

Begehrte (Plan-)Krankenhäuser

Das Interesse privater Finanzinvestoren am deutschen ambulanten Gesundheitsmarkt

Der deutsche Krankenhausmarkt ist nicht einfach. Gerade kleinere Häuser haben es angesichts des angespannten Markt- und regulatorischen Umfelds nicht leicht, sich zu behaupten. Dennoch ist der Krankenhausmarkt wie leer gefegt. In der Beratungspraxis ist ein regelrechter (Kauf-)Ansturm auf Krankenhäuser durch Finanzinvestoren zu beobachten.

Investments in den Gesundheitsbereich – Status quo

Schon seit deutlich über einem Jahrzehnt haben private Investoren den deutschen Gesundheitsmarkt verstärkt für sich entdeckt. Dem europäischen Trend folgend war dies zunächst in der Altenpflege der Fall. Private Betreiber machen deutlich über 50 % des deutschen Pflegemarktes aus; in Frankreich und etwa im Vereinigten Königreich sind die Zahlen ähnlich. Der Beitrag ist also mittlerweile so hoch, dass eine Daseinsfürsorge im Bereich der Pflege ohne Private nicht mehr darstellbar ist.

Dies ist im Bereich der ambulanten Versorgung noch nicht der Fall; doch das Interesse ist auch hier hoch. Dies hat auch mit dem erschwerten Marktzugang zu tun. Der regulatorisch nicht beschränkte Gesundheitsmarkt – ebenso übrigens wie der nicht gesundheitsbezogene M&A-Markt – ist von hoher Nachfrage geprägt. Es ist ungleich mehr Geld als interessante Kaufobjekte im Markt; dies treibt die Preise nach oben. In der gesundheitlichen Versorgung sieht das (noch) anders aus. Private Investoren dürfen sich nicht unmittelbar an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beteiligen. Vielmehr sind nur zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Dialysezentren (diese allerdings fachbezogen beschränkt) oder gemeinnützige Träger berechtigt (§ 108 SGB V). Diese Beschränkung gewährleistet, dass nur solche Institutionen zum Halten eines MVZ berechtigt sind, die bereits einen

Beitrag zur ärztlichen Versorgung leisten.

Hinsichtlich zahnärztlicher MVZ, die aufgrund weitgehender privater Zuzahlungen der Patienten besonders attraktiv für Investoren sein können, gelten weitere Beschränkungen. Höchstens 10 % der vertragszahnärztlichen Versorgung darf in Hand von Krankenhäusern sein, wobei diese Grenze je nach Versorgungsdichte im jeweiligen Planungsbereich modifiziert wird und beispielsweise bei einem Versorgungsgrad von 110 % auf 5 % herabgesetzt oder bei einer Versorgung von unter 50 % auf 20 % erweitert wird (§ 95 Absatz 1b SGB V).

In der Praxis bedeutet dies, dass der Eintritt privater Investoren in den MVZ-Bereich nur über den Erwerb eines Krankenhauses erfolgen kann. Und dass sie das verstärkt tun, zeigen die Zahlen. Wurden 1998 noch zwei Käufe im gesamten Gesundheitsmarkt verzeichnet, konnten 20 Jahre später 92 gezählt werden.¹⁾ Zwischen 2013 und 2018 gab es rund 130 Übernahmen von Unternehmen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, wovon die meisten Übernahmen im Facharzt-Bereich und die größten hinsichtlich Pflegeheimen verortet werden können, ein Fünftel betraf Krankenhäuser. Um das Ausmaß der Transaktionen zu verdeutlichen, kann auch an die Mitarbeiter, die im Zuge dieser Übernahmen den Arbeitgeber wechseln, angeknüpft werden: Über 65 000 Mitarbeiter im Gesundheitssektor waren betroffen.²⁾

Ist der Krankenhauskauf ein Scheinkauf?

