Foto: privat

Paul U. Unschuld

Unser Gesundheitswesen entwickelt sich zur industriellen Gesundheitswirtschaft

Für den Medizinhistoriker, der die gegenwärtigen Entwicklungen in unserem Gesundheitswesen beobachtet, ist dies eine faszinierende Zeit. Wir haben das Ende einer Periode erreicht, die gegen Ende des 18. Jahrhunderts begann. Eine gesunde Industriearbeiterschaft benötigte eine gesunde Bevölkerung ungeachtet von Bildung, Vermögen und Schichtzugehörigkeit. Dasselbe galt für die neue Militärstrategie der Volksheere – auch hier wurden so viele wie möglich gesunde Männer benötigt. Das war der Moment, in dem die Ärzteschaft das Mandat erhielt, sich für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung einzusetzen, und das war verbunden mit dem Privileg, unbequeme Fragen an die Mächtigen zu stellen, wenn irgendwo Wohn-, Arbeits- oder Lebensbedingungen erkannt wurden, die der Gesundheit der Gesamtbevölkerung abträglich sind. Die Gründung der Gesetzlichen Krankenkassen war der Baustein, der das neue Gesundheitssystem vollendete, dessen Ende wir nun miterleben.

Die Meinung der Ärzteschaft wird nicht mehr als Maßstab aller Dinge anerkannt. Die Krankenkassen beanspruchen die Leitung und sind aus der Mittlerrolle zu eigenständig agierenden Industrien mit eigenen Produkten und eigenem Gewinnmaximierungsinteresse geworden. Tatsächlich sind es nicht nur diverse Kassen, die sich in Deutschland ein Mitspracherecht erkämpft haben. Mehr noch sind es mittlerweile die Investoren und direkt abhängig von diesen oder auch mittlerweile in Diensten staatlicher oder kommunaler Träger wirkende Kaufmännische DirektorInnen, die – ohne je Medizin studiert zu haben und ohne je Verantwortung am Krankenbett oder im Operationssaal getragen zu haben – vor allem nach marktwirtschaftlichen und Rendite-Erwägungen die Leistungen im Krankenhaus definieren.

Die Entwicklung zu einer von vielen Ärzten als Entmündigung wahrgenommenen Beeinträchtigung ihrer Entscheidungsbefugnisse vollzieht sich nicht auf allen Ebenen der Krankenversorgung in gleichem Maße. Aber der Wandel in unserem Gesundheitswesen ist unverkennbar. Es ist ein Wandel hin zu einer industriellen Gesundheitswirtschaft. Ziel ist es, das Gesundheitswesen industriellen Marktmechanismen zu unterwerfen, um es auf diese Weise in einen gesellschaftlichen Faktor zu verwandeln, der den Staat nicht länger dazu zwingt, Steuergelder für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auszugeben. Stattdessen soll die industrielle Gesundheitswirtschaft sich nicht nur selbst tragen, sondern, um Investoren anzulocken, möglichst hohe Renditen erzeugen. Vor fünf, sechs Jahren gingen viele Ärztinnen und Ärzte auf die Straße, um gegen ihre Arbeitsbedingungen zu protestieren. Diese Proteste waren naiv. Sie spiegelten den Glauben wieder, einzelne Politiker seien möglicherweise für gute Argumente empfänglich und besäßen die Kraft, den Gang der Dinge zu beeinflussen. Genau dies ist nicht der Fall.

Die zweite Beobachtung rührt aus Büchern, in denen die zunehmende marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitswesens beschrieben und kritisiert wird. Diese Bücher nennen zahlreiche subjektiv von Ärzten empfundene oder auch objektiv vorhandene Missstände, aber es fehlt ihnen doch ein wesentlicher Inhalt. Das ist die Analyse der Ursachen für die gescholtene Entwicklung. Hier aber liegt der entscheidende Schlüssel nicht nur für ein Verständnis der Entwicklung des Gesundheitswesens zu einer „industriellen Gesundheitswirtschaft."

Tatsächlich ist der Wandel unseres Gesundheitswesens nur globale Neuorientierung wirtschaftlicher Prozesse. Das von einer immer stärker werdenden Finanzindustrie künstlich geschaffene Geld findet seinen Weg in die reale Wirtschaft. Keine nationale Politik ist imstande, die Konsequenzen einzudämmen; sie sind im Gesundheitswesen genauso erkennbar wie im Erziehungswesen, in der Immobilienwirtschaft – kurz, überall dort, wo Investitionen möglich sind und hohe Renditen versprechen. Diese Herausforderung anzunehmen bedeutet, zunächst einmal ihre Wurzeln zu analysieren. Ohne eine solche Analyse bleibt alle Kritik an manchen Entwicklungen ergebnislos.

Prof. Dr. phil. Paul Ulrich Unschuld, M. P. H.
Direktor des Instituts für Theorie, Geschichte, Ethik,
Chinesischer Lebenswissenschaften der
Charité Universitätsmedizin Berlin

Das Schwerpunktthema finden Sie auf den Seiten 10 bis 23.

Wenn Rendite den Takt vorgibt: Versorgungsfremde Investoren machen sich im Gesundheitswesen breit

Ines Engelmohr

Für versorgungsfremde Investoren wird der Gesundheitsmarkt immer attraktiver. Auch in Deutschland. Es sind vor allem Pflegeheime und (Zahn)-Medizinische Versorgungsketten, auf die Private-Equity-Gesellschaften (PEG) ein Auge geworfen haben. Denn sie bieten hohe Wertsteigerungspotenziale. Steigende Ausgaben, Nachfolgesorgen und die angespannte finanzielle Lage öffentlicher Haushalte machen es Finanzinvestoren leicht, sich im Gesundheitsmarkt einzukaufen und zu positionieren. Um hohe Renditen einzufahren, setzen die Investoren nach dem Kauf meist rasch ihre Strategien zur Umsatz- und Kostenoptimierung um. Das Investitionsobjekt wird eine Weile gehalten und dann mit hoher Rendite wieder verkauft. Die zunehmende Kapitalgebung von Fremdinvestoren im Gesundheitssektor steht im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich in der Kritik.

Der Gesundheitssektor war im Jahr 2017 der wichtigste Sektor für Private-Equity-Investoren. Zu diesem Fazit kommt Dr. Christoph Scheuplein vom Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule.

Scheuplein hat Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor zwischen den Jahren 2013 bis 2018 wissenschaftlich unter die Lupe genommen und in einer Studie veröffentlicht. In diesem Zeitraum ermittelte er rund 130 Übernahmen von Unternehmen mit einer medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten. Die größten Transaktionen seien im Bereich Pflegeheime/-dienste getätigt worden; die meisten Übernahmen fanden in verschiedenen medizinischen Facharztbereichen statt wie der Zahnmedizin, der Augenheilkunde und der Radiologie. Als eine der Groß-Übernahmen nennt die Studie die Rehabilitations-Klinikgruppe MEDIAN und den Pflegeheim-Betreiber Alloheim.

Foto: privat

Dr. Christoph Scheuplein, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule:

Den Private-Equity-Gesellschaften geht es nicht um den Erhalt der Patientenversorgung, sondern um die Gewinne. Wenn sie ihre Einkaufstour weiterhin fortsetzen können, dann entstehen mit den Facharztketten neue Akteure, die auch auf dem Klinikmarkt aktiv werden können.

Überwiegend sind Gesellschaften aus Europa und den USA aktiv

Neue Unternehmensketten, so Scheuplein, würden entwickelt, bei denen zentrale Funktionen wie Rechnungswesen, Einkauf und Qualifizierung aufgebaut und den dezentralen Betriebsstandorten bereitgestellt würden. International gesehen spielen die aus Deutschland stammenden Investitionen nur eine untergeordnete Rolle. Überwiegend seien kapitalkräftige, fondsbasierte Private-Equity-Gesellschaften aus den europäischen Nachbarländern und aus den Vereinigten Staaten aktiv.

Das Prinzip: Meist erwerben Private-Equity-Gesellschaften erhebliche Eigentumsanteile, da sie in die strategischen Entscheidungen des Unternehmens eingreifen wollen. Mit diesem Ansatz grenzen sie sich gegenüber Hedgefonds ab, die ihr Kapital in einem viel breiteren Spektrum von Anlagemöglichkeiten investieren. PE-Gesellschaften arbeiten häufig mit dem Kapital externer Investoren, dass sie wieder zurückzahlen müssen. Dieser Wiederverkauf ist eine erhebliche Ertragsquelle für die Beteiligungsgesellschaften.

