

Beteiligung von Finanzinvestoren an der ambulanten ärztlichen Versorgung: Problembeschreibung und Lösungsansätze mit Blick auf das SGB V

Gemeinsames Arbeitspapier

Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

24. November 2018

I. Ausgangslage

Die als Folge des medizinischen Fortschritts zunehmende Spezialisierung in der Medizin erfordert daran ausgerichtete Strukturen der ärztlichen Zusammenarbeit. Das ärztliche Berufsrecht und das Vertragsarztrecht haben hierfür neue Kooperationsformen geschaffen und es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, in diesen Kooperationsformen zwischen einer selbstständigen und einer angestellten Tätigkeit wählen zu können.

Durch das GKV- Modernisierungsgesetzes (2004) und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) ist die ärztliche Berufsausübung deswegen mit dem Ziel flexibilisiert worden, im Interesse einer guten Patientenversorgung neue Formen der Zusammenarbeit zu ermöglichen, ohne damit den „Weg in die eigene Niederlassung“ zu erschweren oder zu verbauen (Begründung zum GKV- Modernisierungsgesetz von 2004). Ziel ist es auch, dadurch die Attraktivität der ambulanten ärztlichen Tätigkeit angesichts größerer Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben zu erhalten.

1. Gesetzliche Grundlagen

Die Gründungs- und Zulassungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind in § 95 SGB V geregelt. Sie wurden durch verschiedene Gesetzesnovellen mehrfach modifiziert. Aktuell sind zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V oder gemeinnützige Träger, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und Kommunen gründungsbe-rechtigt.

In der Gesetzesbegründung des **GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) 2012** heißt es dazu, dass „Medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.“¹¹

Durch das **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015** hat der Gesetzgeber aber die Gründung von arztgruppengleichen, sogenannten Mono-MVZ ermöglicht. Seitdem können nicht nur hausärztliche sondern auch rein labormedizinische, radiologische und zahnärztliche MVZ betrieben werden, die im Gegensatz zu Vertragsarztpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften nicht den Anstellungsgrenzen des Bundesmantelvertrages unterliegen.

¹ BT-Drucksache 17/6906 vom 05.09.2011: Gesetzesbegründung zum GKV-VStG

Damit ist eine Entwicklung eingeleitet worden, die der vorstehend dargestellten Zielsetzung einer Flexibilisierung der ärztlichen und zahnärztlichen Kooperationsstrukturen zuwiderläuft.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in seinem Gutachten 2018 dazu aus, dass bei den medizinischen Versorgungszentren „sowohl im Jahr 2015 als auch im Jahr 2016 ca. 90 % der Neuzulassungen in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren erfolgt sind. Insgesamt haben im Jahr 2016 nur knapp 12 % der Neuzulassungen in ländlichen Regionen stattgefunden.“²² Dies erschwere die Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung.

2. Entwicklung der MVZ-Strukturen

In den letzten Jahren zeichnet sich zunehmend eine Konzernbildung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ab. Als Folgen drohen Monopolbildung, Einschränkung von Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten und eine zunehmende Abhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung von Konzernen. Diese Entwicklungen können nicht ohne negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung bleiben.

Exemplarisch lassen sich die voranschreitenden Konzentrationsprozesse anhand einiger Fachgruppen deutlich machen. So sind im Landesteil Nordrhein inzwischen 35,84% der nephrologischen Sitze in medizinischen Versorgungszentren angesiedelt, die sämtlich von Konzernen betrieben werden.

Bei der Fachgruppe der Laborärzte sind über 80% der Sitze in medizinischen Versorgungszentren angesiedelt. Ein Unternehmen hält mit zwei Trägergesellschaften alleine 13,93 % der Sitze.

Bei der Fachgruppe der Radiologen sind 32,55% der Sitze in medizinischen Versorgungszentren angesiedelt, ein Unternehmen hält alleine über 10% der Sitze.

Noch ausgeprägter ist die Entwicklung in der Fachgruppe der Strahlentherapeuten. Hier sind 62,26% der Sitze in MVZ angesiedelt. Ein Unternehmen hält allein über 15% der Sitze.

MVZ siedeln sich primär in Großstädten, Ballungsräumen und ländlichen, einkommensstarken Regionen an. Da sich ein Großteil der MVZ in gut bis sehr gut versorgten Planungsbereichen befindet, leisten diese entgegen dergesetzgeberischen Intention keinen Beitrag zur Versorgung strukturschwacher Regionen.

