

zifferndrei

Ausgabe 1 · Sommer 2015

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Zauberhaft

Die neue Gebührenordnung wird transparent und eindeutig.

6

Praxismanagement

Faktotum war gestern

Wie Sie mit der richtigen Strategie und klaren Zielen gutes Praxispersonal finden.

8

Praxisfinanzen

Kein Geschäft wie jedes andere

Worauf es beim Praxisverkauf ankommt. Tipps für rechts-sichere Verträge.

16

Positionen

Konsequent. Klar. Geradlinig.

Dr. Jörg Schellenberger ist neuer Vorsitzender des PVS-Ausschusses für Gebühren- und Vertragsrecht. Ein Portrait.

Ausgabe 1 Die Themen in diesem Heft

Praxismanagement



4

Lesen ja, urteilen nein

Die Arztsuche im Internet gehört heute zu den Suchstrategien wie früher die Mundpropaganda. Doch noch kämpfen die Betreiber der Suchmaschinen mit einer schleppenden Bereitschaft der Patienten, Ärztekommunikation zu verfassen.

6 Faktotum war gestern

Gutes Praxispersonal zu finden, wird in einigen Regionen Deutschlands immer schwerer. Doch mit der richtigen Strategie und mit klaren Prioritäten lassen sich kompetente Medizinische Fachangestellte für Ihre Praxis gewinnen.

Praxisfinanzen



8

Kein Geschäft wie jedes andere

Worauf es beim Praxisverkauf ankommt, und wie Sie Verträge rechtssicher gestalten, haben die Rechtsexperten der RST Beratungsgruppe aus Essen leicht verständlich zusammengestellt.

12 Gesamtbilanz positiv

Niedrige Zinsen und die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gehen an den berufsständischen Versorgungswerken nicht spurlos vorbei. Ein Bericht zur aktuellen Situation.

Positionen



16

NEUES AUS DEM GOÄ-AUSSCHUSS

Portrait Dr. Jörg Schellenberger

19 | SCHÄFFERS KOLUMNE

20 | PVS KNOW-HOW

Volle Agenda bei der PVS-Rechtsberatertagung

22 | TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN

Kampf um unsere Werte

23 | VERANSTALTUNGEN

Praxis & Recht



14

Der gesetzliche Mindestlohn: Die wichtigsten Regelungen im Überblick

Seit dem 1. Januar dieses Jahres gilt in Deutschland ein gesetzlicher Mindestlohn. Er gilt auch für Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen. Was Sie wissen und was Sie beachten müssen, hat **zifferdrei** für Sie zusammengestellt.

Gesundheitspolitik



24

Transparent und eindeutig

Der erste Aufschlag ist gemacht: Die Ärzte und die private Krankenversicherung haben dem Bundesgesundheitsministerium Grundzüge einer neuen Gebührenordnung vorgelegt. **zifferdrei** sprach mit den Verhandlungsführern über Analogabrechnung, die politische Durchsetzbarkeit der GOÄ-Novelle und Qualitätsanforderungen in der Privatmedizin.

28 „In fünf Jahren werden Organe dreidimensional geprintet“

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit steht vor der Tür – vom 10. bis 12. Juni 2015 trifft sich die Branche in Berlin. Ein Gespräch mit Prof. Axel Ekkernkamp, Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Ärzteforums, über die Kongresshighlights 2015 und Megatrends im Gesundheitswesen.

zifferdrei

3 EDITORIAL

19 IMPRESSUM

30 GASTKOMMENTAR

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

für die erste Ausgabe unseres neuen Verbandsmagazins **zifferdrei** haben wir etwas ganz Besonderes für Sie aus dem Hut gezaubert: Ein Interview mit den Verhandlungsführern der novellierten Gebührenordnung für Ärzte. Die Ärzteschaft, vertreten durch Dr. Bernhard Rochell und Dr. Theodor Windhorst, und Dr. Birgit König für den Verband der privaten Krankenversicherung haben uns Rede und Antwort gestanden, wie es um die neue ärztliche Gebührenordnung bestellt ist. Gut, so die einhellige Antwort. Wenn alles läuft wie geplant, kann die neue Gebührenordnung im Oktober nächsten Jahres in Kraft treten. Darüber hinaus hat das Verhandlungs-Trio noch mehr verraten. Wie werden die Leistungen kalkuliert? Wie soll die neue Gebührenordnung aktuell gehalten werden? Bleibt das Instrument der Analog-Abrechnung? Seien Sie gespannt!

Mit der **zifferdrei** haben wir uns viel vorgenommen. Wir wollen ein Praxismagazin für Sie, liebe Leserin und Leser, mit konkreten Tipps und wertvollen Hintergrundinformationen zu Management, Recht und Finanzen produzieren. In dieser Ausgabe sind wir unter anderem der Frage nachgegangen, wie Sie gutes Praxispersonal finden und welche Bedeutung Internet-Bewertungsportale für das Praxismarketing haben. Wir haben uns erkundigt, wie es um die berufsständischen Versorgungswerke steht und wie man den Verkauf einer Praxis erfolgreich meistert.

Wir möchten Ihnen auch die Arbeit des Verbandes näher bringen. Ihre PVS vor Ort ist ihr Dienstleister für die Abrechnung privatärztlicher Honorare. Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Verbund bündeln Ihr Know-how und vertreten die Interessen der privatärztlich tätigen Mediziner auf dem politischen Parkett. Deshalb berichten wir für Sie aus den Gremien und Ausschüssen und halten Sie über die aktuellen politischen Entwicklungen auf dem Laufenden.

Gefällt Ihnen die neue **zifferdrei**? Wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen und freuen uns über Ihre Anregungen und wohlmeinende Kritik.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

**Gefällt Ihnen Ihr neues
Verbandsmagazin zifferdrei?**
Mailen Sie Ihre Meinung an
redaktion@zifferdrei.de.

Die **Arztsuche im Internet** gehört heute zu den Suchstrategien wie früher die Mundpropaganda. Doch noch kämpfen die Betreiber der Suchmaschinen mit einer schleppenden Bereitschaft der Patienten, Ärztekommunikare zu verfassen.

Text: Ingrid Mühlwinkel

Lesen ja, urteilen nein



Wer heute als Patient einen Arzt sucht, kann sich – dank der freien Arztwahl – unter tausenden von Medizinern für einen entscheiden. Patienten, die mithilfe des Internets einen Arzt Ihres Vertrauens suchen, haben mittlerweile die Wahl zwischen unterschiedlichsten Arztbewertungsportalen und Suchmaschinen. Das macht die webbasierte Arztsuche aber inzwischen zu einer aufwändigen Angelegenheit.

Neben kommerziellen Anbietern wie Jameda.de – das größte Arztbewertungsportal im Netz – sind auch gesetzliche Krankenversicherungen wie die Techniker Krankenkasse, die AOK oder die Barmer GEK auf diesen Zug aufgesprungen und versprechen Hilfe und Orientierung bei der Arztsuche. Genauso wie die Bertelsmann Stiftung, die frühzeitig mit der Weissen Liste einen Prototypen einer

Arztsuchmaschine gemeinsam mit der AOK und Barmer GEK sowie einigen anderen Kassen für das Internet entwickelt hat. Daneben gibt es noch eine Vielzahl kleiner Anbieter, die vor allem das Anzeigengeschäft

im Auge haben. Bei genauerem Hinsehen aber entpuppen sich viele dieser Suchmaschinen als digitale „Gelbe Seiten“. Der Ratsuchende erhält meist nicht mehr als die Adressen – gepaart mit der medizinischen Fachbezeichnung, den Öffnungszeiten und allenfalls noch Hinweisen

9,7
Arztbesuche
pro Bürger und Jahr

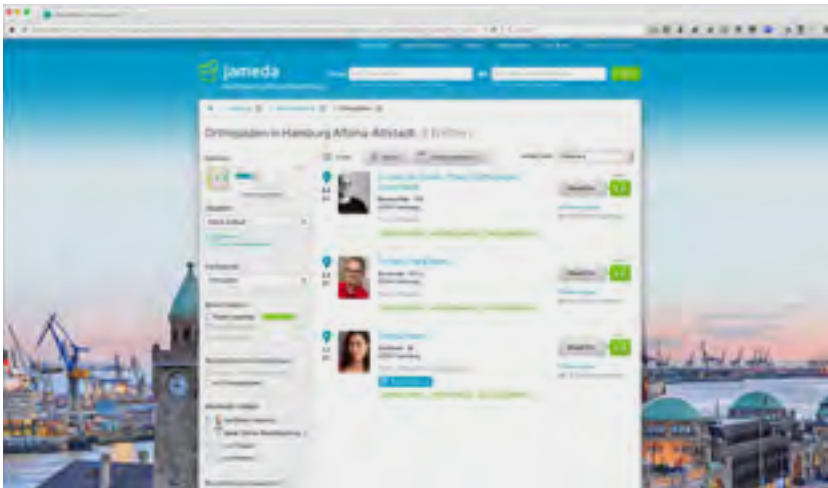
zur Barrierefreiheit und Praxisschwerpunkten – der in seinem Postleitzahlengebiet ansässigen Ärzte. Handelt es sich um Suchmaschinen mit einer Arztbewertungsfunktion, gibt es oft nur wenige, oft auch gar keine Einträge zu den einzelnen Praxisinhabern. Auch aus diesen Gründen prophezeit der Branchenprimus Jameda in einem

Interview mit der Ärztezeitung Anfang dieses Jahres eine Konsolidierung der Branche. „Im Moment sprießen viele Anbieter aus dem Boden. Vielfach wird aber nur ein Konzept kopiert, dann gibt es aber Mängel beim Bewertungsmanagement“, so Jameda-Geschäftsführer Fritz Edelmann.

Nur zögerlich werden Ärztebewertungen verfasst

Schon heute benutzen 20 Prozent aller Privatpatienten die Online-Arztsuche auf Jameda – damit ist der Anteil fast doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt der gesetzlich Versicherten mit 11 Prozent.

In der Tat: Das Salz in der Suppe sind die Bewertungen. Und die fließen den Patienten nicht gerade aus der Feder. Jameda gab im Februar bekannt, die 1-Millionen-Marke an Arzt-Bewertungen geknackt – und damit so viele Bewertungen zu haben wie kein anderer Anbieter von



Suchergebnisanzeige auf jameda.de

„Kritik, mal Dampf ablassen, da greifen die Menschen eher zum Stift, als wenn sie zufrieden sind.“

Ingo Bach, Tagesspiegel-Journalist



Ärztelusuchmaschinen. Auch wenn manche Bewertungen dem einen oder anderen Mediziner mitunter ein Ärgernis sind. Dieser einen Million an Jameda-Bewertungen stehen bundesweit mehr als 150.000 freiberuflich niedergelassene Vertragsärzte und 787 Millionen Arztkonsultationen pro Jahr gegenüber. Das Phänomen ist offensichtlich: Das Interesse, Arztbewertungen zu lesen – Jameda nennt monatlich fünf Millionen Patienten – ist offenkundig weitaus höher, als selbst eine Bewertung abzugeben. Kathrin Kirchler, Jameda-Pressereferentin, vermutet: „Eine Bewertung zu verfassen, ist immer mit etwas Aufwand verbunden. Der Patient muss sich mit E-Mail-Adresse registrieren und sich die Zeit nehmen, einen Bewertungstext zu formulieren. Das macht er in der Regel dann, wenn der Arztbesuch für ihn emotional war – vor allem im positiven Sinne: 80 Prozent der mehr als eine Million Bewertungen bei Jameda sind sehr gut bis gut.“ Der Berliner Tagesspiegel-Journalist und Chefredakteur für Gesundheitsprojekte, Ingo Bach, beschreibt das Leserverhalten so: „Kritik, mal Dampf ablassen, da greifen die Menschen eher zum Stift, als wenn sie zufrieden sind.“ Doch es sind auch die Bewertungen, die Ärztsucheportale zu einem echten

787
Millionen
Arztkonsultationen
pro Jahr

1
Million
Arztbewertungen auf
jameda.de

Instrument der Patientenorientierung machen. Eine kritische Masse an Arztbewertungen, die für alle Ärzte ein halbwegs objektives Urteil ermöglichen, gebe es im Netz aber noch nicht, so Bach.

Vertrauen ist ein hohes Gut in diesem Geschäft

Werden Bewertungen von Patienten verfasst, sind diese ein sensibles Gut. Kathrin Kirchler erzählt, nahezu täglich gibt es Ärzte, die ihre Bewertungen bei Jameda überprüfen lassen. Das Unternehmen bezeichnet sich selbst als Deutschlands größte Ärztempfehlung – da zählen Vertrauen und Seriosität zu den Rohstoffen des Geschäftsmodells. Jameda wirbt, die Plausibilität der Patientenkommentare bereits vor Veröffentlichung mit einem automatischen Algorithmus und gegebenenfalls mit einer SMS-Prüfung und einem zehnköpfigen Team, das die Verfasser von Bewertungen auch schon einmal persönlich kontaktiert, zu checken. So soll zum Beispiel ausgeschlossen werden, dass ein und derselbe Nutzer mehrfach ein und denselben Arzt bewertet, oder manipulierte Bewertungen platziert, oder Bewertungen aus niedrigen Beweggründen abgegeben werden. Meldet ein Arzt ein Problem, wird die kritische Bewertung für die Dauer der Überprüfung ausgesetzt. Doch wie sieht es überhaupt mit der Unabhängigkeit des Jameda-Arztbewertungsportals aus? Jameda verkauft an zahlende Kunden kostenpflichtige Pakete, die unter anderem ein schnelles Auffinden im Google-Ranking garantieren. Zwischen 55 und 135 Euro müssen zahlungswillige Ärzte für eines der drei Angebote berappen. Kirchler verneint eine Bevorzugung zahlender Kunden in der Bewertung gegenüber Ärzten, die nicht auf den Jameda-Website inserieren. Kritiker monieren trotzdem eine mangelnde Unterscheidbarkeit zwischen Inseraten und dem kostenlosen Eintrag der Arztadressen.

