

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM IM VISIER DER SPEKULATION

Seit der globalen Finanzkrise von 2008 nehmen die Aufkäufe von Arztsitzen durch global operierende, renditegesteuerte Kapitalgeber (Private-Equity) in Deutschland zu. Seit Langem hat sich die Gesundheitsbranche an private Investoren im Krankenhaus- und Rehabilitationssektor gewöhnt. Nun aber interessieren sich diese Kapitalgeber verstärkt für den vertragsärztlichen Sektor, kaufen Arztpraxen und gründen, berechtigt durch den Besitz von Kliniken, medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ein Gastkommentar von Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas, MBA.

Peter Kolominsky-Rabas ist Direktor des Interdisziplinären Zentrums für Health Technology Assessment und Public Health (IZPH) der FAU Erlangen-Nürnberg und unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der KVB.

Das Kapital war vorher in anderen Bereichen angelegt, die sich aber als zu krisenanfällig und risikobehaftet erwiesen haben. Die globale Gesundheitswirtschaft hat 2008 die geringsten Einbußen gehabt, da die Gesundheitssysteme meist durch Steuer- oder Beitragszahler finanziert werden – in Deutschland durch das seit 1883 bestehende beitragsfinanzierte Solidarsystem Bismarckscher Prägung. Das Grundprinzip von Angebot und Nachfrage ist hier außer Kraft gesetzt, denn das Bedürfnis nach Gesundheit ist unendlich. Unser bewährtes deutsches Solidarsystem gilt deshalb als „sichere Bank“.

Was bedeutet es aus ärztlicher Sicht, wenn auf diese Weise die langfristige Gesundheitsversorgung in der Fläche in Abhängigkeit von den Zufälligkeiten internationaler Finanzmärkte gerät?

Muss der Patient wissen, wer seinen Arzt bezahlt?

Auf dem Spiel steht einer der wichtigsten Werte in der Arzt-Patienten-



ten-Beziehung: das Vertrauen. Muss nicht in Zeiten des aufgeklärten Patienten dieser informiert werden, dass der Arzt, der ihn gerade behandelt, von einem Finanzinvestor bezahlt wird? Dahinter steht für den Patienten die entscheidende Frage, ob ein medizinischer Eingriff tatsächlich aus medizinisch-fachlichen Erwägungen durchgeführt werden soll oder aus reinen Renditeerwägungen. Dass Renditeerwägungen für Private-Equity eine zentrale Motivation sind, belegt deren gezieltes Vorgehen. Im Visier

dieser Kapitalgeber sind gerade die Fachrichtungen, die zu den rentabelsten zählen: an erster Stelle Zahnmedizin, gefolgt von Labormedizin, Radiologie und Ophthalmologie. Analysen aus dem zahnärztlichen Bereich zeigen, dass dies bereits heute Wirklichkeit ist. Demnach haben die abgerechneten Punktmengen je Fall für konservierend-chirurgische Behandlungen im Zeitraum Januar 2017 bis Juni 2018 bei den Private-Equity-MVZ (121,77 Euro) weit über denen der Einzelpraxen (86,20 Euro) gelegen.

Bei Zahnersatzleistungen lag das Honorar je Fall in den Private-Equity-MVZ (435,99 Euro) ebenfalls deutlich höher als bei Einzelpraxen (290,67 Euro).

Private-Equity-MVZ gefährden medizinische Daseinsvorsorge

Mit diesen lukrativen Leistungsspektren werden überdurchschnittliche Renditen erwirtschaftet, die dem Solidarsystem entzogen werden und in den Steueroasen Guernsey, Jersey, Luxemburg und den Cayman-Inseln landen. Dies umso mehr bei einer Ausdünnung des Versorgungsangebots – was sich nicht lohnt, können andere machen. Doch wo sollen Patienten bei anziehender Monopolisierung dann noch bekommen, was sie brauchen? Durch die Konzentration auf die rentablen Versorgungsbereiche und Regionen entstehen „monopolistische Großkonglomerate“ mit abhängig beschäftigten Ärzten, die die flächendeckende medizinische Versorgung und damit die Daseinsvorsorge massiv gefährden. Diese Entwicklung droht noch zusätzlich verschärft zu werden, da die Mehrheit der Bevölkerung in ländlichen Regionen lebt, neue MVZ aber in der Regel in Ballungsgebieten angesiedelt werden, wo die Private-Equity-MVZ größere Umsätze erzielen können. Für die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung – insbesondere in den ländlich strukturierten Regionen – gilt es deshalb, den Bestrebungen der privaten Kapitalgeber und anderen versorgungsfremden Investoren entschieden entgegenzutreten.