Fondsinvestoren profitieren von hohen Renditen

PEGs investieren auch nicht aus einem eigenen Kapitalstock, sondern legen einen Fonds auf, in den externe Investoren einzahlen können. Das eingezahlte Geld steht den Beteiligungsgesellschaften meist für zehn Jahre zur Verfügung. Gewinne werden an die Fondsinvestoren ausgeschüttet; die PEG erhält

Die zunehmende Kapitalgebung von Fremdinvestoren im Gesundheitssektor steht im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich in der Kritik: Wenn nur noch Rendite wichtig ist, kann das Auswirkungen auf Wahlfreiheit und Therapiefreiheit haben.

eine sogenannte Managementgebühr, die jährlich bei rund zwei Prozent des eingezahlten Kapitals liegt. Hinzu kommt: Ist eine Mindestrendite von etwa acht Prozent erreicht, dann darf die PEG üblicherweise ein Fünftel der Gewinne behalten.

Die Fonds von PEGs sind häufig in Offshore-Finanzzentren angesiedelt. Der Grund: Diese bieten geringere Steuersätze sowie geringe Transparenzvorschriften. „Dies erschwert die Nachverfolgung etwaiger Gewinne in den Herkunftsländern der Akteure", weiß Scheuplein.

Auch die durchschnittliche Zeit, in denen ein Unternehmen von einer PEG gehalten werde, ermittelte Scheuplein: Bei Unternehmen mit einem Hauptsitz in Deutschland lag dieser Zeitraum in den letzten Jahren in einer Spanne zwischen fünf und etwas über sechs Jahren.

Zahl der PE-Investoren ist stark gewachsen

PE-Investoren haben seiner Kenntnis nach in den vergangenen zwei Jahren stark zugenommen. Dies betreffe besonders die Pflegeheime. Hier habe es seit 2017 bundesweit fast 50 Übernahmen gegeben. Der Kliniksektor ist seiner Ansicht nach noch nicht so sehr betroffen. Er könne sich aber durchaus vorstellen, dass „der Gesundheitsmarkt neu aufgerollt wird". Sollte die derzeitige „Einkaufspolitik" weiterhin so betrieben werden, dann seien „Facharztketten irgendwann so groß wie Krankenhauskonzerne, die dann vielleicht versuchen werden, den Klinikmarkt zu erobern."

> *Der Gesundheitsmarkt wird neu aufgerollt.*
> *Dr. Christoph Scheuplein*

Der Aufkauf maroder oder defizitärer kleiner Häuser „mag vielleicht den einen oder anderen Kommunalpolitiker derzeit noch freuen, doch den Investoren geht es nicht um den Erhalt für die Patientenversorgung. Den Investoren geht es letztlich nur um die Gewinne in den Facharztsparten", bringt es Scheuplein auf den Punkt.

Doch wer verkauft eigentlich Einrichtungen der medizinischen Patientenversorgung an PEGs? Auch dieser Frage ist Scheuplein nachgegangen. Für ihn steht hierbei das Thema „Nachfolge finden" an zentraler Stelle.

PE-Register kann für mehr Transparenz sorgen

Man werde PE-Übernahmen auch künftig nicht komplett verhindern können, fügt er hinzu. Doch für einen Überblick sei es wichtig, ein Register zu führen, in dem die Eigentümer nachvollziehbar und transparent gelistet seien. Das schaffe Transparenz und auch Qualitätskontrolle. Scheuplein: „Mit einem solchen PE-Register erkennt man, wo die Profiteure sitzen und welche Gewinne sie erzielen." Nach Scheupleins Kenntnis erzielten die in Deutschland im Jahr 2017 aktiven PE-Investoren eine jährliche Rendite zwischen 17 und 18 Prozent. „Da stecken Gelder auch aus dem Gesundheitswesen drin", fügt er hinzu. Es sei eine „neue Qualität" im Gesundheitswesen, dass Versichertenbeiträge über Steueroasen an die Kapitaleigentümer geleitet würden. Der Staat verliere so einen Teil der Steuereinnahmen. „Doch wenn sich PE-Unternehmen an öffentlicher Daseinsvorsorge beteiligen, müssen sie sich auch stärker kontrollieren lassen", fordert er.

Transaktionswert hat sich europaweit fast verdreifacht

Die Beratungsgesellschaft Bain & Company legte im vergangenen Jahr eine europaweite Bestandsaufnahme über Private-Equity-Übernahmen im Gesundheitswesen vor: Nach deren Kenntnis hat sich der Transaktionswert von 4,6 Milliarden US-

Ehemaliger Mitarbeiter: Kündigung als persönliche Konsequenz

Der Arzt Dr. D. (Der Name ist dem Ärzteblatt bekannt) hat von 2005 bis 2016 eine kardiologische Rehaklinik in einem großen Rehazentrum in Rheinland-Pfalz geleitet. Diese Klinik gehört zu den MEDIAN Kliniken. Dem Ärzteblatt hat er seine Eindrücke und Erkenntnisse geschildert:

„Die kardiologischen Rehakliniken werden überwiegend von herzchirurgischen Patienten zu Lasten der GKV belegt. Die rheinland-pfälzische AOK/DAK hatte zwischen den Jahren 2000 und 2010 zunehmend gesetzeswidrig die Verteilung der Reha-Patienten an sich gezogen, das Wahlrecht aufgehoben, Budgetverhandlungen abgelehnt und die Patienten kontingentweise an Reha-Träger vermittelt, die bereit waren, die finanziellen Konditionen der GKV zu akzeptieren. Eines der letzten Angebote der AOK/DAK: 1000 Patienten/anno für circa 1.500 Euro pro Reha für 18 bis 28 Tage. Damit war die Unterfinanzierung festgeschrieben.

2015 übernahm der Finanzinvestor WATERLAND den Reha-Konzern. Der Geschäftsführer kam von CASA REHA. Die Vorgabe für alle Standorte: 20 Prozent Gewinn. Hierfür wurden zwei Grundprinzipien eingeführt:

Das erste Prinzip:
Der Mindeststellenschlüssel der BfA wurde für verbindlich erklärt (konzipiert für stabile Patienten im Altersmedian von 55 Jahren); eine Anpassung an den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten wurde nicht mehr vorgenommen; eine Reserve für Krankheitsausfälle gab es nicht; die Versetzung von Personal zwischen einzelnen Fachgebieten des Standorts erfolgte ohne Beachtung der Qualifikation. Und die Honorare ließen nur noch die Einstellung preiswerter Kräfte zu.

Das zweite Prinzip:
Die Gleichschaltung von der Küche bis zur ärztlichen Versorgung auf Konzernebene. Im Medical Board durften die Ärzte nur in Anwesenheit einer Beratungsfirma diskutieren, die die Linie des Trägers vertrat. Gegebenenfalls wurden weitere Beratungsgesellschaften hinzugezogen, bis sich die Mehrheit der Kollegen der Trägervorgabe anschloss oder durch Kündigung ausschied. Dies betraf sowohl diagnostische wie therapeutische Inhalte. Ziel war die Standardisierung zwecks Rationierung.
Einige Monate später habe ich gekündigt - zusammen mit vielen Kollegen. Nach medizinrechtlicher ausführlicher Beratung konnte ich die Verantwortung nicht mehr übernehmen. Viele frühere Mitarbeiter mussten aber aus sozialen oder finanziellen Gründen bleiben.

Mitarbeiter dürfen nicht ihrem Schicksal überlassen bleiben
Die Politik ist auf Ebene der Ministerialdirektoren, des Staatssekretärs, von Ausschussvorsitzenden und Kabinettsmitgliedern informiert. Ihre Antwort: Wir können nicht helfen.
Es geht nicht an, dass Patienten und Mitarbeiter in einer solchen Struktur ihrem Schicksal überlassen werden. Der Staat in allen Bereichen der Daseinsfürsorge hat das Recht und die Pflicht, dem Allgemeinwohl die nötige Geltung zu verschaffen.

Meine persönliche Konsequenz:
Die hiesige Darstellung ist eine nüchterne Betrachtung aus der Ferne. Ich arbeite inzwischen in der Schweiz mit ausreichender Zeit und ausreichenden Ressourcen für meine Patienten." *(eb)*

Dollar im Jahr 2016 auf 12,8 Milliarden US-Dollar im Jahr 2017 fast verdreifacht. Die Zahl der „Deals" hat sich im selben Zeitraum von 49 auf 70 erhöht.

