



Schmerzfrei

Wie Sie durch betriebliche Gesundheitsvorsorge
Ihr Praxispersonal stärken

12 Praxis & Recht Ausfallhonorar

Der Patient erscheint nicht zum vereinbarten Termin. Was dann? Wird ein Ausfallhonorar fällig?

16 Praxisfinanzen Fass und los

Whisky ist als Geldanlage äußerst gefragt. Nicht nur bei Kennern und Genießern.

26 Gesundheitspolitik Qualität hat Vorrang

Ein Interview mit Dr. Hans-Friedrich Spies über den Stand der GOÄ-Novellierung.

Ausgabe 7 Die Themen in diesem Heft

Titellustration: **Miguel Montaner**

Praxismanagement

Praxisfinanzen

PVS-Positionen



4

TITEL
Bleibt schön gesund!

Nicht nur etwas für die Großen: Auch kleine Unternehmen wie Arztpraxen können oft schon mit geringen Mitteln viel für die betriebliche Gesundheitsförderung tun.

10 Bestechend unklar

Klar ist: Das Antikorruptionsgesetz stellt Bestechlichkeit unter Strafe. Aber wo genau die Grenze zwischen beispielsweise gewünschter Kooperation und gesetzeswidriger Zuweisung verläuft, weiß bisher niemand so ganz genau.



14

Kaufen oder mieten?

Mit der Niederlassung stellt sich die Frage: kaufen oder mieten? Immobilienexperten preisen die hohen Renditen von B-Lagen. Aber lohnt das wirklich?



16

Fass und los

Whisky ist als Geldanlage äußerst gefragt. Nicht nur bei Kennern und Genießern. Und wenn der Wert des flüssigen Goldes doch nicht steigt? Selbst trinken.

Praxis & Recht



12

Termin geschwänzt?
Ausfallhonorar!

Lässt ein Patient den vereinbarten Termin sausen, stört das den Praxisablauf. Aber resultiert daraus gleich ein Anspruch auf ein Ausfallhonorar? Nur unter bestimmten Voraussetzungen.

20 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN
Ritt auf dem Papiertiger

Stefan Tilgner kommentiert die Wiederbelebung des eigentlich schon ad acta gelegten Konzepts der Bürgerversicherung im beginnenden Bundestagswahlkampf.



22

PVS Westfalen-Nord
unterstützt soziale Projekte

Ehrung von sozialem Engagement statt rauschender Geburtstagsparty. So feierte die PVS Westfalen-Nord ihr 90-jähriges Bestehen.

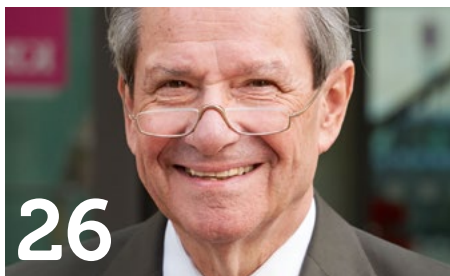
23 Leadership Award: PVS
Niedersachsen unter den
Top 10

23 BV.dent: Zahnärztliche
Abrechnungsdienstleister
gründen Verein

24 ABRECHNUNG
Zuschläge zu
ambulanten Operationen
und Anästhesien

Oft vergessen, aber wirtschaftlich notwendig: Zuschläge für die Bereitstellung von Operationseinrichtungen und für die Vor- und Nachsorge bei ambulanten Operationen.

Gesundheitspolitik



26

„Qualität hat Vorrang“

Bis zum Ärztetag soll der Entwurf für die neue GOÄ stehen. Ist das realistisch? Nein, sagt Dr. Hans-Friedrich Spies im Interview. „Denn Qualität hat Vorrang.“

Gastkommentar



30

Es lebe die Bürokratie!

Vor fünf Jahren fasste der Gesetzgeber den umstrittenen Paragraphen 116b SGB V neu. Alles sollte gut werden für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Ist es aber nicht.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | SCHÄFFERS KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

21 | VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zunächst einmal scheint das Leitmotiv dieser Ausgabe Ihnen nicht viel Neues bieten zu können, betrifft es doch den Kern Ihrer Profession. Denn in dieser Ausgabe kreisen viele Beiträge um das Thema Gesundheit. Aber schon da wird es dann doch spannend. Wir greifen das Thema nicht nur wortwörtlich, sondern auch aus ungewohnter Perspektive und im übertragenen Sinne auf. In unserem Titelbeitrag geht es darum, was Sie als Arbeitgeber dafür tun können, dass es Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gut geht. Betriebliche Gesundheitsvorsorge ist etwas, das nicht nur große Unternehmen anbieten können. Auch in kleinen Unternehmen wie Arztpraxen gibt es viele Möglichkeiten, präventiv tätig zu werden. Der Königsweg: Fragen, wo es zwackt, die Arbeitsplatzsituation einmal genau unter die Lupe nehmen. Und natürlich gilt, was eigentlich immer gilt: Zusammen lässt sich noch viel mehr erreichen. Das sehen wir am Beispiel eines Gesundheitsnetzes.

Es geht in dieser Ausgabe aber auch um ein gesundes Versorgungsangebot. Unser Gastkommentar zeigt, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als Konstrukt alles andere als gesund ist. Denn sie krankt an einem Übermaß an Bürokratie. Anträge auf Zulassung sind oft mehrere tausend Seiten stark. Schier unglaubliche Mengen an Regelungsvorschriften müssen durch- und abgearbeitet werden. Kann das gut sein?

Und schließlich geht es um eine amtliche Gebührenordnung, die bekanntermaßen seit Jahrzehnten schon vor sich hin kränkelt. Mit Dr. Hans-Friedrich Spies, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, konnten wir darüber sprechen, wie es um die Novelle der GOÄ steht und auch darüber, was getan werden muss, damit einer künftigen Gebührenordnung gewissermaßen ewige Jugend beschieden sein kann.

Aber dann der Kontrapunkt: Hochprozentiges. Genauer: Whisky. Schadet der nicht eher, als dass er Gesundheit verspricht? In unserem Beitrag geht es deshalb auch nicht um den Trinkgenuss, sondern vielmehr um eine Geldanlage. Die wird durchaus empfohlen und könnte sich als gesund erweisen.

Wir hoffen, auch mit dieser Ausgabe einen bunten Strauß an spannenden Themen für Sie gebunden zu haben. Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



Ulrike Scholderer
ist stellvertretende
Geschäftsführerin des
PVS Verbandes und
verantwortlich für den
Bereich Kommunikation.

Betriebliche Gesundheitsförderung Die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu stärken, dafür setzen sich heute viele Unternehmen ein. Auch Arztpraxen können etwas für ihre Angestellten tun – manchmal reichen schon kleine Maßnahmen.

Text: Romy König Illustration: iStock, shutterstock

Bleibt schön gesund!

Gut 40 Frauen waren zum Casablanca-Filmkunsttheater etwas außerhalb der Nürnberger Innenstadt gekommen: Fachangestellte aus Hausarztpraxen und aus Facharztzentren, aber auch Auszubildende nahmen in den Kinossesseln Platz, um sich den Dokutainment-Film „Voll verzuckert“ anzusehen – in einer exklusiven Nachmittagsvorstellung, nur für sie. Was ein wenig nach Betriebsausflug klingt, diente als Auftaktveranstaltung für ein neues Präventionsprogramm: Ein Jahr lang können die 350 medizinischen Fachangestellten und Azubis des Nürnberger Ärztenetzwerks „Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz“, kurz QuE, an Aktionen und Vorträgen zur Gesundheitsvorsorge teilnehmen, Sportkurse besuchen und sich über Themen wie Ernährung, Entspannung, Ergonomie und Bewegung informieren. Der regionale Ärzteverband hat das Programm initiiert, um seine Mitarbeiter für Gesundheit zu sensibilisieren. Für Veit Wambach

ist das der richtige Ansatz, um Menschen zu erreichen: „Prävention hat nur Erfolg, wenn sie bei den Menschen ankommt“, so der Vorsitzende des Netzwerks. „Deshalb sollten diese Maßnahmen dort starten, wo die Mitarbeiter einen Großteil ihres Tages verbringen – am Arbeitsplatz.“

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nennt sich das, was die Nürnberger Ärzte hier vorantreiben. Etwas offizieller werden unter dem Begriff „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft“ verstanden, die „zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ führen – so umschreibt es eine Deklaration, die mehrere EU-Mitgliedsstaaten bereits 1997 in Luxemburg verabschiedet haben. Die Erklärung gilt als Meilenstein: Hier ist erstmals ein europaweites Verständnis für Gesundheitsförderung im betrieblichen Umfeld entstanden. Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, zu dem

Das können Sie als Praxisinhaber tun

Sicher, Verbundnetze wie das Nürnberger Ärztenetz QuE haben es leichter, großflächige BGF-Programme für ihre Mitarbeiter aufzusetzen. Aber auch Einzelpraxen können einiges für die Gesundheit ihrer Angestellten tun. Experten raten gerade kleineren Betrieben dazu, den Bedarf abzufragen statt in wilden Aktionismus zu verfallen. Was wünschen sich die Mitarbeiter? Gegen welche Beschwerden würden sie gern etwas tun? Wo wünschen sie sich Unterstützung? Auf den Folgeseiten finden Sie ein Bouquet an Möglichkeiten.





Firmenlauf

In der nächstgrößeren Stadt findet ein Firmenlauf statt? Ihr Ort organisiert einen lokalen Wettlauf? Melden Sie Ihre Praxis an! Ulrike Nöth von QuE: „Und dann heißt es aber auch: regelmäßig und in der Kollegengruppe dafür trainieren.“ Das stärkt auch gleich den Teamgeist.

Gibt es genügend Licht, aber ohne dass es blendet? Ausreichend Frischluft? Wie lässt sich Funkstrahlung vermeiden?

sich die Unterzeichner kurz zuvor zusammengeschlossen hatten, ist heute noch aktiv und wird koordiniert von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Baua).

Von der Baua-Zentrale in Dortmund sowie von den Analysten der Krankenkassen kommen jährlich Zahlen, die ein Bild vom Gesundheitszustand deutscher Arbeitnehmer zeichnen: So betrug der Krankenstand 2016, das gab die DAK im Januar bekannt, 3,9 Prozent; der häufigste Grund für Krankmeldungen waren Muskel-Skelett-Beschwerden wie Rückenschmerzen (22,2 Prozent) sowie psychische Leiden (17,1 Prozent). Diese Beschwerden sorgen auch für die meisten Fälle von Erwerbsunfähigkeit, wie die Baua in ihrem Report 2016 mitteilt: 73.000 Menschen sind 2014 wegen seelischer Probleme frühzeitig in Rente gegangen, knapp 22.000 Menschen wegen Erkrankungen am Muskel-Skelett-Apparat.

Könnte man solche Krankheitsfälle und Frühverrentungen durch gesundheitsbewusstes Verhalten am Arbeitsplatz verhindern? In Nürnberg starten sie zumindest den Versuch. Die QuE-Arztshelferinnen lernen in Kursen, wie sie mit Stress und Krisen umgehen können, arbeiten an ihrer „Resilienz“, also der inneren Widerstandsfähigkeit, kommen aber auch bei Yoga und Qigong zur Ruhe. Zusätzlich gibt es Rückentrainings und Ernährungsberatung – alles organisiert vom Arbeitgeber, zum Teil mit Unterstützung einer Krankenkasse.

Die „ungesunden Gesunden“ erreichen

Tatsächlich sei gerade der Arbeitsplatz „ein wichtiges Setting, um ‚schwierige‘ Zielgruppen zu erreichen“, erklärt Karsten Neumann, Geschäftsführer des IGES-Instituts, das unter anderem Gesundheitsentwicklungen erforscht. Gut ein Viertel der Deutschen lebt ungesund, wie Neumann vor ein paar Jahren in einer Studie ermittelte. Diese Menschen bewegen sich wenig oder falsch, ernähren sich schlecht, rauchen oder trinken zu viel Alkohol. Jene unter ihnen, die an Krankheiten leiden, könnten laut Neumann – im Sinne einer tertiären Prävention – durch einen Arzt aufgefangen, hier also nicht nur behandelt, sondern auch beraten werden. Was aber geschieht mit den Personen, die zwar ebenfalls einen ungesunden Lebensstil pflegen, aber (noch) kaum gesundheitliche Einschränkungen haben? Die sich so gesund fühlen, dass sie nie oder selten zum Arzt gehen? Genau diese Zielgruppe, laut Neumanns Studie sind dies immerhin 12,4 Prozent der Deutschen, könnte mit Programmen am Arbeitsplatz zum Umdenken angeregt werden.

Gesunde Ernährung

Sie stellen einmal wöchentlich eine große gefüllte Keksdose ins Teamzimmer? Wie wäre es mal mit einer Schüssel Weintrauben – oder am besten gleich mit einem Obstkorb?

Krank? Blumenstrauß von der Personalabteilung



Übrigens: Auch die PVS engagiert sich für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. So betreibt die PVS Baden-Württemberg seit vergangem Jahr ein Eingliederungs-Programm für Mitarbeiter, die länger krank geschrieben waren, bietet Hilfe an, fragt nach, ob sich die Menschen bei ihrem Arzt gut betreut fühlen oder weitere Unterstützung brauchen. BGM ist für die baden-württembergische PVS aber nichts Neues, betont Personalleiterin Gabriele Hardt: „Seit 2009 bieten wir den Mitarbeitern private Krankenzusatzversicherungen sowie Zuschüsse für Arbeitsplatzbrillen.“ Bei längerem Ausfall wegen Krankheit schickt die PVS den Mitarbeitern auch mal Genesungsschreiben nach Hause – samt Blumenstrauß. „Sie werden spüren, wie sehr wir an Sie denken“, steht dann etwa in den Briefen, „und dass unsere gedankliche Unterstützung mindestens so wirkungsvoll ist wie die ärztlich verordnete Ruhe.“

Große Unternehmen waren die ersten, die sich in Deutschland mit der Frage beschäftigten, wie sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter in ihrer Unternehmenskultur verankern, sie in ihr Leitbild aufnehmen können. Konzerne wie der Automobilhersteller Daimler, die Deutsche Telekom oder auch der Bertelsmann Verlag entwickelten Programme für ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und berichten seither regelmäßig auf Kongressen von ihren Ergebnissen: Daimler etwa richtete bereits vor mehr als zehn Jahren den Bereich Health & Safety ein, eine zentrale Abteilung, die sich ausschließlich um Gesundheitsbelange der Mitarbeiter kümmert und Themen wie Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin oder gesundheitliche Förderung aus einer Hand koordiniert – mit Erfolg: Durch gezielte Programme wie etwa Kräftigungstrainings am Arbeitsplatz konnte der Konzern nach eigenen Angaben die Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle seiner Mitarbeiter um 20 bis 35 Prozent reduzieren.

