

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Klaus Ernst, Sylvia Gabelmann, Katja Kipping, Jan Korte, Fabio De Masi, Sören Pellmann, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Hubertus Zdebel, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Kapitalinteressen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren**

Seit 2004 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu betreiben. MVZ wurden als Möglichkeit gesehen, Kooperation im ärztlichen Bereich zu fördern. Ärztinnen und Ärzte haben über eine Festanstellung die Möglichkeit, Räumlichkeiten und organisatorische Aufgaben zu teilen und moderne Arbeitszeitkonzepte zu realisieren. Inzwischen gibt es eine zunehmende Tendenz, dass Finanzinvestoren über die Gründung oder den Kauf von MVZ in der ambulanten Versorgung Fuß fassen. Kritiker befürchten eine Industrialisierung der ambulanten Versorgung ([www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/praxismanagement/artikel/aerzte-warnen-konzerne-industrialisieren-mit-ihren-mvz-die-ambulante-versorgung/](http://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/praxismanagement/artikel/aerzte-warnen-konzerne-industrialisieren-mit-ihren-mvz-die-ambulante-versorgung/)).

MVZ sollten ursprünglich fachübergreifend sein, um so „eine Versorgung ‚aus einer Hand‘ anzubieten“ (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf>). Der Vorteil läge „insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ (ebenda). Nur zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durften MVZ gründen. So „soll sichergestellt sein, dass eine primär an medizinischen Vorgaben orientierte Führung der Zentren gewährleistet wird“ (ebenda). Von der schwarz-gelben Koalition wurde im Jahr 2011 geregelt, dass MVZ nur von Ärztinnen und Ärzten sowie von Krankenhäusern und Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen betrieben werden dürfen. Sie befürchtete, dass Kapitalgeber beispielweise über den Kauf eines Pflegedienstes ein MVZ gründen können. Diese Entwicklung berge „Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen“ (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/069/1706906.pdf>). Seit 2015 sind auch kommunale MVZ möglich. Allerdings wurde die Vorgabe, dass MVZ fachübergreifend tätig sein müssen, gestrichen und so fachgleiche MVZ ermöglicht. Die Zahl der zahnärztlichen MVZ ist in der Folge massiv gestiegen (siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 18/13412). Im August 2018 hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung erneut „auf die dringende Notwendigkeit hingewiesen, die rasant fortschreitende Übernahme zahnärztlicher Versorgung durch Großinvestoren und Private-Equity-Fonds zu stoppen“ ([www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-22-8-2018.1251.de.html](http://www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-22-8-2018.1251.de.html)).

Da Großinvestoren nicht direkt ein MVZ betreiben dürfen, wurden verschiedene Umgehungsstrategien entwickelt. Inzwischen sollen 23 Krankenhäuser gekauft worden sein, um in den Besitz einer MVZ-Trägerschaft zu gelangen; 15 davon

von Private-Equity-Gesellschaften (Rainer Bobsin: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 20 Jahre Private Equity – Eine Bestandsaufnahme, 3. Auflage, 2018). Verschiedene Töchter von Großunternehmen betreiben MVZ- und Laborketten, teilweise mit zahlreichen Standorten (<https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/mvz/++co++4c913c64-8c1b-11e7-8dc4-525400940f89>). Um die erforderlichen Arztsitze für eine MVZ-Gründung zu erhalten, werden teilweise Arztsitze aufgekauft. Eine Ärztin oder ein Arzt kann auch den eigenen Sitz in das MVZ einbringen, wenn sie oder er dann in den MVZ tätig sind. Finanzinvestoren sahen dies als weiteren Weg, lukrative Versorgungszentren gründen zu können (vgl. „Der heiße Wettbewerb um die Arztsitze“, [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/954944/praxisabgabe-via-mvz-heisse-wettbewerb-arztsitze.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/954944/praxisabgabe-via-mvz-heisse-wettbewerb-arztsitze.html)). Mit einer kurzen Beschäftigungsdauer von angeblich meist zwischen drei und sechs Monaten ([www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/mvz/article/911494/ruhestand-mvz-kein-weg-raschen-ausstieg.html?sh=1&h=-973179049](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/mvz/article/911494/ruhestand-mvz-kein-weg-raschen-ausstieg.html?sh=1&h=-973179049)) kann so das übliche Nachbesetzungsverfahren des Arztsitzes umgangen werden. Die Übernahme von (Zahn-)Arztpraxen erfolgt teils auch über sogenannte Asset-Deals, wobei der Investor nur die Wirtschaftsgüter, wie Gebäude oder Geräte, kauft und diese an die früheren Eigentümer gewinnbringend vermietet werden.

