© ROLF SCHULTEN

„Bei mir klingt da an: Jetzt wird die doppelte Facharztschiene aufgelöst“

Die Diskussion über Investoren-MVZ spitzt sich zu. Labormediziner Michael Müller bricht im Interview eine Lanze für Investoren, denkt über Regulierung nach und spricht über Lobbyismus und die EBM-Vergütung von PCR-Tests.

Das Interview führten Hauke Gerlof und Denis Nößler

Münsterländer, 60 Jahre Lebenserfahrung, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, MVZ-Geschäftsführer, Berufspolitiker und Vorsitzender der ALM e.V.: Herr Dr. Müller, empfinden Sie sich als Lobbyist?
Lobbyismus ist nichts anderes als Interessenvertretung. Meine Aufgabe ist es, die Interessen der Laborärztinnen und -ärzte zu vertreten. Ich habe schon in der Grundschule gelernt, dass es kaum jemanden geben wird, der meine Interessen so gut kennt wie ich und auch noch bereit ist, für sie einzustehen. Am Ende geht es darum, dass in einer Debatte alle Akteure ihre Sichtweisen einbringen und es einen Interessenausgleich gibt.

Was unterscheidet guten von schlechtem Lobbyismus?
Ich finde, es ist wichtig, authentisch und glaubwürdig zu sein. Und es geht darum, Fakten in die Debatte einzubringen. Immer dann, wenn sie ausgeblendet sind und die Wirklichkeit verzerrt wird, würde ich das kritisch sehen.

Die „Süddeutsche Zeitung“ hat sie als Lobbyisten bezeichnet, der mit guten Kontakten zum damaligen Minister Jens Spahn für zu hohe Preise bei den SARS-CoV-2-PCR-Tests gesorgt hat. Sie sollten Spahn sogar „Formulierungshilfen“ geschrieben haben. Wie gut ist Ihr Kontakt?
Mein Kontakt zu den Entscheidern war in der Pandemie auf der Sachebene gut. Für den Bundesminister war bekanntlich zu Anfang der Pandemie ein entscheidender Punkt, dass die Diagnostik zum Nachweis von SARS-CoV-2 funktioniert. Wir wollten als fachärztliche Labore Teil der Lösung sein und Verantwortung übernehmen.

Und was entgegnen Sie dem Vorwurf, die Laborlobby habe die Preise für die PCR-Tests künstlich hochgetrieben?
Es drängt sich der Eindruck auf, dass das Ergebnis schon vor der Recherche feststand. Außerdem ist es typisch deutsch, dass man ex post immer der Schlauere ist. Aber Tatsache ist, dass ich im Februar 2020, als ich gefragt wurde, ob wir mit 59 Euro zurechtkommen, gesagt habe: „Ich weiß es nicht.“

Das war damals die Erstbewertung der SARS-CoV-2-PCR-Tests im EBM nach GOP 32816. Was waren denn seinerzeit die Unsicherheitsfaktoren?
Die Frage der Schutzmaßnahmen und der Arbeitssicherheit war ungeklärt; es gab nur einen Hersteller, der die wichtigsten Reagenzien liefern konnte; wir mussten erst einmal den Bedarf an Diagnostik einschätzen. Bei der Kostenfrage waren wir als Verband transparent. Es war auch immer zu berücksichtigen, dass es Labore gab, die >>

Dr. Michael Müller

Vorstandsvorsitzender der Akkreditierten Labore in der Medizin – ALM e.V.

Seit 2012 Geschäftsführer der MVZ Labor 28 GmbH in Berlin, die seit 2008 zu Sonic Healthcare gehört.

Niedergelassener Facharzt für Laboratoriumsmedizin, fachliche Spezialisierung: Immunologie.

>> 5.000 PCR-Tests am Tag gemacht haben, andere nur 100 pro Tag. Ich bin ja sehr für Debatte, und jemand kann auch die Meinung vertreten, PCR-Tests waren immer schon zu teuer, aber ...

Man hört da eine gewisse Empörung heraus ...
Ja, schon! Aber dabei geht es mir weniger um mich als Person, sondern tatsächlich um die Fakten, die es zu bewerten gilt – und die dann leider verzerrt dargestellt wurden.