Kritik an schwierigen Arbeitsbedingungen

Die zunehmende Kapitalgebung von Fremdinvestoren im Gesundheitssektor wird von vielen Akteuren kritisch gesehen. Insbesondere ehemalige Mitarbeiter, die in Häusern arbeiteten, welche von Private-Equity-Unternehmen übernommen worden sind, berichten zum Teil von schwierigen Arbeitsbedingungen, die Einfluss auf ärztliche Therapieentscheidungen haben würden, da die Kapitalgeber mit Rendite-Vorgaben Druck ausüben würden.

Vorwürfe dieser Art tauchen auch gegen das Unternehmen MEDIAN auf. Bei MEDIAN handelt es sich um den größten privaten Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland mit rund 18.700 Betten und Behandlungsplätzen. MEDIAN verkörpert laut eigener Internetseite ein Gesundheitsunternehmen mit insgesamt 120 Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäusern, Therapiezentren, Ambulanzen und Wiedereingliederungseinrichtungen. Als zentraler Ausgangspunkt der MEDIAN-Geschichte kann das Jahr 2011 gesehen werden, in dem das Unternehmen Waterland Private Equity Investments die RHM Kliniken erwarb und diese dann zu MEDIAN fusioniert wurden. Waterland ist eine unabhängige Private-Equity-Investment-Gesellschaft, die Unternehmer dabei unterstützt, ihre Wachstumsziele zu erreichen. Waterland investiert nach eigenen Angaben ausschließlich in „fragmentierten Märkten, die sich aufgrund folgender Trends strukturell verändern und konsolidieren". Hierzu zählt auch der Bereich „alternde Bevölkerung". Das Unternehmen investiert, wenn unter anderem „gute Voraussetzungen für Wachstum" vorliegen.

MEDIAN Kliniken weisen Vorwürfe zurück

Die MEDIAN Kliniken weisen die Vorwürfe strikt zurück. „Die Gesellschafter nehmen zu keiner Zeit Einfluss auf die Therapie der Patientinnen und Patienten", erklärt eine Sprecherin. Zudem sei die Unternehmensleitung für die Führung eines Unternehmens verantwortlich und nicht der Gesellschafter. Aus gutem Grund herrsche in Deutschland rechtlich eine Therapiefreiheit für Ärzte. „Der Wissensaustausch unserer Experten in speziellen Boards ermöglicht es den Mitarbeitern an allen Standorten, mit vielen Erfahrungen untermauerte Behandlungskonzepte auf identisch hohem Niveau umzusetzen", so die Unternehmenssprecherin. Daher stelle die „individuelle Urteilskompetenz und ein Entscheidungsfreiraum unserer Mediziner ein hohes Gut bei MEDIAN dar." Dies bewiesen auch die hohen Zufriedenheitswerte der Patienten bei Befragungen bezogen auf die Behandlungsqualität. Um dies auch weiterhin zu gewährleisten, werde Geld unter anderem in die Messung von Qualitätsindikatoren investiert, denn auch Ärzte sollen sich an ihren Behandlungserfolgen messen lassen. Dieser Weg werde vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht und eingefordert.

> *Die Gesellschafter nehmen zu keiner Zeit Einfluss auf die Therapie der Patienten.*
> *MEDIAN Kliniken*

Auf die Frage, wie hoch die jährliche Rendite sei, die MEDIAN erzielen müsse, antwortete die Unternehmenssprecherin: „Es existieren keine Zahlen darüber, dass ein Private-Equity-Fonds mehr Rendite anstrebt als ein Privateigentümer oder Aktiengesellschaften." Auch Akutklinken und Universitätskliniken seien angehalten, wirtschaftlich zu arbeiten, „denn das kann der Steuerzahler auch von der Gesundheitswirtschaft erwarten." Gerade PE-finanzierte Gesundheitsbetreiber investieren wesentlich mehr Geld pro Patient als andere private Betreiber, um die Unternehmen zu modernisieren und zum Beispiel für die Digitalisierung fit zu machen, fügt sie hinzu.

Dachverband der europäischen Zahnärzte sieht Gefahr für Patientensicherheit

Besonders betroffen von der Entwicklung ist der zahnärztliche Bereich. Der Dachverband der europäischen Zahnärzte (Council of European Dentists) hatte schon vor geraumer Zeit vor einer weiteren Kommerzialisierung durch fremdinvestorengesteuerte Dentalketten in Europa gewarnt. In einer Entschließung weist der Dachverband auf die Zunahme von Dentalketten in Europa hin, die Auswirkungen habe auf die Mundgesundheit und „berufliche, rechtliche und wirtschaftliche Folgen für Zahnärzte mit sich bringt, die von diesen Organisationen beschäftigt werden".

Der CED zeigt sich besorgt, dass sich die „profitgetriebenen Interessen hinter dem Geschäftsmodell solcher Organisationen durch eine Vielzahl an Faktoren wie etwa Pflege, Behandlung und Behandlungsbedingungen auf die Patientensicherheit auswirken können.

Fallbeispiele aus Spanien und Frankreich würden „besorgniserregende" Beispiele für die „Missachtung der Patientensicherheit" durch Zahnarztketten zeigen, die Patienten ohne angemessene Versorgung zurücklassen und in einigen Fällen sogar schädigen.

Die meisten Dentalketten gibt es europaweit in Finnland

Der Dachverband schildert, dass der Dentalmarkt als Investitionsmöglichkeit entdeckt worden sei und Private-Equity-Gesellschaften begonnen hätten, Einzelpraxen und kleinere Gruppenpraxen aufzukaufen, um in einer Reihe von Ländern Ketten zu bilden. Einige, so CED, würden bis zu 1.000 Zahnärzte in einer Reihe von Ländern beschäftigen. Der CED nennt hier die Schweiz, Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland, Italien,

Belgien, die Niederlande, Frankreich, das Vereinigte Königreich – und eben auch Deutschland. In Europa seien Dentalketten am weitesten in Finnland verbreitet. Der Marktanteil der Ketten bezogen auf die Anzahl der Zahnärzte liege dort bei 35 Prozent. Weitere Länder mit hohem Anteil an Dentalketten seien Großbritannien (24 Prozent) und Spanien (25 Prozent).

> *Profitgetriebene Interessen wirken sich auf die Patientensicherheit aus.*
>
> *Dachverband der europäischen Zahnärzte*

Patienten hätten in einer Reihe von Ländern bereits die negativen Folgen von Methoden zu spüren bekommen, die in Zahnarztketten angewandt würden. So seien Behandlungsentscheidungen auf der Grundlage von profitorientierten Erwägungen getroffen worden oder sogar von Personen, die nicht im Besitz der erforderlichen beruflichen Qualifikationen gewesen seien.

Im Jahr 2017, so berichtet der Dachverband in seiner Entschließung weiter, habe die spanische Zahnärztekammer eine Untersuchung der Patientenbeschwerden durchgeführt, die bei offiziellen Zahnärzteverbänden eingegangen waren. Das Resultat: Die Hälfte aller Patientenbeschwerden zwischen den Jahren 2013 und 2015 entfiel auf Dentalketten – obwohl diese Ketten nur vier Prozent aller Zahnarztpraxen in Spanien ausmachen würden.

Überhöhte Preise und irreführende Nachlässe

Wie CED darüber hinaus berichtet, werden Patienten in solchen Dentalketten mit überhöhten Preisen und irreführenden Nachlässen konfrontiert. Eine weitere Folge: Aufgrund von unethischem Verhalten und finanziellem Fehlverhalten seinen eine Reihe von Ketten zwangsweise geschlossen worden. Hierbei wurden jedoch Behandlungen, die bereits bezahlt waren, nicht zu Ende geführt. Doch nicht nur für die Patienten befürchtet CED Risiken.

Auch Beschäftigte würden leiden. Es seien Beschwerden von Zahnärzten eingegangen, die in solchen Ketten angestellt seien. Deren Vorwürfe: Arbeitszeiten von täglich mehr als zwölf Stunden – mitunter auch ohne Bezahlung – und gesetzliche Regelungen zu Ruhepausen und arbeitsfreien Zeiten seien nicht eingehalten worden. Zudem sei festgestellt worden, dass am Arbeitsplatz aufgrund von Angst und Überlastung sehr häufig gefehlt werde.

Der Dachverband der europäischen Zahnärzte bezieht aus all dem die klare Forderung: Kapitalgesellschaften oder Investoren dürfen keinen Einfluss auf die vom Zahnarzt mit Einwilligung des Patienten getroffenen Behandlungsentscheidungen nehmen. Und auch die Einführung von klinischen Zielen darf ihnen nicht gestattet werden.