Die Mehrheit der MVZ befindet sich inzwischen in der Hand der 93 MVZ-Ketten (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren – Eine (Kurz-)Analyse des zahnärztlichen MVZ-Marktes, 2018). Die Zahl der Praxis- und MVZ-Standorte in Private-Equity-Hand wird auf 420 geschätzt (Rainer Bobsin: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 20 Jahre Private Equity – Eine Bestandsaufnahme, 3. Auflage, 2018). Rainer Bobsin resümiert: „Die Zeit drängt. Gesetzliche Vorgaben sind nicht vorhanden oder unwirksam und die Expansion von Finanzinvestoren in das Gesundheitswesen wird weiter zunehmen.“

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Medizinische Versorgungszentren (MVZ) waren seit 2006 in jedem Jahr in Deutschland zugelassen (bitte nach Jahr und KV-Region aufschlüsseln)?
2. Wie viele Gesundheitszentren nach § 311 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gibt es (bitte nach Jahr seit 2006 und KV-Region aufschlüsseln)?
3. Wie viele MVZ werden seit 2006 jeweils
  - a) durch Krankenhäuser (bitte nach öffentlichen, frei gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern und KV-Region aufschlüsseln),
  - b) in vertrags(zahn-)ärztlicher Trägerschaft,
  - c) durch nichtärztliche Dialyseanbieter,
  - d) durch Kommunen,
  - e) durch andere Träger (bitte jeweils nach Art der Leistungserbringer aufschlüsseln)betrieben (bitte jeweils jährlich seit 2006 bzw. seit Bestehen der rechtlichen Möglichkeit und nach KV-Bezirk aufschlüsseln)?
4. Wie viele MVZ bieten eine fachübergreifende Versorgung an und wie viele davon ein fachübergreifendes primärärztliches Angebot mit hausärztlicher Versorgung (bitte jährlich seit 2011 angeben)?
5. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind in MVZ tätig (bitte seit 2006 pro Jahr und nach Bundesland auflisten) und wie viele jeweils in den verschiedenen Fachrichtungen, und wie viele angestellt bzw. freiberuflich?

6. Wie haben sich das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf Anzahl, Struktur bzw. Angebotsspektrum von MVZ ausgewirkt, und inwieweit wurden nach Ansicht der Bundesregierung problematische Entwicklungen befördert?
7. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl der MVZ, die unmittelbar oder mittelbar in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften sind? Hält sie die Zahl 420 (siehe Vorbemerkung der Fragesteller) für realistisch? Wie hat sich die Zahl dieser MVZ seit 2006 jährlich verändert?
8. Bei wie vielen dieser Übernahmen bzw. erworbenen Beteiligungen kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Abstand von weniger als zwei Jahren zur Gründung oder Übernahme von MVZ?  
Wie ist diese Anzahl im Vergleich zu der Häufigkeit der Gründung oder der Übernahme von MVZ im Durchschnitt der Krankenhäuser zu sehen?
9. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwiefern MVZ in Private-Equity-Hand sich auf besonders profitable Versorgungsbereiche konzentrieren, bspw. bei zahnärztlichen MVZ die Implantologie oder bei augenärztlichen MVZ ambulante Operationen?  
Inwiefern hält die Bundesregierung diese Entwicklungen für eine Schwächung der Versorgungssicherheit in der Grundversorgung und für einen Missbrauch der Kassenarztsitze?
10. Welche Informationen hat die Bundesregierung über Asset Deals bei (Zahn-) Arztpraxen?  
Inwiefern sieht sie dabei die fachliche Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte bedroht?
11. Was unternimmt die Bundesregierung, um Transparenz über die Eigentumsverhältnisse in der MVZ-Landschaft herzustellen?
12. Inwiefern ist nach Ansicht der Bundesregierung der in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierte Regelungszweck der Beschränkung der MVZ-Trägerschaften (§ 95 Absatz 1a SGB V) erfüllt, bei
  - a) MVZ-Ketten,
  - b) MVZ in der Hand von privaten Finanzinvestoren (Private Equity),
  - c) MVZ in der Hand von Großunternehmen wie von privaten Krankenhauskonzernen,
  - d) MVZ-Genossenschaften, die als Investitionsobjekt für Ärztinnen und Ärzte angeboten werden, die nicht an der Leistungserbringung in einem angeschlossenen MVZ beteiligt sind, bzw.
  - e) Verwaltungsgenossenschaften für MVZ-Genossenschaften, die als Investitionsobjekt beworben werden (z. B. [www.mvzderarzt.com/genoinvest/](http://www.mvzderarzt.com/genoinvest/))?
13. Hält es die Bundesregierung grundsätzlich für problematisch, wenn Finanzinvestoren MVZ übernehmen?  
Wenn ja, welche gesetzgeberischen Konsequenzen zieht sie aus ihrer Einschätzung?
14. Welche Informationen hat die Bundesregierung über Wiederveräußerungen von MVZ(-Ketten) durch private Finanzinvestoren und die Dauer der Trägerschaft?
15. Inwiefern ist es nach Kenntnis der Bundesregierung möglich, dass private Investoren mit dem Kauf eines Krankenhauses überall in Deutschland MVZ gründen können?

