



Wortprotokoll der 83. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 4. März 2020, 14:30 Uhr
Jakob-Kaiser-Haus, Saal 1 302,
Wilhelmstraße 68, 10117 Berlin

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen – Kommunale MVZ stärken

BT-Drucksache 19/17130

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Haushaltsausschuss

- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen

BT-Drucksache 19/14372

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Freudenstein, Dr. Astrid Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:39 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Einen schönen guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige. Wir entschuldigen uns ein bisschen dafür, dass wir an der Debatte über die aktuelle Situation der Auseinandersetzung mit dem Coronavirus nach der Regierungserklärung des Bundesministers für Gesundheit teilgenommen haben. Das hat etwas länger gedauert, als wir ursprünglich kalkuliert hatten. Ich bitte Sie sehr um Vergebung, dass wir die Sitzung deswegen etwas später beginnen. Ich soll Sie herzlich von Erwin Rüdell, dem Ausschussvorsitzenden, grüßen, der die Sitzung normalerweise geleitet hätte, aber durch eine gesundheitliche Unpässlichkeit dazu heute nicht in der Lage ist. Der stellvertretende Vorsitzende ist ebenfalls krank. Deswegen haben sich die Obleute darauf verständigt, dass ein schon etliche Dienstjahre auf dem Buckel habender Kollege die Sitzung leiten soll. Sehen Sie es mir nach, wenn das jetzt nicht so flüssig wie beim Ausschussvorsitzenden von der Hand geht. Aber das werden wir schon gemeinsam überstehen. Ich begrüße Sie herzlich zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und freue mich, dass der Parlamentarische Staatssekretär aus dem Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Thomas Gebhart, an meiner rechten Seite, von Ihnen aus links, Platz genommen hat. Ich begrüße auch die weiteren Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung sehr herzlich. Uns liegen heute zwei Anträge vor. Ein Antrag der Fraktion der AfD „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen – Kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stärken“ mit der Drucksachennummer 19/17130 sowie ein Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“ auf Drucksache 19/14372. Die Fraktion der AfD ist der Auffassung, dass die wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen aufgrund verschiedener Faktoren wie dem demografischen Wandel, veränderten Krankheitsbildern oder einer stetig ansteigenden Urbanisierung zunehmend vor großen Herausforderungen steht. Deshalb drohten ohne ein zielgerichtetes Gegensteuern erhebliche Versorgungslücken, soweit diese nicht bereits Lebenswirklichkeit seien. Die Fraktion möchte daher, dass die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesaus-

schuss und den Kassenärztlichen Vereinigungen den Versorgungs- und Finanzbedarf gezielt im Hinblick auf die mögliche Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren im ländlichem Raum ermittelt und prüft, ob und in welchem Umfang zur Deckung des ermittelten Finanzbedarfs aus dem Bundeshaushalt Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden könnten, um die Gründung von kommunalen MVZ finanziell zu unterstützen. Nach Darstellung der Fraktion DIE LINKE. werden die Versorgungsstrukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland zunehmend von internationalen Kapitalgesellschaften aufgekauft. Dadurch sei die ambulante Versorgung akut gefährdet. Dabei spielen Private-Equity-Gesellschaften eine große Rolle. Deren Geschäftsmodell bestehe darin, Unternehmen im Gesundheitssektor zu erwerben und nach wenigen Jahren mit möglichst großem Gewinn wieder zu verkaufen. Die Fraktion möchte daher ein möglichst weitgehendes öffentlich zugängliches Register der an der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren einführen. Ich freue mich auf die Diskussion dieser Themen mit unseren Sachverständigen. Bevor wir beginnen, ein paar Bemerkungen zum Ablauf der Sitzung. Wir haben insgesamt 90 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird also immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Sie können einen guten Beitrag dazu leisten, die Anhörung lebendig zu halten, wenn sie kurz antworten. Nach 90 Minuten ist die Anhörung zu Ende, egal wie viel Fragen und Antworten gestellt und beantwortet wurden. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge, so knapp es der Sache angemessen ist, zu halten. Bei der Beantwortung mögen Sie bitte die vor Ihnen stehenden Mikrofone benutzen und sich mit Ihrem Namen und Ihrer verbandlichen oder sonstigen Herkunft vorstellen. Das erleichtert die Protokollierung der Anhörung und die Zuschauerinnen und Zuschauer, die ich ebenfalls herzlich willkommen heiße, können Sie etwas einfacher den Verbänden und Institutionen zuordnen. Ganz ausdrücklich herzlichen Dank an die Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Jetzt noch ein Hinweis: Wir alle sind immer irgendwie elektronisch unterwegs. Ich



würde vorschlagen, dass Sie Ihre Mobiltelefone nochmal prüfen und ausschalten. Bei einem Klin- geln bitten wir Sie mit fünf Euro zur Kasse und las- sen dieses Geld einem guten Zweck zukommen. Ich weise daraufhin, dass die Anhörung digital aufge- zeichnet wird. Sie wird im Parlamentsfernsehen live übertragen. Außerdem können Sie die Anhö- rung später in der Mediathek des Deutschen Bun- destages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröf- fentlicht. Soweit die Formalien. Jetzt beginnen wir mit der Fraktion der CDU/CSU und das Wort hat Alexander Krauß.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Wir spre- chen viel über die Versorgungsqualität. Sind Ihnen Belege bekannt, dass die Versorgungsqualität in Medizinischen Versorgungszentren – vielleicht auch je nach Trägerstruktur – besser, schlechter oder genauso gut ist wie bei niedergelassenen Ärz- ten?

SV **Markus Rudolphi** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Frage ist, wie weit oder wie Versorgungsquali- tät gefasst wird. Wenn man unter Versorgungsqua- lität auch die damit einhergehende Möglichkeit der Einschränkung der Wahlfreiheit für die Patienten erfasst, dann sehen wir durchaus Hinweise. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Ent- wicklung im Gesundheitswesen 2018 ausgeführt, dass sowohl 2015 als auch im Jahr 2016 circa 90 Prozent der Neuzulassungen in Kernstädten bzw. in Ober- und Mittelzentren erfolgt sind, und 2016 nur 12 Prozent der Neuzulassungen in ländli- chen Regionen. Defizite in der Versorgungsqualität aufgrund ökonomisch motivierter Vorgaben der Träger mögen zwar derzeit wissenschaftlich noch nicht belegt sein. Aus unserer Sicht ist es proble- matisch, wenn Finanzinvestoren oder Pensions- fonds in Einrichtungen wie Medizinische Versor- gungszentren einsteigen und das dezidierte Ziel der Kapitalanlage und der Rendite im Hintergrund steht. Aus Sicht der Ärzteschaft gibt es Grund zur Sorge, dass dann Ärztinnen und Ärzte zur Erfül- lung von Renditeerwartungen und -zielen gedrängt werden, gezielt bestimmte medizinische Leistun- gen vorzunehmen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Susanne Müller. Medizinische Versorgungszentren folgen dem allge- meinen Trend, sich in Städten und Ballungsgebie- ten anzusiedeln. Der Gesetzgeber hat die Möglich- keit kommunaler MVZ geschaffen, um die Versor- gung in der Fläche zu verbessern. Das funktioniert noch nicht so richtig. Woran liegt das Ihrer Mei- nung nach?

ESve **Susanne Müller**: Ich würde gern erst die Ge- legenheit nutzen, auf die erste Teilfrage einzugehen und damit auf die Aussage von vorhin eingehen. Das ist gar keine Frage, dass MVZ in Ober- und Mittelzentren gegründet werden. Die Statistik zwei- felt niemand an. Es ist aber wichtig, zwei Dinge dazu zu sagen. Das Erste ist, dass bei dieser Zäh- lung grundsätzlich immer nur die Hauptbetriebs- stätten betrachtet werden. Ein MVZ hat eine Be- triebsstätten-Nummer. Alles, was Zweigstellen sind, und sehr viele MVZ gerade im ländlichen Raum oder das, was wir als solchen bezeichnen, haben sehr viele Zweigstellen, wird überhaupt nicht erfasst und gezählt. Nicht mal die KBV, Sie mögen mich korrigieren, Herr Dr. Gibis, ist in der Lage, zu sagen, wie viele das sind. Wir wissen, dass es ordentlich viele sind und dass sie bei der Be- trachtung der Stadt-Landversorgung nicht zu ver- nachlässigen sind. Die zweite Anmerkung zum Thema Ober- und Mittelzentren: Was häufig unter- geht, ist, dass diese Bezeichnung eine Raumord- nungskategorie vom Bundesamt für Stadt- und Raumordnung ist. So weit, so gut. Ländliche Räume nach dieser Strukturierung existieren in der alten Bundesrepublik nur an den Küsten Schles- wig-Holsteins und in Ost-Niedersachsen, in Meck- lenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Bran- denburg. In NRW finden Sie siedlungsstrukturell also keinen ländlichen Raum. Wenn die Statistiken danach gemessen werden, muss man das mitbe- rücksichtigen, weil diese Räume, die wir als Land bezeichnen, siedlungsstrukturell Räume mit ver- dichteter, städtischer Bevölkerung sind. Insofern muss man bei der Eins-zu-eins-Betrachtung dieser Bewertung – die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in dieser Statistik beziehen sich auf das BBSR (Bundesamt für Bauwesen und Raumord- nung, ehemals Bundesamt für Stadt- und Raumord- nung) von 2007, die Karten kann man sich angu- cken – berücksichtigen. Insgesamt ist es so, dass MVZ sehr wohl in Städten gegründet werden. Ein



Mittelzentrum ist aber das kleinstädtische Zentrum mit 5 000 Einwohnern. Das hat nichts mit dem zu tun, was wir als Stadt verstehen. Es müssen die verschiedenen Fachbegriffe, wie sie in den verschiedenen Professionen benutzt werden, die Stadtplaner verwenden den Begriff deutlich anders als wir in der Alltagssprache, berücksichtigt werden. Die Frage, Entschuldigung Frau Abg. Dittmar, ging zu den Kommunen. Da ist es genauso. Natürlich macht es auch keinen Sinn, mitten auf dem flachen Land ein MVZ mit vier Ärzten zu gründen, weil sich die Frage stellt, wie die Patienten dahin kommen sollen. Es wird also das kleinstädtische Zentrum im ländlichen Raum gewählt. Das ist sinnvoll und völlig in Ordnung. Da bestehen auch die besten ÖPNV-Verbindungen. Warum aber sind das bisher zwei Handvoll? Es gibt tatsächlich keine genaue Statistik darüber. Lassen Sie es drei Handvoll sein, die wirklich kommunale Gründungen sind. Das hat primär damit zu tun, dass, ganz banal, auch Kommunen sich keine Ärzte backen können. Was häufig bei dem Thema MVZ vergessen wird: Egal, wer Träger ist, jedes MVZ unterliegt wie jeder Vertragsarzt exakt denselben zulassungsrechtlichen und berufsrechtlichen Regelungen mit einigen kleineren, notwendigen Anpassungen, die aufgrund dieser Komplexität der Strukturen notwendig sind. Sie unterliegen zum Beispiel der Bedarfsplanung. Jetzt haben Sie das Problem, das historisch gewachsen ist, dass gerade in ländlichen Räumen oder das, was wir gemeinhin als ländliche Räume bezeichnen, häufig eine Überversorgung ausgewiesen wird. Das hat mit der Historie der Bedarfsplanung zu tun, nicht aber unbedingt mit der Versorgungsrealität. Das heißt, Kommunen, die sich engagieren wollen, stehen vor dem Problem, dass sie zuerst einmal Sitze kaufen müssen. Dann ist es so, dass Kommunen, die sich in der ambulanten Versorgung engagieren, häufig nicht die sind, denen es besonders gut geht. Das heißt, wir haben ein Finanzierungsproblem. Dazu kommt ein kommunalrechtliches Problem. Nicht zuletzt damit kann man einen ganzen Roman füllen, das ist klar. Es ist uns als BMVZ [Bundesverband Medizinische Versorgungszentren] wichtig, darauf hinzuweisen, dass das kommunale MVZ für den Bürgermeister oder den Landkreis unserer Ansicht nach die Ultima Ratio sein sollte, um ambulante Versorgung zu fördern oder die medizinische Infrastruktur zu unterstützen. Es gibt sehr viele Möglichkeiten davor. Wir haben eine ambu-

