

# zifferdrei

Ausgabe 2 · Herbst 2015

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



## Patientenbindung

Hier geht es auch um Emotionen und Kommunikation.

**6**

### Praxismanagement

#### Qualitätsmanagement

Bewährte Instrumente für das Risiko- und Fehlermanagement nutzen.

**8**

### Praxis & Recht

#### Mietverträge

Schlechte Regelungen können Sie teuer zu stehen kommen. Tipps, um Fehler zu vermeiden.

**19**

### PVS-Positionen

#### Ziele klar im Blick

Ein Interview mit dem Verbandsvorsitzenden Dr. Jochen Michael Schäfer.

## Ausgabe 2 Die Themen in diesem Heft

Titellillustration: Miguel Montaner

### Praxismanagement



4

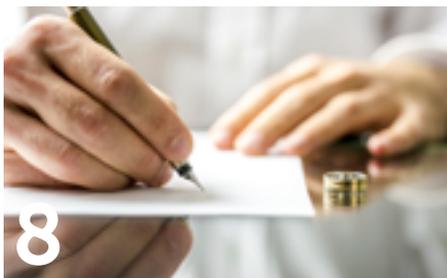
#### Titel: Bleibt doch!

Es ist schwieriger und teurer, einen neuen Kunden zu finden als einen bisherigen zu halten. Doch auch Patienten an sich zu binden, erfordert mehr als gute, fachliche Arbeit. Atmosphäre ist gefragt – und kluge Kommunikation.

#### 6 Risiken erkennen und als Chancen begreifen

Seit gut einem Jahr ist die Einführung eines Risiko- und Fehlermanagements in der Praxis Pflicht. Mit den bereits etablierten Methoden des Qualitätsmanagements lässt sich auch diese Aufgabe meistern.

### Praxisfinanzen



8

#### Scheiden tut weh

Auch finanziell. Im Scheidungsfall kann der eine Ehepartner vom anderen eine Ausgleichszahlung über die Hälfte des in der Ehe erwirtschafteten Vermögens verlangen. Der Praxiswert gehört dazu.

### Praxis & Recht



11

#### Der ewige Streit um das Zeugnis

Das Arbeitszeugnis ist für den ausscheidenden Mitarbeiter der Türöffner zum nächsten Bewerbungsgespräch. Für den Arbeitgeber ist es zunächst einmal eine gesetzliche Pflicht. Was gilt es zu beachten, damit es nicht zu Auseinandersetzungen um das Zeugnis kommt?



14

#### Der Teufel steckt im Detail

Die Praxisräume binden viel Kapital. Langfristige Mietverträge zahlen sich aus. Tipps und Hinweise, wie Sie Fehler in Mietverträgen erkennen und vermeiden können.

### PVS-Positionen



19

NEUES AUS DEM VORSTAND

#### Die Ziele klar im Blick

Ein Gespräch mit dem wiedergewählten Vorstandsvorsitzenden des PVS Verbandes, Dr. Jochen-Michael Schäfer.

17 | SCHÄFERS KOLUMNE

22 | TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN

#### Kampf um unsere Werte

23 | VERANSTALTUNGEN



24

NEUES AUS DEM VORSTAND

#### Fokus Freiberuflichkeit

Die Jahreshauptversammlung des PVS Verbandes hat den Münsteraner Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Christof Mittmann in den Vorstand berufen. Ein Portrait.

## Gesundheitspolitik



### Anti-Korruptionsgesetz

Anfang des Jahres schlugen die Wellen hoch. Grund war der Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen. Inzwischen wurde der Entwurf überarbeitet und die anvisierte Regelung soll zum nächsten Jahr in Kraft treten.



### E-Health-Gesetz

Das E-Health-Gesetz hat die ersten Hürden genommen und ist im Deutschen Bundestag angekommen. Hält der Zeitplan, dürften viele niedergelassene Ärzte das neue Gesetz schon ab 2016 im Alltag konkret erleben. Doch es gibt offene Flanken.

## zifferdrei

3 | EDITORIAL

17 | IMPRESSUM

30 | GASTKOMMENTAR

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die große Resonanz auf die erste Ausgabe unserer neuen Verbandszeitschrift hat uns überwältigt. Das Konzept, Ihnen mit **zifferdrei** konkrete Praxisthemen zusammen mit Informationen aus der Gesundheitspolitik und dem PVS Verband in guter journalistischer Manier anzubieten, ist mit viel Lob bedacht worden. Dafür danken wir Ihnen. Wir bemühen uns, all Ihre Anregungen und Themenvorschläge in den nächsten Ausgaben aufzugreifen..

Kurz vor der Sommerpause hat die Regierung einen wahren Gesetzesmarathon veranstaltet. Ein gesundheitspolitisch relevantes Gesetz nach dem anderen wurde abgearbeitet. Das Versorgungsstärkungs- und das Krankenhausstrukturgesetz, das Präventionsgesetz, das IT-Sicherheitsgesetz, das für die deutschen Krankenhäuser einschneidende Konsequenzen haben wird, das E-Health-Gesetz und jetzt, schon nach Beginn der offiziellen Politikferien, auch noch das Anti-Korruptionsgesetz haben entscheidende Hürden genommen oder wurden verabschiedet. Die wichtigsten Auswirkungen der neuen Regelungen haben wir für Sie in den verschiedenen Beiträgen aufgegriffen.

Wir haben aber in dieser Ausgabe nicht nur politische Themen für Sie, sondern auch ganz praktische. Unter anderem sind wir der Frage nachgegangen, wie es gelingen kann, die Patientinnen und Patienten langfristig an die Praxis zu binden. Und wir haben uns gefragt, wie man aus der auferlegten Pflicht zum Risiko- und Fehlermanagement positiven Nutzen ziehen kann. Und auch Rechtstipps haben wir für Sie eingeholt. Was muss man bei den Mietverträgen für die Praxis beachten? Und wie kann man Auseinandersetzungen um Arbeitszeugnisse vermeiden?

Nicht zuletzt geht es auch um den PVS Verband selbst. Im Juni hat die Jahreshauptversammlung turnusgemäß einen neuen Vorstand gewählt. Dr. Jochen-Michael Schäfer wurde als Vorsitzender in seinem Amt bestätigt. Das haben wir zum Anlass genommen, mit ihm über seine Ziele und das, was gute Medizin ausmacht, zu sprechen. Neu in den Vorstand gewählt worden ist Dr. Christoph Mittmann. In einem Portrait stellen wir Ihnen den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Münster vor.

Wir wünschen Ihnen auch für diese Ausgabe Ihrer **zifferdrei** viel Freude bei der Lektüre.



**Ulrike Scholderer**  
managt seit neun Jahren für den PVS Verband die Kommunikation mit und zwischen den Mitgliedern, externen Ansprechpartnern, Journalisten und Politikern.

Ihre

Ulrike Scholderer  
Chefredakteurin

# Bleibt doch!



**Patientenbindung** Es ist schwieriger und teurer, einen neuen Kunden zu finden als einen bisherigen zu halten. Doch auch Patienten an sich zu binden, erfordert mehr als gute, fachliche Arbeit. Atmosphäre ist gefragt – und kluge Kommunikation.

Text: **Romy König** | Praxisfoto: **Angela Moewes** | Portrait Brenneis: **Dominik Brenneis**

## Strategie

**Besser als Einzelmaßnahmen:  
Eine Strategie aufsetzen!**  
Überlegen Sie sich: Auf welche Kundengruppe wollen Sie sich spezialisieren? Wer kommt in Ihrem Einzugsgebiet in Betracht? Liegt Ihre Praxis in einem Ballungsraum, könnte eine spezielle Abendsprechstunde für Berufstätige interessant sein.



**A**lles in dieser Praxis ist durchdacht: der massive, helle Eichenboden, das Bambusgesteck auf der Rezeptionstheke, die Farbe Grün, die sich in Bildern, in der Einrichtung, in den Visitenkarten spiegelt. Angela Moewes hat nichts dem Zufall überlassen. „Hinter unserem Praxisauftritt steckt ein Gesamtkonzept“, sagt die Orthopädin. Ihre Bochumer Praxis soll natürlich wirken, aber vor allem: ein schönes Ambiente schaffen. „Meine Patienten sollen sich bei mir wohl fühlen. Damit setze ich mich von anderen Orthopäden ab.“ Das langfristige Ziel dahinter: Die Patienten sollen ihr treu bleiben – und

gar nicht erst auf die Idee kommen, zu einem anderen Facharzt zu wechseln.

„Patientenbindung ist eines der wichtigsten Themen, mit denen sich ein Praxisinhaber beschäftigen sollte“, sagt Dominik Brenneis, Inhaber des Unternehmens Consanitas, das Ärzte und Apotheker berät. Die Idee hinter dem Ansatz ist bestrickend einfach: Wenn sich die Patienten in der Praxis gut aufgehoben fühlen, kommen sie wieder, mehr noch: Sie werden auch ihren Freunden und Kollegen von der positiven Erfahrung berichten. Empfehlungsmarketing nennen das Vertriebs- und Werbeexperten. Dahinter

## Service

### Ein guter Service schärft das Profil einer Praxis:

Führen Sie ein Recall-System ein, über das Patienten an Prophylaxe- und Vorsorgetermine erinnert werden; einige IT-Programme machen auch auf Geburtstage der Patienten aufmerksam. Wird die Wartezeit etwas länger? Bieten Sie einen Ersatztermin an – oder ein Getränk.

verbirgt sich eine neue Denkweise, die sich unter niedergelassenen Ärzten erst langsam durchsetzt. Der Hintergrund mag kaum einem Praxisinhaber gefallen, gleichwohl ist er Realität: In vielen Gegenden, zumal in Großstädten, herrscht ein so großes Angebot an Praxen, dass der Patient ausreichend Wahlmöglichkeiten hat – und die Ärzte untereinander um die Patienten wetteifern müssen. Ärzte sollten Patientenbindung deshalb als Teil des gesamten Praxismarketings verstehen, sagt Berater Brenneis: „Eine Praxis sollte so patientengerecht wie möglich geführt werden.“

### Patienten emotional ansprechen

Eine gute Atmosphäre, wie sie in der sorgfältig gestalteten Praxis von Angela Moewes herrscht, bewirkt viel. Brenneis: „Bei der Patientenbindung geht es um Emotionen – das Ambiente einer Praxis ist oft entscheidend.“ Doch das allein reicht nicht, kann sogar zur reinen Dekoration verkommen – zu einem Etikettenschwindel, den die Patienten schnell spüren. Die schönste Blumendekoration nützt nichts, wenn der Ton zwischen Mitarbeitern und Patienten nicht stimmt. „Patientenbindung funktioniert über eine wertschätzende Kommunikation“, ist Kay F. Weltersbach überzeugt. In Seminaren schult er ärztliches Personal darin, bewusster mit Patienten zu sprechen und ein paar Grundregeln zu beachten. Zum Beispiel: bestimmte Floskeln zu vermeiden. „„Das habe ich Ihnen doch vorhin schon gesagt“, oder: ‚Das sehen Sie falsch‘ – das sind al-

## Mehr als ein „Behandlungsfall“

Schon beim Empfang sollte Freundlichkeit herrschen. Anne Schuster etwa hält ein Lächeln zur Begrüßung für eine Selbstverständlichkeit. „Patienten, die freundlich und mit Namen begrüßt werden, spüren, dass sie nicht nur ein Behandlungsfall sind“, sagt die Leiterin von Büdingent, einem Geschäftsbereich der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen. Kommen Patienten zum ersten Mal in die Praxis, sollte sich der Mitarbeiter, der ihn in Empfang nimmt, zudem mit Vor- und Nachnamen vorstellen. „Das gehört sich so und schafft gleich eine Bindung“, so Brenneis.

Was für die Praxisangestellten gilt – ein respektvoller Ton und Umgang –, gilt für den Mediziner erst recht. Der Patient könne schließlich die fachliche Qualifikation des Arztes kaum beurteilen, so Brenneis. „Die Entscheidung für oder gegen einen Arzt hängt oft von dessen Zuwendung dem Patienten gegenüber ab.“ Ein Mediziner, der das verinnerlicht hat, ist Holger Fritzsching: Der Orthopäde aus Passau nutzt seine Praxissoftware, um sich intern über kurzfristige Probleme von Patienten zu informieren. Steht ein Patient mit einem dringenden Anliegen am Empfang, schickt die Mitarbeiterin dem Arzt eine digitale Nachricht. „Dann kann ich mich beim Patientengespräch auf die Situation einstellen“, so Fritzsching. Das System erinnert ihn auch an die Geburtstage seiner Patienten – damit er gratulieren kann. „Ich bin rein privatärztlich tätig“, sagt der Mediziner. „Da sind solche Maßnahmen zur Patientenbindung notwendig.“

## Homepage

### Ein Webauftritt ist heute für Ärzte fast unerlässlich.

„Immer mehr Patienten suchen im Web nach dem Zahnarzt ihrer Wahl“, erklärt Anne Schuster. Praktischer Nebeneffekt: Ärzte können ihre Homepage für die Terminvergabe nutzen oder eine Rückruffunktion anbieten.

## Mit den Augen des Patienten

Einen Blick für die Schwachstellen ihrer Praxis haben nur wenige Ärzte, sagt Brenneis. Sie arbeiten von Termin zu Termin, hetzen von Fall zu Fall. Hier helfe nur eins, sagt Brenneis: „Die Patientenbrille aufsetzen!“ Einmal pro Monat, ruhig gemeinsam mit den Mitarbeitern, ganz bewusst durch die Praxis gehen, einzelne Abläufe durchspielen – und sich dabei in die Lage des Patienten versetzen: Wie wirkt der Empfang? Wie das Wartezimmer? Würde ich in dieser Praxis als Patient bleiben wollen? Ein solcher Rundgang öffnet den Blick, erlaubt einen Fresh-Eyed-View.

Ob es aufwändig ist, anstrengend gar, sich um seine Patienten zu bemühen? Sicher. Aber, wie Anne Schuster sagt: „Es ist weit weniger aufwändig, einen Patienten zu binden – als einen neuen zu gewinnen.“ ■

„Eine Praxis sollte so patientengerecht wie möglich geführt werden.“

Dominik Brenneis, Unternehmensberater

les Bewertungen, die Probleme auf der Beziehungsebene schaffen“, so Weltersbach. Besser: Neutral bleiben, ruhig, höflich. Und Lösungen anbieten: „Die Zahnärztin behandelt gerade, aber geben Sie mir doch bitte ein Stichwort – dann werde ich das klären.“

Seit gut einem Jahr ist die Einführung eines Risiko- und Fehlermanagements in der Praxis Pflicht. Mit den bereits etablierten Methoden des **Qualitätsmanagements** kann auch diese Aufgabe gemeistert werden.

Text: **Ulrike Scholderer** | Foto: **Matthias Frank**

# Risiken erkennen und als Chancen begreifen

**S**eit April letzten Jahres ist das Risiko- und Fehlermanagement als eigenständiges Instrument des Qualitätsmanagement-Systems (QM) in der Arztpraxis vorgeschrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dieser Änderung der verbindlichen Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung verfügt, dass Festlegungen zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen getroffen und Verbesserungsprozesse implementiert werden müssen. Risiken sollen erkannt, bewertet, bewältigt und überwacht werden.

## Auf Bewährtes zurückgreifen

„Hat eine Praxis bereits ein QM-System etabliert, ist das Risikomanagement keine unlösbare Aufgabe“, ermutigt Dr. Matthias Frank, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Karlsruhe. „Die schon eingespielten Instrumente und Methoden helfen, auch diese Anforderung zu erfüllen.“ Frank hält viel davon, mit Checklisten zu arbeiten. Er erläutert das am Beispiel eines Telefonanrufs in der Praxis. „Ruft ein Patient an und seine Beschwerden deuten auf einen möglichen Notfall hin, erfassen meine Mitarbeiterinnen mit Hilfe einer Checkliste alle relevanten Informationen“, erläutert Frank. „Sie können dann entscheiden, ob der Patient telefonisch mit dem Arzt verbunden oder ob unverzüglich ein Notfall-Hausbesuch veranlasst wird.“ Die Liste hilft, die konkrete Situation besser zu beurteilen und einen möglichen Notfall sofort zu erkennen, zu rekonstruieren und die Entscheidungen zu überprüfen – und ist so ein wichtiger Bestandteil des Risikomanagements.

Frank ist das, was man einen „Early Adopter“ nennt. Als die Gesundheitsministerkonferenz 1999 die Empfehlung aussprach, niedergelassene Ärzte künftig zu verpflichten, ein QM-System einzuführen und eine Zertifizierungspflicht vorschlug, nahm Frank den Spielball auf. Gemeinsam

mit seinem Team erarbeitete er aus den Abläufen seiner Praxis heraus ein QM-System. 2002 wurde seine Praxis dann als eine der ersten Hausarztpraxen bundesweit nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert, anschließend baute die Praxis ein Total-Quality-Management (TQM) auf. Seine Erfahrungen fasste Frank in einem Buch zusammen, das seit 2003 ein bewährter Ratgeber für die Praxis ist. „QM klappt nur im Team“, sagt Frank. „Nur gemeinsam kann man die eigenen Abläufe überprüfen und verbessern. Gerade am Fehlermanagement zeigt sich, wie wichtig gegenseitiger Respekt und Vertrauen sind.“ Denn Fehler zu beobachten und auch festzuhalten und zuzugeben, sind zweierlei Dinge. Nur wenn klar ist, dass es nicht darum geht, einander Vorwürfe zu machen, sondern darum, die Abläufe für die Patienten zu verbessern, kann Fehlermanagement gelingen.

Zu den QM-Routinen in Franks Praxis gehört es, Fehler kontinuierlich zu notieren und zu systematisieren. Dann werden sie in der Teamsitzung besprochen. Ursachen werden geklärt, Vermeidungsstrategien und Lösungen gemeinsam festgelegt. Das alles wird schriftlich niedergelegt. Lösungen

Bei der Entscheidung für ein QM-System haben die niedergelassenen Ärzte freie Hand.

können darin bestehen, Mitarbeiterinnen in bestimmten Bereichen fortzubilden, es können Checklisten erstellt, Verantwortlichkeiten geklärt oder einfach die Kommunikation verbessert werden. Ist eine Lösungsstrategie gefunden, wird überprüft, ob diese Strategie auch greift. Dahinter steht der sogenannte PDCA-Zyklus. Er gehört zu den Methoden des Kaizen, dessen Ziel es ist, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren.

Die Abfolge aus Plan (P) – Do (D) – Check (C) – Act (A) wird auf der Suche nach Optimierungsmöglichkeiten immer wieder durchlaufen.

### Nicht jeden Fehler muss man selber machen

Ein guter Einstieg ins Fehlermanagement ist die Arbeit mit Fehlerberichtssystemen im Internet. Das sind anonyme Berichtssysteme, die dazu beitragen wollen, Erfahrungen auszutauschen und die Aufmerksamkeit auf kritische Punkte in den Praxisabläufen zu lenken. Für Hausärzte hat das Institut für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität zu Frankfurt am Main das Fehlerbericht- und Lernsystem „Jeder Fehler zählt“ aufgesetzt. „Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus lernen zu können“, erläutert Initiator Prof. Dr. Ferdinand Gerlach das Projekt. Das System gibt es schon seit 2004 und ist vielfach ausgezeichnet worden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin bietet mit CIRSMedical.de seit zehn Jahren bereits eine fachübergreifende Plattform an. Die in diesen Foren vorgestellten kritischen Situationen können als Fallbeispiele in den Teambesprechungen aufgegriffen werden. Auf diese Weise gelingt es leicht, die Mitarbeiter für die Aufgabenstellung zu sensibilisieren.

### Aber wie lassen sich Risiken messen und bewerten?

Wenn Risiken und Fehler in der Praxis erkannt, besprochen und Lösungen bereits angegangen worden sind, dann bleibt laut den Vorschriften der G-BA-Richtlinie immer noch die Aufgabe, die ausgemachten Risiken auch



„Hat eine Praxis bereits ein QM-System etabliert, ist das Risikomanagement keine unlösbare Aufgabe.“

Dr. Matthias Frank, Facharzt für Allgemeinmedizin

zu bewerten. Werner Matthias Lamers, Praxisberater aus Billerbeck, empfiehlt hierfür die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA). Entwickelt wurde dieses Verfahren im Rahmen des Apollo-Projektes der NASA in den sechziger Jahren. Seit den siebziger Jahren hat es sich auch in der Luftfahrt bewährt und ist heute vor allem in der Automobilindustrie etabliert. „Der technische Hintergrund sollte nicht abschrecken“, erläutert Lamers. „Auch in der Medizin wird dieses Verfahren schon seit rund vierzig Jahren verwendet.“ Am Ende des Verfahrens steht ein Zahlenwert, der die Notwendigkeit zu handeln signalisiert.

Das Verfahren arbeitet mit Bewertungszahlen für die Auftrittswahrscheinlichkeit, den Bedeutungswert und die Entdeckungswahrscheinlichkeit sicherheitsrelevanter Ereignisse. Jedes identifizierte Risiko wird in diesen drei Dimensionen bewertet. Die Skala reicht von 1 bis 10, wobei 1 das niedrigste, 10 das höchste Risikopotential bedeutet. Die Multiplikation der Bewertungszahlen führt dann auf die sogenannte Risikoprioritätszahl. Ihr Wert liegt zwischen 1 und 1.000. Je höher der errechnete Wert ist, umso größer die Notwendigkeit, konkrete Maßnahmen zur Vermeidung dieses Fehler einzuleiten. „Im ersten Moment hört sich das merkwürdig technisch an“, räumt Lamers ein. „In der Praxis hat sich aber gezeigt, dass mit dieser Methode gute Erfolge erzielt werden.“ Tatsächlich ist dieses Verfahren auch Bestandteil der DIN EN ISO Norm 9001.

### Gretchenfrage: Zertifizierung ja oder nein?

Qualitätsmanagement wird oft als zusätzliche bürokratische Last im ohnehin schon mit Regelungen und Vorschriften überfrachteten

## Welche Qualitätsmanagement-Systeme werden genutzt\*?

\*freiwillige Angabe von 1.726 Praxen



31,7% QEP  
31,7% ISO 9001  
5,6% KPQM  
2,7% KTQ  
3,2% QiSA  
2,3 qu.no  
25% Anderer

Quelle: Qualitätsbericht der KBV

Praxisalltag empfunden. „Für das QM in der Praxis ist entscheidend, dass es aus den konkreten Abläufen, vor dem Hintergrund der individuellen Praxisziele entwickelt wird“, sagt Anke Kretschmer, QM-Managerin und -Auditorin bei der PVS Niedersachsen. „Damit Risiko- und Fehlermanagement funktionieren können, müssen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Praxisführung vom Ansatz überzeugt sein, Risiken als Chancen wahrzunehmen“, erläutert Kretschmer den Dreh- und Angelpunkt dieses QM-Instruments. Sie unterstützt Praxen bei der Einführung und Weiterentwicklung ihres QM-Systems, auf Wunsch auch bis zur Zertifizierung. Grundsätzlich hält sie eine Zertifizierung nicht unbedingt für den Königsweg. Allerdings kann eine Zertifizierung in bestimmten Kooperationen von Vorteil sein. „Möchte sich eine niedergelassene Praxis beispielsweise an einem Brustzentrum beteiligen, kann eine Zertifizierung die Tür öffnen“, erläutert Kretschmer. Immer mehr Krankenhäuser lassen ihr QM-System zertifizieren. Allein nach KTQ sind aktuell mehr als vierhundert und damit knapp ein Viertel der Häuser in Deutschland zertifiziert. Und auch ambulante Einrichtungen setzen immer mehr auf Zertifizierung. Das hat auch für die Privatärztlichen Verrechnungsstellen Folgen. „Wir verstehen uns in der Sprache des QM mit unseren Abrechnungsdienstleistungen als Lieferant unserer Kunden, also der Krankenhäuser, Medizinischen Versorgungszentren und niedergelassenen Ärzte, die uns ihre Honoraranrechnungen anvertrauen“, erläutert Kretschmer. „Damit gehören wir in die Leistungskette. Auch aus diesem Grund lassen auch die Verrechnungsstellen ihr Qualitätsmanagement zertifizieren.“

Franks Praxis hat nach einigen Jahren auf die Rezertifizierung verzichtet, denn das QM ist zum wesentlichen Bestandteil der Praxisorganisation geworden. „Eine Zertifizierung kann ein guter Anreiz sein, das QM in Angriff zu nehmen, muss es aber nicht. Es hängt von den Zielen der jeweiligen Praxis ab, ob diese Investition richtig ist“, rät Frank. Grundsätzlich lässt die G-BA-Richtlinie den Praxen bei der Wahl und Gestaltung ihres QM freie Hand. Das gilt auch für das Fehler- und Risikomanagement. „Ein solches System aufzusetzen, lohnt. Natürlich dient es zuallererst der Patientensicherheit. Ein nicht zu unterschätzender Effekt ist aber, dass es auch den Mitarbeiterinnen zugutekommt“, erläutert Frank. „Sie werden gerade in kritischen Situationen sicherer und das motiviert.“ ■

# Scheiden tut weh

**Praxisbewertung** Kommt es zu einer Scheidung, und die Ehepartner haben keinen Ehevertrag, kann der eine Ehepartner vom anderen eine Ausgleichszahlung in Höhe der Hälfte des in der Ehe erwirtschafteten Vermögens verlangen. Die Arztpraxis gehört dazu. Wie der Praxiswert dann ermittelt wird, erläutern die Experten der RST Beratungsgruppe aus Essen.

Text: Axel Witte, Doris Zur Mühlen, Dr. Markus Rohner | Fotos: iStockfoto

**M**uss in Folge einer Ehescheidung der Praxiswert für den Zugewinnausgleich ermittelt werden, werden aufwändige Berechnungen notwendig. Zur Ermittlung des Praxiswertes wird das modifizierte Ertragswertverfahren zugrunde gelegt. Zusätzlich müssen aber Besonderheiten beachtet werden, die aus den zivilrechtlichen Bestimmungen des konkreten Rechtsverhältnisses resultieren.

Die Praxisbewertung im Zugewinnausgleichsverfahren zielt auf die Ermittlung von Ausgleichsansprüchen zwischen den Ehepartnern ab. Unterstellt wird ein „fiktiver Praxisverkauf“. Dafür wird zunächst der Praxiswert ermittelt. Für die Berechnung des konkreten Ausgleichsanspruchs werden dann aber die übrigen betrieblichen Vermögens- und Schuldenpositionen berücksichtigt. Und auch die Ertragssteuern, die bei einem Verkauf der Praxis fällig würden, fließen in die Berechnung ein.

### **Entscheidend ist der Tag, an dem der Scheidungsantrag gerichtlich zugestellt wurde**

Die Praxisbewertung muss stichtagsbezogen vorgenommen werden. Dieser Stichtag ist im Falle der Ehescheidung der Zeitpunkt der förmlichen Zustellung des Scheidungsantrages durch das Gericht. Als Endvermögen bestimmt der Gesetzgeber das Vermögen, das nach Abzug der Verbindlichkeiten übrig bleibt.

Eine Praxisbewertung wird häufig erst Jahre nach der Ehescheidung in Auftrag gegeben. Die Praxisbewertung

hat dennoch zum maßgeblichen Stichtag – dem der Scheidungsantragszustellung – zu erfolgen. Zukünftige wertverändernde Faktoren, seien sie ergebnismindernd oder ergebniserhöhend, dürfen nur dann Eingang in die Ermittlung des Praxiswerts finden, wenn die entscheidenden Erkenntnisse zum Bewertungsstichtag bereits vorlagen. Der Bundesgerichtshof hat hierzu die sogenannte Wurzeltheorie entwickelt. Danach sind alle späteren Entwicklungen nur einzubeziehen, sofern deren Wurzeln in der Zeit vor dem Bewertungsstichtag liegen und bereits im Kern angelegt und absehbar waren. Spätere tatsächliche Entwicklungen, die zum Bewertungsstichtag noch nicht absehbar waren, dürfen ex-post durch einen Gutachter nicht berücksichtigt werden. Selbst dann, wenn sich die im Zeitablauf zugrunde gelegte Ertragsprognose zur Ermittlung des ideellen Praxiswerts als unzutreffend erweist. Dieses Vorgehen kann durchaus gravierende Auswirkungen haben, zum Beispiel wenn die Erträge einer Praxis aufgrund unvorhersehbarer Ereignisse einbrechen. Der Praxiswert und damit der Zugewinnausgleich sind trotzdem und wider besseres Wissen auf Basis der tatsächlich nicht mehr vorhandenen guten Ertragslage zum Bewertungsstichtag zu ermitteln. Das gilt allerdings auch umgekehrt.

In unserem Beispiel nehmen wir an, dass die Praxis erst während der Ehe erworben wurde. Der gesamte Praxiswert wird zum Stichtag des Scheidungsantrags auf Basis der modifizierten Ertragswertmethode auf 200.000 Euro berechnet.

### **Hinweis**

**Wurde die Praxis mit in die Ehe gebracht, ist zusätzlich das Anfangsvermögen für die Praxis noch einmal gesondert zu ermitteln. Dazu muss die Praxis zum Stichtag der Eheschließung bewertet werden.**

**Anschließend ist das Anfangsvermögen mit dem Lebenshaltungskostenindex auf die Preisbasis des Stichtags des Endvermögens umzurechnen, um die Geldentwertung für den Zeitraum zwischen Anfangs- und Endvermögen zu berücksichtigen.**

## Berücksichtigt werden offene Forderungen und Verbindlichkeiten

Bei einer Praxisbewertung im Zugewinnausgleich wird ein fiktiver Praxisverkauf unterstellt. Deshalb müssen das sonstige betriebliche Vermögen und die sonstigen betrieblichen Schulden zusätzlich berücksichtigt werden. Nur so kann man das gesamte betriebliche Endvermögen richtig berechnen. Die Tabelle zeigt die Berechnung unserer Beispielspraxis unter Berücksichtigung der sonstigen betrieblichen Vermögen und Schulden. Das gesamte betriebliche Reinvermögen beläuft sich jetzt auf 219.000 Euro.