Die aktuelle Bewertung liegt nun bei 19,90 Euro und ist damit so hoch wie bei PCR-Tests auf andere ARE-Erreger. Ist das jetzt unwirtschaftlich – oder nicht doch folgerichtig in der Entwicklung?
Ich finde das nicht folgerichtig, wenn auch angesichts der Bestrebungen des GKV-Spitzenverbands erwartbar. Ich kenne keine betriebswirtschaftliche Kalkulation, die dazu passt. Nicht alle Labore werden damit auf ihre Kosten kommen, wenn sie nicht so viele PCR-Tests analysieren. Das heißt dann aber auch, dass die Verfügbarkeit der Tests zurückgehen wird.

Wird die Debatte der Sache gerecht?
Es gibt doch viele Vorurteile, gerade den medizinischen Fachlaboren gegenüber. Es ist ja auch ungewöhnlich, dass eine Laborpraxis wie wir einige Hundert Mitarbeitende hat. Insofern wäre es gut, die Diskussion zu versachlichen.

Damit sind wir direkt im Labor 28, in dem wir in Berlin-Wilmersdorf zum Gespräch sitzen. Herr Müller, Sie sind Laborarzt und Geschäftsführer des MVZ. Eigentlich würden wir ja gerne Ihre Gewinn- und Verlust-Rechnung sehen, aber verraten Sie uns wenigstens wie viele Menschen hier arbeiten?
Das Labor besteht jetzt seit 1978, über diese 45 Jahre hat es sich enorm entwickelt. Aktuell sind 352 Personen in ganz unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen bei uns beschäftigt. Von den 352 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind 20 Ärztinnen und Ärzte.

Und welche Leistungsdimensionen erreicht so ein großes Labor?
Wir versorgen im Durchschnitt neun- bis zehntausend Patienten jeden Tag, eine gute halbe Million Patienten im Quartal und damit etwa 2,2 Millionen im Jahr. Deshalb werden wir vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auch als kritische Infrastruktur angesehen, was entsprechende Anstrengungen für die Ausfallsicherheit und IT-Sicherheit erforderlich macht.

Labormedizin findet für die meisten, die Leistungen in Anspruch nehmen müssen, in der zweiten Reihe statt, es gibt also sehr häufig gar keinen Patientenkontakt ...
Da haben Sie Recht, und gleichzeitig wird die Liste der Erkrankungen, die nur und ausschließlich mit qualitätsgesicherter Labordiagnostik zu erkennen sind, eher länger als kürzer. Dabei ist die Diagnose übers Labor meist sehr günstig. Eine schwierige Diagnose wie Leukämie über das Blutbild und die mikroskopische Betrachtung wird in der GKV mit 1,10 Euro plus 40 Cent vergütet, und dieser Wert ist dann durch die Quotierung in der Realität häufig noch niedriger. Am Tag haben wir etwa 300 mikroskopische Untersuchungen, die sind mit 40 Cent hoffnungslos unterfinanziert.

Dafür wollen Sie jetzt aber kein Mitleid, oder?
Natürlich ist es unsere Aufgabe, eine Organisationsform zu finden, dass wir bei diesen Kostenerstattungen zurechtkommen, auch deshalb ist das Labor so durchautomatisiert. Und ebenfalls deshalb ist ein fachärztliches Labor gut beraten, neben der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auch andere Dinge zu machen, zum Beispiel Studien, um dadurch die wirtschaftliche Stabilität zu stärken.

... und durch Privatleistungen? Wie hoch ist da Ihr Anteil?
Das ist nicht wirklich relevant. Es ist ein Irrglaube, zu meinen, dass die Gebührenordnung für Ärzte im Labor so exorbitant höher wäre als im EBM. Das ist ungefähr Faktor 1,8, wenn man eine ähnliche Versorgung der Patienten miteinander vergleicht. Aber Sie hatten eben auch die Gewinn- und Verlust-Rechnung angesprochen. Ich finde schon, dass es eine Selbstverständlichkeit ist, dass jeder, der im Gesundheitswesen unterwegs ist, mit dieser Arbeit und mit der Leistung, die er oder sie erbringt, auch einen Ertrag erwirtschaften kann.