Der Eintritt nicht-ärztlicher Investoren in den Gesundheitsmarkt zieht auch Kritik nach sich. Diese nahm im Vorlauf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 6. Mai 2019 (TSVG) ihren vorläufigen Höhepunkt. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist aber der gesetzgeberische Wille bestätigt, Privaten den Zu-

gang zum ambulanten Gesundheitsmarkt zu eröffnen. Wichtig ist: Nicht direkt, sondern über den Erwerb eines Krankenhauses. Die (ärztliche) Leitung des Krankenhauses und nicht der Private sollen die Geschicke der Tochter-MVZ lenken.

Der Hauptkritikpunkt war (und ist) der Vorwurf des Scheinkaufs: An Tag 1 übernimmt der Investor ein Krankenhaus ganz oder zum Teil, überträgt sich dort große Stimmanteile und damit rechtliche Entscheidungsmacht, gründet oder kauft an Tag 2 ein MVZ und an Tag 3 wird das Krankenhaus verkauft, geschlossen oder anders vernachlässigt, während mit dem MVZ weiter operiert werden kann. Dieser Weg ist weder beabsichtigt, noch rechtlich zulässig: Entfallen die Gründungsvoraussetzungen im Nachhinein, ist die Zulassung des MVZ zu entziehen, § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V. § 108 SGB V konkretisiert den Kreis der zugelassenen Krankenhäuser: Es kommen nur Hochschulkrankenhäuser, Plankrankenhäuser und solche Krankenhäuser in Betracht, die einen Versorgungsvertrag mit den Ersatzkassen geschlossen haben. In der hier diskutierten Konstellation kommt vor allem die Form des Plankrankenhauses (§ 108 Nr. 2 SGB V) in Betracht. Krankenhäuser mit Versorgungsverträgen gemäß Nr. 3 sind innerhalb der Zulassung durch die Krankenkassen subsidiär, die Krankenkassenverbände schließen Versorgungsverträge nur ausnahmsweise, sofern der Bedarf nicht durch Plankrankenhäuser gedeckt wird, und soweit der Bedarf gedeckt ist, auch dann nicht, wenn das Krankenhaus im Vergleich zu bestehenden Plankrankenhäusern den Bedarf qualitativ besser decken könnte. Wenn das Krankenhaus, das das MVZ trägt, kein zugelassenes Krankenhaus mehr ist, wird auch dem MVZ die Zulassung entzogen. Dies ist dann der Fall, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausbedarfsplan herausgenommen wird, oder den Versorgungsvertrag

verliert. Gründe dafür können insbesondere sein, dass das Bettenangebot der Krankenhäuser den Bedarf im Planbereich übersteigt oder das Krankenhaus die maßgeblichen – landesrechtlichen – Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt.

Mithin ist bereits gesetzlich ein hohes Commitment der Investoren notwendig. Aber auch betriebswirtschaftlich ergibt nichts anderes Sinn. Wer immer noch der Mär von den Unternehmen zerschlagenden „Heuschrecken“ anhängt, hat – ganz simpel – deren Geschäftsmodell nicht verstanden. Private Equity Investoren halten Unternehmen immer nur mittelfristig. In vier bis sieben Jahren erfolgt die Veräußerung. Damit diese erfolgreich ist, muss das Unternehmen verbessert werden. Dies ist unmöglich, wenn das Krankenhaus nach Übernahme massiv runtergewirtschaftet oder ihm anders die Leistungsfähigkeit abgeschnitten wird. Ganz im Gegenteil: Das Ziel ist Effizienzsteigerung, das Heben von Skaleneffekten und Wachstum.

Übernehmen Investoren die Leitung?