3. Gesetzlich notwendige Konsequenzen

Es ist dringend erforderlich, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten und im Interesse der Patientinnen und Patienten den freiberuflichen Charakter der ambulanten Versorgung, auch in eigener Praxis, zu erhalten.

² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2018, S. 393

Die berufliche Unabhängigkeit des Arztes ist zwar berufsrechtlich auch bei einer Tätigkeit in einem Arbeitsverhältnis zu garantieren (§ 23 MBO-Ä). Wenn Ärzte unter dem ökonomischen Leistungsdruck von Kapitalinvestoren arbeiten müssen, besteht jedoch die Gefahr von Fehlanreizen in Richtung einer über das medizinisch erforderliche hinausgehenden Leistungsausweitung.

„Ökonomisch“ ist dies nur aus der Perspektive des Investors. Aus der Perspektive des sozialen Sicherungssystems und der Vorgaben des SGB V handelt es sich hingegen um eine unwirtschaftliche Leistungserbringung. Dieser Druck wird umso stärker, je höher die Interessenquote der Anleger ist.

II. Bewertung des Kabinettsentwurfes eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Das Bundeskabinett hat am 26.9.2018 den Regierungsentwurf eines „Terminservice- und Versorgungsgesetzes“ beschlossen. Dieser Gesetzentwurf enthält eine Reihe von Regelungsvorschlägen, die sich auf medizinische Versorgungszentren beziehen. Ziel dieser Regelungen ist es ausweislich der Gesetzesbegründung (A II 2.4), „die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und selbstständiger Tätigkeit zu sorgen“. Zwei Regelungsvorschläge des Gesetzentwurfs sind in ihrer Tendenz zu begrüßen.

- So soll die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ auf ein sachgerechtes Maß beschränkt werden. Künftig soll der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht.
- Um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstrukturen zu begrenzen, soll die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf fachbezogene MVZ beschränkt werden.

Diese beiden Maßnahmen sind jedoch alleine nicht ausreichend, um der aufgezeigten Konzernbildung entgegenzuwirken.

Dies gilt umso mehr, als andere Regelungsvorschläge des Gesetzentwurfes zu einer weiteren Stärkung vom MVZ beitragen würden. Genannt seien die Stärkung von MVZ in Nachbesetzungsverfahren und die explizite Klarstellung, dass eine Träger-GmbH auch mehrere MVZ tragen kann.

III. Regelungsvorschläge auf Ebene des SGB V

Die folgenden Regelungsvorschläge sollen die kritischen Entwicklungen aufhalten und teils wieder umkehren, ohne dabei die Vorteile zu gefährden, die sich aus der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit und der Einführung von MVZ für die Patientenversorgung und die ärztliche Tätigkeit ergeben haben.

Der mit diesem Papier wiedergegebene Stand der gemeinsamen Erarbeitung von Regelungsvorschlägen schließt darüber hinausgehende oder ergänzende Vorschläge, die die beiden Körperschaften gemeinsam oder einzeln einbringen, nicht aus.

1. Beschränkung der Gründungsberechtigung von MVZ:

§ 95 Abs. 1a S. 1 erhält folgende Fassung:

Medizinische Versorgungszentren können von Kommunen sowie von zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 und gemeinnützigen Trägern, die aufgrund einer Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, *im Rahmen ihres durch die Zulassung oder Ermächtigung jeweils definierten Versorgungsauftrages im Einzugsbereich ihres Sitzes* gegründet werden;

Begründung:

Zurzeit besteht für Investoren die Möglichkeit, durch den Ankauf eines Krankenhauses oder eines nicht ärztlichen Dialyseleistungserbringers MVZ zu gründen und zu betreiben. Ein heilberufsfremder, nicht gründungsberechtigter Investor kann ein gründungsberechtigtes evtl. defizitäres Krankenhaus allein zum Zwecke der Gründung und des Betriebes von MVZ erwerben.

Er kann ohne jede rechtliche Bindung an den medizinischen Versorgungsauftrag des Krankenhauses MVZ durch die Übernahme von Vertragsarztsitzen betreiben und ist nicht an den räumlichen oder medizinischen Einzugsbereich des erworbenen Krankenhauses gebunden.

Es liegt auf der Hand, dass in MVZ, die in dieser Form betrieben werden, Umsatz- und Rendite-Gesichtspunkte eine erhebliche Rolle spielen und die darin tätigen Vertragsärzte und angestellten Ärzte unter den Druck einer ausschließlich ökonomischen Leistungsauslastung geraten.

Die vorgeschlagene Änderung beinhaltet daher zum einen eine fachliche Anbindung von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern oder Vertragsärzten an die fachliche Ausrichtung der Zulassung oder Ermächtigung und die räumliche Begrenzung auf den jeweiligen Einzugsbereich des gründungsberechtigten Trägers.