Betriebliche Gesundheitsförderung – nur etwas für die Großen?

Karsten Neumann sieht die Gesundheitsfördermaßnahmen in deutschen Betrieben jedoch mit vorsichtigem Optimismus: „Die Maßnahmen zur BGF nehmen zwar immer mehr zu“, so der IGES-Manager: Allein zwischen 2007 und 2012 sei etwa der Anteil der Unternehmen, die BGM anbieten, von 25 auf 50 Prozent gewachsen, auch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für betriebliche Gesundheitsmaßnahmen stiegen kontinuierlich an – zuletzt auf jährlich 76 Millionen Euro. Aber: Es komme zu wenig davon bei den Menschen an; vor allem die vielen kleineren und mittelständischen Unternehmen hinkten lange hinterher.

Gutscheine

für einen Schwimmkurs oder einen Massagetermin sind ein feines (und gesundheitsförderndes) Geschenk – zum Geburtstag oder auch einfach mal zwischendurch als Dankeschön.



„In kleinen Unternehmen ist es häufig sehr schwierig, Maßnahmen des BGM umzusetzen“, erklärt Ulrike Nöth vom Nürnberger Ärztenetz QuE. Auch einzelne Arztpraxen könnten, so ihre Beobachtung, oftmals keine umfangreichen Programme anbieten. Dabei mangle es den Ärzten nicht nur an Zeit oder Know-how, um Gesundheitsangebote für ihre Mitarbeiter auszuarbeiten; meist fehle ihnen auch ein Bewusstsein für Gesundheitsthemen in der eigenen Praxis: „Viele Ärzte sehen einfach den Bedarf nicht. Da muss erst jemand von außen kommen, um ihnen zu zeigen, wo sie bei ihren Mitarbeitern ansetzen können.“





Ergonomieprofi

Die Praxis von einem Experten auf Ergonomie abklopfen lassen: Sind die Bildschirme richtig eingestellt? Stimmt die Deckenbeleuchtung? Braucht es vielleicht langsam mal neue Stühle, weil die alten durchgesessen sind? Ein Ergonomieprofi hat den richtigen Detailblick.

„Manchmal reicht schon eine Fußablage unter dem Schreibtisch, und die Angestellten sitzen besser.“

„Kurse

wie wir sie veranstalten, können auch Einzelpraxen buchen“, so ein weiterer Tipp von Ulrike Nöth. Sie rät außerdem, für Kurse dieser Art wie auch für Sportkurse den Kontakt zu Krankenkassen zu suchen – diese sind per Präventionsgesetz verpflichtet, bestimmte Maßnahmen zu unterstützen.

Gesamte Arztpraxis durchleuchten

So ein „Jemand von außen“ – das ist zum Beispiel Manfred Just. Der gelernte Sportlehrer hat sich darauf spezialisiert, Ärzten – hauptsächlich Zahnmedizinern – und ihren Mitarbeitern gesundes Verhalten am Arbeitsplatz nahe zu bringen, berät und schult sie in Sachen Ergonomie. „Für viele Zahnärzte und Arztassistenten geht es schon kurz nach dem Start ins Berufsleben los mit Wirbelsäulenbeschwerden und Kopfschmerzen“, so Just. Das liege zum einen an der – gerade für Zahnarztteams typischen – gebeugten Arbeitshaltung, aber auch an psychischem Stress oder Faktoren wie Elektromog. Just sieht niedergelassene Ärzte in der Pflicht, für ihre Mitarbeiter zu sorgen. „Laut Arbeitsschutzgesetz ist ein Arbeitgeber, also auch ein Praxisinhaber, für die Verhütung von Schädigungen seiner Beschäftigten zuständig.“ Dazu gehört auch das Verhindern von schleichenden Schäden: „Der Arzt muss dafür Sorge tragen, dass aus Belastungen am Arbeitsplatz keine schädliche Beanspruchung wird, die auf Dauer nicht bewältigt werden kann.“

Bei seinem Rundgang durch eine Praxis kommt deshalb alles auf den Prüfstand. Die Arbeitsumgebung etwa: Gibt es genügend Licht, aber ohne dass es blendet? Ausreichend Frischluft? Wie lässt sich Funkstrahlung vermeiden? Auch

Praxismöbel und Computerhardware werden auf Ergonomie geprüft. „Ergonomisches Arbeiten bedeutet, so zu arbeiten, dass der Mensch gute Leistungen erbringt, aber dabei auch gesund, fit und leistungsfähig bleibt“, so Just. Er lässt sich außerdem die Abläufe in der Praxis erklären, sucht mit Ärzten und Mitarbeitern nach Auslösern für negativen Stress, bespricht Arbeitszeitmodelle und Pausenregeln. „Die Kunst des richtigen Arbeitens ist auch die Kunst der richtigen Pause“, sagt Just. Angestellte bräuchten Freiräume, müssten sich auch mal für eine Minute zurückziehen und durchatmen können, am Tee nippen, sich strecken – selbst dann, wenn das Wartezimmer voll sei.

Dass Just, der Sportlehrer, auch nach Feierabend zu Bewegung rät, wundert kaum. Aber nicht umsonst gehören Sportkurse oder Lauftreffs zu den betrieblichen Gesundheitsprogrammen vieler Firmen. QuE organisiert sogar Fahrradtouren und Golfkurse. Der Renner aber seien die Kochlehrgänge, sagt Ulrike Nöth – und verrät, warum: „Natürlich erhalten die Teilnehmer hier wertvolle Tipps zu bewusster Ernährung, zum schonenden Garen, zu Superfoods“, so die Koordinatorin. „Aber viel wichtiger noch: Es wird dort unheimlich viel gelacht.“ Und Lachen ist ja noch immer die beste Gesundheitsvorsorge. ■

Hier gibt es Unterstützung

Seit Mitte 2015 ist in Deutschland das neue Präventionsgesetz in Kraft. Es soll die Gesundheitsförderung stärken – in Schulen und Pflegeheimen, aber auch am Arbeitsplatz. Gerade kleinere und mittlere Betriebe will das Gesetz unterstützen: Sie sollen über BGF-Möglichkeiten informiert werden, leichteren Zugang zu den Leistungen der Krankenkassen haben und Hilfen erhalten.

Das bedeutet: Praxisinhaber mit Interesse an BGF sollten sich an eine Krankenkasse wenden. Empfehlenswert ist dabei die Kasse, bei der ein Großteil der Mitarbeiter versichert ist. Mögliche Leistungen der Kassen sind unter anderem: Analysen zur Bedarfsermittlung, Beratung über die Gestaltung der Arbeitsplätze und verhaltensbezogene Präventionsangebote (bedarfsbezogen).

Arbeitgeber können pro Mitarbeiter und Jahr bis zu 500 Euro für qualitätsgeprüfte Maßnahmen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie zur BGF steuerfrei ausgeben. Die Finanzämter orientieren sich dabei an Qualitätskriterien der Krankenkassen, die im „Leitfaden Prävention“ festgehalten sind.

Nützliche Links

Präventionsgesetz

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html

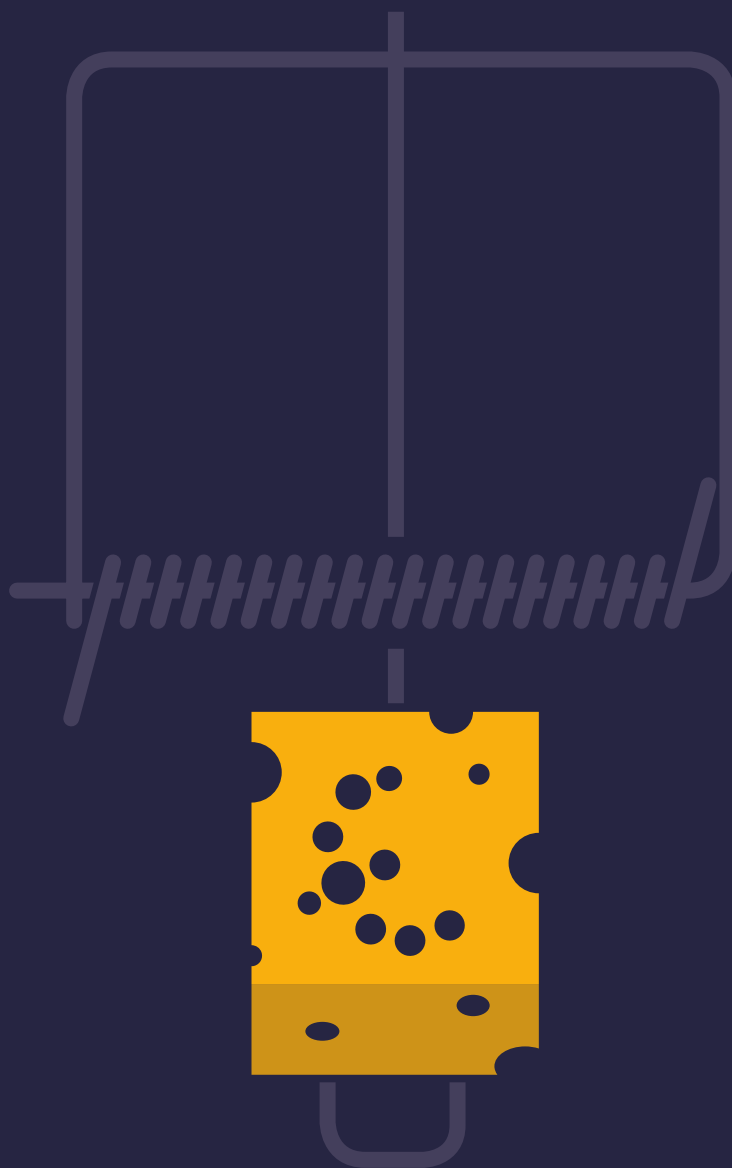
Leitfaden Prävention

<http://www.praeventologe.de/presse-2/879-neuer-leitfaden-praevention-2015>

Das neue **Antikorruptionsgesetz** legt es fest: Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen sind fortan Straftatbestände. Noch herrscht reichlich Unsicherheit, was das in konkreten Fällen bedeutet.

Text: Romy König Illustration: Martin Schulz

Bestechend unklar



Schön sieht er aus, der Flyer: Eine Einladung zu einem Ärztesymposium im europäischen Ausland, zwei, drei Sehenswürdigkeiten der Tagungsstadt prangen auf dem Cover, die Titel der wissenschaftlichen Fachvorträge klingen vielversprechend. Auch die Konditionen stehen fest: Flug und zwei Übernachtungen werden vom Veranstalter übernommen. Schon will der angeschriebene Arzt, ein niedergelassener Internist, seinen Terminplan prüfen – als er innehält. Kann er das Angebot einfach so annehmen? Inwieweit lässt er sich dadurch korrumpieren? Macht sich eventuell sogar strafbar?

Seit dem Sommer 2016 ist das neue Antikorruptionsgesetz, offiziell „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“, in Kraft und sorgt für reichlich Verunsicherung unter den Ärzten. Denn erstmals werden Bestechung und Bestechlichkeit im Heilberuf unter Strafe gestellt. „Dafür wurde das Strafgesetzbuch um die Paragraphen 299a, 299b und 300 ergänzt“, erklärt Matthias Müller, Rechtsanwalt in der Kanzlei Dr. Kroll und Partner. Angehörigen von Heilberufen drohen nun nicht nur Geld-, sondern auch Haftstrafen – in sehr schweren Fällen gar bis zu fünf Jahren –, wenn sie bei der Ausübung ihres Berufs für Gegenleistungen Vorteile annehmen, fordern oder sich versprechen lassen. Belangt werden können Ärzte, aber auch Apotheker, Pfleger oder Physiotherapeuten sowie – spiegelbildlich – all jene, die solche Vorteile in Aussicht stellen oder gewähren.

„Der Reiz zur Einflussnahme ist da“

„Die neu begründete Strafbarkeit bezieht sich vor allem auf niedergelassene Vertragsärzte oder -zahnärzte“, erklärt Matthias Müller. Für sie habe der Bundesgerichtshof „eine Strafbarkeitslücke ausgemacht“, so der Jurist, der auf Medizinrecht spezialisiert ist. Angestellte Ärzte konnten sich auch schon vor der Gesetzesänderung strafbar machen, wenn sie sich bestechen ließen. Nun nimmt der Gesetzgeber also auch den selbständigen Mediziner ins Visier. Und das nicht grundlos, wie Alexander Badle meint: Der Oberstaatsanwalt leitet die in Frankfurt ansässige Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstrafaten und Korruption im Gesundheitswesen und verweist auf eine Art „Gate-Keeper-Rolle“ des Arztes. „Ein Großteil des Umsatzes der Anbieter im Gesundheitsmarkt muss durch das Nadelöhr der ärztlichen Verordnung“, sagte er unlängst auf einer Tagung der Bundesärztekammer (BÄK). Der Reiz, das ärztliche Ordnungsverhalten zu beeinflussen, sei groß: Nicht nur hätten Pharmaunternehmen in der Vergangenheit niedergelassenen Ärzten umsatzabhängige materielle Zuwendungen gewährt, die Zuwendungen seien auch oft durch fingierte Leistungsbeziehungen verschleiert worden, etwa durch Beraterverträge oder Anwendungsbeobachtungen. „Das Gesetz ist einfach eine Reaktion auf dieses Verhalten“, so Badle.