Private-Equity-MVZ sind unvereinbar mit Freiberuflichkeit

Die Vertragsärzte üben einen freien Beruf aus. Als Freiberufler erbrin-

gen sie auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig ärztliche Dienstleistungen im Interesse ihrer Patienten und zum Wohle der Allgemeinheit. Diese unabhängige Fachlichkeit ist Garant und Rückgrat ihres Berufs. Die Fachlichkeit wird durch das System der Ärztekammern sichergestellt, einer staatlichen Aufsicht bedarf es nicht.

Abhängig beschäftigte Ärzte der Private-Equity-MVZ sind ihren Arbeitgebern und deren Renditeerwartungen verpflichtet. Sie handeln unter dem Primat des Unternehmertums, nicht der unabhängigen Fachlichkeit.

Besitzverhältnisse der Private-Equity-MVZ transparent machen

Heute sind die Besitzverhältnisse bei MVZ weder von Ärztekammern noch von Krankenkassen wirklich erkennbar. Das ist schon gegenüber den Patienten nicht verantwortbar. Sie haben nicht nur ein Recht darauf, zu wissen, wer sie behandelt, sondern auch darauf, in wessen Diensten der behandelnde Arzt steht. Oberstes Gebot ist dabei die Herstellung von Transparenz. Um dem entgegenzutreten, ist es notwendig, ein öffentliches Register einzuführen, das die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ listet. In diesem MVZ-Register müssten die von Private-Equity-Kapitalgebern geführten MVZ erkennbar sein – samt Angaben zu Beschäftigtenzahlen, Arztsitzen, Versorgungsumfang, Immobilienbesitz, Renditen und Gewinnausschüttungen. Zudem verlangt der Patientenschutz, dass auf Praxisschildern und Praxiswebseiten klar kenntlich gemacht werden muss, wem ein MVZ tatsächlich gehört und wem der Arzt bezahlt wird. Ärzte, die wis-

senschaftlich publizieren, sind dazu verpflichtet, ihre potenziellen Interessenskonflikte der Öffentlichkeit zu offenbaren. Warum gilt dies nicht für Ärzte von Private-Equity-MVZ?

Das Trojanische Pferd: Mit dem Kauf einer Klinik im bundesweiten MVZ-Geschäft

Nach den vorliegenden aktuellen Angaben stellen Krankenhäuser noch vor den Vertragsärzten mit einem Anteil von 42 Prozent an der Trägerschaft aller MVZ die größte Gruppe unter den MVZ-Gründungsberechtigten dar. Diese Trägerschaft ist das ungeschützte Einfallstor für Private-Equity-Fonds und andere Investoren. Mit dem Kauf einer vergleichsweise kleinen Klinik wird die bundesweite Berechtigung zur Gründung von MVZ erworben. Es ist deshalb notwendig, dass das Leistungsspektrum einer Klinik-MVZ auf das des Krankenhauses und die Betriebsstätte des MVZ im Einzugsgebiet der Klinik gesetzlich zu beschränken ist.

Die aktuellen Erfahrungen mit der Corona-Impfstrategie sollten uns eine Warnung sein, was es bedeutet, wenn Gesundheitssysteme sich in Abhängigkeit der Gesundheitswirtschaft begeben. Es sind zuletzt die als Monopolisten agierenden Pharmakonzerne, die die Liefermengen, Lieferketten und Liefertermine dominieren und einer von Außen nicht beeinflussbaren Prioritätensetzung folgen. Das beitragsfinanzierte Solidarsystem in Deutschland muss sich vor solchen Abhängigkeiten schützen. Es darf nicht zum Spekulationsobjekt global operierender Kapitalgeber werden.

Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas