



Rettungsschirm

Versicherungen schützen vor existenziellen Risiken

4

Praxismanagement

Fortbildung zahlt sich aus

Weiterbildungsangebote gibt es wie Sand am Meer. Aber: Wann bringt Weiterbildung etwas – und zwar der MFA und der Praxis?

24

Praxis & Recht

Juniorpartner oder Angestellter?

Bei Scheinselbstständigkeit geht es auch um die Honorarbescheide.

30

Gastkommentar

Von wegen „sanfter“ Druck

Bundesgesundheitsminister Spahn will die Zahl der Organspender erhöhen. Doch seine Pläne gehen zu weit.

Ausgabe 14 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



4

Fortbildung zahlt sich aus

Medizinische Fachangestellte können aus einer schier unüberschaubaren Menge an Weiterbildungsangeboten wählen. Aber: Wann bringt Weiterbildung etwas – und zwar der MFA und der Praxis?

7 Verwundbar

Keiner redet gern darüber: Über die Gefahren, die für Mediziner im Netz lauern – über Angreifer, die Patientendaten abgreifen oder Medizintechnik manipulieren wollen. Doch erste Zahlen zeigen: Die Bedrohung ist real.

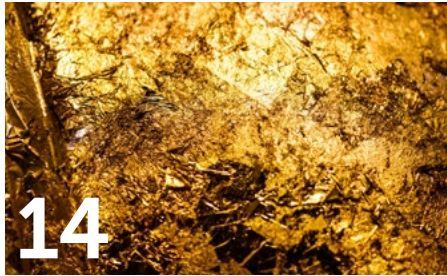
Praxisfinanzen



10

Ein Auffangnetz für existenzielle Risiken

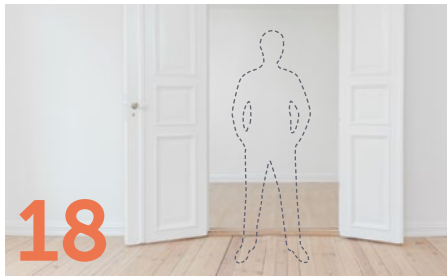
Wer als Arzt das Abenteuer eigene Praxis wagt, sollte seine wirtschaftliche Existenz nicht fahrlässig aufs Spiel setzen. Neben Pflichtversicherungen, wie etwa der Berufshaftpflichtversicherung, gibt es einige weitere, die für niedergelassene Ärzte ein absolutes Muss sind.



14

Der Wert des Goldes

Gold – ist darauf eigentlich noch Verlass? Trotz anhaltender Krise steigt sein Wert nicht, vielmehr kostet die Feinunze heute in etwa genauso viel wie im Jahr 2011. Verliert das Edelmetall seinen Ruf als Vermögenssicherung in unsicheren Zeiten?



18

Kreditwunsch: mit Sicherheit eine Frage des Praxiskonzeptes

Für eine Kreditentscheidung zur Finanzierung einer Privatpraxis erwarten Banken Konzepte mit strategischem Weitblick. Der Businessplan hat hier besonderes Gewicht: Im Gegensatz zum Kassenzahnarzt agiert der Privatarzt ohne vergleichbares Sicherheitsnetz.

Gesundheitspolitik

21 Hat die Selbstverwaltung noch eine Chance?

Seit dem Kompromiss von Lahnstein schränkt der Gesetzgeber die Kompetenzen der Selbstverwaltung immer weiter ein. Das Terminservicestellengesetz greift jetzt sogar in die Praxisorganisation selbst ein.

Praxis & Recht



24

Wenn der Juniorpartner sich als Angestellter entpuppt

Die Anforderungen an die Selbstständigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft sind hoch. Wird eine Tätigkeit nachträglich als scheinselfständig eingestuft, drohen neben Nachforderungen von Sozialabgaben und Lohnsteuern auch die Aufhebung und Korrektur von Honorarbescheiden.

PVS-Positionen

26 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN Virus der Regulierung grassiert

Stürmisch geht's zu in der Republik. Nach den Wahlen in Bayern und Hessen sieht es in der „großen“ Politik nicht gerade rosig aus. Wird das auch auf die Gesundheitspolitik unmittelbare Auswirkungen haben?

28 Einfach oder ausführlich?

Die Gebührenordnung differenziert zwischen einfachen und ausführlichen Berichten. Doch was unterscheidet die Berichtsformen?

Gastkommentar



Von wegen „sanfter“ Druck

Gesundheitsminister Jens Spahn will die Zahl der Organspender deutlich erhöhen. Doch seine Pläne gehen zu weit.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

27 | VERANSTALTUNGEN

29 | MITTMANNS KOLUMNE

29 | IMPRESSUM

ERRATUM

In **zifferdrei**, Heft 13, August 2018, S. 24, wurde in der Rubrik „Abrechnung“ in einer Tabelle angegeben, wie ein isoliertes Hautkrebs-Screening mit Videodokumentation von Muttermalen auf Basis der GOÄ abgerechnet werden kann. Hierbei wurde versehentlich die Gebührenziffer 3 statt 1 angegeben.

Unter Berücksichtigung der in Heft 13 dargestellten Abrechnungshinweise stellt sich die richtige Abrechnung wie folgt dar:

Isoliertes Hautkrebs-Screening mit Videodokumentation der Muttermale:

Leistungslegende	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Faktor:		
			1,0	2,3	3,5
Beratung	1	1	4,66 €	10,72 €	16,32 €
Untersuchung der Haut	7	1	9,33 €	21,45 €	32,64 €
Videodokumentation von Muttermalen*	A 612	1	44,12 €	79,42 €	110,31 €
Gesamtsumme:		58,11	111,59 €	159,27 €	

(*reduzierter Gebührenrahmen (1,0–2,5, Schwellenwert 1,8))

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in dieser Ausgabe geht es um Risiken – genauer gesagt darum, wie man sich als niedergelassener Arzt vor Risiken schützen kann. In unserem Titelbeitrag „Rettungsschirm“ gehen wir der Frage nach, welche Versicherungen notwendig und welche empfehlenswert sind. Nach einem Gespräch mit einem Versicherungsvertreter kann schon ein mulmiges Gefühl zurückbleiben. Da fragt man sich, ob es grob fahrlässig ist, keine Brillen-, Sterbegeld-, Glasbruch- oder Reisegepäckversicherung abgeschlossen zu haben. Viele Versicherungen sind überflüssig oder einfach schlicht zu teuer, allerdings sind diese Beispiele aus Absurdistan häufig auch mit nicht wirklich existenziell bedrohlichen Situationen verbunden. Geht es um die berufliche Existenz, sieht es bereits anders aus. Hier muss man genau hinschauen. Und dann zeigt sich, dass es sehr wohl empfehlenswert ist, neben der Berufshaftpflicht weitere Versicherungen abzuschließen. Diese betreffen Praxisinventar, Elektronik, Betriebsunterbrechung und Betriebsausfall. Für alle Versicherungen gilt: Im Vertrag ist höchste Sorgfalt bei der Beschreibung des abzusichernden Gutes walten zu lassen. Wichtig ist vor allem, die Weiterentwicklung der Praxis abzubilden und die Verträge anzupassen.

Risikobehaftet ist der Schritt in die Selbstständigkeit immer – gerade, wenn man sich entscheidet, eine reine Privatpraxis zu eröffnen. Das wissen auch Banken, die über Kreditvergaben entscheiden. Für die Privatpraxis geht es damit vor allem um ein überzeugendes Konzept, um ein Behandlungsangebot mit Alleinstellungsmerkmal. Wir haben noch mehr kritische Themen identifiziert: die Auswahl der richtigen Weiterbildung für die Praxismitarbeiterin, die Praxis-IT und die Verträge mit Juniorpartnern und Vertretungen. Zu all dem gibt es Vorschläge, wie Gefahren vermieden und Chancen genutzt werden können. Und damit in dieser Ausgabe auch etwas glänzt, geht es schließlich um Gold – und damit vielleicht auch um Sicherheit?

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen Ihrer **zifferdrei**.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Personalentwicklung Medizinische Fachangestellte können aus einer schier unüberschaubaren Menge an Weiterbildungsangeboten wählen. Aber: Wann bringt Weiterbildung überhaupt etwas – und zwar der MFA und der Praxis?

Text: Romy König

Fortbildung zahlt sich aus



Vergessene Regionen

Es wäre ein Leichtes, diese Menge an Kursen und Trainings als Überfluss, als Weiterbildungsschwemme zu brandmarken. Verstummen mag ein Kritiker spätestens dann, wenn er erkennt, dass ein solches Angebot nicht überall selbstverständlich ist. Und dass dort, wo Weiterbildung fehlt – und diese weißen Flecken gibt es –, der Mangel schmerzt. Das lässt sich zum Beispiel am Landkreis Regen ablesen: Hier, in der ostbayerischen Region nahe der tschechischen Grenze, gab es bislang „kaum Fortbildungen speziell für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen“, so eine Sprecherin des bayerischen Förderprogramms Gesundheitsregion Plus. Man ist deshalb aktiv geworden: Gemeinsam mit den ortsansässigen Arberlandkliniken stampfte die Projektgruppe letztes Jahr in Eigenregie ein kleines MFA-Workshop-Programm aus dem Boden, Organisation und Kosten teilte man sich. Die Rückmeldungen seien so „rege und positiv“ gewesen, so die Sprecherin, dass es dieses Jahr eine Fortsetzung gab; die Themen: „Reanimation in Arztpraxen“ und „Hygienemanagement“. Schnell waren die Kurse ausgebucht.

Seminarinhalte als Seismograph aktueller Entwicklungen

Der hohe Zuspruch im Landkreis Regen mag auch daher rühren, dass die Kursthemen am Bedarf der Zielgruppe ausgerichtet waren. Wer nur wenige Kurse konzipiert, horcht aufmerksamer aktuelle Lernbedürfnisse ab. Die Ärztekammer Hamburg bittet ihre Mitglieder sogar ganz offen darum, gewünschte Fortbildungsthemen mitzuteilen, damit sie ihr Angebot daran orientieren könne.

Doch eine hohe Aktualität lässt sich auch anderen Weiterbildungsanbietern attestieren. An manchen Kursinhalten lassen sich gleich ganze gesellschaftliche Entwicklungen ablesen: Der drohenden Cyberkriminalität wird derzeit verstärkt mit Schulungen zu IT-Sicherheit gegenüber getreten, mit dem Aufbau von „interkultureller Kompetenz“ will besagte AOK Praxismitarbeiter fit machen für die Kommunikation mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturkreisen. Auch heikle Themen werden nicht gescheut: Die LÄK Hessen etwa will ärztliches Personal in einem neuen Kurs darauf vorbereiten, Frauen zu betreuen, die Gewalt – wie zum Beispiel eine Genitalverstümmelung – erfahren haben. Es sind große Themen, die hier mitunter angepackt werden, und auch sehr spezielle.

Genau prüfen: Welche Fortbildung passt?

Für das Gros des medizinischen Personals sind aber sicher weiterhin die Klassiker relevant: Praxisorganisation, Abrechnungs-Know-how, Blutentnahme und Impfmanagement. Dennoch sollte sorgfältig geprüft werden, welche Weiterbildung für welche Praxis – und welchen Mitarbeiter – in Frage kommt. Manchmal helfen gerade Nischen-Qualifizierungen in speziellen Fällen weiter. Es wird zum Beispiel Praxen geben, die für eine MFA mit Kenntnissen in Suchtmedizin dankbar sind. Andere Ärzte hingegen

„Hier in der ostbayerischen Region gab es bislang kaum Fortbildungen speziell für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen“, erklärt die Sprecherin des bayerischen Förderprogramms Gesundheitsregion Plus.

Eine Broschüre so prall wie ein Reisekatalog: Wer die vielen Seiten eines MFA-Fortbildungsprogramms wie jenes der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) durchblättert, bekommt eine ganze Fülle an Möglichkeiten dargeboten, wie sein medizinisches Personal die eigenen Fachkenntnisse auffrischen oder vertiefen könnte: Da lassen sich Gesprächstechniken lernen und englische Fachbegriffe trainieren, Kenntnisse in Wundmanagement oder Strahlenschutz auf den neuesten Stand bringen, Kniffe für eine bessere Praxisorganisation und Tricks für stressfreie Telefonate studieren. Auf über hundert Seiten reiht sich Seminar an Seminar, Lehrgang an Lehrgang.

Reichlich Optionen für Weiterbildungswillige also. Um der Menge an Kursen und Terminen Herr zu werden, macht sich die Bundesärztekammer seit einigen Jahren die Mühe, die Veranstaltungen der einzelnen regionalen Selbstverwaltungen in einer Übersicht darzustellen; auch eine eigens eingerichtete Webseite soll für Durchblick bei Seminaren für medizinische Fachangestellte sorgen (www.fortbildung-mfa.de).

Damit nicht genug: Auch abseits der von den Kammern ausgerichteten Kurse blüht der Weiterbildungsmarkt für Praxisangestellte. Private Kommunikationstrainer wollen die Gesprächsführung von Sprechstundenhilfen aufpolieren, IT-Berater stehen parat, um die Arztpraxis fit in Sachen EDV und Digitalisierung zu machen; selbst Ärzteverbände und Kassen beteiligen sich am Weiterbildungsportfolio. Der Business-Zweig der AOK Rheinland/Hamburg bietet zum Beispiel seit einiger Zeit Kurse zu verschiedenen Themen des Praxisalltags.

Foto: unsplash/Nathan Dumiao

Foto: unsplash/Nathan Dumiao

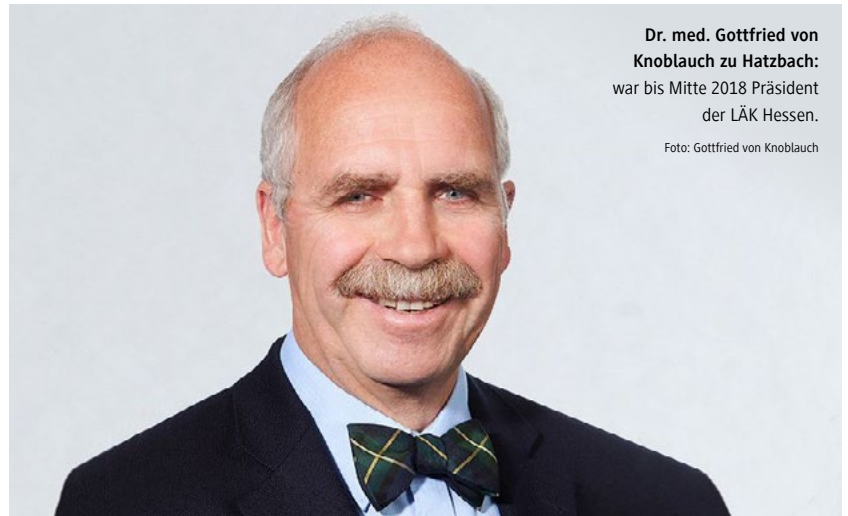
betrauen eine besonders eigenverantwortlich arbeitende MFA vielleicht wiederkehrend mit komplexen, in sich abgeschlossenen Aufgaben: der Umgestaltung des Eingangsbereichs etwa oder dem Durchführen einer Patientenumfrage. Eine solche Mitarbeiterin wäre sicher dankbar, die Kniffe und Strategien des Projektmanagements kennenzulernen und anwenden zu können. Auch der Praxis käme dies zugute, da der Arzt darauf vertrauen könnte, dass die Aufgaben noch professioneller und stärker zielgerichtet erledigt werden.