Beispielrechnung	Vermögen	Schulden
Praxisgesamtwert (Substanzwert und ideeller Wert)	200.000	
Guthaben Kasse	500	
Guthaben Bank	6.500	
Vorräte	*	
Betriebsnotwendiges Anlagevermögen	*	
Forderungen ggü. KV	30.000	
Forderungen ggü. PVS / Privat	10.000	
Sonstige Vermögensgegenstände	2.000	
Langfristiges Bankdarlehen		-25.000
Verbindlichkeiten Lieferanten		-2.000
Sonstige Verbindlichkeiten		-3.000
<b>Zwischensumme</b>	<b>249.000</b>	<b>-30.000</b>
<b>Summe betriebliches Reinvermögen</b>	<b>219.000</b>	

\* im Praxiswert enthalten

## Ein kleiner Ausgleich: Die fiktive Ertragsteuer mindert die Höhe

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist bei der Bewertung einer Praxis im Rahmen der Ermittlung des Zugewinnausgleichs die Ertragsteuerlast auf den fiktiven Veräußerungsgewinn zu berücksichtigen. Denn: Würde man dem ausgleichsberechtigten Ehegatten den halben Wert der Praxis zugestehen, wäre der ausgleichsverpflichtete Ehegatte schlechter gestellt, weil er die Ertragsteuer auf den fiktiven Veräußerungsgewinn allein tragen müsste. Das widerspricht dem Ziel, das vorhandene Vermögen gleichmäßig zwischen beiden Ehepartnern aufzuteilen. Also ist eine Korrektur notwendig, mit der beide Ehegatten bei einer „Nettobetrachtung“ zum Bewertungsstichtag gleichgestellt werden. Dazu wird die persönliche Ertragsteuerlast des Praxisinhabers vom betrieblichen Reinvermögen abgezogen. Diese fiktive Ertragsteuer wird latente Steuer genannt.



Die Höhe der latenten Steuer hängt davon ab, ob Tarifbegünstigungen, wie Freibeträge oder der sogenannte „hälftige Steuersatz“ zum Tragen kommen. Zusätzlich ist die Höhe von Parametern wie zum Beispiel dem Alter des Praxisinhabers zum Bewertungsstichtag abhängig. Insgesamt ist die Berechnung äußerst komplex. Sie soll deshalb jetzt nicht weiter vertieft werden. Für unser Beispiel setzen wir eine latente Steuerlast von 45.000 Euro an. Dann geht es im Zugewinnausgleich um 174.000 Euro.

Beispielrechnung	Vermögen	Schulden
Praxisgesamtwert	200.000	
Sonstiges betriebliches Vermögen	49.000	
Sonstige betriebliche Verbindlichkeiten		-30.000
Latente Ertragsteuer		-45.000
<b>Betriebliches Endvermögen aus der Praxis</b>	<b>174.000</b>	

Normalerweise bedeutet der Zugewinnausgleich eine 50%-ige Ausgleichszahlung. In unserem Beispiel muss der Praxisinhaber seinem geschiedenen Ehepartner 87.000 Euro auszahlen.

## Komplizierte Berechnungen

Die Praxisbewertung im Zugewinnausgleich geht deutlich über die Ermittlung des Praxiswerts hinaus. Vor allem wenn ein Anfangs- und Endvermögen zu bestimmen sind, oder der Bewertungsstichtag weit in der Vergangenheit liegt, ergeben sich komplexe Berechnungen. Dann müssen Experten helfen. ■

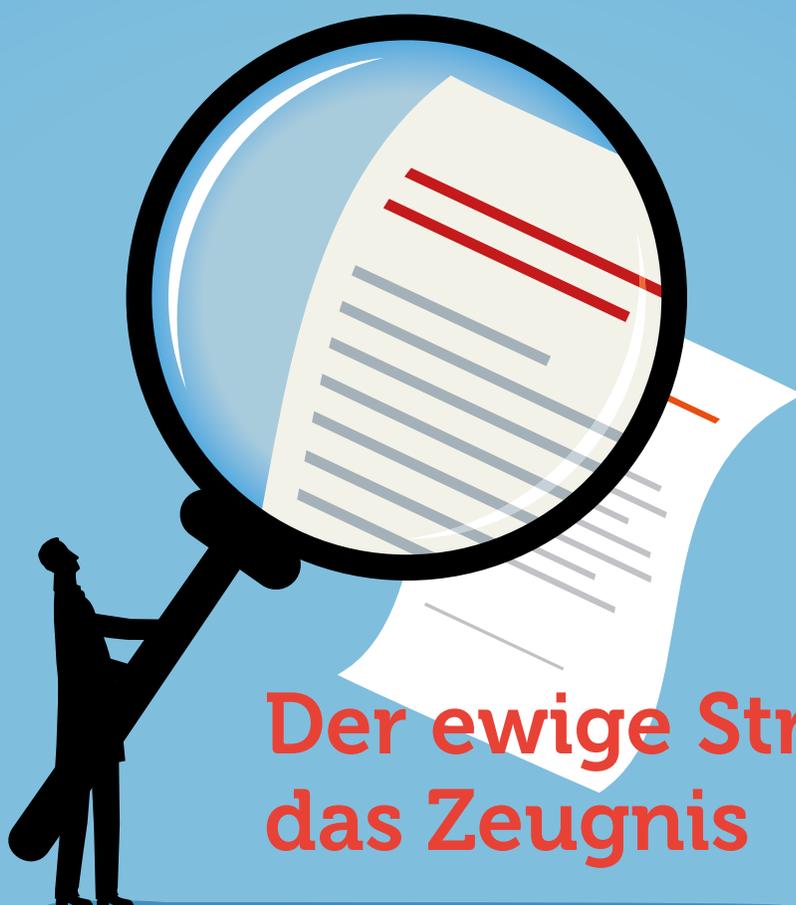
## Praxistipp

Um schwierige und langwierige Auseinandersetzungen über die Berechnung des Zugewinnausgleichs zu vermeiden, können die Modalitäten des Zugewinnausgleichs (und der Praxisbewertung) bereits im Ehevertrag oder in einer Scheidungsvereinbarung festgelegt werden.

Hier können Regelungen für die Praxisbewertung getroffen werden. Daran ist der Bewerter dann gebunden.

**Das Arbeitszeugnis** ist für den ausscheidenden Mitarbeiter der Türöffner zum nächsten Bewerbungsgespräch. Für den Arbeitgeber ist es zunächst einmal eine gesetzliche Pflicht. Bernhard Steinkühler, Fachanwalt für Arbeitsrecht, erläutert was es zu beachten gilt, um unnötige Auseinandersetzungen um das Zeugnis zu vermeiden.

Text: Bernhard Steinkühler | Illustration: iStockfoto



## Der ewige Streit um das Zeugnis

**O**bwohl der Arbeitnehmer nach dem Gesetz einen Anspruch darauf hat, dass er ein Zeugnis bekommt, das klar und verständlich formuliert sein muss, und die Rechtsprechung sogar geurteilt hat, dass das Zeugnis den Zweck hat, dem Arbeitnehmer in seinem beruflichen Fortkommen zu dienen, gibt es immer wieder Ärger um seine Formulierungen.

Das Zeugnis soll Auskunft erteilen über die Tätigkeit und die Qualifikation, es soll aber auch die Leistung und das Verhalten des Mitarbeiters beurteilen. Ein Arbeitszeugnis zu schreiben, braucht Zeit und bedeutet einige Mühe. In der Arztpraxis kennt der Arbeitgeber seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Praxisalltag. In

größeren Einrichtungen wie Krankenhäusern ist es schon viel schwieriger. Die Zeugnisse werden in der Personalabteilung ausgestellt.

Leider ist immer noch nicht allgemein bekannt, welche Formalien beachtet und welchen Aufbau ein Zeugnis haben muss. Viele Zeugnisse erfüllen die Grundanforderungen nicht. Das hat dazu geführt, dass sich ein regelrechter Zeugnismarkt entwickelt hat. Es gibt nicht nur Ratgeber, sondern sogar Dienstleister, die im Internet anbieten, Zeugnisse zu entschlüsseln und zu bewerten. Allerdings ist auch mit diesen Diensten nicht jedem geholfen. Denn entschlüsselt werden kann nur, was auch niedergeschrieben wurde. Es gibt aber auch Formulierungen, die ein Zeugnis

„Er/sie hat die ihm/ihr übertragenen Aufgaben ...

## Schlussformeln – und was sie bedeuten

aus: Poeche in Küttner Personalbuch, 22. Auflage 2015, Stand: 01.01.2015, Zeugnis, Rn. 31 und 31

1

„... stets zu unserer vollsten Zufriedenheit erledigt / zu unserer vollen Zufriedenheit erledigt und unseren Erwartungen in jeder Hinsicht entsprochen.“

➔ Bescheinigt eine durchweg sehr gute Leistung.

2

„... stets zu unserer vollen Zufriedenheit erledigt.“

➔ Bescheinigt eine gute Leistung.

3

„... zu unserer vollen Zufriedenheit erledigt / stets zu unserer Zufriedenheit erledigt.“

➔ Bescheinigt eine Durchschnittsleistung.

4

„... zu unserer Zufriedenheit erledigt.“

➔ Unterdurchschnittliche, noch ausreichende Leistung / befriedigende Leistung.

5

„... im Großen und Ganzen zu unserer Zufriedenheit erledigt.“

➔ Bringt eine mangelhafte Leistung zum Ausdruck.

6

„Er/sie hat sich bemüht, die übertragene Arbeit zu unserer Zufriedenheit zu erledigen / führte die übertragene Aufgabe mit großem Fleiß und Interesse durch.“

➔ Bescheinigt eine völlig ungenügende Leistungen.

enthalten sollte, die aber einfach weggelassen werden. Dann handelt es sich um sogenanntes beredtes Schweigen. Der erfahrene Personalverantwortliche weiß es zu interpretieren, wenn das Zeugnis des Buchhalters keine Formulierung zur Ehrlichkeit hat.

Die Papierform bei Bewerbungen ist in Deutschland oft wichtig, wenn nicht sogar entscheidend, um ein erstes Gespräch führen zu können – für beide Seiten. Denn der Arbeitnehmer braucht das Zeugnis, um sich vorstellen zu können und dem Arbeitgeber dient es als Grundlage für eine Entscheidung, ob der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin überhaupt zu seiner Praxis oder in die Klinik passen könnte. Die Zeugnisse attestieren den Werdegang und schon allein die Verweildauer bei einem Arbeitgeber kann interpretiert werden.

### Wie wahr ist ein Zeugnis?

Zeugnisse geben dem Arbeitgeber aber auch die Möglichkeit zu sogenannten Background-Checks oder Screenings, wie es neudeutsch heißt. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang der extreme Fall eines Heilpraktikers, der neun Jahre als angesehener Gynäkologe 110 Frauen operierte, allerdings noch nicht einmal sein Medizinstudium abgeschlossen hatte. Derartige Betrügereien können auffallen, wenn beispielsweise zum Thema der Promotion recherchiert wird.

Zeugnisse müssen der Wahrheit entsprechen. Aber jeder weiß, dass die Realität anders aussieht. Maßgeblich hierfür sind grundsätzlich zwei Konstellationen. Einmal kündigt der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber ist darüber verärgert. Andererseits ist auch der umgekehrte Fall denkbar, dass der Arbeitgeber mit dem Verhalten des Arbeitnehmers unzufrieden ist und selbst die Kündigung ausspricht. In diesen Fällen ist es leicht nachzuvollziehen, dass er dem Arbeitnehmer ungern bestätigen wird, dass er überragende Leistungen erbracht hat.

Nach Ausspruch einer Kündigung ist das Zeugnis häufig auch Druckmittel. Entweder der Arbeitgeber lässt den Arbeitnehmer wissen, dass er bei Wohlverhalten im Trennungsprozess ein gutes Zeugnis bekommt, oder aber die Position des Arbeitnehmers ist außerprozessual oder im Prozess so vorteilhaft, dass er dem Arbeitgeber noch das beste Zeugnis abnötigen kann.

### Low- oder Out-Performer?

Werden die Erwartungen des Arbeitnehmers an ein Zeugnis enttäuscht, hat er ein Problem, diesen Anspruch gerichtlich durchzusetzen. Wenn der Arbeitnehmer behauptet, er sei ein hervorragender Mitarbeiter gewesen und der Chef hingegen der Meinung ist, er beschäftigte viel zu lange einen schlechten Mitarbeiter, wird der Richter Schwierigkeiten haben, die Leistung und das Verhalten der Person zu beurteilen. In den Fällen, in denen die Parteien nicht beweisen können, wie gut oder schlecht der zu Beurteilende war, gibt es ein sogenanntes Beweislasturteil. Der Richter, der nicht weiß, wem er glauben darf, vergibt dann ein „befriedigend“. Für den Arbeitnehmer ist das eine Katastrophe, da fast alle Arbeitnehmer ein „sehr gut“ oder „gut“ bekommen. Die Rechtsprechung hat ja den eingangs erwähnten Grundsatz aufgestellt, dass das Zeugnis dem beruflichen Fortkommen des Arbeitnehmers dienen soll. Die Wahrheit bleibt dann häufig auf der Strecke.

Der Arbeitnehmer hat aber nicht nur ein Problem, wenn der Richter nicht weiß, wem er glauben soll, sondern auch dann, wenn das Zeugnis die wichtigste Passage, nämlich die Dankes- und Bedauernsformel, nicht enthält. Erst im Jahr 2012 hatte das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass der Arbeitnehmer keinen Anspruch auf diese Gemütsäußerungen des Arbeitgebers hat. Gleichwohl wird in jedem guten Zeugnis erwartet, dass dem Arbeitnehmer für die ausgezeichneten Dienste gedankt wird. Hiermit geht selbstverständlich das Bedauern einher, den verdienten Mitarbeiter zu verlieren.

Sollte der Arbeitnehmer auf die Idee kommen, diese Formel einzuklagen oder aber Passagen seines Zeugnisses berichtigen zu lassen, wird es für alle Beteiligten unangenehm. Wer möchte entscheiden, ob der Arbeitnehmer gelegentlich oder stets über dem Durchschnitt gearbeitet hat und welches Gericht möchte über den Grad des Bedauerns auf Arbeitgeberseite urteilen? Aufgrund der zuvor beschriebenen Schwierigkeiten ist es zu erklären, dass Arbeitnehmer häufig ein sehr gutes bis gutes Zeugnis zur Voraussetzung für eine Trennung machen. ■

ZEUGNIS **A**

**B** Frau Maike Mustermann, geboren am 7. Juli 1977, arbeitete ab dem 1. Juli 2007 als Arzthelferin in unserer Praxis.

**C** Wir sind eine Praxisgemeinschaft, die sich im Wesentlichen auf die Behandlung in den Bereichen Sport- und Kurmedizin spezialisiert hat. Seit dem Jahr 1997 verfügen wir über eine eigene Röntgen- und MRT-Anlage. Wir beschäftigen insgesamt fünf Ärzte und 15 Krankenschwestern und Arzthelferinnen.