Schon das Berufsrecht verbietet Vorteilsnahme

Er macht aber auch klar: „Die Straftatbestände der Paragraphen 299a und 299b StGB enthalten keine neuen Verbote.“ Schon die Berufsordnung untersagte es Ärzten, für die Zuweisung von Patienten oder für die Verordnung bestimmter Arznei- oder Hilfsmittel ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern oder anzunehmen. „So gesehen normieren die Gesetze lediglich eine strafrechtliche Sanktion für bereits verbotenes Verhalten.“ Das bedeute im Umkehrschluss, „dass sämtliche Leistungsbeziehungen und Kooperationen, die bislang zulässig waren, auch nach Inkrafttreten der Paragraphen uneingeschränkt zulässig bleiben.“

Schutz statt Bedrohung

So einfach? Nein, sagen Ärztevertreter, etwa der BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery. Er empfinde das neue Gesetz zwar nicht als Bedrohung, sondern als Schutzmaßnahme, schließlich arbeite „die übergroße Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland korrekt und lässt sich nichts zuschulden kommen“. Gleichwohl könnten die Neuregelungen zu Unsicherheiten führen, zum Beispiel bei Ärzten, die sich in Netzen oder in sektorübergreifenden Versorgungsformen engagieren. Auch der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpifA) warnt, dass die konkrete Umsetzung des Gesetzes und seine Folgen für Ärzte immer noch unklar seien. Der Verband sieht noch „tatbestandliche Unschärfen“ im Gesetz, die erst von Staatsanwaltschaften und Gerichten in ihren Begründungen für einen Anfangsverdacht – und später durch Urteile – ausgefüllt werden müssten.

Der Einzelfall zählt

Doch wie sollen sich Ärzte zwischenzeitlich verhalten? Wie zum Beispiel bestehende Kooperationsverträge bewerten? „Eine rechtssichere Beratung fällt derzeit schwer“, räumte Rechtsanwalt Thomas Ufer auf der BÄK-Tagung ein. Und auch Oberstaatsanwalt Badle betonte, dass immer „die konkreten Umstände des Einzelfalls maßgeblich“ seien, sich Generalempfehlungen also kaum geben ließen. Dennoch könnten sich Ärzte an einigen Markern orientieren. Der sogenannte „Vorteil“ etwa, den der Arzt erhält oder der ihm für eine Gegenleistung angeboten wird, sei zwar ein weiter Begriff, es gebe keine Geringwertigkeitsgrenze, und auch Einsparungen bei den Praxiskosten könnten einen Vorteil darstellen. Aber um hier keine „ausufernde Strafbarkeit“ zu erzeugen, so Jurist Matthias Müller, setzten die Tatbestände das ungeschriebene Merkmal der „Unrechtsvereinbarung“ voraus. Die sei dann anzunehmen, wenn „zumindest eine stillschweigende Übereinkunft vorliegt, wonach die Vorteilszuwendung aufgrund der angestrebten unlauteren Bevorzugung erfolgt“. Anders gesagt: Um einen Straftatbestand zu erfüllen, muss eine Verknüpfung von Leistung und – unlauterer – Gegenleistung gewollt und beabsichtigt sein. Beispiel: Die klassische Zuweisung von Patienten gegen Prämien ist – recht offensichtlich – unzulässig, ebenso die

systematische gegenseitige Patientenzuweisung innerhalb einer Praxisgemeinschaft. Anders aber sieht es aus, so schreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem eigens aufgelegten Serviceheft, wenn sich zum Beispiel ein Kinderarzt und ein Neurologe zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Da es sich hier um eine sozial- und berufsrechtlich zulässige Form der Kooperation handelt, besteht die Zuweisungsproblematik in aller Regel nicht. Auch Einsparungen in Praxisnetzen durch Mengenrabatte bei Lieferanten oder die Nutzung der gleichen Software sind grundsätzlich zulässig. Strafbar können sich Ärzte allerdings beim verkürzten Versorgungsweg machen, zum Beispiel wenn ein verordnender Arzt Leistungen im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung durchführt und dafür, etwa vom Optiker, eine gesonderte Vergütung erhält: Die Honorierung der ärztlichen Mitwirkung – auch für zusätzliche privatärztliche Leistungen – ist nicht erlaubt. Eine Ausnahme besteht, wenn Vertragsärzte und Krankenkassen eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen haben. Vorsicht ist auch geboten bei Anwendungsbeobachtungen (AWB), die besonders unter dem Verdacht stehen, den Arzt bei der Verordnung zu beeinflussen. Gegen eine Teilnahme sprechen laut KBV ungewöhnlich hohe Vergütungen, Studien zu längst eingeführten und gut erprobten Produkten oder auch mehrere, einander sehr ähnliche AWB zum selben Produkt. Grundsätzlich darf der Arzt sein Ordnungsverhalten nicht wegen der AWB ändern und sollte gegebenenfalls auch seine Patienten über die Teilnahme informieren.

Als Grundsatz für Kooperationsverträge gelte, so die KBV: „Es muss stets gewährleistet sein, dass es sich bei Zahlungen an Ärzte ausschließlich um das Entgelt für die Erfüllung von Verträgen handelt, die allein ärztliche Leistungen zum Inhalt haben und nicht die Verordnungs- oder Therapieentscheidung beeinflussen.“ Generell rät die Vereinigung, das Vorgehen mitsamt der Höhe gezahlter Gelder genau zu dokumentieren – und mit der Kammer zusammenzuarbeiten: Ärzte können hier geplante oder bestehende Kooperationsverträge, besonders solche mit der Industrie, zur Prüfung und Beratung vorlegen. „Gerade bei der Frage, ob eine Vergütung angemessen ist, kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen.“ Erste Hilfestellung gibt außerdem das Serviceheft der KBV („Richtig kooperieren“), das viele zulässige und unzulässige Fälle beschreibt; der Medtech-Verband BVMed hat zudem Musterverträge für Kooperationen ausgearbeitet, und auch der SpifA will demnächst einen erläuternden Katalog herausgeben. Im Zweifelsfall und um Risiken zu vermeiden, helfe, so die KBV, jedoch am besten der Gang zum Anwalt.

Der Internist hat sich mit seinem Einladungsflyer übrigens an eine Beratungshotline gewandt – eine Aktion, die unlängst von einer Fachzeitung durchgeführt wurde. Die Anwälte am Telefon gaben grünes Licht: Die Übernahme notwendiger Reise- und Tagungsgebühren sei berufsrechtlich zulässig und damit strafrechtlich irrelevant, solange es sich nicht um eine Luxusreise mit aufwändigem Rahmenprogramm handele. Der Terminkalender kann also gezückt werden. ■

Grundsatz für Kooperationsverträge

Es muss stets gewährleistet sein, dass es sich bei Zahlungen an Ärzte ausschließlich um das Entgelt für die Erfüllung von Verträgen handelt, die allein ärztliche Leistungen zum Inhalt haben und nicht die Verordnungs- oder Therapieentscheidung beeinflussen.

Lässt ein Patient einen vereinbarten Termin kurzfristig und unentschuldig platzen, so kann der Arzt theoretisch **Ausfallhonorar** verlangen. Praktisch ist das nur unter eng umgrenzten Voraussetzungen möglich.

Text: Eugenie Ankowitsch Foto: shutterstock



Termin geschwänzt? Ausfallhonorar!



Immer wieder kommt es vor, dass Patienten seit Langem vereinbarte Termine kurzfristig absagen oder nicht zum vereinbarten Termin erscheinen. Das ist nicht nur ärgerlich, sondern stört auch den Praxisablauf. Kann der Arzt diesen Termin nicht anderweitig nutzen, entsteht ihm zudem ein finanzieller Schaden. In dieser Situation stellt sich die Frage, ob von dem Patienten Ausfallhonorar verlangt werden kann und wie dieses zu bemessen wäre. „Der Arzt muss allerdings einige formale Voraussetzungen erfüllt haben“, gibt die stellvertretende Geschäftsführerin der PVS Südwest und Rechtsanwältin Ina Mofidi zu bedenken.

Bisher keine einheitliche Rechtsprechung

Denn die Gerichte urteilen unterschiedlich. Da die Streitwerte zudem in der Regel gering sind, liegt eine vereinheitlichende Rechtsprechung durch Obergerichte nicht vor. So haben in der Vergangenheit einige Gerichte einen Schadensersatzanspruch des Arztes mit der Begründung abgelehnt, der Behandlungsvertrag könne als „Dienstvertrag“ jederzeit gekündigt werden, ohne dass der Patient für die dem Arzt entgehenden Einnahmen aufkommen müsse. Die Kündigung könne auch „konkludent“ erfolgen – durch Nichterscheinen zum vereinbarten Termin. Die Terminvereinbarung diene nämlich – so die Gerichte – grundsätzlich nur dem geregelten Praxisablauf. Das Nichterscheinen des Patienten könne daher keine Schadensersatzpflicht auslösen. Der Arzt müsse mit der Absage eines Termins durch den Patienten stets rechnen.

Andere Gerichte urteilten anders und gingen davon aus, dass den Patienten im Zusammenhang mit der Terminvereinbarung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag eine Mitwirkungs- und Sorgfaltspflicht trifft. Verletze der Patient diese Mitwirkungspflicht schuldhaft, begründe dies einen Schadensersatzanspruch des Arztes. Der Patient habe die Pflicht, den Termin rechtzeitig abzusagen, wenn er ihn nicht wahrnehmen könne oder wolle. Können der Patient auch im Nachhinein sein Fernbleiben nicht ausreichend entschuldigen, sei er grundsätzlich verpflichtet, dem Arzt den entstandenen Schaden zu ersetzen. Das Fernbleiben von der Behandlung könne nicht mit der Kündigung des Behandlungsvertrages gleichgesetzt werden.

Ausfallhonorar schriftlich vereinbaren

Angesichts dieser Rechtslage empfiehlt Mofidi, mit jedem Patienten bereits beim ersten Kontakt eine schriftliche Vereinbarung über die Zahlung eines Ausfallhonorars zu treffen. Wichtig sei es dabei, eine Entlastungsklausel für den Patienten in die Vereinbarung aufzunehmen. „Wer nichts dafür kann, dass er innerhalb der vereinbarten Frist nicht abgesagt hat, muss auch kein Ausfallhonorar zahlen“, betont die Rechtsanwältin.

So hat das Landgericht Bremen in seinem Urteil aus dem Jahr 2005 den Vergütungsanspruch eines Zahnarztes trotz vorhandener Vereinbarung verneint, weil der Arzt dem Patienten darin keine Entlastungsmöglichkeit im Falle des unverschuldeten Nichterscheinens eingeräumt hatte. Auf einem vorgedruckten „Anmeldeformular“ stand lediglich eine Klausel, wonach vereinbarte Termine bei Verhinderung des Patienten 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen und ansonsten ein Ausfallhonorar von 75 Euro in Rechnung gestellt werde. Das Gericht befand, dass diese Klausel den Patienten in unangemessener Weise benachteilige.

Aus der Vereinbarung sollte außerdem klar und deutlich hervorgehen, dass eine reine Bestellpraxis betrieben und ein Exklusivtermin vergeben wird. Eine Bestellpraxis ist gegeben, wenn der Arzt mit längeren Terminvorläufen arbeitet sowie nachweislich nur einen Patienten zu einer länger dauernden Behandlung mit individuell festgelegter Behandlungszeit einbestellt, weswegen kein anderer Patient zur selben Zeit bestellt werden kann. Dies dürfte

zum Beispiel bei ambulanten Operationen der Fall sein. Für eine übliche Sprechstunde ist der Nachweis schwieriger zu führen.

Tatsächlich kommt es der Rechtsprechung nach darauf an, dass in der verstrichenen Zeit kein anderer Patient hätte behandelt werden können. Ist das Wartezimmer regelmäßig voll und damit jederzeit ein Rückgriff auf andere Patienten möglich, bestehen bei Säumnis des Patienten weder Vergütungs- noch Schadensersatzansprüche. Wurden allerdings teure Geräte oder ein klares Zeitbudget für einen bestimmten Patienten reserviert, kann in der Regel nicht auf die Schnelle eine andere Behandlung vorgezogen werden.

Patientenlisten führen

Um zu beweisen, dass tatsächlich kein anderer Patient zur Verfügung stand, empfiehlt Mofidi, eine Liste mit potentiellen Ersatzpatienten zu führen. „Wenn Patienten anrufen und einen Termin haben wollen, der Arzt sie aber vertrösten oder gar absagen muss, sollte der Name des Patienten auf einer ebensolchen Liste festgehalten werden“, so die Anwältin. Diese Liste würden jedoch nur die allerwenigsten Ärzte führen. Vor allem für große Praxen sei das zu aufwendig. Besser sehe es bei den Patientenvereinbarungen aus. Die Zahl der Ärzte, die ihre Patienten eine solche Vereinbarung unterschreiben lassen, steige, so Mofidi.

Ist auf diese Weise ein Ausfallhonorar wirksam vereinbart worden und steht während der ausfallbedingten Leerzeit kein Ersatzpatient zur Verfügung, kann bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen ein Anspruch auf Zahlung eines Ausfallhonorars bestehen. Kurzfristig bedeutet in der Regel weniger als 24 Stunden vor dem Termin.

Ist das Wartezimmer regelmäßig voll, bestehen bei Säumnis des Patienten weder Vergütungs- noch Schadensersatzansprüche.

Das Ausfallhonorar berechnet sich nach dem Betrag, den der Arzt eingenommen hätte, wenn der Patient erschienen wäre, abzüglich der ersparten Aufwendungen. Die Höhe dieser Summe ist allerdings in vielen Fällen unklar. In seiner Entscheidung aus dem Jahr 2006 ist das Arbeitsgericht Nettetal bei einem Zahnarzt von einem Stundensatz von 75 Euro ausgegangen.

Dass Patienten ihre Termine gar nicht so selten einfach platzen lassen, zeigte eine Umfrage des Gynäkologen Dr. Jens Schweizer. Im Jahr 2014 wandte er sich an seine Kolleginnen und Kollegen mit der Bitte, Strichlisten über „geschwänzte“ Termine zu führen. Die Auswertung von rund 800 Rückmeldungen hat ergeben, dass monatlich pro Praxis durchschnittlich 58 Termine anfallen, zu denen Patienten sich anmelden und ohne Erklärung nicht erscheinen. Insgesamt zählten die teilnehmenden Ärzte innerhalb von frei gewählten vier Wochen sagenhafte 35.905 Termine, die nicht eingehalten beziehungsweise nicht rechtzeitig abgesagt wurden. ■

58

Termine im Monat werden pro Praxis durchschnittlich von Patienten „geschwänzt“.