Grundsätzlich gilt: Ein gutes Gespräch hilft bei der richtigen Auswahl

Ärzte können ihre Mitarbeiter in Sachen Weiterbildung gute Ratgeber sein. Man könnte etwa gemeinsam überlegen, welche Formate sich eignen, ob vielleicht statt einer Präsenzveranstaltung auch ein Online-Seminar denkbar wäre. Verschiedene Anbieter haben sich bereits der virtuellen Art der Wissensvermittlung geöffnet, weil sie für die Teilnehmer weniger zeitraubend ist. Steht das gewünschte Thema schon fest, lässt sich zusammen über einen Anbieter nachdenken. Hier lohnt ein kurzer Check, ob Partner, mit denen man bereits länger vertrauensvoll zusammenarbeitet, Kurse zu ihren Kernthemen anbieten. Die PVS etwa schult zu allen Fragen rund um GOÄ, EBM und Abrechnungen. Ansonsten sind auch die Kammern gute Ansprechpartner; hier erfahren Interessierte zudem, ob Fortbildungen anderer Anbieter anerkannt werden. Weitere Kriterien können sein: Ist der Anbieter als geförderter Bildungsträger anerkannt, nimmt er Bildungsgutscheine an?

„Qualifizierte Fachkräfte werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens dringend benötigt“, sagt Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach.

Aber auch konkrete Seminarthemen betreffend, kann der Arzt Empfehlungen aussprechen – und zwar nicht nur mit Blick auf Fachliches oder Spezialbelange der Praxis. Fortbildung heißt ja immer auch: Weiterentwicklung in eigener Sache. Wenn also im Jahresgespräch Stärken und Schwächen des Mitarbeiters zur Sprache kommen, können beide gemeinsam überlegen, ob nicht in einem Soft-Skills-Seminar gewisse Talente weiter gestärkt oder an Schwächen gearbeitet werden kann. Zeitmanagement, Eigenwahrnehmung, sicheres Auftreten – wer solche Kurse durchläuft, erhält oft wertvolle Impulse für die eigene Persönlichkeitsentwicklung. Langfristig gesehen – und das gilt für jede Fortbildung, die eine MFA durchläuft – empfiehlt sich die Angestellte damit zwar zwangsläufig als interessante Mitarbeiterin für andere Arbeitgeber – wer sich weiterbildet, hat nun einmal bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Doch nicht zu unterschätzen ist auch die Wirkung auf das aktuelle Arbeitsverhältnis: Chefs, die ihren Angestellten Weiterbildungen ermöglichen, vielleicht gar die Kosten



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:
war bis Mitte 2018 Präsident der LÄK Hessen.
Foto: Gottfried von Knoblauch

übernehmen, stärken die Mitarbeiterbindung und fördern, diese Ansicht vertritt die Bundesärztekammer, das Betriebsklima: „Jeder arbeitet gerne in einer Praxis oder Klinik, die modern und aktuell ist und persönliches Weiterkommen fördert“, so heißt es dort.

Fortbildung ist nötig – und zahlt sich aus

„Qualifizierte Fachkräfte werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens dringend benötigt“, sagt Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, bis Mitte 2018 Präsident der LÄK Hessen. Der Bedarf richte sich heute aber vor allem auf gut ausgebildete und zugleich, so betont er, fortgebildete Fachangestellte.

Die Bundesärztekammer unterstreicht den Nutzen, den diese Mitarbeiter für die Ärzte haben: Zum einen würden die Mediziner durch fortgebildete Fachkräfte „spürbar entlastet“. Die Ärzte könnten Aufgaben delegieren oder ihr Praxisangebot erweitern, zum Beispiel indem sie ihre Mitarbeiter Präventionskurse durchführen lassen.

Klug agieren die Ärzte schließlich, wenn sie mit der MFA vorab vereinbaren, dass sie das erworbene Wissen innerhalb der Praxis weitergibt. Vielleicht in Form einer kleinen Präsentation bei einem gemeinsamen Pizza-Essen in der Mittagspause, oder indem sie die wichtigsten Inhalte in einer kleinen Mappe für alle Kollegen zusammenfasst. Diese muss ja nicht den Umfang eines Reisekatalogs haben. ■

Nützliche Links

Bundesärztekammer:

www.fortbildung-mfa.de

Gesundheit Plus:

www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/

PVS Verband:

www.pvs.de/seminare/

Landesärztekammer Hessen:

www.laekh.de

Cyberkriminalität Keiner redet gern darüber: Über die Gefahren, die für Mediziner im Netz lauern – über Angreifer, die Patientendaten abgreifen oder Medizintechnik manipulieren wollen. Doch erste Zahlen zeigen: Die Bedrohung ist real. Die Forderung von IT-Sicherheitsexperten an die Gesundheitswirtschaft lautet: Überwindet Eure Apathie!

Text: Romy König

Verwundbar

Hier stimmt etwas nicht. Das wird wohl der erste Gedanke sein, wenn es die eigene Praxis erwischt: Der Rechner ließ sich gerade noch normal hochfahren, die Anmeldung im System klappte – routinierte EDV-Schritte, täglich derselbe Ablauf. Doch plötzlich lassen sich einzelne Dateien nicht öffnen. Nicht die Arztbriefe und Abrechnungen, nicht die Terminverwaltung, nicht die Ultraschallbilder der Patientin, die gleich den ersten Termin des Tages hat. Man klickt noch etwas herum, zunehmend hilfloser und misstrauischer, am Ende dann schließlich dieser Gedanke: Nein, hier stimmt etwas nicht.

Dann öffnet sich ein Fenster, die Nachricht eines Unbekannten: Er sei bereit, einen Code herauszugeben, mit dem sich der Zugriff auf die Dateien und Bilder wiederherstellen lasse. Doch unter einer Bedingung: Er will Geld.

Patientendaten in Geiselhaft

Was ein wenig nach einem abgehalfterten Krimi klingt, nach Science-Fiction vielleicht auch, ist in vereinzelt Arztpraxen, so etwa in Bonn, bereits Realität geworden: Sie sind Opfer von Hackern geworden. Die Computerwelt hat einen Fachbegriff für das, was sich der Mediziner da unbemerkt in sein EDV-System geholt hat: „Ransomware“. Eine betrügerische Schadsoftware, die in der Lage ist, die Praxis-IT zu sabotieren, die Daten zum Beispiel so zu verschlüsseln, dass dem Anwender der Zugriff verweigert wird. „In den meisten Fällen fordern die Täter ein Lösegeld, das in Form von digitaler Währung zu zahlen ist“, schreibt das Bundeskriminalamt (BKA) in seinem im September veröffentlichten Lagebericht zu Cyberkriminalität in Deutschland. „Nach Zahlung der geforderten Summe wird den Geschädigten die Übermittlung eines Freischaltcodes zugesagt, mit dem sie das blockierte System entsperren bzw. entschlüsseln und anschließend nutzen können.“

Internetverbrechen, das macht der BKA-Bericht deutlich, nehmen in der deutschen Wirtschaft immer mehr zu: So wurden im vergangenen Jahr 85.960 Fälle von Cyberkriminalität erfasst – das entspricht einem Anstieg von vier Prozent im Vergleich zu 2016. Den entstandenen Schaden bezifferte das BKA auf 71,4 Millionen Euro (im Jahr zuvor waren es noch 50,9 Millionen Euro).

Diese Gefahren lauern im Netz

Schadsoftware gehört zu den häufigsten Attacken in Arztpraxen: Sogenannte „Malware“ wird meist über per E-Mail verschickte Anhänge in die IT-Systeme eingeschleust, kann aber auch von entsprechend präparierten Webseiten ungewollt heruntergeladen werden. Die Auswirkungen von Malware können verschieden sein: „Ransomware“ nimmt das IT-System in Geiselhaft, der Angreifer erpresst sich ein Lösegeld (engl. ransom) oder verkauft die Daten auf dem Schwarzmarkt. Andere Programme versuchen, persönliche Daten abzugreifen, die der Nutzer selbst (und arglos) im Internet eingibt: Benutzernamen, Kontonummern, Passwörter. Mithilfe solcher Phishing-Versuche gelangen Kriminelle an Details digitaler Identitäten, die sie verkaufen oder auch selbst für weitere digitale Verbrechen nutzen können.

Nur 17 Prozent der Ärzte sehen ein Risiko für ihre Praxis

Naiv, wer glaubt, nur Großkonzerne, Banken oder Energieversorger seien das Ziel von Hackern. Dass die Internetkriminalität nun auch Arztpraxen erreicht, belegt eine aktuelle Erhebung von Forsa aus diesem Sommer: Vier Prozent der befragten Arztpraxen hatten in den vergangenen 24 Monaten einen Angriff aus dem Netz erlebt. Das mag vielleicht erst einmal nach wenig klingen. Bricht man das Ergebnis aber auf absolute Zahlen herunter, waren immerhin acht von 200 befragten Praxen betroffen; noch konkreter: eine von 25. Die Bedrohung wird real.

Interessantes Detail der Erhebung, die Forsa im Auftrag des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) durchgeführt hat: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52 Prozent) schätzte die Gefahr aus dem Netz für Arztpraxen ganz allgemein als gering oder sehr gering ein. Die eigene Praxis sehen die Ärzte sogar noch weniger von Cyberangriffen bedroht: Nur 17 Prozent der Befragten sehen hier ein hohes Risiko.

Für Sven Weizenegger ist es genau dieses trügerische Sicherheitsempfinden, das kleineren Firmen oder auch Freiberuflern zum Verhängnis wird: „Ein Mangel an Bewusstsein, Organisation und an richtigem Einsatz von Technik sind die größten Gefahren im Bereich Datensicherheit für kleine und mittelständische Unternehmen“, sagt der IT-Sicherheitsexperte. Weizenegger ist der erste professionelle Hacker, der als Angestellter eines Telekommunikationskonzerns in IT-Systeme von Kunden einbrach, um die Strukturen auf Schwachstellen zu prüfen. Mittlerweile leitet er eine eigene Cybersicherheitsfirma und ist unlängst in den Beirat eines neuen Cybersecurity-Inkubators berufen worden, Teil eines Programmes des Bundeswirtschaftsministeriums.

Organisatorisch sei es ratsam, so Weizenegger, innerhalb einer Firma wie auch einer Arztpraxis eine Person zu bestimmen, die für die IT zuständig ist: „Der Verantwortliche muss beispielsweise dafür sorgen, dass ordentliche Passwörter gesetzt, Daten ordnungsgemäß vernichtet oder beim mobilen Arbeiten feste Regeln befolgt werden.“ Technisch sehe er jedoch meist dieselben Stolperstellen: Da fehlten Firewall und Antiviren-Programme, sei die Software veraltet, fänden keine oder nur unregelmäßige Sicherheitsaktualisierungen statt.

Auch Medizintechnik betroffen

Ein Phänomen, das übrigens nicht nur in Arztpraxen, sondern auch in Kliniken auftreten kann. Das offenbarte eine Tagung, für die das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zuletzt mehrere Sicherheitsexperten zusammengerufen hatte: Florian Grunow, der im Auftrag von Kliniken und Medizingeräteherstellern nach Sicherheitslücken in deren Systemen fahndet, berichtete von fehlenden Software-Updates in der Klinik-IT, von Endoskopen, deren Windows-Betriebssysteme samt Patientendatenbank auf einer zwei oder drei Jahre alten Version laufen und von Ultraschallgeräten, deren Betriebssysteme zehn Jahre hinter dem aktuellen Stand zurückliegen. „Für

So schützen Sie sich:

Mauern Sie!

Eine Firewall scannt den Datenverkehr zwischen Ihrem PC und dem Internet. Von außen eingehende verdächtige Daten blockt sie ab. Einen Schritt weiter geht ein umfassenderes „Unified Threat Management“: Eine UTM-Infrastruktur untersucht die Dateien genauer und sondert Bedrohungen wie etwa Schadsoftware oder Viren aus. Auch Spam filtert dieses Tool heraus.



Keine Chance für Viren

Auf jeden Rechner gehört ein Virenschutz – und dieser sollte regelmäßig aktualisiert werden. Wichtig ist, nicht nur den Server mit einem Schutzprogramm auszustatten, sondern auch jeden Rechner, der zu dem Netzwerk gehört.



Immer aktuell

Halten Sie Ihr Betriebssystem und Ihre Software aktuell, deinstallieren Sie Programme, die Sie nicht benötigen. Je weniger Angriffsfläche, desto besser.



In der Hinterhand

Erstellen Sie Sicherungskopien und bewahren Sie diese Back-ups physisch (und nicht etwa in einer Cloud) außerhalb der Praxis auf. So können Sie im Katastrophenfall, sei es, dass Ihre IT gekapert wurde oder ein Brand ausgebrochen ist, wenigstens auf einige Daten zurückgreifen. Wichtig jedoch auch: Prüfen Sie in regelmäßigen Abständen, ob die Daten noch vollständig, intakt und lesbar sind und ob Sie weiterhin problemlos auf sie zugreifen können.



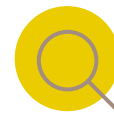
Gut verschlüsselt

Erhöhen Sie die Datensicherheit in Ihrer Praxis, indem Sie Spezialverfahren zum Verschlüsseln Ihrer E-Mails verwenden (siehe auch unser Titelbeitrag in Ausgabe 2018/01). Software wie WinZip, 7-Zip oder IZArc verpackt die Dateien und verschließt sie mit einem Passwort, das dem E-Mail-Empfänger telefonisch oder persönlich mitgeteilt wird.



Und im schlimmsten Fall ...

Ist doch etwas passiert, sind Daten gekapert worden? Keine falsche Scheu oder Scham: Sie sind als Praxisinhaber verpflichtet, der Aufsichtsbehörde sowie Ihren Patienten zu melden, dass Dritte Kenntnis von Patientendaten erhalten haben könnten. Ja, das ist unangenehm, aber auch ein Anreiz zu überlegen: Wo gibt es ein Leck, wie kann ich meine Praxis-IT noch besser sichern? Und vielleicht kann dieser Ausblick etwas munter stimmen: Die Aufklärungsrate von Cyberkriminalität liegt in Deutschland derzeit bei 40,3 Prozent, Tendenz: steigend.



„Die Cybercrime-Industrie wirkt wie eine Welt fernab unseres Alltags (...). Wir müssen diese Apathie überwinden.“



Sven Weizenegger: ist IT-Sicherheitsexperte und betreibt eine eigene Cybersicherheitsfirma.

Foto: Robert Lehmann

83%
der Befragten gaben an, regelmäßig Sicherheitsupdates einzuspielen und die Systeme auf dem aktuellen Stand zu halten.

20%
sind weitgehend ungeschützt, möglichen Angreifern, Erpressern, Dieben mithin ausgeliefert.