Um ein halbwegs fundiertes Urteil über eine ärztliche Leistung fällen zu können, gehören für Ingo Bach mehr Kriterien als die Patientenbewertung dazu. Er nennt die Fallzahl sowie Kollegenbewertungen und dokumentierte Ergebnisse der Behandlungsqualität, falls vorhanden. Noch sind die Suchmaschinen von solch einer umfassenden Qualitätsdarstellung ärztlicher Leistungsfähigkeit weit entfernt. Doch es ist eine Frage der Zeit bis die Betreiber der Suchmaschinen ihre Kriterien erweitern. Schon heute, so Kathrin Kirchler, würden überdurchschnittlich viele Privatpatienten die Online-Arztsuche auf Jameda in Anspruch nehmen. „Mehr als 20 Prozent – damit ist der Anteil fast doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt mit 11 Prozent“, wirbt das Unternehmen auf seiner Website. Kirchler vermutet, dass dies mit dem höheren Anteil an Akademikern unter den Privatpatienten und deren höherem Informationsbedürfnis zusammenhängen könnte. Auch wenn Arztbewertungsportale noch weit davon entfernt sind, halbwegs objektive Informationen über die Leistungsfähigkeit einer Praxis zu liefern. Aus der Internetbranche sind sie nicht mehr wegzudenken. ■

Gutes Praxispersonal zu finden, wird in einigen Regionen Deutschlands immer schwerer. Doch mit der richtigen Strategie und mit klaren Prioritäten lassen sich kompetente Medizinische Fachangestellte für Ihre Praxis gewinnen.

Text: Ingrid Mühlwinkel | Illustration: iStockfoto



Faktotum war gestern

Christoph Tismer, Geschäftsführer der Meoclinic in Berlin, schickt seine Medizinischen Fachangestellten (MFA) gerne mal ins Fünf-Sterne-Hotel – zur Fortbildung. Zugegeben, einige der besten Adressen liegen in unmittelbarer Nachbarschaft. Aber Tismer hat besondere Ansprüche an sein medizinisches Personal: Die Meoclinic zählt zu den bekanntesten Adressen für Privatmedizin – auch international. „Da muss nicht nur die fachliche Qualifikation stimmen, auch die Umgangsformen müssen passen“, so der Geschäftsführer. Doch wie findet man überhaupt gute MFA?

Personalsuche? Warum nicht ein Besuch in der Berufsschule!

„Das ist regional sehr unterschiedlich“, berichtet Caroline Beil, Inhaberin der gleichnamigen Beratungsagentur für Personal- und Praxismanagement. „Medizinische Fachangestellte werden in München händelnd gesucht und können aufgrund der hohen Nachfrage einen deutlich höheren Verdienst erzielen.“ Doch was ist, wenn Praxisinhaber in einer Region suchen, wo der Markt noch nicht leergefegt ist? Wie findet man die Besten? Das medizinische Angebot einer Arztpraxis richtet sich zumeist an eine lokale bis regionale Nachfrage. Da ist die gute alte Tageszeitungsanzeige immer noch ein probates Mittel, um Angebot und Nachfrage zusammenzuführen. Auch ein Blick auf den heimischen Ausbildungsmarkt lohne sich,

so Nicole Weider. Sie berät unter anderem Kliniken und Arztpraxen beim Personalmarketing. „Inzwischen schult auch die Dekra Arzthelferinnen in Kooperation mit der Arbeitsagentur für Arbeit.“

Doch es gibt daneben noch eine Menge anderer Wege, qualifiziertes Fachpersonal zu suchen und zu finden. Caroline Beil empfiehlt beispielsweise, direkt in die Berufsschulen zu gehen, die Arbeit der eigenen Praxis vorzustellen und Präsenz zu zeigen. Keine Frage, das ist aufwändig. Aber die Personalexpertin Beil warnt davor, bei



„Viele Patienten beurteilen eine Praxis eben nicht nur an der Heilkunst des Arztes, sondern summieren die Arbeit aller Kräfte in der Praxis zu einem Gesamteindruck.“

Caroline Beil

der Auswahl des Praxispersonals allzu sorglos vorzugehen. „Viele Patienten beurteilen eine Praxis eben nicht nur an der Heilkunst des Arztes, sondern summieren die Arbeit aller Kräfte in der Praxis zu einem Gesamteindruck.“ Auch das Netzwerk von Pharmareferenten und anderen Dienstleistern sei zu nutzen. „Die wissen oft, wo Veränderungen stattfinden, etwa wenn eine MFA umzieht und eine neue Stelle woanders sucht“, so Beil.

Bodenständig geht Christoph Tismer bei der Suche nach MFA vor. „Wir nutzen unter anderem auch die Dienste der Bundesagentur für Arbeit“, so der Meoclinic-Geschäftsführer. „Unser Stellenangebot läuft dann in allen Stellenportalen wie Stepstone, Monster und weiteren Online-Stellenbörsen.“

Aber auch Stellenangebote auf der eigenen Website seien ein Instrument des Personalrecruitings. „Über unsere Website haben wir allein eine Rücklaufquote von 20 Prozent auf unsere

Stellengesuche.“ Klassisch, aber nicht weniger effektiv ist eines der ältesten Kommunikationsmittel: die Empfehlung. Die eigenen Praxisangestellten können vermitteln: Sie kennen unter Umständen Fachkräfte, die auf der Suche sind und in das jeweilige Praxisteam passen würden.

Quereinsteiger bringen oftmals neue Perspektiven mit

Wenn alles nichts hilft, kann ein Blick über den Tellerrand lohnen. Auch Quereinsteiger können eine Bereicherung für die Praxis sein. Caroline Beil erzählt, sie wisse von einem Fall, wo eine ehemalige Schuhverkäuferin erfolgreich in einer Praxis reüssierte. Oftmals bringen Fachkräfte aus anderen Branchen neue, hilfreiche Perspektiven in den Praxisalltag ein. Für den Empfangsbereich sind deswegen besonders auch Kräfte aus der Hotellerie gefragt. „Denn Empathie und Freundlichkeit lassen sich nicht immer

lernen“, glaubt Caroline Beil. „Diese Eigenschaften sind gesellschaftlich und erziehungstechnisch geprägt, oder auch nicht.“ Auch Christoph Tismer beobachtet: „Beim Thema Empathie trennt sich die Spreu vom Weizen.“ Tismer will das nicht nur auf den Kontakt mit dem Patienten verstanden wissen. Eine MFA in der Meoclinic müsse mit unterschiedlichen Ärzten zusammen arbeiten können. Auch da sei Einfühlungsvermögen gefragt.

Sollte sich ein Bewerberkreis geeigneter Kandidaten herausgebildet haben, stellt sich die Frage: Was soll der

oder die Kandidat(in) an Eignungen mitbringen? Eigenschaften wie Flexibilität, Belastbarkeit werden neben den einschlägigen fachlichen Qualifikationen in Hygiene, Qualitätsmanagement und/oder Abrechnung stets vorausgesetzt. Doch auch Praxisinhaber sollten sich vor

den Bewerbungsgesprächen Gedanken machen, findet Nicole Weider. Hilfreich sei, sich zu vergegenwärtigen, wen man eigentlich sucht. Die Allrounderin ist zwar nach wie vor ein gewünschtes Ideal, aber wer bedient schon alle Anforderungen in höchster Qualität, fragt die Marketingexpertin Weider. Manchmal empfehle sich auch ein bezahlter Probetag, um herauszufinden, ob ein Bewerber oder eine Bewerberin geeignet ist, so Weider. Schließlich geht es auch darum, ständige Fluktuationen im Praxisteam zu vermeiden. Denn auch das Berufsbild der MFA hat sich in den vergangenen Jahren sehr gewandelt. Viele MFA wechseln heute in die Ambulanz einer Klinik oder in ein Medizinisches Versorgungszentrum.



„Beim Thema Empathie trennt sich die Spreu vom Weizen.“

Christoph Tismer

„Die Stellenangebote werden immer vielfältiger“, findet Caroline Beil. „Und auch die medizinische Qualifikation einer MFA nimmt stetig zu. Heute bieten Augenärzte schon Stellen mit einer Zusatzausbildung in Diagnostik an.“ Interessante Bewerber suchen interessante Stellen.

Künftig müssen sich auch Praxisinhaber etwas einfällen lassen, um gutes Personal nicht nur zu finden, sondern auch zu binden. Dazu zählt nicht nur ein Gehalt, das sich am Tariflohn orientiert und flexibel nach oben orientieren kann. Auch die eine oder andere Weiterbildung, beispielsweise ein Kommunikationstraining, kann als Mitarbeiterbindungsinstrument wahrgenommen werden. Christoph Tismer hat damit gute Erfahrungen gemacht: „Unsere MFA erhalten in den Seminaren für Hotelpersonal gute inhaltliche Impulse und tragen diese in die Meoclinic hinein, andererseits registrieren sie auch, was bei uns bereits an Positivem umgesetzt wird. Das schafft Jobzufriedenheit.“ ■

Der Praxisverkauf Worauf es ankommt und wie Sie Verträge rechtssicher gestalten, haben die Rechtsexperten der RST Beratungsgruppe aus Essen leicht verständlich zusammengestellt.

Text: Rechtsanwalt Dr. Markus Rohner | Foto: iStockfoto

Kein Geschäft wie jedes andere

Der Verkauf einer Arztpraxis ist kein alltägliches Geschäft. Meist hängen für den Anbieter immer auch emotionale Momente und Erinnerungen daran. Zum Verkauf stehen deswegen nicht nur ein Behandlungs- und ein Wartezimmer; für viele geht es um ein Lebenswerk – um ihr Lebenswerk. Hinzu kommt: Der Verkaufserlös sichert die eigene Altersvorsorge und im Interesse der Patienten soll die Praxis erfolgreich weitergeführt werden. Der Käufer wiederum investiert einen nicht unerheblichen Betrag, der unter Umständen fremdfinanziert ist, um die Praxis – aufgrund von vorher geschilderten Ertragsaussichten – zu erwerben. Er geht damit ins Risiko. Unabdingbare Voraussetzung für den Kauf einer Praxis ist zunächst die Erstellung eines neutralen Bewertungsgutachtens.

Haben sich die Parteien auf einen Kaufpreis geeinigt, ist es wichtig, die beidseitigen Vorstellungen, wie die Übergabe der Praxis geregelt werden soll, in einen Vertrag umzusetzen. Eine saubere Vertragsgestaltung ist hier das A und O. Häufig fehlen wichtige Regelungen gänzlich, ein Vertrag wird mit völlig unsinnigen Regelungen überfrachtet, oder bestimmte Regelungen sind schlichtweg falsch ausgeführt.

Vorsicht bei Gewährleistungsklauseln

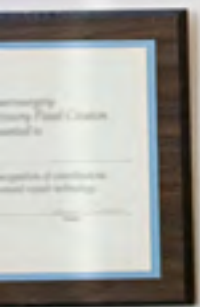
Gegenstand eines Kaufvertrages ist die Praxis mit den Wirtschaftsgütern, über die der Verkäufer verfügen kann und die er veräußern will. In der Regel sind dies die Einrichtung, die Vorräte, die Patientenkartei und der

so genannte ideelle Praxiswert. Die Praxisgegenstände wie Mobiliar, Instrumente, Geräte etc. sollten in einem gesonderten Inventarverzeichnis aufgeführt und dem Kaufvertrag als Anlage beigefügt werden. Gegenstände, die der Käufer nicht übernehmen will, werden aus dem Verzeichnis herausgenommen.

Diese Praxisgegenstände müssen frei von Rechten Dritter sein. Das muss der Verkäufer ausdrücklich versichern. Ist zum Beispiel ein teurer Behandlungsstuhl fremdfinanziert, wird er im Sicherungseigentum der Bank stehen. Ohne Zustimmung der Bank dürfte der Verkäufer darüber nicht verfügen. Weiterhin wird der Verkäufer versichern, dass alle verkauften Praxisgegenstände frei von Mängeln sind und er sie bis zur Praxisübergabe pfleglich behandeln wird. Soweit und nicht weiter geht die Gewährleistungspflicht des Verkäufers. Es handelt sich um den Verkauf von „Gebrauchsware“, für die beim Praxiskauf wie bei jedem Kauf gebrauchter Sachen die Gewährleistung ausgeschlossen wird. Sonderregelungen sind allerdings denkbar.

Eine Gewährleistung sollte aber in jedem Falle für den Umsatz und den Ertrag der Praxis ausgeschlossen werden. Häufig finden sich in schlecht konzipierten Verträgen versteckte Formulierungen, aus denen zumindest der Ansatz einer Verantwortung des Verkäufers für die zukünftige Entwicklung des Ertrages geschlossen werden kann. Hier ist also Vorsicht geboten! Dagegen verbleiben Forderungen und Verbindlichkeiten sowie flüssige Mittel in der Regel beim Verkäufer. Sie sind auch nicht Gegenstand der Bewertung.

Auf der nächsten Seite
haben wir Ihnen eine
Checkliste zum Praxis(ver-)
kauf zusammengestellt



Das Herzstück einer jeden Praxis: Die Patientenkartei

Doch wie bemisst man eigentlich den ideellen Wert einer Praxis? Ein konkretes Kriterium ist der über die Jahre gewachsene Patientenstamm. Da der Verkäufer aus datenschutzrechtlichen Gründen diese Daten nicht ohne weiteres herausgeben kann, ist im Kaufvertrag eine Sonderregelung vorgesehen. Die sogenannten „Münchener Empfehlungen“ sind ein hilfreiches Instrument: Sie legen die Übergabe der Patientenkartei sowie auch der Patienten-EDV fest. Entscheidend ist aber, dass der Zugriff auf die Daten nur bei ausdrücklichem oder schlüssigem Einverständnis des Patienten erfolgen darf. Auch hier sollten keine Gewährleistungsvereinbarungen getroffen werden, dass die Patienten in die Einsichtnahme ihrer Patientenakte einwilligen.

Präzise Formulierungen zum Übergabestichtag

Selbstverständliche Regelungen, wie ein fixer Übergabestichtag, fehlen häufig in den Verträgen. Es wird mit schwammigen Formulierungen wie etwa „die Übergabe soll im Juli 2015 erfolgen“ oder ähnlichem gearbeitet. Hier bedarf es aber einer klaren Regelung, da an die Übergabe zum Beispiel die Kaufpreiszahlung gekoppelt ist. Der Übergabestichtag ist auch wichtig für die Rechnungsabgrenzung. Sämtliche bis zum Übergabestichtag entstandene Honorare stehen dem Verkäufer zu, die danach dem Käufer.