Immobilienexperten raten aktuell zum Kauf von **Geschäftsimmobilien** in sogenannten B-Städten. Diese Investitionen versprechen besonders hohe Renditen. Ist es also ratsam, in eigene Praxisräume in einer Stadt wie Braunschweig oder Mülheim zu investieren?

Text: Nicola Sieverling Illustration: shutterstock

Kaufen oder mieten?

Praxisneugründung oder Praxisübernahme – das ist nicht nur eine Frage des Prestiges. Die Investition in eine solide Zukunft will gut überlegt und weise kalkuliert sein. Da geht es nicht um „Jetzt oder nie“ oder „Alles oder nichts“. Bei der Standortwahl spielen in der Regel die „klassischen Kriterien“ eine wichtige Rolle. Dazu gehören der Privatanteil der vorhandenen Patientenströme, die Dichte von ärztlichen Kollegen im Umfeld und die Erreichbarkeit der Wunschpraxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Auf der Suche nach dem optimalen Praxisstandort geraten die Immobilie und ihre Rentabilität als bedeutender wirtschaftlicher Faktor jedoch nicht selten aus dem Fokus des Mediziners. „Diese Frage wird oft zweitrangig betrachtet“, bestätigt Andrea Plappert von der apoBank in Düsseldorf. Mit der bekannten Kurzbotschaft aus der Immobilienbranche „Lage, Lage, Lage“ ist es nicht getan. Das greift zu kurz.

Praxisimmobilie kaufen oder mieten?

Das ist die Ausgangsfrage – mit weitreichenden Konsequenzen für jeden niederlassungswilligen Mediziner. Vor allem mit Blick auf die optimale steuerliche Gestaltung sollte der Rat von Experten eingeholt werden. Eine intensive strategische Vorbereitung gehört ebenso dazu, denn Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ sind fehl am Platz. Auch wenn der Kauf einer Immobilie für die eigene Praxis durch schwankende Aktienkurse und sinkende Zinsen attraktiver geworden ist: Die eigene Praxisimmobilie bietet nicht nur Vorteile, sondern birgt auch Risiken.

Gerade zu Beginn der selbstständigen Tätigkeit sollte nicht mehr Kapital als nötig in die eigene Praxis gesteckt werden. „Ich rate jungen Ärzten davon ab, alle Investitionen ohne Eigenkapital über mehrere Kredite laufen zu lassen. Irgendwann ist die Kreditfähigkeit ausgeschöpft und damit auch der Spielraum“, sagt Bernd G. Lehmann von der LPS Lehmann & Partner Steuerberatungsgesellschaft aus Hamburg und Vorstand des Steuerberaterverbandes in der Hansestadt. Eine Anmietung der Praxisräume schafft vor allem erst einmal Flexibilität, falls der wirtschaftliche Erfolg sich nicht einstellt. Eine eigene Immobilie behindert in einer solchen Situation zusätzlich.

Wichtig: Planungssicherheit und Flexibilität

Die medizinische Versorgungslandschaft steht nicht still. Eine Veränderung der Patientenströme, bedingt durch den demografischen Wandel, oder neue Fachkonkurrenz im Umfeld können die erhofften Umsätze schmälern. Dennoch kann auf eine langfristige Planungssicherheit durch entsprechende Modalitäten des Mietvertrages nicht verzichtet werden – damit die böse Überraschung einer Mieterhöhung nicht das Aus für die eigene Praxis bedeutet. Andrea Plappert von der apoBank rät zu einem Mietvertrag von zehn Jahren mit der Option auf Verlängerung. „Ganz wichtig ist vorab die Klärung, wer die Kosten für einen Umbau der Praxis bezahlt. Beispielsweise, wenn Trennwände zur optimalen Nutzung der Räume gezogen werden oder das WC modernisiert wird. Diese Maßnahmen dienen unter Umständen der Wertsteigerung“, gibt Andrea Plappert zu bedenken. Eine vertragliche Regelung sollte zudem festlegen, ob der Arzt verpflichtet ist, den ursprünglichen Zustand der Räume bei Auszug wiederherzustellen.

„Ich rate meinen Mandanten aus der Branche dazu, Baubeschreibung und Objekt eingehend und kritisch auf Qualität zu prüfen.“

Der Zeitpunkt für den Immobilienerwerb sollte in einem aufeinander aufbauenden Gründungskonzept festgelegt werden – dann lassen sich Anfangsfehler vermeiden, von denen ältere Mediziner immer wieder berichten. Ist die Rückzahlung des Existenzgründungsdarlehens fortgeschritten und läuft der Mietvertrag aus, kann ein unternehmerisch denkender Arzt durchaus über den Kauf einer Immobilie nachdenken. Eigene Praxisräume sind langfristig die bessere Entscheidung, weil wegen der aktuell niedrigen Zinslage die Finanzierungskosten mit Tilgung und Zinsen nicht höher ausfallen als die Mietaufwendungen für vergleichbare Räume.

Spätestens bei diesen Gedankenspielen greift wieder der Slogan „Lage, Lage, Lage“. Objekte in den 1-a-Lagen der deutschen Metropolen wie Berlin, München, Frankfurt und Hamburg sind begehrt, weil sie meist von konjunkturellen Schwankungen unbeeinflusst sind. Die

12

Für denkmalgeschützte Gebäude gilt: Umbaukosten können über 12 Jahre komplett abgeschrieben werden.

Tipps



Mietvertrag von 10 Jahren

Damit böse Überraschungen wie Mieterhöhungen ausbleiben.



Gründungs-konzept

Den besten Zeitpunkt zum Immobilienerwerb planen und Anfangsfehler vermeiden.



Standortanalyse

Bauobjekt gründlich und kritisch auf Qualität prüfen sowie zukünftige Bauprojekte in der Nähe checken.

Mietrendite für Geschäftshäuser in den bislang eher vernachlässigten B-Städten wie Braunschweig oder Mülheim an der Ruhr ist dagegen höher. Gut zu wissen, falls an einen Nachfolger vermietet oder verkauft wird. Ein solcher lässt sich bekanntlich für attraktive Standorte leichter finden als für die C-Kategorie in Randlage.

Immobilienkauf kann zur Steuerfalle werden

Aber Vorsicht: Sind Praxis und Privaträume unter einem Dach, muss in einem Gespräch mit dem Steuerberater eine klare Trennung vollzogen werden. Die jeweiligen Kosten sind eindeutig zuzuordnen. Ansonsten wird es teuer, weil der Wertzuwachs der Immobilie – die „stillen Reserven“ – im Falle eines Verkaufes als Betriebsvermögen mitversteuert wird. „Der berufliche genutzte Teil der Immobilie bleibt bis zur Aufgabe der Praxis steuerverhaftet und der Veräußerungsgewinn ist immer steuerpflichtig“, erklärt Bernd G. Lehmann. Ein Rechenbeispiel: Wird ein Praxisgebäude mit einem Anschaffungswert von 250.000 Euro nach 20 Jahren auf 100.000 Euro abgeschrieben und wechselt für 300.000 Euro den Besitzer, wird der Differenzbetrag von 200.000 Euro besteuert.

Dieser negative Aspekt lässt sich mit einem „Trick“ vermeiden, wenn nicht der Arzt selbst, sondern beispielsweise der Ehepartner Eigentümer der Praxisimmobilie wird. Für ihn gilt das Objekt nach steuerlichen Gesichtspunkten als Privatvermögen. „Nach Ablauf einer zehnjährigen Spekulationsfrist kann die Immobilie nach heutigem Recht steuerunschädlich veräußert werden“, so Experte Lehmann aus Hamburg. Eine solche Konstruktion sollte seiner Ansicht nach gut überlegt sein, da bei einer Trennung der Ehepartner die Karten noch einmal neu gemischt werden. Fragen des Güterstandes und des Erbrechts sollten daher bei der Eintragung des Ehepartners als Eigentümer der Praxis mit einem Rechtsanwalt beraten werden.

Im Hinblick auf die Rentabilität einer Immobilie als Praxisstandort sind die Umbaukosten eines denkmalgeschützten Gebäudes besonders interessant. Diese Kosten sind in 12 Jahren komplett abschreibbar. In den ersten acht Jahren jährlich bis zu neun Prozent, in den folgenden vier Jahren bis zu sieben Prozent jährlich. Steuerberater Bernd G. Lehmann: „Wenn das Gebäude länger als drei Jahre im Besitz des Mediziners ist, kann er die Reparaturkosten in voller Höhe als Werbungskosten absetzen. Das ist eine großartige Hilfe für den Freiberufler, wenn er die Praxisräume renoviert.“

Standort und Gebäude genau unter die Lupe nehmen

Nach Ansicht von Andrea Plappert und Bernd G. Lehmann wird die Standortanalyse vieler Ärzte zu wenig von ökonomischen Aspekten getragen und ist nicht detailliert genug durchdacht. „Ich rate meinen Mandanten aus der Branche dazu, Baubeschreibung und Objekt eingehend und kritisch auf Qualität zu prüfen. So manche Immobilie wurde schnell und mit billigem Material hochgezogen“, weiß der Hamburger Steuerberater. Andrea Plappert von der apoBank rät dazu, sich das Umfeld der Wunschpraxis bei Begehungen vor Ort genau anzusehen und die Baupläne für die Umgebung zu checken. „Wird plötzlich eine Sackgasse gebaut, mit der sich die verkehrliche Anbindung verschlechtert? Wird nebenan eine Mülldeponie errichtet? Alles schon vorgekommen und mehr als ärgerlich.“

Erst wenn alle Komponenten stimmen, sollte der Verlockung einer eigenen Praxisimmobilie als Baustein für die Altersvorsorge nachgegeben werden. „Wo lasse ich mich nieder?“ – das bedeutet eben mehr, als sich von einem attraktiven Privatpatientenanteil leiten zu lassen, sondern schließt steuerliche Optimierung und eine attraktive Finanzierung mit ein. Günstige Zinsen sowie eine individuell angepasste Laufzeit der Finanzierung mit guten Tilgungsvarianten sorgen dafür, dass der Traum von der Praxis in den eigenen vier Wänden kein unerfüllter Wunsch bleibt. ■





Whisky ist als Geldanlage äußerst gefragt. Nicht nur bei Kennern und Genießern.

Text: Jan Rentzow Fotos: Tyler W. Stipp / Shutterstock, iStock, Die Whiskybotschaft

Fass und los



WERTENTWICKLUNG	STARTWERT	WERT 31.12.16	ANSTIEG
GESAMT	100	963,67	863,67 %
SEIT JAHRESBEGINN	627,43	963,67	53,59 %
12 MONATE	627,43	963,67	53,59 %
3 MONATE	842,47	963,67	14,39 %
1 MONAT	927,82	963,67	3,86 %

Ein Blick auf den Apex 100: Der Index zeigt die Preisentwicklung der 100 begehrtesten Whisky-Raritäten (Stand: 31. Dezember 2016).

Er trägt den Namen Galileo, kommt aus der schottischen Brennerei Ardbeg – und nein, kein einziger Tropfen dieses 1999er Jahrgangs war jemals auf der Raumstation ISS.

Die stolze Brennerei Ardbeg aber hatte sich euphorisch auf die Suche nach dem perfekten Tropfen gemacht und medienwirksam ein frisches Destillat ins All geschossen, um es in der Schwerelosigkeit reifen zu lassen. Ein „langfristiges Experiment für den Geschmack“ nannte man dieses Projekt.

17.500 Erdumrundungen machte der Whisky, versetzt mit Eichen-spänen, dort oben an Bord der internationalen Raumstation bevor er zurückkehrte. Und in der langen Zwischenzeit bis zur Verkündung erster Erkenntnisse, bis die Welt also erfahren sollte, wie sensationell sich der Reifeprozess eines guten Tropfens im All verändert, entstand ganz irdisch die neue Sorte Galileo mit einer Rakete auf dem Etikett. 49 Prozent, ein circa zwölf Jahre alter Whisky, eine Begehrlichkeit. Und ein neuer Fixpunkt in den Herzen der Sammler, die für diese Flasche natürlich deutlich mehr zu zahlen bereit waren als gemeinhin üblich.

Klingt komisch. Zeigt aber, wie erfolgreich eine einzigartige, emotionale Marketing-Story Whisky verteuern kann – eine nur irgendwie plausibel oder unplausibel erzielte Limitierung, die der Markt dankbar aufgreift und in Renditen für „uisge beatha“, das „Wasser des Lebens“, verwandelt.

Denn dieses „Wasser des Lebens“ ist in seiner Herstellung kein teures Getränk. Viel wichtiger für die Preisentwicklung sind sein ideeller Wert und seine Seltenheit – und genau hierin steckt für die Anleger eine Chance.

Seltene Whiskys haben Hochkonjunktur. Wie erlesener Wein werden sie in den Zeitungen schon jetzt als Flaschengeld bezeichnet, als süffige Rendite. Eine verstärkte Nachfrage aus dem asiatischen Raum, auch aus Russland, wirkt sehr positiv auf die Preise.

Guter Zeitpunkt für den Einstieg

„Es gibt limitierte Whiskys, die sich sehr schnell, innerhalb von wenigen Tagen, im Wert entwickeln“, sagt Whiskyexperte Tim Tünnermann von der Whisky Investments GmbH. „Und es gibt andere, die sich eher langsam, aber stetig, über Jahre hinweg im eher einstelligen Prozentbereich steigern.“ Die Anlegerschar ist bereit. Vom Großanleger, der im sechsstelligen Bereich investiert, bis zum Studenten, der monatlich eine kleine Summe für seine Zukunft anlegt. Man müsse wissen, dass es sich beim Whisky um eine sehr risikoreiche Anlage handele, mit vielen Details, die es zu beachten gelte und man deshalb sein Portfolio sehr genau planen müsse, sagt Tünnermann. „Aber der Zeitpunkt, jetzt einzusteigen, ist gut.“

Whisky als Anlage sei ganz eindeutig ein großer Trend, sagt auch Thomas Krüger vom Online-Auktionshaus whisky-auction.com. Grund seien die Niedrigzinsen – natürlich. Die Flucht in Sachwerte, die auch schon die Immobilienpreise und die Erlöse für moderne Kunst nach oben treibe. Größter Unterschied: Noch drohe für Whisky keine Spekulationsblase, die gefährlich werden könnte. Und – selbst wenn die Preise doch einmal in den Keller fallen sollten: Einen Totalverlust gebe es nicht. Man könne seine Anlage im Notfall ja immer noch öffnen und trinken. Wenn man Whisky denn generell möge, zumindest.