(Quelle: BfArM/BSI)

Angreifer sind das offene Einfallstore“, so Grunows Fazit. Das Problem: Die Geräte können manipuliert, gar aus der Ferne gesteuert werden. So wie der von ihm untersuchte Kernspintomograph (MRT), der über ein Netzwerk aus Rechnern lief, die weder durch Firewall noch Virenschutz abgesichert waren. Beim Hauptrechner fand Grunow mehr als 100 offene Zugänge, sogenannte „Ports“; der Zugang war zu allem Übel auch noch über das Gäste-WLAN der Klinik möglich. „Innerhalb kürzester Zeit hätte ein Angreifer dieses kleine Netzwerk kompromittieren, das MRT massiv schädigen oder zum Beispiel Spuleneinstellungen verändern können.“

Tatort Schwarzmarkt

Doch warum ist das Gesundheitswesen überhaupt für Kriminelle interessant? Zum einen lassen sich über das Lahmlegen von Systemen, über das Kapern von Daten Gelder erpressen. Zum anderen gelten medizinische Daten aber mittlerweile auch selbst als einträgliche Handelsware. McAfee schreckte Anfang des Jahres mit einer Studie über eine regelrechte Cybercrime-Industrie auf, in der sich ganze Märkte für gestohlene Patientendaten entwickelten. Das kalifornische Cybersicherheitsunternehmen hatte das Dark Web durchkämmt und war dabei unter anderem auf einen Verkäufer gestoßen, der Daten von 397.000 Patienten feilbot. Preise von derzeit bis zu 2,42 Dollar werden laut McAfee pro Patientendatensatz erzielt; damit lägen sie nur geringfügig unter dem Wert von Kreditkarteninformationen im Massengebinde.

„Ein Mangel an Bewusstsein, Organisation und an richtigem Einsatz von Technik sind die größten Gefahren“, so Sven Weizenegger.

Erste Schritte für mehr Schutz

Nur langsam formiert sich eine Gegenwehr. So haben das BfArM und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) kürzlich eine Initiative gegen Cyberangriffe auf Medizintechnik gestartet. In einer gemeinsamen Studie untersuchen sie derzeit, wie und wodurch Medizinprodukte digital attackiert und manipuliert werden können. Daraus wollen die beiden Ämter im kommenden Jahr Empfehlungen für Hersteller und Anwender ableiten.

Und auch jene Arztpraxen, mit denen die Forsa-Mitarbeiter telefoniert haben, sind gar nicht so schlecht gerüstet: Etwa vier Fünftel der Befragten gaben an, regelmäßig Sicherheitsupdates einzuspielen und die Systeme auf dem aktuellen Stand zu halten (83 Prozent) sowie eine Firewall oder Vollverschlüsselung vorzuhalten (80 Prozent). Doch das heißt auch: Gut 20 Prozent sind weitgehend ungeschützt, möglichen Angreifern, Erpressern oder Dieben mithin ausgeliefert.

Ein wenig haben die Sicherheitsexperten von McAfee sogar Verständnis für dieses Verharren in Gutgläubigkeit und Starre. „Die Cybercrime-Industrie wirkt wie eine Welt fernab unseres Alltags“, schreiben sie in ihrem Report. Das verleite nun einmal dazu, die Gefahren zu ignorieren. Und doch ist die Forderung der Cyberprofis mehr als deutlich: „Wir müssen diese Apathie überwinden.“ ■

Versicherungen Wer als Arzt das Abenteuer eigene Praxis wagt, sollte seine wirtschaftliche Existenz nicht fahrlässig aufs Spiel setzen. Neben Pflichtversicherungen, wie etwa der Berufshaftpflichtversicherung, gibt es einige weitere, die für niedergelassene Ärzte ein absolutes Muss darstellen. Eins haben sie alle gemeinsam: Sie decken die existenzbedrohenden Bereiche ab.

Text: Eugenie Ankwitsch

Ein Rettungsschirm für alle Fälle

Auch dem besten Mediziner unterlaufen Fehler. Diese können nicht nur für Patienten gravierende Konsequenzen haben, sondern auch für den Arzt sehr kostspielig werden. Denn ein Behandlungsfehler mit Spätfolgen kann zu lebenslangen Zahlungen verpflichten. „Gleichgültig ob Zahnarzt oder hochspezialisierte Onkologe können so Multimillionen-Szenarien entstehen“, gibt Roland Wehn, Filialdirektor bei der Deutschen Ärzteversicherung, zu bedenken. „Und Ärzte haften nun einmal vollumfänglich mit ihrem Privatvermögen, nicht nur für die eigenen Fehler, sondern auch für die ihrer angestellten Mitarbeiter.“ Das Thema Versicherungen sei deshalb unabdingbarer Teil des allgemeinen Risikomanagements in einer Arztpraxis.

„Gleichgültig ob Zahnarzt oder hochspezialisierte Onkologe können Multimillionen-Szenarien entstehen“, so Roland-Peter Wehn.

Ob Behandlung trotz unzureichender Fachkenntnisse oder Erfahrungen, Diagnosefehler durch unterlassene Kontrollbefunde, ungenügende Therapie- oder Sicherheitsaufklärung, Therapiefehler oder Verstöße gegen die Dokumentationspflicht: Ursachen, die hohe Schadensersatzansprüche des Patienten auslösen können, gibt es viele. Schützen können sich Ärzte mit einer Berufshaftpflichtversicherung, zumal sie verpflichtet sind, eine solche abzuschließen. Sie sichert den Arzt sowohl in Ausübung seiner Tätigkeit als auch als Inhaber seiner Praxis ab. Versichert sind der Mediziner selbst sowie seine angestellten Mitarbeiter und fachärztlichen Vertreter.

Entscheidend sei dabei, dass der Versicherungsschutz das persönliche Risiko optimal widerspiegeln, betont Wehn. Denn alle Versicherer würden in ihren Tarifen nach Tätigkeitspositionen unterscheiden. Ausschlaggebend sei beispielsweise, ob ein Allgemeinarzt etwa Operationen durchführe. Bei Gynäkologen gebe es die Unterscheidung zwischen freiberuflich ambulant tätig ohne OP, mit OP, ambulant mit OP und stationär, mit oder ohne Pränataldiagnostik, mit oder ohne Pränataldiagnostik und Geburtshilfe. „Hat der Arzt beim Vertragsabschluss seinen Tätigkeitsbereich nicht exakt beschrieben, kann eine Versicherung im Schadensfall darauf hinweisen und gegebenenfalls die Deckung ablehnen“, weiß der Fachmann.

Alles schriftlich

Deshalb empfiehlt der Versicherungsexperte Ärzten, alle Informationen, die sie an ihren Berater geben, schriftlich – etwa in einer E-Mail – zu dokumentieren und idealerweise auf dessen schriftlicher Bestätigung zu bestehen. „Überall, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler“, gibt Wehn zu bedenken. „Macht der Berater bei der Eintarifierung einen Fehler, obwohl der Arzt ihm alle Informationen korrekt zur Verfügung gestellt hat, dann haftet Ersterer in einem Schadensfall auch dafür.“ Praxisinhaber sollten außerdem darauf achten, ihre Berufshaftpflichtversicherung rechtzeitig beginnen zu lassen. Denn auch wenn der Arzt seine eigentliche Tätigkeit noch nicht begonnen hat, können in Vorbereitungsphasen Schadensfälle entstehen, die bereits dem beruflichen Spektrum zuzurechnen sind.

Die Höhe der Versicherungssumme sollte bei fünf Millionen Euro liegen, betont Wehn. In manch einem Fall sei eine Versicherungssumme von siebeneinhalb oder gar zehn Millionen anzuraten. Das sei allerdings vor allem für Ärzte zu empfehlen, die viele Patienten mit extrem hohen

Richtig abgesichert, so geht's:



Berufshaftpflichtversicherung

Diese ist für Ärzte Pflicht und sollte unbedingt schon vor der eigentlichen Tätigkeit greifen, sodass man auch in der Vorbereitungsphase gut abgesichert ist.



Dokumentation

Alle Informationen, die an den Berater überliefert werden, sollten schriftlich übersendet werden. Eine schriftliche Empfangsbestätigung ist zusätzlich wichtig.



Versicherungssumme

Die Höhe der Versicherungssumme sollte bei fünf Millionen Euro liegen, in manch einem Fall wird sogar zu Summen von siebeneinhalb oder gar zehn Millionen Euro geraten.




Risiko

Entscheidend ist, dass der Versicherungsschutz das individuelle Risiko optimal widerspiegelt. Wurde der Tätigkeitsbereich nicht exakt beschrieben, droht, dass die Versicherer im Schadensfall nicht zahlt.

Foto: unplash/Ricardo Resende





„Große radiologische Praxen laufen bei uns häufig mit Versicherungssummen von zweieinhalb bis drei Millionen Euro.“

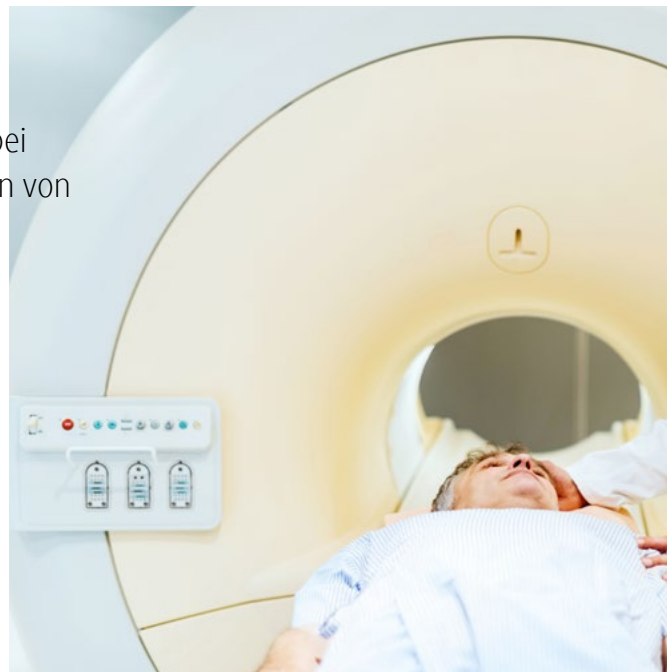
Einkommen behandeln. „Wenn jemand mit einem Einkommen von 500.000 Euro jährlich zu einem Pflegefall wird, schöpft man allein über den Verdienstaufschlag nach 15 Jahren 7,5 Millionen Euro aus“, gibt er zu bedenken. Die Versicherungsprämie ist – so wie im Übrigen auch andere Versicherungsbeiträge für die Praxis – als Betriebsausgabe steuerlich absetzbar.

Praxisinventar gehört versichert

Eine weitere Versicherung schützt das Praxisinventar. Denn oft investieren Ärzte viele Zehntausende Euro in die Ausstattung ihrer Praxen. Die Inventar-, auch Sachinhaltsversicherung genannt, schützt die gesamte Praxis-einrichtung gegen Schäden durch Feuer, Blitzschlag, Einbruch/Diebstahl, Sturm, Hagel und austretendes Leitungswasser. Dabei stehen grundsätzlich zwei Varianten zur Verfügung: eine Neuwert- oder eine Zeitwertversicherung.

Das Prinzip der Neuwertversicherung besagt, dass der Arzt im Schadensfall die zerstörten oder beschädigten Sachen zulasten der Versicherung zum Neuwert wiederbeschaffen kann, auch wenn die Einrichtung bereits in die Jahre gekommen ist. Vereinbart man das nicht explizit im Versicherungsvertrag, ersetzen viele Versicherungen den Neuwert nur, wenn der Zeitwert mindestens noch 40 Prozent ausmacht beziehungsweise der Gegenstand jünger als fünf Jahre ist. Um nach einem Schadensfall neue Geräte anzuschaffen, muss der Praxisinhaber unter Umständen also tief in die Tasche greifen. Wehn empfiehlt daher, auf eine sogenannte „absolute Neuwertklausel“ zu achten. Sie könne zwar im Beitrag etwas teurer sein, lohne sich aber im Schadensfall.

Bei einer Inventarversicherung für Arztpraxen sei die Ermittlung der richtigen Versicherungssumme von großer Bedeutung, warnt der Experte. Das könne sich mitunter schwierig gestalten. „Bei einer Inventarversicherung muss der Arzt den Neuwert seines Praxisinventars definieren, auch wenn er eine Bestandspraxis übernommen hat und die Geräte schon längst abgeschrieben und gegebenenfalls mit einem Buchwert von 1 Euro geführt werden“, erläutert er. Dann muss der Arzt den Neuwert schätzen. Sollte der Praxisinhaber unsicher sein, ob seine Schätzung tatsächlich korrekt ist, empfiehlt Wehn eine Sicherheitsmarge von 10 bis 20 Prozent aufzuschlagen. Ändere sich der Versicherungswert im Laufe des Jahres, müsse der Arzt das der Versicherung anzeigen und den Versicherungswert anpassen.



Denn eine Unterversicherung kann ernste finanzielle Folgen haben. Stellt der Versicherer im Falle eines Schadens fest, dass ein Arzt unterversichert ist, übernimmt er nur einen Teil der Kosten. Hat ein Arzt sein Inventar zum Beispiel mit einer Summe von 100.000 Euro versichert, der tatsächliche Wert beträgt aber 200.000 Euro, dann erhält er bei einem Schaden von 90.000 Euro nur 45.000 Euro. Er war zu 50 Prozent unterversichert.

Sinnvoll, aber unter Umständen verzichtbar

Je nach Bedarf lässt sich dieser Basisschutz noch um eine Elementarschadenversicherung erweitern: Sie bietet Versicherungsschutz bei Schäden durch Überschwemmung und Rückstau, Erdbeben, Erdsenkung, Erdbeben, Schneedruck, Lawinen oder Vulkanausbruch. In Deutschland ist allerdings vor allem das Risiko einer Überschwemmung oder eines Rückstaus bei Starkregen relevant. „Eine Elementarschadenversicherung ist optional. Ob sie tatsächlich sinnvoll ist, hängt ganz entscheidend von der Lage ab“, erklärt Wehn. „Wenn sich die Praxisräume im zweiten oder noch höheren Stock eines Hochhauses in einer Innenstadt befinden, ist ein solcher Zusatzschutz gegebenenfalls nicht unbedingt nötig. Wenn die Praxis jedoch im Erdgeschoss eines Gebäudes im Stuttgarter Kessel liegt, dann sollte der Praxisinhaber ernsthaft darüber nachdenken, das Risiko abzusichern.“

Eine weitere sinnvolle Ergänzung kann die Elektronikversicherung sein. Obwohl elektronische Geräte in der Inventarversicherung erfasst sind, erstreckt diese sich nur auf bestimmte, bereits genannte Schadensarten, wie etwa Feuer oder Leitungswasser. Die Elektronikversicherung sichert indes auch gegen Schäden durch Ungeschicklichkeit, Fahrlässigkeit und Bedienungsfehler sowie für alle von



Investition oder Risiko: Ärzte mit viel technischem Equipment sollten über eine Elektronikversicherung nachdenken.

Foto: istock.com/skynesher

außen auf das Gerät zukommenden Schadensereignisse ab. Außerdem inkludiert ist der Schutz bei Schäden durch mutwillige Zerstörung durch Dritte, also Vorsatz.