Damit wird die Gründung von MVZ auf die damit ursprünglich verbundene Zielsetzung einer Ergänzung und Erweiterung des bei ihrem Träger bestehenden Versorgungsauftrages zurückgeführt. Nicht intendiert war die Verselbstständigung und Vervielfältigung von Versorgungsaufträgen durch den Kauf von Krankenhäusern und die Zweckentfremdung ihrer Zulassung.

2. Gesetzliche Ermöglichung bundesmantelvertraglicher Anstellungsgrenzen, wie sie über § 32b Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV bereits für "herkömmliche" Vertragsarztpraxen bestehen, auch für MVZ

§ 32b Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV erhält folgende Fassung:

In den Bundesmantelverträgen sind Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte durch Vertragsärzte *und medizinische Versorgungszentren* unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes *beziehungsweise zur Wahrung der Vielfalt an Versorgungsträgerangeboten in einer Versorgungsregion*.

Begründung:

Es besteht eine zunehmende Tendenz junger Ärztinnen und Ärzte, generell oder vor einer späteren eigenen Niederlassung in einem Angestelltenverhältnis längere Zeit tätig sein zu wollen.

Die erhebliche Zunahme von MVZ in Großstädten und Ballungsgebieten entfaltet eine "Sogwirkung", so dass weniger Ärztinnen und Ärzte eine Anstellung auf dem Land in Betracht ziehen.

Es war früher nahezu die Regel, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte die Praxen auf dem Land, in denen sie tätig waren, schlussendlich auch übernommen haben. Bei einer stark verminderten Anzahl von angestellten Ärztinnen und Ärzten auf dem Land findet diese Vorgehensweise zwangsläufig kaum noch statt.

Somit verkehrt sich auch die mit einer erleichterten MVZ-Gründung verbundene Zielsetzung des GKV-VSG einer Versorgungsstärkung hier in ihr Gegenteil.

Dieser die Versorgung schwächenden Entwicklung kann nur dadurch begegnet werden, dass der § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV den Bundesmantelvertragspartnern (KBV /GKV-SV) aufgibt, zahlenmäßige Begrenzungen von angestellten Ärzten auch in MVZ vorzusehen.

3. Stärkung der Zulassungsausschüsse und Begrenzung von Fehlanreizen durch den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug

Nach § 95 Abs. 3 Satz 2 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Teilnahme eines medizinischen Versorgungszentrums an der vertragsärztlichen Versorgung hat grundsätzlich die gesamte Breite des Versorgungsauftrages zu umfassen, soweit nicht der Zulassungsausschuss unter Berücksichtigung der Versorgung eine Einschränkung zugelassen hat.“

In § 32b Abs. 2 Ärzte-ZV wird folgender S. 2 eingeführt:

Der Zulassungsausschuss kann die Genehmigung mit Auflagen verbinden, die der Einhaltung des Versorgungsangebotes der betreffenden Fachrichtung beziehungsweise zum notwendigen Umfang des Versorgungsangebotes bei einer beantragten eingeschränkten Zulassung oder Ermächtigung dienen.

Begründung:

Die Zulassungsausschüsse können unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen ihre Entscheidung nicht im erforderlichen Umfang an den Erfordernissen einer ausgewogenen, vielfältigen regionalen Versorgung ausrichten.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat deshalb gefordert, die Regelungen für die Zulassung so anzupassen, dass eine Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten im Zulassungsbezirk sicher gewahrt bleibt.

Nach der Übernahme bestehender Praxen durch MVZ kann es zu einer Einengung der angebotenen Versorgung auf bestimmte, besonders lukrative Leistungen kommen, während andere, z.B. konservative Teile des Versorgungsspektrums verloren gehen.

Damit wird auch für Patienten der Zugang zur notwendigen medizinischen Grundversorgung trotz nach dem Bedarfsplan bestehender Bedarfsdeckung erschwert.

Der Sachverständigenrat hat deswegen vorgeschlagen, dass es ermöglicht werden soll, die Sitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums zu koppeln. (SVR-Gutachten 2018, Seite 771, Empfehlung 1b).

4. Begrenzung der freien Preisbildung beim „Verkauf“ von Sitzen

In § 103 Abs. 4 SGB V wird nach Satz 8 folgender Satz angefügt:

Der ausscheidende Vertragsarzt oder sein Erbe bzw. seine Erbengemeinschaft ist verpflichtet, dem Zulassungsausschuss die zur Bewertung des Verkaufspreises notwendigen Angaben zu machen und auf Verlangen die bestehenden Vertragsunterlagen vorzulegen.

