



BARMER

DAK
Gesundheit

KKH Kaufmännische
Krankenkasse

hkk
KRANKENKASSE



vdek
Die Ersatzkassen

Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Finanzinvestoren: Vielfalt sichern – Fehlentwicklungen beseitigen

Aufgrund mehrerer Medienberichte in den letzten Monaten wird die Rolle privater Finanzinvestoren in der vertragsärztlichen Versorgung mittlerweile auch in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert. Im Mittelpunkt steht hier der Aufkauf von Praxissitzen durch investorenfinanzierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und dadurch verursachte Konzentrationsprozesse in bestimmten Fachgruppen. Die Bildung von "MVZ-Gruppen" ist seit einigen Jahren insbesondere in den Bereichen Nephrologie/Dialyse, Radiologie, Labor und Augenheilkunde zu beobachten. Durch diese Entwicklungen können regionale Angebotsmonopole oder -oligopole entstehen, die durch die Konzentration auf besonders renditestarke Leistungen zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation für die Versicherten führen können.

Ersatzkassen bekennen sich zur Trägervielfalt

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem braucht moderne Versorgungsstrukturen; dazu gehören neben Einzel- und Gemeinschaftspraxen auch fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften wie MVZ. Solche Modelle werden den veränderten Bedürfnissen gerade junger Ärzt:innen nach einer größeren Work-Life-Balance und einer Konzentration auf rein medizinische Tätigkeiten am besten gerecht. Die Gründung eines MVZ ist jedoch häufig mit hohen finanziellen Anforderungen an Personal, Technik und weitere Ausstattungen verbunden, die den Einsatz von externem Kapital erforderlich machen. Die Ersatzkassen sprechen sich daher dafür aus, dass von Finanzinvestoren gegründete MVZ weiter ihren Platz in der ambulanten Versorgung haben. Gleichzeitig muss mit geeigneten regulatorischen Maßnahmen möglichen Fehlentwicklungen entgegengewirkt werden.

Bisher können MVZ nur durch verschiedene Leistungserbringende, durch Krankenhäuser, Kommunen und Ärztenetze gegründet werden. Diese Beschränkung war vorgenommen worden, um den Einfluss von Finanzinvestoren zu begrenzen. In der Praxis haben sich jedoch Umgehungsstrategien gezeigt, insbesondere der Kauf eines – meist kleinen – Krankenhauses, das dann als Träger einer MVZ-Gruppe fungiert. Wenn die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen zur Beseitigung von Fehlentwicklungen in der Versorgung implementiert werden, sollten aus Sicht der

Ersatzkassen im Gegenzug Kapitalgesellschaften mit steuerlichem Sitz in der Europäischen Union auch direkt die Möglichkeit erhalten, ein MVZ aufzubauen oder sich an ihm zu beteiligen.

Handlungsbedarf aus Sicht der Ersatzkassen

Breite Anbieterstruktur sichern: Gerade in der Gesundheitsversorgung ist ein breites Spektrum unterschiedlicher Anbieter von großer Bedeutung. Nur so können die freie Arztwahl der Versicherten, die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung und der Schutz der gemeinsamen Selbstverwaltung vor einem zu starken Einfluss einzelner Akteure dauerhaft sichergestellt werden.

In Orientierung an den Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sollten Anträge auf Zulassung eines MVZ oder Anstellung einer Ärztin/eines Arztes abgelehnt werden, wenn eine marktbeherrschende Stellung in einem Planungsbereich vorliegt. Diese wird erreicht, wenn in einer Fachgruppe

- mehr als 40 Prozent der Arztsitze zu einem MVZ-Träger
- mehr als 50 Prozent der Arztsitze zu drei oder weniger MVZ-Trägern oder
- mehr als 67 Prozent der Arztsitze zu fünf oder weniger MVZ-Trägern

gehören. In größeren Planungsbereichen, gerade in städtischen Ballungsregionen, sind niedrigere Prozentwerte anzusetzen, um eine Anbieterkonzentration zu verhindern. In Regionen mit drohender oder bestehender Unterversorgung sowie bei Fachgruppen, die nur auf Überweisung tätig werden können, sollte die Anwendung dieser Regelung im Ermessen der regionalen Zulassungsausschüsse liegen. Bei ihrer Entscheidung sollten sie zwischen der Sicherstellung der Versorgung und der Gefahr einer dauerhaften Anbieterkonzentration sorgfältig abwägen. Zusätzlich zu den planungsbereichsbezogenen Begrenzungen sollten für einen MVZ-Träger prozentuale Höchstwerte je Arztgruppe und ein Höchstwert für die Anzahl der Arztsitze im KV-Bereich insgesamt gelten. Die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse sind mit der entsprechenden Recherche der Marktverhältnisse zu beauftragen.

