



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)143(3)
gel. VB zur öAnh am 4.3.2020 -
Kapitalinteressen
27.2.2020

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Kapitalinteressen in der
Gesundheitsversorgung offenlegen“ (BT-Drs. 19/14372)

öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020

Berlin, 27.02.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Grundlegende Bewertung des Antrags

Die Bundesärztekammer unterstreicht anlässlich des zur Beratung anstehenden Antrags der Fraktion DIE LINKE. „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“ (BT-Drs. 19/14372) den wachsenden Klärungs- und Strukturierungsbedarf im Hinblick auf die deutlich zunehmenden Aktivitäten von Investoren im Gesundheitswesen. Vor dem Hintergrund der bisherigen wie geplanten Gründungen bzw. Übernahmen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und dem damit verbundenen Übergang von Arztsitzen an Private-Equity-Gesellschaften bzw. von diesen erworbenen Krankenhäusern sieht die Bundesärztekammer jedoch einen über die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten MVZ-relevanten Regelungen hinaus gehenden Diskussions- und Handlungsbedarf:

In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist ein sparsamer und wirtschaftlicher Umgang mit den begrenzten materiellen und personellen Ressourcen geboten. Im Sinne einer guten Patientenversorgung und adäquaten Arbeitsbedingungen ist es jedoch nicht länger hinnehmbar, dass mehr und mehr ökonomische Parameter das ärztliche Handeln bestimmen, etwa wenn ärztliche Entscheidungsspielräume durch vorgegebene ökonomische Rentabilitätskriterien begrenzt werden.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen ist die Richtschnur ärztlichen Handelns immer die ärztliche Ethik auf der Grundlage des Genfer Gelöbnisses. Wenn aber Ärztinnen und Ärzte von Klinik- und Kostenträgern und zunehmend auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren angehalten werden, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und nach kommerziellen Vorgaben zu handeln, geraten sie in einen für sie schwer lösbaren Zielkonflikt.

Ärztinnen und Ärzte wollen einerseits ihren berufsethischen Pflichten genügen, die sich auch in der ärztlichen Berufsordnung widerspiegeln. Andererseits sollen sie aber wirtschaftliche Rentabilitätsziele erreichen.

Dieser durch die geschilderten Entwicklungen entstandene Zielkonflikt muss auch im Interesse der Patientinnen und Patienten durch schnelles gesetzgeberisches Handeln aufgelöst werden.

Konzernbildung im ambulanten Sektor entgegenwirken

Die Weltwirtschaftskrise der Jahre 2008/2009 in Verbindung mit einem beständig niedrigen Zinsniveau hat dazu beigetragen, dass Fonds und Investoren immer mehr Akquisen in den Gesundheitssystemen der G7-Staaten vornehmen. Kliniken, Reha-Immobilien und MVZ sind für sie von besonderem Interesse. Diese Dynamik nimmt wegen unsicherer Investitionsalternativen weiter zu. Gesamtwirtschaftlich stieg allein im Jahr 2019 das Transaktionsvolumen von Private-Equity Käufen in Deutschland um 70 Prozent. Im Gesundheitswesen investieren derzeit schon mehr als 50 Private-Equity-Gesellschaften in Gesundheitseinrichtungen (Quelle: Übernahmen durch Private Equity im deutschen

Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule Essen Gelsenkirchen, Februar 2019).

Überwiegend sind kapitalkräftige, fondsbasierte Private-Equity-Gesellschaften aus den europäischen Nachbarländern und aus den Vereinigten Staaten aktiv. Derzeit befinden sich schon etwa 420 von insgesamt rund 2.500 MVZ in der Hand von Finanzinvestoren (v. a. Labormedizin, Radiologie, Nuklearmedizin, Dialyse, Augenheilkunde, Dermatologie; Quelle: Deutsches Ärzteblatt 39/2018).

Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation von Private-Equity-Gesellschaften besteht aus Sicht der Bundesärztekammer hier die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen mehr und mehr zugunsten einer renditeorientierten Leistungserbringung beeinflusst werden. Zu befürchten ist ferner eine Konzentration von Anbietern in Ballungsräumen. Aktuell sind laut Mitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 3. Februar 2020 schon 23 Prozent (169 von 738, Stand 4. Februar 2020) der zahnärztlichen MVZ in der Hand von Investoren.

