

„Wir lehnen eine profitmaximierende Medizin ab“

Dr. Petra Reis-Berkowicz über Private-Equity-Gesellschaften in der ambulanten Versorgung

Private-Equity-Gesellschaften sind sowohl in der medizinischen als auch in der zahnmedizinischen Versorgung auf dem Vormarsch – auch weil ein MVZ-Regulierungsgesetz noch immer auf sich warten lässt. Wir sprachen mit Dr. Petra Reis-Berkowicz, stellvertretende Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Bayerns, warum die „Heuschrecken“ die flächendeckende Versorgung gefährden.

BZB: Wie weit ist der Konzentrationsprozess in der hausärztlichen Versorgung bereits fortgeschritten? Welchen Versorgungsanteil haben iMVZ in Bayern?
Reis-Berkowicz: Aktuell liegen diese Zahlen noch auf niedrigem Niveau. Nur ein Prozent der hausärztlichen Praxen befinden sich in der Hand von Finanzinvestoren. Mit Finanzinvestoren meine ich vor allem Private-Equity-Gesellschaften (PEG).



„Wir sehen die Notwendigkeit, die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern stärker zu begrenzen“, meint Dr. Petra Reis-Berkowicz mit Blick auf den Vormarsch von investorenfinanzierten MVZ (iMVZ).

Allerdings zeichnet sich in den vergangenen zwei Jahren im Bereich der hausärztlichen MVZ in PEG-Hand eine dynamisierte Entwicklung ab. Mehr als jede zehnte in einem MVZ tätige Hausärztin beziehungsweise jeder zehnte Hausarzt arbeitet inzwischen unter Trägerschaft von Private Equity. Das sind sehr dynamische Anstiege innerhalb kurzer Zeit. Dies deutet darauf hin, dass die Investoren ihren Fokus auch auf die klassischen, patientenorientierten Versorgungsformen ausgedehnt haben. Es ist also keinerlei Entwarnung geboten! Auch in den fachärztlichen Bereichen, die bereits stark von Investoren dominiert sind wie die Augenheilkunde, startete die Entwicklung von niedrigem Niveau und nahm dann richtig Fahrt auf.

BZB: In der Zahnmedizin sind iMVZ nahezu ausschließlich in Großstädten angesiedelt. Sie leisten also keinen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung. Ist das in der hausärztlichen Versorgung ähnlich?
Reis-Berkowicz: Zahlen der KVB zeigen ganz klar und deutlich: Die Investoren in der hausärztlichen Versorgung engagieren sich überwiegend in Großstädten beziehungsweise wirtschaftsstarken Räumen. Die wohnortnahe Versorgung abseits der Ballungsräume tragen hingegen im Wesentlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Um die Planungsbereiche, in denen wir eine drohende oder tatsächliche Unterversorgung haben oder in denen viele Hausarztsitze offen sind, machen Investoren einen weiten Bogen. Die Erzählung der Investorenlobby, dass ihre Praxen die Versorgung im ländlichen Raum sichern, lässt sich belegbar ins Reich der Märchen verweisen.

BZB: Sie beklagen, dass Labormedizinketten verstärkt Hausarztsitze aufkaufen. Warum geht das zulasten der Patienten?
Reis-Berkowicz: Während über 80 Prozent der Einzelpraxen und BAG ein breites hausärztliches Leistungsspektrum aufweisen, trifft dies nur auf 27 Prozent der PEG-MVZ zu. Die Konsequenz: 50 Prozent der Patienten eines solchen MVZ benötigen einen zweiten Hausarzt, weil sie in diesen renditeorientierten Praxen nicht die medizinisch notwendigen Behandlungen erhalten. Diese MVZ behandeln auch im Mittel weniger Patientinnen und Patienten, die bereits im Vorquartal in der Praxis waren. Für Chroniker etwa ist diese mangelnde Behandlungskontinuität absolut negativ, weil es immer besser ist, wenn ich als Ärztin den Patienten bereits länger kenne. Noch ein anderes Beispiel: Auf 100 Patienten kommen bei Hausärztinnen und Hausärzten im Mittel rund 3,5 Hausbesuche. In PEG-MVZ beobachten wir 0,3 Besuche. Das grenzt an Arbeitsverweigerung beim Hausbesuch, der zu den ureigensten Aufgaben des Hausarztes gehört. In diesem Zusammenhang kann sich der Vor-


© inimalGraphic – stock.adobe.com

schlag der Bundesregierung, dass die KVen im Zuge der Notfallreform einen 24/7-Hausbesuchsdienst vorhalten müssen, übrigens toxisch auswirken. Dann können diese Praxen nämlich noch leichter zum Patienten im Rollstuhl sagen: „Ach, rufen Sie doch bei der KVB an, die schicken Ihnen dann schon jemanden nach Hause."

BZB: Stichwort Übertherapie: Ist es tatsächlich so, dass iMVZ Leistungen erbringen und abrechnen, die medizinisch nicht indiziert sind, um ihre Rendite zu erhöhen?
Reis-Berkowicz: Auch hier lässt die Auswertung der Abrechnungsdaten der KVB den Schluss zu: Diese Praxisketten rechnen überdurchschnittlich die hausärztliche Grundpauschale ab. Besser wäre wahrscheinlich der Ausdruck „abgreifen". Dazu passen auch Aussagen von Aussteigern aus diesen MVZ, dass wenig lukrative Patienten pro Quartal höchstens zweimal kommen dürfen, und dann heißt es: Leider ist gerade kein Termin frei. Ich habe zuletzt ein Werbeplakat einer solchen großen hausärztlichen Praxiskette mit dem Slogan „we love gkv" gesehen. Wenn man sich das Abrechnungsverhalten und die Berichte von ehemaligen Mitarbeitern dort anschaut, gilt dies wahrscheinlich vor allem für die GKV als Honigtopf für Investoren.

