

Schriftliche Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestag zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“, 4. März 2020

Frau Sibylle Stauch-Eckmann, Geschäftsführerin Ober Scharrer Gruppe GmbH

1. Die Bundestagsfraktion DIE LINKE fordert in dem Antrag „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“ mit Drucksachennummer 19/14372 neue und weitreichende Veröffentlichungspflichten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ), insbesondere für MVZ mit der Beteiligung von Privat Equity Gesellschaften.
So sollen Betreiber eines vertrags(zahn)ärztlichen MVZ einer halbjährlichen Meldepflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit unterworfen werden und Angaben über Trägerschaft, rechtliche Eigentümer, wirtschaftliche Berechtigte nach § 3 Geldwäschegesetz und der Höhe eigener Beteiligungen am MVZ.
MVZ mit Beteiligungen durch Privat Equity Gesellschaften oder vergleichbaren Investoren sollen darüber hinaus dezidierte Angaben zu Beschäftigtenanzahl, Anzahl der Arztsitze, zum Umfang der Versorgung, Rendite und Gewinnausschüttung sowie Immobilienbesitz machen.
Die sehr weitgehenden Berichtspflichten nur für ausgewählte Trägergesellschaften der ambulanten Gesundheitsversorgung, sind mit einem extrem hohen Bürokratieaufwand verbunden. Ein solcher Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz und die Auferlegung zusätzlicher Bürokratie für Betreiber von MVZ, insbesondere solchen mit Fremdkapitalbeteiligung, ist rechtfertigungsbedürftig.
Im Antrag rechtfertigt die Fraktion DIE LINKE die Eingriffe mit einer angeblichen akuten Gefährdung der ambulanten Versorgung durch MVZ mit Fremdkapitalbeteiligung. Im Verlauf des Antrags werden dafür aber keine empirischen Belege erbracht – im Gegenteil: es werden immer weitere Behauptungen vorgebracht, die sich gegen MVZ richten.
2. Richtig ist, dass MVZ einen wichtigen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich leisten. MVZ sichern gerade auch in ländlichen Räumen eine flächendeckende Versorgung der Patienten im Fachärzteebereich. Aus meiner beruflichen Erfahrung weiß ich, dass MVZ nicht nur in Städten wie München, Düsseldorf, Hannover, sondern auch Standorte wie in Bad Steben, Schleiz, Neustadt/Aisch und Groß Pankow – also in Typ 4- und 5-Regionen – die augenärztliche Versorgung sichern.
Aufgrund der demografischen Struktur suchen immer mehr Ärztinnen und Ärzte kurz vor dem Ruhestand eine Nachfolge für ihre Praxen, häufig ohne Erfolg. So warnte kürzlich der Vorsitzende der Freien Ärzteschaft, Wieland Dietrich, auf Grundlage der KBV-Praxisbörse vor dem einem sich verschärfenden Ärztemangel. Aus den Zahlen ergebe sich ein klares Bild: deutlich mehr Ärzte bieten ihre Praxis zum Verkauf an, als Ärzte eine Praxis suchen. Beispielsweise sei in Niedersachsen, Bayern und Hessen die Zahl der Bietenden etwa doppelt so hoch wie die der Suchenden. In Brandenburg und Nordrhein-Westfalen falle das Ungleichgewicht noch deutlicher aus (siehe Schütze-Brief 16/2020 vom 20. Februar 2020, S.15-16.).

Wesentlicher Grund sind die gewandelten Erwartungen der jungen Ärzteschaft an die ärztliche Berufsausübung. Eine freiberufliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt erscheint vielen heute wenig attraktiv. Gründe sind u.a. der hohe bürokratische Aufwand, Auflagen und Dokumentationspflichten, sowie einen höheren Stellenwert von Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch die Frage der Finanzierung der Übernahme spielt eine Rolle, insbesondere bei größeren Praxiseinheiten. Außerdem ist nicht zu übersehen, dass immer mehr junge Frauen den Arztberuf ergreifen, deren Lebensplanung sich deutlich von der früherer Ärztegenerationen unterscheidet (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>).