So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2018 ausgeführt, dass bei MVZ „sowohl im Jahr 2015 als auch im Jahr 2016 ca. 90 Prozent der Neuzulassungen in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren erfolgt sind. Insgesamt haben im Jahr 2016 nur knapp 12 Prozent der Neuzulassungen in ländlichen Regionen stattgefunden.“ Aspekte der Daseinsvorsorge und notwendige Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen blieben unberücksichtigt.

Zudem können Investoren nach Übernahme kleiner, finanziell schlecht aufgestellter Kliniken bundesweit MVZ gründen. Eine Beschränkung auf eine Region ist bisher nicht gegeben. Gleichzeitig integrieren Private-Equity-Investoren von Beginn an eine Exitstrategie, die einen Verkauf mit möglichst hohem Gewinn nach ca. 5-7 Jahren vorsieht. Für einige medizinische Fachbereiche (Zahnmedizin, Augenheilkunde, Radiologie) beispielsweise im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Entwicklung oligopolartiger Strukturen zu verzeichnen, die für junge Ärztinnen und Ärzte die Übernahme eines einzelnen Kassenzahnarztesitzes kaum noch erschwinglich oder ökonomisch sinnvoll erscheinen lassen. Neben teilweise völlig überzogenen Einstiegspreisen werden sowohl die Gewinnung und langfristige Bindung des erforderlichen Praxispersonals als auch die Kooperation mit regionalen Partnern sowie die Vertragsgestaltung mit den regionalen Krankenkassen (z. B. in Selektivverträgen) erschwert.

Zudem ist es den an einer Übernahme interessierten Ärztinnen und Ärzten derzeit kaum möglich, in der für sie relevanten Versorgungsregion eine eindeutige Übersicht über die Träger der mit ihnen potenziell in Konkurrenz stehenden MVZ zu erhalten. Die Bundesärztekammer fordert daher eine grundlegende Verbesserung der Transparenz der im SGB V-Bereich agierenden Investoren (insbesondere von Private Equity Gesellschaften mit Firmensitz im Ausland) durch ein entsprechendes öffentliches Register; in diesem Register sollten alle Medizinischen Versorgungszentren in ganz Deutschland aufgeführt sein.

Der mit dem vorgelegten Antrag verbundene Vorschlag zum Aufbau eines Reporting-systems zu MVZ-Trägerschaften, dem jeweiligen rechtlichen Eigentümer und wirtschaftlich Berechtigten, würde sowohl für Patienten als auch für Ärzte und politische Entscheidungsträger mehr Klarheit für eine langfristig bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen.

Die Ansiedlung eines Registers bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen könnte hierzu ein angemessener Schritt sein. Ebenso sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten ausgestattet werden, um einer potenziellen Umgehung der Meldepflicht wirksam begegnen zu können.

Angesichts des zunehmenden Trends zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens fordert die Bundesärztekammer weitergehende gesetzgeberische Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene:

- Einschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhaus-Trägern auf die jeweilige Planungsregion, in der der Träger seinen Sitz hat. Zudem Beschränkung des Versorgungsanteils im Bereich der fachärztlichen Versorgung auf einen Versorgungsanteil von maximal 25 Prozent im jeweiligen Fachgebiet, es sei denn, im Bundesmantelvertrag wird aus Versorgungsgründen eine andere Regelung getroffen.

Begründung:

Der Kauf von kleineren, teilweise insolventen Kliniken dient zum Teil weniger der Erfüllung und Verbesserung des jeweilig mit dem Krankenhaus verbundenen Versorgungsauftrages, als der Erlangung der bisher bundesweit gültigen Gründungsberechtigung für Medizinische Versorgungszentren. Um dieser eher ökonomisch und markstrategisch motivierten Fehlentwicklung sinnvolle Grenzen setzen zu können, ist eine Einschränkung auf die jeweilige Planungsregion und die prozentuale Begrenzung des Versorgungsanteils erforderlich.