Auf den ersten Blick mag die Frage, welches Know-how Investoren hinsichtlich der Leitung eines MVZ haben, und die Vorstellung, dass es den Finanzinvestoren nur um kurzfristige Wirtschaftlichkeit geht, während das Wohl der Patienten in den Hintergrund rückt, Sorge bereiten. Dem ist jedoch bereits eine klare Regel aus dem Sozialgesetzbuch entgegen zu halten: Jedes Medizinische Versorgungszentrum braucht einen ärztlichen Leiter, der in dem MVZ angestellt ist (§ 95 Absatz 1 S. 3 SGB V). Dieser ist in die Versorgungsstrukturen des MVZ

eingebunden, kann demnach effizient in die Abläufe eingreifen, darf nicht weisungsgebunden sein und schützt das Zentrum davor, dass sachfremde (etwa wirtschaftliche) Erwägungen ärztliche Entscheidungen beeinflussen. Der ärztliche Leiter ist zwar nicht dazu berufen, jede einzelne Behandlung fachlich zu begutachten, er überprüft jedoch die Abläufe, die Patientendokumentation und die Behandlungserfolge. Somit wird das Medizinische Versorgungszentrum umfassend vor dem Eingriff in die medizinische Versorgung durch Nicht-Ärzte geschützt.

Neben diesen vollkommen richtigen rechtlichen Schutzmaßnahmen tritt aber auch wieder die betriebswirtschaftliche Realität. Finanzinvestoren mischen sich fast grundsätzlich nicht in die operative Leitung ihrer Beteiligungsunternehmen ein. Dies überlassen sie den Profis, hier also den Ärzten. Dies ist vollkommen unabhängig von der Branche, in die investiert wird. Sie bieten eher Unterstützung im Bereich der Unternehmensentwicklung sowie der Finanzierung. Da sie aber fachfremd sind, beschränkt sich ihr operativer Einfluss eher auf eine beratende und ggf. überwachende Funktion.

Welche Chancen bietet das Szenario für Ärzte und Patienten?

Private Trägerschaft kann und darf den ambulanten Gesundheitsmarkt nicht dominieren. Ein gesunder Mix ist wahrscheinlich das Beste auch im Sinne der Patienten. Denn Finanzinvestoren bringen Erfahrungen und Möglichkeiten aus anderen Branchen, die sich sehr positiv auf das Gesundheitswesen auswirken. Betreffend Prozessoptimierung, Digitali-

sierung und allgemeine Effizienzmaßnahmen sind produzierende Unternehmen Krankenhäusern und Arztpraxen Meilen voraus.

Die Anstellung im MVZ kann auch anderen Begleiterscheinungen moderner Lebensentwürfen gerecht werden. Das Leben im 21. Jahrhundert stellt sich weit aus volatiler dar als noch vor ein paar Jahren, viele vor allem junge Ärzte sind nicht mehr bereit, sich mit immensem Kapital an eine Praxis zu binden. Vor allem in kapitalintensiven Fachrichtungen wie Radiologie oder Zahnmedizin, können junge Ärzte auch ohne massive Verschuldung in das Berufsleben starten und dennoch eine Kapitalbeteiligung am MVZ halten. Auch im Rahmen der Familienplanung ist dies ein klarer Pluspunkt. Junge Ärztinnen müssen komplizierte Kalkulationen aufstellen, wann sie wie viel Kinder zur Welt bringen können, um nicht in der dynamischen Gesundheitswelt abgehängt zu werden. Väter sehen von der Inanspruchnahme der Elternzeit ab, weil sie eben ihre Praxis führen müssen. Die Arbeit für ein MVZ lässt insofern enorme Flexibilität und gute Einstiegschancen bereit.

Anmerkungen

- 1) Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 12.6.2019, WD 9 – 3000 – 037/19, S. 6.
- 2) Siehe https://www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf, letzter Aufruf 10.2.2021, 14:48 Uhr.

Anschrift des Verfassers

Dr. Jörn-Christian Schulze, Fachanwalt für Internationales Wirtschaftsrecht, ARQUIS Rechtsanwälte, 40213 Düsseldorf

Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9