Der Vertrag sollte des Weiteren eine Regelung für den Fall vorsehen, dass zum vereinbarten Übergabestichtag der Praxiskäufer noch keine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hat. Immer wieder kommt es vor – insbesondere bei begehrten Praxen –, dass konkurrierende Bewerber am Verfahren teilnehmen und die Zulassung zunächst nicht demjenigen erteilt wird, der auch den Kaufvertrag geschlossen hat. In diesem Fall muss geregelt werden, dass sich alle Termine im Vertrag verschieben. Ab einer bestimmten Frist können sich die Vertragsparteien vom Vertrag lösen, weil es dann sowohl für den Verkäufer als auch für den Käufer nicht zumutbar ist, weiter auf die Zulassung zu warten.

Der Kaufpreis: Eindeutige Stichtagsregelung vereinbaren

Wie in jedem Kaufvertrag ist die Zahlung des Kaufpreises eine zentrale Vereinbarung. Der Kaufpreis ist klar zu nennen – zwischen dem materiellen und dem immateriellen Praxiswert wird unterschieden. Das ist wichtig für die unterschiedliche Abschreibungsdauer des Käufers.

Der Kaufpreis muss fix sein. Er darf nicht von der zukünftigen Entwicklung, vom Umsatz oder Ertrag der Praxis abhängig sein. Bei Unternehmensverkäufen wird gelegentlich mit so genannten Earn-Out Regelungen gearbeitet. Ob der Käufer mit Erfolg die Patienten weiter behandeln kann oder nicht, hängt jedoch in hohem Maße von seiner ärztlichen Kunst ab.

Der Kaufpreis ist am Übergabestichtag zur Zahlung fällig. Formulierungen wie „Der Kaufpreis ist 14 Tage nach Übergabestichtag fällig“ sind so sinnlos wie gefährlich: Denn der Verkäufer gibt den Schlüssel aus der Hand und muss dann gegebenenfalls seinem Geld hinterherlaufen. Daher gilt unmissverständlich und eindeutig: Der Kaufpreis muss bei Übergabe der Praxis gezahlt sein. Wird der Kaufpreis fremdfinanziert, ist zusätzlich zu regeln, dass die finanzierende Bank schriftlich bestätigt, dass der Kaufpreis finanziert wird. Bestehen ansatzweise Zweifel an der Bonität des Käufers oder ist der Kaufpreis sehr hoch, kann es gegebenenfalls auch erforderlich sein, vorab eine Bankbürgschaft zu verlangen.

Aus den oben genannten Gründen ist auch für eine Ratenzahlung in der Regel kein Raum. Eine Ausnahme kann allenfalls dann gemacht werden, wenn Verkäufer und Käufer sich bereits lange kennen, zum Beispiel, weil der Käufer schon als Angestellter in der Praxis gearbeitet hat. Dann sollte aber juristisch sauber parallel zum Kaufvertrag ein Darlehensvertrag über den Kaufpreis geschlossen werden.

Mitarbeiter müssen zunächst weiter beschäftigt werden

Arbeitsverhältnisse gehen automatisch auf den Käufer über. Deswegen ist es für den Käufer ratsam, sich vorher über die Verträge zu informieren und festzulegen, dass zwischen Vertragsschluss und Übergabe der Praxis keine wesentlichen Änderungen vorgenommen werden dürfen.

Wichtig ist auch hier wiederum die Abgrenzung zum Übergabestichtag. Regelmäßig wiederkehrende Gehaltszulagen, wie zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld müssen zeitanteilig abgerechnet werden. Wird die Praxis zum Beispiel zum 01.09.2015 übergeben, trägt 4/12 dieser Sonderzulagen der Käufer und 8/12 der Verkäufer. Gegebenenfalls ist ein Ausgleich vorzunehmen. Der Käufer darf auch nicht für einen Zeitraum von einem Jahr ab Übergabe der Praxis die Kündigung von Mitarbeitern oder eine Gehaltsminderung veranlassen – und mit der Praxisübernahme begründen. Wie der Eintritt in sonstige Verträge gehandhabt wird, ist ebenfalls zu regeln. Auch hier ist eine stichtagsbezogene Abgrenzung der Leistungen sinnvoll. In jedem Falle ist für



Checkliste
für den
Praxis(ver-)kauf

die Übernahme von Verträgen immer die Zustimmung des Vertragspartners erforderlich.

Von ganz essentieller Bedeutung für den Wert einer Praxis können seine räumliche Lage und damit der Mietvertrag sein. Regelungen dazu werden häufig sträflichst vernachlässigt. Regelungen wie zum Beispiel „Der Käufer tritt in den Mietvertrag des Verkäufers ein“ sind so unzureichend wie gefährlich. Denn wie bei allen Verträgen ist eine Fortführung des Mietvertrages nur mit Zustimmung

die Zulassung oder die Finanzierungszusage muss geregelt werden, dass der Kaufvertrag aufschiebend bedingt durch den Abschluss des Mietvertrages geschlossen wird.



Alle ab dem Übergabetag entstandenen Honorare stehen dem Käufer zu.

- ☐ Lassen Sie ein neutrales Bewertungsgutachten erstellen
- ☐ Eine saubere Vertragsgestaltung ist das A und O
- ☐ Legen Sie ein gesondertes Inventarverzeichnis zum Kaufvertrag an
- ☐ Achtung bei Gewährleistungsklauseln
- ☐ Die „Münchner Empfehlungen“ regeln den Zugang zu sensiblen Patientendaten
- ☐ Ein absolutes Muss: der fixe Übergabestichtag
- ☐ Stichtagsregelung auch bei Zahlung des Kaufpreises
- ☐ Arbeitsverträge laufen zunächst weiter
- ☐ Übernahme des Mietvertrages gemeinsam zwischen Verkäufer, Käufer und Vermieter regeln
- ☐ Wettbewerbsverbote formulieren
- ☐ Kosten für einen professionellen Vertrag zwischen Käufer und Verkäufer teilen

des Vermieters möglich. Es ist also wichtig – wenn es möglich ist –, dass die Übernahme des Mietvertrages (häufig zu veränderten Konditionen) zwischen Verkäufer, Käufer und Vermieter gemeinsam geregelt werden. Nur so kann der Verkäufer sicher sein, dass er von seinen Verpflichtungen aus dem Mietverhältnis befreit ist. Andererseits kann der Käufer sicher sein, dass er in den Mietvertrag eintreten kann. In der Praxis ist häufig eine Neuverhandlung des Mietvertrages erforderlich. Insbesondere alte Verträge passen nicht mehr. Da der Mietvertrag von erheblicher Bedeutung für den Kaufvertrag ist, sollte er zu einer der aufschiebenden Bedingungen des Vertrages gehören. Wie zuvor für

Konkurrenz belebt das Geschäft? Wettbewerbsverbote gehören in den Vertrag

Im Vertrag ist ein Wettbewerbsverbot zu regeln. Dem Verkäufer muss es untersagt werden, sich für einen bestimmten Zeitraum in einem bestimmten Umkreis vom Praxisstandort als Arzt niederzulassen oder auf dem gleichen Fachgebiet in freiberuflicher oder gleicher Stellung tätig zu sein. Verstößt er gegen das Wettbewerbsverbot, wird eine Vertragsstrafe fällig und darüber hinaus kann der Käufer Unterlassung verlangen und weiteren Schadensersatz geltend machen. Allerdings sind Regelungen von Wettbewerbsverboten enge rechtliche Grenzen gesetzt. Häufig kommt es in der Praxis vor, dass entweder die Dauer, der örtliche Radius oder die Vertragsstrafe falsch bemessen sind. Die Angemessenheit dieser Parameter muss in jedem Einzelfall festgelegt werden. Werden die Grenzen überschritten, ist in der Regel das gesamte Wettbewerbsverbot nichtig. Das kann insbesondere für den Käufer unangenehme Folgen haben.

Weitere Regelungen sollte der Vertrag schließlich für die Fälle enthalten, dass der Verkäufer oder Käufer zwischen Vertragsabschluss oder Praxisübernahme versterben. Je nach Situation kann es darüber hinaus erforderlich werden, zusätzliche Garantien des Verkäufers zu regeln. Auch die Kosten eines Vertrages können festgelegt werden. Es ist durchaus möglich, dass Verkäufer und Käufer gemeinsam einen kompetenten und dazu befugten Berater mit der Erstellung eines Vertrages beauftragen und die Kosten hälftig tragen. ■

Ärzteversorgung Niedrige Zinsen und die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gehen an den berufsständischen Versorgungswerken nicht spurlos vorbei. Ein Bericht zur aktuellen Situation.

Text: **Ulrike Scholderer**

Gesamtbilanz positiv

Die Geschichte der berufsständischen Versorgungswerke beginnt im Jahr 1957. Die große Rentenreform unter Bundeskanzler Adenauer führte dazu, dass Freiberufler sich nicht länger freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung versichern konnten. In der Folge entstanden auf Länderebene berufsständische Versorgungswerke für die in Kammern organisierten Berufe, meist als Körperschaften öffentlichen Rechts, teils aber auch als Sondervermögen der jeweiligen Berufskammern. Zulassungsvoraussetzung waren eine Satzung, die ein der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbares Leistungssystem vorsah, und ein versicherungsmathematisches Gründungsgutachten. Die Mitgliedschaft im Versorgungswerk ist Pflicht qua Gesetz. Neben der Altersversorgung gehören auch eine Berufsunfähigkeitsabsicherung und die Hinterbliebenenversorgung zum Portfolio.

Die Versorgungswerke fingen bei Null an. Ohne Anfangskapital und ohne staatliche Zuschüsse. Dennoch mussten sie schon bald Renten auszahlen. Und es ist wohl genau dieser Umstand, der die Versorgungswerke bis heute vergleichsweise so erfolgreich macht. Denn die meisten Versorgungswerke arbeiten nach dem offenen Deckungsplanverfahren. Hier werden Elemente des Umlageverfahrens mit einer kollektiven Kapitaldeckung kombiniert. „Diese Konstruktion ermöglicht es, flexibel auf Veränderungen an den Kapitalmärkten zu reagieren und durch Nutzung des Umlageverfahrens die Finanzierung stabil und generationengerecht zu gestalten“, sagt der Versicherungsmathematiker Prof. Dr. Klaus Heubeck.

Fast alle Versorgungswerke starteten zu Beginn mit einem relativ niedrigen Rentenniveau. Diesen Rückstand konnten sie aber schnell aufholen. Heute liegen die Renten der meisten Versorgungswerke deutlich über denen der gesetzlichen Rentenversicherung. Und auch mit einer privaten

Berufsunfähigkeits- und Rentenversicherung gelingt es meist nicht, vergleichbar hohe Versorgungsansprüche zu begründen. Die Beiträge werden grundsätzlich – wie auch in der gesetzlichen Rentenversicherung – einkommensabhängig erbracht. Diese Beiträge werden einerseits für die Auszahlung der Renten verwendet, andererseits fließen sie in einen kollektiven Kapitalstock. Dieser Kapitalstock entlastet die Beitragszahler und kann kurze und mittelfristige Schwankungen im Mitgliederbestand oder am Kapitalmarkt ausgleichen. Eine besondere Herausforderung

für alle Rentensysteme ergibt sich aus der steigenden Lebenserwartung. Für die Versorgungswerke ist die Herausforderung noch größer, denn tatsächlich dürfen sich die Angehörigen der freien Berufe auf drei bis vier Lebensjahre mehr freuen, als der gesamtgesellschaftliche Durchschnitt. Zwar haben die meisten Versorgungswerke inzwischen die Altersgrenze angepasst, gleichzeitig bietet der Kapitalstock aber auch mehr Flexibilität, um die Entwicklungen aufzunehmen. „Auf länger andauernde Veränderungen kann man sich mit Hilfe des Kapitalstocks sukzessive einstellen“, erläutert Heubeck. „Die Verlängerung der Lebenserwartung wurde durch vermehrte Kapitalansammlung in den Versorgungswerken nach und nach vorfinanziert.“

Die berufsständischen
Versorgungswerke
verfügen über
Kapitalrücklagen von
mehr als

162

Mrd. Euro

und haben mehr als
900.000 Mitglieder.

Sine qua non: Neue Mitglieder und Kapitalerträge

Damit die Versorgungswerke funktionieren, brauchen sie einerseits Kapitalerträge, andererseits muss gesichert sein, dass sie einen stetigen Neuzugang an Mitgliedern haben. Und um beide Voraussetzungen steht es nicht mehr so rosig, wie noch vor einigen Jahren.

Die berufsständischen Versorgungswerke aller freien Berufe verfügen

insgesamt laut Angaben der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) über Kapitalrückstellungen von mehr als 162 Milliarden Euro, so der Stand Ende 2013. Bei der Anlage dieses Vermögens gehe Sicherheit vor Rendite, sagt die ABV. Die meisten Versorgungswerke kalkulieren trotz anhaltender Niedrigzinsphase noch immer mit einem Rechnungszinssatz zwischen 3,5 und 4 Prozent. Der Garantiezins klassischer Lebens- und Rentenversicherungen wurde inzwischen auf 1,25 Prozent abgesenkt. „Man muss die Erwartungen zurückschrauben und gegebenenfalls auch den Rechnungszins zurücknehmen“, so Heubeck. Wird der Rechnungszins gesenkt, braucht man aber mehr Deckungskapital, um die Renten stabil zu halten. Heubeck zeigt sich angesichts der Lage der Versorgungswerke zuversichtlich. Denn die den Versorgungswerken angewandten Finanzierungsverfahren böten alle Möglichkeiten, sachgerecht und zukunftsorientiert zu reagieren.