So beruhigend das Gefühl auch sein mag, die teuren Geräte in der Praxis mit einer eigenen Police gegen nahezu alle Eventualitäten geschützt zu haben, sei eine Elektronikversicherung immer eine Abwägung zwischen Kosten einerseits und Risiko andererseits. In erster Linie sollten laut Wehn Ärzte mit viel technischem Equipment, wie etwa Kardiologen oder Radiologen, über diese Option nachdenken. „Große radiologische Praxen laufen bei uns häufig mit Versicherungssummen von 2,5 bis drei Millionen Euro“, berichtet er. Wenn ein Arzt seine Geräte nicht kauft, sondern lediglich mietet oder least, ist es häufig vertraglich vorgeschrieben, eine entsprechende Versicherung abzuschließen.

Wenn die Praxis geschlossen bleibt

Oft zwingen Feuer-, Leitungswasser- oder andere durch die Inventarversicherung abgedeckte Schäden zu einer tage-, wochen- und in besonders schwerwiegenden Fällen monatelangen Schließung der Praxis. Fixkosten wie Mieten, Gehälter und andere Aufwendungen laufen dann weiter, obwohl die Einnahmen fehlen. Je nachdem, wie lange sich die Unterbrechung der Tätigkeit hinzieht, kann dies zum echten finanziellen Problem werden. Vor diesen Folgen schützt die Betriebsunterbrechungsversicherung.

Sie ersetzt nicht nur die fortlaufenden Kosten, sondern auch den entgangenen Betriebsgewinn. Meist sei der Haftungszeitraum auf ein Jahr beschränkt, was aber in der Regel auch völlig ausreiche, um nach einem Schadensfall den Praxisbetrieb wieder aufzunehmen, erläutert Wehn. Oftmals wird die Betriebsunterbrechungsversicherung als Ergänzungsbaustein im Rahmen der Inventarversicherung angeboten. Auch hier führt eine Unterversicherung im Wert des Inventars zu einer Kürzung der Leistung.

Auch ein Arzt wird krank

Während eine Betriebsunterbrechungsversicherung bei Praxisschließung wegen Sachschäden einspringt, greift die Betriebsausfallversicherung, wenn der Arzt krankheits- oder unfallbedingt für längere Zeit ausfällt oder die Praxis unter Quarantäne gestellt wird. Einige Versicherer übernehmen im Schadensfall sowohl laufende Kosten, wie etwa Miete, Löhne und Gehälter, anfallende Zinsen und Ähnliches, als auch die entgangenen Gewinne. Dabei sollte man darauf achten, ab welchem Grad der Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird.

Weiterhin können Ärzte Versicherungen abschließen, die im Grundsatz für jedermann zu empfehlen sind. Wer die Praxis in einer eigenen Immobilie betreibt, sollte etwa an eine Gebäudeversicherung denken. Der Bedarf an Rechtsschutz ist bei Ärzten durch die Vielzahl an Rechts- und Vertragsbeziehungen zu anderen, wie beispielsweise zu den Patienten, den Krankenkassen, zur Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung, zu Krankenhäusern, Kollegen und Angestellten, in der Regel ebenfalls sehr ausgeprägt. Die Rechtsschutzversicherung übernimmt

Weitere Informationen

Deutsche Ärzteversicherung

www.aerzteversicherung.de

Gothaer

www.gothaer.de/geschaeftskunden/branchen/freiberufler/arzt/

praktischArzt

www.praktischarzt.de/blog/assistentenarzt-versicherungen/



Sachinhaltsversicherung

Schützt die gesamte Praxis gegen Schäden durch Feuer, Blitzschlag, Einbruch/Diebstahl, Sturm, Hagel und austretendes Leitungswasser.



Betriebsunterbrechungsversicherung

Springt bei Praxisschließung wegen Sachschäden (Wasser, Feuer o.Ä.) ein. Sie ersetzt nicht nur die fortlaufenden Kosten, sondern auch den entgangenen Betriebsgewinn.



Betriebsausfallversicherung

Greift, wenn der Arzt krankheits- oder unfallbedingt für längere Zeit ausfällt oder die Praxis unter Quarantäne gestellt wird.

Gerichtsgebühren, Anwaltskosten und Zeugengelder sowie Kosten des Gegners, wenn der Versicherte zur Übernahme verpflichtet ist.

Es lohnt sich ferner, über eine Berufsunfähigkeitsversicherung nachzudenken. Denn das ärztliche Versorgungswerk zahlt erst bei vollständiger Berufsunfähigkeit und Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit. Es gilt also das Alles-oder-Nichts-Prinzip. Anders wird das bei der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung bewertet. Als Maßstab wird hier die letzte Tätigkeit konkret betrachtet. Es reicht aus, teilweise und voraussichtlich dauerhaft eingeschränkt zu sein. Können ein Chirurg also nicht mehr wie vorher ganztags operieren, sondern nur noch wenige Stunden, oder schreibt er stattdessen Gutachten, könne er bereits als berufsunfähig gelten, erläutert Wehn. Er könne also die private Berufsunfähigkeitsrente bekommen und weiterhin ärztlich tätig sein. ■



Der Wert des Goldes

Gold – ist darauf eigentlich noch Verlass? Trotz anhaltender Krise steigt sein Wert nicht, vielmehr kostet die Feinunze heute in etwa genauso viel wie im Jahr 2011. Verliert das Edelmetall seinen Ruf als Vermögenssicherung in unsicheren Zeiten?

Text: **Anne Nürnberger**

Gold schien immer eine sichere Sache. Und war gefragt, wenn Banken schwankten, in Zeiten von Krieg, Krise und Inflationsangst. Eine solche Krise hält nun schon länger an. Und dennoch hat Gold seit 2011 so gut wie keine Rendite mehr gebracht. Der Preis des Edelmetalls sank gegen Dollar und Euro so beständig, dass Spekulanten schon auf seinen weiteren Verfall wetteuten und so den Abwärtstrend noch anheizten.

Wenn Immobilienpreise explodieren und die sogenannten FANG-Aktien (der Tech-Riesen Facebook, Amazon, Netflix, Google) scheinbar grenzenloses Wachstum verheißen und mit einem Gesamtwert von 1,6 Billionen Dollar an der Börse alle Indizes abhängen, erscheint die Gold-Anlage plötzlich unberechenbar – gleichsam wie aus der Zeit gefallen.

Dabei hat sich eigentlich gar nichts geändert. Seit Tausenden von Jahren ist Gold der Maßstab für Wert – obwohl es eigentlich niemand wirklich braucht. Dennoch ist es ein Fixpunkt, über den sich die Menschen weltweit immer einig waren. Seine Universalität liegt dabei neben Glanz und Beständigkeit auch darin, dass es überall auf der Erde vorkommt, aber nicht leicht zu gewinnen ist.

Wenn man alles Gold der Welt zusammenzählt, also 190.568,7 Tonnen, dann kommt man auf einen Wert von mehr als sechs Billionen Euro. Eine Summe, für die ganz Deutschland mehr als zwei Jahre braucht, um sie zu erwirtschaften. Dabei steckt dieser Schatz in einem vergleichsweise kompakten Würfel mit einer Seitenlänge von jeweils 21 Metern. Auch diese Qualität, einen nahezu unverwundlichen hohen Wert auf kleinem Raum physisch vorhalten zu können, macht Gold so greifbar attraktiv.

„Wenn man sich mit dem Markt auseinandersetzt, kann man strategisch agieren.“

Robert Hartmann: Gründer und Geschäftsführer von pro aurum, Deutschlands größtem bankenunabhängigen Edelmetallhaus

Foto: pro aurum

Warum also zieht der Goldpreis aktuell nicht so an, wie es erwartbar wäre?

Als „Bremsklotz“ für den Goldpreis hätten sich zweifellos die Zinserhöhungen der US-Notenbank Fed erwiesen, so die Einschätzung von Robert Hartmann, Gründer und Geschäftsführer von Deutschlands größtem bankenunabhängigen Edelmetallhaus pro aurum. Aber: Die US-Notenbank hätte auch damit begonnen, Anleihen aus ihrem Portfolio zu verkaufen. Zeitgleich hätte die EZB ihre Anleihekäufe reduziert. Kurz: Dem Markt wird Liquidität in großem Stil entzogen. Und so wagt Hartmann die Prognose, dass die Jahre 2019 und 2020 eher keine guten Jahrgänge an den Aktienbörsen in Europa und den USA in Aussicht stellen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Anleger in einer solchen Marktsituation umschichten, liegt nahe. Nicht nur die Privaten, auch die Institutionellen. Die Analysten des World Gold Council haben ermittelt, dass die Notenbanken in der ersten Jahreshälfte 2018 etwa ein Zehntel der globalen Goldnachfrage repräsentieren. Hauptargument für diese Goldkäufe dürfte hier die Diversifizierung des Reserveportfolios sein.

1.012
Kilogramm



wiegt die größte Goldmünze der Welt: Red Kangaroo 2012. Sie hat einen Durchmesser von 80 Zentimetern und ist 12 Zentimeter dick. Als offizielles Zahlungsmittel hat sie einen Nennwert von 700.000 Euro, das Gold selbst ist rund 37,6 Millionen Euro wert.

Foto: GordonMakryllos





Tanja Beller: ist Sprecherin des Bundesverbandes deutscher Banken.

Foto: Die Hoffotografen

„Was sich viele nicht bewusst machen, ist, dass der Goldpreis erheblichen Schwankungen unterliegt.“

Goldexperte Hartmann: „Die Analysten wundern sich, weil angesichts des fundamentalen Umfelds ja der Goldpreis, sowohl gegen Dollar als auch gegen Euro, höher stehen könnte und ich pflichte dem auch bei.“ Aber auf kurze Sicht dominiere eben der Papiergoldmarkt das Geschehen. „Hier findet aktuell die Preisfindung statt. Doch je mehr physisches Gold dem Markt über Käufe von Investoren und Notenbanken entzogen wird, desto stärker schwindet die Macht der Spekulanten, den Preis über den Verkauf von Futures-Kontrakten zu drücken.“

Deshalb sei vorstellbar, dass der Goldpreis in den nächsten Monaten einen Boden ausbilde und sich in den nächsten vier bis fünf Jahren gut entwickeln könne. „Wenn man sich mit dem Markt auseinandersetzt, kann man strategisch agieren.“

„Strategisch“ heißt auch, sich bewusst zu machen, welchen Platz Gold in einem Anlegerportfolio einnehmen sollte. Und dass es für Gold im Regelfall einen sehr langfristigen Anlagehorizont braucht.

„Gold ist zwar als stabile Wertanlage gefragt“, sagt Tanja Beller, Sprecherin des Bundesverbandes deutscher Banken, „aber was sich viele nicht bewusst machen, ist, dass der Goldpreis erheblichen Schwankungen unterliegt.“ Mit fast 1300 Euro für eine Feinunze Gold (31,1 g) im Jahresdurchschnitt sei 2012 ein Rekord erreicht worden. „In den folgenden Jahren sackte der Goldpreis ab. Dennoch ist er aktuell immer noch mehr als dreimal so hoch wie vor 15 Jahren.“

Fünf bis maximal zehn Prozent Gold gehören ins Anlageportfolio

Anleger sollten im Rahmen einer breit aufgestellten Vermögensstreuung auch Gold berücksichtigen, aber nicht zu einseitig auf das edle Metall setzen, so Beller. In der Regel würde dazu geraten, je nach persönlicher Einstellung dem Vermögen etwa fünf bis maximal zehn Prozent Gold beizumischen.

Im September hat pro aurum seine Kunden gefragt, wie es um ihre Gold-Kaufbereitschaft stehe. Und diese stieg demnach gegenüber dem Vormonat von 47,6 auf 58,2 Prozent. Und auch CoinInvest, einer von Europas führenden Online-Edelmetallhändlern mit Sitz in Frankfurt, meldet eine spürbar anziehende Nachfrage.

Goldkurs 2018

(Quelle: CoinInvest.GmbH, Stand 12.11.2018)





Die aktuell teuerste Goldmünze am Markt, die tatsächlich auch verkauft wurde, ist die Double Eagle von 1933, die 2002 bei Sotheby's für 7.590.020 Dollar versteigert wurde. Zwar waren 1933 insgesamt 445.000 dieser Münzen geprägt worden. Doch dann erließ die US-Regierung ein Verbot für privaten Goldbesitz, bevor sie in Umlauf kamen, und befahl, alle einzuschmelzen. Nur diese eine tauchte wieder auf ...

Foto: National Numismatic Collection, National Museum of American History.

CoinInvest Geschäftsführer Daniel Marburger: „Wir haben aktuell zwar mehr Verkäufer als Käufer – aber mehr auf der institutionellen Seite. Immer wenn der Goldpreis fällt, ist es so, dass die privaten Käufer zwar wirklich aktiv werden, aber keine Chance gegen institutionelle Verkäufer haben, die dann auf „Gold Short“ gehen, also Goldpositionen verkaufen.“

Tatsächlich sei die private Nachfrage aktuell sehr, sehr gut. Je tiefer der Goldpreis gefallen sei, umso mehr Nachfrage hätte CoinInvest verzeichnen können. „Es klingt verückt, aber antizyklisch investieren ist bei Gold sehr gefragt. Je günstiger der Preis, desto besser, um eben eine Position aufzustoocken oder sich erst einmal einen Grundstock zu legen.“

Nirgendwo in Europa investieren so viele Menschen in Gold wie in Deutschland

„Deutschland ist das Land mit den meisten Goldinvestoren in Europa“, sagt Marburger. Das Land sei durch die zwei Inflationen der Vergangenheit geprägt. Bei den Krügerrand-Münzen sei Deutschland mit 80 Prozent Absatz der größte Abnehmer außerhalb Südafrikas.

„Bei den Käufern sehen wir alle Altersklassen, alle Berufsgruppen und alle sozialen Schichten“, beobachtet Robert Hartmann von pro aurum. Die Rolle des Goldes im Vermögensportfolio sei eben auch so ein Versicherungscharakter für das angesparte Kapital.

„90 Prozent unserer Kunden wollen ihr Edelmetall wirklich in der Hand halten und es in eigenem Besitz haben, da sie sehr wenig Vertrauen in das Bankensystem haben.“

Und dann erzählt er die Geschichte von einem Kunden aus den neuen Bundesländern, dessen Familie nach den Kriegswirren geflohen war und eine Blechkiste mit drei Kilo Gold und ein paar Tausend Reichsmark vergraben hatte. Wie er in diese Kiste blickte, mit Goldbarren, denen die Zeit nichts anhaben konnte, und übelriechenden, vermorderten Scheinen. „70 Jahre nach dem Krieg war das Gold noch etwas wert – und das Geld eben nicht.“

Was man über Nebenkosten, Reinheitsgrade und Lagerung wissen sollte

Welche Kosten muss man beim Goldkauf einkalkulieren? Generell gilt: Barren sind, wenn man etwas mehr investieren kann, eine bessere Wahl als Münzen. Denn die Gewinnspanne, die der Händler beim Verkauf einbehält, ist bei großen Goldmengen prozentual gesehen am geringsten. Um 1,3 Prozent (Barren) und 2,75 Prozent (Krugerrand-Münze) liegen solche Aufschläge zum Beispiel bei CoinInvest.