**D** Der Aufgabenbereich von Frau Mustermann umfasst im Wesentlichen:

- Organisation des Praxisablaufs
- Kassen-, BG-, Kur- und Privatabrechnungen
- Anwendung des EDV-Programms MEDYS
- Blutentnahmen und Laborarbeiten
- Mitwirkung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des Arztes
- Anwendung und Pflege medizinischer Geräte und Instrumente, wie z.B. EKG, Reizstrom und LuFu
- Anlegen von Verbänden (u.a. Tape, Gips, Zinkleim und Kompression)

**E** Frau Mustermann verfügt über fundierte und vielseitige Fachkenntnisse und langjährige Berufserfahrung als Arzthelferin, die sie stets erfolgreich in der Praxis einsetzte. Sie nutzte alle gebotenen Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung intensiv und mit großem Erfolg, um ihre Stärken weiter auszubauen.

**F** Dank ihres geschulten analytischen Denkvermögens und ihrer schnellen Auffassungsgabe erfasste sie stets auch komplexe Konstellationen zutreffend, entwickelte praktikable Lösungen und setzte diese effizient in den Praxisablauf um. Hervorzuheben ist ihre gut entwickelte Fähigkeit, bei sicherem Urteil konzeptionell und übergreifend zu denken, um die bestmögliche Behandlung unserer Patienten sicherzustellen.

**G** Frau Mustermann arbeitete jederzeit mit großem Engagement und überdurchschnittlichem persönlichen Einsatz. Sie hat ihre Tätigkeiten stets sehr präzise, verantwortungsbewusst, gewissenhaft, umsichtig und selbständig ausgeführt. Sie beherrschte Blutentnahmen, Injektionen, die allgemeine Wundpflege sowie das Anlegen von Verbänden, wie Tape, Gips, Zinkleim und Kompressionen sicher und routiniert. Die Qualität ihrer Arbeitsergebnisse übertraf stets unsere hohen Erwartungen und Anforderungen. Frau Mustermann war auch unter schwierigen Arbeitsbedingungen, sehr starkem Arbeitsanfall und häufigem Termindruck allen Belastungen immer gewachsen. Dabei überzeugte sie stets durch hohe Zuverlässigkeit und Loyalität.

**H** Frau Mustermann hat die übertragenen Aufgaben stets zu unserer vollen Zufriedenheit erledigt.

**I** Sie wurde wegen ihres freundlichen und ausgeglichenen Wesens allseits sehr geschätzt. Sie war immer hilfsbereit, zuvorkommend und stellte, falls erforderlich, auch persönliche Interessen zurück. Ihr Verhalten zu Vorgesetzten, Mitarbeitern und Patienten war vorbildlich.

**J** Zu unserem Bedauern hat sich Frau Mustermann entschlossen, unsere Praxis zum 31.07.2015 zu verlassen, um sich neuen beruflichen Herausforderungen zu widmen. Mit Frau Mustermann verlieren wir eine verdiente und wertvolle Mitarbeiterin. Wir danken ihr für die erfolgreiche Zusammenarbeit und sehr guten Leistungen, bedauern das Ausscheiden und wünschen ihr für die berufliche wie private Zukunft weiterhin viel Erfolg und persönlich alles Gute.

Berlin, 31.07.2015

**K**  
Haus

Dr. Haus  
Praxisgemeinschaft Haus & Hof

- A** Überschrift
- B** Einleitung/Personalien
- C** Unternehmensbeschreibung
- D** Tätigkeitsbeschreibung
- E** Fachkenntnisse und Weiterbildung
- F** Denkvermögen, Auffassungsgabe und Urteilsvermögen
- G** Leistungsbereitschaft, Arbeitsweise, Arbeitsergebnisse, Belastbarkeit und Zuverlässigkeit
- H** Leistungsbeurteilung
- I** Beurteilung der persönlichen Führung und des Verhaltens
- J** Angaben zur Beendigung (wenn von Arbeitnehmer gewünscht) und Schlussformel
- K** Ort und Datum, Unterschrift

Die Praxisräume binden viel Kapital. **Langfristige Mietverträge** zahlen sich aus. Wie Sie Fehler in Mietverträgen erkennen und vermeiden können, hat Rechtsanwalt Jörg Paßmann von der Kanzlei Dr. Halbe Rechtsanwälte für Sie zusammengestellt.

Text: **Jörg Paßmann** | Fotos: **Henning Hattendorf**

# Der Teufel steckt im Detail



**N**iedergelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren schließen für ihre Praxen meist langfristige Mietverträge ab. Die Verträge können Laufzeiten bis zu 30 Jahren haben. Damit sollen kostspielige Praxisinvestitionen abgesichert werden. Böses Erwachen droht immer dann, wenn der Vertrag mit der gesetzlichen Frist gekündigt werden kann. Das ist der Fall, wenn der Vertrag das sogenannte Schriftformerfordernis nicht erfüllt. Oder wenn der Vertrag abgelaufen ist, weil der Mieter vergessen hat, die Verlängerungsoption wahrzunehmen. Auch in Bezug auf Konkurrenzschutz oder Mietanpassungsklauseln erleben die Parteien des Praxismietvertrages gelegentlich ihr „blaues Wunder“.

### Wer sind die Vertragspartner?

Ist der Vermieter eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), muss der Vertrag durch den Geschäftsführer dieser Gesellschaft unterzeichnet werden. Auskunft gibt das Handelsregister, das man auch online einsehen kann. Aber auch auf Mieterseite sind Gesellschaften keine Seltenheit: Nicht nur Medizinische Versorgungszentren, die in der Rechtsform der GmbH oder der GbR betrieben werden, auch Berufsausübungsgemeinschaften und Praxisgemeinschaften sind rechtsfähige Gesellschaften bürgerlichen Rechts. Der Mietvertrag sollte daher immer mit dieser Gesellschaft geschlossen werden. Dann ist gewährleistet, dass der Mietvertrag von Gesellschafterwechseln nicht tangiert ist. Nur für den Fall, dass alle Gesellschafter bis auf einen Arzt die Praxis verlassen, muss eine Extraregelung getroffen werden. So kann sichergestellt werden, dass dieser Arzt das Mietverhältnis allein fortsetzt. Hat eine Berufsausübungsgemeinschaft oder eine Praxisgemeinschaft keinen Geschäftsführer bestellt, müssen alle Erklärungen, die das Mietverhältnis betreffen, von allen Gesellschaftern abgegeben werden.

Wird der Vertrag mit einzelnen Ärzten oder auch nur einem Arzt auf Mieterseite geschlossen, ist darauf zu achten, dass Regelungen für die Praxisnachfolge oder -erweiterung, Berufsunfähigkeit oder den Todesfall aufgenommen werden. Formularmietverträge enthalten hier gerne vermietetfreundliche Regelungen, mit denen die auch im gewerblichen Mietrecht geltenden gesetzlichen Regelungen zum Mieterschutz umgangen werden sollen.

### Was muss mindestens im Vertrag stehen?

Mietverträge, die für eine Dauer von mehr als einem Jahr geschlossen werden, bedürfen der Schriftform. Ist die Schriftform nicht gewahrt, gilt der Vertrag als auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann dann jeweils bis zum dritten Werktag eines Quartals zum Ende des darauffolgenden Quartals gekündigt werden: Kündigt der Vermieter den Vertrag bis zum 3. Juli, wird die Kündigung zum 31. Dezember wirksam.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist die Schriftform des Mietvertrages aber nur dann gewahrt, wenn sich die für den Abschluss des Vertrags notwendige Einigung über alle wesentlichen

Vertragsbedingungen, die sog. essentialia negotii, daraus ergibt. Das sind: Mietgegenstand, die Miete sowie die Dauer und die Parteien des Mietverhältnisses. Diese Bestandteile müssen aus einer von beiden Parteien unterzeichneten Urkunde hervorgehen.

Vor allem die Bezeichnung des Mietgegenstands führt immer wieder zu Problemen. Für einen unbeteiligten Dritten muss aus dem Vertrag eindeutig hervorgehen, welche Räume Gegenstand des Vertrags sind. Angaben wie „vermietet wird in der Hauptstraße 10 eine Arztpraxis“ reichen da nicht aus. In vielen Mietverträgen wird daher auf Grundrisspläne Bezug genommen. Das Schriftformerfordernis ist aber nur gewahrt, wenn sich dieser Plan auch tatsächlich bei Vertragsschluss als Anlage beim Vertrag befindet. Es ist zwar nicht notwendig, dass Anlagen fest mit dem Vertrag verbunden werden, wenn sich aus ihnen zweifelsfrei ergibt, dass sie Teil des Mietvertrages sein sollen. Um aber nicht unnötig in Beweisnot zu kommen, sollten Anlagen dennoch als Bestandteil des Mietvertrages eingebunden sein.

Auch der Wechsel von Vertragsparteien muss schriftlich festgehalten werden. Nachträge, die in der Praxis immer wieder erforderlich werden können, müssen ebenfalls schriftlich abgeschlossen werden und eine unzweifelhafte Bezugnahme auf den Mietvertrag, den sie ergänzen, enthalten. Auch hier empfiehlt sich stets die feste Verbindung mit dem Ursprungsvertrag.

Ist der Vermieter ein Unternehmen mit langen Entscheidungs- und Genehmigungsprozessen, kann es vorkommen, dass die Unterschrift des Vermieters erst Wochen nach der des Mieters erfolgt. In derartigen Fällen sollten unbedingt ausreichend lange Unterschriftenfristen vereinbart werden, damit eine ansonsten verspätete Gegenzeichnung des Vermieters die Schriftform nicht in Gefahr bringt.

Dieselben Anforderungen wie an den Abschluss des Mietvertrages sind an die Ausübung von vereinbarten Verlängerungsoptionen zu stellen. Aber: Es ist allein Sache des Mieters, die Verlängerung zu überwachen und zu bestätigen. Wird die Verlängerungsoption verspätet ausgeübt, liegt darin lediglich das Angebot auf Abschluss eines neuen Mietvertrages, selbst wenn der Vermieter die Verspätung zunächst kommentarlos hinnimmt. Nur eine schriftliche Bestätigung der Verlängerung durch die Vermieterseite führt in solchen Fällen zur Heilung der Verspätung. Anderenfalls läuft der Vertrag auf unbestimmte Zeit weiter, soweit dies nicht ausdrücklich im Vertrag ausgeschlossen wurde. Er kann dann mit der bereits genannten gesetzlichen Frist des dritten Werktages eines Quartals zum Ende des darauffolgenden Quartals von beiden Seiten gekündigt werden.

### Dreh- und Angelpunkt des Vertrags: Die Miethöhe

Wesentlicher Vertragsbestandteil ist die Miethöhe. Bei langfristigen Verträgen wird der Vermieter ein Interesse daran haben, dass die Miete über die Laufzeit angepasst werden kann. Sofern nicht ohnehin eine Staffelmiete vereinbart wird, kommen hier Preisanpassungsklauseln zur

Anwendung. Starre Gleitklauseln, bei denen die Miete jeweils die Veränderung eines bestimmten Preisindex nachvollziehen soll, gelten nur, wenn sich der Vermieter einseitig für mindestens zehn Jahre an den Vertrag bindet. Dazu kann man die Laufzeit des Vertrages an diese Bindungsfrist anpassen. Eine andere Möglichkeit ist, dem Mieter im Gegenzug einseitig Verlängerungsoptionen einzuräumen. Für eine kürzere Bindungsdauer kann eine Leistungsvorbehaltsklausel vereinbart werden. Dann kann eine Mieterhöhung nur nach billigem Ermessen, das durch einen Sachverständigen überprüft werden kann, vorgenommen werden kann.

## Checkliste für den Abschluss eines Praxismietvertrages

- Wer sind die Vertragspartner?
- Ist die Schriftform erfüllt?
- Ist der Mietgegenstand eindeutig festgelegt?
- Liegt ein Grundriss bei?
- Reichen die vereinbarten Unterschriftsfristen aus?
- Stimmt die Miete mit der ortsüblichen Gewerbemiete überein?
- Legen Sie die Fristen für die Verlängerungsoptionen auf Wiedervorlage.
- Sind Praxisnachfolge, -erweiterung, Berufsunfähigkeit und Tod berücksichtigt?
- Stimmen die Regeln zu Instandhaltungspflichten und Endrenovierung?
- Enthält der Mietvertrag den Mietzweck?
- Ist der Konkurrenzschutz geregelt?

Einen „Gewerbemietenspiegel“ gibt es nicht. Die Miethöhe ist Verhandlungssache und wird durch Angebot und Nachfrage bestimmt. Trotzdem gilt: Überschreitet die geforderte Miete die ortsüblichen Gewerbemiete derart, dass ein wucherähnliches Geschäft vorliegt, ist der Vertrag nichtig. Die örtlichen Industrie- und Handelskammern veröffentlichen regelmäßig einen Überblick, was derzeit ortsüblich ist. War die ortsübliche Miete aber bei Abschluss des Vertrages deutlich höher und hat dies seinen Niederschlag im Vertrag gefunden, wird der Vertrag durch spätere Absenkungen der ortsüblichen Miete nicht ohne Weiteres unwirksam. Ist die Miete insgesamt in der Umgebung gesunken und steht die Verlängerung des Vertrages an, sind Mieter gut beraten, in Verhandlungen über den Mietzins einzutreten.

### Wer zahlt für Instandhaltung und Schönheitsreparaturen?

Grundsätzlich kann der Vermieter von Praxisräumen alle Instandhaltungsverpflichtungen auf den Mieter abwälzen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Mieter auf eigene Kosten den kompletten Innenausbau vornimmt

und nur für ihn nützliche Einbauten machen lässt. Die Instandhaltungspflichten müssen sich dann aber auch in der Miete widerspiegeln. In Bezug auf Schönheitsreparaturen nähert sich die Rechtsprechung für Gewerberäume immer mehr der für Wohnraum an: Starre Fristen führen zur Unwirksamkeit der Schönheitsreparaturklausel. Außerdem darf der Vermieter den Mieter nicht gleichzeitig zur regelmäßigen Instandhaltung und einer Endrenovierung bei Auszug verpflichten. Denn diese Kosten summieren sich zu Lasten des Mieters. Das ist laut Bundesgerichtshof unzulässig.

Mieter sollten daher bei Auszug aus den Praxisräumen immer prüfen, ob sie tatsächlich zu Schönheitsreparaturen, also dem Tapezieren, Anstreichen oder Kalken der Wände und Decken, dem Streichen der Fußböden und der Heizkörper einschließlich Heizrohre, der Innentüren sowie der Fenster und Außentüren von innen, verpflichtet sind. Die Definition von Schönheitsreparaturen findet sich in § 28 Absatz 4 Satz 2 der II. Berechnungsverordnung. Einbauten müssen allerdings grundsätzlich immer zurückgebaut werden. Und auch Schäden, die durch den Mietgebrauch entstehen, muss der Mieter beheben.