KZBV: Warnung vor Eldorado für versorgungsfremde Investoren

Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat eindringlich davor gewarnt, dass sich der Dentalmarkt zu einem „Eldorado für versorgungsfremde Investoren" entwickele. Denn Investoren würden Kliniken aufkaufen, die in der Regel keinen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung hätten, um arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren in Gestalt reiner Zahnarzt-MVZ zu gründen und ganze Ketten aufzubauen – und zwar dort, wo offensichtlich das „schnelle Geld" erhofft werde. Tatsächlich würden erste Auswertungen des Abrechnungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung in solchen Z-MVZ deutlich teurer sei als in bewährten Praxen.

Foto: KZBV axentis

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung:

Wir begrüßen, dass im TSVG nun die Gründungsmöglichkeiten von zahnärztlichen MVZs durch Krankenhäuser beschränkt werden. Das setzt einem ausgeklügelten Geschäftsmodell von versorgungsfremden Investoren Grenzen.

TSVG hat gute Ansätze

Das neu verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) findet bei Dr. Wolfgang Eßer, dem Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Zuspruch: „Wir erkennen die guten Ansätze des TSVG im Hinblick auf die vertragszahnärztliche Versorgung ausdrücklich an. Insbesondere begrüßen wir, dass die Gründungsmöglichkeiten von Z-MVZ durch Krankenhäuser beschränkt und damit einem ausgeklügelten Geschäftsmodell von versorgungsfremden Investoren Grenzen gesetzt werden." Der Gesetzgeber habe die richtige Antwort auf „die zuletzt ausufernde Investorenaktivität" formuliert. Die Regelung werde dazu beitragen, die nötige Anbietervielfalt in einem „gut austarierten Versorgungssystem zu gewährleisten und die Versorgung der Patienten überall wohnortnah und flächendeckend sicherzustellen". Zugleich werde der bislang gänzlich ungebremste Zustrom von Fremdinvestoren und Private-Equity-Fonds durch die verabschiedete Vorgabe ordnungspolitisch „ausgewogen und sinnvoll reguliert", fügt er hinzu.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Der Deutsche Bundestag hat das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Vorausgegangen waren monatelange Diskussionen in Politik und Selbstverwaltung sowie hunderte Änderungsanträge.
Das TSVG sieht jetzt unter anderem eine gestaffelte Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) vor. Die entsprechende Vorgabe des Gesetzgebers richtet sich nach dem Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereiches.

Diese Spezialregelung sieht vor:
- Ein Krankenhaus darf ein Z-MVZ in Zukunft nur dann gründen, wenn Zahnarztpraxen in Klinikhand einen Anteil von maximal zehn Prozent an der vertragszahnärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich nicht überschreiten.
- In Regionen, die als unterversorgt gelten, liegt diese Grenze bei 20 Prozent.
- In als überversorgt eingestuften Gebieten sinkt die Grenze auf maximal fünf Prozent.

Beschränkt werden soll auch der Einfluss von reinen Kapitalinvestoren auf medizinische Versorgungszentren (MVZ). So sollen Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen künftig nur fachbezogene MVZ gründen dürfen.

Schon zehn Investoren im zahnärztlichen Bereich identifiziert

Nach Recherchen der KZBV können derzeit mindestens zehn Groß- und Finanzinvestoren im heimischen Dentalmarkt identifiziert werden, darunter etwa solche aus den USA, Bahrain, Schweden, Deutschland, der Schweiz, Dänemark oder aus dem Steuerparadies Jersey.

> *Die gewohnt gute zahnärztliche Versorgung ist in Deutschland auch ohne Fremdinvestoren gesichert.*
> *Dr. Wolfgang Eßer*

Eßer: „Einen Bedarf für solche Investoren kann ich bei uns nicht erkennen. Die gewohnt gute zahnärztliche Versorgung ist in Deutschland auch ohne Fremdinvestoren gesichert. Es gibt ausreichend hochqualifizierten zahnärztlichen Nachwuchs, um auch künftig die Menschen in unserem Land wohnortnah und flächendeckend zu versorgen. Wir benötigen auch nicht das Geld der Investoren, denn die Finanzierung der Praxen ist durch Banken und Sparkassen gesichert." Offensichtlich würden die Investoren in einem „schwierigen Kapitalumfeld gezielt von internationalen Beratungsfirmen mit dem Versprechen nach Deutschland gelockt, hier risikolos attraktive Renditen zu erzielen".

Bereits zur Jahreswende habe die Zahl zahnärztlicher MVZ im Bundesgebiet die Marke von 700 erreicht, von denen 75 versorgungsfremden Investoren zuzuordnen seien.

KZV RLP: Versorgungsfremde Investoren sind nicht zu erkennen

Laut Kassenzahnärztlicher Vereinigung Rheinland-Pfalz (KZV RLP) gibt es derzeit landesweit 20 zahnärztliche MVZs. Doch ob einige von ihnen versorgungsfremden Investoren gehören, kann sie nicht erkennen. Aus den Zulassungsunterlagen gehe dies nicht hervor: Der Antragsteller müsse nicht erklären oder nachweisen, woher das Geld stamme. Auch dürften Zulassungsentscheidungen nicht davon abhängig gemacht werden, so die KZV RLP. Werde ein MVZ als GmbH beantragt, dann

Foto: KZV RLP

Marcus Koller, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV RLP:

Bei investorengeführten MVZ zeigen sich eine stärkere Konzentration auf Zahnersatz, mehr prothetische Neuversorgungen statt Wiederherstellungen sowie deutlich höhere Fallwerte in der Zahnerhaltung, die nicht nachvollziehbar sind. Hier bahnt sich ein Trend zur Über- und Fehlversorgung an.

müssten zwar Gesellschaftervertrag und Auszug aus dem Handelsregister vorgelegt, aber nicht der Kapitalgeber benannt werden.

Besorgt hat die KZV Rheinland-Pfalz das ungebremste Eindringen von Fremdinvestoren in die zahnmedizinische Versorgung beobachtet. Den jüngsten TSVG-Beschluss begrüßt sie daher als richtigen Schritt. Marcus Koller, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz: „Wollen wir eine gute Versorgung in der Fläche künftig sicherstellen, müssen wir unseren Blick erweitern und Organisationsvielfalt ermöglichen. Das heißt aber nicht, solche Geschäftsmodelle zu fördern, in der die Gewinnmaximierung über der Therapiefreiheit des Zahnarztes und dem Wohl seines Patienten steht. Der Kauf angeschlagener Krankenhäuser und der Aufbau von MVZ-Ketten diene nicht der Sicherstellung einer bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung, sondern allein der Rendite und dem maximalen Profit."

Einen Beleg dafür sieht er in einer Analyse der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Abrechnungsverhalten von traditionellen Praxen sowie von zahnärztlichen MVZs und investorengesteuerten zahnärztlichen MVZs. Koller: „Bei investorengeführten MVZs zeigen sich eine stärkere Konzentration auf Zahnersatz, mehr prothetische Neuversorgungen statt Wiederherstellungen sowie deutlich höhere Fallwerte in der Zahnerhaltung, die nicht nachvollziehbar sind. Hier bahnt sich ein Trend zur Über- und Fehlversorgung an."

Fremdinvestoren konzentrieren sich auf wirtschaftsstarke Ballungszentren

Schon heute findet sich der Großteil der zahnärztlichen MVZs nicht, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, in strukturschwachen Regionen, sondern in Mittel- und Oberzentren. Auch Fremdinvestoren konzentrieren sich bei der Bildung von Verbundstrukturen derzeit meist auf ohnehin gut versorgte wirtschaftsstarke Ballungszentren. Dadurch beschleunigen sie den Trend, dass Zahnärzte ein Anstellungsverhältnis in Ballungsräumen anstreben, statt sich mit einer eigenen Praxis in ländlichen Gebieten niederzulassen.

> *Der Kauf angeschlagener Kliniken und der Aufbau von Ketten dienen nicht der Sicherstellung, sondern der Rendite und dem maximalen Profit.*
> *Marcus Koller*

„Wir sehen einen Staubsaugereffekt, durch den ein beträchtlicher Teil der Versorgung vom Land in die Stadt verlagert wird. Diese Entwicklung geht zulasten gerade der älteren Patienten, die oftmals nicht so mobil sind und deshalb auf eine Praxis vor Ort angewiesen sind. Zudem befürchten wir, dass der Kollektivvertrag durch Praxisketten ausgehöhlt werden könnte. Denn je größer eine Praxisstruktur ist, desto attraktiver wird sie für die Krankenkassen als direkter Partner für Selektivverträge", warnt Koller.