lante Regelversorgung in einem hochverrechtlichten, komplizierten Bereich, für den Kommunen normalerweise die Erfahrung fehlt. Wenn also, und das ist meistens noch so, Akteure vor Ort sind, Ärzte, das Krankenhaus, das kann auch der Apotheker, der Physiotherapeut sein, die Systemerfahrung haben, ist unsere Empfehlung an die Bürgermeister – die rufen zahlreich bei uns an –, setze dich mit diesen in Verbindung und guck, was du hast und wo du diese Akteure unterstützen kannst. Und dann denke darüber nach, ob ein kommunales MVZ sinnvoll ist. Ganz wichtig: Kommunale MVZ, das müssen wir immer wiederholen, eignen sich nicht zur parteipolitischen Profilierung. Das wird oft versucht, wenn man in diese Gemeinden ein bisschen hereinguckt. Das ist ein Thema, bei dem viel Aufklärung nötig ist. Insgesamt ist es also eine Mischung, Frau Abg. Dittmar, aus „es ist wahnsinnig kompliziert“ und „vielleicht ist es auch nicht der beste Weg“ für die Kommune, zumindest noch nicht der beste Weg, weil für die Kommune Alternativen bestehen, die ambulante Versorgung zu unterstützen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Zuerst, dieser Antrag zielt nicht auf eine Konkurrenz zwischen den Einzelpraxen, also den Selbstständigen und den MVZ. Das wird öfters diskutiert. Das ist es gerade nicht. Wir möchten das als Ergänzung haben. Die Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und damit an Prof. Esser. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass es durchaus sein kann, dass es im zahnmedizinischen Versorgungsbereich an fachlicher Expertise für die Gründung von MVZ fehle. Gleichzeitig weisen Sie darauf hin, dass zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Kommunen ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Warum wurde bisher in diesen Gesprächen die fachliche Expertise der Kommunen nicht hergestellt und warum sollte ein fachübergreifender Dialog, wie im Antrag gefordert, keinen Gewinn an Expertise gerade auch unter betriebswirtschaftlichen und juristischen Gesichtspunkten für die Gründung von kommunalen MVZ liefern können?

SV **Dr. Wolfgang Eßer** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich möchte klarstellen, ich bin kein Professor und habe auch nicht vor, das zu werden. Aber das nur zur Klarstellung. In Beant-



wortung der Frage: Wir haben versucht, aus unseren vielfältigen Dialogen mit den Kommunen, die die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) auf Landesebene mit den kommunalen Behörden führen, herauszufiltern, ob überhaupt ein Bedarf für kommunale zahnärztliche Versorgungszentren existiert. Der scheint nicht zu existieren. Es gibt bis heute lediglich in Brandenburg ein einziges kommunales MVZ und das wird von der Gesellschaft für Leben und Gesundheit (GLG) betrieben, einem sehr großen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Die GLG umfasst fünf Krankenhäuser, eine Fachklinik für Rehabilitation, MVZ mit Arzt und Facharztpraxen etc. Es scheint so zu sein, dass der Bedarf nicht da ist, weil wir, im Unterschied zur ärztlichen Versorgung, im zahnärztlichen Bereich bis heute weder auf Planungsbereichs- noch auf Mittelbereichsebene eine Unterversorgung oder einen Versorgungsbedarf besonderer Art nachweisen können. Zum anderen ist es wahrscheinlich sehr anspruchsvoll im Moment, die fachliche Expertise und die betriebswirtschaftliche Expertise für das Betreiben eines zahnärztlichen MVZ auf kommunaler Ebene zusätzlich zu den hohen Investitionskosten, die dadurch verursacht würden, bereitzustellen. Vor dem Hintergrund, dass versorgungsmäßig kein Bedarf da ist, erklärt sich die Frage soweit selbstredend.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Scheuplein. Wie entwickeln sich die Geschäftsaktivitäten der Private-Equity-Gesellschaften vergleichsweise in der ambulanten Versorgung, der Rehabilitation, der Pflege und den Krankenhäusern und welcher Versorgungsbereich ist am stärksten davon betroffen?

ESV **Dr. Christoph Scheuplein**: Der stärkste betroffene Bereich ist sicherlich der Pflegebereich, erstmal von der Zahl der Übernahmen her. Da haben wir ein Drittel der Übernahmen. Das ist aber auch beschäftigungsmäßig der größte Bereich. Ich würde das auf zwei Drittel aller Beschäftigten beziffern, die in diesen Unternehmen tätig sind und die übernommen werden. Der zweite Bereich ist die ambulante Patientenversorgung, auch mit einem Drittel der Übernahmen, aber mit einem viel kleineren Beschäftigungsanteil. Das restliche Drittel der Übernahmen verteilt sich auf Krankenhäuser

und den Reha-Bereich. Wobei zu den Krankenhäusern zu sagen ist: Während wir bei der Pflege und bei den MVZ, also der ambulanten Versorgung, Kettenbildungen haben, sind das im Krankenhausbereich eher Einzelübernahmen. Die Hälfte aller Übernahmen im Krankenhausbereich ist wiederum direkt mit der ambulanten Versorgung verbandelt. Das heißt, es interessiert den übernehmenden Investor gar nicht das Krankenhaus, sondern diese sind nur die Plattformen, um dann MVZ zu übernehmen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Nagel. Sie haben in Ihrer Stellungnahme im Sinne einer guten Patientenversorgung das Ziel formuliert, den Charakter des ärztlichen Berufes als freien Beruf mit entsprechender Eigenverantwortung und Therapiefreiheit in den Mittelpunkt zu stellen. Wie erreichen wir das?

ESV **Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel**: Ich denke, dass im Zusammenhang mit der Diskussion, die wir hier führen, wer letztendlich Betreiber oder Besitzer von ambulanten Versorgungszentren oder auch von Praxen ist, die Frage verbunden ist, welchen Auftrag diese haben. Es ist relativ klar, dass in der Selbstverwaltung, die sich in der Sozialversicherungstradition in Deutschland ausgebildet hat, eine starke Eigenverantwortlichkeit der betreffenden Berufsgruppen, sei es nun in der Pflege oder in der Ärzteschaft, vorliegt. Damit sind ganz spezifische Verantwortungen verbunden. Ich will dazu den ehemaligen Bundespräsident Johannes Rau auf dem Deutschen Ärztetag 2004 zitieren. „Ärzte sind wie Rechtsanwälte oder Architekten meist Freiberufler, aber sie unterscheiden sich nicht nur durch ihre Aufgaben von anderen freien Berufen. Sie beziehen einen Großteil ihres Einkommens aus der gesetzlichen Krankenversicherung, die von der Solidargemeinschaft der Versicherten getragen wird. Das gibt Sicherheit, das verpflichtet aber auch gegenüber der Solidargemeinschaft.“ Insofern ist relativ klar, dass im Hinblick auf die Pflichten des ärztlichen Berufes als für die Versorgung zuständig, also für die Daseinsversorgung zuständige Berufsgruppe, hier deutlich gemacht werden muss, welche Verantwortung ich auch für die Institution trage, die ich vertrete. In der Diskussion, die dieser Anhörung zu Grunde liegt, nämlich der Frage, ob



es Kapitalinteressen gibt, die dahinter stehen, kommt es zur einer klaren Einschränkung auf der einen Seite der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten und auf der anderen Seite der ärztlichen Therapiefreiheit. Dies ist nicht nur eine Idee oder Theorie, sondern da kann jeder oder können viele von denen, die heute hier sitzen, entsprechende Beispiele zitieren. Insofern auf ihre Frage, Frau Abg. Aschenberg-Dugnus. Der freie Beruf ist eine ganz wesentliche, strukturierende, ordnungspolitische Größe, die in jedem Fall dazu dient, die Daseinsvorsorge zu unterstützen.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Ich möchte gerne dem Einzelsachverständigen Dr. Scheuplein eine Frage stellen. Herr Dr. Scheuplein, Sie sprechen von einem neuen Akteurstyp. Uns wird, wenn wir die Problematik ansprechen, immer wieder entgegengehalten, es gebe kein schlechtes und kein gutes Geld. Wichtig sei allein die Versorgung und nicht die Eigentümerstruktur. Wie unterscheiden sich die Auswirkungen von Private-Equity-Investitionen im Vergleich zu anderen Organisationsformen?

ESV Dr. Christoph Scheuplein: In der Tat, den Hinweis, dass es kein schlechtes Geld gebe, das in den Gesundheitssektor hineinkommen könne, den erhält man häufig. Jetzt muss man aber zu den Private-Equity-Investoren sagen, diese finanzieren ihre Übernahmen häufig über Kredite. Nach der Übernahme wird ein größerer Teil der Kredite den übernommenen Gesellschaften übergewälzt. Das heißt, vom ersten Tag an stehen die Manager in dieser Gesellschaft unter dem Druck, diese Schulden wieder zurückzuzahlen. Das ist eine ganz bewusste Strategie, die da betrieben wird. Das heißt, zunächst können wir festhalten, es kommt weder gutes noch schlechtes Geld, sondern es kommen ein Stück weit Schulden auf den Gesundheitssektor zu. Ansonsten würde ich die Private-Equity-Investoren dadurch kennzeichnen, dass sie mit einem zeitbefristeten Modell arbeiten. Häufig folgt das schon daraus, dass sie über ihre Fonds das Kapital einsammeln. Die Fonds haben eine Laufzeit von zehn Jahren. Die übernommenen Unternehmen, in Deutschland zu mindestens, werden etwa fünf bis sechs Jahre gehalten und das heißt, in diesen fünf bis sechs Jahren gibt es einen hohen Verkaufsdruck für die Private-Equity-Manager und die über-

nommenen Unternehmen. Dann würde ich darauf hinweisen, dass die Finanzinvestoren natürlich primär finanzielle Interessen haben. Ich finde es völlig richtig, dass gesagt wird, auch Ärzte können finanzielle Interessen haben. Aber ich glaube, es ist eine relativ gesicherte Erkenntnis der Professionsforschung, dass Leute, die eine lange Ausbildung haben und berufliches Ethos ausbilden, sich damit auch bewegen. Hier sehe ich ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen Arzt und Finanzmanager, der natürlich auch einen Berufsethos hat, den er ausüben darf. Der letzte Aspekt in Bezug auf die Private-Equity-Gesellschaften ist meines Erachtens, dass das, was die können, nicht nur eine spezifische Expertise ist, die sie in das Gesundheitssystem mit hineinbringen. Die können in allen Branchen etwas übernehmen. Was sie mitbringen, ist eine hohe Kenntnis über Akquisitionen und über finanzwirtschaftliche Optimierung. Wenn der Gesetzgeber möchte, dass sie das machen, dann werden sie das auch tun. Wir werden also stark wachsende Facharztketten erleben, die im Sinne der Eigentümer dieser Ketten finanzwirtschaftlich optimiert sind.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Müller vom BMVZ. Was ist aus Ihrer Sicht die zentrale Stärke Medizinischer Versorgungszentren und welche Anreize können gesetzt werden, um durch verschiedene Akteure stärkere Investitionen in kooperative und integrative Versorgungsmodelle zu erzielen? Ganz konkret, wie lassen sich gezielt genossenschaftliche Trägerlösungen fördern?