16. Welche Einschränkungen der Trägerschaft oder andere Regelungen kann sich die Bundesregierung vorstellen, um den eigentlichen Regelungszweck, Kapitalinteressen keinen Einfluss auf medizinische Behandlung zu geben, wirksam zu erfüllen?

Wie steht sie insbesondere dazu,

- a) nur Ärztinnen und Ärzten, die in dem MVZ tätig sind, als Betreiberinnen und Betreiber zuzulassen,
  - b) einen regionalen Bezug etwa bei Krankenhäusern, die MVZ betreiben, vorzuschreiben (beispielsweise nur innerhalb des gleichen Planungsbezirks) bzw.
  - c) einen fachlichen Bezug zwischen Krankenhaus- und MVZ-Angebot vorzuschreiben?
17. Inwiefern müssen MVZ die kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen über die Inhaberstrukturen und einen Wechsel der Inhaberstrukturen informieren, und inwiefern sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf?
18. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass MVZ von Krankenhäusern zur Generierung stationärer Behandlungsfälle verwendet werden?
- Welche gesetzgeberischen Konsequenzen zieht sie aus ihrer Einschätzung?
19. Inwiefern ist der Betrieb von primärärztlichen, interdisziplinären MVZ (Polikliniken) nach Ansicht der Bundesregierung förderungswürdig, um die Versorgungsqualität und -sicherheit in Deutschland zu verbessern, und was unternimmt die Bundesregierung, diese MVZ zu fördern?
- Inwiefern plant die Bundesregierung, den Betrieb speziell von primärärztlichen MVZ in ländlichen Regionen zu fördern?
20. Inwiefern können primärärztliche MVZ nach Ansicht der Bundesregierung einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit insbesondere in ländlichen Regionen leisten?
21. Wie viele MVZ befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in Groß- bzw. Kernstädten, Mittel- bzw. Oberzentren und wie viele in ländlichen Gemeinden?
22. Wie hoch ist der Anteil der in MVZ arbeitenden Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner an hausärztlich bzw. allgemeinmedizinisch versorgenden Ärztinnen und Ärzten (bitte jährlich seit 2006 angeben)?
23. Welche Mechanismen sind der Bundesregierung bekannt, dass mit MVZ die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte erhöht werden kann, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?
24. Inwiefern entspricht das Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. Mai 2016 (Aktenteichen B 6 KA 21/15) dem politischen Willen der Bundesregierung, und inwiefern plant sie, gesetzgeberisch darauf zu reagieren?

25. Welche Regelungen gelten für den Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen, und inwiefern gelten sie auch für MVZ?

Inwiefern gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung dazu gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Berlin, den 5. Oktober 2018

**Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**