> Die Schwelle, dass ein Investor ein Krankenhaus kaufen muss, um ein MVZ gründen zu dürfen, halte ich für künstlich. Es wäre sinnvoller, dieses Kapital in die Qualität der Versorgung zu stecken.
>
> **Dr. Michael Müller,**
> Vorsitzender der Akkreditierten Labore in der Medizin – ALM e.V.

Sonst würden wir dieses Interview wohl mit Ihrem Insolvenzverwalter führen ...
... oder Sie würden das mit dem Minister führen, weil der im Rahmen von Staatsmedizin vorgibt, wer zu beschäftigen ist und wie viel Geld dafür auszugeben ist, weil er das System entökonomisieren will, was immer das heißen soll.

Der Begriff Entökonomisierung ist natürlich Nonsens ...
Vielleicht. Aber für mich ist das tatsächlich eine ernste Sache, wie jemand auf die Idee kommen kann, so einen Begriff zu verwenden. Wir können und wollen doch nicht zurück in die Tauschwirtschaft. Entökonomisierung, das ist für mich die vollständige Negierung der Zusammenhänge, der Prozesse und auch der Grundlagen, gute Medizin weiterzuentwickeln. Das funktioniert über Investitionen, über Vorleistungen und auch über die Regulierung: Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet darüber, was in der GKV refinanziert wird, und der Bewertungsausschuss setzt dann um, wie viel dafür bezahlt wird. Damit haben wir dann zurechtzukommen, ob mir das gefällt oder nicht. Das System ist in sich gut strukturiert, und es sorgt dafür, dass die Interessen austariert werden.

Kommen wir nochmals aufs Labor 28 zurück. Es ist hervorgegangen aus mehreren Laborgemeinschaften, die Geschichte reicht bis 1978 zurück. 2006 wurde daraus ein MVZ, 2008 hat es Sonic Healthcare übernommen, ein Milliardenschweres börsennotiertes australisches Gesundheitsunternehmen. Was spricht eigentlich für ein MVZ und gegen eine BAG?
Das MVZ ist eine Versorgungsform, die es ermöglicht, die Inhaberschaft und die ärztliche Tätigkeit ein Stück voneinander zu trennen, wie bei den Polikliniken. Das hat geholfen, strukturelle Bedürfnisse in der Ärzteschaft zu befriedigen. Nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gab es dann die Möglichkeit, Ärzte auch in Praxen anzustellen.

Umgedreht gefragt, was spricht denn gegen eine ärztliche Inhaberschaft?
Gar nichts. Ich finde es wichtig, das nicht gegeneinander, sondern nebeneinander zu stellen. Mit den MVZ ist eine zusätzliche Option

© ROLF SCHULTEN

in die Gestaltungsmöglichkeit von Versorgung gekommen. Gerade mit der sehr sinnvollen Möglichkeit, auch fachgleiche MVZ gründen zu können. Wenn man sich das mal anschaut: 4.100 MVZ sind ja im Verhältnis zur Gesamtzahl der Praxen nach wie vor wenig.

Die Veränderung ist dennoch deutlich. Vor zwei oder drei Jahren ist die Anzahl der Ärzte, die in eigener Praxis vertragsärztlich tätig sind, erstmals unter 100.000 gefallen. Und wir stehen jetzt bei über 55.000 angestellten Ärzten ...
Das zeigt, das Bedürfnis von Ärztinnen und Ärzten, in unterschiedlichen ambulanten Strukturen zu arbeiten, wird damit besser abgebildet. Es nutzt nichts, zu sagen, die Einzelpraxis sei das einzig Wahre, aber es macht dann keiner. Wir haben in Deutschland eine starke flächendeckende ambulante Versorgung. Das war meines Erachtens ein Riesenvorteil auch während der Pandemie, weil die Betroffenen eben nicht primär im Krankenhaus gelandet sind. Neun von zehn sind bekanntermaßen ambulant versorgt worden.