Begründung:

Unter den gegenwärtigen Bedingungen können Kapitalinvestoren jeden unter Berücksichtigung der notwendigen Wirtschaftlichkeit der fortgeführten Einrichtung vertretbaren Preis überbieten. Es bedarf daher zumindest der rechtlichen Ermöglichung einer Intervention durch den Zulassungsausschuss auf der Grundlage vom ausscheidenden Vertragsarzt vorzulegender Unterlagen.

5. Gewährleistung der ärztlichen Unabhängigkeit

Nach § 95 Absatz 1a Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte muss bei Ärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte oder als angestellte Ärzte gemäß Abs. 6 Satz 4 tätig sind. Dies gilt nicht, wenn es sich um ein medizinisches Versorgungszentrum handelt, das in dem Planungsbereich liegt, in dem der Gründer seinen Sitz hat oder wenn der Landesausschuss für den Planungsbereich für die jeweilige Fachgruppe eine Unterversorgung festgestellt hat.

Der Abschluss von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen mit natürlichen oder juristischen Personen, die nicht in Satz 1 genannt sind, ist unzulässig.

Begründung:

Auf das Risiko von Fehlanreizen auf die ambulante Versorgung durch den Einfluss von renditeorientierten Kapitalgebern weist die Begründung des aktuellen Regierungsentwurfes zum Terminservice- und Versorgungsgesetz ebenso hin, wie die Begründungen vorangehender Gesetze (s.o.).

Es ist deswegen erforderlich, für diesen Tatbestand wirksame Regelungen zu treffen. Außerdem gilt es, Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit externen Kapitalgebern zu unterbinden.

Einschränkungen hinsichtlich Fremdkapitalgebern finden sich durchgängig bei den freien Berufen, so z. B. bei Apothekern, Rechtsanwälten, Bauingenieuren und Wirtschaftsprüfern. So hat der Bundesgesetzgeber beispielsweise in § 59e der Bundesrechtsanwaltsordnung geregelt:

(1) Gesellschafter einer Rechtsanwaltsgesellschaft können nur Rechtsanwälte und Angehörige der in § 59a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Rechtsanwaltsgesellschaft beruflich tätig sein. § 59a Abs. 1 Satz 3 und 4 und § 172a sind entsprechend anzuwenden.

(2) Die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte muß Rechtsanwälten zustehen. Sofern Gesellschafter zur Ausübung eines in Absatz 1 Satz 1 genannten Berufs nicht berechtigt sind, haben sie kein Stimmrecht.

(3) Anteile an der Rechtsanwaltsgesellschaft dürfen nicht für Rechnung Dritter gehalten und Dritte nicht am Gewinn der Rechtsanwaltsgesellschaft beteiligt werden.

(4) Gesellschafter können zur Ausübung von Gesellschafterrechten nur stimmberechtigte Gesellschafter bevollmächtigen, die Angehörige desselben Berufs oder Rechtsanwälte sind.

Diese Regelungen dienen dem Schutz derjenigen, die im Rahmen eines besonderen Vertrauensverhältnisses die Leistungen der freien Berufe in Anspruch nehmen.

Mit Blick auf die medizinische Versorgung ist für Patientinnen und Patienten die Gewissheit von entscheidender Bedeutung, dass der Arzt seine Empfehlung ausschließlich am medizinisch Gebotenen und am Patientenwohl ausrichtet, ohne sich dabei von ökonomischen Anreizen leiten zu lassen.

Dieser Schutz ist auch dann erforderlich, wenn die ambulante ärztliche Versorgung in einem MVZ geleistet wird. Dies lässt sich nur durch eine Regelung im Sozialrecht erreichen.

Die vorgeschlagene Regelung soll der Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit, deren Unabhängigkeit und damit auch der Patientensicherheit dienen. Es geht darum, Einflüsse fernzuhalten, die zu stark auf finanzielle Interessen fokussiert sind dabei die genannten Ziele außer Acht lassen.

Dies entspricht auch dem in § 12 SGB V verankerten Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Dazu kommt, dass es sich bei diesen Zielen gerade auch um Ziele für die Allgemeinheit und deren Wohl handelt.

Zudem sind sie nicht bloß vernünftig, vielmehr notwendig um wichtige Rechtsgüter zu schützen. Denn gerade die Patientensicherheit beinhaltet auch die Gesundheit der jeweiligen Person. Diese darf nicht durch rein finanzielle Interessen gefährdet werden.