

Positionspapier zu Privaten Investor*innen in der Allgemeinmedizin

Stand Oktober 2022

Die Anzahl allgemeiner Krankenhäuser in privater Trägerschaft steigt seit Jahren kontinuierlich und lag 2020 bei 37,9 %. [1] Auch im ambulanten Bereich nimmt der Einfluss von privaten Investor*innen aktuell stark zu. [2] Ärzt*innenzentren werden in attraktiven Lagen geschaffen, um auch in der ambulanten Versorgung hohe Gewinne zu erwirtschaften. Die Privatisierung des Gesundheitssystems kann sich allerdings sowohl auf Patient*innen als auch auf Mitarbeiter*innen nachteilig auswirken. Das Krankenhaus hat sich in den vergangenen Jahren in vielen Bereichen zu einer Institution entwickelt, in der Patient*innen anhand festgelegter Fallpauschalen und Benchmarks, möglichst schnell und profitabel „durchgeschleust“ werden. Hierunter leidet nicht nur die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung, sondern es findet aufgrund des Zeitdrucks, unabhängig von der Trägerform, keine adäquate Aus- und Weiterbildung mehr statt. [3] Dies führt leider dazu, dass ein großer Teil der stationär tätigen jungen Ärztin*innen daran denkt, enttäuscht den Beruf zu wechseln. [4] Aus diesem Grund blicken wir als Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) mit großer Sorge auf die Zunahme privater Investor*innen in der ambulanten Versorgung.

Die junge Generation der Ärzt*innen begibt sich aktuell nicht mehr im gleichen Maße wie früher in die eigene Niederlassung und Selbstständigkeit. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Zum einen scheuen viele das wirtschaftliche Risiko und die teils ausufernde Bürokratie, zum anderen möchten viele einen geregelten Arbeitsalltag oder in Teilzeit arbeiten, um Beruf, Familie und Freizeit besser vereinbaren zu können. [5] Zur Erfüllung dieser Wünsche kann eine Beschäftigung im Angestelltenverhältnis, beispielsweise in einer Gemeinschaftspraxis oder auch in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), attraktiv erscheinen. Gegenüber einer kleineren Praxis kann die Arbeitszeitgestaltung hier oftmals flexibler erfolgen. Ebenfalls bietet eine größere Anzahl von Kolleg*innen einen breitgefächerten Austausch. Darüber hinaus können Prozesse bspw. im Praxisablauf oder der Praxisverwaltung optimiert und zentral organisiert werden. Der Durchschnittsverdienst ist in MVZs meist höher als in anderen Praxisformen. [6] So verändert sich allmählich die ambulante Medizinlandschaft und der „Einzelkämpfer“ in eigener Praxis ist immer seltener anzutreffen. [7]

Wir als JADE möchten uns nicht generell gegen neue Lösungsansätze stellen und sehen den Hausarzt*innenmangel in vielen Gegenden als große Herausforderung an. Zahlreiche Regionen in Deutschland wurden bereits als hausärztlich unterversorgt oder drohend unterversorgt eingestuft. [8] Um Investitionen im ambulanten Sektor und damit auch dem Aufbau und Betrieb von investorenbetriebenen MVZ einen regulatorischen Rahmen zu geben, fordern wir dafür folgende Grundsätze:

1. Die Leitung eines MVZs muss immer in ärztlicher Hand bleiben. Alle dort tätigen Ärzt*innen müssen frei von Investor*inneninteressen über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit medizinischer Leistungen entscheiden dürfen. Das Durchführen medizinischer Leistungen rein aus wirtschaftlicher Sicht ist absolut inakzeptabel. Die ärztliche Therapie- und Behandlungsfreiheit muss stets gewahrt bleiben. Ferner sollte im Verlauf die Möglichkeit bestehen, dass angestellte Ärzt*innen, Teilhaber*innen innerhalb des MVZs werden.

2. Gewinne sollen möglichst in die Gesundheitsversorgung reinvestiert werden. Die Rendite für private Investor*innen muss von Anfang an begrenzt sein. So ist es legitim, wenn ein kleiner fairer Prozentsatz für Investor*innen gezahlt wird. Eine unbegrenzte, nicht gedeckelte Rendite ist allerdings nicht hinnehmbar. Diese birgt die Gefahr fehlender Reinvestitionen und schlimmer noch der Renditeoptimierung zulasten der Patient*inneninteressen. Wir fordern daher vollständige Transparenz bezüglich der Einnahmen und Gewinnausschüttungen im Rahmen eines MVZ-Registers.

3. Die Aus- und Weiterbildung von jungen Ärzt*innen muss frei von wirtschaftlichem Zeit- und Kostendruck stattfinden. Ärzt*innen in Weiterbildung dürfen nicht als „billige Arbeitskräfte“ missbraucht werden, sondern haben ein Anrecht auf geregelte Weiterbildungszeiten und fest vereinbarte Supervision.

