



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Investorgetragene renditeorientierte Patientenversorgung

Sind die Studienergebnisse auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar?

VON PROF. DR. INGRID MÜHLHAUSER UND PROF. DR. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Deutschland und andere Industrienationen verzeichnen einen bemerkenswerten Anstieg an investorgetragenen und auf Rendite ausgerichtete Einrichtungen (IRE) der Patientenversorgung. Bereiche der Daseinsfürsorge wurden in den letzten Jahren zu lukrativen Anlagen für weltweite Finanzinvestoren.

An das EbM Netzwerk wurde kürzlich folgende Frage gerichtet: „Gibt es Evidenz dafür, dass private bzw. gewinnorientierte Versorgungseinheiten eine andere Versorgung anbieten als gemeinwohlgebundene Versorgungseinheiten? Gemeinwohlgebunden würde bedeuten: ärztlich geführt – weil die Ärztinnen und Ärzte über das Berufsrecht gemeinwohlgebunden sind / gemeinnützig / kommunal geführt / Universität – über diese Definition könnte man natürlich streiten.“

Eine erste Sichtung der publizierten Literatur ergab für die ambulante Versorgung in Deutschland keine entsprechenden kontrollierten Studien. Das Britische Ärzteblatt hat jedoch kürzlich eine themenrelevante Übersichtsarbeit einer Autorengruppe aus den USA, Kanada und Israel veröffentlicht (1). Die Mehrzahl der hier eingeschlos-

BOX 1: MERKMALE DER ÜBERSICHTSARBEIT VON BORSA ET AL. (2023)

ZIELSETZUNG

Übersicht zur Evidenz der Entwicklung und den Auswirkungen von investorgetragener renditeorientierter Eigentümerschaft (IRE)* von Gesundheitsdienstleistung

DESIGN

Narrative systematische Übersichtsarbeit

EINSCHLUSSKRITERIEN

Im Zeitraum 2000 bis 2023 in englischer Sprache publizierte empirische Studien aller Studiendesigns

ERGEBNISPARAMETER

Gesundheitsbezogene Endpunkte, Kosten für Patienten und Kostenträger, Kosten für Betreiber, Qualität (für das jeweilige Setting relevante Parameter); sekundäre Ergebnisparameter: Trends und Prävalenz von IRE

senen Studien wurde in den USA und im stationären, insbesondere im Altenpflegebereich, durchgeführt.

Es liegen jedoch auch Analysen aus Europa und für den ambulanten Sektor vor. Die wesentlichen Merkmale der Übersichtsarbeit sind in der BOX 1 zusammengefasst (siehe unten).

Die Autor:innen verzeichnen in allen untersuchten Versorgungssystemen einen deutlichen Trend einer Zunahme an IRE. Aus ihren Auswertungen schlussfolgern sie, dass IRE oftmals assoziiert sind mit negativen Ergebnissen in Bezug auf Kosten für Patient:innen und Kostenträger sowie heterogene bis schädliche Einflüsse

ERGEBNISSE

Es liegen keine prospektiv geplanten randomisierten kontrollierten Studien vor; eingeschlossen wurden 55 Studien aus 8 Ländern, davon 47 aus den USA, mit einem breiten Spektrum stationärer und ambulanter Einrichtungen (Altenpflegeheim n=17, Krankenhäuser und dermatologische Einrichtungen jeweils n=9, ophthalmologische n=7, multidisziplinäre allgemeinmedizinische n=5, urologische n=4, gastroenterologische und orthopädische jeweils n=3, chirurgische, Fertilitäts-, geburts- und gynäkologische Zentren jeweils n=2, sowie Einrichtungen der Anästhesie, Hospiz, Mund-Kiefer-Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren, und plastische Chirurgie jeweils n=1).

Das konsistenteste Ergebnis war eine Assoziation zwischen IRE und einer Zunahme der Kosten für Patienten und Kostenträger. Zudem war IRE assoziiert mit gemischten bis negativen Ergebnissen in Bezug auf Qualitätsparameter. Diese Assoziationen fanden sich auch dann, wenn nur die zuverlässigeren Studien mit

einem mäßigen Verzerrungsgrad analysiert wurden. Zum Gesundheitszustand fanden sich sowohl positive als auch negative Ergebnisse, ebenso wie zu den Kosten für die Betreiber, wobei die Studienlage nicht belastbar genug ist, um verlässliche Schlüsse zu ziehen. In einigen Fällen war IRE mit einem geringeren Ausstattungsgrad an Pflegekräften, insbesondere mit einer Verschiebung zu niedrigerem Qualifizierungsgrad assoziiert. Insgesamt konnten keine konsistent positiven Auswirkungen von IRE identifiziert werden.

*private equity ownership wird mit „investorgetragene renditeorientierte Eigentümerschaft (IRE)“ übersetzt

Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch J D. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ* 2023; 382: e075244

<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>
(Published 19 July 2023)



auf die Versorgungsqualität. Da die Studien jedoch ein relevantes Verzerrungspotenzial aufweisen und überwiegend auf die USA fokussieren, bliebe die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder unklar (1). In einer weiteren aktuellen großen Fall-Kontroll-Studie wird für die stationäre Versorgung in den USA ein deutlich höheres Risiko für im Krankenhaus erworbene unerwünschte Ereignisse unter IRE im Vergleich zu anderen Trägerschaften ermittelt (2).