BZB: Angeblich haben die in iMVZ angestellten Ärzte Arbeitsverträge mit Umsatzzielen und Provisionen. Wie lässt sich das mit dem Berufsethos vereinbaren?
Reis-Berkowicz: Ich möchte nicht so weit gehen, dass dies unvereinbar ist. Dies wäre über das Ziel hinausgeschossen. Ich konnte noch nie Einblick in einen solchen Arbeitsvertrag nehmen, in dem Umsatzziele und Provisionen festgeschrieben sind. Aber es besteht mindestens ein Spannungsverhältnis zwischen den Strukturen, die belegbar ein offenbar renditeorientiertes Abrechnungsverhalten begünstigen, sowie einer medizinisch notwendigen und angemessenen Diagnostik und Therapie. Im Beschlussprotokoll des diesjährigen Ärztetages ist es meiner Meinung nach sehr gut auf den Punkt gebracht: „Medizinische Versorgungszentren dürfen nicht zu Spielbällen von Finanzinvestoren werden, die Gesundheit in ein Spekulationsobjekt verwandeln. Die Würde des Patienten und die Freiheit des Arztes müssen Vorrang vor Profitinteressen haben."

BZB: Ein MVZ-Regulierungsgesetz lässt weiter auf sich warten. Was wären aus Ihrer Sicht die Minimalanforderungen, um den Vormarsch der „Heuschrecken" in der ambulanten Versorgung wirksam zu begrenzen und das Patientenwohl wieder in den Vordergrund zu stellen?
Reis-Berkowicz: Der Vergleich mit den Heuschrecken ist nicht ganz passend. Bei einer Heuschreckenplage ist das Feld am Ende leer gefressen und für den Bauern bleibt zur Ernte nichts mehr übrig. Finanzinvestoren kaufen Praxissitze, verbinden diese zu größeren Einheiten und wollen diese nach einer Haltefrist von fünf bis acht Jahren als maximale „Ernte" weiterverkaufen. Um es klar zu sagen: Wir lehnen eine solche profitmaximierende Medizin ab. Die Minimalforderung ist für uns die Einführung eines bundesweiten MVZ-Transparenzregisters. Der Patient muss endlich nachvollziehen können, wem ein MVZ tatsächlich gehört – inklusive aller nachgelagerten Beteiligungsstrukturen. Nur so schaffen wir Klarheit für Patientinnen und Patienten, aber auch für uns als Selbstverwaltung. Das reicht aber noch lange nicht. Wir sehen außerdem die Notwendigkeit, die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern stärker zu begrenzen. Krankenhaus-MVZ sollten enger an das eigene Versorgungsgebiet gebunden sein. Das verhindert, dass große Klinikkonzerne bundesweit MVZ-Ketten aufbauen, die mit regionaler Versorgung wenig zu tun haben. Wir wollen die vertragsärztliche Verantwortung in MVZ stärken. MVZ dürfen nicht zu rein betriebswirtschaftlich gesteuerten Einheiten werden. Der ärztliche Leiter braucht klar definierte Aufgaben und Befugnisse. Nur wenn seine medizinische Unabhängigkeit gesichert ist, können wir die Qualität der Versorgung dauerhaft gewährleisten.

BZB: Gibt es denn Möglichkeiten, das Zulassungsrecht zu verschärfen?
Reis-Berkowicz: Ja, die gäbe es. Die Zulassungsausschüsse müssen in Zukunft besser prüfen können, ob ein MVZ seine vertragsärztlichen Pflichten erfüllt. Dafür brauchen sie erweiterte Prüfkompetenzen, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. In Nachbesetzungsverfahren sollten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Vorrang haben. Das ist wichtig, um die freiberuflichen Strukturen zu erhalten, die unser Versorgungssystem über Jahrzehnte getragen haben. Wir müssen uns das Zulassungsrecht genauer ansehen – insbesondere den Verzicht auf eine Zulassung zugunsten einer MVZ-Anstellung. Denn so können Vertragsarztsitze systematisch in MVZ-Strukturen überführt und dort gebündelt werden. Auch die Konzeptbewerbung nach § 103 Absatz 4 SGB V gehört auf den Prüfstand. Aktuell kann sich ein MVZ auf eine Zulassung bewerben, ohne konkret einen Facharzt vorweisen zu müssen. Eine BAG oder eine Einzelpraxis muss dies schon. Dies führt dazu, dass sich MVZ bewerben und dann als Verfahrensbeteiligte die Nachbesetzung so lange verzögern, bis die BAG oder die Einzelpraxis aufgibt, weil ihr potenzieller Mitarbeiter abspringt. Damit muss Schluss sein. Schließlich halten wir eine Begrenzung der Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in MVZ für sinnvoll. Das verhindert, dass einzelne Träger in bestimmten Fachgebieten marktbeherrschende Strukturen aufbauen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.