ESVe Susanne Müller: Auch hier zur Klarstellung, den Doktor maße ich mir nicht an, nur für das Protokoll. Das, was MVZ seit 2004 für die gesamte ambulante Versorgung Positives bringen, und nicht nur für den Teil, den sie selber machen, sondern auch für die Ärzte und für die Strukturen danach, ist, dass sie Türöffner für eine unglaubliche Gestaltungsvielfalt sind. Das wurde, um bei dem Beispiel Anstellung zu bleiben, 2007, nachdem es 2004 für die MVZ eingeführt wurde, auf die Gemeinschaftspraxen übertragen, mit entsprechenden Entwicklungen. Wir haben heute mehr angestellte Ärzte in den Gemeinschaftspraxen als in den MVZ. Das kann man auch für andere Entwicklungen



nachzeichnen. Das ist sicherlich kein Verdienst der MVZ, weil sie zufällig da drin stehen. Mit den MVZ ist aber ein sehr großer Gestaltungsspielraum ins Zulassungsrecht oder in die ambulante Versorgung gekommen. Dieser ermöglicht es, das klingt vielleicht banal, für lokale oder örtliche Problemlagen auch die lokal oder örtlich spezifisch beste Lösung zu finden. Wir sind weit davon entfernt zu sagen, überall muss ein MVZ hin. Genauso wie nicht überall ein Einzelarzt sinnvoll ist. Aber diese Strukturvielfalt, die sich, seit die MVZ 2004 implementiert wurden, entwickelt, und mit jeder Gesetzgebung wieder ein Stück mehr entwickelt hat, trägt dazu bei, dass Akteure, oft sind das auch lokale Akteure, wenn man von der Gruppe, die heute besonders im Fokus steht absieht, sehr, sehr viele kleine, kleinteilige Einzellösungen für eine Region entwickelt haben. Bis 2012 war das der örtliche Physiotherapeut oder der örtliche Apotheker, der gesagt hat: „Ich muss die Ärzte halten. Ich bin mit meinem Ort verwurzelt. Ich mache ein MVZ.“ Durch den Gesetzgeber ist die Möglichkeit, dass alle Leistungserbringer gründen dürfen, mit dem Ziel gestrichen worden, Fremdkapital in der Versorgung zu verhindern. Das ist, das darf ich so salopp sagen, grandios gescheitert. Deshalb wollen wir als Verband die Frage einstreuen, ob nicht diese Trägervielfalt zurückzudrehen ist, um wieder lokale Lösungen zu ermöglichen, ob das nicht eine Idee für den Gesetzgeber wäre. Wir wären sehr dafür und haben das auch konsequent vertreten. Diese Vielfalt und Pluralität, die dadurch entsteht, solange sie nicht in ein Monopol kippt, das auch immer örtlich sein kann, das muss völlig klar sein, da haben Dr. Scheuplein und Herr Prof. Dr. Nagel völlig Recht, ist definitiv ein Mehrwert für sich. Sie fragten, Frau Dr. Kappert-Gonther, was man tun kann, damit es mehr genossenschaftliche Lösungen gibt. Die Rechtsform ist 2015 in das SGB [Sozialgesetzbuch] V hinein gekommen mit dem Gedanken, es Ärzten zu erleichtern, alternative Gründungsformen zu finden. Das gilt übrigens auch für Kommunen oder kommunale Gründungen. Beide gibt es nur in sehr kleiner Zahl. Das heißt, jeder Gründer, jeder Arzt oder jede Kommune, die vorhat, sich damit zu befassen, begibt sich auf Neuland. Das ist unglaublich anstrengend. Es gibt allein deshalb Barrieren, weil es noch nie gemacht wurde, oder in der KV noch nie gemacht wurde und erstmal ein Abwehrreflex da ist. Das ist ein zusätzlicher Komplexitätsgrad. Das heißt, wollte man diesen beiden Gruppen, also Ärzten, die Genossenschaften gründen, oder

Kommunen, die ein MVZ gründen, das erleichtern, würden ein paar Klarstellungen gesetzlicher oder normativer Natur helfen. Genossenschaften, das weiß jeder, der sich ein bisschen mit dem entsprechenden Wirtschaftsrecht befasst, sind nicht die am leichtesten zu führende Rechtsform, gerade für so eine Struktur wie die ambulante Versorgung, weil Genossenschaften per Definition basisdemokratisch sind. Das ist sehr anstrengend. Wenn es darum gehen soll, den nichtärztlichen Trägern eine stabile ärztliche Form gegenüber zu setzen, würden wir als BMVZ definitiv nicht für die Genossenschaft plädieren, weil sie nicht unbedingt stabil ist. Eine Anregung an den Gesetzgeber ist zu überlegen, im SGB V den Trägerkreis, das ist ins Unreine gesprochen, auf ärztliche Managementgesellschaften, die ähnlich wie beim Krankenhaus eine dauerhafte Trägereigenschaft für Ärzte ermöglichen, zu erweitern. Wir haben das Problem, dass der Arzt nur ein MVZ haben kann, solange er selbst Vertragsarzt, also in der Versorgung tätig ist. Das ist ein berechenbarer Break-Even. Dann muss er verkaufen oder weitergeben. Wenn er bis dahin zehnmal ein MVZ gegründet hat, was er mit seiner Persönlichkeit schmeißt, wem soll er es denn übergeben? Den jungen Ärzten, die sich nicht trauen, eine Einzelpraxis zu übernehmen? Es bleibt also im System nur der Verkauf oder die Weitergabe an eine größere Struktur, sei es das Krankenhaus oder ein Investor. Wenn Sie das, aus welcher Motivation heraus auch immer, nicht sympathisch finden, wäre ein zweiter Weg, statt bei den Investoren, und das wird sicherlich noch gut begründet werden, den restriktiven Hebel anzusetzen, zu sagen: „Ich stärke die Ärzteseite, indem ich eine trägerstabile Alternative schaffe, zum Beispiel durch ärztliche Managementgesellschaften, die an die Bedingung gekoppelt sind, dass nur Ärzte Gesellschafter sein können.“ Irgend so etwas, was die Trägereigenschaft für den einzelnen Arzt verstetigt und damit von der Lebensdauer der einzelnen Vertragsarztzulassung entkoppelt. Das ist ein Problem, dass es so etwas auf ärztlicher Seite nicht gibt und dass da immer ein Endpunkt ist, den Krankenhäuser oder große andere nichtärztliche Träger nicht haben.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Reiners. Woher kommt Ihrer Meinung nach das Interesse von internationalen Investoren an MVZ's, Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeheimen in Deutschland?



ESV Hartmut Reiners: Die Frage ist relativ einfach zu beantworten. Zum einen ist Ihnen bekannt, dass eine unglaubliche Menge an anlagensuchendem Geldvermögen unterwegs ist und das zweite ist, dass das Gesundheitswesen ein krisenfester Wirtschaftszweig ist, der Interessen weckt, dort zu investieren. Hinzu kommt, dass auf Seiten der Ärzteschaft die Bereitschaft wächst, die Praxen an solche Einrichtungen zu verkaufen, weil es angesichts der Entwicklung innerhalb des Arztberufes immer schwieriger wird, die Arztpraxis beim Gang in den Ruhestand zu verkaufen. Das war früher anders und gehört jetzt zum Pensionsmodell von Ärzten. Das wird immer schwieriger. Das sind Geschäftsfelder, in die solche Privatanleger einsteigen und versuchen, diese Praxen aufzukaufen. Es gibt aber auch andere Wege, die von einigen kassenärztlichen Vereinigungen gegangen werden, etwa in Brandenburg. Dort kaufen sie selber diese Praxen auf und machen daraus Eigenversorgungsbetriebe. Es gibt durchaus Möglichkeiten, das Problem anzugehen. Es gibt aber vor allen Dingen zu viel an anlagensuchendem Kapital und das Gesundheitswesen ist ein krisenfester Bereich. Insofern ist das eine ähnliche Entwicklung wie in der Wohnungswirtschaft.

Abg. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Sie Herr Dr. Eßer als Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Wie sehen Sie die Entwicklung zahnärztlicher MVZ seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), insbesondere vor dem Hintergrund der Zielsetzung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung auch im ländlichen Raum?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich darf zur Klarstellung sagen, dass wir in der langen Diskussion, die wir seit 2015 miteinander führen, inzwischen gelernt haben, dass es zwischen vertragszahnärztlicher und ärztlicher Versorgung sehr gravierende Unterschiede gibt. Ich nenne zwei Beispiele. Bei uns gibt es keine Bedarfszulassung und das Honorierungssystem der Zahnärzte ist völlig anders als bei den Ärzten. Bei uns sind in großen Leistungsbereichen vom Gesetzgeber private Zuzahlungen geregelt, so dass das Interesse von Investoren bei uns, im rein vertragszahnärztlichen Bereich, was die Rendite-

Orientierung betrifft, zwar abgebildet und nachlesbar ist, sich aber wahrscheinlich viel stärker im privatärztlichen Bereich der Zuzahlungen abbildet. Zu Ihrer Frage, Frau Abg. Prof. Dr. Schmidtke. Ich sage Ihnen ein paar Zahlen. Wir haben grundsätzlich seit 2015 nach wie vor einen rasanten Anstieg an MVZ und auch an investorengetragenen MVZ. Inzwischen sind wir bei etwa 1 000 rein zahnmedizinischen Versorgungszentren. Auch nach dem TSVG Mitte 2019 ist der Wachstumstrend hier vollkommen ungebrochen. Im Investorenbereich, der hier einen großen Beitrag leistet, sind wir heute soweit, dass wir bei etwa 200 investorengetragenen MVZ angekommen sind. Der Anteil der investorengetragenen MVZ am MVZ-Markt beträgt inzwischen insgesamt 23 Prozent. Hier gibt es also ein ungebrochenes Wachstum trotz TSVG, für das wir auch im Nachhinein immer noch sehr, sehr dankbar sind. Wir sehen eine sehr, sehr rasante Entwicklung. Was für uns im Unterschied zu den Ausführungen von Frau Müller nachweislich darstellbar ist, ist die Tatsache, dass sich die investorengetragenen MVZ nur zu sieben Prozent in ländlichen und strukturschwachen Bereichen engagieren. Interessant wird der Faktor nämlich, wenn man nicht nur nach der Raum- und Städteverordnung schaut, sondern wenn man das mit dem Medianeinkommen vergleicht. Dort, wo keine urbanen Bereiche sind und ein niedriges Medianeinkommen ist, ist das Risiko der Unterversorgung evident. Genau hier leisten investorengetragene MVZ keinen Beitrag zur Versorgungssicherung. Wir haben inzwischen, Frau Prof. Dr. Schmidtke, elf Investoren im Markt identifizieren können, von denen neun Private-Equity-Gesellschaften und zwei Family Offices sind. Die verfügen, nach unseren Recherchen, insgesamt über ein Investitionsvolumen von 94 Milliarden Euro. In den 200 investorengetragenen MVZ versuchen wir als KZBV von Anfang an, mit enormem Aufwand die verschachtelten Eigentümerstrukturen aufzudecken, was praktisch unmöglich ist. Die vorhandenen Register, wir sagen Fremddregister, Handelsregister, Partnerschaftsregister etc. geben uns keinen Aufschluss über die tatsächlichen Eigentümerstrukturen. Die sind teilweise in acht Strukturen miteinander verschachtelt. Ich sage immer zum Spaß, unsere Lizenzen, die wir bei Datenbanken gekauft haben, um etwas mehr Transparenz zu bekommen, enden spätestens vor den Cayman Inseln und dann gucken wir nicht mehr weiter. Wir sind uns alle einig, dass in dem



solidarisch finanzierten Gesundheitswesen die Menschen, die versorgt werden, einen Anspruch darauf haben zu wissen, wem die Praxis gehört, von der sie versorgt werden. Vielleicht reicht das als erste Antwort aus.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Stauch-Eckmann. Ist aus Ihrer Sicht derzeit ausreichend sichergestellt, dass ökonomische Interessen keinerlei Einfluss auf ärztliche Therapieentscheidungen haben?