Es gibt Sorten, die sind interessant für Anlagen und solche, die sind es nicht. Interessanter als die meisten Blended Whiskys sind Single Malts. Während Blended Whiskys wie Johnnie Walker aus verschiedenen Destillieren zusammengemixt werden, sind höherwertige Single Malts Whiskys, deren Tropfen einer einzigen Brennerei entstammen – mit einzigartigem Charakter.

Unterschiede im Geschmack gibt es nicht nur zwischen den Brennereien. Auch Whiskys aus derselben Brennerei können von Fass zu Fass unterschiedlich schmecken. Zu den bekanntesten Marken zählen hier Macallan, Glenmorangie, Lagavulin oder Bowmore.



**Whisky-Investment-
Experten:** Michaela und
Tim Tünnermann.

First Black Bowmore:
einer der gefragtesten Whiskys
weltweit, aus dem Besitz der
Whisky Investments GmbH.
Derzeitiger Flaschenpreis ca.
11.000 Euro.



Standard oder Limited Edition?

Standardabfüllungen – das sind qualitativ und geschmacklich immer auf gleicher Linie bleibende Originalabfüllungen, die über einen längeren Zeitraum verfügbar sind. Auch diese – zum Beispiel ein Lagavulin 16 (zwischen 40 und 60 Euro) – steigen innerhalb von zehn Jahren zwar im Wert, sind aber eher hochwertige Whiskys zum Trinken als Anlagewhiskys.

Von Standardabfüllungen zu unterscheiden sind Sammlerflaschen. Solche Flaschen großer Namen in hochwertigen Verpackungen bieten beste Qualität und stetige Wertsteigerungen.

Limitierte Editionen sind bei den Herstellern sehr en vogue – aber eher darauf ausgerichtet, einen Hype auszulösen, und qualitativ nicht immer die allererste Wahl. Wer bei limitierten Ausgaben zuschlagen möchte, der möge bedenken: Die Bezeichnung „Limited Edition“ ist im Whisky-Business kein geschützter Begriff. Mehr als 10.000 Flaschen sollte eine Edition möglichst nicht beinhalten, will man sie ernsthaft als Anlage ins Auge fassen. Ausnahmen bestätigen den Whisky.

Natürlich ist der Markt vor allem für Nichtexperten nicht gerade transparent. Eine Recherche ist daher unerlässlich, um den richtigen Whisky zu finden, der im Stehen – nicht im Liegen! – bei Temperaturen zwischen acht und 16 Grad in einem trockenen dunklen Keller Wert generieren soll.

Wer bei seinem Whiskywissen noch Nachholbedarf haben sollte, kann dieses in Ruhe aufbauen und derweil Profis wie die Whisky Investments GmbH für ein wertstabiles Portfolio zu Rate ziehen. Für den langfristig orientierten Anleger seien 6 bis 7 Prozent ein guter Renditeschnitt, sagt Experte Tünnermann, mit einem guten Händchen lägen die Portfoliorenditen oft sogar noch höher. Die Kosten für die versicherte, fachgerechte Lagerung, die er gleich mit anbietet, sind da schon inbegriffen.

„Es gibt limitierte Whiskys, die sich sehr schnell innerhalb von wenigen Tagen im Wert entwickeln.“

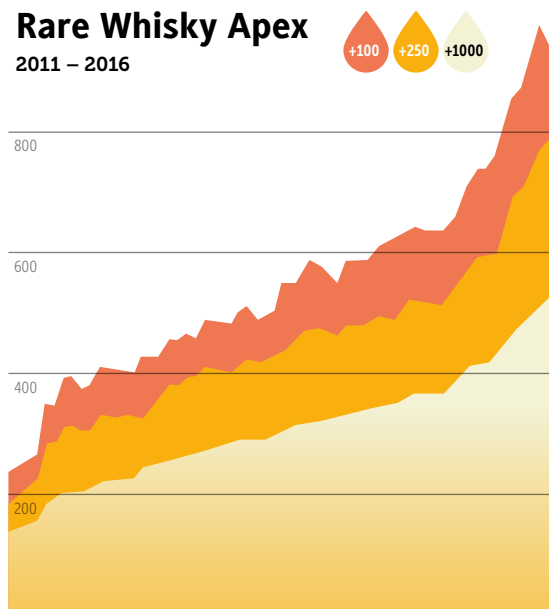
„In den 80er Jahren gab es 20 Malt-Whisky-Sorten, heute sind es mehr als zehnmal so viele“, sagt Auktionator Krüger über das sehr hochpreisige Segment im Whisky. „Traditionelle Anleger setzen auf Single Malt, original von der Destille. Am besten sind ein Vintage-Jahrgang auf dem Etikett und ein optimaler Flaschenzustand.“ Wertsteigerungen von 10 bis 20 Prozent seien hier möglich. Das Gute dabei, das für alle seltenen Sorten gilt: Jede auf der Welt geöffnete Flasche steigert automatisch den Wert der noch verschlossenen Flaschen. Keine guten Zeiten für durstige Genießer.

Wer auf der Suche nach einem besonderen Anlage-segment ist, dem sei geraten: Für Kenner bedeutsam sind natürlich Sorten aus Schottland, der Heimat des Whiskys, insbesondere von Brennereien, deren Geschäft bereits geschlossen ist und die eigentlich nicht mehr am Markt agieren. Zwar gibt es noch immer mehr als 100 Brennereien im Norden des UK, begehrt sind aber vermehrt Destillerien, die nicht mehr produzieren oder gar nicht mehr existent sind, von denen aber immer noch sehr limitiert einzelne seltene Fässer auf den Markt zur Abfüllung gebracht werden. Von Port Ellen. Oder Littlemill. Oder St. Magdalen. „Hier sind Qualität und Geschmack nicht mehr der vorrangige Grund für die Kaufentscheidung“, sagt Whiskyexperte Tünnermann von der Whisky Investments GmbH. „Das sind Anlage-Raritäten.“ Von diesen würden in den nächsten Jahren immer mal wieder Bestände aus den Lagern der „Lost Distilleries“ verkauft. Er empfehle Jahrgangsabfüllungen.



Rare Whisky Apex

2011 – 2016



Rare Whisky Apex:
Die Grafik zeigt die Preisentwicklung der 100 begehrtesten, der 250 nachgefragtesten und der 1000 besonders nachgefragten Sammlerflaschen in den letzten fünf Jahren.

2016 war ein außergewöhnliches Jahr für den Whisky-Sammlermarkt. Der APEX 1000, ein von der schottischen Rare Whisky 101 Ltd. berechneter Index für 1000 besonders nachgefragte Sammlerflaschen, legte in den vergangenen zwölf Monaten um fast 40 Prozent zu, bei den Top 100 stieg der Wert sogar um 47 Prozent. Für 2017 rechnen die Experten mit einem weiteren Anstieg der Preise.

Ab 100 Euro pro Flasche

Wie teuer eine Flasche ist, die sich als Investment eignet? „Nicht unter 100 Euro und nicht über 2500 Euro“, rät Thomas Krüger von whisky-auction.com. „Wenn nämlich gerade einmal ein so teures Exemplar ein Korkproblem hat, ist das ärgerlich.“ Das ist es übrigens auch, wenn die Reinigungskraft oder die Kinder eine Flasche umstoßen, weil der Lagerplatz leider doch nicht ideal war.

Bleibt nur noch eine Frage. Ein Tipp. Und der heißt Japan, das fernöstliche Schottland. Sehr begehrt sind neuerdings japanische Whiskys. Der Yamazaki Sherry Cask zum Beispiel, der erste Japaner, der 2015 zum besten Whisky der Welt gekürt wurde. „Der sollte“, wie Berater Tünnermann sagt, „für 300 Euro verkauft werden und wurde in kürzester Zeit für mehrere 1000 Euro gehandelt.“

Genau betrachtet käme der Erfolg japanischer Destillen allerdings gar nicht so überraschend. „Wie in Schottland gibt es in Japan hervorragendes Quellwasser, welches sich für die Produktion von Whisky besonders gut eignet. Die großen Temperaturunterschiede zwischen Sommer und Winter ermöglichen eine besonders schnelle und intensive Reifung des Malts.“ Die Japaner achteten sehr auf Qualität und benutzten gerne seltene Holzarten, die es in Europa kaum gibt. Für den deutschen Markt waren von diesem sensationellen Yamazaki Sherry Cask nur circa 90 Flaschen vorgesehen. Diese seien gar nicht erst in den offiziellen Handel gekommen, sondern direkt in die Luxusgastronomie verkauft worden. „Manchmal nutzt es einem

Die schottische Whiskybrennerei Ardbeg auf der Insel Islay: Eine einzigartige, emotionale Marketing-Story kann Whisky verteuern.



Yamazaki Sherry Cask 2016:
Von diesem Whisky kamen nur rund 90 Flaschen nach Deutschland.

gar nichts, wenn man weiß, dass ein Whisky gut ist“, sagt Tünnermann über den japanischen Überflieger mit den galaktischen Preisen. Einen guten Whisky zu erkennen, reiche nicht. „Man muss ihn auch bekommen.“ ■

Tilgners Bericht aus Berlin Kaum ist der Wahlkampf eingeläutet, schon kramen einige Parteien wieder das Gespenst des Sozialneids hervor. Mit Emotionen lassen sich gut Stimmen gewinnen, meint man. Der Mut, den der neue Bundespräsident Steinmeier bei seiner Wahl forderte, wie auch der Gedanke der Freiheit des Bürgers stehen für andere Wege.

Text: **Stefan Tilgner**

Ritt auf dem Papiertiger

Im alten China – so ist überliefert – haben Armeen schon mal düstere Gestalten aus Pappmache aufsteigen lassen, um die Gegner zu beeindrucken. Papiertiger waren auch ein beliebtes Bild von Mao Tse-tung, um den vermeintlichen Klassenfeind zu verspotten. Wie wirksam solche Gespenster in der politischen Auseinandersetzung sind, dürfen wir in den nächsten Monaten wieder erleben. Nachdem man noch in verhältnismäßiger Einigkeit den neuen Bundespräsidenten gewählt hat, herrscht ab sofort Wahlkampf für den Bundestag. Und auch hier werden Papiertiger wieder ihren großen Auftritt haben.

Einer der Tiger heißt „Bürgerversicherung“. Auch den dazugehörigen Klassenfeind, die PKV, hat man schon ausgemacht. Vorhang auf zu einer erneuten Runde im Kampf gegen die Zwei-Klassen-Medizin! Mangels anderer Reizthemen hat sich jedenfalls SPD-Kandidat Schulz die „Soziale Gerechtigkeit“ auf die Fahnen geschrieben. Ob er in Brüssel mitbekommen hat, was das hierzulande heißt? Zumindest seine Protagonisten müssen nicht lange suchen und graben bereits Papiere wieder aus, die vor mehr als zehn Jahren die Gemüter bewegten, bevor sie, wie das bei Papiertigern so ist, wieder in Aktenschränken verschwanden. Anscheinend jedoch nicht im Papierkorb schräger Ideen. Plötzlich ist die Bürgerversicherungseuphorie wieder da. Offenbar hofft man, mit sozialer Verunsicherung und Neiddiskussionen Stimmen zu fangen. Dass wissenschaftliche Analysen, vor allem auch von Instituten und Stiftungen, die den heutigen Werbeläufers einer Bürgerversicherung nahe stehen, längst die volkswirtschaftliche, aber auch die versorgungstechnische Unsinnigkeit einer solchen Versicherung belegt haben, zählt in Wahlkampfzeiten nicht. Ein altes chinesisches Sprichwort sagt: „Wer den Tiger reitet, dem fällt es schwer abzusteigen“. Das gilt ganz offenbar auch für Papiertiger.



Stefan Tilgner, M.A.
ist geschäftsführendes
Mitglied des PVS-Vorstands
und vertritt den Verband in
allen Angelegenheiten in der
Hauptstadt.

Was ist anders an der Bürgerversicherung?

Nun ist aber Wahlkampf ein Teil der politischen Kultur. Und in einem demokratischen Staat muss man sich argumentativ mit den Themen auseinandersetzen. Die Bürgerversicherung unterscheidet sich von der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung vor allem in der Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze und der Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf alle Bürgerinnen und Bürger. Kommt für die Bestandsversicherten der PKV die politische Option eines Wechsels in die GKV dazu, bedeutete dies schnell das Ende für die Freiheit des Bürgers, sich für eine private Versicherung zu entscheiden. Denn so wie in der GKV das Solidarprinzip gilt,

füßt bei der PKV das Geschäftsmodell auf Kapitaldeckung, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit. Wird hier an Stellschrauben gedreht, zerfällt das Modell. Erst recht, wenn die Rücklagen der PKV auf die eine oder andere Weise zur Disposition gestellt werden. Noch ist das juristisch aber kaum eine Option.

Verlierer wären GKV und PKV

Zu Verlierern würden bei einer Bürgerversicherung sowohl GKV als auch PKV, denn schnell dürfte der politisch immer wieder geforderte Wettbewerb zugunsten der Versorgung der Versicherten einer streng regulierten Staatsmedizin weichen. Versorgung nach Kassenlage und auf dem kleinsten Nenner hieße dann die Devise. Dass die freiberufliche und dem ärztlichen Ethos verpflichtete Berufsausübung der Mediziner dann keine Rolle spielen kann, müsste klar sein. Schon mittelfristig würden Ärzte

Veranstaltungen

APRIL 2017

Mi
26
APR
SEMINAR Der Privatpatient – Chance für die Zukunft Ihrer Praxis – Wege zu mehr Gewinn
Trier
PVS Mosel-Saar ✉ a.bressan@pvs-mosel-saar.de ☎ 0651 97802320

Mi
26
APR
SEMINAR Grundlagen der GOÄ für Azubis
Lüneburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

MAI 2017

Fr
05
MAI
SEMINAR EBM Ambulantes Operieren
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi
10
MAI
SEMINAR GOÄ-Grundlagenseminar
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi
17
MAI
SEMINAR Praxiswertermittlung
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

Mi
17
MAI
SEMINAR GOÄ-Intensivseminar Chirurgie / Orthopädie
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi
17
MAI
WORKSHOP PVS dialog
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

JUNI 2017

Mi
21
JUN
SEMINAR Web- und Onlinemarketing für Ärzte
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Mi
21
JUN
WEBINAR BG Abrechnung
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-westfalennord.de ☎ 02533 299126

Mi
21
JUN
SEMINAR Fit am Empfang – Die „Visitenkarte“ der Praxis
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

Mi
21
JUN
SEMINAR GOÄ-Seminar für Pädiatrie
Mannheim
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

das Dienstpersonal eines staatlichen Gesundheitswesens. Um zu sehen, wie das aussieht, muss man den Blick nicht einmal weit über die Grenzen schweifen lassen. Unterversorgung würde es freilich nicht geben, denn der jeweilige Status quo würde zur Kunst des Machbaren erklärt. Von zukunftsorientierter Versorgung dürfte hier allerdings niemand mehr sprechen.