Berufsrechtliche Regelung für Syndikusanwälte in Sicht

Im vergangenen Jahr hatten drei Grundsatzurteile des Bundessozialgerichtes zu großer Verunsicherung geführt. Festangestellte Unternehmensjuristen dürfen sich, auch wenn sie eine Zulassung als Rechtsanwalt haben, nicht mehr von der Versicherungspflicht in der gesetz-

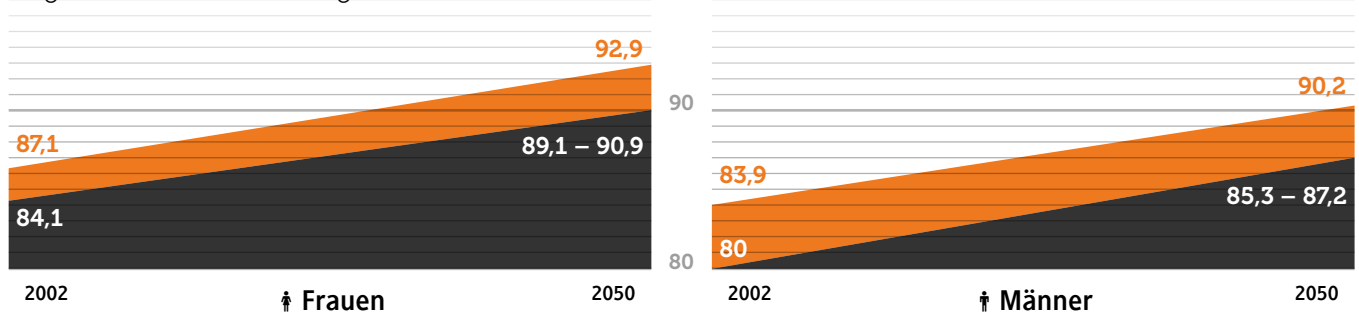
Freiberufler gehörten. Sofern das Gesetz, wie augenblicklich geplant, im Juli verkündet werde, trete es zum November in Kraft. Es löst zwar das Problem der Syndikusanwälte. Trotzdem muss gesehen werden, dass das Bundessozialgericht die Kriterien für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht zunehmend strenger auslegt. Seit 2012 muss bei jedem Berufswechsel ein neuer Befreiungsantrag gestellt werden. Bis dahin galt ein einmal bewilligter Befreiungstatbestand für das gesamte Berufsleben. Mediziner müssen dafür den Nachweis bringen, dass es sich bei der neuen Beschäftigung um eine ärztliche Tätigkeit handelt. Es besteht allerdings Streit darüber, wem die Definitionshoheit des Begriffs der ärztlichen Tätigkeit zukommt – der Rentenversicherung oder den Kammern. Prof. Dr. Thomas Gutmann von der Universität Münster hat im vergangenen Herbst ein Gutachten vorgelegt, dass die Definitionshoheit der ärztlichen Tätigkeit rechtssystematisch dem Kammerrecht zuspricht und gleichzeitig klargestellt, dass die Rentenversicherung das Kammerrecht anzuwenden hat.

Nicht alles auf ein Pferd setzen

Der Versicherungsmathematiker Heubeck zieht eine positive Bilanz: „Die berufsständischen Versorgungswerke sind solide finanziert.“ Dennoch sind sie nur ein Baustein der individuellen Alters- und Berufsunfähigkeits-

Freiberufler leben länger

Prognose der Lebenserwartung mit Alter 60 im Jahre 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt, Heubeck AG

lichen Rentenversicherung zugunsten der anwaltlichen Versorgungswerke befreien lassen, urteilten die Kasseler Richter. In der Urteilsbegründung wurde darauf verwiesen, dass die

Ausübung des Anwaltsberufes in einem Anstellungsverhältnis nicht möglich sei. Betroffen von den Urteilen sind rund 40.000 Syndikusanwälte. Befürchtet wurde, dass das Urteil auch auf andere Berufsgruppen ausstrahlen könnte. Dadurch könnten die Versorgungswerke langfristig geschwächt werden, weil sie weniger Neuzugänge zu verzeichnen hätten.

Bundesjustizminister Heiko Maas kündigte Abhilfe für die angestellten Rechtsanwälte an. Anfang April hat er jetzt einen Gesetzentwurf zur Neuordnung des Rechts der Syndikusanwälte vorgelegt. Es klärt, wann sie anwaltlich tätig sind und sich damit auch weiterhin von der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen können. Martin Huff, Geschäftsführer der Rechtsanwaltskammer Köln, bewertet den Gesetzentwurf als eine bis auf Details stimmige Lösung. Denn er stelle klar, dass auch Syndikusanwälte zu dem klassischen Personenkreis der

Das offene Deckungsplanverfahren macht es möglich, flexibel auf Veränderungen auf den Kapitalmärkten zu reagieren und durch das Umlageverfahren die Finanzierung stabil und generationengerecht zu gestalten.

vorsorge. Deshalb rät Finanz- und Bankexperte Michael Brüne von der Beratung für Heilberufe zusätzlich zu einem klassischen Vermögensaufbau. Je nach Risikopräferenz sollte in ein Portfolio aus Immobilien, Aktien, festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld und Wertgegenständen investiert werden. „Durch eine sinnvolle Diversifizierung wird eine Streuung der Vermögenswerte sowie der möglichen Einnahmen erreicht“, erläutert Brüne. Denn jede Wertanlage habe ihre Zeit. Vor einigen Jahren hätte niemand für möglich gehalten, dass die Aktienmärkte und die Immobilien boomen würden, so wie sie es gerade tun, oder dass die Zinsen auf einem derart niedrigen Niveau stagnieren würden. Übrigens beherzigen auch die Versorgungswerke diesen Rat. Sie haben ihr Kapital weitgefächert angelegt und passen ihre Anlagestrategie den Renditeaussichten an. ■

Seit dem 1. Januar dieses Jahres gilt in Deutschland ein **gesetzlicher Mindestlohn**. Er gilt auch für Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen. Was Sie wissen und was Sie beachten müssen, hat **zifferdrei** für Sie zusammengestellt.

Text: **Ulrike Scholderer** | Fotos: **peopleimages.com**

Der gesetzliche Mindestlohn: Die wichtigsten Regelungen im Überblick

Seit Anfang dieses Jahres hat jeder Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf einen Stundenlohn von 8,50 Euro. Sofern Medizinische Fachangestellte nach Tarif bezahlt werden, entwickelt das neue Mindestlohngesetz keine Wirkung. Aber auch in der Arztpraxis kann es Beschäftigungskonstellationen geben, für die jetzt neue Regeln gelten.

Geringfügig Beschäftigte in der Praxis

Bei Minijobbern ist besondere Sorgfalt geboten. Wird ein Mitarbeiter auf 450-Euro-Basis beschäftigt, dann darf dieser Mitarbeiter durch das Mindestlohngesetz nicht mehr als 52,9 Stunden im Monat arbeiten. Der Arbeitgeber muss zum einen prüfen, ob der Mindestlohn auch tatsächlich gezahlt wird und zum anderen, ob der Mitarbeiter eventuell die zulässige Arbeitszeit übersteigt und damit zum Midijobber wird – dann werden andere Sozialabgaben fällig. Allerdings räumt der Gesetzgeber die Möglichkeit ein, ein Arbeitszeitkonto einzuführen. Die Arbeitszeitschwankungen müssen dann aber innerhalb von 12 Monaten abgebaut sein und die auf dem Konto eingetragenen Arbeitsstunden dürfen die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit nicht um mehr als 50 Prozent pro Monat überschreiten.

Die Arbeitszeiten von Minijobbern und Aushilfen müssen dokumentiert werden. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit dieser Beschäftigten innerhalb einer Frist von sieben Tagen aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungspflicht kann dem Mitarbeiter selbst oder auch einem anderen Praxismitarbeiter übertragen werden. Die Übertragung dieser Aufgabe befreit



Angestellte

Urlaubsgeld und Sonderzahlungen dürfen nicht auf den Mindestlohn angerechnet werden.

aber den Arbeitgeber nicht von seiner Pflicht. Das heißt im Klartext: Vernachlässigt ein Mitarbeiter seine Aufzeichnungspflicht, wird das dem Arbeitgeber angelastet. Über die Art und Weise, wie diese Daten erfasst werden sollen, sagt der Gesetzgeber nichts. Das kann also auch handschriftlich erfolgen. Fest steht aber, dass die Aufzeichnungen zwei Jahre aufgehoben werden müssen. Und dass Verstöße hart geahndet werden: Werden die Aufzeichnungen nicht ordnungsgemäß geführt, können Bußgelder bis zu 30.000 Euro verhängt werden.

Dokumentationspflichten bleiben

In der Regierungskoalition herrscht nach wie vor Streit um die Dokumentationspflichten. Während Bundesarbeitsministerin Nahles den Aufwand für überschaubar hält, fordert die Union seit Inkrafttreten des Gesetzes, die Vorgaben zu lockern. Der Koalitionsgipfel Ende April hat den Mindestlohn-Streit noch einmal vertagt. „Einen Grund, das Mindestlohngesetz jetzt zu ändern oder an Verordnungen rumzumachen, gab es nicht“, sagte Nahles im ZDF-Morgenmagazin, nachdem sie den ersten Bericht zur Umsetzung des Mindestlohn vorgelegt hatte. Die Union aber hält an ihren Forderungen fest. „Die bürokratische Umsetzung des Mindestlohns treibt viele kleine Betriebe in den Wahnsinn“, zitiert Spiegel online CDU-Präsidiumsmitglied

„Die bürokratische Umsetzung des Mindestlohns treibt viele kleine Betriebe in den Wahnsinn.“

Jens Spahn MdB

Jens Spahn. Es bestehe Änderungsbedarf und der müsse in den nächsten Wochen geklärt werden. Das Thema bleibt also auf der Agenda. In Privathaushalten gelten die Dokumentationspflichten übrigens nicht.

Zahlreiche Ausnahmen bei Praktikanten

Grundsätzlich haben auch Praktikanten ein Anrecht auf den Mindestlohn. Umfangreiche Ausnahmen bestehen für Praktika, die Pflichtbestandteil einer Schul- oder Hochschulausbildung sind. Ein Anspruch besteht nicht, wenn das Praktikum bis zu drei Monate lang ist und der Orientierung für eine Berufsausbildung oder die Aufnahme eines Studiums dient. Berufs- und studienbegleitende Praktika bis zu drei Monaten führen zu keinem Anspruch auf Mindestlohn, es sei denn, der Praktikant hat zuvor bereits bei demselben Arbeitgeber ein Praktikum absolviert. Überschreitet ein Praktikum die Dreimonatsfrist, wird der Mindestlohn automatisch für die gesamte Dauer des Praktikums fällig.

Das Mindestlohngesetz enthält keine konkreten Vorschriften, wie die Art und Weise des Praktikums nachzuweisen ist. Für Pflichtpraktika reicht es aus, wenn der Arbeitgeber sich eine Ausbildungs- beziehungsweise Studienbe-

„Lassen Sie sich von Laboren und anderen Unternehmen, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten, bestätigen, dass Sie den Mindestlohn zahlen.“

Dr. Daniel Combé, Fachanwalt für Medizinrecht und Notar, Bremen

scheinigung vorlegen lässt und die Praktikumspflicht sich aus der Ausbildungs- oder Studienordnung ergibt. Diese Unterlagen müssen zusammen mit dem Praktikumsvertrag abgelegt werden. Geht es um ein Orientierungspraktikum, genügt es, wenn der Arbeitgeber sich von dem Praktikanten bestätigen lässt, welche Ausbildung oder welches Studium er anstrebt. Die Inhalte und Ziele des Praktikums müssen schriftlich fixiert werden.

Haftung für Mindestlohn auch bei externen Dienstleistern

Eine wichtige Bestimmung enthält Paragraph 21 Absatz 2 des Mindestlohngesetzes. Danach handelt man ordnungswidrig, wenn man in erheblichem Umfang Werk- oder Dienstleistungen durch ein anderes Unternehmen erbringen lässt, von dem man weiß oder fahrlässig nicht weiß, dass es den Mindestlohn nicht zahlt. Dr. Daniel Combé, Fachanwalt für Medizinrecht und Notar in Bremen, rät hier zur Vorsicht. „Lassen Sie sich von Laboren und anderen Unternehmen, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten, bestätigen, dass Sie den Mindestlohn zahlen.“ Damit ist man immer auf der sicheren Seite. Es drohen bei Verstößen gegen das Mindestlohngesetz nicht nur empfindliche Geldbußen, der Arbeitgeber, der sich



Praktikanten

Überschreitet ein Praktikum die Dreimonatsfrist, wird der Mindestlohn automatisch für die gesamte Dauer des Praktikums fällig.



Minijobber

Die maximale Arbeitszeit beträgt 52,9 Stunden pro Monat bei einer Beschäftigung auf 450-Euro-Basis. Es besteht die Möglichkeit, ein Arbeitszeitkonto einzuführen.

eines Unternehmens bedient, haftet auch für den Differenzbetrag zum Mindestlohn und der zu gering entlohnte Mitarbeiter kann rechtlich gegen die Arztpraxis vorgehen.

Zulagen und Gratifikationen können nicht auf den Mindestlohn angerechnet werden

Jedes neue Gesetz bringt erst einmal Unsicherheiten in der Auslegung mit sich. Beim Mindestlohn geht es unter anderem um die Frage, was als Lohnbestandteil berücksichtigt werden kann. Neben dem Stundenlohn werden häufig auch Zuschläge oder verschiedene Einmalzahlungen geleistet, wie Provisionen, Weihnachts- oder Urlaubsgeld. Anrechenbar sind Zahlungen, die für die normale Tätigkeit geleistet werden. Bekommt der Arbeitnehmer einen Lohn für ein „Mehr“ an Arbeit oder für höherwertige Arbeit, ist dies nicht auf den Mindestlohn anrechenbar. Damit bleiben beispielsweise Qualitätsprämien oder Überstundenzuschläge außen vor. Für Weihnachts- und Urlaubsgeld gilt, dass sie wegen der Fälligkeitsregelung allenfalls im Monat ihrer tatsächlichen und unwiderruflichen Auszahlung auf den Mindestlohn anrechenbar sind. Eine interessante Entscheidung hierzu hat jüngst das Arbeitsgericht Berlin gefällt, berichtet der Arbeitsrechtler Bernhard Steinkühler. Ein Arbeitgeber hatte einer Mitarbeiterin gekündigt. Diese Mitarbeiterin erhielt einen Stundenlohn von 6,44 Euro, zusätzlich wurden Leistungs- und Schichtzulagen sowie Urlaubsgeld und eine Betriebszugehörigkeitsprämie gezahlt. Dann bot das Unternehmen der Mitarbeiterin an, sie für den gesetzlichen Mindestlohn weiter zu beschäftigen, die Leistungszulage sowie die Einmalzahlungen sollten aber entfallen. „Das Gericht hat klargestellt, dass diese Art der Änderungskündigung unrechtmäßig ist. Der Arbeitgeber darf das Urlaubsgeld und die Sonderzahlungen nicht auf den Mindestlohn anrechnen“, erläutert Steinkühler. Unbedingt beachtet werden muss, den Arbeitslohn rechtzeitig zu entrichten. Laut Mindestlohngesetz muss der Lohn spätestens am letzten Bankarbeitstag des Folgemonats gezahlt werden. Bei einer Beschäftigung eines Mitarbeiters im Mai also bis zum 30. Juni, sofern dieser Tag nicht in das Wochenende oder auf einen Feiertag fällt. Bei Missachtung dieser Frist drohen hohe Bußgelder – bis zu 500.000 Euro.