ESVe **Sibylle Stauch-Eckmann**: Es ist nicht nur meine subjektive Sicht, sondern ganz objektiv, dass ökonomische Interessen einen Arzt nicht in seiner Therapiewahl einschränken dürfen oder er sich danach richten muss. Das Vertragsarztrecht schreibt allen in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten und Trägern vor, dass die Therapiefreiheit des Arztes zu wahren ist. Insofern findet sich das auch in den Arbeitsverträgen wieder. Lassen Sie mich zum Berufsethos eines angestellten Geschäftsführers mit wirtschaftlichem Hintergrund kommen. Ich für mich glaube jedenfalls, und das sind die Grundsätze eines ehrbaren Kaufmanns, dass Wirtschaftlichkeit und Qualität zusammen gehören. Insofern ist es die ärztliche Dienstleistung, die Ausschlag gibt und gerade da Qualität und Transparenz erfordert und daran gemessen werden sollte. Vielleicht interessiert sich ein Patient auch für Eigentümerstrukturen, aber in erster Linie interessiert er sich für die medizinische Qualität. Die ist wichtig.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Christoph Scheuplein. Sie haben vorhin schon erwähnt, dass Sie nicht nur die Aktivitäten von Private-Equity-Unternehmen im Bereich der MVZ, sondern auch in der Pflege untersucht haben. Wie schätzen Sie die Situation dort ein und wie bewerten Sie die Position der SPD-Fraktion, dass Renditen im Bereich der Pflege rechtlich begrenzt werden müssen?

ESV **Dr. Christoph Scheuplein**: Ich hatte schon ausgeführt, dass der Pflegebereich der am stärksten betroffene Bereich ist und wir hier einen gezielten und dynamischen Aufbau von Pflegeketten feststellen können. Das sind Pflegedienste, manchmal auch in Kombination miteinander, die bereits ganz

erhebliche Marktanteile gewonnen haben. Ich würde die Position der SPD-Fraktion, die Renditen dort zu begrenzen, als einen sinnvollen Vorschlag ansehen, weil es letztlich um Beiträge einer gesetzlichen Versicherung geht. Von daher würde ich das unterstützen.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herrn Dr. Gibis. Sie schreiben, dass die Gründung von kommunalen MVZ zu begrüßen ist, wenn der Eigenbetrieb von MVZ durch Kommunen auf diejenigen Fälle gerichtet ist, in denen die Kommunen mit dem Ziel einer spezifischen Standortpolitik zusätzliche Versorgungsangebote investiv unterstützen und sich entsprechend einbringen wollen. Sind Ihnen diesbezüglich Vorhaben von Kommunen bekannt und wäre eine wirtschaftliche Unterstützung in Form einer Bundesförderung begrüßenswert?

SV **Dr. Bernhard Gibis** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Kommunen können nicht nur MVZ gründen, sie können auch Eigeneinrichtungen betreiben. Viele Kommunen betreiben MVZ im Wege ihrer kommunalen Krankenhäuser und haben damit von der Gelegenheit schon Gebrauch gemacht. Insgesamt haben wir den Eindruck, dass die Kommunen untereinander in einem erheblichen Standortwettbewerb stehen. Da geht es um Arbeitsplätze, da geht es um Attraktivität von Regionen. Wir sind der Auffassung, dass man in einem Landesplan, in einem Bedarfsplan festlegen sollte, wie die ärztliche Verteilung sein sollte und dies nicht dem Kommunalwettbewerb überlassen sollte. Wenn eine Kommune der Auffassung ist, dass sie eine solche Versorgung braucht, wären wir der Auffassung, es sollten auch investive Unterstützungen geleistet werden, aber dann durch die Kommune und nicht aus der Solidargemeinschaft. Das Problem der Kirchturmpolitik ist gerade bei der Gesundheitsversorgung sehr evident geworden. Diesen Wettbewerb würden wir ungerne anheizen.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Ich möchte meine Frage gern an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Schayan-Araghi richten. Ich hatte eingangs schon die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Qualität und Trägerstruktur gestellt. Ich hatte von der Bundesärztekammer in dem



Zusammenhang keine Belege gehört, sondern nur Sorgen. Mich würde Ihre Meinung zu dem Thema interessieren. Insbesondere habe ich bei der Diskussion noch nicht verstanden, wieso ein angestellter Arzt ein höheres Kapitalinteresse haben sollte und deswegen nicht nach Qualitätsgesichtspunkten behandelt, während ein niedergelassener Arzt, zum Beispiel ein Zahnarzt, der in den Mund reinschaut, genau sieht, was er abrechnen kann. Ein angestellter Arzt soll ein höheres Kapitalinteresse haben, obwohl er ein Angestelltenverhältnis hat und sein Monatsgehalt immer gleich ist. Das habe ich noch nicht verstanden. Vielleicht können Sie mir aus der Sicht der Praxis erläutern, wie Sie die Sache sehen.

ESV Dr. Kaweh Schayan-Araghi: Wir haben eine ganze Reihe von angestellten Ärzten und ich kann das bestätigen, was Sie sagen, Herr Krauß. Unsere Ärzte interessieren sich überhaupt nicht für die wirtschaftlichen Belange, sonst hätten sie sich selbstständig gemacht. Das wollen sie explizit nicht, sich darum und um andere nichtärztliche Tätigkeiten kümmern zu müssen, sondern sie wollen ärztlich tätig sein. Es ist ganz wichtig, dass die junge Generation sehr häufig nicht mehr in diesem Arbeitsumfang zur Verfügung steht, wie das meine älteren Kollegen und ich getan haben. Deswegen geben wir ihnen die Möglichkeit, sich auf die rein ärztliche Tätigkeit zu konzentrieren. Unsere Ärzte wollen explizit nichts von Abrechnungen wissen. Das interessiert sie nicht. Wir stehen in einem gigantischen Wettbewerb um Fachärzte. Wenn ich einem angestellten Arzt sagen würde: „Sieh mal zu, mach doch mal eine Operation, die nicht zwingend notwendig ist“, würde er schreiend weglaufen. Unsere Mitarbeiter werden monatlich von Hunderten angerufen, um sie abzuwerben. Das ist völlig unmöglich, selbst wenn ich es wollte. Außerdem ist, wie Frau Stauch-Eckmann sagte, in Arbeitsverträgen festgeschrieben, dass die Ärzte weisungsunabhängig sind und auch Herr Spahn hat bei der letzten Anhörung gesagt, dass auch unsere Ärzte Freiberufler sind. Sie sind nur nicht selbstständig, aber sie sind dem ärztlichen Ethos verpflichtet und fühlen das auch so und würden sich gar nicht dazu hergeben, etwas anderes zu tun.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, an Herrn Dr. Eßer.

Wir haben gerade von Ihnen gehört, dass auch nach der im TSVG geschaffenen Quotenregelung der Trend zu Fremdinvestoren ungebremst ist. Meine Frage lautet: Wie müssten die Regelungen weiterentwickelt werden, um den Einfluss von Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung einzudämmen und um eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung auch im ländlichen Raum zu gewährleisten?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Gestatten Sie mir eine Ergänzung zur letzten Frage. Im zahnärztlichen Bereich häufen sich die Klagen von angestellten Zahnärzten über enormen betriebswirtschaftlichen Druck, der über Eigentümerstrukturen auf sie ausgeübt wird. Das geht vom abendlichen Rapport zu der Höhe des täglichen zahnärztlichen Honorarumsatzes, Herr Krauß, bis hin zu der Belehrung, dass in einer bestimmten Situation der Erhalt eines oberen Backzahnes unwirtschaftlich ist, und die Ex-traktion mit der nachfolgenden Implantation für das Unternehmen der wirtschaftlichere Teil der Therapie wäre. Insofern sage ich mit aller Deutlichkeit, Papier ist geduldig, was in den Verträgen steht und was die Wirklichkeit in der Praxis ist. Ich beziehe das nur auf den Bereich, den ich überschauen kann und das ist der zahnärztliche Bereich. Da sieht es teilweise ganz anders aus. Zu Ihrer Frage, Frau Abg. Aschenberg-Dugnus, wir haben in der Diskussion im Umfeld des TSVG immer zwei Dinge sehr deutlich gemacht und nach vorne gestellt. Das waren die Schaffung von Transparenz, die notwendig ist, und die Begrenzung von Gründungseigenschaften von Krankenhäusern auf einen räumlichen und einen fachlichen Bezug. Ich bin seit fast 20 Jahren auf der Bundesebene verantwortlich für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung und ich finde bis heute keinen Grund dafür, warum einem Investor über den Erwerb eines kleinen maroden Krankenhauses, das sich auf Endoprothetik spezialisiert hat, die Möglichkeit geschaffen wird, am Tegernsee MVZ-Ketten zu gründen. Da fehlt sowohl der fachliche als auch der räumliche Bezug. Ich habe es bis heute nicht verstanden. Insofern halten wir diese Forderung nach wie vor aufrecht. Ich will an diesem Punkt auch ein Wort zu dem Antrag der Linken sagen. Wir halten die Ausformulierung der Anforderung für viel zu bürokratisch und würden sie auch nicht unterstützen. Sicherstellung muss von der Selbstverwaltung



geleistet werden. Da gibt es vom Gesetzgeber ganz klare Zuordnungen. Das sollte also in der Hand der KZVen bleiben, die die Zulassungen betreiben. Der Zahnarzt als natürliche Person muss sich, bevor er eine Zulassung bekommt, einer sehr umfangreichen Überprüfung unterziehen. Der muss ein polizeiliches Führungszeugnis vorlegen, der muss nachweisen, dass er weder alkohol- noch drogenabhängig ist, dass keine Straftaten vorliegen etc. Beim MVZ schauen wir in eine absolute Black Box. Wir wissen gar nichts darüber. Wir wissen etwas über den zahnärztlichen Direktor, aber über die anderen Strukturen gar nichts. Insofern sind wir grundsätzlich der Meinung, dass wir in diesem Bereich mehr Transparenz brauchen und raten dringend dazu, ähnlich wie ein Zulassungsregister auf KZV-Ebene ein Register für MVZ angelehnt an die Strukturen des Zulassungsregisters einzurichten, um hier mehr Transparenz zu schaffen.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Ich würde gerne an die Bundesärztekammer eine Frage richten. Herr Rudolphi, sehen Sie einen Konflikt zwischen den berufsethischen Pflichten der Ärztinnen und Ärzte und dem wirtschaftlichen Rentabilitätsziel und dem Druck, dieses auch umzusetzen, insbesondere mit Blick auf Private-Equity? Sehen Sie die Notwendigkeit, unabhängig von der Ausgestaltung, Transparenz über die MVZ-Trägerschaften herzustellen? Welche weiteren Forderungen haben Sie noch an den Bundestag, die über diese beiden Aspekte hinausgehen?

SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Der Vorsitzende möge mir verzeihen, wenn ich eine Minute länger benötige. Das war eine sehr umfassende Frage. Das Thema Transparenz ist wahrscheinlich eines der entscheidenden bei dieser Thematik. Ich kann die Ausführung vom Kollegen Dr. Eßer nur unterstützen. In diesem Fall wird das Thema Transparenz notwendig, um für die Kolleginnen und Kollegen, aber auch für den jeweiligen Patienten die notwendigen Informationen bereitzustellen, wer der Versorger gegenüber ist. Das hat eine hohe Relevanz. Der entscheidende Punkt in dieser Diskussion ist das Thema Dynamik. Wir haben das in den Jahren 2005 bis 2007 schon einmal erlebt, wo eine hohe Privatisierungswelle im Bereich der Kliniken stattfand. Was wir jetzt seit 2015 verzeichnen, ist eine deutlich wachsende Dynamik

im Bereich der investiven Tätigkeiten bestimmter Investoren. Wenn wir vor einer Woche in einem renommierten Hotel dieser Stadt zusammen gesessen hätten, dann wären Sie Teilnehmer eines Kongresses mit dem Namen „Super Return“ gewesen. Genau die Interessenten, um die es heute geht, haben sich da zusammen gefunden. Diese Dynamik, die sich seit zwei, drei Jahren so intensiv abzeichnet, die Herr Kollege Dr. Eßer eben ausgeführt hat, ist etwas, was einen gewissen Handlungsbedarf im Bereich der Transparenz auslöst. Man muss darauf hinweisen, dass wir es mit Interessenten zu tun haben, die in dieser Form im Gesundheitswesen noch nicht aktiv waren. Wir haben es mit Interessenten zu tun, die im Moment das Problem selbst beschreiben – aktuelle Studie eines renommierten Beratungsunternehmens in der Republik Ende Februar –, dass wir es mit Volumina zu tun haben, die wir in diesem System gar nicht kennen. Es ist eben schon skizziert worden, weltweit 4 Billionen Dollar. Der Hintergrund ist, dass aufgrund der Wirtschaftssituation und der Zinssituation diese betreffenden Interessenten selbst zu verstehen geben, laut einer Befragung von 20 500 entsprechenden Teilnehmern, dass neben dem klassischen Bereich der Digitalisierung in den nächsten Monaten und Jahren die Bereiche Gesundheit und Pharma ganz oben auf der Agenda stehen. Also nicht die Bereiche Logistik, Finanzdienstleistung, Maschinenbau, Energie und so weiter, sondern dieser Bereich steht ganz oben auf der Agenda. Hintergrund ist, dass aufgrund der wirtschaftlichen Konstellation, und Sie kommen gerade aus einer Regierungserklärung, wo eine gewisse Dynamik und Modulation von Dynamik Thema war, diese Szenarien sichere Möglichkeiten suchen. Unter anderem steht neben dem Bereich der Technologie das Thema Gesundheitswesen ganz klar oben auf der Agenda und insofern ist die Frage, wie man den Zeitfaktor zur Schaffung dieser Transparenz richtig legt. Wir haben im DRG (Diagnosis Related Groups)-System gesehen, dass wir selbst in 15 Jahren mit Begleitforschung und mit weiteren Studien nur sehr bedingt die Unterschiede in den Versorgungsqualitäten zwischen verschiedenen Trägergruppen darlegen konnten. Das Problem, das hier kommt, ist, dass die Dynamik, die jetzt ausgelöst wird, und das Interesse von Gruppen, die im Moment im SGB V-Bereich noch nicht unterwegs gewesen sind, relativ hoch einzuschätzen ist. Wie gesagt, die Runde, die in der letzten Woche international angelegt war, zeigt ganz



klar, dass das Gesundheitswesens ganz oben im Zielbereich steht. Insofern stellt sich die Frage, wie wird das auf die Dauer mit der Wahlfreiheit des Patienten sein, wie werden sich Kolleginnen und Kollegen über den Träger einer Institution informieren können und wie weit werden Maßnahmen der Konsolidierung gehen, sodass sie demnächst, wie wir es teilweise im Kammerbereich Nordrhein beobachten, in bestimmten Fachbereichen mit beginnenden Oligopolen zu tun haben. Insofern, ja, wir sehen einen Bedarf an Transparenz. Wir sehen den Bedarf, dass hier relativ zeitnah entsprechende Regulierungen oder Maßnahmen im Sinne der Öffnung eines Registers gegeben werden. Lassen sie mich abschließend sagen, wir sind angesichts dieser Entwicklung der Meinung, dass auch weitergehende Maßnahmen zur Diskussion stehen sollten. Sie alle wissen, dass das nicht nur den ambulanten Bereich betrifft. Sie wissen alle, dass das Thema Kommerzialisierung die Ärzteschaft auch in den Kliniken ganz massiv seit Monaten, wenn nicht Jahren, umtreibt. Der Ärztetag hat sich wiederholt damit befasst und wir glauben, dass zum Beispiel die Größe der MVZ und der Versorgungsumfang auf ein sinnvolles Maß begrenzt werden muss. Ich werde das jetzt nicht detailliert ausführen. Wir haben in der Stellungnahme geschrieben, dass es durchaus sinnvoll ist, zu diesem Zeitpunkt darüber nachzudenken, ob wir nicht Anstellungsgrenzen für den MVZ-Bereich, vergleichbar dem zahnärztlichen Bereich, überlegen sollten und ob wir gemeinsam etwas dezidiierter diskutieren sollten, wie insgesamt eine marktbeherrschende Konstellation vermieden werden kann. Denn eines muss ganz klar sein. Der Weg zurück wird sehr schwierig, wenn die Marktaufteilung geschehen ist.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an Herrn Dr. Christoph Scheuplein und greift das Stichwort Transparenz auf. DIE LINKE fordert in ihrem Antrag ein Transparenzregister, das unweigerlich mit einem erhöhten bürokratischen Aufwand verbunden wäre. Wären aus Ihrer Sicht Alternativen denkbar, mit denen Transparenz über die Beteiligung von Private-Equity-Gesellschaften an Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ausreichend hergestellt werden könnte?

ESV Dr. Christoph Scheuplein: Grundsätzlich möchte ich sagen, dass, wenn wir ein Transparenzregister herstellen möchten, ein gewisser büro-

kratischer Aufwand wahrscheinlich notwendig ist, denn es gibt eine Intransparenz in den Strukturen, die sehr bewusst hergestellt wird und die bestimmte Ziele hat. Jetzt zu der Frage im Einzelnen: Der Antrag der Linken zielt darauf, das MVZ in den Mittelpunkt zu stellen. Die sollen die Aussagen für das Transparenzregister machen. Da habe ich meine Zweifel, dass die MVZ dazu aussagefähig sind, weil wir eine sehr komplexe Struktur haben. Herr Dr. Eßer hat das eben schon angedeutet. Das geht von der Private-Equity-Gesellschaft, die in einem ganz anderen Land sitzen kann, bis zu einem Fonds, der ganz sicher in einem weiteren, anderen Land ist, über diverse Zwischengesellschaften, einer Erwerbsgesellschaft, das Krankenhaus und schließlich das MVZ. Wenn das MVZ gefragt wird: „Wem gehörst du?“, wäre es ganz legitim, wenn es sagt: „Ich gehöre einem bestimmten Krankenhaus, aber alles andere weiß ich nicht.“ Deshalb fände ich es pragmatischer, wir stellen diese Facharztkette als Ganzes in den Mittelpunkt. Bis Mitte 2019 gab es 30 Facharztketten. Mag sein, dass es inzwischen schon einige mehr sind, aber es ist eine überschaubare Zahl. Da würde man sich dransetzen, deren Struktur zu untersuchen und dann käme dem einzelnen MVZ nur noch die Aufgabe zu, zuzuordnen, zu welchem Krankenhaus es gehört. Alles andere wüsste man dann. Das hätte insbesondere den Vorteil, wenn weitere Informationen erhoben werden sollen, die zum Beispiel in Richtung Rendite gehen, dass dann das MVZ dazu wahrscheinlich noch gar keine sinnvollen Aussagen machen könnte, denn die komplexen Strukturen dienen zum Beispiel dazu, steuerminimierend zu wirken. Das heißt, sie könnten nur auf der Ebene der gesamten Facharztkette dargestellt werden. Mein Plädoyer wäre, diese Struktur in den Mittelpunkt zu stellen. Ob das über das BMG, wie im Antrag, oder eher über die KVen, die direkten Zugriff auf die MVZ hätten, gemacht wird, dazu will ich mich gar nicht äußern.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Müller vom BMVZ. Es war gerade die Rede davon, Transparenz herzustellen. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass es wenig Sinn macht, nur das einzelne MVZ zu erfassen. Können Sie uns etwas dazu sagen, ob die Trägerstruktur, die mit Ihren Zentren verbunden ist, auf diese Weise transparent gemacht werden kann und haben Sie dazu Vorschläge?



ESVe **Susanne Müller**: Ohne über dezidiertes Wirtschaftswissen zu verfügen, habe ich mir, seit ich im November den Antrag der Linken gelesen habe, die Frage gestellt, wieso sich eigentlich niemand mit dem bestehenden Transparenzregister befasst. Es ist im Jahr 2017, wir haben das im Verein ein bisschen recherchiert, mit dem Geldwäsche-Gesetz eine entsprechende Vorgabe für alle Unternehmen gemacht worden. Das betrifft übrigens auch die Verbände. Wir mussten eine Meldung an das entsprechende Transparenzregister machen. Die fiel natürlich ein bisschen kleiner aus. Es stellte sich dann schnell heraus, dass zum Beispiel die wirtschaftlich Berechtigten, nach denen die Linke fragt, genau da angegeben werden müssen. Das Transparenzregister ist aber aus verschiedenen Datenschutzgründen, was die Nutzbarkeit dieser Daten betrifft, im Moment überhaupt nicht tauglich. Es können grundsätzlich nur Einzelabfragen gemacht werden, wenn man ein berechtigtes Interesse hat, das heißt, man ist selber der Betroffene oder eine Behörde. Es ist nicht möglich, systematisch abzufragen, also zum Beispiel nach einzelnen Wirtschaftsbereichen. Nichtsdestotrotz liegen die Daten vor und wenn gefragt wird, wo man andocken kann, würde ich vorschlagen, dass sich jemand, der deutlich mehr Ahnung von diesem Bereich hat, mit dem Transparenzregister und dem Geldwäsche-Gesetz und mit der Frage befasst, ob man das zu diesem Themenbereich nutzbar machen kann. Grundsätzlich bleibt, das wurde schon mehr oder weniger erschöpfend gesagt, diese Datenerfassung rund um den MVZ-Bereich und überhaupt die ambulante Versorgung ein schwieriges Thema, insbesondere, weil wir uns hier mit Wirtschaftsfragen oder gesellschaftsrechtlichen, kartellrechtlichen Fragen befassen und versuchen, das mit den Mitteln des Bedarfsplanes oder Zulassungsrechtes zu machen. Das funktioniert einfach nicht. Das ist letztlich auch das, was die MVZ in diesem Entwicklungsausschnitt, den wir heute betrachten, so besonders macht. Sie sind nicht mehr mit den üblichen Maßnahmen und Definitionen zu fassen oder zu verstehen. Deshalb ist es meines Erachtens auch sehr gelungen, das ist ihnen wahrscheinlich bekannt, dass vom Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten, das gerade von entsprechenden Leuten zu dieser Frage bis zum Sommer erstellt wird, in Auftrag gegeben wurde. Das muss der Weg sein, weil wir uns nun mal in diesen Parallelwelten der MVZ, der Rehakliniken und des Pflegeklinik-Bereiches

bewegen, wenn wir von diesen Privatisierungen und dem Kapitalmarkt reden. Deshalb muss diese Expertise eingeholt werden. Sie und wir als Gesundheitspolitiker im weitesten Sinne haben da allein wenige Chancen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Scheuplein. Sie erwähnen in Ihrer Stellungnahme, dass Private-Equity in den letzten Jahren weltweit eine Sonderstellung einnimmt. Bitte erläutern Sie uns diese Feststellung und woraus die akute Gefährdung der ambulanten Versorgung entsteht, die die Grundlage für den Antrag der Linken ist.