Hintergrund der TSVG-Neuregelung

Das GKV-VSG im Jahre 2015 ermöglichte die Gründung fachgruppengleicher und auch reiner Zahnarzt-MVZ. Der gesamte ambulante zahnärztliche Versorgungsmarkt stand dem Zugriff von gegebenenfalls auch versorgungsfremden Finanzinvestoren offen. Diese konnten, indem sie ein zur Gründung von MVZs berechtigtes Krankenhaus erwarben, hierüber beliebig Z-MVZs gründen und betreiben.

Vor dem ungebremsten Eindringen versorgungsfremder Investoren ins Gesundheitswesen warnt auch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz seit langem.

Landesärztekammer: Kritik an prädiktiven Anreizen zur Industrialisierung therapeutischer Abläufe

Private-Equity-Gesellschaften sehen die Gesundheitswirtschaft in Zeiten anhaltender Niedrigzinsphase als lukrative Alternative mit stetigen Wachstumsprognosen, erklärt Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Mittels entsprechender Diversifizierung seien sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Renditen zu erzielen, wie derzeit nirgendwo auf dem Kapitalmarkt mit seriösen Anlagen.

Foto: Engelmohr

Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Private-Equity-Gesellschaften sehen die Gesundheitswirtschaft in Zeiten anhaltender Niedrigzinsphase als lukrative Alternative mit stetigen Wachstumsprognosen. Doch sie leisten einer Entwicklung Vorschub, die den Wegfall der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten sowie immanente Unterminierung der Freiberuflichkeit bedeutet.

Kostendruck durch konsolidierende Maßnahmen von (zahn)medizinischen Einrichtungen und die demographische Entwicklung „sind prädiktive Anreize zur Industrialisierung therapeutischer Abläufe“, fügt er hinzu.

PEG leisten Vorschub für Wegfall der Wahlfreiheit

Private-Equity-Gesellschaften leisten einer Entwicklung Vorschub, die den Wegfall der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten sowie immanente Unterminierung der Freiberuflichkeit bedeutet, betont der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Günther Matheis: „Dies stellt eine ernsthafte Bedrohung der gesundheitlichen Versorgung gerade schutzbedürftiger Patientengruppierungen zum Beispiel von Kindern und alten Menschen dar.“ Dies stünde einer ethisch verantworteten Ökonomie, welche Teil des (zahn)ärztlichen Selbstverständnisses darstelle, sowie einer öffentlichen Daseinsvorsorge „diametral entgegen“.

Berufsrechtlich sind Fonds derzeit nicht zu greifen

Auch berufsrechtlich stellen die außerärztlichen Kapitalgeber die Kammern vor nicht unerhebliche Herausforderungen. Der Kammer-Präsident: „Als juristische Person ist beispielsweise ein Fonds für die Kammern nicht greifbar. Es wäre theoretisch sogar denkbar, dass ein Kammermitglied als Interessensvertreter des Kapitaleigners in die Selbstverwaltung eingreift.“ Seiner Ansicht nach muss daher künftig beachtet werden:

- Bei Investitionen durch nicht-(zahn)ärztliche Träger in Medizinische Versorgungszentren müsse verhindert werden, dass frühzeitige Anteilsverkäufe zur Gewinnmaximierung dienen. Das bedeute, dass mit jeder Änderung der Gründerebene des MVZ, welche mit Änderung des Investors einhergehe, dem Zulassungsausschuss gemeldet werden müsse. Dazu müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden.

- Einer Monopolisierung der Versorgungslandschaft durch flächendeckende MVZ-Gründungen müsse entgegengewirkt werden. Insbesondere im zahnärztlichen Bereich habe die Möglichkeit, fachgleiche MVZs zu gründen, zu einer drohenden Monopolisierung geführt. Prospektiv sollten hier nur fachübergreifende Strukturen genehmigt werden.

- Der Praxissitz sollte an die Region gebunden sein. Es dürfe nicht möglich sein, dass angebunden an ein Krankenhaus im Norden der Republik fachgleiche MVZs in Metropolregionen im Westen und Süden angegliedert werden.

- Intransparente Leistungen im Reha-Bereich sollten überprüft werden. Die Übernahme einer großen Klinikkette mit Einrichtungen in Rheinland-Pfalz durch einen Immobilien-Investment-Trust unterwerfe medizinische Entscheidungen ausschließlich merkantilen Zwecken der Gewinnmaximierung.

> *Ökonomie ist berechtigt, muss aber der (Zahn)Medizin dienen.*
> *Dr. Günther Matheis*

Diese Forderungen hat der Landesärztekammer-Präsident gemeinsam mit dem Präsidenten der Landeszahnärztekammer Dr. Wilfried Woop auch in einem persönlichen Gespräch Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler vorgetragen.

Sowohl Matheis und Woop ist bewusst, dass in „beschleunigten Zeiten wie diesen ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem nicht nur berechtigt ist, sondern geradezu einen notwendigen Handlungsduktus darstellt. Ökonomie muss aber in diesem Kontext der (Zahn)Medizin dienen“.

Fremdinvestoren sind schwer zu identifizieren

Fremdinvestoren zu identifizieren sei auch sehr schwierig, denn „sie geben sich nicht zu erkennen, erklärt auch der Präsident der Landeszahnärztekammer Dr. Wilfried Woop. Die genaue Zahl versorgungsfremder Investoren in Rheinland-Pfalz, „ist daher auch nicht bekannt“. So sei beispielsweise typisch, dass eine Praxis oder ein MVZ mit Fremdkapital gekauft, aber noch eine ganze Weile unter dem alten Namen weitergeführt würde, obwohl sie schon längst einem Fremdinvestor gehören oder sogar schon Teil einer Dentalkette seien. Er wisse aber, dass in Kaiserslautern und in Mainz große Zahnarztpraxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren von Fremdinvestoren übernommen worden seien.

Was bedeutet Private Equity?

Private Equity steht für außerbörsliches Eigenkapital oder privates Beteiligungskapital. Es ist eine Form des Beteiligungskapitals, bei der die vom Kapitalgeber eingegangene Beteiligung nicht an geregelten Märkten handelbar ist. Die Kapitalgeber können private oder institutionelle Anleger sein; häufig sind es auf diese Beteiligungsform spezialisierte Kapitalbeteiligungsgesellschaften, die daher auch Private-Equity-Gesellschaften (PEG) genannt werden. Quelle: wikipedia

Foto: LZK RLP

Dr. Wilfried Woop, Präsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz:

Das Agieren von Fremdinvestoren im Gesundheitswesen hat Auswirkungen auf den freien Beruf. Doch Zahnärzte dürfen sich nicht von versorgungsfremden Investoren in Vorgaben pressen lassen und dürfen nicht zu Verrichtern zahnärztlicher Leistungen verkümmern.

Die Kooperationsform MVZ wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 in die Versorgungslandschaft eingeführt. Gesetzliche Grundlage ist der § 95 des Fünften Sozialgesetzbuches. Demnach dürfen auch Kliniken ein MVZ gründen. Dies machen sich Fremdinvestoren zunutze. Ein Beispiel hierfür hat die Landeszahnärztekammer parat: Eine kleine marode Rheumaklinik im Vordertaunus wurde von einem versorgungsfremden Investor aufgekauft. Der Investor darf nun mit der Klinik als Rechtsform ein MVZ gründen – auch bundesweit und auch Ketten daraus entwickeln. Dieser Umstand wurde in diesem Fall genutzt, um in der Hamburger Innenstadt ein zahnärztliches MVZ zu gründen. Woop: „Die Investoren sind nicht an der Klinik selbst interessiert, sondern sozusagen nur an dem rechtlichen Mantel, um bundesweit aktiv werden zu dürfen."

Landeszahnärztekammer: TSVG muss weiter verbessert werden

Seiner Meinung nach müsse dringend die Bundesgesetzgebung geändert werden, da die Änderungen durch das TSVG im März nicht das Ziel erfüllten: Berufsfremde dürften kein MVZ führen. Für den Besitz eines MVZs sollte zudem ein fachlicher und regionaler Bezug bestehen. Zwar gebe es erste Verbesserungen seit der Verabschiedung des TSVG, aber das sei nicht weitreichend und klarstellend genug.

Dass der Bundesmantelvertrag geändert wird, damit die Anzahl der angestellten Zahnärzte in einer Praxis verdoppelt werden könne, findet er gut. Damit werde dem Wunsch vieler junger Zahnärzte nach einem Angestelltenverhältnis entsprochen.