Empfinden Sie sich heute mehr als Arzt oder mehr als Manager?
Als beides. Das schließt sich auch nicht aus. Es ist bedauerlich, dass es in der ärztlichen Ausbildung keine Inhalte zur Betriebsführung und Umgang mit, beziehungsweise zur Bewertung endlicher Ressourcen gibt. Ich habe Glück gehabt in meiner Berufszeit und habe mit Menschen gearbeitet, die mir das beigebracht haben. Und dazu gehört auch, Management, Führungsfunktionen und Mitarbeiterführung zu lernen. Das gilt aber für eine Einzelpraxis genauso wie für ein großes fachärztliches Labor.

Können wir das als Plädoyer verstehen, mit Blick auf die Reform der Approbationsordnung, die ja immer wieder mal in weite Ferne rutscht, da im vorklinischen Studienabschnitt noch einen Kursus BWL mit reinzunehmen?
Ich glaube, das gehört nicht in die Vorklinik, sondern in die klinische Ausbildung, weil die Studierenden dann mehr darüber wissen, wie Medizin funktioniert, welche Ressourcen nötig sind, um eine Diagnose zu stellen oder eine Therapie zu machen. Wenn dieses Wissen vorhanden ist, dann macht es auch Sinn zu lernen, wie das mit Mitteln der Betriebsführung organisiert wird. Bei uns im Labor liegt die Verantwortung für die Weiterentwicklung der Medizin bei der ärztlichen Leitung. Und der internationale Verbund, in dem wir arbeiten, bringt hier sicher Nutzen, weil so noch mehr Austausch möglich ist.

Ihr Laborverband, die ALM, hat mit dem BBMV, dem Verband investorengetragener MVZ, ein Memorandum vorgelegt. Unter anderem ist darin die Rede von „finanziellem Potenzial“ durch Investoren. Warum brauchen wir das? Genügen nicht ärztliche und pflegerische Fachkräfte für ein funktionierendes Gesundheitssystem?
Der entscheidende Punkt ist doch, dass zur Weiterentwicklung der Medizin auch Finanzmittel notwendig sind, Investitionen in Methoden, in Prozeduren, in Behandlungsoptionen und in Struktur. Das gilt gerade im Labor. Eine dynamische Weiterentwicklung gibt es nicht ohne privates Kapital. Nichts anderes sagt das Memorandum.

Wie viel Geld muss ein privater Investor investieren, um als solcher zu gelten?
Die Frage, wie groß jemand sein muss, damit der vom Gesundheitsminister das Etikett „Investor“ bekommt, werden wir hier nicht beantworten können. Es gibt bekanntlich die Schwelle, dass ein Investor ein Krankenhaus kaufen muss, um ein MVZ gründen zu dürfen. Diese Investitionsschwelle halte ich für künstlich – wäre es nicht viel sinnvoller, das im Kauf des Krankenhauses gebundene Kapital in die Qualität der Versorgung zu stecken? Am Ende geht es doch um einen qualitätsorientierten Wettbewerb.

Also Wegfall dieser Gründungsvoraussetzungen für MVZ?
Ja. Für mich als Patient ist doch entscheidend, dass ich auf eine kompetente ärztliche Person treffe, die in einer professionellen Struktur mit modernen Mitteln arbeiten kann und die als Ärztin oder Arzt empathisch mit mir umgeht. Da ist es doch egal, ob diese Person in einer eigenen Praxis, in einem investoren-getriebenen MVZ oder in einem Krankenhaus arbeitet.