3. MVZ können diese Lücke in der ambulanten Gesundheitsversorgung kompensieren. Sie übernehmen (auch größere) Praxen, die keinen Nachfolger finden, investieren in eine moderne Ausstattung und Medizintechnik und betreiben diese mit angestellten Ärztinnen und Ärzten bzw. Vertragsärzten (als Teilgesellschafter) weiter. MVZ bieten Ärzten attraktive Arbeitszeitmodelle und Vergütungsformen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, eine Entlastung von Bürokratie durch ein *back-office* und darüber hinaus häufig auch attraktive *benefits*, etwa betriebliche Altersvorsorge, für alle Beschäftigten. Denn nicht nur für Ärzte, sondern auch für Medizinische Fachangestellte sind MVZs attraktive Arbeitgeber, die Tariflöhne und Arbeitsrechtregelungen einhalten.

Das Geschäftsmodell eines MVZ-Betreibers muss langfristig angelegt sein, wenn es Erfolg haben soll. Die Ertragsquelle eines MVZ ist eine hochwertige Gesundheitsversorgung ihrer Patienten. Dazu werden hohe Investitionskosten bei der Sanierung älterer Praxen, der Ausstattung mit moderner Medizintechnik, die Anwerbung und Qualifizierung von Ärzten und medizinischem Fachpersonal fällig, die sich durch das Vergütungssystem, an dem auch die MVZ teilnehmen, nicht kurzfristig amortisieren lassen. Der Vorwurf eines renditegetriebenen Geschäftsmodells auf Kosten der Versorgung, von Stellenstreichungen und Lohn-Dumping greifen im ambulanten Gesundheitsbereich ins Leere – das Gegenteil ist der Fall.

4. Auch der im Antrag vorgebrachte Vorwurf des „Rosinenpickens“ geht ins Leere. Ärzte in MVZs sind hinsichtlich der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten weisungsungebunden. Jeder Arzt wählt die beste Behandlungsmethode für den Patienten. Die kaufmännische Leitung, die Eigentümer oder Kapitalgeber haben auf die medizinische Versorgung der Patienten keinen Einfluss. Das ist auch gesetzlich vorgeschrieben und jedem Arzt arbeitsrechtlich zugesichert. Auch sind angestellte Geschäftsführer einem Compliance Regelwerk unterworfen, welches im freiberuflichen Arbeitsumfeld oft nicht einmal existiert.

Darüber hinaus kritisiert die Fraktion DIE LINKE, dass Beitragsmittel für „private Gewinne zweckentfremdet“ würden. Dabei verkennt sie offensichtlich die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems. Für niedergelassene Ärzte und MVZ gelten die gleichen Regeln und Vergütungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. In beiden Fällen wird dem Gesundheitssystem Beiträge für private Zwecke entzogen – das ist bei dem niedergelassenen Arzt genauso, wie beim MVZ. Beide müssen von der ärztlichen Tätigkeit die Kosten decken und davon leben können.

Niedergelassene Ärzte sind damit gleichzeitig auch immer Unternehmer. Sie müssen neben der medizinischen Versorgung auch darauf achten, dass ihre Praxis rentabel bleibt und Finanzmittel für die eigene Lebensführung, Altersvorsorge, etc. übrigbleiben. Es ist unredlich so zu tun, als spielten betriebswirtschaftliche Interessen bei niedergelassenen Ärzten, keine Rolle.

5. Anstatt über die Verbesserung von Versorgungsstrukturen zu diskutieren und welchen Beitrag MVZ und auch alternative Finanzierungen und Kapitalquellen dazu beitragen können, beinhaltet der Antrag leider nur ideologische Scheinargumente, um einzelne Teilnehmer von der ambulanten Gesundheitsversorgung auszuschließen. Ziel scheint ein rein staatlich organisiertes Gesundheitssystem zu sein. Ob ein solches Gesundheitssystem tatsächlich eine bessere Versorgung für die Patienten bedeutet, darf mit Blick in rein staatliche Gesundheitssysteme, etwa in Großbritannien, stark bezweifelt werden.

Wichtig ist es, die Diskussion auf die Versorgungsqualität und Strukturqualität im ambulanten Gesundheitssektor zu richten und über die Möglichkeiten diese zu gewährleisten bzw. auszubauen. Dazu ist aber ein fairer Zugang, unabhängig der Trägerstruktur notwendig.