Auffallend sei auch, dass kapitalgesteuerte MVZs in Ballungsräumen angesiedelt werden. „Zur Versorgungssicherheit in der Fläche tragen die MVZs von versorgungsfremden Investoren nichts bei", stellt Woop fest. Sie gehen dorthin, wo es schon eine gute Versorgung gibt und treten dort in Konkurrenz zu anderen Versorgern.

Das MVZ ist nicht das Übel, sondern nur eine dortige Fremdsteuerung

„Das MVZ als Versorgungsform an sich ist nicht das Übel, sondern nur dann, wenn es von versorgungsfremden Investoren fremdgesteuert ist", stellt der Landeszahnärztekammer-Präsident aber auch klar. Gerade der zahnmedizinische Nachwuchs schätze und suche die Anstellung in einem MVZ. Doch der Trend, dass sich Fremdinvestoren im Gesundheitswesen breitmachen, werde leider größer, kritisiert Woop. Ein MVZ sei für Investoren und Kapitalgeber wirtschaftlich lukrativ. Und natürlich wolle der Investor auch seine wirtschaftlichen Interessen verwirklicht sehen. Deshalb übe er Druck auf die Mitarbeiter aus. Woop: „Die schöne Arbeitswelt existiert oft nur zum Schein."

Die schöne Arbeitswelt existiert oft nur zum Schein.
Dr. Wilfried Woop

Die Kammer erfahre von solchem Vorgehen allerdings nur, wenn Mitarbeiter, die bei einem Investor-geführtem MVZ ausgestiegen seien, davon berichten. „Wir bekommen in solchen Fällen geschildert, dass die Arbeit sehr wohl Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat", berichtet Woop. Beispielsweise werde die Therapiefreiheit eingeschränkt; Mitarbeiter würden angehalten werden, teurere Therapien zu empfehlen. „Es ist für mich unbestritten, dass es dort wirtschaftliche Vorgaben gibt, die die ärztliche Entscheidungsfindung einschränken können", so Woop. „Wir können natürlich den Zahnärzten nicht vorschreiben, nicht in ein MVZ zu gehen. Aber wir müssen stärker die Vorteile von Praxisgemeinschaften betonen und mehr Unterstützung anbieten".

Ein weiteres Problem bei den Fremdinvestoren bereitet dem Landeszahnärztekammer-Präsidenten ebenfalls Sorge: Ein MVZ als juristische Person ist nicht dem Berufsrecht unterworfen. Der einzelne Zahnarzt dort sehr wohl. Aber ist das MVZ nicht in zahnärztlicher Hand, sondern als eine juristische Person zugelassen, weil es einem Investor gehört, „dann hat die Kammer keinen berufsrechtlichen Zugriff darauf und keine Möglichkeit, tätig zu werden", kritisiert er.

Das kollegiale Miteinander geht verloren

Das Agieren von Fremdinvestoren hat seiner Ansicht nach aber auch Auswirkungen auf den freien Beruf. Woop: „Das kollegiale Miteinander geht verloren. Wenn fremde Interessen einfließen, ist ein kollegiales Miteinander nicht mehr möglich." Die Freiheit des akademischen Berufes müsse gewahrt bleiben, fordert er: „Zahnärzte dürfen nicht zu Verrichtern zahnärztlicher Leistungen verkümmern und dürfen sich nicht von Investoren in Vorgaben pressen lassen." Auch sei er „tief überzeugt", dass Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität im ambulanten

„Ich möchte frei in meinen Entscheidungen sein“

Foto: Engelmohr

Ann-Kathrin Kalski studiert im 9. Semester Zahnmedizin in Mainz und ist Fachschafts-Vorsitzende. Sie sieht es sehr kritisch, dass sich Fremd-Investoren im Gesundheitswesen breitmachen und die Therapiefreiheit einschränken könnten.

Was sind Ihre Bedenken?
Mich besorgt, dass immer mehr Dentalketten entstehen und die Versorgungsstrukturen verändern werden. So wie ich das derzeit beobachte, siedeln sich diese Filialen auch nicht in den ländlichen Gebieten an, wo ein Versorgungsbedarf besteht. Sie ziehen in die Städte, da hier vermutlich ein höherer wirtschaftlicher Ertrag erzielt werden kann als auf dem flachen Land. Wenn aber tatsächlich ein Renditedruck beginnt, die Therapiefreiheit zu beeinflussen, dann ist das eine gefährliche Entwicklung.

Welche Auswirkungen sehen Sie auf Ihren künftigen Berufsalltag?
Ich möchte als Zahnärztin frei in meinen Entscheidungen sein. Mit meinen Patientinnen und Patienten möchte ich eine verlässliche und gute Vertrauensbasis haben. Dafür ist es wichtig, dass ich für sie frei entscheiden kann, welche Behandlung für den jeweiligen Einzelfall richtig ist. Natürlich gibt es ökonomische Zwänge. Dessen bin ich mir schon bewusst. Aber die letztendliche Entscheidung, welche Mittel ich einsetze, möchte ich treffen und nicht von irgendeinem Investor diktiert bekommen. Das gehört für mich zur Freiberuflichkeit unseres Berufs dazu.

Was sind Ihre Wünsche?
Ich kann mir vorstellen, meinen Berufsweg mit einer Anstellung zu beginnen. In einem Angestelltenverhältnis fällt der Start ins Berufsleben leichter. Ich kann meine Arbeitszeiten besser planen und auch auf meine persönlichen Lebensbedürfnisse individueller anpassen. Im Team kann ich Beruf und Privatleben einfacher unter einen Hut bekommen, weil die Arbeitszeiten auf mehrere Schultern verteilt werden können. Und im Team arbeitet es sich besser, weil der direkte Weg bei Rückfragen kurz und ein kollegialer Austausch rasch möglich ist. Mir ist auch wichtig, dass ich mich in meinen beruflichen Anfangsjahren nicht gleich hoch verschulde, weil ich für Praxisinvestitionen Kredite aufnehmen muss. Ich möchte frei von hohen finanziellen Verpflichtungen meine berufliche Karriere beginnen. Deshalb finde ich es gut, als angestellte Zahnärztin in einer Praxisgemeinschaft oder auch in einem MVZ zu beginnen. Doch möchte ich dort auch faire Arbeitsbedingungen vorfinden und keine Fremdbestimmung durch einen Investor, den nur Rendite-Ergebnisse interessieren. *(eng)*

Bereich am besten bei den Niedergelassenen aufgehoben seien. „Sie sind schließlich in den gesellschaftlichen Strukturen ihrer Region fest verankert. Auch das macht Qualität aus.“

Marienhaus Unternehmensgruppe sieht Private-Equity-Entwicklung sehr kritisch

„Daseinsvorsorge und Private Equity sind in meinen Augen nicht kompatibel, weil jeder Investor eine Rendite erwartet“, meint auch Dr. Günter Merschbächer, Geschäftsführer der Marienhaus Holding in Waldbreitbach. Er sieht die Gefahr, dass dieses Rendite-Streben zu Lasten der Qualität der Patientenversorgung gehen könnte.

Ihm sei aktuell aber kein Fall bekannt, dass sich versorgungsfremde Investoren in die medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz einkaufen wollen. Im Seniorenbereich sehe das anders aus. Dort seien viele private Investoren auf der Suche nach Betreibern für bereits geplante oder noch zu planende Seniorenresidenzen oder Seniorenheimen. Merschbächer: „Doch die Marienhaus Unternehmensgruppe ist noch nicht direkt von einem privaten Investor angesprochen worden.“

Foto: Marienhaus

Dr. Günter Merschbächer, Geschäftsführer der Marienhaus Holding:

Daseinsvorsorge und Private Equity sind in meinen Augen nicht kompatibel, weil jeder Investor eine Rendite erwartet. Die Marienhaus Unternehmensgruppe ist noch nicht direkt von einem privaten Investor angesprochen worden.

Die Marienhaus Stiftung in Neuwied ist einer der größten christlichen Träger von sozialen Einrichtungen in Deutschland. Zum Unternehmen zählen unter anderem 15 Krankenhäuser (an 25 Standorten) sowie 23 Alten- und Pflegeheime.

> *Rendite-Streben kann zu Lasten der Qualität der Patientenversorgung gehen.*
> *Dr. Günter Merschbächer*

Um Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden oder zumindest vorzubeugen, sollte der Staat „endlich seinen Investitionsverpflichtungen nachkommen und auch bei den Betriebskosten für eine auskömmliche Finanzierung sorgen", erklärt Merschbächer. Nur so lasse sich verhindern, dass insbesondere kleinere Häuser finanziell weiter ausbluten.

Und wie sieht die Politik diese Entwicklung?