Der allzu fürsorgliche Staat demütigt den Bürger

Dabei bietet die Gesundheitssystemforschung durchaus interessante Ansätze, ein liberales und gleichzeitig sozial gerechtes System zukunftsfähig zu gestalten. Beim Aufbau unserer Krankenversicherung spielte die Grundsatfrage einer „Versicherung auf Gegenseitigkeit“ eine große Rolle, die den Regulierungsdrang eines wie auch immer gearteten Staatswesens begrenzte. Schon Wilhelm von Humboldt hat vor 200 Jahren klar erkannt: „Der allzu fürsorgliche Staat demütigt den Bürger.“ Das heißt, er reißt ihn aus der Eigenverantwortung, die er aber zweifelsohne für seine Gesundheit hat. Einen von liberalen Gedanken inspirierten Ansatz stellte die AOK Baden-Württemberg 2013 in einem Gutachten vor, das eine Privatisierung der „öffentlich-rechtlichen“ Krankenkasse vorsah, um zumindest regionale Spielräume und Veränderungsimpulse zu fördern. Immer noch aktuell ist das auch vom PVS Verband unterstützte Konzept der „Reformierten Dualität“ des Kieler Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski. Reformoptionen zwingt danach allein schon die demografische Entwicklung auf. Gelöst werden müssen laut Drabinski vor allem die Fragen der Generationengerechtigkeit sowie einer sozial verantwortlichen Zukunftsfestigkeit. Der Erhalt der Säulen GKV und PKV ist dabei unabdingbar. Nur müsse sich die GKV durch Neustrukturierung des Gesundheitsfonds, Rücklagenbildung, Neudefinition versicherungsfremder Leistungen, aber auch durch Senkung der Versicherungspflichtgrenze neu orientieren. Bei der PKV gehen die Empfehlungen von einem sozialen Mindestkriterien-Tarif über Kontrahierungszwang, Begrenzen der Risikozuschläge oder sozialerer Gestaltung des Kinderbeitrags bis hin zu Vorschlägen der Verbesserung der wettbewerblichen und sozialen Akzeptanz. Kurzum: Eine staatsferne Gestaltung des Gesundheitswesens, in dem der Bürger zwar nicht automatisch weniger für seine Gesundheitsversorgung zahlt, jedoch deutlich mehr Möglichkeiten hat, seine Versorgung positiv zu beeinflussen. Und vor allem eine Reformoption der Vernunft: Hier wird nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, sondern die Probleme beider Systeme, der GKV und der PKV, werden in Angriff genommen.

Wer sagt eigentlich, dass Freiheit und Verantwortung des Bürgers nicht ein besserer Wahlkampflogan wären als das ewige Lamento vom Sozialneid? Politik kennt auch diese Argumente, wie die programmatische Rede des Bundestagspräsidenten bei der Wahl des Bundespräsidenten dankenswerterweise deutlich machte. Und der gewählte Bundespräsident Steinmeier forderte: „Mutig sein!“ ■

Glückliche Gesichter und ein festlicher Rahmen. Mit der Aktion **PVSocial** feierte die PVS Westfalen-Nord in Münster ihr 90-jähriges Bestehen.

Text und Foto: **PVS Westfalen-Nord**

PVS Westfalen-Nord unterstützt soziale Projekte



Strahlende Gewinner: (von links) Jörg Matheis, Geschäftsführer der PVS Westfalen-Nord GmbH; Prof. Dr. Boris Zernikow, Kinderpalliativzentrum Datteln e. V.; Heike Rath, Lichtstrahl Uganda e. V.; Dr. Riad El Kassar, Deutsch-Syrische Ärzte für humanitäre Hilfe e. V.; Marcus Fedder, Hilfe für Uganda – Augenärzte für die Welt; Sigrid Thiemann, Kinderpalliativzentrum Datteln e.V.; Dr. Johanna Koslowski, Lichtstrahl Uganda e. V.; Dr. Ralf Gerl, Hilfe für Uganda – Augenärzte für die Welt; Dr. János Hankiss, Klinikum Lippe GmbH mit der Stiftung Friedensdorf International; Dr. Christof Mittmann, Vorstandsvorsitzender des PVS Westfalen-Nord e. V.

Es war keine der üblichen Firmenfeiern. Dieses Mal gab es Geschenke für fünf soziale Projekte, die im letzten Jahr von engagierten Mitgliedern der PVS eingereicht wurden. „Viele Mediziner engagieren sich berufsbedingt für Menschen“, so Dr. Christof Mittmann, Vorstandsvorsitzender der PVS Westfalen-Nord, in seiner Begrüßung, „aber auch in ihrer Freizeit gibt es ein großes ehrenamtliches Engagement der Mitglieder der PVS.“

Nach dem Startschuss von PVSocial im Herbst 2016 wurden 22 soziale Projekte zur Abstimmung eingereicht. Abgestimmt haben die 2450 Mitglieder der PVS Westfalen-Nord online oder per Fax. Fünf der Projekte haben es geschafft und bekamen in der Feierstunde einen Scheck in Höhe von jeweils 10.000 Euro überreicht.

Ausgezeichnet wurde Heike Rath mit „Lichtstrahl Uganda e. V.“. Der Verein engagiert sich seit einigen Jahren in Gulu, im Norden Ugandas. Hier soll eine medizinische Grundversorgung sichergestellt werden. Darüber hinaus setzt sich „Lichtstrahl Uganda“ für die schulische Bildung von Kindern ein. Im Jahr 2016 konnten mehr als 400 Kinder in die Vorschule gehen, knapp 13.000 Patienten wurden versorgt und 1.500 Kinder auf der Entbindungsstation geboren.

Gewonnen hat auch das Kinderpalliativzentrum in Datteln, lange Zeit ein weltweit in dieser Form einzigartiges Zentrum, das sich um schwerst erkrankte Kinder kümmert. Noch heute ist diese Einrichtung die einzige ihrer Art in Deutschland. Außerdem versorgt ein ambulantes Team des Zentrums junge Patienten im Umkreis von 130 km.

Ebenfalls prämiert wurden die Projekte „Plastische Chirurgie für Friedensdorf-Kinder“, in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Lippe, das den Verein am Standort in Oberhausen unterstützt, und das Projekt der Augenklinik Dr. Gerl & Kollegen in Ahaus. Das Team der Augenklinik engagiert sich mit dem Projekt „Hilfe für Uganda – Augenärzte für die Welt“.

Weitere 10.000 Euro gingen an den Verein „Deutsch-Syrische Ärzte für humanitäre Hilfe e. V.“, der am Issa-Ajaj Krankenhaus in der syrischen Stadt Daraa aktiv ist. Das Krankenhaus ist das größte im regimefreien Gebiet in Südsyrien. Von diesem Krankenhaus und seinem Engagement profitieren ca. 240.000 Menschen in Daraa und Umgebung.

Der Abend war eine große Freude für alle Anwesenden. Es war schön zu sehen, wie sehr sich die Akteure der Siegerprojekte über die finanzielle Unterstützung freuten. Da waren Emotionen, Anstrengungen und Planungen für die Zukunft zu sehen und zu hören. „PVSocial wird sich auch in Zukunft für Projekte engagieren, die den Mitgliedern am Herzen liegen“, so Geschäftsführer Jörg Matheis in seinem Schlusswort, „und eigentlich hätten alle eingereichten Projekte diese Unterstützung verdient.“ ■

Surftipp

Alle eingereichten Projekte werden online unter www.pvsocial.de vorgestellt.

Crestcom Leadership Growth Award

PVS Niedersachsen unter den Top 10

Ende letzten Jahres war es wieder so weit. Die Gewinner des „Crestcom Leadership Growth Award“ wurden gekürt. Aus über 200 internationalen Bewerbungen wählte eine hochkarätige Jury die Preisträger aus. Die PVS Niedersachsen errang den 7. Platz. „PVS-Hauptgeschäftsführer Rolf Mencke und sein Stellvertreter Friedhelm van Raden sowie alle teilnehmenden Führungskräfte der PVS zeichnen sich in besonderer Art und Weise aus, wie sie durch ihren Einsatz und ihre Leidenschaft Vorhaben in die Umsetzung bringen, vorantreiben und positive Ergebnisse für die gesamte PVS Niedersachsen und deren Mitglieder erwirtschaften“, hob Martin Kakuschke, Leiter der Crestcom Führungsschule Weser-Ems, die Leistungen der PVS-Führungskräfte hervor. „Ihre Ideen und die Art und Weise, die Menschen im gesamten Unternehmen zu begeistern, haben die Jury außerordentlich beeindruckt.“

„Die PVS Niedersachsen betrachtet ihre Mitarbeiter als ihr wertvollstes Kapital. Bei Führung geht es nicht um einen schönen Titel auf der Visitenkarte. Es geht darum, die Menschen zu entwickeln, mit denen man arbeitet“, sagt Rolf Mencke.

Den Anstoß für die Zusammenarbeit der PVS Niedersachsen mit der Crestcom Führungsschule Weser-Ems gab der PVS Vorstandsvorsitzende Dr. med. Hans-Joachim Kaiser. Gemeinsam mit der Hauptgeschäftsführung hat Dr. Kaiser die Bedeutung der kontinuierlichen, überfachlichen Weiterentwicklung der Führungskompetenzen thematisiert und auch als wettbewerbsrelevanten Faktor bei der Personalgewinnung identifiziert. „Das Führungsverhalten oder -handeln hat Einfluss auf die Mitarbeiter, deren Einstellung, Verhalten und Umfeld. Dies hat wiederum Wirkung auf die Resultate, die durch die Leistung der Mitarbeiter bzw. des Teams erzielt werden. Wir sind überzeugt, dass dies erlern- und entwickelbar ist. Deshalb ist lebenslanges Lernen bei uns keine Worthülse“, hebt Dr. Kaiser hervor.

Der „Crestcom Global Leadership Growth Award“ wird jedes Jahr an Firmen oder Organisationen vergeben, die ein außergewöhnliches Engagement bei der Entwicklung von Führungsqualitäten zeigen. ■

Die PVS Niedersachsen betrachtet ihre Mitarbeiter als ihr wertvollstes Kapital.



BV.dent

Zahnärztliche Abrechnungsdienstleister gründen Verein

8 Abrechnungsdienstleister der Dentalbranche haben sich in der Bundesvereinigung zahnmedizinischer Abrechnungsentwickler e. V. (BV.dent) zusammengeschlossen, um künftig eine einfachere und kosteneffizientere Integration und Kommunikation von Abrechnungs- und Praxissoftware zu ermöglichen. Zu diesem Zweck hat die BV.dent eine Schnittstelle entwickelt, die Datenübertragungen zwischen Praxissoftware und Abrechnungssystemen mit modernster Technik, höchsten Sicherheitsstandards und passgenau für die Praxisabläufe ermöglicht. Diese XML-Schnittstelle, genannt PADdent, gibt der Verein jetzt für alle Interessierten unentgeltlich frei. PADdent basiert auf der vor einigen Jahren fertiggestellten PADneXt-Schnittstelle, die die PVS-Tochter PADline GmbH zunächst für die privatärztliche Abrechnung im humanmedizinischen Bereich entwickelt hatte. In die Anpassung an die konkreten Anforderungen der zahnmedizinischen Abrechnung sind die Erfahrungen der acht Gründungsmitglieder des Vereins eingeflossen. „Es ist für die Branche schon etwas ganz Besonderes, dass sich die Unternehmen trotz natürlicher Wettbewerbssituation zusammengefunden haben, damit gemeinsam für alle Kunden ein deutlicher Mehrwert geschaffen wird“, sagt Nicola Hansen, Vorstandssprecherin der BV.dent. „Dass Abrechnungs- und Praxissoftware hierdurch besser vernetzt und technisch saubere und schnelle Systeme gestaltet werden können, kommt den Zahnarztpraxen und deren Patienten zu Gute.“

Zu den acht Gründungsmitgliedern zählen auch die PVS-Tochter PADline GmbH und die PVS dental GmbH. Weitere Mitglieder aus dem Kreis der Abrechnungsdienstleister sind dem Verein herzlich willkommen. ■

Abrechnung Leider werden sie häufig vergessen: die Zuschläge, die die Gebührenordnung für Ärzte ausdrücklich für die Bereitstellung von Operationseinrichtungen und für die Vor- und Nachsorge vorsieht.

Text: **Brigitte Siebert** Illustration: **shutterstock**

Zuschläge zu ambulanten Operationen und Anästhesien

Sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Ärzte im Krankenhaus dürfen Zuschläge für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und entsprechenden Einrichtungen für die Vor- und Nachsorge berechnen. Wie hoch diese Zuschläge sind, regelt Kapitel C, Abschnitt VIII der GOÄ.

Bei der Abrechnung über die PVS gilt: Falls Sie uns eine zuschlagsberechtigte Leistungsziffer ohne den Zuschlag angeben, fügen wir diesen aufgrund unseres Vollständigkeitsprogrammes automatisch hinzu, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes mit Ihnen vereinbart ist. ■



Es gibt vier Zuschlagsziffern für **operative Leistungen**. Diese sind vom Punktwert der am höchsten bewerteten tatsächlich erbrachten Operationsziffer abhängig. Die Punktzahlen mehrerer erbrachter Leistungen dürfen nicht addiert werden, sondern nur die am besten ausgestattete Ziffer erhält den Zuschlag. Voraussetzung ist, dass diese Leistung im Katalog der zuschlagsberechtigten Ziffern enthalten ist.

- 442 250 – 499 Punkte: **23,31 €**
- 443 500 – 799 Punkte: **43,72 €**
- 444 800 – 1199 Punkte: **75,77 €**
- 445 ≥ 1200 Punkte: **128,23 €**

Für die **Anästhesieleistungen** aus Kapitel D hält die Gebührenordnung zwei Zuschlagsziffern bereit.



- 446 200 – 399 Punkte: **17,49 €**
- 447 ≥ 400 Punkte: **37,89 €**



Wird die Leistung aus dem Katalog dann noch mittels eines **Operationsmikroskops** (nicht Lupenbrille) **oder** eines **Lasers** erbracht, und ist in der Leistungsbeschreibung der operativen Leistung das Operationsmikroskop oder der Laser nicht schon enthalten, kann zusätzlich abgerechnet werden:

- 440 **Operationsmikroskop**
400 Punkte: **23,31 €**
- 441 **Laserzuschlag**
100 Prozent des einfachen Gebührensatzes, aber: **max 67,49 €**

Die Zuschläge sind unmittelbar im Anschluss an die erbrachte Leistung anzugeben und sind pro Eingriff nur einmal berechnungsfähig.



Darüber hinaus gibt es zwei Ziffern* für die **Betreuung und Beobachtung** eines Kranken, die entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten abgerechnet werden dürfen.

- 448 mehr als 2 Stunden: **34,97 €**
- 449 mehr als 4 Stunden: **52,46 €**

* Direkt neben einer dieser Ziffern schließen sich die Ziffern GOÄ 1 bis 8 und auch die GOÄ-Ziffer 56 aus. Laut den allgemeinen Bestimmungen dürfen die Zuschläge GOÄ 448 und 449 nur im Zusammenhang mit einer ambulanten Zuschlagsziffer und mit einer ambulanten Anästhesieleistung berechnet werden.



SCHÄFERS

Kolumne

Impressum

Redaktion

Ulrike Scholderer (v.i.S.d.P), Stefan Tilgner

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Penth

Herausgeber

Das PVS Magazin **zifferdrei** ist das offizielle Organ des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.

Anschrift Redaktion und Verlag

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.
Straßmann-Haus
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt

☎ 030 280496-30
☎ 030 280496-35
✉ redaktion@zifferdrei.de
🌐 www.zifferdrei.de

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

Soweit nicht anders angegeben, befinden sich die Bildrechte an den reproduzierten Fotos oder Illustrationen im Besitz des Autors bzw. der **zifferdrei**-Redaktion.

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Eine Haftung der Verfasser bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen. Alle Beiträge dieser Zeitschrift sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, Übersetzung und Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Verlages. Es gelten die Autorenrichtlinien des Verlages.

Erscheinungstermin

20.03.2017

Schutzgebühr: 6 €

Pures Entsetzen machte sich in mir breit, als die Bertelsmann-Stiftung Anfang des Jahres eine neue Studie veröffentlichte. Die sollte belegen, dass es gut und richtig wäre, Beamte künftig in der GKV unterzubringen.

Entsetzt hat mich nicht die Tatsache, dass diese Studie erschienen ist. Sie war als Bestandteil einer groß angelegten Untersuchung zur „Integrierten Krankenversicherung“, so nennt die Stiftung ihren „Königsweg“ aus der ökonomischen Misere der GKV, lange angekündigt.

Entsetzt hat mich auch nicht die positive Aufnahme im roten und grünen Spektrum. Das war nicht anders zu erwarten. Die Studie war im Vorfeld des Bundestagswahlkampfes gut platziert.

Entsetzt hat mich vielmehr, wie leichtfertig wir offensichtlich bereit sind, ein hohes Gut aufzugeben. Das loyale Beamtentum. Denn klar ist: Ein Beamter steht in einem ganz be-

Medizinische Versorgung nach Kassenlage nun auch für Beamte?

sonderen Dienstverhältnis. Er wird von seinem Dienstherrn, Bund oder Land, in ein öffentlich-rechtliches Dienst- und Treueverhältnis berufen. Er erfüllt dann hoheitliche Aufgaben. Es ist seine Aufgabe, dafür zu sorgen, dass der Staat funktioniert. Deshalb wird von ihm eine besondere Loyalität gefordert, die auch in seine Grundrechte eingreift. Im Gegenzug erhält er Privilegien. Zu denen gehört neben Unkündbarkeit und Pensionsanspruch unter anderem, dass der Dienstherr sich um seine Gesundheitsversorgung kümmert. Das tut er mit der Beihilfe. Es ist dieses Gesamtpaket, das die Treue und Zuverlässigkeit der Beamten sichert.

Jetzt sollen also Beamte in die GKV. Damit Bund und Länder sparen können. Das ist nichts anderes als medizinische Versorgung nach Kassenlage. Die Warnung davor wiederholen wir seit vielen Jahren wie ein Mantra. Hier geht es aber tatsächlich um noch weitaus mehr. Es geht um die Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit, ja Vertrauenswürdigkeit des Staates. Was soll das für ein Staat sein, bei dem Kassenlage und Ideologie darüber bestimmen, ob er verlässlich ist, ob er seine Pflichten als Dienstherr erfüllt? Das kann nicht der Staat sein, in dem wir leben wollen. Wir müssen energisch gegensteuern. Viel zu viel steht auf dem Spiel. ■



Das Ziel der Bundesärztekammer ist ehrgeizig. Bis zum 120. Deutschen Ärztetag im Mai soll der Entwurf der neuen Gebührenordnung für Ärzte stehen. **zifferdrei** sprach mit **Dr. Hans-Friedrich Spies**, dem Präsidenten des Berufsverbandes Deutscher Internisten, über den Stand der Novellierung.

Interview: **Ulrike Scholderer** Fotos: **Andreas Schoelzel**

Im Frühjahr letzten Jahres zog der Vorstand der Bundesärztekammer wortwörtlich im letzten Moment die Notbremse und stoppte die Verhandlungen zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Klar geworden war, dass zur Erarbeitung zeitgemäßer Legendierungen die Mitwirkung der Fachärzte unabdingbar ist. In den vergangenen Monaten hat die Bundesärztekammer Gespräche mit 130 Fachgesellschaften und Berufsverbänden geführt, um die Reform voranzubringen.

Dr. Spies ist als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten in diesen Gesprächen Repräsentant des größten fachärztlichen Berufsverbandes. Gleichzeitig sind ihm auch die Anliegen seiner Kollegen aus den anderen Fachgruppen bestens vertraut, denn seit zwei Jahren gehört er dem Vorstand des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa) an.

„Qualität hat Vorrang“

Herr Dr. Spies, um gleich mit der Tür ins Haus zu fallen: Bis heute haben wir keine neue Gebührenordnung für Ärzte. Woran liegt's?

DR. HANS-FRIEDRICH SPIES: Die Bundesärztekammer hat sich über Jahre, bis zum letzten Ärztetag, mit diesem Thema sehr schwer getan. Die von der Politik verordneten Verhandlungen mit der PKV sind inhaltlich so wenig vorangekommen, dass der Deutsche Ärztetag 2016 den Reset-Knopf drücken musste. Ich möchte da keine Schuldigen benennen, aber gut gelaufen ist das weder von Seiten der Bundesärztekammer noch von der PKV.

Mit dem Neustart des Novellierungsprozesses im letzten Frühjahr war das Versprechen der Verhandlungsführer verbunden, die Berufsverbände und Fachgesellschaften enger einzubinden. Wie wird das konkret umgesetzt? Wie ist der Stand der Verhandlungen?

SPIES: Unter Dr. Klaus Reinhardt ist das auch geschehen. Zunächst wurden die Legenden und deren Systematik abgestimmt. Allerdings unter dem Vorbehalt, eine endgültige Entscheidung erst dann zu treffen, wenn auch die Bewertungen vorliegen. Aus Sicht der Internisten hat die Abstimmung bei den Legenden grundsätzlich funktioniert. Beim Rest, vor allem bei der Bewertung, ist man erst am Anfang. Es gibt hier viele offene Fragen. Vor allem fehlt noch die Abstimmung mit der PKV, sowohl für die Legenden als auch für die Bewertung. Parallel dazu wurden das heikle Thema Änderung der Bundesärzteordnung und der Paragraphenteil besprochen. Dies ist aber noch nicht endgültig abgestimmt.

Sehen Sie eine Chance, dass die Fachgesellschaften nach dem eigentlichen Novellierungsprozess auch weiterhin mit im Spiel bleiben? Die neue Gebührenordnung soll ja kontinuierlich fortgeschrieben werden, um sie vor dem Schicksal des heutigen Regelwerks, an Überalterung zu erkranken, zu bewahren.

SPIES: Da müssen wir zwei Problemkreise trennen. In der Übergangsphase gibt es Ausgabengrenzen, die für drei Jahre gelten sollen. Angeblich ist diese kritische Phase dann auch beendet. Bei mir gibt es da schon Zweifel. In unserem System wird selten etwas abgeschafft, was man reguliert hat. Die Weiterentwicklung der GOÄ darf aber nicht allein der Bundesärztekammer, der Beihilfe und der PKV überlassen bleiben. Ohne Berufsverbände würde die Akzeptanz einer neuen GOÄ allmählich verloren gehen. Besonders bei den Innovationen, aber auch bei deren Bewertungen müssen die Verbände mitreden können, unter anderem auch ein Antragsrecht bekommen. Ordnungspolitische Vorgaben dazu fehlen zurzeit noch.

Sie vertreten als Berufsverband der Deutschen Internisten die Interessen einer Fachgruppe von fast 51.000 praktizierenden Ärzten. Wie haben Sie sich auf die Aufgabe vorbereitet, die Bundesärztekammer in den Legendierungen und in den Leistungsbewertungen zu unterstützen?

SPIES: Wir haben uns innerhalb der Sektionen abgestimmt, ohne deren Kompetenzen einzuengen. Wichtig waren die Big Points. Ein Beispiel: Wie erhält man die Möglichkeit der individuellen Rechnungsstellung, wenn Multiplikatoren nur noch eine absolute Randerscheinung sind? Wir haben empfohlen, das Instrument Zusatzleistungen dafür offensiv anzuwenden. Zugegeben, die Multiplikatoren sind darüber nicht vollständig zu ersetzen.



Abstimmung beim Deutschen Ärztetag: Im Mai werden die Delegierten entscheiden, ob der eingeschlagene Weg der richtige

ist. Foto: C. Griebel / Helliwood

Können die Leistungsbewertungen unabhängig vom Paragraphenteil abgeschlossen werden? Letztlich werden hier ja grundsätzliche Rahmenbedingungen für die Honorierung festgelegt.

SPIES: Im Prinzip schon. Wichtiger ist die Verknüpfung der Legenden mit der Leistungsbewertung. Erst wenn beide Teile vorliegen, kann man das Gesamtpaket beurteilen.

Wie weit ist die Gestaltung des Paragraphenteils inzwischen vorangeschritten, gibt es da noch Gestaltungsspielraum?

SPIES: Der Gestaltungsspielraum ist eher eng. Der Paragraphenteil muss immer zusammen mit der Änderung der Bundesärzteordnung gesehen werden. Ein Knackpunkt ist die Finanzierung in der Übergangsphase. Woher kommen die Steigerungsraten? Sind die Basiszahlen der Gesamtausgaben der PKV aus dem Jahre 2014 richtig berechnet? Auf diesen Zahlen setzt die Steigerung auf. Es muss überprüft werden, wie man zu dem sogenannten

„Die GOÄ ist kein Leistungskatalog wie der EBM und darf es auch nicht werden.“

„Kopfschaden“ kommt. Darunter versteht man die durchschnittlichen Ausgaben für einen privat Versicherten pro Jahr. Übrigens sollte man diesen Begriff als Unwort des Jahres 2017 vorschlagen. Die Vorgaben zur Entwicklung der Ausgaben in der Übergangsphase sind so kompliziert, dass man sie in einem Interview nicht komplett erläutern kann. Nur so viel: Der Kopfschaden ist die Ausgangsgröße, an der die Plausibilität einer eventuellen Ausgabensteigerung insgesamt gemessen wird. Die Gretchenfrage wird lauten: Was geschieht, wenn Mehrausgaben nicht mehr plausibel

erklärbar sind? Wer bezahlt dann die Rechnung? Diese Entscheidung landet beim Bundesgesundheitsministerium und das bedeutet, dass die Gefahr besteht, dass Mechanismen in Gang gesetzt werden, wie wir sie vom EBM kennen und in der GOÄ nicht wollen. Hierüber muss meines Erachtens der Deutsche Ärztetag entscheiden, ob er so etwas mittragen kann.

Halten Sie den Zeitplan der Bundesärztekammer, den Entwurf der GOÄ auf dem Ärztetag Ende Mai in Freiburg vorstellen zu können, für realistisch?

SPIES: Nein, ist auch nicht notwendig. Qualität hat Vorrang. Gut wäre es, wenn die neue GOÄ Ende des Jahres bei Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik vorliegen würde.

Dr. Reinhard, Verhandlungsführer der Bundesärztekammer, bezeichnet die geplante Änderung der Bundesärzteordnung und insbesondere die Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission (GeKo) als „conditio sine qua non“ für die Weiterführung der Verhandlungen mit PKV und Ministerium. Ist daran tatsächlich nicht mehr zu rütteln?

SPIES: Er muss es wissen. Die GeKo scheint weiter der Punkt, an dem sich die Geister scheiden. Die Bundesärztekammer hat diese Kommission nicht erfunden. Der Ärzteschaft ist dieses Instrument von der Politik aufgedrückt worden, indem sie eine GOÄ vorlegen soll, die mit der PKV und der Beihilfe abgestimmt ist. Aber nicht nur das: Auch die Weiterentwicklung geschieht nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern. Ich wähle bewusst diesen Begriff aus der GKV. Machen wir uns nichts vor: Mit der neuen GOÄ und vor allem der GeKo sollen die Ausgaben der Beihilfe und der PKV gesteuert, das heißt begrenzt werden. Man bedient sich dabei durchaus ordnungspolitischer Ansätze aus der GKV. Das wird eine Konvergenz der PKV in Richtung gesetzlicher Kasse bewirken. Übrigens sind die Ärzte die Einzigen, die eine PKV mit dem jetzigen Zuschnitt noch erhalten wollen. Wir haben keine Verbündeten mehr. Die Entscheidung, die der Deutsche Ärztetag treffen muss, lautet: Will man sich verweigern, mit nicht kalkulierbaren Folgen, oder versucht man, so viel PKV zu retten wie möglich. Das ist nicht einfach! Bei dieser politischen Gemengelage dürfte an dem Prinzip GeKo nicht zu rütteln sein, wenn man eine neue Gebührenordnung für Ärzte verabschieden will.

Was sind die nächsten Schritte auf dem Weg zu einer neuen GOÄ?

SPIES: Wir müssen Schritt für Schritt konzentriert weiterarbeiten. Die Bewertungsgrundlagen können so nicht übernommen werden. Wir erkennen darin zu viel EBM. Da muss noch viel Flexibilität in die Systematik aufgenommen werden. Die Fragen Gemeinsame Kommission, Bundesärzteordnung und Paragraphenteil sind aufgearbeitet. Hier kann der Deutsche Ärztetag seine schwierige Entscheidung treffen. Stimmt er zu, sicher schweren Herzens, kann weitergearbeitet werden.

Zur Person



Dr. med.
Hans-Friedrich Spies
geb. 11.05.1944 in Gießen

1969

Medizinisches Staatsexamen und Promotion an der Justus-Liebig-Universität Gießen

1970

Approbation

1970 – 1978

Weiterbildung zum Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie

1979 – 2009

Niederlassung als Internist und Kardiologe und belegärztliche Tätigkeit am Bethanien-Krankenhaus in Frankfurt am Main

1972 – 1978

Delegierter der Landesärztekammer Hessen

1980 – 1996

Mitglied der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen

1997 – 2001

2. Vorsitzender der KV Hessen

2001 – 2003

1. Vorsitzender der KV Hessen

2001 – 2004

Beisitzer im Vorstand der KBV

seit 2004

Vorsitzender des Vereins stationär tätiger Vertragsärzte in Hessen

2012 – 2016

Vizepräsident des BDI e.V.

seit 2015

Vorstandsmitglied des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschland e.V.

seit 2016

Präsident des BDI e.V.

Gibt es für Sie Kernforderungen, die unbedingt erfüllt sein müssen, damit Ihr Verband und Sie selbst die Verhandlungsergebnisse mittragen?

SPIES: Unsere ursprüngliche Forderung, ohne PKV und Beihilfe eine Anpassung der jetzigen GOÄ in Inhalt und Bewertung dem Bundesgesundheitsminister vorzulegen und das ordnungspolitische Umfeld nicht zu verändern, kann nicht mehr durchgehalten werden. Ich erinnere nur an die Debatte über die Bürgerversicherung, die eine einheitliche ärztliche Gebührenordnung erforderlich machen würde.

Der BDI hat aber schon seine Essentials. Die GOÄ ist kein Leistungskatalog wie der EBM und darf es auch nicht werden. Deshalb müssen Analogziffern erhalten bleiben, auch wenn die GeKo meint, dass sie nicht in eine GOÄ-Leistung umgewandelt werden können. Die individuelle Rechnungsstellung muss in den Legendierungen, aber auch in der Bewertungssystematik weiter möglich sein und ausgebaut werden. Dabei kommt es dem BDI nicht auf den ordnungspolitischen Ansatz an, mit dem dies möglich ist. Auch wir wollen eine Stärkung der Arztleistung. Dabei darf der Technikanteil aber nicht so abgewertet werden, dass die Leistungen in der Gesamtkalkulation von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht mehr erbracht werden können. Einen Budgetansatz darf es nicht geben. Das Morbiditätsrisiko darf nicht beim Arzt und bei den Leistungserbringern landen. Noch ein Nebenkriegsschauplatz: Die ärztliche Liquidation im Krankenhaus darf nicht durch überzogene Bürokratie erstickt werden. Die Gefahr droht nämlich.

Ist es überhaupt realistisch, daran zu glauben, dass eine neue GOÄ kommt? Die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hält sowohl die GOÄ als auch den EBM für nicht reformierbar und fordert eine neue Gebührenordnung. Was steht hinter dieser Einschätzung?

SPIES: Ich glaube, dass diese Aussage nicht zu Ende gedacht ist. Der EBM ist übrigens gar keine Gebührenordnung, sondern ein Leistungskatalog und Bewertungsmaßstab. Man wird sich nicht den Wahnsinn antun, eine weitere Gebührenordnung neben der GOÄ auszuarbeiten. Ich befürchte, dass man die GOÄ schon benutzen wird, aber dabei eine Punktwertwährung und keine Vergütung nach Euro und Cent hinterlegt. Das darf die deutsche Ärzteschaft nicht mit sich machen lassen.

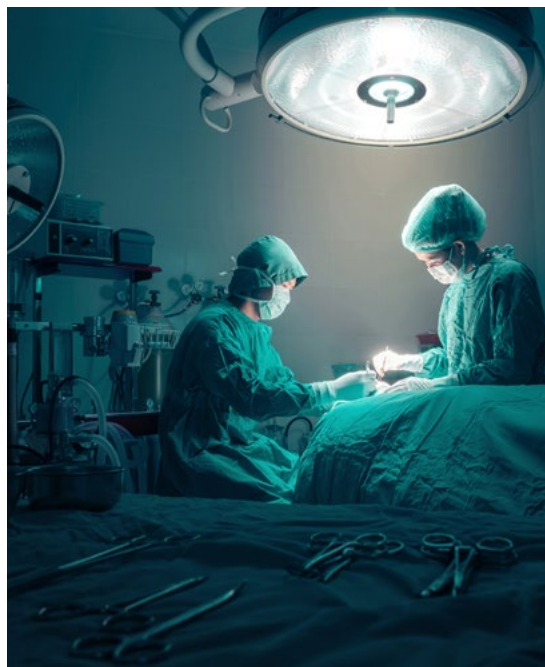
Was steht für Sie im Vordergrund, die Honorar- oder die Systemfrage?

SPIES: Natürlich die Systemfrage. Aber ohne ausreichendes Honorar wird das System nicht funktionieren.

Was möchten Sie den Gesundheitspolitikern für die nächste Legislaturperiode ins Aufgabenheft schreiben? Welchen Rat haben Sie für die künftige Regierung?

SPIES: Die Politik muss erkennen, dass ihre rein fiskalisch gesteuerte Gesundheitspolitik, die von Seehofer 1992 eingeführt wurde, nach 25 Jahren am Ende ist. Das System funktioniert doch letzten Endes an der Basis nur, weil die letzten Regulierungslücken genutzt werden, um

„Die Weiterentwicklung der GOÄ darf nicht allein der Bundesärztekammer, der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung überlassen bleiben.“



das überbürokratisierte Gesundheitswesen am Laufen zu halten. Wir brauchen eine umfassende Deregulierung und eine Überwindung der Sektorengrenzen. Damit meine ich nicht nur ein Angleichen des Leistungsrechtes und damit auch der Vergütung ambulant und stationär. Ich halte auch eine Neudefinition des hausärztlichen Versorgungsbereiches für dringend erforderlich. Wir benötigen Kooperationsstrukturen von ambulant und stationär tätigen Ärzten. Nur so kann die Ökonomisierung, die insbesondere im Krankenhaus überhandgenommen hat, zurückgeführt werden. Will man eine Budgetierung aus ordnungspolitischen Gründen nicht gänzlich aufgeben, muss man sich endlich aufraffen, dafür eine Grundversorgung zu definieren. ■

Operationsteam: Die ärztliche Liquidation im Krankenhaus darf nicht durch überzogene Bürokratie erstickt werden. Foto: iStock

Vor fünf Jahren fasste der Gesetzgeber den umstrittenen Paragraphen 116b SGB V neu. Alles sollte gut werden für die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)**. Ist es aber nicht.

Text: Martina Merten

Es lebe die Bürokratie!

Eine ASV, die keiner kritisiert. Das ist wünschenswert. Doch scheinbar nicht möglich. Schon Ulla Schmidts Paragraph 116b, den die damalige Gesundheitsministerin im Jahr 2009 in das Sozialgesetzbuch einführte, sorgte für Unzufriedenheit. Denn ausschließlich Krankenhäuser sollten für die ambulante spezial fachärztliche Versorgung geöffnet werden, um Patienten mit seltenen oder besonderen Krankheitsverläufen zu behandeln. Niedergelassene blieben außen vor.

Im Zuge des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV beendete der Gesetzgeber 2012 den von vielen als unfair bezeichneten Wettbewerb. Seitdem gelten für alle, Praxen und Krankenhäuser, gleiche Wettbewerbsbedingungen bei der ASV mit einer Vergütung zu festen Preisen. Arztpraxen und Kliniken sollen und dürfen die ambulante medizinische Versorgung von schwerkranken Patienten gemeinsam übernehmen. Interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken in einem Boot, das klingt gut.

Heute, fünf Jahre nach der Überarbeitung des 116b, ist die Freude über die ASV äußerst verhalten. Das ist bei genauerer Betrachtung mehr als nachvollziehbar. Ja, es ist schlichtweg sensationell, dass sich trotz der immensen Anforderungen, die der Gesetzgeber in seinem Regelungskonstrukt an gewillte Ärzte und Krankenhäuser stellt, innerhalb der letzten drei Jahre überhaupt 62 ASV-Teams gebildet haben. 41 Teams setzten die ASV bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren (GiT) um, 21 Teams beschäftigten sich mit Tuberkulose-Patienten, hieß es kürzlich aus dem ASV-Bundesverband. Einige weitere Teams für andere Indikationsbereiche, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die ASV festgelegt hat, so für Rheuma, setzen sich derzeit zusammen.

Allein das Verfahren, nach dem ASV-Teams ihre Kooperation beim erweiterten Landesausschuss (eLA) des KV-Bereichs anzuzeigen haben, scheint aberwitzig. Der Antrag muss alle Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllen. Bereits beim Lesen der 400 Seiten umfassenden Richtlinie kommt Freude auf. Das muss es auch, denn zu der Richtlinie gibt es noch Anlagen. Der G-BA hat spezielle Regelungen für die einzelnen Indikationsbereiche

festgelegt. 2014 schloss er die Arbeit für die Bereiche Tbc und GiT ab. So wird für jedes Krankheitsbild auch einzeln definiert, welche Leistungen im Rahmen der ASV abgerechnet werden dürfen.

Ein Team, sagte Norbert Lettau vom eLA Hamburg neu-lich, habe 3000 Seiten eingereicht. Nicht in einem einzigen Fall haben die Teams Lettau zufolge alle erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht. Damit ist die Prüfung des Antrags durch den eLA jedes Mal unterbrochen. Bremst das nicht auch den Enthusiasmus der ASV-Teams?

Auch um sich mit dem Abrechnungsprozedere vertraut zu machen, ist Geduld gefragt. Das Verfahren wurde für die an der ASV teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser neu aufgesetzt, es gibt zwei getrennte Abrechnungsverfahren je nach Versorgungsebene. Abgerechnet wird mit den Kassen, im Einzelfall auch über die KV. Langfristig soll es eine eigene Vergütungssystematik geben. Der Weg dahin, sagen viele, sei steinig, da komplex.

Ist die extrabudgetäre Vergütung, die teilnehmenden Ärzten und Kliniken winkt, wirklich Anreiz genug, um sich durch all diese Arbeit zu quälen? Stimmen aus der Praxis lassen durchschimmern, dass Idealisten durchaus Freude an der neuen Versorgungsform haben. Das sind vor allem Menschen, die wie Professor Christoff Jenschke von der bbw Hochschule sagte, Spaß an Verwaltungstätigkeiten mitbringen. Dass es die gibt, ist gut. Eine flächendeckende Entwicklung der ASV, wie von vielen gewünscht, scheint bei den derzeitigen Anforderungen aber höchst unwahrscheinlich. ■

Jetzt geht's

um die Wurst!

PRIVATMEDIZIN

RICHTUNGSWAHL 2017

Der (Wahl-)Kampf ist voll entbrannt. Die Angriffe auf die Privatmedizin nehmen zu. Die bevorstehende Bundestagswahl wird zur Richtungsentscheidung über eine selbst- oder fremdbestimmte medizinische Versorgungslandschaft.

Engagieren Sie sich – jetzt!

Stärken Sie die Lobby für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems. Der Privatärztliche Bundesverband (PBV) und die Stiftung Privatmedizin kämpfen berufspolitisch für die selbstbestimmten Interessen von Arzt und Patient.

Als PVS-Mitglied werden Sie im Wahljahr 2017 zu Sonderkonditionen Mitglied im PBV. Geben Sie Ihrer Stimme Gewicht. Mehr erfahren Sie hier:

www.pbv-aerzte.de/pvs-vorteil

Bleiben Sie am Ball – nach der Wahl!

Orientieren Sie sich direkt nach der Wahl über die Zukunft der Privatbehandlung. Sichern Sie sich jetzt schon Ihren Platz auf dem einzigen Kongress für Ihre Privatmedizin.

www.tag-der-privatmedizin.de

Chronik der Angriffe auf die Privatmedizin



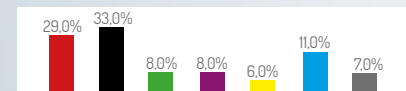
10. Januar 2017

Bertelsmannstiftung fordert „Aus für Beamten-Beihilfe“.



1. Februar 2017

Martin Schulz erklärt paritätische Bürgerversicherung zum Ziel.



5. Februar 2017

Rot-Rot-Grün schon bei 45 Prozent. Machtwechsel nicht ausgeschlossen.

... wird wohl fortgesetzt!

SAVE THE DATE!

Diskutieren Sie unmittelbar nach der Wahl über die Folgen für die Privatmedizin!

Sa. 14. Oktober 2017, Frankfurt / Main

tag-der-privatmedizin.de

TAG DER
privatmedizin

VPVS; Straßmann-Haus; Schumannstraße 18; 10117 Berlin
PVSt. Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt; A47175

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen entlasten Sie als Arzt seit mehr als 90 Jahren von bürokratischen Arbeiten rund um die Honorarabrechnung. So bleibt Ihnen mehr Zeit für Ihre Berufung – die Behandlung Ihrer Patienten.

Sie können sicher sein, dass wir wissen, worauf es ankommt. Denn in der PVS gestalten Ärzte Dienstleistungsangebote für Ärzte. Und die rechnen sich.



Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de

