

Präsidentenwahl der BÄK: 6 Fragen – 6 Kandidaten (Frage 2)



Der Druck von kapitalträchtigen Investoren auf des Gesundheitssystem wächst kontinuierlich. Darin liegen Chancen aber auch Gefahren sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich. Wie stehen Sie zu externen Kapitalinteressen und wie soll angesichts des Kapitaldrucks die Freiberuflichkeit ärztlichen Handelns sichergestellt werden?

Reinhardt: Investitionen von international operierenden Kapitalanlegern stellen eine große Herausforderung dar. Grundsätzlich muss es möglich sein, auch im Gesundheitswesen zu investieren. Dennoch wird die Situation schwierig, wenn die Investoren im Sinne der sogenannten „Heuschrecken“ ausschließlich an einer maximalen Rendite interessiert sind und jegliche soziale Verantwortung (siehe die deutsche Verfassung: Eigentum verpflichtet) missachten. Neben der Grundsatzfrage, ob ein soziales Sicherungssystem mit Pflichtversicherten tatsächlich einen Markt darstellen kann, müssen wir verhindern, dass renditegetriebene Investoren Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nehmen können. Rechtliche Lösungen zu finden, die alle diese Aspekte angemessen berücksichtigen und die Bestand haben, ist ein hochkomplexes, aber unbedingtes Vorhaben.

Lundershausen: Ich lehne Investitionen in das Deutsche Gesundheitssystem ausschließlich aus Kapitalanlegerinteressen ab. In meinem Heimatland Thüringen existiert die größte Anzahl von Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Eine Krankenhausplanung nach fachlichen Zentren ist kaum noch möglich, da die privaten Träger der einzelnen Häuser ihre Kliniken vorwiegend nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausrichten. Eine Medizin ausschließlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten lehne ich allerdings ab. Die Öffnung der Gesundheitsversorgung für die Interessen von Kapitalanlegern haben verheerende Folgen. Von uns Ärzten geforderte ethische Grundsätze sind unter diesen Bedingungen kaum noch durchsetzbar. Die Entscheidungsträger würden nicht vor Ort im Zentrum der Betreuung unserer Patienten sitzen, sondern in den Zentralen überörtlicher Kapitalgesellschaften. Dies sind übrigens nicht sozialistische Ansichten einer Frau aus den neuen Bundesländern, sondern geschichtlich verfestigte Tatsachen. Wichtige Bereiche des öffentlichen Lebens müssen durch die öffentliche Gesellschaft vorgehalten werden. Nicht ohne Grund wurde einst die eine gesetzliche Krankenversicherung geschaffen. Es ist systemwidrig, öffentliche Zwangsbeiträge wie die der Krankenversicherung für kapitalanlegergesteuerte Interessen zu verwenden.

Gitter: Ganz klar: Share holder value Unternehmen haben keine öffentlichen Investitionsgelder oder GKV-Gelder zu bekommen, um sie an Aktionäre auszuschütten: Unternehmen/Kliniken dürfen ausschließlich gemeinnützig agieren (Trägereviellat besonders bei den Kliniken ja, jedoch nur gemeinnützig). Der Aushöhlung der freien Praxis über Großunternehmen (Großpraxen/MVZ) muss klug entgegengewirkt werden, ohne sinnvolle Gemeinschaftsprojekte von Ärzten für Ärzte und Patienten zu beschneiden.

Wenker: Das verstärkte Vordringen von Kapitalinvestoren jetzt auch in den ambulanten Bereich sehe ich mit großer Sorge – es gefährdet sowohl die Wahlfreiheit der Patienten als auch den freiberuflichen Charakter ärztlicher Tätigkeit. Das TSVG greift diesen negativen Aspekt der zunehmenden Kommerzialisierung mit verstärkter Übernahme von ambulanten Gesundheitseinrichtungen durch externe Kapitalgeber leider nur sehr zurückhaltend auf. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich im Januar 2019 der Forderung des Bundesrates angeschlossen, wonach im TSVG der gesundheitspolitisch gewünschte Versorgungsbeitrag von MVZ klarer zu fassen sei, um einem kapitalgetriebenen Missbrauch wirksam zu begegnen. Eine Bindung von Krankenhaus-MVZ an einen regionalen und fachlichen Bezug, die Verhinderung einer Fokussierung auf lukrative Leistungsbereiche und sinnvolle Vorgaben zur Größe von MVZ bleiben als Forderungen der Ärzteschaft auch nach Inkrafttreten des TSVG aktuell.

Quitterer: Diesen Druck sehen wir nicht nur, aber zunehmend auch im Gesundheitswesen. Er geschieht nicht primär aus versorgungsrelevanten Gesichtspunkten, sondern hat etwas mit Gewinnorientierung zu tun. Damit rückt das Patientenwohl in den Hintergrund. Deshalb sehe ich in der Tat hier mehr Gefahren als Chancen. Die Freiberuflichkeit ärztlichen Handelns unter diesen neuen Entwicklungen sicherzustellen gelingt nur, wenn wir selbst unser Berufsbild neu definieren, indem wir uns frei machen von Repressalien im Zusammenhang mit unserer Berufsausübung, unseriösen Arbeitsverträgen, Gängelung durch Geschäftsführungen und Bürokratie. Indem wir auch einmal nein sagen und uns nicht einkaufen lassen.

Jonitz: Im Gesundheitswesen wurde schon immer Geld verdient. Das ist normal. Die Frage ist die der Angemessenheit. Erst durch die Verherrlichung von „Markt“ und „Wettbewerb“ durch Politik und manche Krankenkassen wurde das Primat der Ethik durch das der Ökonomie bzw. des Kommerzes abgelöst. Wir brauchen also als erstes eine andere politische Strategie (s. Frage 5). Als nächstes brauchen wir Aufklärung darüber, wie primäres Profitstreben die Patientenversorgung behindert und darüber, was gute Medizin eigentlich ist. Nur dadurch bekommen wir auch Verbündete in der politischen Arbeit gegen die Kommerzialisierung unseres Gesundheitswesens. Und wenn wir es ernst meinen, können wir grundsätzlich mit unseren ärztlichen Versorgungswerken selbst Verantwortung übernehmen und in solchen Kapitalgesellschaften mitreden.

[Zum Übersichtsartikel](#)

[↗ Anzeigen](#)

Quelle: NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Chausseestraße 119b, 10115 Berlin, <http://www.nav-virchowbund.de>, 16.04.2019