Die Übernahmeaktivitäten von versorgungsfremden Investoren im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren haben nach Einschätzung der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion Kathrin Anklam-Trapp seit 2017 spürbar zugenommen. Bisher fehle es jedoch bundesweit an einer einheitlichen Datengrundlage zur Beteiligung von versorgungsfremden Investoren an Medizinischen Versorgungszentren sowie zu den Auswirkungen ihrer Investitionstätigkeiten auf die Versorgungsqualität.
Wird die Patientenversorgung durch PE beeinflusst werden? Kathrin Anklam-Trapp betont, dass Ärztinnen und Ärzte, aber auch Patientinnen und Patienten und deren Angehörige seit Jahren über eine fortschreitende Ökonomisierung im Gesundheitsbereich klagen. Unbestritten ist ihrer Meinung, dass Ärztinnen und Ärzte zunehmend unter Druck geraten, wirtschaftlich rentabel arbeiten zu müssen. Anklam-Trapp: „Klar muss aber auch sein, dass dabei die Bedürfnisse der kranken Menschen nicht hintenanstehen dürfen. Der Mensch mit seiner Erkrankung und nicht die Renditeerwartung muss zu jeder Zeit im Mittelpunkt stehen." Nicht akzeptabel sei etwa, wenn beispielsweise weniger lukrative Behandlungsangebote aus dem Leistungskatalog gestrichen würden, obwohl sie kranken Menschen helfen und Leiden lindern.

Foto: SPD-Fraktion RLP A. Heimann

Kathrin Anklam-Trapp, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion:

Der Mensch mit seiner Erkrankung und nicht die Renditeerwartung muss zu jeder Zeit im Mittelpunkt stehen. Es ist nicht akzeptabel, wenn beispielsweise weniger lukrative Behandlungsangebote aus dem Leistungskatalog gestrichen werden, obwohl sie kranken Menschen helfen und Leiden lindern.

SPD: Es ist wichtig, dass der Kapitalgeber keinen Einfluss auf medizinische Entscheidung hat

Was kann und sollte die Politik tun, um Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung durch Private Equity zu vermeiden?
Kathrin Anklam-Trapp weist darauf hin, dass hochtechnisierte Behandlungsmethoden vielfach Praxis-Investitionen in einer Höhe erfordern, die nicht mehr von einzelnen Ärztinnen und Ärzten getragen werden können und eine Kredit-Finanzierung oder Investitionen durch Dritte erforderlich machen. Dabei sei aber wichtig, dass der Kapitalgeber keinen Einfluss auf medizinische Entscheidungen habe. Anklam-Trapp: „Diese sind ausschließlich Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Zahnärztinnen und Zahnärzten vorbehalten. Klar ist: Die Qualität der Gesundheitsversorgung darf nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen und dem Ziel der Gewinnmaximierung geopfert werden." Von entscheidender Bedeutung sei zudem insbesondere in den ländlichen Regionen, dass Leistungserbringer ein langfristiges Engagement eingehen. Notwendig sei hier eine „kluge Regulierung durch den Gesetzgeber". Bei den Beratungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz habe Rheinland-Pfalz sich dafür eingesetzt, dass MVZ-Gründungen nicht uneingeschränkt möglich seien.

> *Der Kapitalgeber darf keinen Einfluss auf medizinische Entscheidungen haben.*
> *Kathrin Anklam-Trapp*

Mit Blick auf das Thema Steuerflucht, das im Zusammenhang mit PE auftauche, bestehe in allen Wirtschaftsbereichen Handlungsbedarf, erklärt Anklam-Trapp. Doch im Sinne des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems sollte in jedem Fall mehr Transparenz über die Investitionsstruktur von medizinischen Versorgungszentren angestrebt werden.

Bündnis90/Die Grünen: PE kann Probleme in der öffentlichen Daseinsvorsorge verschärfen

Die Fraktion Bündnis90/Die Grünen beobachtet, dass seit Anfang 2018 Übernahmen durch versorgungsfremde Investoren im deutschen Gesundheitssektor stark zugenommen

haben, berichtet der Abgeordnete Andreas Hartenfels, der derzeit deren gesundheitspolitische Sprecherin vertritt. Auch in Rheinland-Pfalz seien vereinzelt medizinische Versorgungszentren in Mainz, Ludwigshafen oder Koblenz – in einkommensstärkeren Regionen und Ballungsräumen – durch Investoren übernommen worden.

Foto: Bündnis90/Die Grünen

Andreas Hartenfels, Abgeordneter der Fraktion Bündnis90/Die Grünen:

Das Interesse privater Kapitalgeber offenbart, dass die gesundheitliche Versorgung ein sehr lukratives Geschäftsfeld ist, mit dem Renditeerwartungen einhergehen. Private-Equity-Gruppen könnten die ohnehin bestehenden Probleme in der öffentlichen Daseinsvorsorge noch verschärfen, wenn sie einen Vorrang betriebswirtschaftlicher Erwägungen über eine bedarfsgerechte Versorgung festschreiben.

„Das Interesse privater Kapitalgeber offenbart, dass die gesundheitliche Versorgung ein sehr lukratives Geschäftsfeld ist, mit dem Renditeerwartungen einhergehen", so der Grünen-Abgeordnete. Private-Equity-Gruppen könnten die ohnehin bestehenden Probleme in der öffentlichen Daseinsvorsorge noch verschärfen, wenn sie einen Vorrang betriebswirtschaftlicher Erwägungen über eine bedarfsgerechte Versorgung festschreiben, ist er überzeugt. Hartenfels: „Eine zunehmende Profitorientierung im Gesundheitswesen führt zur Durchführung von unnötigen Behandlungen zur Erreichung von Umsatzzielen -umgekehrt können Eingriffe verweigert werden, wenn sie für den Anbieter nicht rentabel sind."

Die Politik müsse die Patientinnen und Patienten stärker vor schlechter Qualität und medizinischen Eingriffen mit fragwürdigem Nutzen schützen, fordert er. Dafür sei beispielsweise eine Ausweitung der Versorgungsforschung nötig. Auch benötigen die Patientinnen und Patienten mehr Unterstützung, wenn sie entscheiden, welche medizinischen Leistungen sie vornehmen lassen. Hier wäre es sinnvoll, wenn die gesetzlichen Krankenkassen Hilfestellung geben dürften, so der Abgeordnete.

Zunehmende Profitorientierung führt zur Durchführung von unnötigen Behandlungen zur Erreichung von Umsatzzielen.
Andreas Hartenfels

Wie konnten sich Fremdinvestoren platzieren?

Gemäß SGB V dürfen zahnärztliche MVZs nicht in der Hand von Investmentgesellschaften, Hedgefonds oder Private-Equity-Gesellschaften liegen. Doch es gab bislang ein Schlupfloch: Z-MVZ wurden als Tochtergesellschaften unter dem Dach eines Klinikträgers angesiedelt. Dieser – meist kränkelnde – Klinikträger wurde zuvor aufgekauft und dann als Vehikel genutzt, um Zahnarztsitze zu bündeln. Und auch wenn der Sitz des Klinikträgers im ländlichen Raum sein sollte, das Z-MVZ muss nicht unmittelbar dort angesiedelt sein. Es darf auch am Stadtrand im hohen Norden stehen; denn die Investoren konnten mit Hilfe von Kettenbildung sich bis in den Süden ausbreiten.

Hartenfels: „Wir bedauern, dass bei der Debatte um Private Equity die MVZs sehr negativ konnotiert werden. Wir befürworten das Konzept der MVZs ausdrücklich und wissen um ihre Bedeutung für ein vernetztes, integriertes Gesundheitssystem." Grundsätzlich halten die Grünen an der Trägervielfalt bei den MVZs fest und fordern eine Weiterentwicklung des Rechtsrahmens, sodass gerade auch kleinere lokale und regionale Versorgungslösungen rechtssicher möglich sind und finanzierbar bleiben. „Sinnvoll ist es, die Trägereigenschaft künftig regional auf den jeweiligen KV-Bereich zu begrenzen", schlägt er vor.

Die Problematik der Steuerhinterziehung, die im Zusammenhang mit PE oft angesprochen werde, besteht seiner Ansicht nach ganz unabhängig von Entwicklungen im Gesundheitswesen.

CDU: Qualität der Patientenversorgung muss im Vordergrund stehen

Hedi Thelen, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion, beobachtet die Entwicklung im Bereich der versorgungsfremden Investoren aufmerksam. Sie befürchtet, dass der Charakter der Versorgung sich unerwünscht verändern könne, wenn der Betrieb und das Angebot von Gesundheitseinrichtungen zum „Geschäftsmodell aus überzogenen Renditemotiven werden". Thelen: „Für uns muss die Qualität der Patientenversorgung im Vordergrund stehen."