Das Mindestlohngesetz gilt nicht für Auszubildende und Jugendliche unter 18 Jahren, die keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Ausnahmen gibt es auch für Langzeitarbeitslose während der ersten sechs Monate in einem neuen Beschäftigungsverhältnis.

Weitere Auskünfte

Die Erfahrungen des Bundesministeriums für Arbeit zeigen, dass nach wie vor ein großer Informationsbedarf rund um das Thema Mindestlohn besteht. Auf der Internetseite www.der-mindestlohn-gilt.de hat das Bundesministerium Daten und Fakten zum Mindestlohn zusammengestellt. Und auch der Zoll als für die Überwachung des Mindestlohngesetzes zuständige Behörde informiert im Internet unter www.zoll.de. ■



Neues aus dem GOÄ-Ausschuss Dr. Jörg Schellenberger hat ein schwieriges Amt übernommen. Nichts weniger als der gelingende Interessenausgleich zwischen Ärzten, privater Krankenversicherung, Beihilfe und Patienten in Zeiten strenger Finanzdisziplin ist sein Job. Doch der junge Vorsitzende hat einen Plan. Ein Portrait.

Text: Ingrid Mühlhölzer | Foto: Georg Lopata

Konsequent, klar und geradlinig

Jörg Schellenberger ist ein Mann, der weiß, was er will. Zum Interviewtermin erscheint er pünktlich, nimmt Platz am großen Konferenztisch in den Büroräumen des PVS-Verbands in der Schumannstraße 18 mitten im Regierungsviertel Berlins und meistert professionell das Foto-Shooting. Er tut das, was von ihm erwartet wird – nämlich die Anwesenheit des Fotografen und seiner Assistentin vollständig zu ignorieren. Immer wieder macht es klack, klack, klack. Innerhalb kürzester Zeit geht der Auslöser der Kamera. Schellenberger konzentriert sich jedoch völlig auf die Fragen, hört aufmerksam zu und lässt das Frage-Antwort-Spiel ohne erkennbaren Widerwillen über sich ergehen.

Termine in der Bundeshauptstadt werden künftig häufig auf der Tagesordnung stehen. Der Vorsitz des GOÄ-Ausschusses ist ein wichtiges Ehrenamt – Schellenberger weiß das. Und er ist willens dieses voll und ganz auszufüllen. Doch der Reihe nach. Diese Frage musste kommen. Vermisst er, der Facharzt für Chirurgie, nicht die Arbeit am Patienten? Seit Dezember 2006 ist der gebürtige Bremer bei der PVS Limburg-Lahn, zunächst als Leiter der Rechnungsabteilung und Teamleiter des Fachbereichs Chirurgie, 2010 dann die Ernennung zum stellvertretenden Geschäftsführer und seit 1. April dieses Jahres ist er deren Geschäftsführer, neben dem langjährigen Geschäftsführer Kurt Weser. Der Arztberuf sei für ihn nicht mehr so, wie er ihn sich vorgestellt habe. Der hohe Anteil an administrativen Aufgaben – übrigens auch in der operativen Chirurgie – habe ihn gestört. Dann erklärt er, dass Selbstbestimmung für ihn wichtig sei. „Fremdbestimmung toleriere ich nur

kurze Zeit, dann mag ich das nicht mehr.“ Auch die Frage: Wo stehe ich in zehn, 15 oder 20 Jahren? – hat ihn dazu veranlasst, sich nach Alternativen umzuschauen. Die Karriereplanung offenbart: Schellenberger ist keiner, der etwas dem Zufall überlässt. Noch während seiner Facharztausbildung beginnt er 2005 ein berufsbegleitendes Studium der Krankenhausbetriebswirtschaftslehre an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie (VWA) Wiesbaden. Jetzt habe er ein eigenbestimmtes Umfeld und nicht die Seite wechseln müssen, erläutert er zufrieden. „Die letzten acht Jahre waren richtig.“

GOÄ-Ausschuss ist das strategische Rückgrat der Verrechnungsstellen

Wie funktioniert die Ausschussarbeit? Neun Mitglieder aus den privatärztlichen Verrechnungsstellen treffen sich in der Regel zwei Mal im Jahr. Aktuelle und drängende Themen werden zwischendurch in Sondersitzungen behandelt, erklärt der 45-jährige. Dieses Jahr habe man sich beispielsweise im ersten Halbjahr schon vier Mal getroffen. Und selbstverständlich sei jedes Ausschussmitglied auch direkt ansprechbar. Auf die Ausschussagenda kommen grundsätzliche Fragestellungen, Gerichtsurteile und Kommentare, aber auch Zuschriften mit Klärungsbedarf. Nach dem Motto: Sollen wir das jetzt einmal durchklagen, oder nicht? „Der Ausschuss ist ein beratendes Gremium“, stellt der Ausschussvorsitzende klar. Aufgabe sei es vor allem den Wissenstransfer aus dem Ausschuss in die Verrechnungsstellen sicherzustellen und möglichst einheitlich



Dr. Jörg Schellenberger im Gespräch mit Ulrike Scholderer

Zur Person

Geboren in Bremen am
23. August 1970

1992 – 1998 ► Studium
der Humanmedizin an der
Universität Mainz

2004 ► Promotion zum
Dr. med. im Fachbereich
Anästhesie an der Universität
Mainz

in der Außendarstellung aufzutreten. Dazu gehöre auch, auf das eine oder andere Fettnäpfchen hinzuweisen. Selbstbewusst spricht Schellenberger vom GOÄ-Ausschuss als strategischem Rückgrat der Verrechnungsstellen. „Ein Teil der strategischen Positionierung bei Fragen mit Grundsatzeigenschaften findet daher auch in diesem Gremium statt.“

Und welche Probleme brennen den Mitgliedern besonders unter den Nägeln? Das Zielleistungsprinzip sei häufig Gegenstand der Erörterungen, so Schellenberger. Was kann neben der Hauptleistung noch abgerechnet werden? Zu den Standards gehörten auch zweifellos gut bewertete Gebührenordnungsziffern. „Auch die sehen wir immer zwei Mal.“

Auch unbequeme Wahrheiten kommunizieren

Es ist Schellenberger deutlich anzumerken, dass er führen und gestalten will. Er hat klare Vorstellungen davon, wie die Rolle des GOÄ-Ausschusses aussieht. „Der GOÄ-Ausschuss ist ein Regulativ und damit neutral. Seine Empfehlungen können honoraroptimierend, aber auch qualitätsoptimierend sein.“ Er ist fest davon überzeugt, auch mal unbequeme Wahrheiten kommunizieren zu können, denn die Ärzte erwarteten schließlich einen offenen und ehrlichen Umgang. Und ja, es stimme, die privaten Krankenversicherer sind kritischer geworden, die Rechnungen würden akribischer und fachlicher geprüft. „Das ist deren gutes Recht mit den Geldern ihrer Versicherten sorgsam umzugehen.“ Für ihn stelle dieser Wettbewerb um die korrekte Rechnungsauslegung eher einen inneren Ansporn da. „Wichtig ist, aus den Sichtweisen und Überlegungen, die man noch nicht kennt, zu lernen und im Sinne einer Qualitätsoptimierung besser zu

„Wichtig ist, aus den Sichtweisen und Überlegungen, die man noch nicht kennt, zu lernen und besser zu werden.“

werden“, so der Ausschussvorsitzende. Aus diesem Rollenverständnis erwachsen dann auch seine Ziele für die künftige Ausschussarbeit. Die Qualitätsstandards hochzuhalten sei wichtig sowie die Seriosität und Kompetenz weiter zu stärken.

Auch die häufig gestellte Frage nach der Zukunftsfähigkeit der privaten Versicherung und damit der Privatmedizin pariert er lässig. Er glaube an das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Das private System sei überdies transparent und übe eine Doppelschutzfunktion aus: Es schütze den Arzt vor einer Unterforderung und den Patienten vor einer Überforderung. „Auch ist heute schon abzusehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung immer stärker korrigierend in das Leistungssystem eingreifen wird. Die Medizin entwickelt sich aber immer weiter. Eine Staatsmedizin, die Versorgung nach Kassenlage ihrer Versicherten bereitstellt, kann ich mir nicht vorstellen.“

Wie hält er sich selber fit? Die Frage hat er nicht erwartet. Ein kurzes Zögern: „Ich habe Familie“, erklärt der zweifache Familienvater einer 12- und 9-jährigen Tochter. Und in den Sommermonaten geht er joggen – aber nur in den Sommermonaten. Na denn, die Saison beginnt gerade! ■

2005 ► Aufnahme des
berufsbegleitenden
Studiums der Krankenhaus-
betriebswirtschaftslehre
an der Verwaltungs- und
Wirtschaftsakademie
(VWA) Wiesbaden

2007 ► Abschluss zum
Krankenhausbetriebswirt
(VWA)

2006 ► Angestellt bei der
PVS Limburg-Lahn GmbH
als Leiter der Rechnungs-
abteilung / Teamleiter
Fachbereich Chirurgie

2010 ► Ernennung zum stell-
vertretenden Geschäftsführer

2013 ► Mitautor des Gebüh-
renordnungskommentars
von Hoffmann / Kleinen

2015 ► Bestellung zum
Geschäftsführer der
PVS Limburg-Lahn

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.

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

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

26.05.2015



SCHÄFERS

Kolumne

Es herrscht Revolution! Brillen, Kleidungsstücke, Uhren messen immer und überall Vitalfunktionen, Apps zeichnen auf, was wir essen, ob wir unser Sportpensum erfüllt haben. Die Quantified-Self-Bewegung erfasst Daten in allen Lebenslagen, Self-Tracking wird für Technikbegeisterte zur Lebensaufgabe. Sensoren stellen unaufhörlich Informationen bereit, die auch medizinisch ausgewertet werden können. Und Medizintechnik und Think Tanks weltweit haben angesichts dieser Entwicklungen die medizinische Revolution ausgerufen.

Aber ist das wirklich eine Revolution? Eine Revolution ist nicht mehr und nicht weniger als die Umwälzung einer be-

Weder Apple noch Google – kein IT-Hersteller begleitet den Patienten auf seinem Krankheitsweg.

stehenden Ordnung, die Aufhebung bisher anerkannter Gesetze und der geübten Praxis. Die Medizin erfasst sei jeher Daten und wertet sie systematisch aus. Durch die neuen Technologien eröffnen sich hier schier unabsehbare Möglichkeiten. Sie nähren die Hoffnung auf eine durchgehend personalisierten Medizin und es ist zu hoffen, dass sich diese großen Erwartungen erfüllen werden. Wissenschaft allein aber heilt den Patienten nicht. Er braucht den Arzt als Gegenüber, dem er sich anvertraut. Die Art und Weise, wie der Patient sich und sein Leiden beschreibt, wird sich durch die neuen Technologien verändern. Aber es ist der Arzt, der diese Informationen für den Patienten interpretiert. Es ist der Arzt, der gemeinsam mit dem Patienten die Entscheidung für eine Therapie fällt und der die Verantwortung trägt. Weder Apple noch Google werden das tun wollen, kein IT-Hersteller begleitet den Patienten auf seinem Krankheitsweg. Bei aller Euphorie sollte nicht übersehen werden, dass es weniger eine Revolution ist, die sich gerade abspielt, als vielmehr eine Industrialisierung der medizinischen Wissenschaft, eine Kommerzialisierung von Gesundheit. Analysten raten aktuell übrigens zur Investition in die Sensortechnik. ■



PVS Know-how Um die privatärztliche Honorarabrechnung rankt sich eine Vielzahl unterschiedlichster Rechtsthemen. Deshalb treffen sich die für die Privatärztlichen Verrechnungsstellen tätigen Juristen regelmäßig in Berlin auf der **PVS-Rechtsberatertagung**, um sich über aktuelle Urteile, schwelende Probleme und Lösungsstrategien auszutauschen. So auch in diesem Jahr, Ende März.

Text: **Ulrike Scholderer** | Foto: **Georg Lopata**

Volle Agenda

Mehr als fünfzig Teilnehmer diskutierten einen Tag lang angeregt, was die Privatrechtlichen Verrechnungsstellen aus juristischer Perspektive bewegt. Viele der sperrigen Vortragstitel offenbaren erst auf den zweiten Blick Fragestellungen, die für die Privatpraxis von entscheidender Bedeutung sind.

Datenschutzgrundverordnung: Der PVS-Verband intervenierte erfolgreich

Mit der Datenschutzgrundverordnung sollen die Regeln für die Verarbeitung personenbezogener Daten europaweit vereinheitlicht werden. Im Zentrum stehen die Rechte und der Schutz der Bürger gegenüber Unternehmen wie Google, Facebook und Co. Der erste Verordnungsentwurf enthielt allerdings Formulierungen, die geeignet gewesen wären, den

Privatärztlichen Verrechnungsstellen die Grundlage ihrer Tätigkeit zu entziehen. Freiwillig in die Weitergabe personenbezogener Daten einzuwilligen sollte immer dann grundsätzlich nicht mehr möglich sein, „wenn zwischen der Position der betroffenen Person und des für die Verarbeitung Verantwortlichen ein erhebliches Ungleichgewicht besteht“. Im Regelfall begegnen sich Arzt und Patient fachlich nicht auf Augenhöhe, es besteht ein Wissens- und Informationsgefälle. Das darf aber nicht dazu führen, die Weitergabe von Patientendaten grundsätzlich zu verbieten. Denn sowohl für die Abrechnung von Honoraren als auch für den kollegialen Dialog ist die Datenweitergabe notwendig. Der PVS Verband intervenierte. Tatsächlich wurde die sogenannte „Imbalance“-Klausel inzwischen aus dem Entwurf gelöscht.