### Achten Sie auf Mietzweck und Konkurrenzschutz

Wer Praxisräume mietet, verbindet damit die berechnete Erwartung, dass diese Räume auch zum Betrieb einer Arztpraxis oder eines MVZ geeignet sind. Daher sollte der Mietzweck „Praxis für ...“ unbedingt im Vertrag enthalten sein. Stellen Sie sich vor, die Räume, die für eine kardiologische Praxis angemietet worden sind, heizen sich im Sommer auf mehr als 26°C auf. Patienten mit hochpathologischen Befunden können dann dort nicht behandelt werden. Damit ist eine Gebrauchsfähigkeit der vermieteten Räume ganz oder teilweise nicht mehr gegeben. Aber nur, wenn der Mietzweck entsprechend vereinbart ist, hat der Mieter überhaupt die Möglichkeit, beispielsweise eine Mietminderung durchzusetzen.

Der Mietzweck ist aber auch noch unter einem anderen Gesichtspunkt von Bedeutung: Haben die Parteien des Mietvertrages keine ausdrückliche Regelung zum Konkurrenzschutz getroffen, so liegt stets der sogenannte vertragsimmanente Konkurrenzschutz vor: Zugunsten des Mieters greift Konkurrenzschutz entsprechend dem Zweck des Vertrages. Ist als Mietzweck der Betrieb einer „Praxis für Allgemeinmedizin“ definiert, so darf der Vermieter später nicht Räume im selben Haus an eine Hausarztpraxis vermieten.

Für Arztgruppen, deren Fachgebiet an andere Fachrichtungen grenzt oder sich mit diesen deckt, sollte aber immer eine ausdrückliche Regelung des Konkurrenzschutzes getroffen werden. Zu denken ist dabei etwa an Zahnärzte, MKG-Chirurgen und Kieferorthopäden, Angiologen, Kardiologen, Phlebologen und Neurologen, Chirurgen und Orthopäden. Ein Verstoß gegen das Konkurrenzschutzgebot stellt einen Mangel der Mietsache dar, der zur Minderung des Mietzinses berechtigt. Natürlich kann der Mieter vom Vermieter auch Unterlassung verlangen. ■

# Impressum

## Redaktion

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

## Konzept

Ingrid Mühlwinkel, Potsdam

## Herausgeber

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

## Anschrift Redaktion und Verlag

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

## Kontakt

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

## Auflage

35.000

## Grafik/Layout

FGS Kommunikation

## Autoren

Weiterführende Informationen, Kontaktadressen und Links zu den Autoren der einzelnen Beiträge finden sie online unter [www.zifferdrei.de/autoren](http://www.zifferdrei.de/autoren).

## 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

Vierteljährlich im Eigenverlag  
ISSN 2364-4850

## Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

## Anzeigen

[www.zifferdrei.de/mediadaten](http://www.zifferdrei.de/mediadaten)

## Haftungsausschluss

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

## Erscheinungstermin

17.08.2015



SCHÄFERS

# Kolumne

**W**ir Ärzte stehen doch nicht mit dem Lasso auf der Straße und fangen uns die Patienten ein“, konterte Dr. Eckhard Weisner, ehemals Chef der Ärztekammer Schleswig-Holstein und stellvertretender KBV Vorsitzender, schon vor Jahren einen Standardvorwurf der Kassen. Der Eindruck, dass Ärzte genau das aber doch tun, drängt sich erneut auf, wenn man den aktuellen Ärzteatlas aufschlägt. Diesen Atlas gibt das Wissenschaftliche Institut der AOK in schöner Regelmäßigkeit seit 2007 heraus. Er kartographiert, wie viele Vertragsärzte mit welchen Fachrichtungen wo ihren Sitz haben. Und wie schon in den beiden bisher vorgelegten Kartenwerken ist das Ergebnis: Es gibt nicht zu we-

Kassenrechnung: Weniger Ärzte gleich geringere Kosten.

nig, sondern zu viele Ärzte. Inzwischen müsste man eigentlich von einer Ärzteschwemme sprechen. Denn heute haben wir laut der Studie fast 50 Prozent mehr Ärzte pro Einwohner als zu Beginn der neunziger Jahre. Lediglich in ländlichen Regionen sieht auch die AOK leichte Versorgungsentpässe.

Zu dieser Studie lässt sich vieles sagen. Zum Beispiel, dass die AOK-Wissenschaftler offensichtlich nicht wissen, wie es in den Arztpraxen zugeht. Durchschnittlich hat der Vertragsarzt acht Minuten Zeit für einen Patienten. Und dass die Bedarfsplanung schlichtweg falsch ist. Das hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angemahnt. Selbst der Gesetzgeber fordert inzwischen eine Reform der Bedarfsplanung. Man kann darauf hinweisen, dass es auch nicht ausreichen kann, die Ärzte einfach abzuzählen, ohne gleichzeitig zu ermitteln, ob sie Voll- oder in Teilzeit arbeiten. Und man kann auf die demographische Entwicklung hinweisen – mit Blick auf die Patienten und die Ärzteschaft selbst.

Die AOK stellt in typischer Kassenmanier eine einfache Rechnung auf: Weniger Ärzte gleich weniger Versorgungsbedarf gleich weniger Kosten. Diese Rechnung geht nicht auf. Die Patienten werden nicht gesünder, nur weil weniger Ärzte da sind, die sie behandeln können. Die AOK sieht Ärzte schlicht als Kostentreiber und Gegner. Die Augen vor den demographischen Tatsachen und dem damit verbundenen steigenden Versorgungsbedarf zu schließen, hilft niemandem. ■



**Aus dem Vorstand** Im Juni ist **Dr. Jochen-Michael Schäfer** als Vorstandsvorsitzender des PVS Verbandes wiedergewählt worden. Seit 15 Jahren leitet er jetzt den Verband. Im heimischen Schleswig-Holstein sind es schon 30 Jahre, die er die Arbeit der PVS maßgeblich mitbestimmt. Ein Gespräch über den Wandel der Zeit, Herausforderungen und die Zukunft.

Text: **Angela Petermann, Ulrike Scholderer** | Foto: **Georg Lopata**

## Die Ziele klar im Blick

**E**s ist hochsommerlich heiß. Wir treffen Herrn Dr. Schäfer im Kieler Stadtteil Düsternbrook. Hier wohnt er mit seiner Familie schon seit vielen Jahren. Ein befreundeter Architekt hat das Haus in den fünfziger Jahren gebaut, es war damals der erste Bungalowbau in der Stadt. Dr. Schäfer lädt zum Tee ein, im Garten, mit Gebäck und Pralinen, die Atmosphäre mutet hanseatisch an.

**Ihnen eilt in Berlin der Ruf eines Gentlemans voraus. Können Sie sich damit identifizieren?**

**SCHÄFER:** Das ist mir neu. Aber, wenn damit gemeint ist, dass es mir wichtig ist, dass man seinem politischen Gegner auch in harten Auseinandersetzungen mit Achtung und Respekt gegenübertritt, dann kann ich mit damit anfreunden.

**Wenn Sie zurückblicken, was hat sich seit Ihren Anfängen bei der PVS verändert?**

**SCHÄFER:** Die politische Regulierungsdichte ist höher geworden. Das kann man ganz einfach an der Anzahl der Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen ablesen. Gleichzeitig ist die PVS stark gewachsen. Das zeigt schon die Entwicklung in Schleswig-Holstein. Anfang der achtziger Jahre haben wir etwa 300.000 Rechnungen jährlich verschickt, heute sind es rund 1,8 Millionen. Alle PVSen zusammen versenden mehr als 20 Millionen Arztrechnungen im Jahr. Wir sind stark gewachsen, leider ist damit aber auch ein Stück weit das Familien- und Zusammengehörigkeitsgefühl verloren gegangen. Früher gab es einen größeren Grundkonsens in politischen Fragen, aber auch innerverbandlich darüber, was wir gemeinsam erreichen wollen.

**Wie unterscheidet sich Ihre Arbeit für die PVS hier in Schleswig-Holstein von der Arbeit auf Bundesebene im PVS Verband?**

**SCHÄFER:** Das kann man vergleichen mit der Regional- und Bundesliga im Fußball. Hier in Schleswig-Holstein geht alles ein wenig langsamer, die Themen wechseln nicht so schnell. Es ist hier aber nicht einfach „provinzieller“: Wir haben noch eine andere Vertrauenskultur. Was gesagt ist, ist gesagt, was besprochen ist, gilt.

**Wie sehen Sie die grundlegenden gesundheitspolitischen Entwicklungslinien?**

**SCHÄFER:** Die Politik hat die Segel gesetzt: Zu mehr Staat, mehr Regulierung, Einschränkungen. Es gibt für uns Ärzte immer mehr Vorschriften und Leitlinien, die wir einhalten und befolgen sollen, die Patienten dürfen immer weniger mitentscheiden und wählen. Ich mache mir große Sorgen um Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit.

**Von der Bürgerversicherung spricht heute niemand mehr. Ist das Konzept tot?**

**SCHÄFER:** Keineswegs. Das Thema wird vor der nächsten Bundestagswahl unter anderem Namen wieder aufs Tapet gebracht werden. Wir müssen sehen, dass alle im Moment politische Verantwortung tragenden Parteien der Idee anhängen, unser Gesundheitswesen durch Gleichmacherei und staatliche Regulierung zu kurieren, einige mehr, andere weniger.



### Welche Rolle spielt Europa bei der Entwicklung der Gesundheitssysteme?

**SCHÄFER:** Ich fürchte, dass die Politik bereit ist, eine Angleichung der europäischen Sozialsysteme voranzutreiben. So haben sich vor kurzem Sigmar Gabriel und auch sein französischer Amtskollege Macron geäußert. Die Rede ist von einer europäischen Sozialunion. Uns muss klar sein, dass unser Gesundheitssystem sich ganz grundsätzlich von denen der anderen europäischen Staaten unterscheidet. Überall sonst in Europa haben wir Staatsmedizinssysteme. Hier in Schleswig-Holstein erleben wir Tag für Tag, was das heißt. In Skandinavien herrscht eine reine Staatsmedizin, die Patienten kommen zu uns, denn die Wartelisten werden zu einem nicht geringen Teil hier bei uns abgearbeitet. Aus unserer Perspektive können wir durch die Angleichung der Systeme nur verlieren. Die Politik wittert die Chance, noch stärker in das Arzt-Patienten-Verhältnis einzugreifen als es jetzt schon der Fall ist, und damit vermeintlich auch Geld zu sparen. Deshalb müssen wir mehr denn je für die Freiberuflichkeit und Werte wie die freie Arztwahl kämpfen. Und das vor allem zum Wohl der Patienten.

### Welche Regelungen des jüngst verabschiedeten Gesundheitsstärkungsgesetzes sehen Sie am kritischsten?

**SCHÄFER:** Das ist die Einrichtung von Termin-Servicestellen und das ist der Aufkauf von Vertragsarztpraxen in sogenannten überversorgten Regionen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Termin-Servicestellen sollen ein Problem lösen, das es nicht gibt. Es gibt keine Wartezeiten, wenn der Patient dringend Hilfe braucht – egal ob er gesetzlich oder privat versichert ist. Die Politik hat schlicht populistische Meinungsmache betrieben. Es gibt Wartezeiten bei Patientenwünschen – und da ist es

Unser Gesundheitssystem kann durch eine Angleichung der Sozialsysteme in Europa nur verlieren.

einfach so, dass diese Wünsche demjenigen schneller erfüllt werden, bei dem die Vergütung für den Arzt auch stimmt. Daraus kann man den Ärzten keinen Vorwurf machen. Die Termin-Servicestellen garantieren einen Arzttermin innerhalb einer gewissen Frist. Da geht es einzig und allein um Zeit. Der Gesetzgeber meint, dem Patienten zu helfen, indem er eine medizinische Behandlung bewertet wie eine Reparatur, zum Beispiel bei einem Auto. Aber die Heilkunde braucht neben ärztlicher Erfahrung und Wissen auch die persönliche Zuwendung und Vertrauen.

### Und was steht hinter der neuen Regelung zum Aufkauf von Praxen?

**SCHÄFER:** Bei der Bedarfsplanung bleiben viele Faktoren, die man nicht einfach statistisch erfassen kann, unberücksichtigt. Hier soll am grünen Tisch entschieden werden, wo es künftig weniger Praxen geben soll. Das ist absurd. Das zeigt gerade der Blick auf die großen Zentren, die Stadtstaaten. In Hamburg, Berlin und anderen Großstädten haben wir laut Statistik eine Überversorgung. Gleichzeitig kommen aber viele Patienten von außerhalb dorthin, um sich behandeln zu lassen – und natürlich haben sich die Ärzte auch unter anderem aus diesem Grund gerade da niedergelassen. Wir sehen, dass die Patienten auch Wege auf sich nehmen, um den Arzt ihres Vertrauens aufzusuchen. Es ist nicht allein entscheidend, wo der Arzt

### Zur Person

Geboren 1943

Medizinstudium in Kiel und Innsbruck

1975 Niederlassung als Facharzt für Allgemeinmedizin

1978 Wahl in den Vorstand der PVS Schleswig-Holstein · Hamburg

Seit 1993 Vorsitzender der PVS Schleswig-Holstein · Hamburg

Seit 2000 Vorsitzender des PVS Verbandes

Bis 2010 Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein

praktiziert, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist das A und O in der Medizin.

**Im Moment heißt es, dass wir im Herbst nächsten Jahres eine neue Gebührenordnung für Ärzte haben werden. Brauchen wir die überhaupt? Liegt darin auch eine Antwort auf die Frage der Zukunft unseres Zwei-Säulen-Modells von gesetzlicher und privater Krankenversicherung?**

**SCHÄFER:** Die GOÄ-Novelle ist überfällig. Mit der aktuell gültigen Gebührenordnung, ihren Leistungsbeschreibungen mit Stand der achtziger Jahre, kann man Medizin heute nicht mehr beschreiben, nicht korrekt abrechnen. Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern sind vorprogrammiert und nehmen überhand. Die Rechnungen sind für die Patienten immer weniger nachvollziehbar. Für uns Ärzte heißt eine neue Gebührenordnung zwar erst mal auch Unsicherheit, aber das muss man in Kauf nehmen. Für mich geht es mit einer Novellierung der Gebührenordnung vor allem darum, überhaupt die Möglichkeit einer freiberuflichen, individuellen Medizin aufrecht zu erhalten. Die Patienten müssen Entscheidungen über ihre ärztliche Behandlung treffen können, und dazu muss es auch eine Abrechnungsgrundlage in Form einer amtlichen Gebührenordnung geben. Wie das Zwei-Säulen-Modell künftig aussehen wird, ist für mich nachrangig. Wichtig ist, dass beide Säulen – die gesetzliche und die private Krankenversicherung – erhalten bleiben.



Dr. Schäfer mit Verbandsgeschäftsführer Stefan Tilgner: Was gesagt ist, ist gesagt, was besprochen ist, gilt.