Mit einer solchen, an § 95 Abs. 1b SGB V (Spezialregelung für die vertragszahnärztliche Versorgung) orientierten Regelung wird marktbeherrschenden Stellungen bzw. oligopolistischen Strukturen von Anbietern von Gesundheitsleistungen entgegengewirkt. Für die vertragsärztliche Versorgung sollte eine zum Vertragszahnarztrecht kohärente Regelung getroffen werden.

- Anstellungsgrenzen über Bundesmantelvertrag festlegen

Begründung:

Die Regelungen des Bundesmantelvertrages, nach denen mit Blick auf die Sicherstellung der persönlichen Leitung jeder Vertragsarzt grundsätzlich nur drei vollzeitbeschäftigte Ärzte beschäftigen darf, gelten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht. Diese haben zwar eine eigene Zulassung, werden jedoch insofern nicht wie Vertragsärzte behandelt. Insoweit fehlt es derzeit an einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungsnorm für eine vergleichbare Regelung für MVZ im Bundesmantelvertrag. Diese würde dazu beitragen, gerade in Großstädten und Ballungsgebieten den Aufbau monopolartiger Groß-MVZ mit vielen angestellten Ärzten oder Zahnärzten zu unterbinden.

- Vorgabe eines breiten bzw. grundversorgenden Behandlungsspektrums

Begründung:

Nach der Übernahme bestehender Praxen durch MVZ kommt es in einigen Fällen zu einer Einengung der angebotenen Versorgung auf bestimmte, besonders lukrative Leistungen, während andere, zum Beispiel konservative Teile des Versorgungsspektrums verloren gehen. Der Sachverständigenrat hat deswegen vorgeschlagen, die Sitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums zu koppeln.

- Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

Begründung:

Zunehmend zeigt sich, dass Finanzinvestoren auch unwirtschaftliche Krankenhäuser primär mit dem Ziel erwerben, um Zugang zum Markt der vertragsärztlichen Versorgung zu bekommen. In entsprechender Anwendung des § 32 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV, nämlich der Vorgabe der Tätigkeit in freier Praxis, welche es Vertragsärzten nach der Rechtsprechung des BSG verbietet, die Praxis durch hinter ihnen stehende Finanzinvestoren betreiben zu lassen, wäre es geboten, Gewinnabführungs- oder Beherrschungsverträge zu verbieten. Wenn eine (stille) Beteiligung Dritter an einer Vertragsarztpraxis oder einem Gesellschaftsanteil ausgeschlossen ist, muss dieses konsequenterweise auch entsprechend für MVZ gelten. Ein Gewinnabführungsverbot kennt auch das anwaltliche Berufsrecht. Nach § 27 S. 1 BRAO dürfen Dritte, die mit dem Rechtsanwalt nicht zur gemeinschaftlichen Berufsausübung verbunden sind, am wirtschaftlichen Ergebnis anwaltlicher Tätigkeit nicht beteiligt sein.

- Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung eines Arztes sollen dann abgelehnt werden können, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt.

Begründung:

Seit dem TSVG darf ein zahnärztliches MVZ von einem Krankenhaus grundsätzlich nur gegründet bzw. erweitert werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt betriebenen zahnärztlichen MVZs an der vertragszahnärztlichen Versorgung, bezogen auf den Planungsbereich, 10 Prozent nicht überschreitet. Abweichendes gilt in unterversorgten Planungsbereichen. Mit dieser Regelung wird marktbeherrschenden Stellungen bzw. oligopolistischen Strukturen von Anbietern von Gesundheitsleistungen entgegengewirkt. Für die vertragsärztliche Versorgung sollte eine zum Vertragszahnarztrecht kohärente Regelung getroffen werden.

Mit diesen Maßnahmen kann das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Weisungsunabhängigkeit in medizinischen Belangen von Ärztinnen und Ärzte auch in Zukunft gewahrt werden.

Die Bundesärztekammer steht zu weiteren Erläuterungen und Konkretisierungen des resultierenden, gesetzgeberischen Handlungsbedarfes gerne zur Verfügung.