Die Wahlen zum Europaparlament hatten die Datenschutzgrundverordnung erst einmal gestoppt. Jetzt hat die Arbeit daran wieder Fahrt

aufgenommen. Bis Ende des Jahres soll sie auf den Weg gebracht werden. Rechtsanwalt Jan Mönikes machte auf einen sich abzeichnenden Kompromiss aufmerksam. Eine Datenschutzgrundverordnung wäre im Gegensatz zu der heute gültigen Richtlinie in allen EU-Mitgliedsstaaten unmittelbar geltendes Recht. Entgegen der Idee einer Verordnung sollen die Mitgliedsstaaten jetzt aber auch weiterhin nationale Regeln beschließen können dürfen.

Ein heikle Materie: Auftragsdatenverarbeitung im Gesundheitswesen

Um Datenschutz in einem ganz anderen Zusammenhang ging es auch in dem Vortrag von Dr. Bernd Schütze vom Bundesverband IT im Gesundheitswesen. Arztpraxen und Krankenhäuser sind darauf angewiesen, dass die Hersteller von Informationssystemen sie bei der Wartung und Pflege der IT-Systeme unterstützen. Dabei kommen die Hersteller mit Patientendaten in Berührung und damit greifen besondere datenschutzrechtliche Bestimmungen. Es handelt sich juristisch betrachtet um einen Fall von Auftragsdatenverarbeitung, die vertraglich geregelt werden muss. Eine verbandsübergreifende Arbeitsgruppe aus Datenschützern und ITlern im Gesundheitswesen hat jetzt einen Mustervertrag erarbeitet, der die besonderen Anforderungen der Auftragsdatenverarbeitung im Gesundheitswesen berücksichtigt. Das Dokument ist eine Hilfestellung und muss an die konkreten Gegebenheiten angepasst werden. Auf der Tagung wurden die Anwendungsmöglichkeiten dieses Mustervertrages bei den PVS-Mitgliedern intensiv diskutiert.

Hilfestellung bei negativen Bewertungen im Internet

Gerade jüngere Patientinnen und Patienten orientieren sich bei der Wahl ihres Arztes auch an den Bewertungen, die in verschiedenen Internetportalen veröffentlicht werden. Doch was tun bei ungerechtfertigter Negativbewertung? Dr. Lucas Elmenhorst erläuterte anhand eines Urteils des Bundesgerichtshofes, welche Möglichkeiten es gibt, um sich gegen persönlichkeitsverletzende Beurteilungen zu wehren. Grundsätzlich haben Ärzte kein Recht darauf, ihren gesamten Eintrag in einem Portal zu löschen. Denn an den Portalen besteht ein großes öffentliches Interesse, sie unterstützen die Patienten bei der freien Arztwahl, so das ober-

Grundsätzlich haben Ärzte kein Recht darauf, ihren gesamten Eintrag in einem Portal zu löschen – dennoch können sie gegen Verleumdung im Netz angehen.

te Gericht. Dennoch können Ärzte gegen Verleumdung im Netz angehen. Dafür ist es notwendig, die Identität des Schreibers zu kennen. Im Regelfall bleibt die Identität von Portalnutzern unbekannt. Sofern aber eine Straftat vorliegt, greift eine Regelung des Telemediengesetzes. Stellt ein Arzt Strafantrag wegen Verleumdung, muss der Portalbetreiber die Nutzerdaten herausgeben.

Vorsatzanfechtung – größte Baustelle des Insolvenzrechtes

Ihre Mitglieder im Arbeitsalltag von Verwaltungsaufgaben zu entlasten und für finanzielle Sicherheit zu sorgen, ist das Kerngeschäft der PVS. Damit rückt auch die sogenannte Vorsatzanfechtung nach § 133

Insolvenzverordnung in den Fokus. Dahinter verbirgt sich das Recht des Insolvenzverwalters, Zahlungen zurückzufordern, die der Schuldner bis zu zehn Jahre vor Stellung des Insolvenzantrags an einzelne Gläubiger geleistet hat. Möglich ist das immer dann, wenn vermutet werden kann, dass der Gläubiger zum Zeitpunkt der Zahlung wusste, dass eine Zahlungsunfähigkeit des Schuldners drohte. Der Bundesgerichtshof lässt für diese Vermutung wiederum verschiedene Indizien wie schleppende Ratenzahlungen, die Rückgabe von Lastschriften oder eine Häufung von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen genügen. In der Folge hat sich der Anwendungsbereich der Vorsatzanfechtung – die ursprünglich nur für unlautere Vermögensverschiebungen konzipiert wurde – deutlich erweitert. Festzustellen ist eine zunehmend exzessive Anfechtungspraxis der Insolvenzverwalter, die in der Wirtschaft zu großer Verunsicherung geführt hat. Bundesjustizminister Heiko Maas selbst spricht von der Vorsatzanfechtung als größter Baustelle des Insolvenzrechtes und hat bereits vor einem Jahr angekündigt, die Insolvenzanfechtung wieder auf ein gesundes Maß zurückzuführen. Im März dieses Jahres hat das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz einen Referentenentwurf zur Reform des Rechts der Insolvenzanfechtung vorgelegt, der aktuell mit den Rechtspolitikern der großen Koalition diskutiert wird. Inhaltlich sehen die Reformvorschläge unter anderem eine Verkürzung des anfechtungsrelevanten Zeitraums von zehn auf vier Jahre und die Eingrenzung der Vermutungsregelung vor. Rechtsanwalt Dr. Oliver Fawzy vom Bundesverband Kreditankauf und Servicing bleibt gleichwohl skeptisch. „Der Reformwille der Bundesregierung ist zwar zu begrüßen. Die vorgelegten Reformelemente sind allerdings kaum geeignet, den zuständigen Zivilsenat des Bundesgerichtshofes von einer Fortsetzung seiner gläubigerfeindlichen Rechtsprechungslinie abzuhalten. Ob die Wirtschaft wirksame Abhilfe von der geplanten Gesetzeskorrektur erwarten kann, bleibt noch abzuwarten“, so Fawzy. Seit Juli letzten Jahres gilt die Vorsatzanfechtung auch für Privatinsolvenzen. Trotz guter Wirtschaftslage nimmt die Anzahl der überschuldeten Privatpersonen weiter zu. Vorsatzanfechtungen werden damit auch in Praxen und Krankenhäuser zunehmend virulent.

Wie geht es weiter mit den Honorarärzten?

Der Bundesgerichtshof hat mit seinem Urteil aus dem vergangenen Oktober klargestellt, dass Leistungen, die Honorarärzte in Krankenhäusern erbringen, nicht als Wahlleistungen gemäß § 17 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden dürfen. Denn der Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte sei durch das Gesetz abschließend geregelt, so das Gericht. Damit können allein fest am Krankenhaus angestellte oder verbeamtete Ärzte Wahlleistungen erbringen. Prof. Dr. Martin Spaetgens stellte die höchstrichterliche Entscheidung vor und stellte verschiedene Optionen für Kliniken dar, mit dem Urteil umzugehen. Eine Möglichkeit besteht darin, einen Anstellungsvertrag mit dem bisher als Honorararzt tätigen Mediziner zu schließen. Wie ein solcher Vertrag formuliert werden kann, ist im Einzelfall zu entscheiden. ■

Fortsetzung folgt: Das Gesundheitswesen ist stets im Wandel. Und damit auch Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns. Die Tagung hat gezeigt, dass der bestehende Diskussionsbedarf noch längst nicht gedeckt ist. Im März nächsten Jahres lädt der PVS Verband deshalb wieder zu einer Rechtsberatertagung nach Berlin ein.

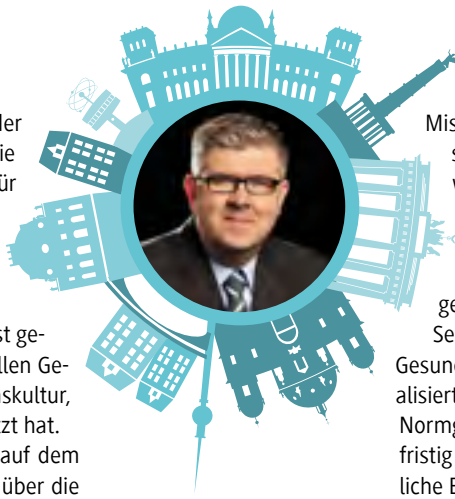
Tilgners Bericht aus Berlin Das vielzitierte Berliner Parkett ist nicht nur glatt. Manchmal glaubt man auch, man sei in einer falschen Welt. Während Lippenbekenntnisse Wettbewerb und Wahlfreiheit fordern und den ethischen und ökonomischen Wert der Freiberuflichkeit loben, laufen gegenteilige Prozesse.

Text: **Stefan Tilgner**

Kampf um unsere Werte

Gesundheitspolitik könnte eigentlich der schönste Arbeitsplatz der Welt sein. Die Tätigkeit in diesem Feld sorgt nicht nur für das Wohlergehen der Mitbürger. Sie schafft auch gute Rahmenbedingungen für diejenigen, die zum Wohle der Patienten arbeiten. So die Idealvorstellung. Nur leider läuft im gesundheitspolitischen Berlin nicht alles ganz so ideal. Manches ist geradezu ärgerlich. Zu den größten Übeln der aktuellen Gesundheitspolitik zählt die ausgeprägte Misstrauenskultur, die sich in den Köpfen mancher Akteure festgesetzt hat.

Wer im Sinne der Ärzte und Heilschaffenden auf dem Berliner Parkett unterwegs ist, muss zwangsläufig über die Vorschläge zum so genannten „Anti-Korruptionsgesetz“ stolpern. Die Vorschläge aus dem Justizministerium und aus Bayern stellen ausgerechnet diejenigen unbegründet unter Generalverdacht, die sich nicht nur ums Patientenwohl kümmern, sondern im Sinne eines Heilerfolges massiv auf Vertrauen angewiesen sind. Konfuzius soll einmal gesagt haben, dass Schlimmste unter dem Himmel sei eine Umwertung der Werte und es komme darauf an, die Begriffe wieder klarzustellen. Wie aktuell! Wer sich die



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

Misstrauensdebatte genau anschaut, kommt ziemlich schnell darauf, dass von interessierter Seite versucht wird, gerade das zu pervertieren, was die Kultur des Heilens, die ärztliche Tätigkeit ausmacht. Offensichtlich aus machtstrategischen Erwägungen. Werte wie Freiberuflichkeit und das Gleichgewicht in einer das Gesundheitssystem tragenden Selbstverwaltung sollen geopfert werden, um unser Gesundheitswesen in ein zentral gelenktes und kommerzialisiertes System zu verwandeln. Die als untergesetzlicher Normgeber erfolgreich etablierten Kammern werden langfristig ausgebootet. Gelänge diese Strategie, würden ärztliche Erfahrung und Intuition, die noch immer wesentliche Aspekte des Heilen sind, zerschlagen, um einem staatlichen System Platz zu machen. Gemanaged nach jeweiliger politischer Windrichtung. Wie war da noch der (etwas abgewandelte) Spruch des alten Indianers? „Sind die Strukturen des ärztlichen Berufsverständnisses erst Geschichte, werden wir wohl bald erkennen, dass Papier nicht gesund macht.“

Transparenz ist das entscheidende Schlagwort dieser Tage im Gesundheitswesen. Gerade hier lohnt sich eine Klarstellung des Begriffes. Ob es nun die Gründung eines Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ist oder ein Patientenrechtegesetz, in denen den Patienten größtmögliche Transparenz zugesichert wird. Was am Ende meist dabei herauskommt ist, dass unser ohnehin komplexes Gesundheitswesen noch komplizierter und intransparenter wird. Dabei geht es im Grunde genommen auch relativ einfach. Das Prinzip der Kostenerstattung

„Sind die Strukturen des ärztlichen Berufsverständnisses erst Geschichte, werden wir wohl bald erkennen, dass Papier nicht gesund macht.“

Veranstaltungen

JUNI 2015

Mi 03 JUN **SEMINAR** **GOÄ-Fortgeschrittenen-Seminar**
Rostock
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 809-9023

Mi 03 JUN **SEMINAR** **Basis-GOÄ-Seminar Innere Medizin**
Oldenburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030-160



Sa 13 JUN **TAGUNG** **Jahreshauptversammlung des PVS Verbandes**
Düsseldorf
PVS Verband ✉ verband@pvs.de ☎ 030 2804963-0

Mi 17 JUN **SEMINAR** **Team- & Konfliktgespräche ziel- und lösungsorientiert führen**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 25555-19

Fr 19 JUN **SEMINAR** **„PVS PQ“ für Ärzte und Zahnärzte**
Mülheim an der Ruhr
PVS Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg ✉ pvs-forum@ihre-pvs.de ☎ 0208 4847-344

Mi 24 JUN **SEMINAR** **UV-GOÄ**
Mannheim
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Mi 24 JUN **SEMINAR** **GOÄ-Grundlagen für Chefarzt-Sekretärinnen**
Bremen
PVS Bremen ✉ j-meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 36085-21

JULI 2015

Mi 01 JUL **SEMINAR** **Menschlicher streiten – Umgang mit Kritik und Konflikten**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 633900-92

Mi 22 JUL **SEMINAR** **Praxisabgabeforum**
Büdingen
PVS Büdingen ✉ seminar@buedingen-akademie.de ☎ 0800 882-3004

AUGUST 2015

Mi 19 AUG **SEMINAR** **Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-westfalen-nord.de ☎ 02533 299-126

Mi 26 AUG **SEMINAR** **Fachseminar Orthopädie**
Dresden
PVS Sachsen ✉ s.elsner@pvs-sachsen.de ☎ 0351 89813-68

bietet nicht nur Transparenz an sich, es fördert auch Zufriedenheit und Gerechtigkeit. Hier sieht der Patient, was die Leistungen kosten, die er erhalten hat. Er entwickelt ein Gefühl dafür, ob sein Arzt gerecht bezahlt wird, und kann mündig und selbstgestaltend seinen Gesundheitsprozess unterstützen. Warum werden eigentlich gute Ansätze wie das vom PVS Verband vorgestellte Modellprojekt „Gesundheitskonto mit Solidargutschrift“, bei dem der Patient aktiv das Leistungsgeschehen mitgestalten kann, nicht intensiv weiter verfolgt? Daran wird zumindest die PVS arbeiten. Auch das ist ein Teil einer Vertrauenskultur!