**Was ist für Sie gute Medizin?**

**SCHÄFER:** Das beinhaltet viel. Gute Medizin heilt und lindert. Gute Medizin kann es nur geben, wenn das Verhältnis von Patient und Arzt stimmt. Man muss sich gegenseitig vertrauen. Und gute Medizin heißt auch gute Kommunikation. Das, was der Arzt sagt, muss der Patient verstehen und umsetzen können. Und letztlich geht es ums Augenmaß: Wir müssen potentiell alles nutzen, was uns an Diagnostik und Therapie zur Verfügung steht, – aber mit Blick auf den konkreten Patienten nicht zu viel und nicht zu wenig davon. Das ist ärztliche Kunst.

**Was ist mit digitaler Medizin? Dürfen wir mächtigen Internetunternehmen das Ruder überlassen?**

**SCHÄFER:** Auf keinen Fall! Der Patient braucht in dem Dschungel an medizinischen Informationen und Fehlinformationen, den unzähligen Möglichkeiten der ständigen Selbstvermessung den Arzt als Filter. Uns muss klar sein, dass es Google und Co nicht um das Wohl der kranken

und um ihre Gesundheit besorgten Menschen geht, sondern schlicht und einfach um wirtschaftlichen Erfolg. Die industrielle Medizin, so wie sie im Internet betrieben wird, verkauft: Mobiltelefone und Apps, technische Geräte und Bekleidung zur Messung von Vitaldaten – und auch die gesammelten Daten. Wir Ärzte tun das nicht. Unsere ärztliche Schweigepflicht ist unser höchstes Gut. Und das ist schon seit Hippokrates so. So gesehen war er der erste Datenschützer.

**Im Herbst soll eine Entscheidung in der Sterbehilfe-debatte fallen. Wie ist Ihre ganz persönliche Meinung dazu?**

**SCHÄFER:** Aktive Sterbehilfe darf es nicht geben. Ärztliche Aufgabe ist die Linderung von Leiden. Es kann Grenzsituationen geben, in denen das Hauptaugenmerk des Arztes der Linderung von Leiden gelten muss, nicht dem Erhalt oder der Verlängerung des Lebens.

**In Berlin sind Masern ein Problem. Was halten Sie von einem Impfzwang?**

**SCHÄFER:** Von Zwang halte ich überhaupt nichts, Zwang hat in der Medizin nichts zu suchen. Aufklärung hilft, Information. So dass die Eltern vernünftige und verantwortungsvolle Entscheidungen treffen können. Aber zum Schutz aller Kinder muss der Zugang zu öffentlichen Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen mit Regeln belegt werden, die auch Impfungen beinhalten. Letztlich heißt das: Die Impfung ist die Eintrittskarte zum Kindergarten. Eltern, die dennoch ihre Kinder nicht impfen lassen wollen, müssen ihre Kinder dann in Einrichtungen schicken, die diese Regeln nicht haben.

Wir haben den Auftrag, die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes zu verteidigen.

**Was tun Sie, wenn Sie sich nicht mit Gesundheitspolitik beschäftigen?**

**SCHÄFER:** Dann bin ich bei meiner Familie. Gerade jetzt haben wir ganz besonderen Grund zur Freude. Unser drittes Enkelkind ist geboren worden.

**Was haben Sie sich für Ihre neue Amtszeit vorgenommen? Was sind die nächsten Ziele?**

**SCHÄFER:** Innerverbandlich haben wir im Moment einige Unstimmigkeiten. Letztlich ist das in so einem Konstrukt wie einem Verband ganz normal. Angesichts der großen politischen Herausforderungen können wir uns das aber nicht leisten. Ich werde alles daran setzen, dass wir uns wieder voll und ganz auf das konzentrieren können, wofür wir gewählt worden sind. Wir haben den Auftrag, die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes zu verteidigen.

Herr Dr. Schäfer, wird danken für dieses Gespräch. ■

**Tilgners Bericht aus Berlin** Wer sich auf ordnungspolitische Konsequenz und Transparenz verlässt, der muss sich in der Gesundheitspolitik manchmal recht verlassen vorkommen. Besonders die freien Berufe haben unter mitunter nicht nachvollziehbaren Entscheidungen zu leiden – wie jüngst bei der Regelung zur Abrechnung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung.

Text: **Stefan Tilgner**

# Angst vor der Freiheit?

Die Gesundheitspolitik leidet derzeit unter einem politischen Regelungsdrang, der tatsächlich manchmal die Frage erlaubt, ob man die traditionellen und gut funktionierenden Mechanismen der bewährten Selbstverwaltung bewusst aufs Spiel setzt. Ja, möglicherweise ist die Selbstverwaltung nicht EU-kompatibel. Vielleicht ist trotz aller Lippenbekenntnisse zum Wettbewerb am Ende doch der Drang zu weniger Markt, hin zu einer Bürgerversicherung und durchgeregelten Versorgungsmechanismen auf kleinstem Nenner doch größer als die Unterstützung und das Vertrauen in ein freiberuflich geprägtes Gesundheitswesen. Hat die Politik inzwischen Angst vor der Freiheit?

Einerseits betont die Koalition, durch das GKV Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gerade für Ärzte mehr Anreize zu schaffen sich niederzulassen – insbesondere natürlich in unterversorgten Gebieten. Andererseits nimmt man den Medizinern, die gerade innovative Versorgungskonzepte wie das der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V nutzen wollen, ohne jegliche nachvollziehbare Gründe die Freiheit der Entscheidung, wo sie ihre Leistungen abrechnen wollen. Der gesetzespolitische Schnellschuss, kurz vor dem endgültigen Beschluss des GKV-VSG, die Abrechnungsmöglichkeiten für die ASV streng zu kanalisieren, mutet an wie ein schlechter Deal zugunsten derjenigen, die in Sachen ASV am liebsten eine Abschottungspolitik betreiben möchten. Die langen Diskussionen und die Bedenkenräger gegen die neue Versorgungsform sind ja hinlänglich bekannt. Bedauerlich nur, dass am Ende gesundheitspolitischer Weitblick fehlt, um das vielversprechende Projekt auch attraktiv umzusetzen.



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

## ASV hat viele GOÄ-Elemente

Für den an der ASV teilnehmenden Arzt hätten sich aus der Wahlfreiheit, wenn er mit der Abrechnung beauftragen möchte, eine Vielzahl neuer Kooperationsmöglichkeiten und Verfahren ergeben, die ihn in seiner individuellen Praxissituation unterstützt hätten. Man bedenke nur, dass gerade in der ASV, die ja in Fragen der Vergütung nicht nur vom EBM ausgeht, sondern – zumindest in der Übergangsphase – auch GOÄ-Elemente enthält, die Kernkompetenz der PVS von den Medizinern sehr gefragt ist. Gegen diese Freiheit steht nun offenbar der politische Wille, die Abrechnung nur von Körperschaften zu gestatten. Nichts gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Kompetenz in der EMB-Abrechnung; doch nun müs-

Für den ASV-Arzt hätte sich aus der Wahlfreiheit, wenn er mit der Abrechnung beauftragen möchte, eine Vielzahl neuer Kooperationsmöglichkeiten ergeben.

sen sie beweisen, dass sie in der Lage sind, die komplexen, aber für die wirtschaftliche Attraktivität der ASV außerordentlich wichtigen Aufgaben auch zu bewältigen. Diese Kompetenz muss vielfach jedoch erst einmal aufgebaut werden. Die Gefahr, dass die Attraktivität, sich an ASV-Modellen zu beteiligen, auf dem Weg dahin verloren geht, ist durchaus gegeben. Erstaunlicherweise wischt man hier sogar verfassungsrechtliche Bedenken beiseite und ignoriert einen Gleichbehandlungsgrundsatz,

# Veranstaltungen

## AUGUST 2015

Fr/Sa

**28**  
**29**  
 AUG

**SEMINAR** Erfolgreiche Teamführung – kein Buch mit sieben Siegeln

Mülheim an der Ruhr

 PVS Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg ✉ [pvs-forum@ihre-pvs.de](mailto:pvs-forum@ihre-pvs.de) ☎ 0208 4847-344

## SEPTEMBER 2015

Mi

**16**  
 SEP

**SEMINAR** Fachseminar Kinderheilkunde

Dresden

 PVS Sachsen ✉ [s.elsner@pvs-sachsen.de](mailto:s.elsner@pvs-sachsen.de) ☎ 0351 89813-68

Mi

**23**  
 SEP

**SEMINAR** Souveräner Umgang mit schwierigen Patienten

Bremen

 PVS Bremen ✉ [j.meinken@pvs-bremen.de](mailto:j.meinken@pvs-bremen.de) ☎ 0421 36085-21

Mi

**30**  
 SEP

**SEMINAR** GOÄ-Grundlagen

Oldenburg

 PVS Niedersachsen ✉ [info@pvs-niedersachsen.de](mailto:info@pvs-niedersachsen.de) ☎ 04131 3030-160

Mi

**30**  
 SEP

**SEMINAR** Den Patientenempfang professionell gestalten

Unna

 PVS Westfalen-Süd ✉ [info@pvs-westfalen-sued.de](mailto:info@pvs-westfalen-sued.de) ☎ 02303 25555-39

## OKTOBER 2015

Mi

**14**  
 OKT

**SEMINAR** GOÄ-intensiv

Freiburg

 PVS Südbaden ✉ [claudia.schoene@pvs-freiburg.de](mailto:claudia.schoene@pvs-freiburg.de) ☎ 0761 27132-12

Mi

**14**  
 OKT

**SEMINAR** GOÄ Augenheilkunde

Stuttgart

 PVS Baden-Württemberg ✉ [info@pvs-akademie.de](mailto:info@pvs-akademie.de) ☎ 0711 633900-92

Mi

**21**  
 OKT

**SEMINAR** Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ

Münster

 PVS Westfalen-Nord ✉ [info@pvs-westfalennord.de](mailto:info@pvs-westfalennord.de) ☎ 02533 299-126

## NOVEMBER 2015

Mi

**04**  
**25**  
 NOV

**SEMINAR** GOÄ-Aufbau- und Intensivseminar

Karlsruhe

 PVS Südwest ✉ [info@pvs-suedwest.de](mailto:info@pvs-suedwest.de) ☎ 0621 1642-08

Mi

**11**  
 NOV

**SEMINAR** GOÄ-Intensivseminar Orthopädie & Chirurgie

Limburg

 PVS Limburg ✉ [info@pvs-limburg.de](mailto:info@pvs-limburg.de) ☎ 06431 912111

Mi

**18**  
 NOV

**SEMINAR** BG-Abrechnung

Hamburg

 PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ [seminare@pvs-se.de](mailto:seminare@pvs-se.de) ☎ 04551 80990-23

Sa

**28**  
 NOV

**SEMINAR** GOÄ-intensiv

Büdingen

 PVS Büdingen ✉ [seminar@buedingen-akademie.de](mailto:seminar@buedingen-akademie.de) ☎ 0800 882-3004

wenn Hausarztverträge sehr wohl jenseits der KVen abgerechnet werden dürfen.

### Sieben neue Gesetze

Aber natürlich prägt nicht nur das GKV-VSG den gesundheitspolitischen Sommer. Kurz vor der Parlamentspause rotieren auf dem Tisch von Gesundheitsminister Gröhe sieben Gesetze, die es gilt, über die parlamentarischen Hürden zu bringen. Erstmals ist nun offenbar ein Präventionsgesetz durchgekommen. Ein guter erster Ansatz, denn Prävention wurde von den Kassen nicht selten als Marketinginstrument missdeutet. Ob es allerdings gelingt, Präventionsansätze verstärkt über die ärztlichen Praxen zu steuern, muss sich noch zeigen. Viel kommt natürlich darauf an, welche Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden, die entsprechenden Ressourcen zu schaffen – vor allem in der Fläche. Ähnlich verhält es sich mit dem so genannten E-Health-Gesetz. Auch hier ein guter erster Ansatz, mehr Leistungen der Mediziner durch Vernetzung und elektronische Bereitstellungen zu vergüten. Im Rahmen neuer Versorgungsmodelle ist hier allerdings sehr viel mehr nötig und möglich. Wichtig ist, dass der Patient zusammen mit seinem Arzt die Datenhoheit behält. Diese kann nicht, wie die Kassen es gerne hätten, in ihre Hände fallen.

### Was ist eine Innovation?

Spannend bleibt nach wie vor die Frage, was aus dem geplanten Innovationsfonds wird. Ein Stiftungsrat aus den Trägern des G-BA soll die Weichen stellen. Der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken will offenbar vor allem ärztliche Leistungen und Programme fördern, die dann in die Regelversorgung übergehen. Also kein „Gießkannenprinzip“. Zur Diskussion stehen beispielsweise fachärztliche Versorgung in der Pflege und Palliativmedizin oder aber auch die Erprobung neuer Mechanismen zur ärztlichen und sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Dass es auch hier auf die Freiheit des Arztes ankommt, seine Abrechnung zu gestalten, hat Hecken hoffentlich im Blick.

Eine sommerliche Ruhephase gibt es in der Gesundheitspolitik übrigens nicht. Von der linken Seite tönen bereits erneut Phantasien von einer Einheitsversicherung mit brabbelnden Basstönen von Zwei-Klassen-Medizin. Solch schräge Intermezzi sind dieses Jahr aber selbst aus Unterhaltungsaspekten nicht angesagt. Stattdessen wird es darauf ankommen, aus dem Gesetzesmarathon der Koalition etwas zu machen, dass auch die Versorgung stärkt. So heißt es doch zumindest im Versorgungsstärkungsgesetz, oder? ■

**Aus dem Vorstand** Die Jahreshauptversammlung hat **Dr. Christof Mittmann** in den Vorstand berufen. In Münster engagiert sich Dr. Mittmann seit vielen Jahren in verschiedenen Berufsverbänden und Kooperationen. Jetzt setzt er seinen Fuß auf das bundespolitische Parkett in Berlin. Ein Portrait.

Text: **Ulrike Scholderer** | Foto: **ipunkt**

# Fokus Freiberuflichkeit

**M**annigfaltiges Lächeln strahlt einem entgegen. Es ist das Lächeln von Marilyn Monroe, für die Ewigkeit festgehalten von Andy Warhol. Gleich sechs dieser Drucke hängen im Wartebereich der Praxis von Dr. Christof Mittmann. Sie vermitteln etwas Vertrautes. Und signalisieren, dass es in der Medizin auch um Lebensfreude geht. „Die Bilder haben mein Partner Dr. Müller-Rensmann und ich zusammen ausgesucht. Das war eine ganz spontane Entscheidung“, sagt Dr. Mittmann. Er praktiziert im Zentrum von Münster in einer Praxisgemeinschaft als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Sein Partner in der Praxis ist auch Orthopäde. „Das ist eine wunderbare Konstellation“, so Mittmann, „der kollegiale Austausch ist mir sehr wichtig.“ Und auch die klare Struktur. Zwei Praxen, geteilt werden die gemeinsam genutzten Räume. Jede Praxis hat ihr eigenes Personal. Das spiegelt gut wieder, wie Mittmann seine persönlichen Erfahrungen als Arzt zusammenfasst. „Mir geht es um so viel Eigenständigkeit wie möglich und so viel Gemeinsamkeit wie nötig – damit wir unsere Patienten bestmöglich versorgen und betreuen können.“ Aber es drängt sich der Eindruck auf, dass Mittmann Gemeinsamkeit doch sehr viel höher ansetzt, als es auf den ersten Blick den Anschein hat. Er ist Vorsitzender der Facharztinitiative Münster, die er vor fünf Jahren gegründet hat. Ziel dieser ärztlichen Kooperation ist zum einen die Stärkung der Interessen der Fachärzte regional vor Ort und zum anderen die Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten in Münster. Er gehört dem Praxisnetz (MEDIS) Münster an, hat im Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt mitgearbeitet und engagiert sich für eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Er war Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und arbeitet weiterhin aktiv in Projekten und Ausschüssen der KVWL, wie dem Formularlabor, mit.