EXTERNE VALIDITÄT VON STUDIEN

Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit der verfügbaren Evidenz auf das deutsche Gesundheitssystem bzw. der Verallgemeinerbarkeit. Dies im Gegensatz zur internen Validität, die sich auf die methodische Qualität und die Glaubwürdigkeit der Studie bzw. des Reviews bezieht. Die Prüfung der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den einzelnen Patienten bzw. ein Gesundheitsproblem ist ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung der bestverfügbaren Evidenz zu einer bestimmten Fragestellung. Dabei geht es nicht um die Frage, ob mein Patient oder mein Setting genau jenem in der Studie entspricht (was so gut wie niemals der Fall wäre). Zu prüfen wäre vielmehr, was dagegen spricht, dass die Ergebnisse aus der Studienpopulation übertragbar sind und in einem weiteren Schritt, inwiefern sich die Ergebnisse der Studie bei Übertragung auf die Zielpopulation ändern könnten (3).

Die Unschärfe der Begriffe Übertragbarkeit, Generalisierbarkeit, Direktheit (directness), Reproduzierbarkeit oder Anwendbarkeit sind Gegenstand aktueller Forschung. Derzeit gibt es keine ausreichend validierten Bewertungsinstrumente zur Beurteilung der externen Validität von systematischen Übersichtsarbeiten bzw. von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT), die in ein Review

eingeschlossen werden (4). In einer Delphi-Studie wurde kürzlich ein Konsensus über die Definition des Begriffs „externe Validität“ und über Kriterien zu ihrer Beurteilung in RCTs erzielt. Die Kriterien adressieren die Bereiche Population, Intervention, Vergleichsintervention/Kontrolle, Ergebnisparameter und Setting (5).

Je komplexer die Interventionen und je komplexer die Settings, in die interveniert wird, umso bedeutsamer ist die Beurteilung der Übertragbarkeit. Für die Studienergebnisse zum Thema investorgetragene renditeorientierte Eigentümerschaft und Patientenversorgung im deutschen Gesundheitssystem erscheinen vor allem zwei Aspekte hinsichtlich der Übertragbarkeit von Bedeutung: der Standard, mit dem jeweils verglichen wird, und das Setting einschließlich des Vergütungssystems. Im Folgenden werden einige Aspekte zum Vergleich für die Langzeitpflege im Alten- und Pflegeheim und die ambulante Versorgung in der ärztlichen Praxis skizziert.

SETTING PFLEGEHEIM

Ländervergleichende Studien von Pflegeheimen legen nahe, dass sich die Zugangswege ins Pflegeheim, die Merkmale und Konstitution bei Einzug sowie die Verweildauer der Bewohner:innen unterscheiden (6).

Hinzu kommen systembedingte und kulturelle Unterschiede, so hinsichtlich medizinischer Versorgung und therapeutischer Angebote (7), aber auch der Qualifikation des Personals (8). Der Einfluss von Rendite ausgerichteten Einrichtungen auf die Qualität der Pflege ist in den letzten Jahren mehrfach Gegenstand internationaler, zumeist auf Routinedaten basierender Untersuchungen gewesen (1).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor fast 30 Jahren hat der deutsche Staat die Pflegeeinrichtungen – also einen Teil der Daseinsfürsorge – gewinnorientierten Märkten überantwortet (BOX 2).

BOX 2 – INVESTORGETRAGENE RENDITEORIENTIERTE EIGENTÜMERSCHAFT (IRE) IM SETTING PFLEGEHEIM

Bis in die 1990er-Jahre war die Altenpflege hierzulande gemeinnützigen und öffentlichen Trägern überantwortet. Die Pflegeversicherung von 1995 eröffnete auch privaten Betreibern Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abzuschließen.

Im Jahr 2021 gab es in Deutschland 16.115 Pflegeheime, darunter 6.876 Pflegeheime in privater Trägerschaft, 8.512 in freigemeinnütziger und 727 in öffentlicher Trägerschaft (14). Das Wachstum des Marktes erfolgt überwiegend im gewinnorientierten Segment. Der deutsche Pflegeheimsektor ist in den letzten Jahren zunehmend attraktiv geworden für Finanzinvestoren, insbesondere für Private Equity Fonds, die die stärkste Gewinnorientierung aufweisen (15).

Die privaten Pflegeheime in Deutschland werden von Ketten ausländischer Investoren dominiert, so von der französischen Korian-Gruppe mit 250 Pflegeheimen und mehr als 27.000 Pflegeplätzen und der

Alloheim Senioren-Residenzen SE mit 239 Einrichtungen und 23.400 Pflegeplätzen (16).