Und sollte es so sein, dass Gewinne, die Fremdinvestoren erzielen, „nicht in unser Land zurückfließen, sondern dass Krankenversichertenbeiträge, Fördergelder und somit auch Steuergelder über Steueroasen an die Kapitaleigentümer geleitet wer-

Foto: CDU

Hedi Thelen, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion:

Wenn aus Gesundheitseinrichtungen Geschäftsmodelle aus überzogenen Renditemotiven werden, dann verändert dies unerwünscht unseren Versorgungscharakter. Für uns muss die Qualität der Patientenversorgung im Vordergrund stehen.

den, dann muss dies durch geeignete Gesetze unterbunden werden", fordert sie. „Für mich hat ein solches Verfahren mit sozialer Marktwirtschaft nichts zu tun", fügt Thelen hinzu.

> *Wir müssen unsere bestehenden und nach wie vor überwiegend guten Strukturen in der Gesundheitsversorgung erhalten.*
> *Hedi Thelen*

„Wir müssen unsere bestehenden und nach wie vor überwiegend guten Strukturen in der Gesundheitsversorgung erhalten". Die Landesregierung müsse ihre Verantwortung für eine Förderung der gesundheitlichen Versorgung wahrnehmen. Im Krankenhausbereich könnten zum Beispiel die unzureichenden Zahlungen des Landes für Investitionskosten zu einer existenziellen Gefahr für die Übernahme werden.

AfD: PE-Geschäftsmodelle werden zur Selektion von lukrativen Behandlungen führen

Die Problematik, dass „ausländisches Private-Equity-Kapital in dreistelliger Milliardenhöhe auf den deutschen Gesundheitsmarkt drängt, wird die Zielsetzung und Arbeitsweise der erworbenen Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren mittelfristig verändern", ist sich Dr. Sylvia Groß, gesundheitspolitische Sprecherin der AfD-Fraktion, sicher.

Nicht Behandlungsqualität oder Arbeitsnehmerzufriedenheit stehen im Vordergrund des Geschäftsmodells von PE, so Groß. „Im Gegenteil: Es werden Arbeitsplatzabbau, Lohnsenkungen und Kündigungen von Tarifverträgen ebenso zu erwarten sein wie die Einführung von Zielvorgaben und leistungsorientierten Vergütungs- oder Prämiensystemen für Führungskräfte. Auf Seiten der Patientenversorgung wird Selektion von finanziell lukrativen Behandlungen zu beobachten sein."

Foto: AfD-Fraktion RLP

Dr. Sylvia Groß, gesundheitspolitische Sprecherin der AfD-Fraktion:

Die Bundesländer sollen ihre Investitionskostenverpflichtungen gegenüber Kliniken in vollem Umfang erfüllen, um damit das Weiterbestehen öffentlicher Krankenhäuser zu sichern. Das ist die beste Grundlage, um Übernahmen angeschlagener Kliniken zu verhindern.

(Ausländischen) Konzernen die Möglichkeit zu geben, durch Eingriffe in ein sozial und solidarisch finanziertes Gesundheitssystem Renditen im zweistelligen Prozentbereich erzielen zu können, lehnt sie ab. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Trägervielfalt im Krankenhauswesen dürfe nicht zu einer weitgehenden Privatisierung und Öffnung des Krankenhausmarktes für europaweit agierende Konzerne führen. Dies gelte sinngemäß auch für stationäre Pflegeeinrichtungen und Medizinische Versorgungseinrichtungen.

Was kann aus Sicht der AfD die Politik tun? Für Groß gibt es hier mehrere Ansätze. Zum einen sieht sie das DRG-System kritisch, da die Personalkosten der Krankenhäuser im Fallpauschalensystem nur unzulänglich abgebildet und hierdurch die realen Betriebskosten nur unzureichend erstattet würden. Zum anderen kämen die Bundesländer ihren Investitionskostenverpflichtungen gegenüber Kliniken nur zur Hälfte nach. Hier fordert sie die Länder auf, „endlich ihre Zahlungsverpflichtungen in vollem Umfang zu erfüllen", um damit das Weiterbestehen öffentlicher Krankenhäuser zu sichern. Das sei die beste Grundlage, um Übernahmen „angeschlagener" Kliniken zu verhindern.

> *Bei der Patientenversorgung wird Selektion von finanziell lukrativen Behandlungen zu beobachten sein.*
> *Dr. Sylvia Groß*

Ferner müssten Gewinnerzielungsabsichten von Konzernen in einem sozialen und solidarischen Gesundheitssystem bestimmten Grenzen unterliegen: Neben Personaluntergrenzen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, engmaschigen Behandlungs-Qualitätskontrollen durch den MDK, fester Einbindung der privaten Einrichtungen in die Landeskrankenhauspläne seien zunächst die Einstiegshürden für PE zu erhöhen. Auch sei die Inhaberschaft von Medizinischen Versorgungszentren ausschließlich in die Hände von freiberuflich tätigen Ärzten zu legen und Ausnahmen nur im Bereich der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu erlauben.

Die FDP-Fraktion ließ die Nachfrage zum Thema Private Equity unbeantwortet.

Medizinhistoriker: Das System droht zu entgleisen

Für den Berliner Medizinhistoriker Prof. Dr. Dr. Dr. Paul Ulrich Unschuld stellt sich die Situation wie folgt dar: Das Gesundheitswesen ist im Umbruch und entwickelt sich hin zu einer industriellen Gesundheitswirtschaft. Er sieht die grundlegende Tendenz, so wenig Steuergelder wie möglich ins Gesundheitswesen einzubringen, aber so viel wie möglich herauszuholen. Darauf weist er auch in seinem Buch „Ware Gesundheit. Das Ende der Klassischen Medizin“ hin.

Diagnose, Therapie und auch die Prävention würden zunehmend dem Diktat einer Industrialisierung der Abläufe und der Strukturen unterworfen, konstatiert er und warnt zugleich vor den Folgen der Kommerzialisierung: „Das System droht zu entgleisen.“

Woher kommen die Käufer?

Die in Deutschland Gesundheitseinrichtungen kaufenden Private-Equity-Gesellschaften kommen bisher aus Großbritannien (12), Deutschland (11), den USA (6), Frankreich (3), den Niederlanden, Belgien, Schweden (jeweils 2), Luxemburg, der Schweiz und Jersey (jeweils 1). Dies geht aus einer Analyse hervor, die verdi auf seiner Internetseite veröffentlicht hat. *(eb)*

Forderungen der Landesärztekammer

- Jede Investor-Änderung eines MVZs muss dem Zulassungsausschuss gemeldet werden.
- Es dürfen nur fachübergreifende MVZs genehmigt werden.
- Der Sitz soll an die Region gebunden sein.

An wen verkaufen Private-Equity-Fonds bei einem „Exit“?

Im Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland wurden bisher erst 22 Exits bekannt, berichtet verdi auf seiner Internetseite. Private-Equity-Fonds hätten dabei am häufigsten an andere Private-Equity-Gesellschaften verkauft (16 sogenannte Secondary Buyouts). Der Pflegeheimbetreiber Casa Reha ist von 1998 bis 2015 viermal verkauft worden (ECM Equity Capital Management – Advent International – HgCapital – Korian), die GHD GesundHeits GmbH Deutschland von 2007 bis 2014 dreimal (Equistone Partners Europe – IK Investment Partners – Nordic Capital) und der Pflegeheimbetreiber Alloheim zwischen 2008 und 2017 ebenfalls dreimal (Star Capital Partners – Carlyle Group – Nordic Capital).

Öffentliche und freigemeinnützige Träger werden bei einem Bieterverfahren weder mithalten können noch wollen. Dasselbe dürfte für kleine private Träger gelten. Neben einem Börsengang kommen also vor allem die großen privaten deutschen oder internationalen Gesundheitskonzerne als Käufer infrage, schätzt verdi.

Die durchschnittliche Haltedauer (Zeitraum zwischen Kauf und Verkauf) scheint mit etwa 5,4 Jahren etwas länger zu sein als der Durchschnitt in Deutschland insgesamt. Der „Private Equity Exit-Report Januar 2004 bis April 2017“ von PricewaterhouseCoopers nennt für die ab 2007 in Deutschland getätigten Investitionen im Bereich „Healthcare & Pharma“ 4,0 Jahre, für alle Branchen 3,9 Jahre. *(eb)*