Für Mittmann stand schon früh fest, dass er Arzt werden wollte. Auch als Landarzt zu praktizieren, war für ihn eine Option. Entschieden hat er sich dann für Orthopädie und Unfallchirurgie. „Es ist die Kombination aus operativer und konservativer Tätigkeit, die die Arbeit in meiner Praxis für mich ausmacht“, sagt Mittmann. 1996 hat er sich in Münster niedergelassen, vor knapp zwanzig Jahren. Auch heute ist der Arztberuf sein Traumjob. „Auch wenn die Reglementierungsdichte durch den Staat immer höher wird, freue ich mich gerade jetzt, am Ende meines Urlaubs, wieder auf meine Patienten“, sagt Mittmann. „Das heißt aber nicht, dass ich das immer stärkere Eingreifen des Staates in die Medizin akzeptiere. Im Gegenteil. Ich suche nach Wegen, dagegen anzusteuern.“

Von Anfang an hat er seine privatärztlichen Honorare über die PVS vor Ort abrechnen lassen. Dr. Rolf Grewe, Ophthalmologe in Münster und langjähriger Vorsitzender der PVS Westfalen-Nord, fiel das vielfältige Engagement seines Kollegen Mittmann auf. „Ich habe ihn direkt darauf angesprochen, ob er sich vorstellen könnte, im Vorstand der PVS Westfalen-Nord mitzuarbeiten“, sagt Grewe. „Ich weiß, dass es ihm darum geht, sich für die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten einzusetzen und dazu Netzwerke knüpft und Verbindungen pflegt.“ Seit 2013 ist Mittmann Vorsitzender der PVS Westfalen-Nord. Von da aus in den Vorstand des PVS Verbandes war es eigentlich nur ein kurzer Schritt. Denn für ihn geht es darum, Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes ganz grundsätzlich zu verteidigen. „Ich freue mich, dass meine Kolleginnen und Kollegen mir mit meiner Wahl in den Vorstand ihr Vertrauen ausgesprochen haben“, sagt Mittmann. „Gemeinsam müssen wir zum Wohl unserer Patienten den freien Berufsstand der Ärzte verteidigen. Das ist mein Ziel für meine Arbeit im PVS Vorstand.“ ■



**Anti-Korruptionsgesetz** Anfang des Jahres schlugen die Wellen hoch. Grund war der Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen. Inzwischen wurde der Entwurf überarbeitet und die anvisierte Regelung soll zum nächsten Jahr in Kraft treten.

Text: **Thomas Grünert** | Illustration: **iStockfoto**

## Kooperation ja, Korruption nein

**A**lle Ärzte sind potentielle Kriminelle. Diesen Eindruck konnten Bürger und Patienten durchaus gewinnen, wenn sie den ersten Referentenentwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen lasen. Inzwischen gibt es eine überarbeitete Fassung des so genannten „Anti-Korruptionsgesetzes“, das in diesen Tagen vom Bundeskabinett abgesegnet wurde. Prinzipiell, so heißt es aus Kreisen der verfassten Ärzteschaft, könne man jetzt damit klar kommen. Grundsätzlich würden Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ja sowohl von Kammern als auch von Kassenärztlichen Vereinigungen begrüßt.

Zielsetzung ist das Vermeiden einer Vorteilsnahme, die das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen beschädigt.

Der Teufel liegt wie so oft im Detail. Und das weniger in den Details ärztlicher Tätigkeit als in den bürokratischen Regelmechanismen, die inzwischen den freiberuflichen Medizinern übergestülpt werden sollen. Auslöser für die Gesetzesinitiative – man erinnere sich – war vor drei Jahren eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs, dass freiberufliche Ärzte eben nicht Amtsträger und Beauftragte der Krankenkassen seien und sich somit nicht automatisch strafbar machen, wenn sie Vorteile durch Kooperationen, beispielsweise mit der Industrie, annehmen. Dass

die Kammern erklärten, Fehlverhalten von Medizinern durchaus mit den Mitteln des Berufsrechts in den Griff zu bekommen, spielte für die Politik – wohl auch unter dem von Kassen erzeugten Stimmungsbild – keine Rolle. Die Mühlen des Gesetzgebers mahlen langsam, nun aber liegt ein unter Führung des Justizministeriums überarbeiteter Kabinettsentwurf vor, der mit großer Wahrscheinlichkeit zur Einführung eines eigenständigen Straftatbestands als §299a des Strafgesetzbuches führen wird.

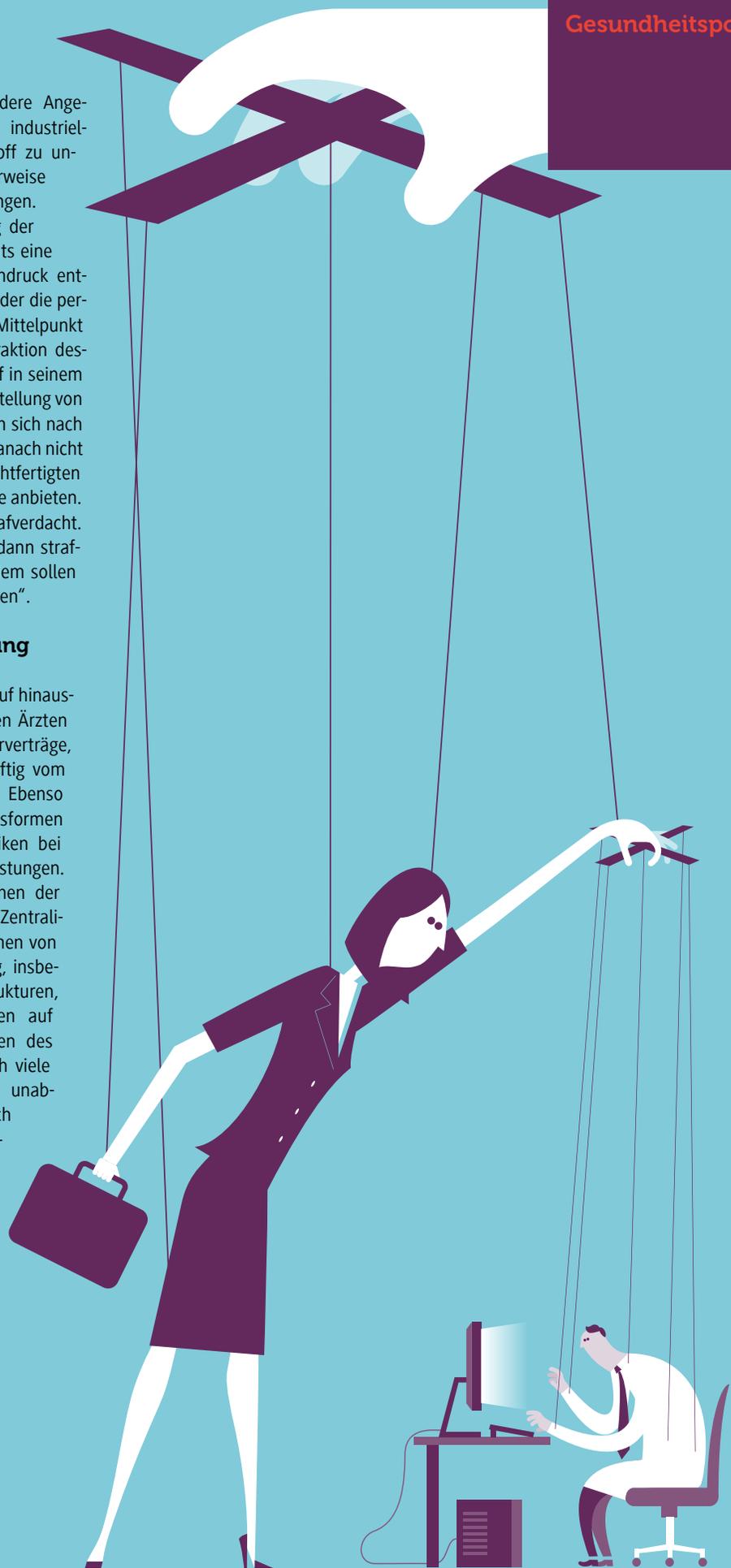
Anders als in früheren Entwürfen beinhaltet der Kabinettsentwurf nun eine präzise Abgrenzung von Korruption zu gewünschten Kooperationen. In klaren Stellungnahmen hatten Institutionen der verfassten Ärzteschaft genau dies gefordert. Denn sonst würde jede Weiterentwicklung von Kooperationsformen wie in Praxisnetzen der ambulanten und Spezialfachärztlichen Versorgung oder bei integrierter Versorgungsformen konterkariert. Außerdem ist inzwischen nicht nur an eine Regelung für Vertragsärzte gedacht, sondern ein Gesetz, das gleichermaßen für alle Heilberufe gelten soll. Zielsetzung ist das Vermeiden einer sogenannten Vorteilsnahme, die das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen beschädigt.

Befürchtungen der ärztlichen Organisationen, dass die umfangreichen kooperativen Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, die mit den Reformen der letzten Jahre von der Politik und auch von den Krankenkassen extrem erwünscht waren, unter einen Generalverdacht möglicher Korruption gestellt werden, sind dennoch nicht ganz vom Tisch. Seitens der Kassen sind die im SGB V verankerten Vertragsformen wohl unbedenklich.

Kooperationen mit Drittbeteiligten, insbesondere Angehörigen anderer Heilberufe oder erst recht industriellen Anbietern, bieten nicht nur weiterhin Stoff zu unterschiedlichen Ansichten, sondern möglicherweise künftig auch zu rechtlichen Auseinandersetzungen. Besonders deutlich wird das in einem Antrag der Linken an den Deutschen Bundestag, die bereits eine Straftat des Mediziners sehen, wenn „der Eindruck entsteht, dass Interessen Dritter bedient werden oder die persönliche Bereicherung des Behandelnden im Mittelpunkt steht“. Als möglichen Weg schlägt die Linksfraktion deshalb genau das vor, was der Bundesgerichtshof in seinem Urteil von 2012 explizit verneint hat: Die Gleichstellung von Kassenärzten mit Amtsträgern. Letztere würden sich nach § 331 StGB strafbar machen. Ärzte sollen sich danach nicht nur strafbar machen, wenn sie einen ungerechtfertigten Vorteil annehmen, sondern auch, wenn sie diese anbieten. IGeL-Leistungen ständen damit adhoc unter Strafverdacht. Und weiter: Das ärztliche Verhalten soll auch dann strafbar sein, wenn kein Schaden entsteht. Außerdem sollen „Hinweisgeber gesetzlich besser geschützt werden“.

### Starke Tendenz zur Zentralisierung

Unter dem Strich wird das Gesetz wohl darauf hinauslaufen, dass zulässige Vertragsformen zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen, Strukturverträge, Praxisnetze, intersektorale Kooperationen künftig vom Korruptionsverdacht ausgenommen bleiben. Ebenso die Entwicklung diagnosebezogener Vergütungsformen oder auch Zusammenarbeitsformen mit Kliniken bei der Erbringung ambulanter und operativer Leistungen. Dennoch hat auch der von den Organisationen der Vertragsärzte akzeptierte Entwurf eine starke Zentralisierungstendenz, der Entscheidungsmechanismen von den Gremien der klassischen Selbstverwaltung, insbesondere auch ihren regional ausgeprägten Strukturen, wegnimmt. Das könnte starke Auswirkungen auf die Kompetenz der Kammern in allen Fragen des Berufsausübungsrechts haben und letztendlich viele praktische Einschränkungen für den bisher unabhängigen, freiberuflichen Mediziner mit sich bringen. Viel kommt deshalb auf die praktische Umsetzung eines künftigen „Anti-Korruptionsgesetzes“ an. Das hier mehr der jeweilige politische „windchill“ den Ausschlag gibt statt berufs- und standespolitische Überlegungen, ist zu erwarten. ■



Das **E-Health-Gesetz** hat die ersten Hürden genommen und ist im Deutschen Bundestag angekommen. Anders als bei den techniklastigen und mäßig erfolgreichen Paragraphen früherer Bundesregierungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK), dürften viele niedergelassene Ärzte das neue Gesetz schon ab 2016 im Alltag konkret erleben. Doch es gibt offene Flanken.

---

Text: **Philipp Grätzel von Grätz** | Foto: **iStockfoto**

# Durchbruch oder vertane Chance?

**B**undesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will der Selbstverwaltung bei der elektronischen Vernetzung mit dem E-Health-Gesetz „Dampf machen“. Angesichts der Tatsache, dass die bisher weit über eine Milliarde Euro teure eGK noch immer nicht mehr kann als die Krankenversichertenkarte, ist das nachvollziehbar. Die Frage lautet, ob es mit diesem Gesetz gelingen wird.