Problematische Arbeitsbedingungen und mangelnde Pflegequalität der IRE waren in den letzten Jahren vielfach Gegenstand öffentlicher Diskussion; auch juristische Verfahren aufgrund schwerer Verfehlungen wurden angestrengt (15). Eine Analyse der Pflegeheimbewertungen des Medizinischen Dienstes zeigt, dass profitorientierte im Vergleich zu nicht-profitorientierten Pflegeheimen bei vier von sechs berücksichtigten Qualitätskategorien mit einer signifikant schlechteren Qualität abschnitten (17). Kürzlich fand eine Studie höhere Covid-19-Infektions- und Sterberaten in IRE im Vergleich zu Pflegeheimen anderer Betreiber (18).

Die gegenwärtige makroökonomische Lage mit hoher Inflation, steigenden Kosten für Energie und Personal scheinen Private Equity Investoren nunmehr abzuschrecken. Viele Einrichtungen können nicht ausgelastet werden, da es an Personal mangelt. Insolvenzen und Restrukturierungen sind zu verzeichnen (19).

Die Auswirkungen auf die Qualität der Pflege, das Wohlergehen der Bewohner:innen und des Personals sind in Deutschland nicht systematisch untersucht. Es finden sich jedoch keine Anhaltspunkte anzunehmen, dass die Ergebnisse von Analysen zu den Auswirkungen von IRE aus internationalen Studien nicht auf Deutschland übertragbar sein sollten.

SETTING ÄRZTLICH GEFÜHRTE PRAXIS ALS TEIL EINES GESUNDHEITSSYSTEMS IM UMBRUCH

In Deutschland ist ein erheblicher Anteil der stationären Versorgung bereits in privater Trägerschaft. Die ärztliche Praxis wird überwiegend erlösorientiert mit

gemischter Finanzierung geführt. Analysen zur Qualität der medizinischen Versorgung bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem ein erhebliches Ausmaß an Überdiagnostik und Übertherapie (9). Gemessen an der wirtschaftlichen Leistung hat Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme, eine hohe Arztdichte und Spitzenwerte bei Patientenkontakten (10). Gleichzeitig klagen Patienten zunehmend über lange Wartezeiten auf Arzttermine. Gemessen an Patientenergebnissen liegt Deutschland im europäischen Vergleich oftmals nur im Mittelfeld. Bei der Dauer eines Patientenkontakts ist Deutschland mit durchschnittlich 7,6 Minuten weit hinter anderen westlichen Ländern



positioniert (an der Spitze befindet sich Schweden mit 22,5 Minuten) (11). Die Gesundheitsversorgung erscheint nicht grundsätzlich am Patientenwohl orientiert. Kommerzielle Fehlanreize manifestieren sich in einem Übermaß an unnötigen und teils sogar gesundheitsschädlichen privatärztlichen (IGe-)Leistungen auch für Kassenpatienten. Hingegen wird das Patientenrechtgesetz in Bezug auf Aufklärung zu medizinischen Maßnahmen und die informierte partizipative Patientenentscheidungsfindung nicht umgesetzt (12).

ÜBERTRAGBARKEIT INTERNATIONALER BEFUNDE AUF DAS SETTING DER ÄRZTLICH GEFÜHRTEN PRAXIS

Die Defizite im aktuellen deutschen Gesundheitssystem beziehen sich auf die Gesamtheit der stationären und ambulanten Versorgung. Eine klare Differenzierung zwischen stationär und ambulant in Bezug auf die Versorgungsqualität ist nicht möglich. Bei der Übertragung der Studienergebnisse aus den genannten Quellen (1,2) auf die ambulante ärztliche Versorgung stellen sich folgende Fragen: Was ist aktuell in Deutschland der Standard für die ärztlich geführte Versorgungseinheit? Und: Ist der Standard (ärztlich

geführte Versorgungseinheit) best practice im Sinne einer gemeinwohlgebundenen Krankenversorgung?

Die Optimierungsbereiche in der ärztlichen ambulanten Versorgung müssen bei der Übertragung von Studienergebnissen geprüft und berücksichtigt werden. Die Unterschiede zwischen investorgetragenen renditeorientierten und gewinnorientierten Praxen könnten aktuell in Deutschland gering sein. Hingegen könnten die Unterschiede deutlicher werden, wenn mit einer best practice Standardversorgung verglichen würde, die durch Evidenzbasierung wahrhaft patienten- und gemeinwohlorientiert wäre. Modelle dazu wie Primärversorgungszentren mit multiprofessionellem Team wurden in anderen Ländern erfolgreich erprobt und könnten auch für Deutschland eine bessere und effizientere Versorgung ermöglichen (13). Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin wäre zudem eine prospektiv geplante kontrollierte Evaluation jeglicher Eingriffe in die ärztliche Versorgungspraxis zu fordern. Das gilt in besonderem Maße auch für die Implementierung weiterer investorgetragener und auf Rendite ausgerichteter Einrichtungen der Patientenversorgung. ■



**PROF. DR. MED.
INGRID MÜHLHAUSER**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 / 42838 - 3988



**PROF. DR. PHIL.
GABRIELE MEYER**
Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg
Direktorin des Instituts für
Gesundheits- und Pflegewissen-
schaft der Medizinischen Fakultät