4. Die Grund- und Notfallversorgung muss auch von den investorenbetriebenen MVZs gleichermaßen getragen werden. Eine Konzentration auf gewinnbringende Prozeduren oder ein bestimmtes Patient*innenklientel, wie es bereits im stationären Sektor oftmals der Fall ist, lehnen wir ab. Es wäre vollkommen inakzeptabel, wenn junge gesunde Patient*innen behandelt würden, aber Hausbesuche oder schwer kranke, multimorbide Patient*innen abgelehnt würden. Der Grundsatz der Allgemeinmedizin „Jeder darf mit allem kommen“ muss unbedingt gewahrt werden. Ebenso muss die hausärztliche Versorgung sowohl in der Stadt als auch auf dem Land gewährleistet sein.

5. Wir fordern den kritischen Umgang mit IGe-Leistungen. Dabei möchten wir uns nicht grundsätzlich gegen IGe-Leistungen aussprechen, da es durchaus auch sinnvolle IGe-Leistungen gibt (z.B. Reisemedizinische Beratung/Impfung). Allerdings sollten diese für Patient*innen klar erkennbar sind und bedürfen eines ehrlichen Aufklärungsgesprächs über Evidenz, Kosten, Nutzen und Risiken.

6. Die freie Arztwahl in Deutschland setzt in unserem Grundverständnis voraus, dass Patient*innen sich über die Ärzt*innen und damit auch über deren Praxisstruktur informieren können sollen. Daher müssen Strukturen von investorenbetriebenen MVZs klar als solche erkennbar sein. Eine, auch gegebenenfalls nur regionale, Monopolstellung ärztlicher Anbieter in einem oder mehreren Fachgebieten muss vermieden werden. Die Verhinderung oder Beseitigung solcher Monopole ist eine politische Aufgabe. Ansatzpunkte für die Gesundheitspolitik wären unter anderem eine Reform der Kassensitzabgabe, eine Mindestdauer für die Beteiligung an einem MVZ oder auch eine Regionalregelung für sog. Krankenhaus-MVZ,¹ analog zum Apothekengesetz, so dass nur eine kleine Anzahl von zusätzlichen MVZ in derselben oder benachbarten Region betrieben werden dürfen.² So kann eine Monopol-Stellung vermieden werden.

¹ MVZ können nach §95 (1a) SGB V u.a. von zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Diese Form der Trägerschaft ist hier mit „Krankenhaus-MVZ“ gemeint. [9]

² Nach §2 (4) und (5) Apothekengesetz dürfen Apotheker Filialen nur innerhalb desselben Kreises, kreisfreien Stadt oder benachbarten Kreisen und Städten betreiben. [10] Eine der Apotheken muss persönlich geführt werden.

Die Wahrung der Patient*inneninteressen und die Stärkung der Allgemeinmedizin ist uns als JADE sehr wichtig. Beides sehen wir jedoch durch die aktuelle Entwicklung mit Zunahme von investorenbetriebenen MVZs als gefährdet an. Daher fordern wir die Politik und die ärztliche Selbstverwaltung dazu auf, kleinere Praxen oder kommunale Träger zu fördern und Bürokratie abzubauen. Des Weiteren müssen Strukturen geschaffen werden, damit zum einen die Niederlassung und Selbstständigkeit des Arztberufes wieder attraktiver, zum anderen eine Arbeit in Anstellung in ärztlich geführten Praxen ebenfalls ermöglicht wird. Gleichzeitig fordern wir die gesetzliche Regulierung von investorenbetriebenen MVZs, damit eine gute Patient*innenversorgung auch in der Zukunft gewährleistet wird.

Die JADE wurde 2008 gegründet und hat sich seitdem zum größten Forum angehender und junger Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Deutschland entwickelt.

M. Götzemann, B. Hilbert und P. Nohl-Deryk für die JADE

1. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausstatistik - Eckdaten der Krankenhausversorgung.
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2._Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20220517.pdf (letzter Zugriff am 14.09.2022)
2. Scheuplein C. Übernahme von MVZ durch Private-Equity-Investoren in Bayern. Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2021
3. MB-Monitor 2017. Berlin: Marburger Bund, 2017
4. MB-Monitor 2022. Berlin: Marburger Bund, 2022
5. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019
6. apoBank, DocCheck Research. Rund 76.000 Euro verdienen angestellte Hausärzte in Praxen und MVZ im Schnitt. apoBank, 2021
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Bundesarztregister, MVZ-Register. KBV Gesundheitsdaten - Praxen. Immer weniger Einzelpraxen.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php> (letzter Zugriff am 16.10.2022)
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV. Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2021. Gesundheitsdaten KBV. 2022. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (letzter Zugriff am 15.10.2022)
9. § 95 SGB 5 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
10. § 2 ApoG - Gesetz über das Apothekenwesen.

■ Pressekontakt

oeffentlichkeitsarbeit@jungeallgemeinmedizin.de

Junge Allgemeinmedizin Deutschland
c/o DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin

■ www.jungeallgemeinmedizin.de