Dagegen sind die Termin-Servicestellen, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt werden sollen, geradezu eine Mogelpackung. Umfragen zeigen nach wie vor, dass die Mär einer Zwei-Klassen-Medizin oder von verschleppter Behandlung nicht trägt, sondern die Bürger das Gesundheitswesen samt Wartezeiten als eines der besten der Welt sehen. Nur fürchten sie, dass sich das ändern könnte. Das tun sie, weil ihnen mit Ausnahmebeispielen, Horrorszenarien und einer Diskreditierung der Vertrauenskultur Angst eingejagt wird.

Dass manche Gesundheitspolitiker mit den Begriffen Zuverlässigkeit und Vertrauen auf Kriegsfuß stehen, sieht man am aktuellen Vorschlag zur Änderung des VSG. Sollte nach Vorschlag des Gesetzgebers bei der Abrechnung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) der Arzt ausdrücklich die Wahlfreiheit haben, wo er seine Leistungen abrechnet, folgt nun eine plötzliche Kehrtwende. Nur „öffentlich-rechtliche“ Abrechner? Soll hier klammheimlich der Weg für etwas ganz anderes bereitet werden? Ein staatlich dominierter Honorar-Regulierungsapparat jenseits der ärztlichen Profession! So etwas würde nicht die Versorgung stärken, sondern den Trend zur medizinischen Unterversorgung in vielen Gebieten weiter vorantreiben. Die hohen ethischen und sozialen Herausforderungen an Mediziner haben eben auch etwas mit Gerechtigkeit und Freiheit zu tun, die man ihnen zubilligen muss. Ebenso wie Politik nicht mit taktischem Kalkül, sondern mit Verlässlichkeit zu tun haben muss, soll sie nicht in eine Sackgasse führen. Am Ende geht es keineswegs um organisatorische Details oder ob der einen oder anderen Interessengruppe Vorteile gewährt werden. Es geht für die ärztliche Profession um alles: Um das Überleben der ärztlichen Kultur des Heilens, so wie wir sie verstehen!

Gesundheitspolitik in Berlin ist dennoch eine gute Aufgabe. Eben weil man auf dem parlamentarischen und institutionellen Parkett im Berlin daran arbeiten kann, dass „Worst-Case-Szenarien“ gerade nicht eintreten. Hoffnung macht hier der ansonsten gerne so kritische Erich Kästner: „Vergesst in keinem Falle, auch dann nicht, wenn vieles mißlingt: Die Guten, die werden nicht alle, so unwahrscheinlich es klingt...“. Auf die freiberuflich und aus gewachsener Berufsethik handelnden Ärzte werden wir also auch in Zukunft setzen. ■

Der erste Aufschlag ist gemacht: Die Ärzte und die private Krankenversicherung haben dem Bundesgesundheitsministerium **Grundzüge einer neuen Gebührenordnung** vorgelegt. **zifferdrei** sprach mit den Verhandlungsführern über Analogabrechnung, die politische Durchsetzbarkeit der GOÄ-Novelle und Qualitätsanforderungen in der Privatmedizin.

Interview: Ingrid Mühlwinkel, Ulrike Scholderer | Fotos: Georg Lopata

Transparent und eindeutig

Das nennt man unter Journalisten einen Scoop. Nach mehr als drei Jahrzehnten wird die Gebührenordnung für Ärzte novelliert und die drei Verhandlungsführer Dr. Birgit König, Dr. Bernhard Rochell und Dr. Theodor Windhorst geben **zifferdrei** das erste Interview zu der künftigen Ausgestaltung der GOÄ.

Im März haben Sie ein erstes Informationspaket zur GOÄ-Novelle an das Bundesministerium für Gesundheit gegeben. Was können Sie über die neue GOÄ schon berichten?

ROCHELL Mit dem BMG ist abgesprochen worden, das Kapitel B für Grundleistungen und allgemeine Leistungen – hier ist insbesondere auch die sogenannte Zuwendungsmedizin, die sprechende Medizin abgebildet –, das Kapitel M (Labor) und zu den Pareto-Leistungen die Legenden zu liefern. Bei den Pareto-Leistungen handelt es sich um die 300 am häufigsten abgerechneten beziehungsweise medizinisch bedeutsamsten Gebührenpositionen der jetzt gültigen GOÄ. In der neuen GOÄ machen die Pareto-Leistungen zirka 550 Gebührenpositionen aus und bilden etwa 80 bis 85 Prozent der Honorarumsätze ab. Dieses Informationspaket wird Gegenstand der Beratungen einer Arbeitsgruppe sein, die das Bundesgesundheitsministerium am 27. März 2015 erstmals zusammengerufen hat.

Und wo sind Sie vielleicht noch nicht so zusammengekommen, wie Sie sich das vorgestellt hatten?

ROCHELL Bisher haben wir gute gemeinsame Abschlüsse erreicht. Die Bewertungen zu den einzelnen Gebührenpositionen sind erst in Arbeit. Hierzu führen wir gerade intensive Beratungen, die mich aber optimistisch stimmen, dass wir da zusammenkommen.

Die Ärzte hoffen auf eine Anhebung des Punktwertes. Der Punktwert soll ja ein Euro-Wert werden. Wie viel Honorar mehr wird es geben?

WINDHORST Ja, es wird eine Gebührenordnung in Euro und Cent. Wir orientieren uns nicht mehr nach den Punktwerten und wollen auch nicht die EBM-Nähe für die Gebührenordnung der Ärzte. Über die Berechnungsmengen können wir aber erst etwas sagen, wenn es überhaupt eine Berechnungsebene gibt. Und hier sind wir gerade dabei, die Kalkulationsebene miteinander aufzubauen. Und wenn die fertig ist, dann wissen wir auch, wie viele Prozente dabei herkommen.

Wie haben Sie den robusten Einzelsatz berechnet?

WINDHORST Der robuste Einzelsatz ist der Teil unserer Vorarbeit, wo wir für jeden Gebührenordnungspunkt eine klare Struktur aufgebaut haben, nämlich die ärztliche Leistung, technische Leistung, allgemeine Leistungen und auch

Personalleistungen. Es ist nicht eine Wunsch-dirwas-Situation, sondern eine klare betriebswirtschaftliche Kalkulation. Die ärztliche Leistung ist in dieser Struktur natürlich die wichtigste. Der robuste Einzelsatz durchzieht unsere Legende für die Gebührenpositionen, um zu zeigen, dass wir betriebswirtschaftliche Kosten in der Gebührenordnung ausweisen auch um uns so jeglicher Stigmatisierung zu entziehen.

Zum jetzigen Zeitpunkt wird man mit großer Wahrscheinlichkeit noch nicht sagen können, welche Fachgruppen gewinnen, und welche verlieren werden?

WINDHORST Es sollte keine Fachgruppe geben, die verliert. Wir werden darauf achten, dass es sich um faire Bedingungen handelt. Es wird nicht jemand gemolken, um jemand anderen zu unterstützen.

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat zugesagt, die Länder mit ins Boot zu holen. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine neue GOÄ am Bundesrat scheitert?

ROCHELL Wir sind auf einem sehr guten Wege. Und deswegen sage ich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie scheitert, von Tag zu Tag geringer wird.

WINDHORST Es ist ein durch die Länderkammer zustimmungspflichtiges Gesetz. Da die PKV von Anfang an die Beihilfen miteinbezogen hat, und wir mit den Beihilfen auch in einem regen

„Wir werden alle heutigen Analogziffern in neue GOÄ-Positionen überführen.“

Dr. Birgit König

Dr. Birgit König
Stellvertretende Vorsitzende
des PKV Verbandes und
Vorstandsvorsitzende
der Allianz Private
Krankenversicherung AG.



Dr. Theodor Windhorst
Vorsitzender des Gebühren-
ordnungsausschusses der
Bundesärztekammer und
Präsident der Ärztekammer
Westfalen-Lippe.

Dr. Bernhard Rochell
Führt die Verhandlungen
für die Bundesärztekammer.
Bis Sommer letzten Jahres
war er dort Geschäftsführer,
heute ist er Verwaltungs-
direktor der KBV.

Austausch stehen, glaube ich nicht, dass es zu einem Stopp in der Länderkammer kommt. Auch wenn es eine Gruppe von A-Ländern gibt, die noch der Bürgerversicherung anhängen. Doch auch da sind wir dran: Ich hab mit Ministerin Steffens in Nordrhein-Westfalen gesprochen und sehr viel Verständnis für die neue Gebührenordnung bekommen. Weil es nämlich nicht eine Gebührenordnung für die PKV ist, sondern für die Patienten. Denn die müssen wissen, was der Arzt gemacht hat, was er abgerechnet hat und was er auch für diese Leistung kriegt.

Herr Windhorst hat bereits gesagt, dass keine Facharztgruppe an Honorar verlieren darf. Wie viel können und wollen die Versicherer denn zahlen? Was ist Ihre Schlussfolgerung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte?

KÖNIG Die Gebührenordnung für Ärzte diskutieren wir völlig unabhängig davon, was in der Gebührenordnung für Zahnärzte rausgekommen ist. Wie Herr Windhorst schon ausführte, handelt es sich hier um eine betriebswirtschaftliche Kalkulation. Wir schauen uns das intensiv an: Welche Eingangsparameter gibt es? Was

„Es muss eine systemimmanente Abrechnungsmöglichkeit geben für Leistungen am Patienten, wenn wir überhaupt die Freiberuflichkeit weiter entwickeln wollen.“

Dr. Theodor Windhorst

kosten die? Und am Ende des Tages gilt: Was dabei herauskommt, kommt heraus.

In dem Kommentar zur GOÄ sprechen Sie davon, dass die Analog-Abrechnung zunehmend missbräuchlich benutzt wird. Für die Ärzte ist das so nicht nachvollziehbar. Es gibt abgestufte Empfehlungen und Hinweise, aber der einzelne Arzt kann da eigentlich nicht mehr durchblicken. Wie gewährleistet die neue GOÄ, dass neue Leistungen in die Gebührenordnung kommen und bleibt das Instrument der Analog-Abrechnung?

KÖNIG Das Instrument der Analog-Abrechnung bleibt. Das haben wir schon in der Rahmenvereinbarung gemeinsam festgelegt. Denn als Privatversicherer wollen wir unseren

Versicherten eine sehr schnelle Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglichen. Das funktioniert typischerweise über die Analog-Abrechnung. Umgekehrt werden wir aber in Zukunft durch selbstverwaltungsartige Strukturen mit der neuen GOÄ sicherstellen, dass diese Analog-Abrechnungen eben nicht ewig bleiben. Wir wollen sie relativ zügig in die neue GOÄ überführen.

ROCHELL Wir haben ja den Zentralen Konsultationsausschuss, der auch heute schon Empfehlungen zu Analog-Abrechnungen geben kann. Das gilt es in der Struktur dieser neuen gemeinsamen Kommission zu verstetigen und zu intensivieren. Wir wollen künftig innovative Verfahren sehr schnell eigenständig in der GOÄ abbilden und dadurch verhindern, dass es zu Innovationsstaus kommt. Und wir wollen die GOÄ selbstsprechend machen. Heutzutage müssen sie eine operative Prostata-Entfernung im Zusammenhang mit einem Tumorleiden analog über einen herzchirurgischen Eingriff abrechnen. Das können vielleicht die PKV und die Bundesärztekammer und auch die im Konsultationsausschuss vertretenen Ministerien verstehen; möglicherweise auch noch der Arzt und die Abrechnungsstelle, aber spätestens der Patient versteht es nicht mehr, der dann die Rechnung auf den Tisch bekommt.

Stichwort Innovation. Was bedeutet denn das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), welches gerade in Gründung begriffen ist, für die privatärztli-

che Leistungserbringung? Oder andersherum gefragt: Wie kommt die Qualitätsorientierung in die privatärztliche Abrechnung rein?

ROCHELL Also, bestimmt nicht über das IQTiG. Das IQTiG hat ja seinen Platz im SGB V und wird seine Vorgaben für die gesetzliche Krankenversicherung machen. Natürlich ist nicht auszuschließen, dass das dann auch in die Privatmedizin übergeht. Aber das IQTiG ist keine Institution, die mit Legitimation der Bundesärztekammer und des PKV-Verbandes Vorgaben für die Privatmedizin erlässt. In der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ haben wir uns darauf geeinigt, dass PKV-Verband und Bundesärztekammer eigenständige Initiativen zur Steigerung der Qualität in der Privatmedizin vereinbaren werden. Hier

soll die Möglichkeit geschaffen werden, im Einvernehmen der BÄK und des PKV-Verbands gezielt neue Versorgungselemente zu erproben und im Falle der Bewährung generell in die GOÄ zu übernehmen. Wir sind durchaus ein bisschen stolz darauf, dass der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz nun einen ähnlichen Weg im Bereich der Selektivver-

Bis zu 40 Prozent der privatärztlichen Abrechnungen finden sich in den sogenannten Analog-Abrechnungen. Wie viel Prozent werden es denn nach einer neuen GOÄ sind?

KÖNIG Am Stichtag zunächst mal keine, also null Prozent. Denn wir werden alle heutigen Analogziffern in neue GOÄ-Positionen überführen.

„Heutzutage müssen sie eine operative Prostata-Entfernung im Zusammenhang mit einem Tumorleiden analog über einen herzsurgischen Eingriff abrechnen.“

Dr. Bernhard Rochell

träge der GKV beschreiten will und auch dort das Bewährungsprinzip künftig stärker in den Vordergrund gerückt wird.