Leistungskonzentrationen vermeiden: Die Sicherstellung des vollumfänglichen Versorgungsauftrages wird gefährdet, wenn sich MVZ-Strukturen in patientennahen Bereichen auf besonders renditestarke – also meist operative oder technische – Leistungen konzentrieren. Dies kann verhindert werden, wenn

1. das Bewertungsverhältnis von konservativen vs. technischen/operativen Leistungen dem tatsächlichen Aufwand in der Praxis besser entspricht. Wenn

Leistungen häufiger erbracht werden, sinken die Fixkosten je Leistung. Dieser Degressionseffekt sollte über entsprechende Abschläge in der EBM-Bewertung der Leistungen besser berücksichtigt werden. Auf diese Weise profitieren auch die Beitragszahler:innen von der effizienteren Leistungserbringung in größeren Einrichtungen und gleichzeitig werden konservative Leistungen im Verhältnis attraktiver.

sowie

2. der Leistungsumfang, der durch die einzelnen Fachgruppen in MVZ erbracht werden muss, klarer und bundesweit einheitlich durch die gemeinsame Selbstverwaltung festgelegt wird. Ziel muss sein, dass in einem MVZ insgesamt der durchschnittliche Leistungsmix der vertretenen Facharztgruppen vollumfänglich erbracht wird. Die Zulassungsausschüsse müssen die Befugnis erhalten, bei der Vergabe eines (weiteren) Vertragsarztsitzes in einem MVZ Vorgaben zum Leistungsumfang zu machen, die den regionalen Versorgungsbedarfen entsprechen. Diese Vorgaben müssen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen kontrolliert und bei Verstößen auch durch Honorarkürzungen bis hin zum Zulassungsentzug sanktioniert werden.

Begleitende Maßnahmen

Schaffung von Transparenz: Patient:innen müssen sich über die Inhaber- und Trägerstrukturen der MVZ informieren können. Dies kann zum einen durch die Einführung einer Kennzeichnungspflicht für Träger:innen und Betreiber:innen von MVZ auf dem Praxisschild, inklusive der Angabe der Rechtsform, gewährleistet werden. Zum anderen kann die Transparenz durch die Ausweitung der bestehenden Arztregister auf Bundes- und Landesebene erhöht werden. In diesen Verzeichnissen sollten auch weitere Informationen über die Eigentumsverhältnisse der MVZ und ihrer Trägergesellschaften für alle interessierten Personen frei zugänglich sein.

Stärkung der ärztlichen Leitung: Der ärztlichen Leitung wird eine zentrale Rolle zugesprochen, um die Integrität ärztlicher Entscheidungen im MVZ sicherzustellen. Der Aufgaben- und Verantwortungsbereich der ärztlichen Leitung im MVZ ist gesetzlich zu konkretisieren sowie ihre Stellung als Schutz gegenüber wirtschaftlichen Interessen zu stärken. Zur Unterstützung der ärztlichen Leitung kann auch ein besonderer Abberufungs- oder Kündigungsschutz eingeführt werden. Wichtig für die Übernahme der ärztlichen Leitung ist Erfahrung in der

vertragsärztlichen Versorgung (mind. acht Quartale) sowie eine Vollzeittätigkeit, sofern drei oder mehr Ärzt:innen mit voller Zulassung im MVZ arbeiten.

Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen: Neben der Stärkung der ärztlichen Leitung muss auch sichergestellt werden, dass angestellte Ärzt:innen ihre Entscheidungen so treffen, wie es im Sinne der Patient:innen medizinisch sinnvoll ist und sie sich dabei nicht von wirtschaftlichen Erwägungen leiten lassen.

Zielvereinbarungen, die finanzielle Anreize zur Erbringung bestimmter Leistungen, Leistungsmengen oder anderer Messgrößen schaffen, sollten so weit wie möglich ausgeschlossen werden. Insbesondere in MVZ, die sich in der Trägerschaft eines anderen Leistungserbringers oder Herstellers von Medizinprodukten oder Arzneimitteln befinden, muss durch interne Compliance-Regeln verhindert werden, dass der Träger Einfluss auf das Verordnungsverhalten nimmt.

Um die Einhaltung dieser Maßnahmen durchzusetzen, sollte die Möglichkeit bestehen, Eingriffe in die Therapiehoheit bei einer Meldestelle in der ärztlichen Selbstverwaltung anzuzeigen.

Gerade angesichts der zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung muss es ein Miteinander der unterschiedlichen Akteure auch auf Anbieterseite geben. Ein Ausschluss bestimmter MVZ-Träger ist daher aus Sicht der Ersatzkassen der falsche Weg. Stattdessen sollten mit den beschriebenen Maßnahmen die potenziell negativen Effekte eines Engagements von Finanzinvestoren in der vertragsärztlichen Versorgung wirksam angegangen werden.