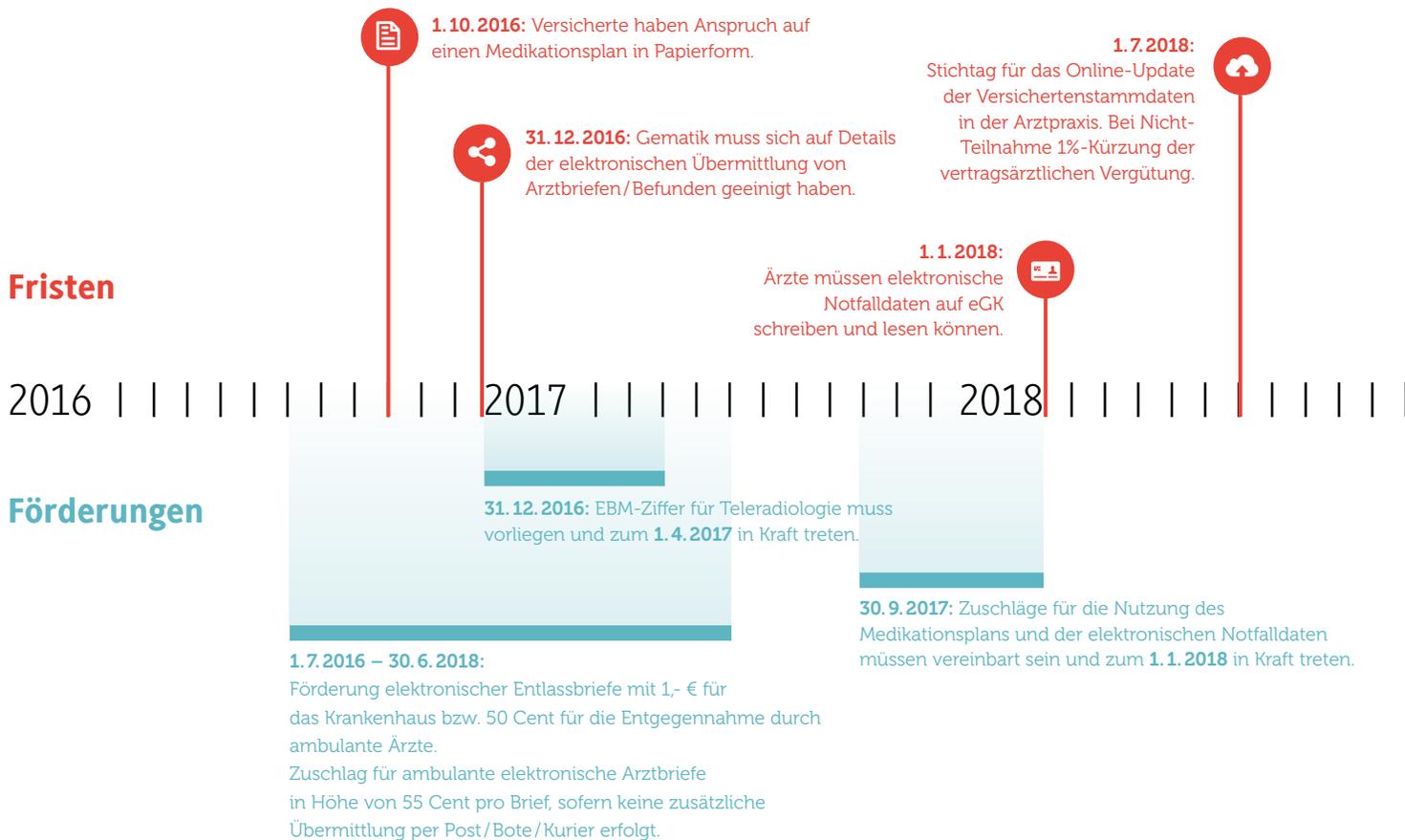
Während ärztlicherseits die bisherigen Verzögerungen bei der eGK auf eine mangelnde Einbindung der Nutzer zurückgeführt werden, sieht die Politik in erster Linie ein Versagen der Selbstverwaltung. Karin Maag (CDU) hat das kürzlich so formuliert: „Unser Fehler war, dass wir vor zehn Jahren beschlossen haben, die Selbstverwaltung solle es machen. Wir hätten es selbst machen sollen.“

Diese Haltung ist im E-Health-Gesetz deutlich zu spüren. Das Kernprinzip lautet „Zuckerbrot und Peitsche“. Für eine Reihe von eGK-Anwendungen gibt es Fristen, die mit finanziellen Sanktionen hinterlegt sind (siehe Grafik). Die Sanktionen treffen primär die Haushalte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen. Bei einer Verweigerung des Online-Updates der Versichertenstammdaten sollen aber auch Ärzte mit einem Prozent der vertragsärztlichen Vergütung belangt werden können. Neben den sanktionierten Fristen für Online-Update der Stammdaten, elektronische Notfalldaten und Medikationsausweis aus Papier, setzt das E-Health-Gesetz auf der „Zuckerbrot“-Seite diverse Anreize für den Einsatz digitaler Leistungen (siehe Grafik). Das zielt darauf ab, elektronische Arztbriefe und Befunde in die Breite zu tragen sowie die Telemedizin zu unterstützen.



Einer der entscheidenden Punkte des E-Health-Gesetzes aus Ärztesicht ist, dass die Förderung der Arzt- und Entlassbriefe zunächst unabhängig von der Telematikinfrastruktur erfolgt. Nur deswegen können die Fördermittel überhaupt schon ab Sommer 2016 fließen. Zu diesem Zeitpunkt wird es noch nicht die Möglichkeit geben, Arztbriefe über die Telematikinfrastruktur zu versenden. Deswegen soll die Förderung für den Überbrückungszeitraum an das KV-Netz gekoppelt werden.

Für Ärzte heißt das konkret: Wer für KV-Abrechnung und Co schon einen KV-SafeNet-/KV-Connect-Anschluss besitzt, der wird ihn auch für die



geförderten Arztbriefe nutzen können. Und weil die Krankenhäuser bereits signalisiert haben, dass sie ihre elektronischen Entlassbriefe ebenfalls KV-Netz-kompatibel versenden werden, steht auch einem (geförderten) Empfang der Entlassbriefe nichts im Wege, wenn der Anschluss an das KV-Netz vorhanden ist.

Die Krankenkassen sehen das alles ausgesprochen kritisch. Sie fürchten, dass sie den Aufbau einer Ärzteinfrastuktur finanzieren, die parallel zur Telematikinfrastruktur betrieben wird. Diese Befürchtungen wurden teilweise aufgenommen: In die zweite, derzeit aktuelle Version des Gesetzentwurfs wurde eine Frist eingeführt, bis zu der die Gematik ein sicheres Verfahren für die Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur vorlegen muss.

Diese Frist ist der 31. Dezember 2016, sodass eine Einführung elektronischer Arztbriefe auf der Telematikinfrastruktur im Laufe des Jahres 2017 erfolgen könnte, sofern alles andere bis dahin glatt geht – also die Tests für das Online-Update ab Herbst 2015 und die flächendeckende Einführung des Online-Updates und damit der Infrastruktur ab Sommer 2016. Die neue Frist ist insofern wichtig, als das E-Health-Gesetz festlegt, dass eine Förderung von Arztbriefen im KV-Netz nur möglich ist, solange eine entsprechende Option über die Telematikinfrastruktur noch nicht zur Verfügung steht. Das zielt darauf ab, Parallelnetze zu vermeiden.

Die große Unbekannte bei dieser ganzen Förderung ist der elektronische Heilberufsausweis, der im E-Health-Gesetz nicht ein einziges Mal erwähnt wird. Dr. Franz Bartmann von der Bundesärztekammer hat diese Lücke scharf kritisiert, während sich das Unternehmen Medisign, an dem der PVS Verband beteiligt ist, als bisher einziger Anbieter elektronischer

Heilberufsausweise auf den Standpunkt stellt, dass das E-Health-Gesetz die Ärztekarten quasi voraussetzt. Die Frage ist, ob bis Sommer 2016 ausreichend viele Ärzte mit elektronischen Heilberufsausweisen ausgestattet werden können. Alternativ wären für eine Übergangszeit der elektronische Versand handsignierter Briefe als PDF-Dokumente oder auch kartenfreie Signaturen denkbar. Hier ist aber noch sehr viel unklar.

Ein weiterer Bestandteil des E-Health-Gesetzes ist die Interoperabilität. Dabei geht es um die Übermittlung von strukturierten Patientendaten von einem IT-System in ein anderes. Im niedergelassenen Bereich ist das bei Ärztenetzen ein Riesenthema. Um die Interoperabilität zu fördern, will die Regierung eine Liste von Standards erstellen, das Interoperabilitätsverzeichnis.

## Kernprinzip des E-Health-Gesetzes: Zuckerbrot und Peitsche.

Zusätzlich war eine offene Schnittstelle für den Austausch strukturierter Patientendaten Bestandteil des ersten Gesetzentwurfs. Lobbyarbeit von Teilen der IT-Industrie hat dafür gesorgt, dass dieser Passus in der zweiten Fassung deutlich schwächer klingt. Jetzt ist nur noch die Rede von einer Schnittstelle für die systemneutrale Archivierung und für die Datenübertragung bei Systemwechseln. Martin Staemmler von der Fachhochschule Stralsund formulierte es so: „Das ist nicht die Schnittstelle, die wir wollen.“ Viele Ärztenetze dürften das ähnlich sehen. ■

**Impfschutz** Der Masernausbruch in diesem Jahr hat eine hoch emotional geführte Debatte über Sinn und Unsinn eines gesetzlichen Impfwangs ausgelöst. Gesundheitsminister Gröhe geht einen anderen Weg.

Text: Dorothea Siems | Illustration: iStockfoto

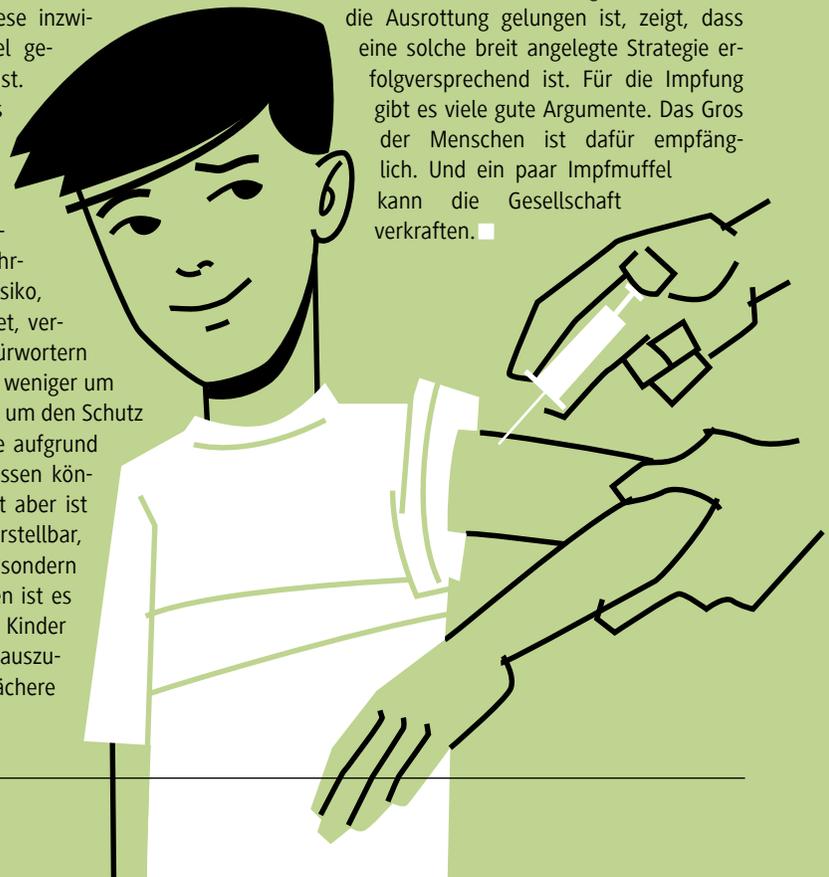
## Besser ohne Zwang

**B**undesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat den Masern den Krieg erklärt. Als Reaktion auf den massiven Ausbruch der Krankheit in diesem Jahr führt der CDU-Minister neue Maßnahmen für einen besseren Impfschutz ein. Das im Juni vom Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz sieht eine Beratungspflicht vor: Eltern müssen nun vor der Aufnahme ihres Kindes in einer Kita schriftlich belegen, dass ein Arzt sie zum Thema Impfen beraten hat. Überdies ist bei allen Routineuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen der Impfschutz zu überprüfen. Kommt es zu Masernfällen, können Ungeimpfte vom Kindergarten- oder Schulbesuch zeitweilig ausgeschlossen werden.

Mit diesem Maßnahmenbündel hat die Große Koalition einen klugen Mittelweg gewählt. Einerseits zeigt die neue Regelung, dass der Staat die Gefahr, die von dieser Krankheit ausgeht, ernst nimmt. Andererseits wird der von vielen Seiten geforderte Impfwang vermieden. Und das ist gut so. Denn eine generelle Pflicht zur Masernimpfung wäre ein übermäßiger Eingriff in die Freiheit des Einzelnen. Zwar war in der Bundesrepublik bis 1975 die Pockenschutzimpfung obligatorisch. Doch diese inzwischen ausgerottete Krankheit war viel gefährlicher, als es die Kinderkrankheit ist. Mit Hinweis auf die Fürsorgepflicht des Staates war der Impfwang bei den Pocken gerechtfertigt. Masern verlaufen dagegen im Regelfall harmlos. Nur jede 1000. Infektion führt entweder zur Lungen- oder zur noch gefährlicheren Hirnhautentzündung. Das Risiko, dass eine Maserninfektion tödlich endet, veranschlagen Experten auf 1:10.000. Befürworten einer Pflichtimpfung geht es denn auch weniger um den Schutz des jeweiligen Impflings, als um den Schutz von Mitbürgern, die sich beispielsweise aufgrund einer Immunschwäche nicht impfen lassen können. In einer freiheitlichen Gesellschaft aber ist ein Impfwang für Kinder schwer vorstellbar, wenn dieser nicht ihrem eigenen Wohl, sondern dem Wohle Dritter dienen soll. Dagegen ist es durchaus sinnvoll und auch zumutbar, Kinder zeitweilig vom Kita- oder Schulbesuch auszuschließen, um auf diese Weise Schwächere

zu schützen und die weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern.

Um das erklärte Ziel, die Masern auszurotten, zu erreichen, müssten mindestens 95 Prozent der Bevölkerung geimpft sein. Gerade bei Kindern, für die der Zwang diskutiert wird, hat man schon jetzt ein sehr hohes Niveau erreicht: Gegenwärtig sind 97 Prozent der Grundschüler einmal und 92 Prozent zweimal geimpft. Der Anteil der Ungeschützten ist dagegen unter den jungen Erwachsenen deutlich höher. Während unter den Älteren fast jeder in der Kindheit die Krankheit hatte und somit immunisiert ist, gilt dies für die Jahrgänge ab 1980 nicht mehr. Damals gab es aber auch noch keine flächendeckenden Impfangebote. Ein weiteres Problem sind Flüchtlinge, die hierzulande oft einen unzureichenden Gesundheitsschutz haben. Jedem Asylbewerber umgehend alle relevanten Impfungen anzubieten, ist im Interesse aller Bürger geboten. Damit die bedenklichen Impflücken bei den Erwachsenen geschlossen werden, sind Bund, Länder, Ärzteverbände und Krankenkassen überdies gefordert, ihre Aufklärungsarbeit zu intensivieren. Die Erfahrung Finnlands, wo die Ausrottung gelungen ist, zeigt, dass eine solche breit angelegte Strategie erfolgversprechend ist. Für die Impfung gibt es viele gute Argumente. Das Gros der Menschen ist dafür empfänglich. Und ein paar Impfmuffel kann die Gesellschaft verkraften. ■



Wir sind Spießer  
und Pedanten.  
Dafür kommen Sie  
schneller an Ihr Geld.

Ihre Privatärztlichen Verrechnungsstellen.

Seit 1922 ist die PVS Ihr zuverlässiger Partner für die Abrechnung privatärztlicher Honorare. Mehr als 1.500 Mitarbeiter und ein Umsatzvolumen von über 3,6 Milliarden Euro jährlich garantieren, dass Ihre Leistungen korrekt und zuverlässig abgerechnet und Ihrem Konto gutgeschrieben werden. Die Liquidität Ihrer Praxis steigt. Mit Sicherheit – seit 90 Jahren. Weitere Informationen finden Sie unter [www.pvs.de](http://www.pvs.de)



Von Ärzten. Für Ärzte.



**iGOZ**  
www.igoz.de



**iGOÄ**  
www.igoae.de

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

# Jetzt doppelt smart!

Die mobile Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte als Gratis-App auf Ihrem Smartphone.



Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Verband

 **PVS**

  
BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER