



HESSISCHER LANDTAG

10. 05. 2022

Kleine Anfrage

Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 08.04.2022

Investorengeführte Arztpraxen – Teil 1

und

Antwort

Minister für Soziales und Integration

Vorbemerkung Fragestellerin:

Finanzinvestoren haben in den vergangenen Jahren Hunderte Arztpraxen in Deutschland aufgekauft. Das hat Folgen – auch für die Versicherten, wie eine neue Studie zeigt, die „Panorama“ und „BR“ vorliegt, bspw. ist die Augenheilkunde in Dillenburg betroffen. Nicht nur in der Augenheilkunde zeigt sich dieser Trend. Investoren übernehmen auch Praxen von Zahnärzten, Radiologen, Orthopäden, Gynäkologen, Nierenfachärzten, Internisten, Allgemeinmediziner.

Die Vorbemerkung der Fragestellerin vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Inwiefern ist der Landesregierung bekannt, dass Investoren Arztpraxen in Hessen aufkaufen?

Frage 2. Inwiefern muss dies gemeldet werden?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es besteht hier keine entsprechende Meldepflicht. Es gelten die für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung geltenden bundesrechtlichen Regelungen im SGB V und in der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV).

Gründungsberechtigt sind nach § 95 Abs. 1a Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 (nur fachbezogen), anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen. Wer sich hinter einem so berechtigten Gründer verbirgt, ist weder für die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen noch für den Zulassungsausschuss zu erkennen und zählt gemäß Hinweis der KV Hessen vom 29.04.2022 nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch nicht zum zulässigen Prüfungsumfang bei der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Frage 3. Welche Folgen hat dies für Patientinnen und Patienten bzw. für den Versorgungsauftrag sowie für die Versorgung von Hessinnen und Hessen?

Hierzu liegen uns keine validen Informationen vor.

Frage 4. Wie viele und welche Praxen sind bislang in Hessen verkauft worden (bitte nach Landkreisen, kreisfreien Städten sowie nach Praxen von Augenheilkunde, Zahnärzten, Radiologen, Orthopäden, Gynäkologen, Nierenfachärzten, Internisten, Allgemeinmediziner etc. aufschlüsseln)?

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Frage 5. Inwiefern hat die Kassenärztliche Vereinigung Kenntnis von einer erhöhten Abrechnungspraxis von Ketten bzw. investorengeführten Praxen?

Mangels Kenntnis darüber, welche MVZ investorengeführt sind, kann die KV Hessen keine Auswertung über eine möglicherweise erhöhte Abrechnungspraxis erstellen oder Vergleiche zwischen potentiell inhabergeführten oder potentiell investorengeführten MVZ anstellen.

- Frage 6. Wie bewertet die Landesregierung, dass Finanzinvestoren Praxen aufkaufen, mit dem Ziel Umsatzrenditen in Höhe von 20 % zu erzielen?
- Frage 7. Wie will die Landesregierung verhindern, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden und Praxen von Finanzinvestoren aufgekauft werden?

Die Fragen 6 und 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bereits seit einiger Zeit steht die Frage im Raum, welche Auswirkungen investorengetragene MVZ auf die Gewährleistung der (zahn)medizinischen Versorgung haben bzw. ob von ihnen wegen der Renditeorientierung möglicherweise negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung ausgehen könnten. Aus diesem Grunde fordern die Länder mit Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 05.11.2021 gerade im Hinblick auf die Strukturtransparenz für Landes- und Bundesbehörden ein spezielles Register bzw. eine Ergänzung des bestehenden Arztregisters. Gleichzeitig bitten die Länder das Bundesministerium für Gesundheit um Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die – unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse zum Versorgungsgeschehen und unter Beachtung der betroffenen verfassungsrechtlich geschützten Rechtsgüter – eine erforderliche weitere Regulierung der Gründung und des Betriebs Medizinischer Versorgungszentren prüfen und möglichst zeitnah Vorschläge dazu vorlegen soll. Ziel ist, die Integrität (zahn)medizinischer Entscheidungen, die Sicherstellung einer flächendeckenden und umfassenden Versorgung – auch durch MVZ – sowie die Begrenzung der Bildung monopolartiger Strukturen nachhaltig und rechtssicher gewährleisten zu können.

- Frage 8. Wie reagieren die Kammern (Zahnärzte- sowie Ärztekammer)?

Stellungnahme der Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) vom 26.04.2022:

„Durch die Möglichkeit, seit 2015 arztgruppengleiche MVZ gründen zu können, wurde die Zahnmedizin als Markt für Kapitalinvestoren attraktiv. Dies zeigt sich in der stetig wachsenden Zahl von Investoren gestützten MVZs (iMVZ) auch im Bereich der Zahnheilkunde. Nach einem Bericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Statistisches Jahrbuch 2019) stieg die Zahl der zahnmedizinischen MVZ im Jahr 2018 im Vorjahresvergleich von 458 auf 658 an. Nach aktuellem Stand gibt es sogar bereits 907 MVZ.

Die zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften beobachten sowohl auf Bundes- wie auch Landesebene seit Jahren mit Besorgnis die Entwicklungen im Zusammenhang mit iMVZ. Nach einer eigenen Analyse hat es in den Jahren 2013 bis 2018 rund 130 Übernahmen von zahnärztlichen Praxen durch Private Equity gegeben, wobei die Zahlen im ersten Halbjahr 2018 noch einmal deutlich angestiegen waren. Während bis 2016 lediglich 3 % aller Übernahmen auf Investoren entfielen, waren es allein 2017 bereits 15 %.

Im deutschen Gesundheitswesen sind vor allem Fonds bei Übernahmen aktiv, allen voran Carlyle (USA), Nordic Capital (Schweden) und Waterland Private Equity (Niederlande). Drei Viertel der aktiven Investoren haben ihren rechtlichen Sitz in Offshore-Standorten wie Jersey oder den Cayman Islands. Es muss befürchtet werden, dass Gewinne aus diesen Übernahmen an die eigentlichen Investoren in das Ausland abfließen und somit dem Krankenversicherungs- und Steuersystem der deutschen Bevölkerung dauerhaft entzogen werden.

Auch im europäischen Ausland sind Investoren im Gesundheitsmarkt seit längerem aktiv. So kam es in Spanien zur Insolvenz einer Investoren gestützten Kette (iDental), von der ca. 350.000 Patienten negativ betroffen wurden. In Frankreich (Dentexia) erfolgte eine Insolvenz, von der ca. 3.000 Patienten betroffen wurden.

Daher sieht es die Landes Zahnärztekammer Hessen als erfreulich an, dass die Entwicklung der sog. iMVZ und die daraus resultierenden Probleme und Risiken für eine angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten von der Politik erkannt, auf der Ebene der Gesundheitsminister aufgegriffen und eine Lösung angestrebt wird.

Zu den bisherigen Lösungsversuchen ist anzumerken, dass die Einführung eines Transparenzregisters zwar wichtig, aber letztlich nur ein kleiner Baustein war, der für sich noch keine der mit den iMVZ verknüpften Probleme lösen konnte. Auch die angedachte Erweiterung der Beschränkung des Versorgungsanteils von MVZ bei Überschreitung der fachärztlichen Versorgung von 25 % dürfte – auch vor dem Hintergrund der bereits eingeführten Beschränkungen – kein geeignetes Mittel darstellen, um die den iMVZ unterstellten Renditeinteressen wirksam zu begegnen.

Aufgrund der Regelungen des Hessischen Heilberufegesetzes besteht derzeit nur mittelbar eine berufsrechtliche Aufsicht der Landes Zahnärztekammer Hessen im Zusammenhang mit MVZs. Die Berufskammer kann die dort tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte hinsichtlich der Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen überwachen. Ein unmittelbarer Zugriff auf die Träger der MVZs besteht berufsrechtlich hingegen nicht.

Arztgruppengleiche MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung werden zunehmend von juristischen Personen privaten Rechts (GmbH etc.) geführt. Das hat zur Folge, dass nur die angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte Pflichtmitglieder der Zahnärztekammern sind, ihr Arbeitgeber jedoch den Wirtschaftskammern zugewiesen wird. Im Gegensatz zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften können sich also arztgruppengleiche MVZ der Fachaufsicht und der Berufsaufsicht durch die Zahnärztekammern entziehen.

Patientinnen und Patienten werden bei Fragen zur Rechnungsstellung, zu Behandlungsverhältnissen und zur Arzthaftung durch unsere Patientenberatung bzw. Gutachter- und Schlichtungsstelle unterstützt. Auch hier besteht jedoch, wenn der Träger des MVZs seine freiwillige Beteiligung an der Klärung des Sachverhaltes verweigert, nur die Möglichkeit, dass die Berufskammer ggf. über die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte des MVZs die erforderlichen Informationen zur Beantwortung der Patientenanfrage erhält.

Um auch weiterhin bei der zahnmedizinischen Versorgung den Patientenschutz sicherstellen zu können, wird ein Tätigwerden des Gesetzgebers für erforderlich gehalten. Dadurch sollen insbesondere die Therapiefreiheit der behandelnden Personen und der Erhalt einer qualitativen Behandlung sichergestellt sowie die Vermeidung von höheren Preisen für Patienten erreicht werden.