Wie empathisch kann eine angestellte Ärztin oder ein Arzt sein, wenn gleichzeitig der Blick auf die Finanzen des MVZ gerichtet sein soll?
Diese Frage trifft eigentlich jeden Arzt, der mit begrenzten Ressourcen umgehen muss. Mir erschließt sich der Unterschied zu einer Einzelpraxis nicht, wenn der Inhaber oder die Inhaberin bei der Bank viel Geld aufgenommen hat, um sie zu finanzieren. Wesentlich ist, dass der oder die Inhaberin nicht permanent die Bezahlung des Kredits im Kopf hat, sondern dass es auch dann um die bestmögliche Medizin geht. Aus unserer Perspektive ist es wesentlicher, die ärztliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit zu fördern, als die Frage zu diskutieren: „Wem gehört das?“

Wie sieht es mit der räumlichen Verteilung der ärztlichen >>

>> ***Ressourcen aus? Da stehen MVZ ja durchaus in der Kritik ...***
Ich meine, noch sind wir nicht in der Situation, und ich sage mal bewusst noch, dass wir alle Staatsangestellte sind und jemand sagt, „Ab morgen bist Du dann im Landkreis xy“. Es ist unfair, wenn über MVZ gesagt wird, die gingen nicht in die Fläche; Ärzte in Einzelpraxen tun das auch immer seltener. Hier ist der Sinn der Bedarfsplanung infrage zu stellen. Sie hat nicht dazu beigetragen, dass dort, wo Ressourcen gebraucht werden, auch welche hinkommen. Selbst in der Metropolregion Berlin gibt es weiße Flecken.

Vielleicht hat die Bedarfsplanung weiße Flecken nicht gänzlich verhindert. Aber hilft sie nicht doch, uns davor zu schützen, dass alle Niederlassungswilligen in Hamburg nur mehr in die gut situierten Stadtteile gehen?
Ich weiß nicht, ob das so ist, weil es niemand ausprobiert hat. Aber wie wäre es denn, wenn wir es schafften, junge Kolleginnen oder Kollegen zu fördern, wenn sie aus großen Einheiten herausgehen wollen – auch bei gesperrten Gebieten – zum Beispiel darüber, dass der Arztsitz dann verdoppelt wird? Dann wären Sitze, die von MVZ gekauft werden, nicht für immer verloren für kleinere Einheiten. Das wäre für mich eine einfache Regelung. Sich hinter der Bedarfsplanung zu verstecken, ist dann nicht lösungsorientiert.

Ist es nicht eher so, dass ein erwartbarer Mangel an Fachkräften und ärztlichem Personal die Versorgung mehr gefährdet als Zulassungsbeschränkungen? Finanzinvestoren können sich MFA, Pflegekräfte und Ärzte ja auch nicht backen.
Nehmen wir noch mal das Beispiel Gründungseigenschaft Klinik für MVZ. Wenn hier jetzt Beschränkungen kämen, zum Beispiel räumliche oder fachliche Grenzen, dann könnte das dazu führen, dass Praxen, die sich in eine solche Struktur einbringen wollen, das nicht mehr können. Wenn dann kein anderer da ist, um die Praxis zu übernehmen, fällt sie weg – und es wird dort potenziell keine Versorgung mehr geben. Das hat dann den Bezug zur Versorgungssicherheit. Um die zu haben, brauche ich breitestmögliche Optionen der Niederlassung. Dazu gehören auch MVZ-Strukturen – mit oder ohne Kapitalgeber.

Wer würde aus Ihrer Sicht denn profitieren, wenn die Optionen in Richtung MVZ eingeschränkt würden?
Ganz klar, dann fördern wir vor allem große stationäre Strukturen, die sich längst darauf vorbereitet haben, ambulante Medizin aus dem Krankenhaus zu machen. Vielleicht meint die Politik ja, dass es opportun ist, die Kliniken zu stärken, gerade wenn sie die Grund- und Regelversorgung nicht mehr stationär, sondern ambulant machen sollen. Bei mir klingt da sofort an: Jetzt wird die doppelte Facharztschiene aufgelöst. Aber wie soll das gehen bei der aktuellen Personalnot? Was ist mit dem Facharztstandard in der ambulanten Versorgung? Auch die Frage, wie die Weiterbildung dann gewährleistet werden kann in einem solchen Szenario, ist noch nicht beantwortet.

Kommen wir zu den Heuschrecken zurück: Nennen wir sie einfach generell Kapitalgeber, ob das börsennotierte Unternehmen sind oder Menschen, die eine Milliarde Euro übrig haben ...
... oder vielleicht jemand mit nur 50.000?