ESV **Dr. Christoph Scheuplein**: Die Sonderstellung von Private-Equity ergibt sich im Vereinen der verschiedenen alternativen Investmentformen, das heißt, die Konkurrenten wären so etwas wie Immobilienfonds oder Hedgefonds. Die Hedgefonds haben gerade nach der Finanzkrise 2008/2009 noch sehr lange das Feld angeführt. Spätestens seit 2018 hat aber Private-Equity zum ersten Mal die höchsten Renditen und auch das höchste Anlagevolumen erzielt. Ich spreche hier global, das betrifft Deutschland nur zu einem Teil, aber da fließt im Moment am meisten Geld rein, offensichtlich auch, weil die sehr gute Renditen ausweisen können. Die Gefährdung für den ambulanten Bereich habe ich ganz kurz schon vorhin skizziert. Es ist ein besonderer Anlagentyp. Ich habe auf die Befristung hingewiesen, auf die finanziellen Interessen und auf das wesentliche Know-how, Akquisitionen herzustellen. Das heißt, Expertise zum Gesundheitsbereich im engeren Sinne ist gar nicht vorhanden. Das ist auch gar nicht das, was die Private-Equity-Gesellschaft für sich in Anspruch nehmen würde. Das wird nur in Kombination mit spezifischen Consultants gemacht. Das Geld könnte auch jeder andere Kapitalgeber in das System hineinführen oder besser vielleicht der branchenerfahrene Investor, der da schon drin ist und damit auch arbeiten würde.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Können Sie die Entwicklung bestätigen, dass MVZ, die sich in Trägerschaft von Finanzinvestoren befinden, unnötige und mehr Leistungen im Vergleich zu normalen niedergelassenen Praxen erbringen?



SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Gegensatz zur KZBV haben wir seitens der Bundesärztekammer keine dezidierten Recherchen in dieser Form durchgeführt. Das bedeutet, dass wir im Moment zu diesen Leistungsunterschieden keine detaillierten Aussagen machen können. Wir müssen allerdings die Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen, die einzeln sind, die aber auch zum Teil in größerem Stil stattfinden, ernst nehmen und genauso die Anregungen, die von Geschäftsführungen an die Kolleginnen und Kollegen heran getragen werden, die in der Form, wie Herr Dr. Eßer das eben skizziert hat, in der Quantität zugenommen haben. Datenmaterial in dem Sinne können wir im Moment nicht vorlegen. Ich hatte eben darauf hingewiesen, dass die Greifbarkeit von Versorgungsqualitätsunterschieden sich selbst in dem sehr umfänglichen Krankenhausfinanzierungssystem zu den unterschiedlichen Trägergruppen, wo wir zusammen seit 2004 genauer hingucken und große Forschungen gelaufen sind, bisher in der Form nicht dargelegt werden konnte. Das hat mit dem Umstand zu tun, dass das Thema Versorgungsqualität ein sehr unbestimmter Begriff ist, den man etwas mehr konkretisieren muss. Das muss man klar sagen. Wenn Sie das herunterbrechen, und da komme ich kurz auf den Punkt ländliche Versorgung, muss man sehen, dass wir da einen gewissen Diskussionsbedarf haben. Es gibt Gründe, warum die Bundesregierung eine Kommission zur Gleichwertigkeit der Lebens- und Versorgungsverhältnisse eingerichtet hat. Es gibt Gründe, warum wir von Seiten der Gesundheitsverbände mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) zusammensitzen, weil bestimmte Versorgungskonstellationen in dem Bereich nicht so gegeben sind. Wie eben schon ausgeführt wurde, sind die MVZ nicht wirklich in den ländlichen Bereichen zu finden. Laut Innenministerium sind nach wie vor zwei Drittel der Bevölkerung in ländlichen Regionen. Das hat etwas mit Qualitätsproblemen zwischen Ballungsgebieten zu tun, wo MVZ in dieser Form häufiger zu finden sind, und mit Übergangsregionen und ländlichen Regionen. Der Diskussionsbedarf ist schon da.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband deutscher Kapitalbeteiligungsgesellschaften, Herrn Frederik Mühl. Sie haben mitbekommen, dass die Kapitalgeber nicht gerade sehr positiv geschildert wurden. Die Frage ist, ob Sie sich diese Kritik anziehen, die allgemein im

Raum steht. Sehen Ihre Kapitalgeber eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung und wie weit sind Ihre Kapitalgeber darüber informiert, was sie finanzieren, also auch den öffentlichen Auftrag gerade im Bereich Gesundheitswesen? Erkennen Sie das oder ist das für Ihre Klienten uninteressant?

SV Frederik Mühl (Bundesverband deutscher Kapitalbeteiligungsgesellschaften e. V. (BVK)): Ganz kurz zu meiner Person. Ich bin Anwalt bei Clifford Chance, einer großen internationalen Anwaltskanzlei, die unter anderem Finanzinvestoren berät. Insofern ist es nicht mein Tagesgeschäft, politische Interessen zu vertreten. Ich habe die letzte Stunde mit großem Interesse zugehört, wie über Private-Equity-Investoren gesprochen wurde. Es ist immer noch erstaunlich, weil wir diese Heuschrecken-Debatte seit 20 Jahren führen, wie viel Jargon und wie viel Mythen sich hier immer noch finden. Vielleicht einmal, um es ganz einfach herunterzubrechen. Ein Private-Equity-Fonds legt Geld institutioneller Anleger an. Das sind im Wesentlichen Pensionskassen, Lebensversicherungen, Betriebsrentenkassen und beispielsweise die Versorgungswerke der Ärzte in Deutschland. Ich habe gestern nachgeschaut, um mich vorzubereiten. Fünf Prozent der hessischen Versorgung ist in alternativen Investments, unter anderem in Private-Equity, investiert, durch das hessische Versorgungswerk der Ärzte. Das heißt, im Grunde genommen muss jeder von uns, der eine Betriebsrente und der nicht den Luxus beispielsweise einer staatlich finanzierten Rente hat, Private-Equity-Investor werden. Er ist es natürlich nie unmittelbar. Er ist es mittelbar über ein Pensionsfonds, über eine Lebensversicherung. Die investiert dann wiederum in einen Fonds und dieser Fonds investiert dann unter anderem in Deutschland in den Gesundheitsbereich. Das heißt, jeder Einzelne, der eine private Rente hat, ist ein Private-Equity-Investor in diesem Land. Das ist ein erster Verständnisschritt. Um auf das Transparenzthema zu kommen: Wenn wir dieses Transparenzregister hätten, wäre das für die politische Diskussion wahnsinnig langweilig. Da steht dann nämlich drin: Ärzteversorgung Hessen hält durchgerechnet an einem MVZ in Brandenburg 0,02 Prozent. Mehr erfahren wir daraus nicht. Sie werden wissen, dass ganz viele Pensionen, die in Deutschland gezahlt werden, über so eine Struktur finanziert werden. Sie fragen mich nach der gesellschaftlichen Verantwortung. Das ist ein interessanter Punkt, weil mir



in dieser Diskussion komplett die Frage fehlt, wie wir dieses Gesundheitswesen eigentlich in den nächsten 50 Jahren finanzieren. Es ist völlig richtig, was Sie vorhin gesagt haben, dass viel Kapital viel Rendite sucht. Das ist sicherlich einer der Treiber, aber dieses Kapital hat andere Anlagemöglichkeiten und es sucht Anlagemöglichkeiten insbesondere in Situationen, in denen ein Strukturwandel ansteht. Ein Strukturwandel führt dazu, dass Menschen Geld verdienen können. Insofern hat Private-Equity häufig in vielen Branchen eine Art Katalysatorfunktion, um von einer bestehenden althergebrachten Situation zu einer neuen Situation zu kommen. Da gibt es dann häufig Menschen, die sich in der althergebrachten Situation sehr wohlfühlen, aber mit der Änderung auch leben müssen. Ich möchte in dem Kontext ganz kurz drei Punkte nennen. Demografie – wir haben eine Situation, wo die Demografie bei der Versorgung und auch bei der ambulanten Versorgung dreifach zuschlägt. Es gibt erstens mehr Patienten, weil die Leute älter und kränker werden. Es gibt gleichzeitig weniger Beitragszahler und es gibt weniger Ärzte und es gibt weniger Ärzte, die selbstständig werden wollen. Die Herausforderung ist es also, Strukturen zu schaffen, in denen die Qualität der Versorgung gleich bleiben kann, die Kosten für die Gesellschaft weiter getragen werden können und es im Grunde genommen weniger Ärzten möglich ist, mehr Patienten zu versorgen. Das muss Ziel des politischen Handelns sein und genau da greift Private-Equity ein und hat diese Katalysatorfunktion, um Strukturen aus einer Situation in eine neue zu bewegen. Das kann man gerade beobachten. Zweitens Investitionsbedarf: Es gibt einen gewaltigen Investitionsbedarf, getrieben durch die Technologisierung des Ärzteberufs. Das heißt, irgendwoher muss das Geld kommen. In einer Struktur, in der wir den demografischen Wandel finanzieren müssen an der Stelle, muss das Geld für die Versorgung im ländlichen Raum oder wo auch immer, irgendwoher kommen. Das wird nur gut funktionieren, wenn wir kosteneffiziente Strukturen schaffen und das ist das, was Private-Equity kann. Die können nämlich nicht nur Transaktionen, die können Unternehmen besser machen. Das ist nämlich ihr Geschäftsmodell. Das Geschäftsmodell ist nicht, Unternehmen auszusaugen, das Geschäftsmodell ist es, Unternehmen zu kaufen, zu verbessern und dann teurer weiter zu verkaufen. Das kann man auch offen und ehrlich sagen, es ist auch kein Geheimnis. Ein

Unternehmen kann man aber nur teurer weiter verkaufen, wenn man es vorher besser gemacht hat. Sonst gibt einem keiner mehr Geld dafür. Das schafft man, indem man effiziente Versorgungsstrukturen schafft. Das sind das Ziel und die Aufgabe und sozusagen der gesellschaftliche Auftrag von Private-Equity an der Stelle. Der letzte Punkt, den wir auch noch machen sollten, ist Versorgungsqualität. Versorgungsqualität wird nicht von oben herab gesteuert, sondern durch Menschen, nämlich Patientenentscheidungen, wo sie behandelt werden möchten. Es ist sinnvoll, wenn wir Spezialisierung haben und Spezialisierung wird auch von MVZ ein Stückweit getrieben. Wenn ich mich unters Messer lege, um es plastisch zu machen, lege ich mich doch lieber bei jemandem unters Messer, der eine bestimmte Operation acht Mal am Tag macht, als bei jemandem, der so eine Operation einmal alle acht Tage macht. Insofern hat die MVZ-Struktur den Vorteil, dass wir Spezialisierung schaffen, um kosteneffizient höhere Qualität zu liefern. Und diese höhere Qualität wird nachgefragt. Die Leute werden ja nicht gezwungen, zum MVZ zu gehen. Sie gehen freiwillig zum MVZ, weil sie eine professionelle, spezialisierte Behandlung erwarten. Das ist etwas, das bei dieser Diskussion komplett zu kurz gekommen ist. Sie werden aus dem Transparenzregister nichts lesen, was die politische Debatte spannend machen wird. Es werden die Ärztekammern da stehen und es werden ein paar Anwaltskammern da stehen. Sonst wird nichts da stehen. Das heißt, Sie gewinnen nichts mit dem Transparenzregister für MVZ, was sie nicht sowieso schon wissen. Die Private-Equity-Investoren sind auch keine Geheimniskrämer. Wenn sie auf die Websites dieser elf Investoren gehen, können Sie für jede einzelne MVZ-Kette nachlesen, wem was gehört. Die möchten keine Geheimniskrämerei betreiben. Was sie nicht möchten und können, ist jeden einzelnen Pensionsfonds und jede einzelne Ärztekammer, die bei ihnen investiert, mit weiterem bürokratischen Aufwand offenlegen. Das sollte man berücksichtigen.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Velling vom BMVZ. Die Versorgungsqualität sollte für die Politik ein wichtiges Kriterium sein, an dem medizinische Versorgungseinrichtungen gemessen werden. Lässt sich vor diesem Hintergrund ein Unterschied zwischen ärztlichen MVZ und Investoren-MVZ feststellen?



SV **Dr. Peter Velling** (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ)): Es gibt keine Messung dazu. Das sei vorausgeschickt. Zweitens möchte ich gerne sagen, dass für die Zulassung von angestellten Ärzten in den MVZ oder Vertragsärzten die gleichen Rechtsgrundlagen dienen. Alle sind dem Zulassungsrecht unterworfen. Wie ich gerade höre, sind in der zahnärztlichen Versorgung nur Fachärzte in den MVZ tätig. Das sind die ehemaligen Oberärzte der Klinik. Mehr Qualitätskriterien als deren Ausbildung und bestandene Facharztprüfung können wir bisher nicht nachweisen. Das andere ist, dass bisher im Rahmen des Wettbewerbs durchaus die Abstimmung der Patienten, zu welchem Arzt sie gehen möchten, stattfindet. Dieses Recht würde ich gerne als wesentlichen Punkt für eine qualitative Forderung erheben, dass es die Patienten, die Behandelten sind und wir das nicht mit Zeugnissen oder irgendwelchen Modellen sicherstellen. Es gibt eine deutliche Abstimmung mit den Füßen. Die Voraussetzung in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Gegensatz zu den Zahnärzten sind die gleichen. Das gleiche Recht, das gleiche Zulassungsregister. Die qualitativ prüfbaren Eigenschaften sind nicht verschieden.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Bundesärztekammer. Die Bundesärzteordnung definiert den ärztlichen Beruf in seiner Natur als einen freien Beruf. Im Einklang damit, und das sagen die Berufsordnungen der Kammern, ist es den Ärzten untersagt, fachliche Weisungen von Personen entgegenzunehmen, die keine Ärzte sind. Welche Konsequenz könnte es aus berufsrechtlicher Perspektive haben, wenn einem Arzt nachgewiesen wird, dass er fachwidrige Weisungen seines Arbeitgebers umsetzt?

SV **Markus Rudolphi** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin kein Jurist, sondern Mediziner. Rein formal sieht es so aus, dass ein Vorstand einer Ärztekammer bei entsprechenden berufsrechtlichen Verstößen jeweils nach den Maßgaben der gültigen Heilberufsgesetze und Kammergesetze ein Rügerecht hat. Das geht weiter in ein Antragsrecht gegenüber einem Berufsgericht. Da besteht die Möglichkeit, den Antrag zu stellen, ein berufsgerichtliches Verfahren einzuleiten. Berufsgerichte per se sind mit Volljuristen, Kammerangehörigen und in der Regel

Ärzten zusammengesetzt. Je nach Verfehlung oder Einzelfall können sich diese Sanktionen im Sinne einer Verwarnung, eines Verweises, einer Geldbuße äußern. Festzuhalten bleibt auch, dass diese Form der Sanktion unabhängig von den zivil- und strafrechtlichen Möglichkeiten der Gerichte bzw. der ordentlichen Gerichtsbarkeit ist. Das ist der formelle Teil. Für uns ist nach wie vor wichtig, dass sich entsprechend des Genfer Gelöbnisses jede Kollegin, jeder Kollege in seinem ärztlichen Handeln an diesem ethischen Korridor zu orientieren hat. Wir möchten gerne bei dem, was wir in den letzten Jahren erlebt haben und in der Dynamik, die wir jetzt erleben, sicherstellen, dass diese Weisungsunabhängigkeit, diese rein ärztliche Entscheidung eben nicht durch indirekte oder direkte kommerzielle Einflüsse in irgendeine Richtung motiviert oder beeinflusst wird. In diesem Zielkonflikt für die Ärzteschaft, ambulant und stationär, in diesem Fall hier im Bereich der MVZ, möchten wir darauf hinweisen, dass wir in den letzten drei Jahren beobachten, dass dies auf die Dauer ein zunehmend schwieriger Punkt ist. Wir sehen das Problem, dass Investoren, die naturgemäß eine hohe Rentabilität per se für sich in Anspruch nehmen, mehr oder weniger stärker Einfluss nehmen könnten auf die entsprechende Indikationssetzung. Das möchten wir um jeden Preis vermeiden. Da geht es darum, dass Patienten sicher davon ausgehen müssen, ihrer Ärztin oder ihrem Arzt vertrauen zu können, dass jede Entscheidung nach den medizinischen Erfordernissen gefällt wird und nicht, weil bestimmte Renditeziele von hinten vorgegeben werden.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Nagel. Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass die bestehenden Fehlreize für die dargestellte Form der Kapitalinvestitionen abgestellt werden sollten. Warum ist das so und wie erreichen wir das?

ESV **Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel**: In den letzten Fragen und auch Antworten, Frau Abg. Aschenberg-Dugnus, ist schon deutlich geworden, dass es auf der einen Seite in unserem Land völlig legitim ist, dass Wirtschaftsunternehmen investieren und die Realisierung von Profiten Teil wirtschaftlicher Tätigkeit ist. Ich glaube, das ist völlig unfraglich und das steht hier auch gar nicht zur Debatte. Es



stellt sich die Frage, ob es bestimmte Bereiche gibt, in denen eine solche Optimierung im Widerspruch zu anderen Zielen der Gesellschaft steht. Bei dem Bereich Gesundheit handelt es sich um ein konditionales Gut. Das ist ähnlich wie Frieden und Freiheit. Auch das würden Sie primär nicht unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sichern versuchen, sondern das ist ein gesellschaftlicher Auftrag, um den es geht und wo die wesentlichen Aspekte, ich habe bereits auf die deutsche Sozialversicherungstradition hingewiesen, Solidarität und Subsidiarität die Grundstrukturen bieten. Ein volkswirtschaftliches Marktverhalten in einem solchen Bereich, in dem es sich um ein konditionales Gut handelt, ist von größter Tragweite und von größtmöglichem Schaden. Wir diskutieren gerade die Situation, die wir mit dem aktuellen Coronavirus haben. Stellen sie sich vor, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten keine adäquate Versorgungssituation möglich wäre. Es ist der gesellschaftliche Auftrag, das zu verhindern. Herr Rudolphi hat gerade in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass es das Ziel sein muss, im Hinblick auf die bestehende Versorgungssituation von Ärztinnen und Ärzten, einen wirtschaftlichen Anreiz so zu realisieren, dass er auf der einen Seite zu einer effektiven und effizienten Versorgungsstruktur führt und auf der anderen Seite keine Einschränkung von Bedürfnissen und Zielsetzungen des Patienten beinhaltet. In diesem Spannungsverhältnis bewegen wir uns und müssen akzeptieren, dass in den zurückliegenden 25 Jahren mit der Ökonomisierung auch der Gesundheitsversorgung ein Spannungsfeld entstanden ist, das sich nicht immer nur zum Guten entwickelt hat. Es gibt durchaus Situationen, und diese Situationen haben sich in der öffentlichen Meinung durchaus auch schon erkennbar gefestigt, dass ökonomische Anreize im Gesundheitswesen unter Umständen zu einer Verschlechterung der Versorgung von Patientinnen und Patienten in diesem Land führen. Wie gesagt, Effizienz und Effektivität, Herr Mühl hat das gesagt, ist absolut notwendig, auch für das Gesundheitswesen. Nur, Herr Mühl, wenn Sie davon sprechen, dass Kapitalgesellschaften Katalysatoren seien, soweit ich das aus der Physik noch kenne, heißt Katalysator, dass ich eine bestimmte Summe vorne reinstecke und hinten die gleiche Summe wieder rauskommt. Wenn Sie ihre Investitionen so betreiben würden, dass sie das Geld, das Sie in das Gesundheitswesen geben, am Ende wieder rausnehmen und keinen Gewinn

wollen, dann wäre jeder dafür, dass Sie entsprechend investieren. Die Zielrichtung muss offensichtlich eine andere sein. Dass sich alle Rentenfonds am Ende auf den Cayman Inseln befinden, ist eine Darstellung der Situation, die problematisch ist. Frau Abg. Aschenberg-Dugnus, Sie haben mich gefragt, was kann man tun, um diesen widerstreitenden Prozess zu ordnen. Herr Dr. Eßer hat uns sehr eindrücklich dargestellt, wie sich die Entwicklung im zahnärztlichen Bereich darstellt, in welcher Situation sich entsprechende Veränderungen befinden und dass das TSVG eine Situation zumindest versucht hat zu schaffen, wo die Irrationalität, und auf die haben Sie auch schon hingewiesen, Herr Dr. Eßer, dass ich mit einem kleinen Krankenhaus in Süddeutschland MVZ in der ganzen Republik betreiben kann, ohne dass ich in irgendeiner Weise einen räumlichen oder inhaltlichen Kontext habe, beseitigt wird. Dem Gesetzgeber muss hoffentlich klar sein, dass eine Veränderung in diesem Bereich zwingend notwendig ist, um Fehlanreize, die sich daraus ergeben, das würde ich empfehlen, zu beseitigen. Im Hinblick auf die Transparenzfrage: Es ist von verschiedenen Sachverständigen deutlich geworden, dass Transparenz hier eine ganz entscheidende Größenordnung im Hinblick auf vernünftiges und strukturiertes Vorgehen ist. Ob bei den Transparenzforderungen unter Umständen viel zusätzliche Dokumentation und damit auch im Gesundheitswesen immer wieder beklagte Arbeitsverschiebung stattfindet, muss man sehr genau hinschauen. Insofern ist es wichtig, hier eine Situation zu schaffen, wo auf der einen Seite Transparenz entsteht. Da bin ich mit Herrn Mühl auch nicht einer Meinung. Es ist sehr wohl relevant, das nachzuvollziehen. Wenn die kassenärztliche bzw. zahnärztliche Vereinigung viel Energie aufwenden muss, um überhaupt festzustellen, wo ist wer als Investor tätig, dann könnten das andere erleichtern, indem sie sich nämlich klar und deutlich vorstellen, wo sie herkommen. Also hier, wie gesagt, ein einfaches und simples Verfahren, ohne einen zu starken Dokumentationsaufwand, wäre zusätzlich zu fordern. Das immer unter der Maßgabe, dass es für die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes höchst relevant ist, zu wissen, von wem sie behandelt werden und mit welchen Zielsetzungen diese Behandlung durchgeführt wird.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung,



Herrn Dr. Gibis. Man könnte es auch als Bitte um ein gewisses Fazit verstehen. Als Argument für mehr MVZ, auch wenn sie von Finanzinvestoren getragen werden, wird oft herangezogen, dass aufgrund mangelnder Attraktivität die eigene Praxis für viele junge Ärztinnen und Ärzte nicht mehr erstrebenswert ist und sie deshalb ein Angestelltenverhältnis bevorzugen. Viele Arztsitze, besonders in ländlichen Regionen, könnten ohne MVZ überhaupt nicht mehr besetzt werden. Wie ist Ihre Meinung zu diesen Aussagen?

SV Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Insgesamt stellen wir fest, dass das Angestelltendasein für Vertragsärzte, für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiver wird. Wir stellen aber auch fest, dass immer noch eine ganze Menge von Vertragsärztinnen und -ärzten, die als Angestellte arbeiten, in die Selbstständigkeit wechseln wollen. Wir haben gute Unterlagen dazu, dass gerade junge Kolleginnen und Kollegen, die in vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxen angestellt arbeiten, mit einer hohen Frequenz in eine Selbstständigkeit übergehen. Insofern würde ich diesen Abgesang auf die Zukunft der Selbstständigkeit so nicht teilen wollen. Wir nehmen schon wahr, dass gerade in den grundversorgenden Bereichen MVZ nicht die große Rolle spielen. MVZ spielen da eine große Rolle, wo auch mehr Geld verdient werden kann, wobei sich Wertschöpfungsketten ergeben. Die Grundversorgung in ländlichen Gebieten wird nach wie vor überwiegend von Gemeinschaftspraxen und selbstständig zugelassenen Kolleginnen und Kollegen und dann oft mit angestellten jungen Kolleginnen und Kollegen, aufrechterhalten. Das heißt, es ist nicht nur eine Frage der MVZ-Diskussion alleine, sondern generell die Frage nach dem Angestelltendasein in der Berufsausübung. Wir führen jedes Jahr eine MVZ-Statistik, die das BMG bekommt. Da ist aufgelistet, welche Gesellschaftsform das hat, welche Fachgruppen da drin sind, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter da tätig werden. Wir können relativ genau sagen, wer in welchen Anteilen derzeit in der Versorgung unterwegs ist. Wie gesagt, wir können nicht feststellen, dass sich MVZ in ländlichen Gebieten besonders hervortun könnten. Wir sehen auch relativ wenige Probleme mit kommunalen MVZ. Wir sehen Probleme bei den MVZ, die durch Investoren gegründet werden, die in der Regel über Krankenhäuser in die Versorgung hineinkommen oder durch nicht-

ärztliche Dialyseleistungserbringer. Hier will ich das bekräftigen, was andere auch schon gesagt haben. Den Vorschlag haben wir auch unterbreitet. Krankenhäuser sollten MVZ gründen können, aber dann bitte in den Fachgebieten, die sie selber vorhalten und in dem Einzugsgebiet, in dem sie aktiv sind. Wir kennen Beispiele, wo Pharma-Großhändler ein kleines Krankenhaus kaufen, um bundesweit Onkologie-MVZs zu betreiben. Ich will gar nicht dahingestellt sein lassen, dass die Qualität dort schlechter sein könnte, aber die Wertschöpfungskette, die sich da ergibt, macht schon deutlich, dass hier nicht alleine Versorgung im Vordergrund steht, sondern auch andere Fragestellungen. Kurzum, die Limitation von Krankenhaus-MVZ auf das Einzugsgebiet und die Fachgebiete und die Konzentration der nichtärztlichen Dialyseleistungserbringer auf Dialyseleistungen wäre ein erheblicher Schritt nach vorne. Ich bin persönlich nicht der Überzeugung, dass wir durch mehr Transparenzregelungen einen besseren Überblick bekommen würden. Das Gesellschaftsrecht ist so komplex und die Verschachtelungen sind so aufwändig. Wichtiger ist es zu wissen, ob da noch Ärzte als gründungsberechtigte Mitglieder tätig sind. Sind die Organisationen, die als gründungsberechtigte Mitglieder im MVZ, also in der Träger-GmbH eingetragen sind, wirklich zugelassen? Da achten wir KVen schon darauf, kann Ihnen sagen, dass wir an der Stelle keine illegalen Akteure im Markt haben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Hartmut Reiners. Das Geschäftsmodell von Private-Equity-Gesellschaften wird dadurch charakterisiert, das ist eindrucksvoll dargestellt worden, dass MVZ-Krankenhäuser oder andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gekauft werden, um sie nach wenigen Jahren, in denen die Rentabilität gesteigert wird, wieder zu verkaufen. Bitte erklären Sie uns, wo hier die Gefahr für die Versorgung liegt und warum andere Betreiber nicht ebenfalls auf die Idee kommen, unrentable Einrichtungen rentabel zu machen. Sehen Sie hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

ESV **Hartmut Reiners**: Zur letzten Frage, ich weiß es auch nicht, um das deutlich zu sagen. Was die Verschlechterung der Versorgung angeht, das ist ein Problem. Was hier in der Diskussion für mich



dabei herauskommt, ist, dass wir überlegen müssen, wie die gesamte ärztliche Vergütung neu geordnet wird. Da fand ich das jetzt vorliegende Gutachten fachlich gesehen nicht so deutlich hilfreich, weil um den heißen Brei herumgeredet wurde. Dazu nur, ohne die Vertraulichkeit in dem Gremium zu verletzen: Ich sitze im erweiterten Bewertungsausschuss Ärzte Krankenkassen und mache da meine sehr speziellen Erfahrungen über die Verteilungsprobleme innerhalb der Ärzteschaft. Das ist ein Punkt, den wir dringend diskutieren müssen. Dafür, was in jedem Betrieb kalkuliert werden muss und wie Ärzte ihre Arbeit einschätzen, gibt es keine allgemeinen Regeln. Das wird in diesem Bewertungsausschuss festgelegt. Da gibt es Hilfsgrößen, das wir sagen, das ist das durchschnittliche Oberarztgehalt. Das ist relativ willkürlich und generell eine ziemliche Schwierigkeit. Ich will als Gesundheitsökonom keinen langen Vortrag halten, wie medizinische Leistungen vergütet werden. Das sind keine Marktpreise, das sind administrierte Preise oder Budgetpreise auf der Basis von Durchschnittskosten. Es ist klar, dass Praxen, die eine hohe Effizienz haben, mehr dabei herausbekommen. Wir haben große Umverteilungen und ungleiche Verteilungen in bestimmten Arztgruppen, zum Beispiel bei den Augenärzten. Da bestehen zwischen operierenden Augenärzten und den konservativen Augenärzten riesige Unterschiede, die mit der Leistungsfähigkeit als solcher nichts zu tun haben. Ich will jetzt nicht ins Detail gehen, weil das sehr, sehr kompliziert ist, aber das ist ein Ding, an das die Politik dringend heran muss und mit dem sie sich beschäftigen muss. Ich habe 20 Jahre im Ministerium gearbeitet und weiß, wie schwierig das ist und welchen Ärger man sich da als Politiker einhandelt. Ich habe neulich die Sozialenquete-kommission von 1966 durchgeblättert, weil ich gerade an einem Text sitze, und da war von dem „dornenvollen“ Problem der ärztlichen Vergütung die Rede. Das ist sicherlich nicht sexy für Politiker, aber man muss da ran. Es geht nicht an, dass man das alles immer auf die Selbstverwaltung ablädt, die dann mit diesen Konflikten irgendwie umgehen muss. Das ist ein sehr schwieriges Problem und es gibt auch keine Patentlösung. Es wird aber zu wenig diskutiert in der Politik. Es war meine Aufgabe als Ministerialbeamter, Politiker darüber zu informieren, wie das im Einzelnen läuft. Ich bin da manchmal an meine Grenzen gestoßen, diese komplexen Dinge zu erklären.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Ich möchte die Frage der Versorgungsqualität ins Zentrum stellen und den Sozialverband VdK fragen. Frau Gierschik, welche Auswirkungen erwarten Sie auf die Versorgungsqualität durch Einrichtungen, die mittelbar durch Private-Equity-Gesellschaften betrieben werden?

Sve **Hannah Gierschik** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir möchten betonen, dass das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht und nicht die Kapitalinteressen. Unser Fokus ist daher die Versorgungsqualität. Für eine gute Versorgung muss die Versorgungsrealität untersucht, bewertet und transparent gemacht werden. Wir bewerten daher den Vorschlag, ein MVZ-Register einzurichten, positiv. Kritisch sehen wir bei großen Finanzinvestoren vor allem, dass eine Vielzahl von verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gleichzeitig betrieben werden kann und sich so gegenseitig Patientinnen und Patienten als Kunden zugeschoben werden können. Das ist bisher kaum nachvollziehbar und beweisbar. Wir haben schon beim TSVG begrüßt, dass Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nur noch fachbezogene MVZ gründen dürfen. Wir begrüßen grundsätzlich die Zurückdrängung von Kapitalinvestoren und dies sollte auch für Krankenhäuser, Pflegeheime, Reha- und Wundzentren modellhaft sein.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage möchte ich an den Vertreter der KBV richten. Wir haben das Spannungsfeld gerade sehr gut dargestellt bekommen. Die Frage ist, was tun wir, um kooperative gemeinschaftliche Leistungserbringung in der Fläche möglich zu machen, weil das auf der einen Seite der Ärzteschaft entgegen käme, gerade den nachwachsenden Fachkräften, auf der anderen Seite aber auch für Gesundheitszentren versorgungsrelevant sein könnte, beispielsweise im ländlichen Raum. Welche Vorschläge haben Sie, um solche Konzepte voran zu bringen, ohne dass wir auf Private-Equity und andere Mittel zurückgreifen müssen?

SV **Dr. Bernhard Gibis** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Was ein in den letzten Jahren verfolgter Weg war, der weiter beschritten wird, ist



die Förderung von Praxisnetzen. Das meint die Zusammenschlüsse von Praxen unter verschiedenen Gesichtspunkten, nicht nur der Einzelleistungserbringung in einer Praxis, sondern mit einer Populationsbezogenheit der Versorgung von Patienten, zu fördern. Dafür hat der Gesetzgeber Voraussetzungen geschaffen, die mittlerweile von über 70 Praxisnetzen bundesweit genutzt werden. Die Praxisnetze sind mittlerweile befugt, MVZ zu gründen, was eine Möglichkeit darstellt in der Weiterführung und Übergabe von vertragsärztlichen Strukturen. Da sehen wir zunächst einmal einen Hauptdreh- und Angelpunkt der Kooperation und der Zusammenarbeit von Akteuren in der vertragsärztlichen Versorgung. Darüber hinaus hat die KBV ein Konzept „Intersektorale Gesundheitszentren“ vorgestellt, in denen auch eine erweiterte ambulante Versorgung möglich wird, wo auch Übernachtungsmöglichkeiten und multiprofessionelle Versorgung mit angelegt sind. Insofern denke ich, dass das ganze Thema Kooperation, Sicherstellung von Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung neu gedacht und auch gelebt wird. Wir haben dazu Gesetzesvorschläge unterbreitet, wie man das Ganze befördern kann und würden uns freuen, wenn die aufgegriffen werden.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank allen Sachverständigen für ihre Auskünfte. Ich hab mal überschlagen, so schlecht waren wir alle, was die Zeitdisziplin angeht, nicht. Die durchschnittliche Frage mit Antwort hat genau 3,33 Minuten gebraucht. Das ist weniger als wir uns üblicherweise im Plenum in vielen Reden zubilligen. Ein großer Sachverstand macht es möglich, konzentriert zu antworten. Ich bedanke mich dafür und wünsche Ihnen eine gute, unfallfreie und gesunde Heimkehr. Machen sie einen Bogen um alle Coronaviren und kommen sie gut nach Hause. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 16:17 Uhr

gez.
Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender