – der blaue Salon – immer offen. Da konnte man immer sagen, wo der Schuh drückt. Das ist meines Erachtens wichtig, dass sich ein Unternehmen diese Kommunikationskultur erhält, auch wenn es wächst. Sie müssen immer gucken, dass sie in Kontakt mit den Entscheidungsträgern bleiben und mitreden dürfen. Wenn es dann noch gelingt, unsere DNA, die ich vorhin erläutert habe, einem neuen Investor zu vermitteln, dann brauchen Sie keine Sorgen mehr haben. Dann können Sie sehr gute Medizin machen mit einem Investor im Hintergrund, der Ihnen, wenn Sie möchten, die ganzen Verwaltungsarbeiten abnimmt.

Wie fühlt sich das Arbeiten in so einem Großunternehmen an?

Das fühlt sich richtig professionell an. Für alle wichtigen Aufgabengebiete gibt es Profis. Das gewinnt ein ganz anderes Qualitätslevel und es ist nicht mehr so, dass jeder alles machen muss. Wenn Sie sich aber einbringen wollen - auch in die strategische Ausrichtung des Unternehmens –, dann ist das möglich. Wir haben in unserem medizinischen Fachbeirat, einem Gremium aller Ärztlichen Leiter der OSG in Deutschland, etwa kürzlich diskutiert, wie man sich die Zukunft mit künstlicher Intelligenz vorstellt. Es gibt auch eine Arbeitsgruppe Green OSG, die Wege zur Nachhaltigkeit auslotet.

Es gibt auch eigene Fortbildungsveranstaltungen, wie ich gesehen habe.

Die Förderung der Fort- und Weiterbildung ist ganz entscheidend. Wir haben seit vielen Jahren auch Online-Vorträge, wo wir Wissen in weiter entfernte Standorte bringen können. Auch das passt nicht zum Vorwurf der Rosinenpickerei. Denn das macht richtig Arbeit und kostet Geld, aber es ist uns wichtig. Wie ich als Arzt davon profitiere, in einem Großunternehmen zu arbeiten, fällt mir meistens dann auf, wenn ich mal wieder einen Anruf von einem niedergelassenen Kollegen bekomme, der mich fragt, wie er mit einer neuen Vorschrift umgehen soll. Da kann ich aus dem Vollen schöpfen und auf die fachliche Einschätzung unserer Rechtsabteilung zurückgreifen.

Ich entnehme dem, dass Sie in einem guten Kontakt mit Ihrem niedergelassenen Umfeld stehen. Bekommen Sie da nie Sprüche zu hören, etwa von „Heuschrecken“ oder ähnlichem?

Nein, eigentlich nicht. Ganz selten hören wir bei Praxisverkäufen, dass jemand sagt, er möchte lieber an jemand verkaufen, der die Praxis in Eigenregie weiterführt, und nicht an eine ganz große Organisation. Aber das finde ich auch in Ordnung. Wir haben auch mit den jungen Nachfolgern ein gutes Verhältnis.

Wie bewerten Sie die Diskussion um „Heuschrecken“ in der ambulanten Versorgung?

In dem Begriff Heuschrecke oder Spekulant steckt etwas Unehrenhaftes. Aber tatsächlich ist es so eine Art Spekulation, wenn wir einen neuen Standort übernehmen. Es ist ja nicht gewährleistet, dass wir jemand für den Standort gewinnen und ihn weiterbetreiben können. Investoren stecken Risikokapital in die Versorgung. Die Vorwürfe, dass sie leichtes Geld machen und dem Gesundheitswesen Milliarden entziehen, entsprechen nicht der Realität.

Der Gesetzgeber plant ja nun Neuregelungen für MVZ und besonders für investorenbetriebene MVZ. Halten Sie das für nötig?

Um das seriös einzuschätzen, fehlen mir Informationen, wie viele Praxisübernahmen von Investoren getätigt werden. Aber nach meinen persönlichen Erfahrungen kann ich es nicht als schlecht ansehen, wenn Investoren in der ambulanten Versorgung agieren. Wenn ich das verbiete, muss ich auch die Frage beantworten, woher das Geld für Investitionen sonst kommen soll und wie ich jungen Leuten sichere Rahmenbedingungen bieten kann.

Warum haben Sie sich eigentlich nie niedergelassen?