Oder 50.000 Euro – die Idee ist doch, mit dem Kapital Rendite zu erzielen. In der tradierten Einzelpraxis oder den BAG reden wir bei den Überschüssen nach Sach- und Personalkosten von einer Art Bruttogehalt der Inhaber vor Steuern. Dieses Gehalt, das ja zu erheblichen Teilen aus den Solidarbeiträgen der Versicherten stammt, kann man als Reinvestment in die Lebens- und Leistungsfähigkeit der Praxisinhaber verstehen. Sobald aber Investoren ins Spiel kommen, fließt die Rendite sonst wohin. Wo ist da der Systemvorteil?
Wenn wir davon ausgehen, dass aus den Honoraren für die ärztliche Tätigkeit ein Überschuss entsteht, dann sollte doch ein Praxisinhaber genauso frei sein, über dessen Verwendung zu entscheiden wie ein Investor. Vielleicht fließt die Rendite beim Einzelpraxisinhaber in ein gutes Studium für die Kinder oder in den nächsten großen Urlaub. Hier zwischen gutem und schlechtem Geld zu unterscheiden, ist nicht zielführend. Gut beraten ist man auf jeden Fall, wenn man von den Erträgen, die man erwirtschaftet, auch in die Weiterentwicklung der Medizin investiert. Und das gilt für Investoren und für Praxisinhaber gleichermaßen. Auch ein Investor kann doch nicht sagen, in meiner Einrichtung stelle ich nur Mittel für eine minderwertige Medizin zur Verfügung, nur damit der Ertrag stimmt.

© ROLF SCHULTEN

Wieso kann er das nicht?
Wenn dem so wäre, hätten wir Proteststürme von Patientenvertretungen.

Es gibt aber durchaus Ausreißer in der Versorgung, die eigentlich nur gut mit finanziellen Fehlanreizen erklärbar sind. Bei der PTCA bei V.a. Myokardinfarkt beispielsweise sind wir bei der Zahl der Eingriffe international ganz vorne, aber bei der 30-Tage-Sterblichkeit nach Entlassung sind wir nur Mittelmaß ...
Ich vermute mal, dass das Effekte sind, die nicht unbedingt mit Finanzinvestoren etwas zu tun haben.

Herr Müller, noch wissen wir nicht genau, mit welchen Beschränkungen der Minister investoren-getragene MVZ zurückdrängen will. Sie wollen dagegen explizit die Zulassungshürde, den Umweg über den Erwerb einer Klinik, abgeschafft sehen. Gibt es denn Regelungen, bei denen Sie d'accord wären?
Auf jeden Fall einverstanden sind wir damit, Transparenz für alle Leistungserbringer im System zu schaffen, also über die Eigentümerstrukturen. Die Zulassungsänderungsverordnung, die unterwegs ist, adressiert das schon in Teilen. Über Transparenz, verknüpft mit Abrechnungsdaten, könnten wir dann auch feststellen, ob es bei bestimmten Akteuren Tendenzen im Abrechnungsverhalten gibt. Die Daten liegen ja alle vor. Es gibt Honorarbescheide, Abrechnungsprüfung, Plausibilitätsprüfungen.

Sie fordern eine Evaluation nach Eigentümerstrukturen?
Was uns fehlt, ist tatsächlich die Zuordnung der Abrechnungsdaten zu den Strukturen. Es steht nirgendwo in der Abrechnung „Ich bin ein Investor“. Deswegen grüner Haken dran, wenn es im Versorgungsgesetz um die Herstellung der Transparenz geht.

Wenn man hier am Labor 28 vorbeifährt, steht ja ganz groß dran, wem der Laden gehört ...
Genau. Das Leistungserbringer-Register muss dann aber auch für alle gelten, sonst blenden wir einen Teil aus.

Was steht noch auf Ihrer Wunschliste?
Zurück zu den Regeln von 2004, als die MVZ vom Gesetzgeber geschaffen wurden! Wenn festgestellt wird, dass alle Regeln, die nach 2004 geschaffen wurden, keinen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung geleistet haben, dann ist es sinnvoll, die wieder einzukassieren. Inhaber dieser Strukturen hecheln permanent den Änderungen hinterher. Dann brauchen wir aber vernünftige Rahmenbedingungen, damit man Qualität und Sicherheit feststellen kann – Qualitätsindikatoren beispielsweise, die der G-BA ausgestaltet.

Würden Sie gerichtlich gegen zusätzliche MVZ-Beschränkungen vorgehen? In der Debatte argumentieren MVZ-Vertreter oftmals mit der Berufsfreiheit.
Es gibt verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber aktuell diskutierten Beschränkungen, und es gibt europarechtliche Fragestellungen wie die Niederlassungsfreiheit, die zu klären sind. Die haben aus meiner Sicht juristisch einen relativ klaren Befund. Aber es könnte natürlich auch sein, dass am Ende überhaupt nichts kommt an zusätzlicher Regulierung. Es gab da bekanntlich ein Papier aus dem BMG, das im Rahmen einer Kleinen Anfrage der Union veröffentlicht worden ist und im Kern sagt, dass es kein wesentliches Problem gibt in der MVZ-Regulierung.

Und wenn doch?
Der Gesetzgeber muss sich klar machen, wen er mit einer zusätzlichen Regulierung eigentlich treffen will und seine Maßnahmen zudem gut begründen. Wir hören immer wieder, „Ihr aus dem Labor seid ja gar nicht gemeint“. Aber warum sollten wir dann ein Kollateralschaden werden? Und wenn es um eine räumliche und fachliche Begrenzung von MVZ-Ketten geht, dann sollte klar sein, dass damit große stationäre Strukturen gestärkt werden, zum Beispiel bundesweite Klinikketten.

Was ist das Problem bei der fachlichen Begrenzung?

> Dann fördern wir vor allem große stationäre Strukturen, die sich längst darauf vorbereitet haben, ambulante Medizin aus dem Krankenhaus zu machen.
>
> **Dr. Michael Müller,**
> Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Das würde bedeuten, dass zum Beispiel ein MVZ mit gynäkologischer Beteiligung nur dann möglich wäre, wenn die Klinik eine Hauptabteilung Gynäkologie hat. Aber auf der anderen Seite: Würde das nicht gerade die Möglichkeit befördern, dass das Krankenhaus über das MVZ viele Zuweisungen bekommt? Darum plädiere ich, zuerst vor allem die Transparenz zu fördern, anschließend auf die Daten zu schauen und erst dann über Maßnahmen nachzudenken, die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung im Blick haben und auch den Wettbewerb fördern können – und dabei die notwendigen Investitionen in das System zu bedenken. Die werden wir brauchen.

Wenn wir die Entwicklung weiterdenken: Sind wir dann in einigen Jahren an dem Punkt, dass einige große Klinikanbieter im Wettbewerb mit großen investoren-gestützten ambulanten Strukturen stehen – so wie bei Rechtsanwälten mit den riesigen Kanzleien, die entstanden sind?
Zumindest im Anwaltsbereich ist das ja nicht unbedingt zum Schaden der Betroffenen, die anwaltliche Hilfe suchen.

Bei den Honoraren hat sich schon einiges verändert ...
Auch bei den Juristen gibt es eine Gebührenordnung!

... aber da können die Akteure noch leichter Abdingungen und Stundensätze ausmachen als in der Medizin.
Ja, und das ist ja auch ein wichtiger Aspekt, das können wir nämlich in der Medizin nicht. In der Medizin ist die Vergütung festgelegt, und zwar extern. Der Normgeber entscheidet, wie viel er bereit ist, für die medizinische Versorgung zu bezahlen, das schützt auch die Patienten in der Privatmedizin. Wir wissen ja, darüber entscheidet der Bundesgesundheitsminister mit einer Rechtsverordnung ...

... der der Bundesrat zustimmen muss.
Genau. Weshalb wir in einer Welt unterwegs, sind, in der Gesundheitsanbieter Preise nicht selbst festlegen können, und das ist auch gut so.

Herr Dr. Müller, vielen Dank für dieses Gespräch!