Immer wieder sind Stimmen zu hören, die sagen, dass die alte GOÄ gar nicht so schlecht war und man jetzt nicht weiß, was mit der neuen Gebührenordnung kommt. Wie begegnen Sie den Novellierungsskeptikern in Ihren Reihen?

KÖNIG Die GOÄ ist in allererster Linie auch eine Gebührenordnung, die der Patient verstehen muss, weil in der Privatmedizin natürlich der Patient als erster die Rechnung bekommt. Dadurch, dass die GOÄ so lange nicht novelliert worden ist, ist sie für einen Laien in vielen Fällen eben nicht mehr verständlich. Herr Rochell hat gerade ein eindrucksvolles Beispiel geliefert. Wir wollen Stressfreiheit, wir wollen Eineindeutigkeit, wir wollen Transparenz für den Patienten. Und dafür lohnt es sich, jetzt eine neue GOÄ zu entwickeln.

ROCHELL Ich kann mich den Worten von Frau König nur anschließen. Die Ärzteschaft steht ja immer auch in der Kritik, dass Abrechnungsmanipulationen stattfinden. Und die GOÄ ist mittlerweile in manchen Bereichen in einem Stadium, da kommen keine Abrechnungsmanipulationen vor, sondern sie ist nicht mehr eindeutig handhabbar. Deswegen brauchen wir hier dringendst eine aktuelle und wieder in allen Belangen rechtssichere Grundlage, um die Leistungen der Privatmedizin abrechnen zu können.

WINDHORST Es geht hier auch um Entkriminalisierung. Rechnungslegung ist ein Kontrollinstrument zum Nutzen beider – Patient und Arzt. Die moderne Medizin bildet sich überhaupt nicht in den Gebührenordnungspositionen und manche fischen dann im Trüben. Diese Schätzungen bringen wir jetzt durch eine betriebswirtschaftliche Kalkulation in einen begründbaren Raum.

Wann dürfen wir denn mit der neuen GOÄ rechnen?

ROCHELL Wir konzentrieren unsere Bemühungen auf den 1.10.2016.

Wie verständlich wird die neue GOÄ überhaupt werden? Wird sie so verständlich á la Friedrich Merz mit seiner Steuererklärung auf dem Bierdeckel?

ROCHELL Was zum Beispiel die operativen Leistungen betrifft, wollen wir sehr viel präziser sagen: Was ist drin in dem Paket und was kann zusätzlich abgerechnet werden? Oder was kann eben nicht kombiniert abgerechnet werden? Damit da wirklich eine Abrechnungssicherheit besteht.

WINDHORST Das Wichtige an dem ganzen System ist, dass wir eine Einzelleistungsdarstellung haben, außer bei großen operativen Eingriffen. So dass der Patient anhand der Summe der Einzelleistungen sehen kann, was für die Zielleistung abgerechnet wurde. Wir haben 4.300 Gebührenordnungspositionen und zu 90 Prozent neue Legendierungen.

Wie schätzen Sie die grundlegende Bedeutung der GOÄ für die Freiberuflichkeit ein? Was sind die entscheidenden Unterschiede zu einer Gebührenordnung wie dem EBM? Und wie viel EBM steckt in der neuen GOÄ?

WINDHORST Eine freiberufliche Tätigkeit ist ohne eigene Gebührentaxe überhaupt nicht vorstellbar. Wenn Sie die Juristen, die Architekten sehen, alle haben sie ihre eigene Gebühren-taxe. Und die neue Gebührenordnung für Ärzte implementiert eigentlich nur das, was wir alle wissen: Es muss eine systemimmanente Abrechnungsmöglichkeit geben für Leistungen am Patienten, wenn wir überhaupt die Freiberuflichkeit weiter entwickeln wollen. Außerdem sind GOÄ und EBM nicht miteinander vergleichbar.

ROCHELL Wie viel EBM steckt in der GOÄ? Null. Ganz einfach, bei der GOÄ handelt es sich um eine Einzelleistungsvergütung, die auf Basis einer einzelvertraglichen Regelung zwischen Arzt und Patient vereinbart und abgerechnet wird. Hierbei kommt es darauf an, die tatsächlich erbrachten Leistungen präzise abzubilden und zu bewerten – um einerseits wie es im Gesetz zutreffend heißt, die ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten zu vermeiden – andererseits aber zugleich auch die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistung zu gewährleisten. Und das passt überhaupt nicht mit der EBM-Struktur zusammen. Der EBM pauschaliert grob über den Einzelfall hinweg und orientiert sich primär an der Versorgung des Gesamtkollektivs der gesetzlich Kranken-versicherten. So eine Pauschalierung dürfen und werden Sie in der GOÄ nicht finden.

WINDHORST Das ist wunderbar. Für mich zeichnen sich diese Unterschiede ab, dass bei dem EBM die wirtschaftlich ausreichende, notwendige und zweckmäßige Kalkulationsgrundlage gegeben ist und wir im privatversicherten Bereich der PKV eine optimale Versorgungsideologie anstreben.



Wie sehen Sie denn überhaupt die Entwicklung der privatärztlichen Versorgung in Deutschland? Wird Gesundheit mehr zur Privatsache? Dann wird natürlich auch die GOÄ viel wichtiger?

ROCHELL Die Privatmedizin hat eine Zukunft, und wird sicherlich auch künftig ein sehr bedeutender Teil unserer Gesundheitsversorgung sein. Es hängt natürlich davon ab: Wie geht es in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter? Bleibt es da bei der vollumfänglichen Deckelung? Dann werden wir sicherlich die Tendenz beobachten, dass wir eher eine stille Verlagerung in den privatmedizinischen Bereich haben, auch durch GKV-Versicherte, die möglicherweise dann noch Leistungen über Zusatzversicherungen in Anspruch nehmen.

Frau Dr. König, Herr Dr. Rochell, Herr Dr. Windhorst, wir bedanken uns für dieses Gespräch. ■

„In fünf Jahren werden Organe dreidimensional geprintet“



Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit steht vor der Tür – vom 10. bis 12. Juni 2015 trifft sich die Branche in Berlin. Ein Gespräch mit **Prof. Axel Ekkernkamp**, Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Ärzteforums, über die Kongresshighlights 2015 und Megatrends im Gesundheitswesen.

Interview: **Ingrid Mühlwinkel** | Fotos: **WISO/Schmidt-Dominé (li.), Prof. Axel Ekkernkamp (re.)**



„Der Hauptstadtkongress war immer schon nah an den Fachärzten.“

E-Health-Gesetz, Digitalisierung in der Medizin, Cyber-Abwehr, vernetzte Gesundheit und der E-Health-Summit, dies sind nur einige Programmpunkte des diesjährigen HSK. Welchen Stellenwert nimmt die digitale Medizin im ambulanten und stationären Sektor heute ein? Ist E-Health tatsächlich schon in der Versorgung angekommen?

EKKERNKAMP Sie beziehen sich ja auf die sicherlich vorbildliche ambulante und dann auch stationäre Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Deshalb die ganz klare Aussage: Ja, E-Health ist endlich in der Versorgung angekommen. Inzwischen sind Anwendungen wie Teleradiologie, Telepathologie und Teleneurologie offenbar schon so selbstverständlich, dass sie sich unter dem Begriff Internetmedizin immer weiter verbreiten. Insofern scheint das E-Health-Gesetz zwar nur Bekanntes zu zementieren, dennoch verspreche ich mir von dem neuen Gesetz einen weiteren Sprung nach vorn. E-Health bietet auch Arztpraxen große Chancen – das wird der Kongress deutlich machen.

E-Health ist eine klare Schwerpunktsetzung auf dem diesjährigen Kongress. Welche Themen sind für privatärztlich liquidierende Ärzte noch interessant? Und warum?

EKKERNKAMP Zum einen: Da sämtliche Entscheider auf Seiten der Politik, der Kostenträger, der Krankenhäuser und der Verbände zusammentreffen, hat das Thema Novellierung der GOÄ gute Chancen, sich der Realisierung zu nähern. Zum anderen wird deutlich, dass Themen wie die Nutzung von Gesundheitsplattformen, die Versorgung älterer und chronisch Kranker oder die endlich greifbare sektorenübergreifende Versorgung zu fassbarem wirtschaftlichen Nutzen führen.

Erstmalig in diesem Jahr findet der Fachärztetag statt. Was macht dieses Forum notwendig? Warum ein neues Segment neben dem Deutschen Ärzteforum?

EKKERNKAMP Man kann nicht immer wieder von sektorenübergreifender Versorgung oder von Netzwerkmedizin sprechen, ohne selbst Zeichen zu setzen. Der Hauptstadtkongress war immer schon nah an den Fachärzten. Es gab früher den Ostdeutschen Kassenärztetag oder den Tag der Niedergelassenen in Kooperation mit der KBV. Wie im letzten Jahr haben wir eine gemeinsame Plattform mit den Laborärzten, dazu kommt eine Sonderveranstaltung der KV Brandenburg. Der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) will auch eine besondere Stellung in der Meinungsbildung gegenüber der Politik einnehmen – damit gehört der SpiFa eindeutig auf den Hauptstadtkongress. Das Angebot des Deutschen Ärzteforums wird also ergänzt und bereichert.

Big Data, Fachkräftemangel, sektorenübergreifende Versorgung – dies sind alles Megathemen im Gesundheitswesen. Welche Megatrends sehen die HSK-Veranstalter in den nächsten Jahren?

EKKERNKAMP Grundsätzlich wird sich das Format aller Präsenztage verändern, das wird auch für den größten Entscheidungskongress im Bereich Medizin und Gesundheit gelten. Die Diskutanten werden mit moderner Kommunikationstechnik an verschiedenen Orten sein, die Zielgruppen sind noch stärker über soziale Medien involviert als schon jetzt. Inhaltlich werden wir uns wundern, womit man sich schneller als erwartet zu beschäftigen hat: Fachleute berichten, dass in fünf Jahren Organe dreidimensional geprintet werden können, dass man in zehn Jahren in der Lage sein wird „künstlich“ Fleisch herzustellen. Die Robotik wird in die operative Medizin zurückkehren.

Weltweit wird die Bevölkerung jünger und jünger, in Mitteleuropa älter und älter. In Deutschland wird deshalb das Thema „Gesund zu Hause alt werden“ weiter in den Mittelpunkt des Interesses rücken. ■

Gesundheits-IT Visionäre haben das große Talent, Dinge zu erfinden, die die Menschheit eigentlich nicht braucht. Oder welche, von denen man zunächst denkt, man brauche sie nicht. So geschehen vor fast 200 Jahren mit den ersten Eisenbahnen. Oder vor nur acht Jahren mit der Erfindung des iPhone.

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

Ohne Vertrauen läuft nichts

Haben diese Dinge erst einmal unseren Alltag erobert, entwickelt sich so etwas wie die normative Kraft des Faktischen. So ist es auch mit der Gesundheits-IT. Seit Jahren gibt es Anwendungen, die eine schnelle Vernetzung gesundheitlicher Einrichtungen und verfügbarer Daten ermöglichen.

Dass die technischen Selbstverständlichkeiten auch systemrelevant umgesetzt werden, ist weitgehend Zukunftsmusik. Vorgesprochen wird in der Regel der Patient, dem von den jeweiligen Protagonisten fürchterliche Szenarien vorgehalten werden, so er seine Daten transparent macht. Nicht immer zu Unrecht. Doch vielfach ist es der Patient, dem von Einrichtungen des Gesundheitswesens seine Daten vorenthalten werden. Und das, obwohl das Patientenrechtegesetz es anders vorschreibt. Öffentlich nur wenig beachtet ist eine Entwicklung dieser Tage, die für eine rasante Tempoänderung bei Gesundheitsdaten sorgt. Mit der neuen Generation von iPhone, Apple Watches und anderer Hardware sammelt Apple millionenfach umfangreiche Daten und Vitalparameter der Nutzer. Apple-Research wertet schon jetzt Gesundheitsdaten aus 400 Millionen iPhones aus. Mehr noch: Es wird damit gerechnet, dass rund ein Drittel der Nutzer auch zusätzliche Apps freischaltet und persönliche Daten eingibt. Damit verfügt Apple über die größte Basis an Gesundheitsdaten weltweit. Microsoft und Google sind dabei, schnell nachzuziehen. Mit dieser gewaltigen Datenmasse könnten viele Studien in einem anderen Licht gesehen werden, Versorgungswege neue Perspektiven gewinnen.

Sofort nach Bekanntwerden boten viele Kliniken in den USA ihren Patienten Apps an, die ihnen telemedizinische Betreuung unmittelbar nach der Entlassung ermöglichen oder aber eine Datenlinie zum weiterbehandelnden Arzt aufbauen. Entscheiden soll der Patient.

Wie alle Innovationen birgt auch die digitale Revolution im Gesundheitswesen Risiken, die man lieber vermieden hätte. Doch das jahrelange Hin und Her zur Gesundheits-IT im deutschen Gesundheitswesen hat – so muss man jetzt feststellen – dafür gesorgt, dass über die Köpfe der Patienten hinweg diskutiert wurden. Besser hätte man für einen mündigen Patienten als Herr seiner Daten gesorgt. Nun hat das technisch Mögliche viele dieser Debatten überholt, in der Unsummen Patientengelder ausgegeben wurden. Man sollte sich nicht der Illusion hingeben, dass das, was möglich erscheint, nicht auch gemacht wird. Am Ende läuft es wie beim Einsteigen in eine Eisenbahn auf eines heraus: Vertrauen! Noch immer ist der Arzt der erste Vertraute des Patienten. Diese Rolle sollte die Ärzteschaft auch in der Gesundheits-IT aktiv gestalten. ■



**Als wir das Outsourcing
erfanden, gab es
den Begriff noch gar nicht.**

Ihre Privatärztlichen Verrechnungsstellen.

Seit 1922 setzt sich die PVS erfolgreich für die Belange der Ärzte ein. Was sich im Laufe der Zeit dabei entwickelt hat, ist weit mehr als eine wirtschaftliche Beziehung. Die PVS ist Teil Ihres Teams. Wie ein eigener Mitarbeiter. Ein sehr engagierter Mitarbeiter. Weitere Informationen rund um die PVS finden Sie unter 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