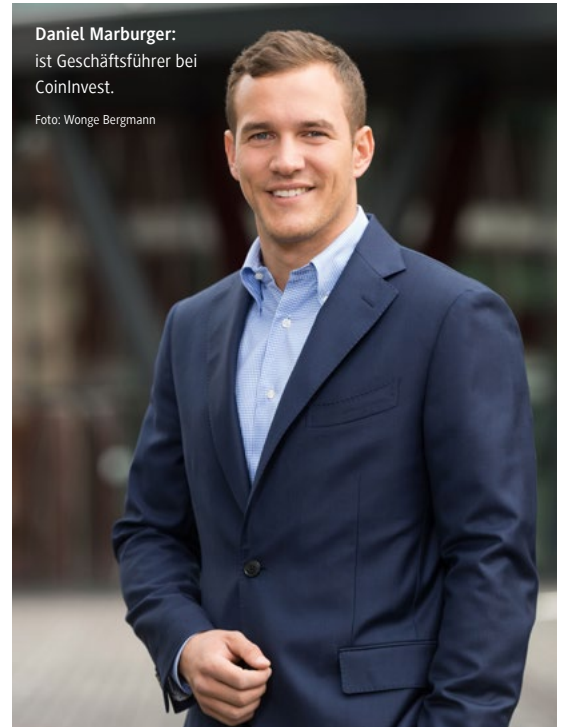
Es ist ratsam, auf weltweit anerkannte Anlagemünzen (wie z.B. Krügerrand, Maple Leaf, Australian Nugget/Kangaroo, Wiener Philharmoniker oder American Eagle) zu setzen. Und auf Goldbarren von Anbietern, die von der Londoner Bullion Market Association zertifiziert sind.

Ebenfalls wissenswert: Gängige Goldbarren und Goldmünzen sind für Privatkunden in Deutschland von der Umsatzsteuer befreit. Wer Gold länger als ein Jahr besitzt, darf sich beim Verkauf auch über steuerfreie Gewinne freuen.

Dazu kommen gegebenenfalls Kosten für die Lagerung – zwischen 0,75 und 0,3 Prozent je nach Lagermenge, weil die Ware im Depot natürlich vollumfänglich versichert sein muss.

Daniel Marburger:
ist Geschäftsführer bei
CoinInvest.

Foto: Wonge Bergmann



Tatsächlich nutzen gar nicht so viele Goldkäufer eine externe Lagerung. „90 Prozent unserer Kunden wollen ihr Edelmetall wirklich in der Hand halten und es in eigenem Besitz haben, da sie sehr wenig Vertrauen in das Bankensystem haben“, berichtet Daniel Marburger. „Wir haben schon alles erlebt – vom Vergraben im Garten bis zum Zementieren hinter der Badewanne.“

Wem das alles zu kompliziert erscheint, der kann in Xetra-Gold investieren. Dieses Finanzprodukt der Deutschen Börse ist eine Inhaber-Schuldverschreibung, die dem Investor das Recht auf ein Gramm Gold verbrieft. Das physische Pendant des Wertpapiers liegt in einem Tresor und kann auf Wunsch des Anlegers auch ausgeliefert werden. ■

Nützliche Links

pro aurum

🔗 www.proaurum.de

CoinInvest

🔗 www.coininvest.com

LBMA

🔗 www.lbma.org.uk/good-delivery-list-refiners-gold-current

Xetra-Gold

🔗 www.xetra-gold.com

Finanzierung Für eine Kreditentscheidung zur Finanzierung einer Privatpraxis erwarten Banken Konzepte mit strategischem Weitblick. Der Businessplan hat hier besonderes Gewicht: Im Gegensatz zum Kassenarzt und damit GKV-Abrechnungsrahmen agiert der Privatarzt ohne vergleichbares Sicherheitsnetz.

Text: Nicola Sieverling

Kreditwunsch: mit Sicherheit eine Frage des Praxiskonzeptes

Letztlich hat eine Privatpraxis eine kleinere Zielgruppe als eine Praxis mit kassenärztlicher Zulassung. Wer im wachsenden Wettbewerb um privat versicherte Patienten und Selbstzahler erfolgreich sein will, sollte seine Praxisausrichtung sorgfältig planen. Die wirtschaftliche Standortanalyse ist eine gute Ausgangsbasis, um die Stärken der eigenen Praxis gezielt einsetzen zu können. So sollte ein Kardiologe sich dort niederlassen, wo eine ältere Bevölkerungsstruktur zu finden ist. „Mit Hilfe einer Standortanalyse können wir relevante Parameter überprüfen. Hier sind unter anderem die Angaben zur Bevölkerungsstruktur wie die Kaufkraft, das Einkommen je Beschäftigtem oder die Arbeitslosenquote im Gründungsbereich analysierbar“, erklärt Hartmut Paland, Leiter Marktgebiet Süd bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank).

Das Finanzierungskonzept für eine Privatpraxis ist von weiteren Kriterien abhängig: So sollte das Behandlungskonzept ein Alleinstellungsmerkmal als Abgrenzung zum Standardspektrum anderer Arztpraxen haben und die Kommunikationsstrategie gerade bei einer Neugründung auf die Patientenakquise ausgerichtet sein. Auch die Motivation des Praxisgründers muss im Gespräch mit den Bankberatern überzeugen. Will er sich mehr Zeit für seine Patienten nehmen? Möchte er alternative Heilverfahren stärker in sein Leistungsspektrum aufnehmen? „Die Reputation und der Bekanntheitsgrad des Gründers sind gerade für die Privatpraxis von Bedeutung und erhöhen die Erfolgsaussichten bei der Kreditzusage“, betont Thorsten Werner, Leiter Kompetenz-Center Heilberufe bei der

Hamburger Sparkasse (Haspa). Auch dort beraten Heilberufe-Spezialisten mit fundiertem Branchen-Know-how und suchen nach individuellen Lösungen. In der Haspa-Checkliste für die erfolgreiche Gründung einer Privatpraxis fragt ein Punkt auch danach, warum Patienten gerade in diese Praxis kommen und dort auch bleiben sollten.

Foto: unplash/Philipp Berndt

Welche Kreditsicherheiten erwartet die Bank?

Doch wie sieht es mit den Sicherheiten aus, die ein Privatarzt in die Waagschale werfen kann, um mit einem Kredit die notwendige Praxisausstattung zu finanzieren? Zu den Standardsicherheiten gehören bei der apoBank die Abtretung der Ansprüche aus Privatliquidation – analog zum Kassenarzt mit der Abtretung der KV-Ansprüche – sowie die Sicherungsübereignung des Praxisinventars. „Empfehlenswert ist eine Todesfallabsicherung in Darlehenshöhe und eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Der weitere Versicherungsbedarf wird von unseren spezialisierten Niederlassungsberatern individuell geprüft“, sagt Hartmut Paland von der Standesbank für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Für Thorsten Werner von der Haspa zählt vor allem eines: „Die wichtigste Sicherheit ist die Ausbildung und die Arbeitskraft des Arztes.“ Im Sicherheitspaket als feste Größe enthalten ist jedoch auch immer die Abtretung der Ansprüche aus einem etwaigen Verkauf der Praxis.

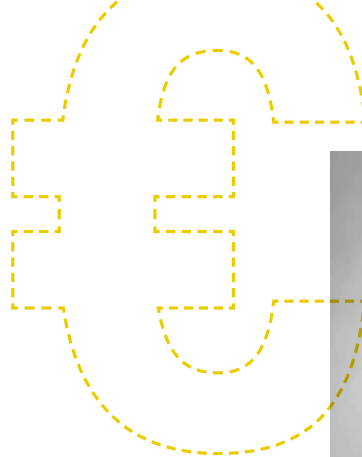
„Die wichtigste Sicherheit ist die Ausbildung und die Arbeitskraft des Arztes.“

Die Deutsche Bank, seit 25 Jahren mit einer bundesweiten Kompetenzeinheit für Heilberufe auf dem Markt, setzt bei der Kreditvergabe bewusst auf reduzierte Sicherheitsanforderungen. „Bei der Kreditvergabe sind für uns das Praxiskonzept und die fachliche Qualifikation entscheidend“, sagt Thilo Schäpers, Experte bei der Deutschen Bank in der Betreuung von Heilberufen. Mit dem Investitions-Check der Deutschen Bank kann das Praxisvorhaben auf solider Grundlage geplant werden. Wichtige Bausteine sind die Amortisationsberechnungen für medizinische Gerätetypen. Je nach Fachrichtung des Privatärztes – ein Radiologe hat höhere Anschaffungskosten für neue Technologien als ein HNO-Kollege – ist Leasen eine Alternative zum Kauf. ApoBank-Berater Paland empfiehlt: „Im Vorfeld muss genau kalkuliert werden, wie rentabel die Anschaffung des Gerätes ist und welcher Gewinn durch den Einsatz erzielt werden kann.“

Welche Kreditvolumina sind realistisch?

Beim Kreditvolumen bietet die Deutsche Bank viel Luft nach oben. „Trägt die Idee den Kredit, gibt es für uns grundsätzlich keinen Kreditrahmen“, erklärt Thilo Schäpers, fachlicher Leiter für 200 Heilberufe-Experten im Bundesgebiet. „Durch die Einbindung von öffentlichen Fördermitteln kann die Zinsbelastung für die Finanzierung deutlich reduziert werden. Tilgungszuschüsse können die Finanzierung zusätzlich erleichtern“, ergänzt er. Grundsätzlich gilt auch für Privatärzte mit eigenem Praxistraum: Es empfiehlt sich, auch auf öffentliche Förderprogramme wie beispielsweise von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) in Frankfurt am Main zurückzugreifen.

Gibt es je nach Fachrichtung einen maximalen Kreditrahmen für einen Privatarzt? Hier dient die Grundausstattung einer jeden Facharztpraxis durch die Körperschaften für GKV-Praxen als Orientierungsgrundlage. Die Bankenberater greifen zudem auf die Ergebnisse der hauseigenen Analysen zur ärztlichen Existenzgründung zurück. Die apoBank zieht für ihr Benchmarking die Daten aus ihrem Tool INKO – der Investitions- und Kostenberatung – heran. Damit werden die anfallenden Investitionen beziffert und die erforderlichen Gesamteinnahmen berechnet.



Thilo Schäpers: ist fachlicher Leiter für Heilberufe-Experten bei der Deutschen Bank.

Foto: Deutsche Bank

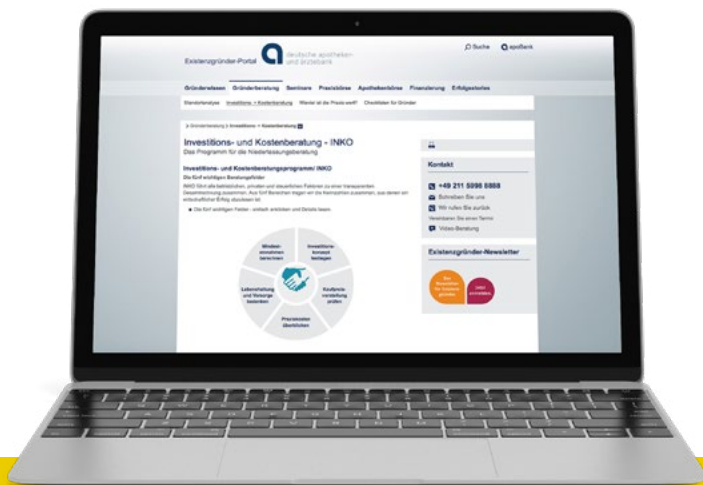
„Trägt die Idee den Kredit, gibt es für uns grundsätzlich keinen Kreditrahmen“, erklärt Thilo Schäpers.

Die Haspa hat beispielsweise für die Neugründung einer privaten HNO-Praxis eine maximale Investitionssumme von 200.000 Euro für Geräte und Einrichtung ermittelt. Gleichwohl gibt es deutliche Schwankungen beim Kreditvolumen, weil sich Vermieter zunehmend die Räume durch den Mieter umbauen lassen. Stilvoll, modern und ansprechend zum Nulltarif. Das macht jede Praxisgründung wesentlich teurer. „Für uns ist diese Investition in das Eigentum anderer bei der Kreditvergabe ein durchaus kritischer Punkt, wenngleich dadurch der Aufwand für die Mietzahlungen in der Regel deutlich reduziert wird“, gibt Thorsten Werner von der Haspa zu bedenken.

Lohnt es sich, mehr Eigenkapital einzusetzen?

Weniger Sicherheit durch einen deutlich geringeren Patientenkreis im Vergleich zum Kassenarzt und deswegen auch gleich ein höherer Einsatz von Eigenkapital? Aus Sicht der Fachberater ist dies nicht zwingend notwendig. Wer gut vernetzt sei, über ein Alleinstellungsmerkmal verfügte, vielleicht bereits mit einer Zulassung gearbeitet habe und nun die Umwandlung in eine Privatarztpraxis plante, befindet sich in einer optimalen Startposition. „Eigenmittel müssen nicht zwingend in eine Praxisfinanzierung einfließen. Einerseits, weil die Zinsen gewerblicher Finanzierungen oft steuerlich absetzbar sind und andererseits, weil Eigenmittel häufig für die Verwirklichung privater Immobilienwünsche benötigt werden“, betont Deutsche Bank Heilberufe-Experte Thilo Schäpers.

Fazit: Als Gründer einer Privatpraxis ist es besonders wichtig, mit der unternehmerischen Brille auf das Vorhaben zu blicken. Praxismarketing, Personalführung und betriebswirtschaftliche Anliegen müssen ebenso beherrscht werden wie die medizinische Kunst. Wissen ist ein Wettbewerbsvorteil, der sich gerade bei Kreditverhandlungen im doppelten Sinne bezahlt macht. ■



INKO – die Investitions- und Kostenberatung der apoBank

Fünf wichtige Beratungsfelder:

- Lebenshaltung und Vorsorge bedenken
- Mindesteinnahmen berechnen
- Investitionskonzept festlegen
- Kaufpreisvorstellungen prüfen
- Praxiskosten überblicken



TSVG Seit dem Kompromiss von Lahnstein schränkt der Gesetzgeber die Kompetenzen der Selbstverwaltung immer weiter ein. Das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz greift jetzt sogar in die Praxisorganisation selbst ein. Steht am Ende ein staatliches Gesundheitssystem?

Text: Dr. Hans-Friedrich Spies

Hat die Selbstverwaltung noch eine Chance?

Seit Jahrzehnten wird das deutsche Gesundheitswesen ordnungspolitisch über Selbstverwaltungsorgane gesteuert. Insbesondere in der ambulanten Versorgung hat dies eine große Bedeutung, da sowohl die Kostenträger, die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) als auch die Vertragsärzte über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) als Körperschaften organisiert sind. Nach dem Subsidiaritätsprinzip setzt der Gesetzgeber nur die Rahmenbedingungen, die bei der ambulanten Versorgung von den Krankenkassen und den KVen ausgefüllt werden. Die beiden Vertragspartner müssen in den Verhandlungen Kompromisse zwischen Versorgung und Finanzierung finden. Damit diese Vereinbarungen von den Ärzten in der Patientenversorgung umgesetzt werden, sind die Vertragsärzte Pflichtmitglieder der Körperschaft. Die Selbstverwaltung sorgte damit für die konsentiertere Synthese von Versorgungsnotwendigkeit und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens. Auch wenn dies nicht ausdrücklich im Sozialgesetzbuch (SGB) V als Aufgabe definiert ist, haben die Vertragsärzte von Anfang an die KV als ihre Interessensvertretung wahrgenommen.

Kompromiss von Lahnstein

Zu Beginn der Entwicklung war die Entscheidungskompetenz der Vertragspartner sehr groß. Die KV brachte in die Verhandlungen medizinische Konzepte mit Innovationen ein, die Krankenkassen hatten einen freien Finanzierungsspielraum, den sie über die Beiträge decken konnten, die paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht wurden. Die kontinuierliche Steigerung der Finanzierungskosten in der GKV führte zu einer immer stärkeren Belastung der Lohnnebenkosten,

Der Kompromiss von Lahnstein führte zur Budgetierung der Leistungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

sodass der Ruf nach einem gesetzlichen Eingriff zur Sicherung der Beitragsstabilität laut wurde. Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Seehofer hat in dem Kompromiss von Lahnstein dieser Forderung Rechnung getragen und eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen verordnet.

Dies bedeutet, dass die Krankenkassen nicht mehr Geld ausgeben dürfen, als tatsächlich durch die lohnabhängigen Einnahmen gedeckt ist. Flankiert von dem Grundsatz, dass die Krankenkassen der KV die ausgehandelte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung zahlen, wurde das Budgetierungsprinzip im Gesundheitswesen eingeführt und die Entscheidungskompetenzen der Selbstverwaltungsorgane empfindlich begrenzt. Die Vergütung der Ärzte erfolgte nicht mehr in D-Mark, sondern nach einem floatenden Punktwert, um das Budget einzuhalten. Damit

„Gesetzlich Versicherte warten zu oft zu lange auf Arzttermine. Das wollen wir ändern. Und zwar zusammen mit den Ärzten. Deswegen sollen diejenigen besser vergütet werden, die helfen, die Versorgung zu verbessern. Dann lohnt es sich für Ärzte auch, Patienten zeitnah einen Termin zu geben.“

wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zum Katalog derjenigen Leistungen degradiert, die in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Innovationen mussten zusätzlich durch den damaligen Ausschuss Ärzte-Krankenkassen genehmigt werden.

Komplettiert wurde die Reform der Selbstverwaltung durch die Neuordnung der Bedarfsplanung, über die festgelegt wurde, welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch eine Zulassung über das gedeckelte Honorar finanziert werden. Die freie Niederlassung in Deutschland wurde so abgeschafft.

Ärzte tragen das Morbiditätsrisiko

Der Kompromiss, der zwischen CDU und SPD von den Herren Seehofer und Drexler in Lahnstein gefunden wurde, hat die Kompetenz der Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt. Insbesondere die Begrenzung der Finanzierung führte auf die Dauer zu weiteren Verwerfungen. Da im SGB V festgelegt wurde, dass trotz der Budgetierung und des fixierten Leistungskataloges die Patienten in Deutschland weiterhin mit allem versorgt werden können, was notwendig und wirtschaftlich ist, gelang es der Politik, das Morbiditätsrisiko bei den Leistungserbringern abzuliefern. Dementsprechend war der Widerstand der Krankenkassen gegen die entsprechenden Neuregelungen gering. Die KV hat letzten Endes zähneknirschend zugestimmt.

Die Begrenzung der Einnahmen, der Fortschritt in der Medizin und die Morbiditätsentwicklung einer immer älter werdenden Bevölkerung führten zwangsläufig zu Finanzierungsengpässen und Konflikten innerhalb der Selbstverwaltung. Die Politik sah sich gezwungen, durch immer neue gesetzliche Regelungen weiter in deren Kompetenz einzugreifen. Der letzte wichtige Schritt war diesbezüglich das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz in der letzten Legislaturperiode, durch das massiv in die innere Struktur der Selbstverwaltungsorgane und hier insbesondere der KV eingegriffen wurde, z. B. durch eine erheblich stärkere Kontrolle der Aufsichtsbehörden.



Auf dem Weg zur Bundesbehörde?

Der jetzt vorgelegte Entwurf eines Terminservicestellen- und Versorgungsgesetzes (TSVG) unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn schränkt die Kompetenz insbesondere der KV weiter ein. Es stellt sich deshalb für viele die Frage, ob der Entscheidungsspielraum dieser Selbstverwaltung inzwischen so eingengt ist, dass man besser von einer Bundesbehörde für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sprechen sollte.

Wo steht eine KV vor dem Inkrafttreten des TSVG? Sie muss das vertragsärztliche Honorar verteilen, das sich in ganz engem Rahmen nach dem § 87 a des SGB V weiterentwickelt. Dabei wird nicht das Gesamthonorar festgesetzt, sondern nur die Veränderungsrate ausgehandelt. Weil die Vorgaben dazu gesetzlich geregelt sind, ist der Verhandlungsspielraum minimal. Dem gegenüber hat die KV die Aufgabe, die Abrechnung ihrer Mitglieder auf Wirtschaftlichkeit und Plausibilität zu kontrollieren. Viele Vertragsärzte empfinden deshalb ihre eigene Körperschaft zunehmend als reines Kontrollorgan, zumal auch die verlassten Leistungen wie die Medikamentenverordnung kontrolliert und sie mit Regressen bedroht werden.

Eingriff in die Organisationsstrukturen

Mit Inkrafttreten des TSVG wird nicht nur in die Selbstverwaltung, sondern auch in die Praxen und deren Organisationsstruktur hineinregiert. Die Mindestsprechstundenzeit wird von 20 auf 25 Stunden erhöht und es muss dabei eine offene Sprechstunde angeboten werden. Die KVen haben die Terminservicestellen rund um die Uhr offenzuhalten, die nicht nur Termine bei Haus- und Fachärzten vermitteln, sondern auch Notfälle verteilen. Auch

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: hält an seinem Gesetzentwurf fest.

Foto: BMG



die „zum Trost“ angebotenen zusätzlichen Vergütungen der Vertragsärzte werden einen hohen bürokratischen Aufwand erforderlich machen, da sie an die Vorgabe durch die Terminservicestellen an neue Patienten gebunden sind. Hier kommen Definitionsaufgaben auf die Selbstverwaltung zu, die wiederum Kontrollen der Vertragsärzte nach sich ziehen dürften. Insgesamt betrachtet setzt sich durch das TSVG die historische Entwicklung mit einem enger werdenden Gestaltungsspielraum und Zunahme der Verwaltungsaufgaben fort.

TSVG
§

2019

In Frühling nächsten Jahres soll das Gesetz in Kraft treten. Doch es ist besser, sich schon jetzt damit auseinanderzusetzen und ggf. Vorbereitungen zu treffen.

KVen in der Zwickmühle

Zur Klarstellung: Die Entwicklung der KV von der Körperschaft zu einer Art Sicherstellungsbehörde wird allein vom Gesetzgeber verursacht. Die Körperschaft kann sich nicht wehren, sie hat die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Sie befindet sich damit in einer ausgesprochen schwierigen Lage. Setzt sie die gesetzlichen Bestimmungen auch mit plausibler Begründung nicht um, erfolgt sofort die Ersatzvornahme durch das Aufsichtsministerium. Dort würde nach Übernahme des Amtes durch den Bundesgesundheitsminister Spahn nicht mehr lange gezögert. Fordert sie die Ärzte zum passiven Widerstand auf, muss sie als Körperschaft ihre eigenen Mitglieder später dafür selbst maßregeln, da sie für eine geordnete Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen hat. Die KV-Vorsitzenden schwanken sicher in ihrer Befindlichkeit, ob sie das Gesetz aus ordnungspolitischen Gründen ablehnen oder doch über eine Stärkung ihrer Aufgaben mit mehr Regulierungsvorgaben nicht unglücklich sind. Über eins muss sich nach dem TSVG jede KV klar sein: Die Interessensvertretung der Mitglieder ist auf ein Mindestmaß geschrumpft.

Dies hat Folgen für die Position der übrigen ärztlichen Körperschaften und der Berufsverbände. Auf sie kommt ein größerer Teil an Interessensvertretung gegenüber der Politik und den Kostenträgern zu. Angesichts der Zerstrittenheit und der unterschiedlichen Interessen der einzelnen Gruppen wird es für die Ärzteschaft insgesamt nicht einfach werden. Auch die Bundesärztekammer muss überlegen, ob sie nicht eine stärkere Vertretung der ärztlichen Interessen unter dem Aspekt des freien Berufes in Deutschland organisieren kann.

Der Politik muss klar werden, dass sie wesentlich mehr Verantwortung auch für Kompetenzen übernimmt, die früher alleine Aufgabe der Selbstverwaltung waren. Sie kann damit nicht mehr die Schuld bei einer KV abladen, wenn gesetzliche Rahmenbedingungen nicht den gewünschten Erfolg bringen. Dies gilt nicht nur für die KV, sondern auch für das mächtigste Organ der Selbstverwaltung, den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Dieser steht schon jetzt mehr unter politischer Kuratel, als man wahrhaben möchte.

Angesichts der politischen Vorgabe der Budgetierung für unser Gesundheitswesen wird der Einfluss des ärztlichen Sachverständigen weiter zurückgedrängt werden. Allen muss klar sein, dass ohne ärztliche Kompetenz eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist.

Der Vertragsarzt als Budgetverwalter

Auch für den Vertragsarzt wird sich in Zukunft einiges ändern. Er ist schon heute zum Budgetverwalter für eigene und veranlasste Leistungen in der GKV geworden und läuft Gefahr, endgültig der verlängerte Arm der Kostenträger zu werden. Das Ansehen des Arztberufes wird empfindlichen Schaden nehmen, wenn dies den Patienten in einem ökonomisch gesteuerten System bewusst wird. Das ist vermeidbar, wenn der Arzt in Zukunft systemkritisch mit diesen Vorgaben umgeht und dem Patienten klar benennt, was medizinisch sinnvoll ist und was dabei im System finanziert wird.






Allen muss klar sein, dass ohne ärztliche Kompetenz eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist.

Die Krankenkassen bleiben weiter reine Finanzverwalter, die mit gesetzlich vorgegebenen Beiträgen ohne wesentlichen eigenen Entscheidungsspielraum auskommen müssen. Sie werden so zum Sachwalter des Beitragszahlers und weniger des Kranken, der Kosten auslöst. Eine Sonderrolle in dem System der Selbstverwaltung und Budgetierung nehmen dabei die Krankenhäuser ein. Der Budgetierungsansatz der Ordnungspolitik gilt auch hier, ist aber in der Praxis schwerer umzusetzen als in der ambulanten Versorgung, weil die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht den Status einer Körperschaft hat. Krankenhäuser verhandeln ihre eigenen Budgets mit den Krankenkassen. Dies macht sie zwar stärker von den Kassen abhängig. Die wiederum haben es aber schwerer, ein Gesamtbudget für die stationäre Versorgung durchzusetzen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft tut gut daran, ihren Status nicht zu ändern.

Was steht am Ende dieser Entwicklung? Das TSVG wird die seit Jahren fortlaufende Entwicklung beschleunigen, die durchaus zu einem pseudostaatlichen Gesundheitswesen führen kann. Alternative ist ein Kompromiss, in dem klar abgegrenzt wird, was solidarisch versichert werden muss und was darüber hinaus als freiwillige Versicherung abgesichert werden kann. Dies hätte insbesondere für unser ordnungspolitisches System erhebliche Folgen und würde auch vor der Struktur der Krankenversicherung, sei sie gesetzlich oder privat, nicht Halt machen. ■

AUF EINEN BLICK

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

-  Ausweitung der Terminservicestellen
-  mindestens 25 Sprechstunden pro Woche
-  mindesten 5 Stunden offene Sprechstunden bei Fachärzten
-  elektronische Patientenakte (ePA) ab 2021
-  regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land

Scheinselbstständigkeit Die Anforderungen an die Selbstständigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sind hoch. Wird eine Tätigkeit nachträglich als scheinselbstständig eingestuft, droht neben Nachforderungen von Sozialabgaben und Lohnsteuern auch die Aufhebung und Korrektur von Honorarbescheiden.

Text: Eugenie Ankowitsch Illustration: shutterstock/TarikVision

Wenn der Juniorpartner sich als Angestellter entpuppt



Viele junge Ärzte, die sich niederlassen wollen, wünschen sich einen wirtschaftlich möglichst risikoarmen Einstieg in die Selbstständigkeit. Auch altgediente Praxisinhaber, die auf der Suche nach einem jungen Partner und potenziellen Nachfolger sind, bevorzugen es, zumindest für die Anfangszeit die Führungsrolle zu behalten. „Das ist absolut nachvollziehbar, kann aber unter Umständen böse enden“, warnt Simone Vogt, Fachanwältin für Medizinrecht bei der Kanzlei Dr. Fürstenberg & Partner. Nämlich dann, wenn etwa eine Betriebsprüfung des Finanzamtes zu dem Ergebnis kommt, dass der Juniorpartner gar nicht selbstständig, sondern in der Praxis als sozialversicherungspflichtiger Angestellter beschäftigt war.

Diese Scheinselbstständigkeit kann vor allem für den Seniorpartner und Praxisinhaber gravierende Folgen haben. „Neben der Nachforderung von Sozialabgaben und Lohnsteuern zuzüglich von Säumniszuschlägen droht die Aufhebung und Korrektur der Honorarbescheide der letzten vier Jahre, bei grob fahrlässiger Unkenntnis sogar länger“, erklärt Vogt. „Das bedeutet nichts anderes, als dass zumindest die KV-Honorare, die der scheinselbstständige Gesellschafter erwirtschaftet hat, zurückgezahlt werden müssen. Da kommen je nach Facharzttrichtung schnell hohe Summen zusammen.“ Zudem drohte gegebenenfalls ein Disziplinarverfahren, bei dem die Beteiligten mindestens mit Bußgeldern rechnen müssten. Schlimmstenfalls komme es zum Zulassungszug.



K.-o.-Kriterien für den BAG-Vertrag

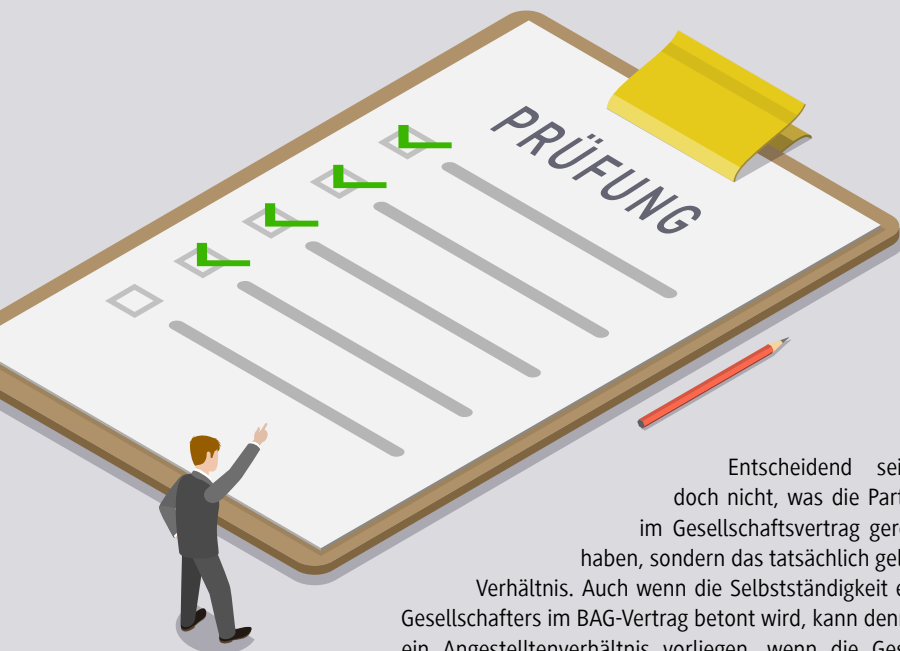
Wie streng die Anforderungen an die Selbstständigkeit bei BAGs sind, zeigt etwa die Entscheidung des Landesozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg aus dem Jahr 2016. Im betreffenden Fall war eine junge Zahnärztin in eine Praxis eingetreten. Sie erhielt als Honorar lediglich 30 Prozent der von ihr selbst veranlassten Umsätze. Der Rest ging an den Seniorpartner. Die Zahnärztin war weder am materiellen Vermögen beteiligt noch musste sie die Kosten und etwaige Verluste der Berufsausübungsgemeinschaft anteilig tragen. Im Fall ihres Ausscheidens sollte sie eine pauschalierte Abfindung erhalten.

Nach Auffassung des LSG war die junge Zahnärztin sozialversicherungsrechtlich nicht freiberuflich und vertragsarztrechtlich nicht in freier Praxis tätig. Es begründete seine Auffassung damit, dass sie letztlich kein Unternehmerrisiko getragen und auch nicht über die erforderlichen Mitunternehmerrechte verfügt habe. Als letztlich nicht relevant wertete das Gericht die für eine Freiberuflichkeit sprechenden Indizien der weisungsfreien Tätigkeit, der fehlenden Haftungsfreistellung im Innenverhältnis und der eigenen vertragszahnärztlichen Zulassung. Bereits im Jahr 2010 hat das Bundessozialgericht (BSG) eine Grundlagene Entscheidung zur Abgrenzung der vertragsarztrechtlichen BAG von der sogenannten „Scheingesellschaft“ getroffen. Hiernach setzt eine Tätigkeit in „freier Praxis“ unter anderem voraus, dass alle Gesellschafter an Gewinnen und Verlusten beteiligt sind.

„Diese Entscheidungen führen nicht dazu, dass zwischen Gemeinschaftspraxispartnern nur noch Verträge mit einer paritätischen Gewinn- und/oder Vermögensbeteiligung abgeschlossen werden müssen“, erklärt Vogt. Denn die Abgrenzung zwischen der selbstständigen Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung erfolge stets auf einer Wertung der Gesamtumstände. Dennoch müsse eine ganze Reihe an Kriterien beachtet werden, betont sie.

Unternehmerrisiko entscheidend

Jeder Gesellschafter sollte mit einem gewissen Kapitaleinsatz beteiligt sein. „Nach der Entscheidung des BSG aus dem Jahr 2010 wurden die Zulassungsausschüsse hellhörig und bestehen – obwohl im Urteil nicht gefordert – heute in der Regel auf einer Kapitalbeteiligung von mindestens fünf Prozent“, erklärt die Fachanwältin. Auch an den Gewinnen und Verlusten der Gesellschaft sowie an den Entscheidungsfindungen im geschäftlichen Betrieb der Praxis müssten sich die Gesellschafter beteiligen. Juniorpartner müssten in der Lage sein, Einfluss auf den Bestand und die Entwicklung der BAG zu nehmen. „Diese Aspekte lassen sich letztendlich mit dem Begriff des Unternehmerrisikos zusammenfassen“, so Vogt. Dazu muss der Juniorpartner seine Arbeit frei gestalten können, also selbst entscheiden, wie viel oder wenig er arbeitet. Auch bei der Behandlung seiner Patienten muss der Arzt weisungsunabhängig sein.



Entscheidend sei jedoch nicht, was die Parteien im Gesellschaftsvertrag geregelt haben, sondern das tatsächlich gelebte Verhältnis. Auch wenn die Selbstständigkeit eines Gesellschafters im BAG-Vertrag betont wird, kann dennoch ein Angestelltenverhältnis vorliegen, wenn die Gesamtumstände der tatsächlichen Handhabung dafür sprechen. Vor sogenannten „Schubladenverträgen“ warnt die Fachanwältin indes eindringlich: „Es muss jedem Arzt auch ohne juristische Vorkenntnisse laienhaft klar sein, dass es nicht rechtens sein kann, wenn man dem Zulassungsausschuss etwas vorlegt, was ganz anders geplant ist.“

Zwar sei das Bewusstsein für die Problematik der Scheinselbstständigkeit bei niedergelassenen Ärzten in den vergangenen Jahren gestiegen, sagt Vogt. Trotzdem sehe sie immer wieder problematische Verträge. „Meistens handelt es sich um uralte Verträge, die nie überarbeitet und an die Rechtsprechung angepasst wurden“, berichtet die Fachanwältin.



„Meistens handelt es sich um uralte Verträge, die nie überarbeitet und an die Rechtsprechung angepasst wurden“, so Vogt.

Praxisvertreter nur für Krankheit, Urlaub und Fortbildung

Das Risiko, in die Scheinselbstständigkeitsfalle zu tappen, besteht auch bei Praxisvertretungen. Vertretungsärzte werden von Vertragsärzten gern engagiert, um Engpässe – beispielsweise bei Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen – zu schließen. Einige Praxisinhaber wollen jedoch mit der Zeit kürzer treten und lassen eine Honorarkraft regelmäßig kommen. „Wenn man jeden Dienstag und Donnerstag eine Vertretung in der Praxis hat, handelt es sich dabei ganz klar nicht mehr um eine Vertretung im vertragsärztlichen Sinn. Zudem kann ein Anstellungsverhältnis begründet worden sein“, erläutert Vogt. Seit einiger Zeit prüfe die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund vermehrt Arztpraxen und in sehr vielen Fällen wird von einer Anstellung ausgegangen. In diesen Fällen muss der Praxisinhaber Sozialabgaben und Lohnsteuer nachzahlen.

Eine Möglichkeit, vorab den Status der Vertretung abzuklären, bietet das Statusfeststellungsverfahren. Doch die Meinungen, ob ein solches Verfahren anstrebenswert



ist oder nicht, gehen auseinander. So empfiehlt Steuerberater Ferdinand Tremmel von der Media Steuerberatungsgesellschaft, im Zweifelsfall ein Statusfeststellungsverfahren einzuleiten, um einer nachträglichen Haftung zu entgehen. Und dass, obwohl er zugibt, dass in weit über 90 Prozent der Statusprüfungen eine Sozialversicherungspflicht festgestellt wird. Ohnehin würden solche Statusverfahren häufig durch die Betriebsprüfer angeregt, gibt Tremmel zu bedenken.

Kritischer sieht das Markus Keubke, Fachanwalt für Medizinrecht und Justiziar des Bundesverbandes der Honorarärzte e. V.. Er rät stattdessen dazu, Bereich den Vertragstext vor allem im niedergelassenen Bereich so überschaubar wie möglich zu halten. Dauer der Vertretung, Aufgaben, ein Stundenhonorar, Schweigepflichtvereinbarung und die Bestimmung, dass der Vertreter über eine eigene Berufshaftpflichtversicherung verfügen muss: Mehr benötige man

Simone Vogt: ist Fachanwältin für Medizinrecht bei der Kanzlei Dr. Fürstenberg & Partner.

Foto: Dr. Fürstenberg & Partner



nicht. „Je kürzer der Vertrag gefasst ist, desto besser kann man gegebenenfalls vor Gericht für eine Selbstständigkeit argumentieren. Man muss es nur konsequent tun“, weiß er. „Wenn man alles sehr detailreich vereinbart, hängt man am Vertragstext fest. Und das geht nie gut aus.“

Steuerberater Tremmel rechnet indes mit einer weiteren Verschärfung der Kriterien seitens der Rentenversicherung. „Es gibt Anzeichen, dass die DRV in Zukunft nicht mehr wie bisher üblich drei Auftraggeber als ausreichend betrachtet, um eine Selbstständigkeit anzunehmen“, sagt er. „Ob künftig fünf oder zehn Auftraggeber nachgewiesen werden müssen, ist noch ungewiss, aber dass es zu einer Erweiterung kommt, ist zu erwarten.“ Möglichst mehrere Vertreter, möglichst keine regelmäßigen Vertretungen, bei denen man einen Rhythmus erkennen kann, kurzzeitig und vor allem für Situationen, die auch erlaubt sind, empfiehlt er Praxisinhabern. Im Prinzip sollte der Arzt aber bei jeder Leistung, die er sich einkauft – von Reinigungsdiensten über IT-Fachkräfte bis hin zur ärztlichen Vertretung – darauf achten, dass er tatsächlich ein am freien Markt tätiges Unternehmen beauftragt. ■

Tilgners Bericht aus Berlin Stürmisch geht's zu in der Republik. Nach den Wahlen in Bayern und Hessen sieht es in der „großen“ Politik nicht gerade rosig aus. Wird das auch auf die Gesundheitspolitik unmittelbare Auswirkungen haben?

Text: **Stefan Tilgner**

Virus der Regulierung grassiert



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

Unzweifelhaft waren die Wahlen auch ein Signal nach Berlin, wo es mit der Regierungsarbeit bekanntlich immer noch nicht so läuft, wie man es sich in der holperig zustande gekommenen GroKo wohl vorgestellt hatte. Die Gesundheitspolitik hat sich entgegen den Erwartungen allerdings tatsächlich zu einem der Themen entwickelt, das gelegentlich eher positive Schlagzeilen erzeugt. Das liegt vor allem an den sehr populistischen Themen, die sich der aufstrebende Minister Jens Spahn auf die Agenda gesetzt hat. Ziel seiner Bemühungen sind zweifellos die Bürger, die seinen offensichtlichen Zukunftsambitionen gewogen sein sollen. Protest gegen geringere Kassenbeiträge, kürzere Wartezeiten für Arzttermine oder mehr Personal für die Pflege dürfte es wohl kaum geben. Also mal ein Politikfeld, wo Ruhe zur vermeintlichen Bürgerpflicht gehört? Der Schein trügt, wenn man hinter die Kulissen schaut.

Keine Effekthascherei

In Zeiten voller Kassen lassen sich als Wohltat empfundene Entscheidungen wunderbar verkaufen. Die Milliardenüberschüsse der GKV verschaffen Spahn einen Handlungsspielraum, den er sonst nicht hätte. Immerhin: Hätten wir aktuell eine Mehrheit im Bund, die eine Bürgerversicherung umsetzen könnte, würden die Milliarden wohl in der notwendigen Steuerungsmaschinerie eines dann quasi staatlich gelenkten Gesundheitswesens verpuffen. Also doch alles auf dem richtigen Weg? Nein, Bedenken sind mehr als angebracht. Denn Gesundheitspolitik ist nach wie vor ein zu komplexes Geschehen mit weitreichenden Wirkmechanismen. Keinesfalls tauglich für politische Effekthascherei. Schnelle populistische Entscheidungen sind da kontraindiziert.

Überbordende Regelungswut

Ein gutes Beispiel ist das sogenannte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Spahn inzwischen auf die Zielgerade gebracht hat. Ärzten bei ihrer Entscheidung, welche Patienten sie aus wohlwollenden Gründen wann in die Sprechstunde bitten, eine gesetzliche Zwangsjacke zu verpassen, passt einfach nicht in ein Gesundheitssystem, das im Wesentlichen auf freiberuflicher Basis und Verantwortung einer hochmotivierten Profession beruht. Der Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der Fachärzte, Dr.

Dirk Heinrich, schimpfte beim jüngsten Fachärztetag keineswegs zu Unrecht: „Eine überbordende Regelungswut gleicht einem Krebsgeschwür, das unsere gute Patientenversorgung erdrückt.“ In der Tat dürfte die Pflicht, selbst in Bagatelldfällen die auch bei 25 Sprechstunden seltenen Facharzttermine kurzfristig zu vergeben, eher negative Folgen für die Versorgung von ersten Fällen und Chronikern haben. Effekthascherei der Politik hat Ärzten noch nie ein Mittel an die Hand geliefert, notleidenden Patienten zu helfen.

Gesundheitspolitische Diskussionen laufen – das ist erfreulich – im Gegensatz zu früheren Jahren nicht mehr unter einem über allen Fragen schwebenden Spardiktat der gesetzlichen Kassen ab. Und auch die Begehrlichkeiten auf die Rücklagen der privaten Versicherungen lassen sich nicht mehr überzeugend vertreten. Dennoch haftet dem System der Virus regulativer Einschränkungen an. Ein Großteil der aktuell tätigen gesundheitspolitischen Abgeordneten hat offensichtlich nicht das Vertrauen in eine funktionierende Selbstverwaltung, wie sie in früheren Jahren unser Gesundheitswesen geprägt hat. Der Ehrlichkeit halber muss man sagen, dass die Selbstverwaltung – besonders auch die hier organisierte Ärzteschaft – in der Vergangenheit nicht gerade an der Rechtfertigung dieses Vertrauens gearbeitet hat.

Veranstaltungen

JANUAR 2019

Mi 16
JAN
SEMINAR GOÄ Basiswissen für das Praxisteam
Münster
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Mi 23
JAN
SEMINAR Abrechnung nach UV-GOÄ
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Mi 23
JAN
SEMINAR GOÄ-Grundlagen
Karlsruhe
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

FEBRUAR 2019

Mi 06
FEB
SEMINAR Fit am Empfang
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

Mi 13
FEB
SEMINAR GOÄ-Fachseminar Orthopädie
Trier
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

Mi 13
FEB
SEMINAR Fit am Empfang – die „Visitenkarte“ der Praxis
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

Mi 13
FEB
SEMINAR GOÄ-Basiswissen für Arzt und Praxisteam
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

MÄRZ 2019

Mi 13
MER
SEMINAR Prävention in der Arztpraxis – Kompaktseminar
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi 13
MER
SEMINAR GOÄ-Basisseminar
Neunkirchen
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

Mi 20
MER
SEMINAR GOÄ-Fachseminar Kardiologie
Osnabrück
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Mi 20
MER
SEMINAR GOÄ-Seminar
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi 20
MER
SEMINAR GOÄ – Die Gebührenordnung für Ärzte
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

Schleppende Digitalisierung

Reguliert wird bei den Ärzten nicht nur die Terminvergabe. Fehlsteuerung durch eine inkompetente Bedarfsplanung, Festhalten an längst überfälligen Rahmenbedingungen wie der Budgetierung ärztlicher Leistungen schaffen nicht das Klima, in dem Innovationen schnell gedeihen. Wen wundert es da, dass gerade auch in einem Feld, das sich die Politik quer durch alle Fraktionen aufs Schild geschrieben hat, keine echten Fortschritte zu registrieren sind. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens geht – gelinde gesagt – schleppend voran. Nachdem von der elektronischen Patientenakte inzwischen kaum noch gesprochen wird, könnte der elektronischen Patientenakte (ePA) möglicherweise ein ähnliches Schicksal drohen. Auch hier steht wieder ein Sammelsurium von Partikularinteressen einer vernünftigen und aus der Profession erwachsenden Lösung im Wege. In manchen europäischen Nachbarländern ist lange Realität, was hier in Strategiepapieren noch als Zukunftsvision kursiert. Ändert sich die Situation nicht, könnten die Bürger eines Tages durch die normative Kraft ihrer Smartphone-Apps abstimmen. Dr. Google und Prof. Apple lassen grüßen, denn sie stehen längst parat, stark in die Versorgungsrealität hierzulande einzugreifen.

Wie schnell das geht, ist derzeit in einigen ärztlichen Fachgebieten zu beobachten, wo Konzerne konzentriert Facharztsitze aufkaufen, um Versorgungseinheiten zu bilden, die eben nicht mehr unter der Verantwortung von freiberuflich-niedergelassenen Ärzten stehen. In der Nephrologie, Radiologie oder aber auch bei Zahnarztpraxen hat dies jüngst Ausmaße erreicht, die ganz neue, eher industriell anmutende Versorgungsrealitäten absehbar machen. Interessante Ideen, wie beispielsweise das kürzlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Universität Bayreuth entwickelte Konzept, unwirtschaftliche Kliniken in „Integrierte Gesundheitszentren“ (IGZ) unter ärztlicher Leitung umzuwandeln, könnten so schnell von ganz anderen, rein kommerziell orientierten Projekten überholt werden.

Es gibt auch Gutes

Trotz allem gibt es schließlich aber auch Erfreuliches: Die deutsche Ärzteschaft – ambulant wie stationär – trägt mit fast 12 Prozent des erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukts zu unserer Wirtschaft bei. Allein Fachärzte, so belegt der jährlich im Auftrag des Spitzenverbands der Fachärzte ermittelte „medizinisch-ökonomische Fußabdruck“, schaffen mit 125 Milliarden Euro jährlich mehr als ein Drittel der Wertschöpfung. Das Gesundheitswesen entwickelt sich auch deswegen mit hoher Geschwindigkeit zu einem der führenden Wirtschaftszweige Deutschlands, als Jobmotor, als Investor in moderne Hochtechnologie und als Impulsgeber für die Forschung. Schon zu Zeiten der Industrialisierung zählte die Ärzteschaft zu den Taktgebern einer zukunftsorientierten Entwicklung. Damals hat die Gesellschaft das als Wohltat empfunden und die Politik mit gutem Grund die Basis für eine Selbstverwaltung gelegt. Sicherlich keine schlechte Idee, sich jetzt daran zu erinnern. ■

Abrechnung Die Gebührenordnung differenziert zwischen einfachen und ausführlichen Berichten. Doch was unterscheidet die Berichtsformen und wann können Berichte als eigenständige Leistungen abgerechnet werden? Ein tiefer Blick in die GOÄ sorgt für Klarheit.

Text: **Andrea Adams**

Einfach oder ausführlich?

Die Anforderungen an die unterschiedlichen Berichte ist der Leistungslegende der GOÄ-Ziffern Abschnitts B VI „Berichte, Briefe“ einschließlich der Anmerkungen sowie den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitt M, 1., Satz 2 und Abschnitts O, Satz 3 zu entnehmen.

Eine Befundmitteilung oder ein einfacher Befundbericht sind mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten. Ein Analogabgriff mit der Ziffer 70 oder 75 GOÄ ist nicht erlaubt.

Die Ziffer 70 GOÄ umfasst ausschließlich kurze Bescheinigungen, kurze Zeugnisse oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Geht die Bescheinigung über den Umfang einer regulären kurzen Bescheinigung hinaus, so kann dies über den Steigerungssatz der Ziffer 70 GOÄ (max. 3,5) berücksichtigt werden. Wird mehr als eine Bescheinigung ausgestellt, so ist die Ziffer 70 GOÄ je Bescheinigung/Zeugnis/Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung berechnungsfähig.

Eine Ausnahme für den Analogabgriff der Ziffer 70 GOÄ besteht beim vorläufigen Bericht aus stationärer Entlassung. Diesen Bericht hat die Bundesärztekammer in ihre Empfehlungen für „Analoge Bewertungen“ mit der Ziffer A72 aufgenommen. Der vorläufige Entlassbericht enthält in der Regel Mitteilungen über die im Krankenhaus durchgeführte Therapie und weitere Therapieempfehlungen.

Der Leistungstext der Ziffer 75 lautet: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zur dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie).“ Zur Berechnung der Ziffer 75 GOÄ sind zwingend Angaben zur Anamnese, zu den Befunden und zur epikritischen Bewertung erforderlich. Das Kriterium für den Ansatz der Ziffer 75 ist nicht die absolute Länge des Textes, sondern die Vollständigkeit des durch die Leistungslegende geforderten Inhalts. Fehlt eine dieser Mindestvoraussetzungen, so ist der Leistungsinhalt nicht erfüllt und die Ziffer 75 kann nicht, auch nicht analog oder mit reduziertem Faktor, angesetzt werden.

Es ist nicht allgemein bekannt, dass schon für die Berechnung des 1,0-fachen Satzes einer Gebührenziffer der Leistungsinhalt in allen Punkten erfüllt sein muss. Durch die Wahl eines unter dem Schwellenwert liegenden Faktors (<1,8 oder <2,3) wird der Mangel eines fehlenden Leistungskriteriums nicht geheilt. Aufwändige Abwägungen und „Diskussionen“ innerhalb eines ausführlichen Krankheits- und Befundberichtes bei beispielsweise schwierigen Krankheitsbildern oder Differentialdiagnosen, oder Verfassen des Briefes z. B. in englischer Sprache, können Kriterien für die Überschreitung des Mittelwertes sein. Dies bedeutet, dass ein höherer Steigerungssatz bis maximal zum 3,5-fachen möglich ist. Bei Versand einer kurzen Bescheinigung oder eines Zeugnisses, einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eines ausführlichen Krankheits- und Befundberichtes per Post kann zusätzlich zur Gebührenziffer 70 oder 75 das Porto in Rechnung gestellt werden. ■

ABRECHNUNG		
	ZIFFER 70 GOÄ	ZIFFER 75 GOÄ
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	✓	✗
Brief mit Angaben zur Anamnese, Befund und Epikrise	✗	✓
Brillenverordnung	✗	✗
Einfacher Befundbericht	✗	✗
Histologieantrag	✗	✗
Hörgeräteverordnung	✗	✗
Kurze Bescheinigung	✓	✗
Kurzes Zeugnis	✓	✗
Mitteilung Laborbefund	✗	✗
Rezept i. V. mit Arztkontakt	✗	✗
Schulbescheinigung	✓	✗

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.
Marienstraße 30
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.

Widerspruchshinweis

Soweit Sie der Nutzung Ihrer Adressdaten und der Zusendung der Zeitschrift für die Zukunft widersprechen wollen, senden Sie bitte eine kurze Nachricht und eine Kopie des Adressfeldes der Zeitschrift, die Ihnen zugesandt wurde, an die Redaktion per E-Mail unter redaktion@zifferdrei.de, per Fax an + 49 30 28049635 oder per Post an die oben genannte Anschrift der Redaktion.

Erscheinungstermin

03.12.2018

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN'S

Kolumne

Much ado about nothing? Das scheint die Einschätzung der Bundesregierung zu sein, wenn es um die Warnungen der Zahnärzteschaft vor MVZ-Ketten in Hand von Private-Equity-Gesellschaften geht. Im Kabinettsentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz haben die Befürchtungen der Zahnärzte keinen Niederschlag gefunden. Um den Einfluss von Kapitalinvestoren zu begrenzen, soll allein die Gründungsmöglichkeit nicht-ärztlicher Dialyseeinrichtungen auf fachbezogene MVZs beschränkt werden. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates sieht das schon kritischer. Er hat Vorschläge vorgelegt, um Monopolisierungstendenzen zu begegnen. Denn es geht schon lange nicht mehr nur um Zahnärzte. Auch andere skalierbare Fachrichtungen wie Radiologie und Augenheilkunde werden bereits intensiv behandelt.

Private-Equity-Gesellschaften kaufen und verkaufen. Das ist ihr Geschäftsmodell. Nun nehmen sie die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland ins Visier. Das GKV-System lässt das Risiko gegen Null gehen. Zudem verspricht die demographische Entwicklung in unserem Land hohe Renditen. Die Suche der Investoren nach gewinnbringenden Konzepten trifft auf eine ambulante Versorgungslandschaft im Umbruch. Zum einen werden die Investitionskosten für eine Praxis immer höher, zum anderen unterscheiden sich die Lebensvorstellungen vieler junger Ärztinnen und Ärzte von der ihrer Eltern- und Großelterngeneration. Unstrittig ist, dass Arztpraxen für eine gute Medizin Investitionen brauchen. Strittig ist, wer investieren darf oder soll. Investieren Private-Equity-Gesellschaften, liegt die Annahme nahe, dass in die Behandlungsempfehlungen Überlegungen einfließen, die nicht nur dem individuellen Patientenbedarf geschuldet sind. Wollen motivierte junge Ärztinnen und Ärzte investieren, fragen die Banken nach Sicherheit. Die seit vielen Jahren schwelende Diskussion um die Einführung einer Bürgerversicherung steht der Finanzierungsbereitschaft der Banken im Wege. Uns muss klar sein, was auf dem Spiel steht: die freiberufliche Berufsausübung. Deren Grundpfeiler sind Weisungsunabhängigkeit und Gemeinwohlauftrag. Die große Aufgabe besteht darin, eine zukunftsorientierte Medizin und die Freiberuflichkeit des Arztberufes gemeinsam als Wegweiser zu nehmen. Der Vorstoß der Bundeszahnärztekammer, Kapitalgesellschaften zu Pflichtmitgliedern der Kammern zu machen, ist ein Denkanstoß in die richtige Richtung. ■

Organspende Gesundheitsminister Jens Spahn will die Zahl der Organspender deutlich erhöhen. Doch seine Pläne gehen zu weit.

Text: Dorothea Siems Illustration: shutterstock/Alfmalier

Von wegen „sanfter“ Druck

Gesundheitsminister Jens Spahn strebt danach, die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen. Im vergangenen Jahr erreichte deren Zahl mit 797 einen neuen Tiefpunkt. Gleichzeitig warteten Tausende Patienten auf ein Herz, eine Niere oder ein anderes lebensrettendes Organ. Viele von ihnen warten seit Jahren und in zahlreichen Fällen hoffen die Kranken vergebens.

Um die Spenderbereitschaft zu erhöhen, will der CDU-Politiker nun die in Deutschland geltende Regel umkehren. Bislang muss sich der Bürger aktiv dafür entscheiden, dass ihm nach seinem Tod Organe zum Zweck der Transplantation entnommen werden dürfen. Geht es nach Spahn, dann gilt künftig eine Widerspruchsregel: Jeder Erwachsene ist automatisch ein potenzieller Spender, wenn er dies nicht ausdrücklich abgelehnt hat. Das Kalkül des Ministers: Die Spenderbereitschaft ist viel größer als die Zahl der Spenderausweise anzeigt. Viele Menschen sind grundsätzlich nicht abgeneigt, nach ihrem Tod auf diese Weise anderen Menschen in Notsituationen noch helfen zu können. Doch die wenigsten gehen den Schritt tatsächlich – sei es aus Unkenntnis oder aus Phlegma. Und überhaupt: Wer denkt schon gerne an den Tod?

Mit der Widerspruchsregelung will sich Spahn diese menschlichen Schwächen zunutze machen. Wer sich nicht mit dem Thema auseinandersetzen will, handelt dann künftig ganz im Sinne der Gesellschaft: Er wird Spenderkandidat. Der Eingriff, den der Gesetzgeber hier plant, ist viel weitreichender und ethisch problematischer, als es zunächst scheint. Und der in der Ökonomie als „Nudging“ bezeichnete Politikansatz ist keineswegs unumstritten. Ein Staat, der für einen guten Zweck seine Bürger in eine bestimmte Richtung drängt – wenn auch ohne Gewalt oder Zwang auszuüben –, setzt die Menschen gezielt unter Druck. Eine Widerspruchsregelung zwingt denjenigen, der aus welchen Gründen auch immer nicht spenden will, sich zu rechtfertigen. Und zwar in einer Frage in der man zwangsläufig moralisch in der Defensive ist. Die Widerspruchsregelung stellt somit einen massiven Eingriff in die individuelle Freiheit dar. Denn auch das Recht, nicht handeln zu müssen, bedeutet Freiheit.

Natürlich ist die Not der Patienten, die dringend auf ein Organ angewiesen sind, ein gewichtiges Argument. Doch gibt es im Gesundheitssystem andere Verbesserungsmöglichkeiten, die in Deutschland noch gar nicht ausprobiert

Organspendeausweis

Organspende

JA NEIN



wurden. Der große Organspendenskandal 2012 hat den zuvor sehr positiven Trend jäh umgekehrt. Dass einige Mediziner und Kliniken Krankenakten manipuliert hatten, um ihren Patienten zulasten anderer Kranker bessere Chancen auf ein Organ zu verschaffen, hat ein ungeheures Misstrauen erzeugt. Transparenz, Aufklärung und systematische Vertrauensbildung sind deshalb unabdingbar. Überdies wirken in Deutschland auch strukturelle Faktoren im Gesundheitswesen als Hemmnis. Denn in den meisten Fällen kommt es trotz Vorliegens eines Spenderausweises am Ende gar nicht zur Organentnahme. Mit einem Gesetz will die Bundesregierung hier Verbesserungen erreichen. So sollen die Transplantationsbeauftragten in den Kliniken mehr Zeit für ihre Arbeit erhalten. Auch sollen Krankenhäuser für Organspenden und für das Vorhalten der dafür benötigten Infrastruktur besser bezahlt werden. Und auch mehr Transparenz und Information sind vorgesehen. Erst wenn diese sinnvollen Maßnahmen keinen Fortschritt erbringen, sollte der Gesetzgeber auch über eine Änderung der Zustimmungsregel zur Organspende entscheiden. Als Kompromiss könnte jeder Erwachsene verpflichtet werden, sich zu entscheiden, ob er zur Organspende bereit ist oder nicht. Eine solche Pflicht zur Entscheidung schränkt die Freiheitsrechte des Einzelnen viel weniger ein als Spahns Widerspruchsregel. ■



Stiftung Privatmedizin

für eine freiheitliche Beziehung
zwischen Patient und Arzt

Gesundheit ist
Freiheit, Verantwortung,
Forschung
und Mehrwert.

„Stiftungen sind wichtige Akteure der Bürgergesellschaft. Ihre Bedeutung wird künftig noch zunehmen. Stiftungen ermöglichen es den Bürgerinnen und Bürgern, privates Vermögen für gemeinwohlorientierte Zwecke zur Verfügung zu stellen. Der Staat privilegiert die Rechtsform Stiftung unter anderem im Steuerrecht und im Erbrecht.“

Aus dem Bericht der Enquete-Kommission
„Zukunft des gesellschaftlichen Engagements“
des 14. Deutschen Bundestages.



www.stiftung-privatmedizin.de

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