Das hängt damit zusammen, dass ich schon als Assistenzarzt eine unheimliche Freude am Operieren hatte. Schon damals war mir klar: Wenn ich mich niederlasse, muss ich mich um all die Dinge neben der Patientenversorgung kümmern und ganz viel Sprechstunde machen, und die wenigste Zeit wäre ich im OP. Das wollte ich nicht. Hier habe ich seit 30 Jahren eine Tätigkeit, die mich wirklich erfüllt. Ich darf viel im OP sein und habe eine gute Unternehmenskultur. Hinzukommt die Work-Life-Balance. Dazu gehört zum Beispiel, dass wir mittags ein Catering haben und auch die Zeit, um uns dazu in Ruhe hinzusetzen. Da tauscht man sich dann mit den Kollegen aus und kann sich vom Vormittag erholen. Das ist einer der Gründe, warum ich immer hier geblieben bin – und wohl auch einer der Gründe für unseren Erfolg. Denn ich glaube, dass wir hier auch in Zukunft gute Medizin leisten können mit Mitarbeitenden, die zufrieden sind, auch zur Freude des Investors. Und vielleicht erarbeite ich damit sogar einen Teil Ihrer privaten Altersvorsorge. Darauf wäre ich stolz.

In Ihrer Funktion als leitender Arzt sind Sie wahrscheinlich auch so eine Art Scharnier zwischen Unternehmensmanagement und Mitarbeitenden. Wie gestaltet sich das bei einer Übernahme? Gab es da zuletzt große Unruhe?

Unruhe entsteht eigentlich nur dann, wenn die Transparenz fehlt. In unserem internen Newsletter werden solche Dinge frühzeitig kommuniziert. So sind alle bereits seit Januar über den Wechsel in der Geschäftsführung informiert, der zum 1. April kommt. Da wird niemand vor vollendete Tatsachen gestellt.

Nun sind sie seit 20 Jahren in der gleichen Position tätig. Was hat sich am meisten verändert in ihrem Arbeitsalltag – abgesehen von den medizinisch-technischen Fortschritten?

Wir sammeln heute durch die IT, die wir nutzen, viel mehr Daten als früher. Der Verwaltungsaufwand im Detail wird höher. Ob das alles immer zum Guten ist, möchte ich bezweifeln. Denn wir sind sehr abhängig von der IT. Das hat aber nichts mit MVZ oder Investoren zu tun. Das ist eigentlich überall so. Bei der neuen elektronischen AU bin ich fast vom Glauben abgefallen. Früher hatten wir drei DIN A5-Blätter. Die gingen ihrer Wege und jeder wusste Bescheid. Heute ist es ein riesiger elektronischer Zirkus mit elektronischem Arztausweis, monatlichen Kosten und neuem Arztausweis, weil der alte nicht mehr den Standards genügt. Wir haben einen Riesen-IT-Moloch aufgebaut, und dennoch unterschreibe ich zwei ausgedruckte DINA4-Blätter. Das ist mehr Papier als vorher plus die digitale Datenübertragung. Wenn schon Digitalisierung, dann bitte ohne Papier. Und diese Medienbrüche gibt es auch in der Dokumentation. Hinzu kommt, dass Datenschutz und IT-Sicherheit enorme Manpower fressen.

Bei allen Änderungen: Was lieben Sie an Ihrem Job so, dass Sie ihn seit 30 Jahren machen?

Ich bin etwas detailverliebt. Das kann ich beim Operieren ausleben. Aber auch der Umgang mit den Mitarbeitenden und den Patienten macht mir Freude. Wenn sich ein Patient freut, dass er nach einer Katarakt-OP besser sieht als mit Brille, dann weiß ich warum ich jeden Morgen um 6 Uhr aufstehe.

Und wie geht's weiter? Noch einmal 30 Jahre kommen wahrscheinlich nicht, oder?

Nein, denn gerade beim Operieren muss man wissen, wann es genug ist. Wenn ich das bemerke, dann werde ich wahrscheinlich noch Sprechstunde machen. Unser ältester Mitarbeiter im Unternehmen ist übrigens 78 Jahre. Er macht noch zwei halbe Tage pro Woche Sprechstunde und bringt mir immer neueste wissenschaftliche Publikationen mit. Es gibt tatsächlich einige Mitarbeitende, die 20 bis 30 Jahre im Haus sind. Das zeigt, dass es auch anderen wirklich Freude macht hier zu arbeiten – auch unter dem dritten Investor.

Die Ober Scharrer Gruppe

Die Ober Scharrer Gruppe versorgt mit rund 300 Ärztinnen und Ärzten an fast 130 Standorten in Deutschland nach eigenen Angaben pro Jahr rund 875.000 Patientinnen und Patienten. Hervorgegangen aus den Medizinischen Versorgungszentren der Augenärzte Dr. Manuel Ober und Dr. Armin Scharrer in Franken ist die Ober Scharrer Gruppe als Teil der europaweiten Augenklinik-Gruppe Veonet im Januar 2022 von der schwedischen Nordic Capital an den kanadischen Pensionsfonds Ontario Teachers' Pension Plan und das französischen Beteiligungshaus PAI Partners veräußert worden. Wirtschaftsmedien bezifferten den Wert der Transaktion inklusive Schulden auf rund zwei Milliarden Euro.

27.02.2023 08:53, Autor: am, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: https://www.aend.de/article/222143