Für einen unmittelbaren berufsrechtlichen Zugriff der Berufskammern auf die Träger der MVZs wird eine gesetzliche Grundlage benötigt, um dem gesetzlichen Auftrag des Patientenschutzes entsprechen zu können. Es wird vorgeschlagen, § 1 Abs. 4 Zahnheilkundengesetz zu ändern, um bei sämtlichen Formen der zahnärztlichen Berufsausübung die eigenverantwortliche, unabhängige und nichtgewerbliche Tätigkeit sicherzustellen.

Für juristische Personen des Privatrechts, deren Unternehmensgegenstand die Ausübung der Zahnheilkunde ist, müssen Bedingungen geschaffen werden, die dies auch für diese Form der Berufsausübung gewährleisten. Das wären z.B. Regelungen zur Gewinnbeteiligung, Mehrheiten der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte und Berufshaftpflichtversicherungen etc.

Darüber hinaus werden für zahnmedizinische MVZ folgende weitere gesetzliche Regelungen für dringend geboten gehalten:

- Pflicht zur Steuerzahlung im Inland,
- lokaler Bezug (gleiches Land) eines gründungsberechtigten Krankenhauses zum zu gründenden MVZ,
- fachlicher Bezug des gründungsberechtigten Krankenhauses zum zu gründenden MVZ, das gründende Krankenhaus muss also zwingend über eine zahnärztliche oder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgische Abteilung verfügen,
- verbindliche Haltefristen von mindestens zehn Jahren für Beteiligungen an solchen Konstrukten,
- Regelungen zur Transparenz bezüglich der Eigentümer eines solchen MVZ,
- Regelung in Bundesgesetzen (z.B. SGB),
- keine Gewinnbeteiligung von Dritten,
- Anteilsmehrheit bei Zahnärztinnen und Zahnärzten,
- Geschäftsführerin bzw. Geschäftsführer muss eine Zahnärztin bzw. Zahnarzt sein.“

Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) vom 25.04.2022:

„Im Ergebnis und zusammenfassend kann auf den Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 124. Deutschen Ärztetag vom 04./05.05.2021 verwiesen werden, in dem der DÄT folgendes beschlossen hat:

"Menschen statt Margen in der Medizin

In der Coronapandemie hat es sich als großer Vorteil erwiesen, dass Deutschland in den vergangenen Jahren – vielen anderslautenden Forderungen zum Trotz – an einer flächendeckenden Krankenhausversorgung und einer starken ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung festgehalten hat. Eine der wichtigsten Lehren aus der Pandemie muss es deshalb sein, diese leistungsstarken Strukturen zu erhalten und auszubauen, statt sie auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen, wie es in der Vergangenheit von verschiedenen Seiten gefordert und auch betrieben worden ist.

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

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert deshalb von der Politik ein klares Bekenntnis gegen zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Diesem Bekenntnis müssen konkrete gesetzgeberische Maßnahmen folgen. Krankenhäuser sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten. Dies muss sich in einer an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Krankenhausvergütung und Planung widerspiegeln. Im ambulanten Bereich häufen sich Übernahmen von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch Fremdinvestoren, z.B. durch sogenannte Private-Equity-Gesellschaften. Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden. Zu befürchten ist ferner eine Konzentration von investorenbetriebenen medizinischen Einrichtungen, vor allem in Ballungsräumen. Der 124. Deutsche Ärztetag fordert deshalb eine Begrenzung der Beteiligungsmöglichkeiten von Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung. Insbesondere sind die Größe und der Versorgungsumfang von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu begrenzen. MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser sind an einen fachlichen und räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag zu koppeln. Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung eines Arztes sind dann abzulehnen, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit externen Kapitalgebern sind zu unterbinden. Darüber hinaus sollten in einem Register alle MVZ aufgeführt werden, damit mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte über die im Bereich des im SGB V agierenden Finanzinvestoren geschaffen wird."

Im Detail wird auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 27.02.2020 zur Bundesanfrage (BT-Drs. 19/14372) zu Private Equity verwiesen.“ (Anlage 1)

Wiesbaden, 4. Mai 2022

Kai Klose

Anlagen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020

Berlin, 27.02.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz

10623 Berlin

Grundlegende Bewertung des Antrags

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

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

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

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

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

Konzernbildung im ambulanten Sektor entgegenwirken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Begründung:

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

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

- Anstellungsgrenzen über Bundesmantelvertrag festlegen

Begründung:

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

- Vorgabe eines breiten bzw. grundversorgenden Behandlungsspektrums

Begründung:

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

- Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

Begründung:

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

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

Begründung:

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

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

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