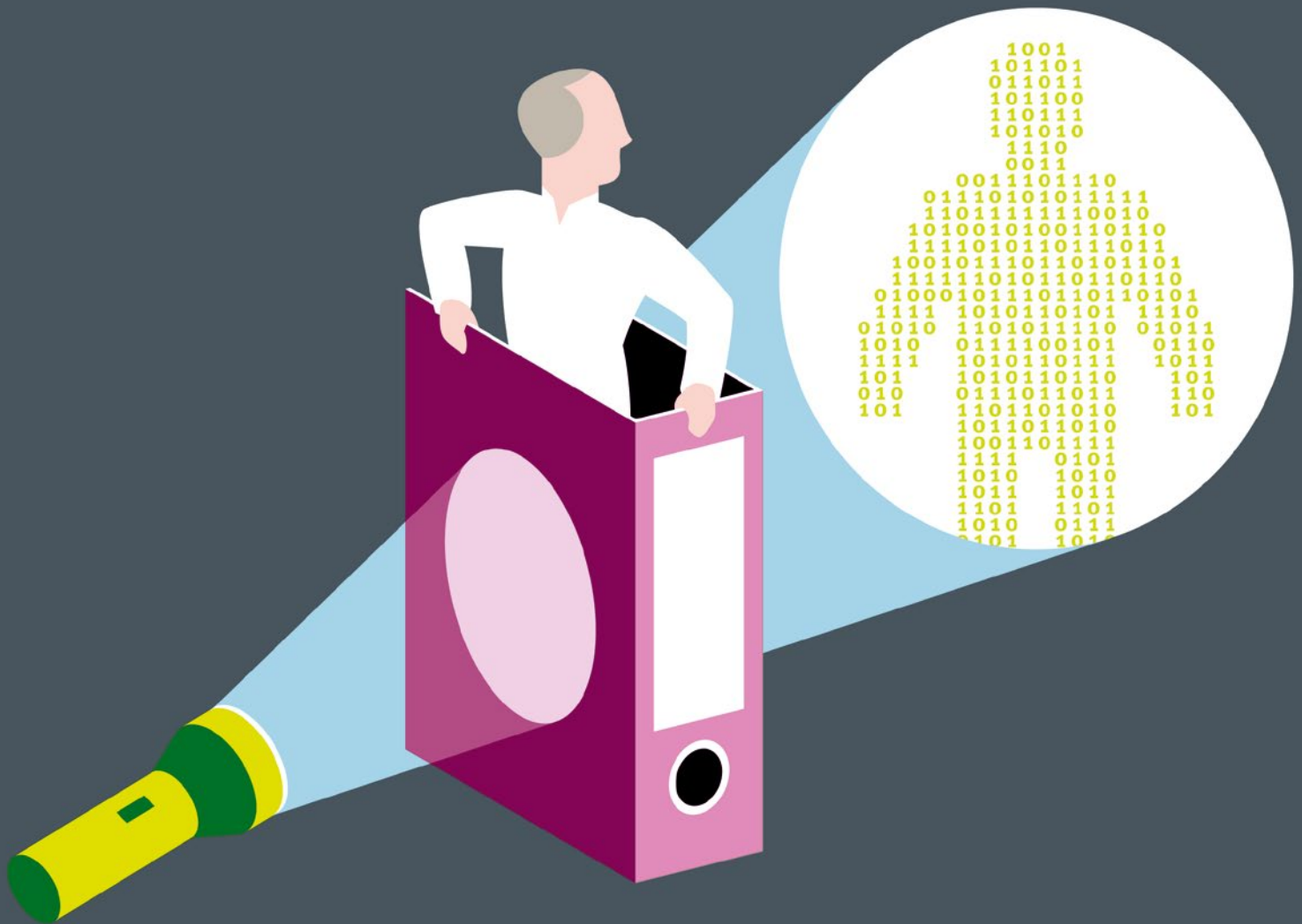


zifferndrei

Ausgabe 3 · Winter 2015

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Durchleuchtet

Wie gute Vorbereitung hilft, die Betriebsprüfung zu meistern.

4

Praxismanagement

Das eigene Kliniklabor

Kostenverursacher oder echter Nutzenbringer?

10

Praxisfinanzen

Kapitallebensversicherungen

Auslaufmodell oder bewährter Risikoschutz?

15

Praxis und Recht

Konsequent mahnen

Das Kreuz mit der schlechten Zahlungsmoral.

Ausgabe 3 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Jörg Block

Praxismanagement



4

Mehr als Zahlenlieferant

Verursacht das klinikeigene Labor vorrangig Kosten – oder bietet es einen Mehrwert für Ärzte? Darüber sind sich Mediziner uneins. Klar ist jedoch: Die fachliche Laborexpertise muss besser genutzt werden.

Praxis & Recht



12

Erst prüfen – dann mahnen

Die Zahlungspflicht für das Arzthonorar steht und fällt damit, dass die Rechnung korrekt ausgestellt ist. Schwierig wird es, wenn der Patient nicht geschäftsfähig ist. Damit Sie nicht Gefahr laufen, Ihr Honorar zu verlieren, hat Dr. Daniel Combé aus der Kanzlei Castringius Rechtsanwälte und Notare für Sie zusammengestellt, was zu beachten ist.

PVS-Positionen

18 **TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN**
Und wo bleibt der Patient...?

19 **VERANSTALTUNGEN**



20

GOÄ-NOVELLIERUNG

Verhandlungsführer stellen Sachstand vor

Die Verhandlungsführer von Bundesärztekammer und PKV-Verband stellten auf einer Informationsveranstaltung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und der PVS Baden-Württemberg die Grundzüge der neuen GOÄ vor. Mehr als 200 Ärzte waren am 23. Oktober nach Stuttgart gekommen, um sich aus erster Hand über den aktuellen Stand des Novellierungsprozesses zu informieren.

23 **SCHÄFERS KOLUMNE**

Praxisfinanzen



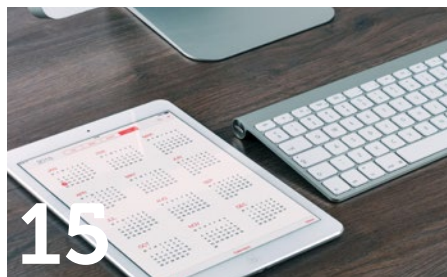
7

TITEL Digitales Dickicht

Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung arbeiten Finanzverwaltungen zunehmend effektiv und restriktiv. Wirkungsvolle Mittel gegen Prüfungsangst sind akribische Vorbereitung und professionelle Unterstützung

10 **Garanziezins vor dem Aus**

Statistisch gesehen hat jeder Bundesbürger mehr als eine Lebensversicherung und über viele Jahre wurde sie genutzt, um Praxisinvestitionen zu finanzieren. Die Allianz kündigte an, klassische Kapitallebensversicherungen nur noch auf Kundenwunsch zu verkaufen, andere Versicherungsunternehmen stellen dieses Produkt ganz ein. Was tun?



15

Was tun, wenn der Patient nicht zahlt?

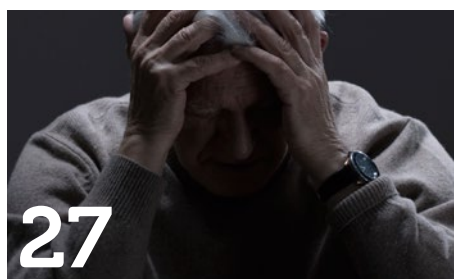
Klagen über die immer schlechter werdende Zahlungsmoral nehmen zu. Auch in Arztpraxen. Da bleibt nur eines: Zahlungseingänge engmaschig überwachen und offene Rechnungen konsequent mahnen.

Gesundheitspolitik



Gemischte Gefühle

Zum 1. Januar 2016 tritt das neue Krankenhausgesetz in Kraft. Die wichtigsten Punkte: mehr Geld für Pflegekräfte, ein neuer Strukturfonds, Bezahlung nach Qualität der Leistung. Nicht alle Beteiligten sind mit den neuen Regelungen glücklich.



Verbot für organisierte Sterbehilfe

Zwei Jahre lang hatten die Abgeordneten im Deutschen Bundestag um eine rechtliche Lösung für die Sterbehilfe gerungen. Vier konkurrierende Gesetzesentwürfe wurden diskutiert. Nach einer ungewöhnlich scharfen Debatte setzte sich dann der auch von der Bundesärztekammer favorisierte Entwurf überraschend klar durch.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

23 | IMPRESSUM

30 | GASTKOMMENTAR

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in dieser Ausgabe nehmen wir die Praxisfinanzen in den Blick. Betriebsprüfungen schweben wie ein Damoklesschwert über allen wirtschaftlichen Einrichtungen – so auch über Arztpraxen, MVZs und Krankenhäusern. Und wen wundert's: „Big Data“ macht auch vor den Finanzbehörden nicht halt. Die neuen Möglichkeiten, Daten zu erheben und bundesweit auszutauschen, haben deren Arbeitsweise massiv verändert. Heute ist es eher das persönliche Risikoprofil als die schlichte Betriebsgröße, die die Prüfer auf den Plan ruft. Dennoch besteht kein Grund zur Beunruhigung. Denn mit guter Vorbereitung lässt sich auch eine Betriebsprüfung in konstruktiver Atmosphäre meistern!

Um Finanzen geht es auch in der Rubrik Recht. Wie Sie vermeiden, dass es zu Zahlungsverzögerungen oder gar einem Honorarausfall bei der Behandlung von nicht geschäftsfähigen Patienten kommt, und wie Forderungen generell erfolgreich realisiert werden können, haben wir für Sie zusammengestellt. Ein Beitrag zur Altersvorsorge rundet unseren Schwerpunkt ab. Der Garantiezins, über mehr als hundert Jahre das Verkaufsargument schlechthin für klassische Kapitallebensversicherungen, steht vor dem Aus. Wir zeigen, welche Versicherungen noch lohnen und was für Alternativen der Markt zu bieten hat.

Gesundheitspolitisch geht es unter Bundesgesundheitsminister Gröhe weiter hoch her. Er werde als Minister mit den meisten Gesetzesänderungen in die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens eingehen, heißt es in Berlin. Aus der Vielzahl der Neuregelungen und Gesetzesinitiativen haben wir für Sie die Krankenhausreform herausgegriffen. Nachdem die Politiker anderthalb Jahre lang beraten hatten, ist das Krankenhausstrukturgesetz jetzt verabschiedet worden und tritt zum 1. Januar nächsten Jahres in Kraft. Noch länger als um die Krankenhausreform haben die Parlamentarier eine rechtliche Lösung für die Sterbehilfe gerungen. Organisierte Sterbehilfe wird in Deutschland künftig verboten sein. Wir stellen den gefundenen Kompromiss vor und sprechen mit dem Sozialrechtler und Rechtsphilosophen Prof. Stefan Huster über offene Fragen.

Auch wenn diese Ausgabe mit vielen schweren Themen aufwartet: Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre Ihrer **zifferdrei**.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Kliniklabor Verursacht das klinikeigene Labor vorrangig Kosten – oder bietet es einen Mehrwert für Ärzte? Darüber sind sich Mediziner uneins. Klar ist jedoch: Die fachliche Laborexpertise muss besser genutzt werden.

Text: Romy König | Foto: istockphoto

Mehr als ein Zahlenlieferant



70

Prozent aller klinischen Diagnosen beruhen auf Labormedizin.

Der greise Mann hält eine zerknitterte Schwarzweiß-Fotografie in die Kamera, ein lieb gewonnenes Portrait, verwittert schon und alt. „Manchmal ist es ja schön, an alten Dingen festzuhalten“, heißt es daneben. Und eine Zeile darunter: „Aber nicht bei Ihrem Laboranbieter.“ Was diese Werbeanzeige eines Laborkonzerns ausdrücken will, ist offensichtlich: Kliniken sollten sich einen Ruck geben und sich verabschieden: von ihrem bisherigen Labordienstleister oder auch von ihrer haus-eigenen Labormedizin.

Letztere steht seit Jahren immer wieder zur Disposition: Hielten im Jahr 2000 noch 23 Prozent der Kliniken eine eigene Abteilung für Laboratoriumsmedizin vor, waren es 2010 nur noch 19 Prozent. Es scheint, als würden Krankenhausleiter zuerst an ihr Kliniklabor denken, wenn es darum geht, Geld zu sparen und Leistungen an externe Anbieter zu vergeben – schon lange hat die klinikinterne Labor-diagnostik das Image, ein reiner Kostenfaktor zu sein.

Doch dieses Image entbehre jeder Grundlage, wehrt Michael Neumaier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, ab. Der Professor leitet das Institut für Klinische Chemie am Universitätsklinikum Mannheim und betont, dass selbst bei einer Vollkostenrechnung das medizinische Labor üblicherweise nur drei Prozent der Kosten eines Krankenhauses ausmache. „Hohe Kostensenkungen in der Klinik sind durch Outsourcing des Labors nicht annähernd zu realisieren.“

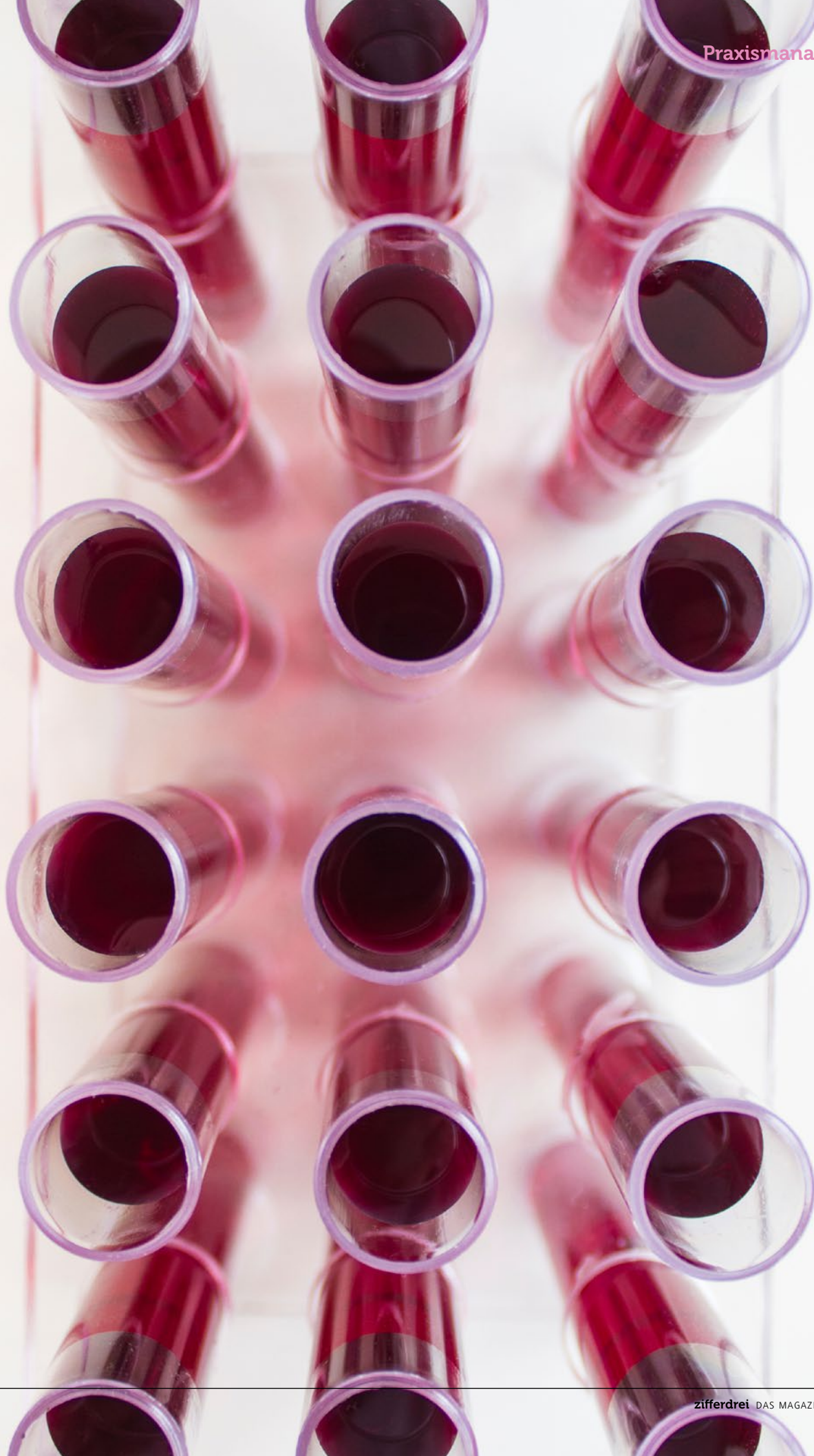
Dass die Zahl der Laborabteilungen in Deutschland immer weiter sinkt, liegt nach Neumaiers Einschätzung

weniger an wirtschaftlichen Überlegungen und schon gar nicht an einer möglichen Unzufriedenheit mit der Leistung des Labors, sondern daran, dass immer mehr Krankenhäuser zu Klinikverbünden zusammengelegt und kleinere Häuser geschlossen werden. Die Folge einer Marktbereinigung sei das, sagt Neumaier, und gewiss kein Scheitern.

Studie liefert differenziertes Bild

Eine Einzelaussage eines Verbandsoberen? Oder gängige Meinung der Krankenhauswelt? Um das herauszufinden, und um die Bedeutung der Labormedizin auszuloten, hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) Klinikärzte aus labornahen Disziplinen nach ihren Erfahrungen mit Labor-diagnostik befragt – und ein differenziertes Bild erhalten. Vor allem in Interviews, die das DKI mit zehn Medizинern zum Thema Kostenfaktor führte: Darin gaben zum einen vier Befragte an, das Labor als reine Wertschöpfung zu sehen, unabhängig von den Kosten. Drei andere betrachteten das Labor hingegen vorrangig als Verursacher von Kosten, erkennen jedoch auch die Leistung des Labors an. Ein Klinikarzt – ein Gynäkologe – sagte gar aus, das Labor nur als reinen Kostenfaktor zu sehen.

So uneins sich die Befragten in diesem Punkt waren, Übereinstimmung herrschte bei den Ansprüchen an das Labor: Schnell muss es gehen – und valide müssen die Ergebnisse sein. Schließlich beruhen 70 Prozent aller klinischen Diagnosen auf Laborergebnissen. Etwa die Hälfte der Befragten kritisierte, dass von Probenentnahme bis zum Befund zu viel Zeit verstreiche. Selbst auf



Notfallwerte müssten Ärzte oft zu lange warten: auf ein kleines Blutbild länger als 40 Minuten, auf Tropaninwerte auch mal länger als eine Stunde. Das sei „inakzeptabel“, so die Studienteilnehmer.

Vorschlag: Proben aufteilen

Rainer Heidrich sieht Kliniklabore in einem Dilemma: „Sie können entweder schnell sein – dann müssen sie aber viele Parameter unwirtschaftlich häufig, also in kurzen Serien ansetzen.“ Oder aber sie arbeiten wirtschaftlicher, indem sie seltener Proben fahren, „ein- oder zweimal wöchentlich“, worunter dann die Schnelligkeit leide. Heidrich, selbst Klinischer Chemiker, leitet beim Labordienstleister Bioscientia den Bereich Krankenhausmanagement und schlägt eine klare Aufteilung vor: Kliniklabore könnten weiterhin die Routinediagnostik übernehmen, während mit speziellen Auswertungen ein externes Labor beauftragt würde. Der Transport in ein niedergelassenes Labor dauere nur wenige Stunden, die Proben würden taggleich angesetzt, die Befunde elektronisch übermittelt. „Die Turn-around-Time liegt bei unter 30 Stunden.“

Der Vorschlag deckt sich in Teilen mit den Aussagen der DKI-Studienteilnehmer: Sie alle hielten ein eigenes Labor für Auswertungen der klinischen Chemie für unverzichtbar, auch Blutdepots sollten Kliniken im eigenen Haus vorhalten. Bakteriologische Untersuchungen jedoch oder Tests im Bereich der Immunhämatologie, so sagten etwa drei Viertel der Befragten, müssten nicht zwingend intern durchgeführt werden. Begründung: Die Ergebnisse brauchen ohnehin mehrere Tage, da können sie auch extern ermittelt werden.

„Niemand wird sich einer kostengünstigen Diagnostik verweigern“, sagt Unikliniker Michael Neumaier und räumt ein: „Bei sehr selten benötigten Untersuchungen macht die Analytik in nur wenigen Laboratorien in Deutschland mit ausreichenden Serienlängen fachlich und wirtschaftlich Sinn.“ Aber nun zu trennen

zwischen preiswerter Routinediagnostik, die das Krankenhaus ruhig selber erbringen soll, und „lukrativer Spezialdiagnostik, die für den Laborkonzern attraktiv ist“, hält er nicht für sinnvoll. Denn so gehe fachliche Expertise verloren. Beispiel Kaliumkonzentration: Diese im Serum eines Patienten zu bestimmen, sei Routine. Aber manchmal erfordere die Auswertung auch komplexe Interpretationen – eine Fehlinterpretation könne zu lebensbedrohlichen Komplikationen beim Patienten führen.

Labormediziner: Kostbare Expertise

Das Labor ist mehr als ein Zahlenlieferant, stellt Neumaier klar, es ist auch ein wichtiger Teil des „Dialogs zwischen den Disziplinen“, der auf Augenhöhe untereinander und am Patientenbett geführt werden sollte. Und eben



© Foto: VDGH



Das Labor ist ein wichtiger Teil des Dialogs zwischen den Disziplinen.

Das DKI befragte Ärzte und Klinikmanager im Auftrag des Verbands der Diagnostica-Industrie (VDGH) und der Deutschen Vereinigten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL) zur Rolle der Labormedizin. Die Studie ist kostenlos abrufbar unter: <http://bit.ly/dki-labordiagnostik>

nicht über lange Transportwege hinweg. Innerhalb der Klinik könne die Kompetenz des Laborarztes besser genutzt werden. Im Idealfall sei er ein „stets ansprechbarer, die Patienten mitbehandelnder Partner für die Ärzte auf Station und in der Ambulanz.“

Das sehen übrigens auch Labordienstleister so: Als Jörg Debatin, einst Ärztlicher Direktor des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf und heute Vorstandsvize in der Medizintechnikindustrie, während seiner dreijährigen Amtszeit als Chef des Laborkonzerns Amedes nach der Rolle des Laborarztes gefragt wurde, warnte er vor allzu isolierter Labordiagnostik. Vielmehr warb er dafür, die Labormediziner stärker in das klinische Geschehen einzubinden: Die „Expertise der Laborärzte“, so sagte der gelernte Radiologe, „ist zu kostbar, um sie ungenutzt zu lassen.“ ■

Betriebsprüfungen Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung arbeiten Finanzverwaltungen zunehmend effektiv und restriktiv. Wirkungsvolle Mittel gegen Prüfungsangst sind akribische Vorbereitung und professionelle Unterstützung

Text: **Christiane Engelhardt** | Illustration: **glassgiant.com**

Digitales Dickicht

Große Datenmengen sammeln und nach gewünschter Zielvorgabe aufbereiten und filtern – auch in den Finanzverwaltungen lässt „Big Data“ grüßen. Mit entsprechenden Auswirkungen auf diejenigen, die arbeiten, Geld verdienen und Steuern zahlen: Ärzte zum Beispiel. Heute horten die Finanzämter bundesweit im großen Stil Daten, bewerten diese und tauschen sich in internen Kontrollmitteilungen untereinander aus. Früher wurden kleine und mittelgroße Praxen nach dem Stichprobenprinzip geprüft. Laufende Betriebsprüfungen gab es nur in Großpraxen mit einem bestimmten Mindestumsatz. Jetzt checken die Finanzverwaltungen vermehrt und ganz gezielt auch ärztliche Geschäftsbetriebe mit weniger Mitarbeitern und vergleichsweise geringen Umsätzen.

„Betriebsprüfungen sind definitiv häufiger und die Umsetzung durch die Finanzbehörden restriktiver geworden“, bestätigt Dr. Volker Beck von der PSV Leipzig Steuerberatungsgesellschaft. Der Hintergrund, wie ihn die DATEV in einer Mandanten-Info beschreibt: Steuerausfall-Risikoklassen sowie die Steuervita als persönliches Risikoprofil haben den Faktor Betriebsgröße als Anhaltspunkt für eine Betriebsprüfung abgelöst. Da es inzwischen verpflichtend geworden ist, Gewinnermittlungen elektronisch zu übermitteln und Buchhaltungs-Archivierungs-CDs zu übergeben, steigt die Datenbasis in den Finanzverwaltungen kontinuierlich an. Mit einer speziellen IDEA-Prüfsoftware (Interactive Data Extraction and Analysis) vergleicht die Verwaltung die Umsätze und Einkünfte, führt sie zusammen und nimmt Risikoklasseneinstufungen vor, Stichwort: Compliance.

Gleiches Risiko für alle, ob klein oder groß

Je nach den von „IDEA“ ausgespuckten Übereinstimmungsmerkmalen beurteilen die Finanzbeamten schließlich, in welchem Maße und welcher Qualität der Steuerpflichtige bislang seinen Steuerpflichten nachgekommen ist. Auf diese Weise identifizieren die Steuerprüfer zielgerichtet „Risikobetriebe“, die sie dann genauer – mittels einer Betriebsprüfung eben – unter die Lupe nehmen.

Darüber hinaus findet laut DATEV zugleich „eine Zufallsauswahl statt, die das unberechenbare Entdeckungsrisiko für jedermann abdeckt.“ Heißt: Gleiches Risiko für alle! Und bedeutet damit eben auch, dass sich jeder Steuerpflichtige mehr denn je mit einer möglichen Betriebsprüfung auseinandersetzen und sich sorgfältiger denn je auf eine solche vorbereiten sollte.

Dr. Jörg Schade, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer bei der BUST-Steuerberatungsgesellschaft in Hannover bestätigt: „Die Finanzverwaltung setzt bei der Vorbereitung und Auswahl einer Arztpraxis für eine Betriebsprüfung nicht mehr nur darauf, ob sich die Struktur einer Praxis durch Kauf, Verkauf, Ausscheiden oder Eintritt eines neuen Gesellschafters verändert hat. Vielmehr werden ebenso interne Kontrollmitteilungen ausgewertet und wohl auch Internetrecherchen durchgeführt, um eine bestimmte Praxis für eine Betriebsprüfung auszuwählen: immer häufiger zum Beispiel unter dem Aspekt umsatzsteuerpflichtiger IGeL-Umsätze aus individuellen Gesundheitsleistungen sowie aus Vortrags- und Gutachterhonoraren.“

Indizien für Prüfbedürftigkeit werden vielfältiger

Welche Indizien – so genannte „Aufgriffskriterien für eine Prüfungsbedürftigkeit“ – Finanzbeamte aufmerken lassen, listet die bereits erwähnte DATEV-Mandanteninformation auf:

- Q **Ungewöhnliche Vertragsgestaltungen mit nahe stehenden Personen:** Anmietung von Privaträumen, Darlehensgewährung et cetera.
- Q **Mittelverwendung:** Mangels Investition könnten betrieblich aufgenommene Darlehen privat verwendet worden sein.
- Q **Auffällige Vermögenszuwächse:** Zweifelhafte Finanzierungsquellen bei betrieblichen Investitionen; hohe Einlagen in das Betriebsvermögen; ungeklärte Mittelherkunft.
- Q **Entnahme von Betriebsvermögen zu zweifelhaften Werten.**
- Q **Auffällige Betriebsausgaben:** Hohe Reparaturkosten oder aktivierungspflichtiger Herstellungsaufwand.
- Q **Umstrukturierung/Betriebsaufgabe:** Praxisveräußerung und Aufdeckung stiller Reserven; Realteilung von Mitunternehmerschaften (Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)), Einbringung von Praxisteilen in BAGs.
- Q **Kontrollmitteilungen aus anderen Betriebsprüfungen.**
- Q **Mehrfaches Ergehen von Schätzungsbescheiden oder häufiger Wechsel des steuerlichen Beraters.**

Wichtig: Hinter jedem dieser genannten Punkte stehen Kontobewegungen, Belege, Verträge und sonstige Nachweisdokumente, deren Steuerrelevanz dem Arzt unter Umständen überhaupt nicht bewusst ist. Und schon kommt ein weiterer Risikofaktor ins Spiel: Die Annahme des steuerpflichtigen Arztes, sein Steuerberater „wisse schon, was er zu tun habe“.

Diese Einstellung unterscheidet sich häufig gar nicht so sehr von der eines behandlungsbedürftigen Patienten („Der Doktor wird schon wissen, was er macht.“). Für eine bestmögliche Therapie jedoch benötigt der Mediziner die aktive Mitwirkung des Kranken, sprich: alle Informationen, mögen sie dem Patienten auch noch so unwichtig erscheinen. Welche Details für eine erfolgreiche Behandlung von Belang sind und welche nicht, entscheidet er, der Arzt, der Experte. So wie schließlich auch ein Steuerberater – sozu-

sagen als Profi für die steuerrechtliche „Anamnese und Diagnose“ – auf die vollumfängliche Auskunftsbereitschaft seiner Mandanten angewiesen ist.

Neue Hürden für steuerbefreiende Selbstanzeigen

In der Praxis jedoch sagten diese immer noch zu häufig: „Ich kann Ihnen aber doch nicht alles erzählen“, wie ein Steuerberater berichtet, der anonym bleiben möchte. „Doch!“, sagt dieser, denn: „Die Qualität und der Erfolg unserer Arbeit steht und fällt mit der kooperativen und offenen Mitwirkung unserer Mandanten. Je mehr Informationen wir bekommen, desto besser.“ Und zwar bevor das Finanzamt danach fragt!

Aktuelles Beispiel in diesem Zusammenhang: Hat die Finanzverwaltung erst einmal die Prüfungsanordnung bekannt gegeben, ist heute keine strafbefreiende Selbstanzeige mehr möglich. Früher konnten die unterlassenen Angaben noch dann nachgereicht werden, wenn bereits feststand,

dass ein Prüfer kommen wird: „Heute muss schon im Vorfeld alles offen auf dem Tisch liegen“, so der Experte.

Alles? Was ist alles? Ein weites Feld, ein Fass ohne Boden. Denn letztendlich entscheidet immer die Finanzverwaltung, was ausreicht, um sich „steuerehrlich zu machen“ und was nicht. In einem Fall soll die Feststellung der Steuerehrlichkeit sogar schon einmal an einem Milchaufschäumer gescheitert sein, den Helferinnen in der Praxis für die Zubereitung ihres Cappuccinos benutzen und dessen Anschaffung folglich als Betriebsausgabe deklariert, aber nicht als solche von den Prüfern anerkannt wurde. Es ist davon auszugehen, dass dieser Umstand nur der berühmte Tropfen gewesen ist, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat. Man weiß es nicht.

Fakt ist: „Das Finanzamt ist heute mit Rechten ausgestattet, die weit über das hinausgehen, was wir bisher kannten“ – so formulierte es etwa die auf Heilberufe spezialisierte Steuerberaterin und Buchprüferin Karin Henze

Diese Prüffelder werden gecheckt

Einkommenssteuer

- > Prüfung der Plausibilität von IGeL-Honoraren
- > Vollständigkeit der Betriebseinnahmen

Pauschalpreise lassen auf IGeL-Leistungen schließen. Die Buchführung wird nach Pauschalpreisen gefiltert.

Umsatzsteuer

- > Umsatzsteuerbefreit oder umsatzsteuerpflichtig?

Die Umsatzsteuerpflicht ist für jede einzelne Leistung des Arztes zu untersuchen. Der Arzt trägt die Beweislast für eine Steuerbefreiung.

Gewerbsteuer

- > freiberufliche oder gewerbliche Einkünfte?

Gesonderte Einzelfallprüfung besonders in Gemeinschaftspraxen und bei angestellten Ärzten.

bei einer Informationsveranstaltung für Vertragsärzte der Kanzlei am Ärztehaus und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Münster im März diesen Jahres. Hintergrund sind die Anfang 2015 in Kraft getretenen „Grundsätze zur ordnungsgemäßen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff“. Die neuen Befugnisse der Prüfer gingen laut Henze so weit, dass Ärzte vorsichtig sein sollten, wenn sie von ihrem Praxiscomputer aus private Mails versenden. Denn es könne durchaus passieren, dass sie bei einer Betriebsprüfung auch private Inhalte offenlegen müssten. Beispiele: ein vermuteter privater Hintergrund bei Dienstreisen oder Zweifel am Angestelltenverhältnis von Familienmitgliedern.

Prüfer dürfen auf Praxis-EDV zugreifen

Den Zugriff auf den Praxiscomputer erlauben, obwohl dort vertrauliche Patientendaten gespeichert sind? Was ist mit der ärztlichen Schweigepflicht? Steuerberater und Wirtschaftsprüfer Schade stellt im Hinblick auf die Mitwirkungspflicht des Arztes bei einer Betriebsprüfung unmissverständlich klar: „Die Finanzverwaltung hat das Recht zur Einsicht in die Praxis-EDV. Der Arzt kann nicht unter Hinweis auf seine ärztliche Schweigepflicht die Herausgabe von steuererheblichen Informationen und Unterlagen verweigern. Er muss sie zumindest in anonymisierter Form vorlegen.“ Könnte dies mit der vorhandenen Praxissoftware nicht realisiert werden, so Schade, seien die Prüfer dennoch zur Auswertung der auf dem Praxiscomputer vorhandenen, steuerrelevanten – gegebenenfalls auch privaten und patientenbezogenen – Daten berechtigt.



Praxisbeispiel Patientendaten: Ein Kinderarzt geht ganz selbstverständlich davon aus, dass die Schulung von Eltern im Umgang mit ihrem verhaltensauffälligen Kind eine therapeutische Maßnahme und damit eine nicht umsatzsteuerpflichtige Leistung ist. Die Prüfer sehen das anders und fordern weitere Nachweise, mithin die Einsicht in die Patientendaten. Eigentlich ein absolutes „No Go“. Aber Realität.

Steuerberater Dr. Volker Beck: „An das Thema der Einsichtnahme in Patientendaten sollte von beiden Seiten – vom Mandanten und vom Prüfer – mit äußerster Vorsicht herangegangen werden. In den meisten Fällen lässt sie sich ohnehin vermeiden, wenn die Argumentation zu den

Wenn die Prüfer kommen

So verhalten Sie sich richtig:



Sorgen Sie für ein konstruktives, offenes Arbeitsklima

Wissen Sie um Ihre Rechte und Pflichten, besonders in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht

Bewahren Sie Unterlagen und Aufzeichnungen permanent geordnet auf und stellen Sie sie dem Prüfer vollumfänglich zur Verfügung

Ziehen Sie einen Steuerberater hinzu

Lassen Sie die Prüfung in den Kanzleiräumen Ihres Steuerberaters durchführen, um den Praxisbetrieb nicht zu beeinträchtigen

umsatzsteuerbefreiten Leistungen für den Prüfer nachvollziehbar und stichhaltig dokumentiert worden ist.“

In die gleiche Richtung geht das Beispiel aus einer kürzlich durchgeführten Betriebsprüfung in einer gynäkologischen Einzelpraxis: Auf dem Geschäftskonto wurde ein Betrag von rund 10.000 Euro gutgeschrieben, nach Aussage des Arztes von dessen Privatkonto stammend – nun fordert die Finanzverwaltung die vollumfängliche Vorlage des Privatkontos. Dazu Kurt Haarlammer, Geschäftsführer der LIBRA Steuerberatungsgesellschaft in Münster: „Geldzugänge auf dem betrieblichen Bankkonto, die keine Honorare sind, sollten von vornherein eindeutig vom Steuerpflichtigen gekennzeichnet und auch umfänglich erläutert werden. So kann die Finanzverwaltung im Falle einer Betriebsprüfung sofort erkennen, warum dieser Betrag dem betrieblichen Konto gutgeschrieben worden ist.“

Der beste Schutz vor ungewünschten Zugriffen auf Patienten- und Privatdaten lautet also: akribische Dokumentation, lückenlose Nachweisführung und saubere Aufbereitung. „Wenn mühelos erkennbar ist, dass alle Zahlungsein- und -ausgänge klar gekennzeichnet, zugeordnet und verbucht sind, ist der Steuerpflichtige schon einmal gut aufgestellt“, erklärt der Geschäftsführer der PVS Schleswig Holstein · Hamburg, Horst Falkenberg. Er empfiehlt es grundsätzlich, gesonderte Konten zur Abgrenzung bei beispielsweise vorliegenden umsatzsteuerpflichtigen Leistungen sowie für Privatentnahmen und -einlagen anzulegen. Dies verschaffe den Prüfern von Vornherein einen klaren Überblick. Die PVS bietet ihren Mitgliedspraxen je nach betrieblicher – und über die PVS abgerechneter – Leistungsart gesonderte Konten- und Nachweisführungen an. Und sollten die Prüfer bereits im Hause sein und während der Prüfung spontan nach Nachweisen fragen, kann der Arzt bei der PVS ganz schnell das bedarfsgerecht aufbereitete Nachweismaterial zur Privatabrechnung anfordern: „Das können vor allem kleine und mittelgroße Praxen mit eigenen Bordmitteln häufig nur unter großem Aufwand leisten“, so Falkenberg.

Das Risiko, sich im digitalen Dickicht zu verlieren, ist groß

Ein weiteres Argument für Ärzte, auf die professionelle Unterstützung berufsständischer Verrechnungsstellen sowie spezialisierte Steuerberater zurückzugreifen, ist die Tatsache, dass die Mithilfe von Experten unter Umständen als „positiver Compliance-Faktor“ in die Risikofiltereinstellungen der Prüfer-Software einfließen könnte. Denn: „Ordrende Funktionen im Vorfeld der Steuererklärungsabgabe bringen nicht nur dem Mandanten Vorteile, sondern ermöglichen dem Finanzamt vielfach überhaupt erst die Verarbeitung des Sachverhalts in der gebotenen Zeit“, wie es sinngemäß in einer Stellungnahme des Deutschen Steuerberaterverbands (DStV) heißt. Man mag dies als Werbung für die steuerberatende und buchführende Zunft verstehen. Fest steht, dass das Risiko, sich alleine im digitalen Dickicht des deutschen Steuerrechts zu verlieren, einfach zu groß ist – und etwaige Steuernachzahlungen aufgrund von Schätzungen wegen fehlender oder mangelnder Nachweise etwa schlichtweg zu hoch. ■

Statistisch gesehen hat jeder Bundesbürger mehr als eine **Lebensversicherung** und über viele Jahre wurde sie genutzt, um Praxisinvestitionen zu finanzieren. Die Allianz kündigte an, klassische Kapitallebensversicherungen nur noch auf Kundenwunsch zu verkaufen, andere Versicherungsunternehmen stellen dieses Produkt ganz ein. Was tun?

Text: **Ulrike Scholderer**

Garantiezins vor dem Aus

4,00%

Juli 1994

3,50%

Juli 1986

3,25%

Juli 2000

Wesentliches Verkaufsargument für die klassische Kapitallebensversicherung war der Garantiezins. Und das mit langer Tradition. Im Jahr 1903 galt in Deutschland zum ersten Mal ein Höchstrechnungszins. Rund 93 Millionen Lebensversicherungspolizen gibt es in diesem Land. Und ein Großteil davon basiert auf eben diesem Modell, das den Versicherten über die gesamte Laufzeit einen festbestimmten Zins auf ihren Sparanteil garantiert. Ab dem kommenden Jahr soll es nun bei neuen Verträgen keinen festen Zins mehr geben, so sieht es ein Referentenentwurf zum Versicherungsaufsichtsgesetz aus dem Bundesfinanzministerium vor. Gelten soll das für die großen Versicherer, bei kleineren Unternehmen soll weiterhin eine Vorgabe gemacht werden. Hintergrund sind Regelungen, mit denen die neuen europäischen Eigenkapitalrichtlinien in deutsches Recht umgesetzt werden. Aber was wird aus der klassischen Kapitallebensversicherung ohne garantierten Zins?

„Heute werden alternativ beispielsweise Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht angeboten. Je nach Tarif sind teilweise auch Beitragsgarantien eingebunden, durch die sichergestellt wird, dass zumindest die Beiträge zurückgezahlt werden. Die Verzinsung ist niedrig, die Kosten häufig so hoch, so dass diese Anlageform nur noch eine Ergänzung zum Vermögensaufbau darstellen kann“, sagt Michael Brüne von der Beratung für Heilberufe. Die Zinsversprechen in den bestehenden Verträgen bringen die Assekuranten angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase immer mehr ins Schwitzen.

Mehr als 93 Millionen Lebensversicherungsverträge gibt es in Deutschland – ein Großteil beruht auf dem Garantiemodell.

Schwere Altlasten

Die Finanzaufsicht zwingt die Versicherungen inzwischen, Zinszusatzreserven zu bilden. So soll abgesichert werden, dass die Zusagen auch erfüllt werden können. Anfang des Jahres hatten die Versicherer hierfür schon mehr als 20 Milliarden Euro zurückgelegt, allein im vergangenen Jahr flossen 8,4 Milliarden Euro in diesen Topf.

Zuletzt hatte das Bundesfinanzministerium den Garantiezins zum 1. Januar 2015 um einen halben Prozentpunkt auf 1,25 Prozent gesenkt. „Von diesen garantierten 1,25 Prozent bleiben aber im Durchschnitt effektiv nur 0,42 Prozent für den Versicherten übrig“, erläutert Dirk Eilinghoff, Leiter des Bereichs Bank und Geldanlage bei dem unabhängigen Online-Verbrauchermagazin Finanztip. Denn die Verzinsung bezieht sich ja nur auf den Sparanteil, vorher müssen alle Kosten für die Police abgezogen werden. „Die klassische Kapitallebensversicherung ist heute keine empfehlenswerte Altersvorsorge mehr“, resümiert Eilinghoff.



Das gemeinnützige Online-Verbrauchermagazin Finanztip hat die wichtigsten Informationen rund um Lebensversicherungen und Altersvorsorge in aktuellen Ratgebern zusammengestellt.

www.finanztip.de



„Die klassische Kapitallebensversicherung ist heute keine empfehlenswerte Altersvorsorge mehr.“

Dirk Eilinghoff,
Finanztip

Das war nicht immer so. In den neunziger Jahren lag der Garantiezins bei 4 Prozent und die Versicherten konnten auf saftige Überschussbeteiligungen hoffen. „Damals wurden Lebensversicherungen unter anderem bei der Finanzierung von Praxisinvestitionen eingesetzt“, erläutert Brüne. „Die Rechnung sah so aus, dass man darauf setzte, dass die Gewinne aus der Lebensversicherung die Kosten für die Finanzierungskredite überstiegen.“ Lange Zeit ging das gut. „Doch insbesondere durch den Zinsverfall können seit vielen Jahren die in Aussicht gestellten Überschussbeteiligungen nicht erreicht werden“, sagt Brüne. „Fehlen dann zwanzig oder sogar dreißig Prozent zum Schluss, geht die ursprüngliche Kalkulation der Praxis natürlich nicht auf und der Kreditnehmer muss weitere Eigenmittel einbringen, um seine Kredite abzubezahlen, oder seine Darlehen verlängern.“

Trend geht zu Fondsversicherungen

Die Lebensversicherer haben ihre Produkte umgestellt. Sie bieten jetzt vor allem Produkte ohne Garantiezins – sogenannte Fondsversicherungen – an und werben stattdessen mit höheren Renditechancen. Denn bei Fondsversicherungen sind die Versicherer freier in der Geldanlage, können also beispielsweise einen höheren Anteil der Kundengelder in Aktien investieren. Im Klartext heißt das: Chancen, aber auch Risiken für den Versicherten steigen. Für die Versicherer haben die neuen Produkte den Vorteil, dass die genaue Verzinsung erst am Ende der Vertragslaufzeit feststeht. Auch wenn flexible Abrufzeiten angeboten werden, bleibt ein Risiko beim Kunden, der zu einem festgelegten Zeitpunkt klar definierte Ablaufwerte aus der Versicherung, zum Beispiel zur Darlehenstilgung, benötigt.

Wichtig: Die Risikolebensversicherung ist vom Wegfall des Garantiezinses völlig unabhängig für die eigene Finanzplanung zu beurteilen. „Eine Risikolebensversicherung sollte in das Anlageportfolios jedes Selbstständigen gehören“, rät Brüne. Eine Risikolebensversicherung ist immer eine sinnvolle Option, wenn es in einer Familie einen Hauptverdiener gibt, oder wenn beispielsweise ein Kredit für eine Immobilie abgesichert werden soll.

Empfehlung Aktienindexfonds

Das Verbrauchermagazin Finanztip empfiehlt als einen Baustein für die Altersvorsorge statt der Kapitallebensversicherung Aktienindexfonds. Indexfonds gibt es einmal als Bankprodukt in Form eines Sparplans und einmal als Versicherungsprodukt für eine Netto-Rentenversicherung.

Grundsätzlich ist für Freiberufler die Rürup-Rente eine Möglichkeit, eine staatlich geförderte kapitalgedeckte Altersvorsorge aufzubauen. Ob sie sinnvoll ist, muss individuell entschieden werden. Die Rürup-Rente funktioniert so, dass sie in der Ansparphase gefördert und in der Rentenphase nachgelagert besteuert wird. Es hängt also von der eigenen Lebensplanung ab, ob dieses Modell sich sinnvoll einfügt. „Für die Angehörigen der Versorgungswerke müssen wir die Situation immer noch einmal besonders betrachten“, sagt Eilinghoff. „Die meisten Versorgungswerke können noch immer mit einem Rechnungszinssatz von 3,5 bis 4 Prozent aufwarten. Um das halten zu können, müssen die Versorgungswerke bei ihrer Kapitalanlage allerdings höhere Risiken eingehen“, erläutert Eilinghoff. Ob ein Zusatzbeitrag zum Versorgungswerk oder eine Lösung mit Auszahlungsoption das passende Konzept ist, hängt von den Wünschen und Plänen des Sparerers für die spätere Lebensphase ab.

Es liegt auf der Hand: Eine höhere Renditechance geht immer einher mit einem höheren Risiko. Um Chancen und Risiken in Balance zu halten, rät Finanzberater Brüne zu einer – in Abhängigkeit von der eigenen Risikobereitschaft – ausgestalteten Diversifizierung beim Vermögensaufbau. Oder einfacher gesagt: Nicht alle Eier in einen Korb legen!

2,75%

Januar 2004

2,25%

Januar 2007

Alte Verträge können Gold wert sein

Wenn neue Versicherungen nur noch mit anderen Anlageformen rentabel sein können, gilt das noch lange nicht für die bereits bestehenden Verträge. Gerade Lebensversicherungen aus den neunziger Jahren sind heute sehr interessant. Noch am Anfang dieses Jahrtausends wurden 4 Prozent Verzinsung garantiert. Das Paradoxe ist: Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses waren diese Verträge eigentlich gar nicht attraktiv. Die Vertriebskosten wurden oft bei Laufzeitbeginn auf einen Schlag abgezogen, das Versicherungskonto geriet so erst einmal arg ins Minus. Das ist jetzt getilgt und der Garantiezins kommt voll zum Tragen. Wer heute einen solchen Vertrag hat, sollte ihn deshalb tunlichst behalten. Denn Renditen zwischen drei und vier Prozent haben inzwischen Seltenheitswert.

1,75%

Januar 2012

1,25%

Januar 2015

Die **Zahlungspflicht für das Arzthonorar** steht und fällt damit, dass die Rechnung korrekt ausgestellt ist. Schwierig wird es, wenn der Patient nicht geschäftsfähig ist. Damit Sie nicht Gefahr laufen, Ihr Honorar zu verlieren, hat Dr. Daniel Combé aus der Kanzlei Castringius Rechtsanwälte und Notare für Sie zusammengestellt, was zu beachten ist.

Text: Dr. Daniel Combé | Fotos: Photo Alto



Erst prüfen,
dann mahnen

Auf den ersten Blick scheint alles klar: § 630a des Bürgerlichen Gesetzbuches regelt den Behandlungsvertrag und damit Rechte und Pflichten von Arzt und Patient. Der Arzt schuldet dem Patienten die Behandlung, der Patient schuldet dem Arzt das dafür auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte in Rechnung gestellte Honorar. So weit, so gut. Doch die Formulierung „soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist“ zeigt, dass die Sache nicht immer so einfach ist. Damit Sie Ihr Honorar auch bekommen, müssen Sie deshalb stets darauf achten, ob ein solcher Dritter im Spiel ist.

Unproblematisch sind die Fälle, in denen der behandelte Patient geschäftsfähig ist. Dann ist der Patient Adressat der Rechnung und auch in einer gerichtlichen Auseinandersetzung ist er die auf Zahlung zu verklagende Partei.

Nicht geschäftsfähige Patienten

Problematisch sind die Fälle, in denen der behandelte Patient minderjährig ist oder beispielsweise wegen einer Demenzerkrankung unter rechtlicher Betreuung steht und deshalb nicht (voll) geschäftsfähig ist.

Bei minderjährigen Patienten kommt der Behandlungsvertrag nicht mit dem Patienten, sondern mit den Sorgeberechtigten, in der Regel also den Eltern, zustande. Der behandelnde Arzt schließt mit den Eltern des Patienten einen so genannten „Vertrag zu Gunsten Dritter“. Aus diesem Vertrag kann der Minderjährige als Dritter die fachgerechte Behandlung von dem Arzt verlangen und ihn bei nicht dem medizinischen Standard entsprechender Behandlung auf Schadensersatz in Anspruch nehmen. Der Arzt hingegen kann die Honorierung seiner ärztlichen Tätigkeit nur

Bei der Adressierung der Rechnung für die Behandlung eines minderjährigen Patienten ist deshalb stets genau zu prüfen, ob die Rechnung auf beide sorgeberechtigten Elternteile oder nur auf einen davon ausgestellt werden soll. Auf keinen Fall darf die Rechnung auf den minderjährigen Patienten ausgestellt werden. Er ist nicht Vertragspartner des Behandlungsvertrags und daher zum Ausgleich der ärztlichen Gebühren nicht verpflichtet. Es empfiehlt sich, auf der Rechnung an die Eltern zu vermerken, dass die Gebühren für die Behandlung des namentlich zu nennenden Kindes berechnet werden.

Zustimmung des Betreuers oder Bevollmächtigten

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung, zum Beispiel weil er aufgrund einer Demenzerkrankung seine Geschäfte nicht mehr alleine regeln kann, bedarf der Abschluss des Behandlungsvertrags der Zustimmung bzw. Genehmigung des Bevollmächtigten oder eines durch ein Gericht bestellten Betreuers für vermögensrechtliche Angelegenheiten. Der Betreuer wird durch das Betreuungsgericht nach dessen Ermessen eingesetzt, während der Bevollmächtigte durch den Patienten selbst noch im Zustand voller Geschäftsfähigkeit beispielsweise im Rahmen einer Vorsorgevollmacht seine Berechtigung erhält. Betreuer und Bevollmächtigter haben im Wesentlichen die gleichen Rechte und Pflichten.

Liegt die Zustimmung oder Genehmigung des Bevollmächtigten oder Betreuers nicht vor, kommt kein wirksamer Behandlungsvertrag mit dem Patienten zustande. Der Arzt hat dann keinen Anspruch auf Zahlung seiner ärztlichen Gebühren. Der Arzt kann in diesen Fällen auch keinen Wertersatz für die von dem Patienten in Anspruch genommenen Behandlungsleistungen verlangen. Insoweit privilegiert das Gesetz den

Fehler bei der Adressierung der Rechnung können teuer werden, wenn der Fehler erst im gerichtlichen Verfahren auffällt.

von den Sorgeberechtigten verlangen. Bei Abschluss des Behandlungsvertrags zwischen dem Arzt und den sorgeberechtigten Eltern können drei Fallkonstellationen unterschieden werden:

- Bei Bestehen der Ehe der Eltern kommt ein Vertrag mit beiden Elternteilen zu Stande, auch wenn nur ein Elternteil mit dem gemeinsamen Kind die Praxis des Arztes aufsucht. Die Rechnung sollte daher auf beide Elternteile ausgestellt werden.
- Leben die sorgeberechtigten Eltern getrennt, hat der Arzt dann, wenn nur ein Elternteil mit dem gemeinsamen Kind die Praxis aufsucht, nur den Elternteil als Vertragspartner, der das Kind zur Behandlung begleitet. Ein guter Glaube des Arztes an das Zusammenleben der Eltern in häuslicher Gemeinschaft ist grundsätzlich nicht geschützt.
- Sind die – weiterhin gemeinsam sorgeberechtigten – Eltern geschieden, wird in der Regel nur derjenige Elternteil aus dem Arztvertrag berechtigt und verpflichtet, der mit dem Kind den Arzt aufsucht.

geschäftsunfähigen Patienten, der vor jeder rechtlichen Inanspruchnahme ohne Mitwirkung des Bevollmächtigten bzw. Betreuers geschützt werden soll.

Die Rechnung muss bei unter Betreuung stehenden Patienten – anders als bei Minderjährigen – an den Patienten adressiert werden. Auf keinen Fall sollte die Rechnung auf den Bevollmächtigten oder Betreuer ausgestellt werden, weil diese nicht Vertragspartner des Behandlungsvertrags werden, sondern nur den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient durch ihre Zustimmung bzw. Genehmigung wirksam werden lassen. Es bietet sich aber an, die auf den Patienten ausgestellte Rechnung mit einem kurzen Anschreiben auch an den Bevollmächtigten oder Betreuer zu versenden, weil der in der Regel den Ausgleich der Rechnung veranlassen.

Wenn der Patient zwar volljährig, aber noch bei den Eltern versichert ist

Bereits volljährige Patienten, die noch über einen Elternteil privat versichert sind, wünschen häufig die Rechnungsstellung an diesen Elternteil. Vater oder Mutter reicht die Rechnung dann bei der privaten Krankenversicherung ein. In diesem Fall muss die Rechnung aber auf den Patienten und nicht den versicherten Elternteil ausgestellt werden, weil Vertragspartner des Behandlungsvertrags der volljährige Patient ist. Etwaige Erstattungsansprüche des Patienten oder eines Dritten gegenüber einer privaten Krankenversicherung sind hier nicht relevant. Dennoch kann man dem Wunsch des Patienten entgegenkommen, indem die auf den Patienten lautende Rechnung mit einem kurzen Anschreiben unter Bezugnahme auf den

Wunsch des Patienten an den versicherten Elternteil verschickt wird.

Ausnahmen bei Wahlleistungen und nicht notwendigen Behandlungen

Bei verheirateten Patienten kann unter gewissen Umständen auch der nicht behandelte Ehegatte des Patienten zur Zahlung der ärztlichen Gebühren verpflichtet sein. Gemäß § 1357 Abs. 1 BGB ist jeder Ehegatte berechtigt, Geschäfte zur angemessenen Deckung des Lebensbedarfs der Familie mit Wirkung auch für den anderen Ehegatten zu besorgen. Durch solche Geschäfte werden beide Ehegatten berechtigt und verpflichtet, es sei denn, dass sich aus den Umständen etwas anderes ergibt. Unter diese Sonderregelung der Verpflichtung auch des nicht behandelten Ehegatten des Patienten fallen Verträge über unaufschiebbare und sachlich gebotene Behandlungsleistungen. Sachlich und zeitlich nicht gebotene Behandlungsleistungen wie aufwändiger Zahnersatz oder Wahlleistungen des Krankenhauses fallen hingegen nicht unter diese Bestimmung. Bevor also ausnahmsweise der Ehepartner des behandelten Patienten auf Zahlung der ärztlichen Gebühren in Anspruch genommen wird, sollte stets im Einzelfall genau geprüft werden, ob die engen Voraussetzungen des § 1357 Abs. 1 BGB vorliegen.

Vor dem Gang zum Gericht noch einmal prüfen

Fehler bei der Adressierung der Rechnung können teuer werden, wenn der Fehler erst im gerichtlichen Verfahren auffällt. Die ärztlichen Gebühren sind gemäß § 12 Abs. 1 GOÄ erst fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Das Gleiche gilt für die zahnärztliche Gebührenrechnung. Geregelt ist das in § 10 Abs. 1 der GOZ.

Ist die Rechnung des Arztes nicht korrekt ausgestellt, wird die ärztliche Vergütung also nicht fällig. Fällt der Fehler nicht vor Einleitung des gerichtlichen Mahnverfahrens oder Erhebung der Zahlungsklage auf, kann der zu Unrecht in Anspruch genommene Rechnungsempfänger einwenden, er sei mangels Behandlungsvertragsabschlusses mit dem Arzt nicht zur Zahlung verpflichtet. Sämtliche bis dahin entstandenen Mahn-, Anwalts- und Gerichtskosten hat dann der Arzt zu tragen. Für den Arzt kommt dazu: Er muss seine Gebühren erneut geltend machen, diesmal gegen den richtigen Adressaten. Deshalb sollte schon bei der Erstellung der Rechnung mit größter Sorgfalt geprüft werden, an wen die Rechnung zu adressieren ist. ■

Checkliste Rechnungsempfänger

Bei Kindern:



- ☐ Sind die Eltern verheiratet?
---> Die Rechnung wird an beide Elternteile adressiert.
- ☐ Leben die Eltern getrennt?
---> Die Rechnung geht an das Elternteil, das mit dem Kind die Praxis aufsucht.
- ☐ Sind die gemeinsam sorgeberechtigten Eltern geschieden?
---> Dann geht die Rechnung an das Elternteil, das mit dem Kind in die Praxis kommt.
- ☐ Ist auf der Rechnung der Name des behandelten Kindes vermerkt?
- ☐ Ist die Rechnung für die Behandlung eines Volljährigen, aber bei den Eltern mitversicherten Kindes, auf das Kind selbst ausgestellt?

Bei Ehepaaren:

- ☐ Besteht eine Zahlungsverpflichtung des Ehepartners nach § 1357 Abs. 1 BGB?
- ☐ Handelt es sich bei der Behandlung um eine nicht notwendige, aufschiebbare Behandlung?

Bei unter Betreuung stehenden Patienten:

- ☐ Liegt die Zustimmung des Betreuers oder Bevollmächtigten zum Behandlungsvertrag vor?
- ☐ Ist die Rechnung an den Patienten adressiert?
- ☐ Ist eine Kopie der Rechnung mit kurzem Anschreiben an den Betreuer/Bevollmächtigten geschickt worden?



Mahnungen Klagen über die immer schlechter werdende Zahlungsmoral nehmen zu. Auch in Arztpraxen. Da bleibt nur eines: Zahlungseingänge engmaschig überwachen und offene Rechnungen konsequent mahnen.

Text: **Ulrike Scholderer** | Foto: **istockphoto**

Was tun, wenn der Patient nicht zahlt?

Ihre Praxis ist optimal ausgelastet, Sie haben ein hochprofessionelles, engagiertes Team. Ausstattung, Umfeld, alles stimmt. Doch wie steht es um das Forderungsmanagement? Nur wenn der Patient seine Rechnung auch bezahlt, ist der Erfolg Ihrer Praxis gesichert. Deshalb gilt es das Risiko, einen Honoraranspruch zu verlieren oder nicht realisieren zu können, zu minimieren.

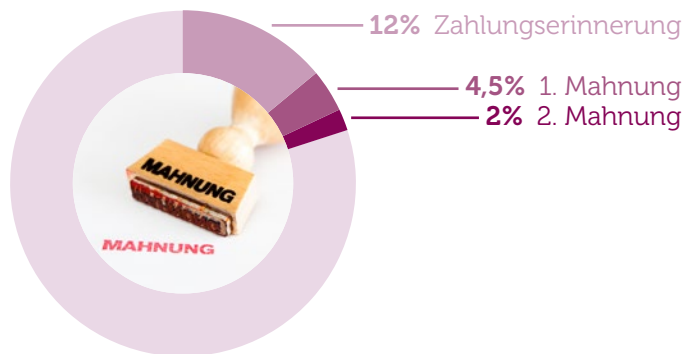
Am Anfang steht der Behandlungsvertrag

Damit das Honorar für die ärztliche Leistung geltend gemacht werden kann, muss zunächst einmal ein Behandlungsvertrag geschlossen worden sein. Im Allgemeinen kommt der Behandlungsvertrag zustande, indem Arzt und Patient sich im Gespräch miteinander auf eine Behandlung verständigen. Der Vertrag muss weder explizit mündlich vereinbart, noch schriftlich fixiert werden. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist das allerdings anders. Wünscht der Patient eine Behandlung, die nicht im Katalog der GKV enthalten ist, muss ein schriftlicher Vertrag über eine privatmedizinische Leistung geschlossen werden. Wesentlicher Bestandteil des Behandlungsvertrages ist die Aufklärung – sowohl unter medizinischen als auch wirtschaftlichen Aspekten. Seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 ist die wirtschaftliche Aufklärungspflicht auch gegenüber Privatpatienten gesetzlich verankert. Sie gilt immer dann, wenn dem Arzt konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Kostenersatzung durch Beihilfe oder Krankenversicherung nicht gesichert ist.

Achten Sie auf eine korrekte Rechnungsstellung

Die Gebührenordnung für Ärzte bestimmt: Nur wenn die Honorarforderung ordnungsgemäß aufgestellt worden ist, muss der Patient die Rechnung auch bezahlen. § 12 GOÄ legt fest, wie die Rechnung auszusehen hat. Neben dem Behandlungsdatum müssen die Gebührennummern nach GOÄ mit der Bezeichnung der berechneten Leistung, Betrag und Steigerungsfaktor vermerkt sein. Ist eine Mindestdauer vorgeschrieben, muss auch die aufgeführt werden. Bei Steigerungen über den Schwellenwert hinaus muss eine individuelle, fallbezogene Begründung angegeben werden. Analogabrechnungen müssen mit dem Hinweis „entsprechend“ gekennzeichnet werden und für den Patienten nachvollziehbar sein. In der Vergangenheit wurde häufig darüber gestritten, ob eine Rechnung fällig ist, wenn eine Position kontrovers ist. Der Bundesgerichtshof hat aber klargestellt, dass die Fälligkeit der Rechnung allein davon abhängt, ob sie formal korrekt nach § 12 GOÄ gestellt worden ist. „Für die Patienten ist eine Arztrechnung oft ein Buch mit sieben Siegeln“, sagt Ina Mofidi, Leiterin der Abteilung Recht und Forderungsmanagement und stellvertretende Geschäftsführerin der PVS Südwest. „In unserer Korrespondenzabteilung klären wir Fragen zu Rechnungen, um Zahlungsverzögerungen zu vermeiden.“

Anteil der gemahnten Arztrechnungen am Gesamtrechnungsaufkommen



Quelle: PVS Verbandsstatistik

Wann ist der Rechnungsbetrag fällig?

Grundsätzlich gilt, dass die Honorarrechnung sofort fällig ist, wenn sie formal korrekt nach den Anforderungen der GOÄ erstellt wurde. Ab diesem Zeitpunkt kann die Zahlung vom Patienten verlangt werden. Davon zu unterscheiden ist die Frage, wann der Patient mit seiner Zahlung in Verzug gerät und unter Umständen weitere Kosten des Forderungseinzugs zu tragen hat. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gerät der Patient 30 Tage nach dem Zugang und der Fälligkeit der Rechnung in Zahlungsverzug, sofern er in der Rechnung darauf hingewiesen wurde. Andernfalls erst dann, wenn er schriftlich dazu aufgefordert wurde, die fällige Honorarrechnung zu begleichen. Ist der Patient in Verzug, kann prinzipiell umgehend der Rechtsweg beschritten werden, um die Honorarforderung durchzusetzen. „Von einem solchen Vorgehen raten wir ab“, sagt Mofidi. „Der Arzt muss nachweisen können, dass der Patient die Rechnung und gegebenenfalls auch die erste Mahnung erhalten hat. Es kann aber immer mal vorkommen, dass eine Postsendung ihren Empfänger nicht erreicht.“

Konsequent mahnen

Natürlich kann es auch sein, dass der Patient einfach nur verreist war oder die Rechnung schlicht vergessen hat. „Wir schicken dem Patienten zunächst erst einmal eine freundliche Zahlungserinnerung. Bleibt die Zahlung dann trotzdem aus, mahnen wir nach einer angemessenen Frist. Zahlt der Patient dann noch immer nicht, erhält er die zweite Mahnung“, erläutert Mofidi das Vorgehen der PVS. Dieses dreistufige Mahnverfahren ist von Gesetzes wegen nicht vorgeschrieben. Die PVS hat damit aber gute Erfahrungen gemacht. Im vergangenen Jahr haben die im PVS Verband zusammengeschlossenen Privatärztlichen Verrechnungsstellen insgesamt rund 20,5 Millionen Rechnungen verschickt. Bei 12 Prozent der Rechnungen mussten Zahlungserinnerungen geschrieben werden, das waren mehr als 2,5 Millionen Aussendungen. Bei rund 4,5 Prozent der Rechnungen wurde eine Mahnung verschickt, eine zweite Mahnung wurde zu 2 Prozent der Rechnungen geschrieben. Ist das kaufmännische Mahnverfahren ausgereizt, bleibt der Rechtsweg.

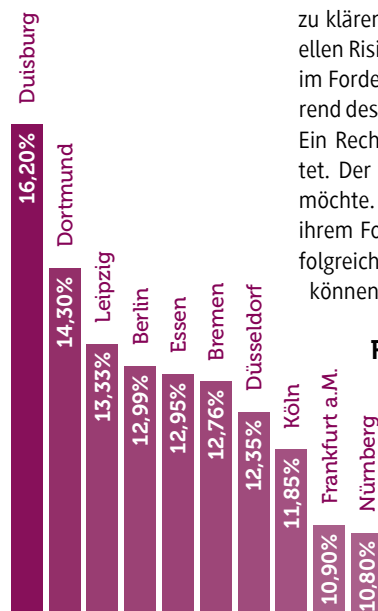
Droht Verjährung?

Mit dem
31.12.2015
verjähren alle
Rechnungen aus
dem Jahr 2012.

Schuldnerquote in Großstädten

Die 10 größten Städte mit über 400.000 Einwohnern über 18 Jahren mit der höchsten Schuldnerquote 2015

Quelle: Creditreform / Boniversum / microm



Der Rechtsweg

Der Rechtsweg sieht zwei Möglichkeiten vor, Honorarforderungen geltend zu machen: die Beantragung eines gerichtlichen Mahnbescheides und das sogenannte streitige Verfahren. Für den Mahnbescheid wendet man sich an das zuständige Amtsgericht. Dort wird nach den Angaben des Arztes ein Mahnbescheid erstellt und dem Patienten zugeschickt. Widerspricht der Patient nicht, wird der Vollstreckungsbescheid zugestellt. Legt der Patient auch hiergegen keinen Widerspruch ein, wird der Vollstreckungsbescheid rechtskräftig. Damit hat der Arzt einen sogenannten Titel, der 30 Jahre gültig bleibt. Legt der Patient Widerspruch ein, kommt es zum Klageverfahren, in dem der Arzt seinen Anspruch nicht nur beziffern, sondern auch begründen muss.

Ist der Streitwert hoch genug und ist man sicher, dass der Patient nicht vorhat zu zahlen, kann der Klageweg gleich beschritten werden. „Wir unterstützen unsere Mitglieder auch im gerichtlichen Verfahren“, sagt Mofidi. „Wir versuchen aber, möglichst viele Fälle außergerichtlich zu klären. Denn der Rechtsweg ist immer auch mit finanziellen Risiken verbunden und kostet viel Zeit.“ Entscheidend im Forderungsmanagement der PVS ist, dass der Arzt während des ganzen Verfahrens Herr seiner Forderungen bleibt. Ein Rechtsverfahren wird also nicht automatisch eingeleitet. Der Arzt entscheidet selbst, ob er vor Gericht gehen möchte. Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen sind mit ihrem Forderungsmanagement für ihre Mitglieder sehr erfolgreich: Mehr als 99 Prozent der Honorarforderungen können jedes Jahr realisiert werden.

Fristen im Blick behalten

Grundsätzlich verjährt eine Arztrechnung nach drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem das Honorar durch Rechnungsstellung fällig geworden ist. Das bedeutet: Mit dem 31.12.2015 verjähren alle Rechnungen, die im Laufe des Jahres 2012 ausgestellt worden sind. Wichtig ist, dass die Verjährung nur durch einen gerichtlichen Mahnbescheid oder ein Rechtsverfahren aufgehalten wird. Eine kaufmännische Mahnung schiebt die Verjährung nicht auf. Während der Gesetzgeber hier für Klarheit gesorgt hat, ist nicht abschließend geklärt, innerhalb welcher Frist eine Forderung verwirkt ist. Damit ist der Zeitrahmen gemeint, innerhalb dessen der Arzt die Rechnung schreiben muss. „Einige Gerichte orientieren sich hier an der Verjährungsfrist“, erläutert Rechtsassessor Jens Kühl, verantwortlich für Compliance

und Risikomanagement in der PVS Baden-Württemberg. „Andere Gerichte, so zuletzt das Amtsgericht München, argumentieren, dass nicht allein die Zeit entscheidend ist. Hinzukommen müssen andere Umstände wie zum Beispiel das Verhalten des Arztes, aus dem der Patient schließen kann, dass die Forderung nicht mehr geltend gemacht wird.“ Ganz unabhängig von der Rechtsprechung sollten Honorarrechnungen zügig gestellt werden, denn das verringert den Verwaltungsaufwand und sichert die Praxisliquidität.

Risiko Überschuldung

Aber auch wenn die Rechnung pünktlich und formal korrekt geschrieben wurde, die Zahlungseingänge überwacht und konsequent gemahnt wurde, bleibt das Risiko, dass der Patient wegen Überschuldung nicht zahlen kann. „Trotz anhaltend guter Konjunktur, hoher Beschäftigung, Lohnzuwächsen und niedrigen Zinsen, ist die Zahl der Überschuldungsfälle in Deutschland wieder leicht gestiegen“, sagt Dr. Carsten Uthoff, Geschäftsführender Gesellschafter der Creditreform Dr. Uthoff KG anlässlich der Vorstellung des neuen Schuldneratlas. „Für Ärzte ist besonders wichtig zu sehen, dass die Überschuldung im Alter zunimmt“, erläutert Uthoff. „In den vergangenen zwei Jahren ist die Anzahl der überschuldeten Personen über 70 Jahre um mehr als 35 Prozent gestiegen.“ Insgesamt gelten 9,9 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland als überschuldet. „Bei neuen Patienten kann es deshalb vor kostenintensiven Behandlungen angeraten sein, sich über ihre Zahlungsfähigkeit mittels einer Bonitätsauskunft zu informieren. Liegt schon eine Historie des Patienten vor, kann der Arzt die Zahlungsfähigkeit des Patienten zudem über den Stand der (über-)fälligen Honorarrechnungen im PVS Abrechnungssystem prüfen. Informationen für Bonitätsprüfung kann der Arzt beispielsweise über seine PVS direkt online beziehen“, rät Uthoff.

Der Aufwand lohnt

Formale Fehler in der Rechnungsstellung oder Lücken bei der Überwachung der Zahlungseingänge können die Praxis teuer zu stehen kommen. Ein engmaschiges Forderungsmanagement kostet zunächst Zeit und Mühe, ist aber unverzichtbar, um eine Praxis wirtschaftlich zu führen. „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Trennung von Behandlung und Honorarmanagement sich positiv auswirkt“, sagt Mofidi. „Das Verhältnis von Arzt und Patient wird nicht durch Fragen rund um die Rechnung belastet, die Zeit bleibt für die Behandlung, während die PVS sich darum kümmert, die Honorare zu realisieren.“ ■

Tilgners Bericht aus Berlin Neue Strukturen im Krankenhaus und in der Pflege, neue Wege des Einsatzes von Technik und moderner IT-Kommunikation im Gesundheitswesen – das alles steht in diesen Tagen auf dem parlamentarischen Prüfstand. Hermann Gröhe wird wohl als Gesundheitsminister mit den meisten Gesetzen und den höchsten Ausgabensteigerungen in die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens einziehen. Doch wird all das am Ende dem Patienten nutzen?

Text: **Stefan Tilgner**

Und wo bleibt der Patient...?

Der Chor der Funktionäre, Interessensvertreter aller Richtungen, Politiker mit Regelungsbedarf und Kompetenzangst tönt laut in Berlin. Viel galt und gilt es in den letzten Wochen in der Hauptstadt zu entscheiden und wohl selten zuvor ist so massiv an den Stellschrauben des Gesundheitswesens gedreht worden. Viele befürchten – und das wohl nicht zu Unrecht –, dass gewollt oder ungewollt die Zeichen künftig auf eine mehr staatsdominierte Versorgung stehen. „Der allzu fürsorgliche Staat demütigt den Bürger...“, hatte da doch noch der Staatsphilosoph Wilhelm von Humboldt geschrieben. Nur wenige hundert Meter von der heutigen Gesetzesmaschinerie entfernt. Der Bürger, im Kontext der aktuellen Gesundheitspolitik gelegentlich als Patient unterwegs und das eigentliche Objekt der ganzen politischen Regelungen, kommt jedoch kaum zu Wort.



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

Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung unseres Patienten darstellen. Wer weiß da schon, ob er gratulieren oder eher Mitleid zeigen sollte?

Das gesundheitspolitische Berlin brodelt, schaut auf eine Zukunft, die sich in kurzen Abständen selbst zu überholen scheint und erweckt oft den Eindruck einer taumelnden Weltstadt. Gesundheitsökonom rechnet fleißig in die eine oder andere Richtung, während die normative Kraft des Faktischen bereits vieles verändert. Aktuell beispielsweise durch den Zustrom der Flüchtlinge. Eine Million sollen es zum Jahresende sein. Nach Schätzungen, die den Nachzug von Angehörigen einschließen, könnten es Ende 2016 bereits doppelt so viele sein. Das verändert unweigerlich Sozialstrukturen, die Versorgungslage sowie die gesamte Ressourcenplanung für das Gesundheitswesen.

Gratulieren oder Mitleid zeigen?

Das wundert zunächst nicht. Denn gerade die Gesundheitspolitik hat mit ihrem Räderwerk aus staatlichen Rahmenbedingungen und dem für Außenstehende kaum nachvollziehbaren Mechanismus einer über Jahrzehnte gewachsenen Selbstverwaltung einen derart hohen Grad an Komplexität erreicht, dass es Hochschulseminare bedürfte, diese auch nur zu erklären. Und nun kommen noch die Auswirkungen der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts dazu. Was für eine Mischung! Hieraus werden nun Konstruktionen geschaffen, die – streng abgewogen nach politischem Kalkül, machbaren Mehrheiten und wohl auch nach aktueller oder vermuteter Kassenlage – die künftigen

Freiberuflichkeit hat in Deutschland immer auch die Verantwortung und das Vertrauen der Patienten in seinen Arzt gestärkt.

Oder nehmen wir den medizinischen Fortschritt. Die aufsehenerregende Diskussion über ein extrem teures, aber außerordentlich wirkungsvolles Medikament gegen Hepatitis C war nur ein Fünkchen dessen, was kurzfristig zu erwarten ist. Ein Medikament gegen Mukoviszidose, das massive Lebensverlängerung und nahezu Symptomfreiheit verspricht, kostet rund 300.000 Euro Jahrestherapiekosten für jeden der etwa 170 glücklichen Patienten in Deutschland, die dieses Medikament nun bekommen.

Veranstaltungen

FEBRUAR 2016

Mi 17 FEB	SEMINAR GOÄ-Seminar Limburg PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117
Mi 24 FEB	SEMINAR GOÄ – Gynäkologie Oldenburg PVS Niedersachsen ✉ seminare@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030-160
Mi 24 FEB	SEMINAR Basiswissen GOÄ und UV-GOÄ Dresden PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362
Mi 24 FEB	SEMINAR GOÄ-Fortgeschrittenen-Seminar Bad Segeberg PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

MÄRZ 2016

Mi 02 09 MRZ	SEMINAR GOÄ-intensiv Teil I und II Karlsruhe PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 1642-08
Mi 09 MRZ	SEMINAR GOÄ – Radiologie Stuttgart PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 633900-92
Mi 16 MRZ	SEMINAR Selbstmanagement statt Praxis-Stress – „Überlebensstipps“ für den Praxisalltag Unna PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 25555-39

APRIL 2016

Mi 13 APR	SEMINAR Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ für medizinische Fachangestellte Münster PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-westfalennord.de ☎ 02533 299-126
Fr/Sa 15 16 APR	MESSE Baden-Württembergischer Hausärztetag Freiburg PVS Südbaden ✉ claudia.schoene@pvs-freiburg.de ☎ 0761 2713212
Mi 20 APR	SEMINAR Erfolgreich und richtig IGelN Bremen PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Aber nun kommen viele solcher biotechnisch hergestellten Wundermedikamente. Die Frage drängt sich auf, wer und welche Mechanismen vor diesem Hintergrund über künftige Versorgung entscheiden sollen.

Ökonomie wird an Grenzen stoßen

Politisch wird dieses ein vermintes Feld sein. Die Kunst des Machbaren wird die Ökonomie an Grenzen stoßen lassen. Vielleicht kommt hier endlich wieder der Bürger und Patient zu Wort. Denn der übernimmt in der Regel Verantwortung, wenn man ihn nur lässt. Alle komplexen Grundfragen des Gesundheitswesens lösen sich am Ende in eine Frage auf: Was kann der Bürger tun und wer hilft ihm, wenn er gesundheitliche Probleme bekommt? Praktisch landet er dann nicht bei der Lektüre von Paragraphen, sondern beim Arzt seines Vertrauens. Diese Erkenntnis ist eigentlich so alt wie die Menschheit, findet aber im Dschungel von gut gemeinten Lösungen und Patientenpfaden durch das Gesundheitswesen immer weniger Beachtung.

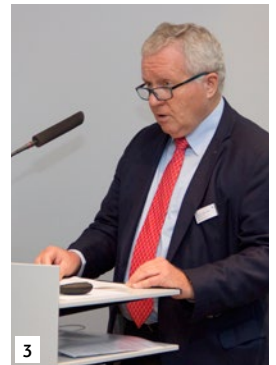
Dabei wäre genau hier die nächste Stufe der Reformrakete zu erwarten. Natürlich sind Strukturen zu schaffen, die unter Berücksichtigung des Solidargebots unserer Verfassung und unserer Kultur einen politischen Rahmen für das Gesundheitswesen setzen. Der darf aber nicht in einer regulierten Staatsmedizin enden, sondern muss die Freiheit des Bürgers und Patienten zur Umsetzung seiner individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse fördern – gezielt auch in starker Eigenverantwortung. Und dazu gehört auch ein freiheitlicher Rahmen für die Heilberufe, die den Bürger darin unterstützen. Freiberuflichkeit hat in Deutschland immer auch die Verantwortung und das Vertrauen der Patienten in seinen Arzt gestärkt. Genau hier anzusetzen, neue Kooperationsformen zuzulassen, ohne traditionell bewährte zu gefährden oder gar zu zerschlagen, diesen Ansatz vermisst man noch im gesundheitspolitisch brodelnden Berlin dieser Tage.

Kraft des Faktischen überholt die Diskussion

Derweil überschlagen sich aktuell Meldungen über technische Neuerungen, Innovationsschübe in der Gesundheits-IT und aufgrund der europäischen oder internationalen Entwicklungen geänderte Rahmenbedingungen. Hier könnte es am Ende doch der Bürger und Patient sein, der sich in Eigeninitiative neuer Möglichkeiten bedient und so durch die normative Kraft des Faktischen manch gesundheitspolitische Diskussion in Berlin schlichtweg überholt. Nur Gesundheitspolitik sollte eben dazu da sein, den Bürger vor Fehlern zu bewahren. Vor allem aber auch dazu, die Unterstützung des Patienten und seiner Behandler zu gewährleisten. Da gibt es noch viel zu tun. ■



Nach den Impulsreferaten von Dr. Birgit König und Dr. Bernhard Rochell und einer Diskussionsrunde, an der auch Dr. Volker Leienbach und Dr. Theodor Windhorst teilnahmen, standen die Verhandlungsführer dem Publikum Rede und Antwort: (1) Dr. Volker Leienbach, Dr. Theodor Windhorst, (2) Mehr als 200 Gäste waren in die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg gekommen, (3) Dr. Volker Laible, (4) Dr. Birgit König, (5) Unter den Gästen war auch der Vorsitzende des PVS Verbandes Dr. Jochen-Michael Schäfer (2. Reihe, 1. von li), (6) Egbert Maibach-Nagel, Dr. Bernhard Rochell, Dr. Birgit König



GOÄ-Novelle Die Verhandlungsführer von Bundesärztekammer und PKV-Verband stellten auf einer Informationsveranstaltung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und der PVS Baden-Württemberg die Grundzüge der neuen GOÄ vor. Mehr als 200 Ärzte waren am 23. Oktober nach Stuttgart gekommen, um sich aus erster Hand über den aktuellen Stand des Novellierungsprozesses zu informieren.

Text: Kerstin Bethge | Fotos: Michael Neuhauser

Verhandlungsführer stellen Sachstand vor



Seit Ende März liegt dem Bundesministerium für Gesundheit ein erstes Informationspaket zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vor. Erarbeitet haben es Bundesärztekammer und PKV-Verband. Fällt die Überprüfung positiv aus, kann das Verordnungsgebungsverfahren eingeleitet werden. In einer Kooperationsveranstaltung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg in Abstimmung mit dem PVS Verband stellten die Verhandlungsführer der Ärzteschaft und der privaten Krankenversicherungen Ende Oktober in Stuttgart erstmals den Stand der Verhandlungen vor und beantworteten konkrete Fragen aus den Reihen der Ärzteschaft.

Gemeinsame Ziele

Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatte vor vier Jahren die Bundesärztekammer und den PKV-Verband aufgefordert, ein gemeinsames Novellierungskonzept auszuarbeiten, erläuterte Dr. Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zusammen mit Dr. Theodor Windhorst Verhandlungsführer für die Ärzte, die Genese des jetzt erreichten Verhandlungsstandes. Nach mehreren vergeblichen Anläufen verständigten Bundesärztekammer und PKV-Verband sich dann Ende 2013 auf eine

Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ. Hierin werden die gemeinsamen Ziele festgelegt. Eine neue Gebührentaxe soll die 33 Jahre alte GOÄ als eine moderne, dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung ersetzen. Sie soll für Transparenz und Abrechnungssicherheit sorgen, eine kontinuierliche Weiterentwicklung sicherstellen und einen fairen Interessenausgleich zwischen Ärzten, Patienten und Kostenträgern ermöglichen. Mit dieser Rahmenvereinbarung war der erste Schritt in Richtung einer neuen Gebührenordnung geschaffen. Inzwischen gab es einen Regierungswechsel, doch das Ziel wurde bekräftigt. Allerdings fordert der jetzt zuständige Minister Hermann Gröhe, die Beihilfe mit ins Boot zu holen.

Grundzüge der Bewertung

Das Informationspaket beinhaltet die sogenannten TOP 400 Gebührenordnungspositionen, die etwa 80 bis 85 Prozent des Abrechnungsvolumens ausmachen. Darüber hinaus haben die Verhandlungspartner die Abschnitte B und M sowie einen Entwurf des Paragrafenteils übergeben. Dieses Paket wird im Bundesgesundheitsministerium unter Einbeziehung von Beihilfe, Deutscher Krankenhausgesellschaft und jeweils themenbezogen der Bundeszahnärztle- und der Bundespsychotherapeutenkammer geprüft. Eine

wesentliche Neuerung ist, dass die Gebührenordnung nicht unterschreitbare, sogenannte robuste Einzelsätze vorsehen soll. Die Steigerungsmöglichkeit bleibt im Grundsatz erhalten, maximal bis zum zweifachen Satz. Geplant ist eine Kommission einzusetzen, die eine Positivliste erstellt um festzulegen, wann tatsächlich mehr als der robuste Einzelsatz in Ansatz gebracht werden kann. Eine Öffnungsklausel, betonte Dr. Birgit König, Vorsitzende der Allianz Krankenversicherung und Verhandlungsführerin für den PKV-Verband, werde es nicht geben.

GeKo – gemeinsame Kommission

Die heute herrschende Situation, auf der Basis eines völlig veralteten Gebührenwerks abrechnen zu müssen, soll nie wieder entstehen können. Deshalb gibt es den Vorschlag, eine Gemeinsame Kommission, die sogenannte GeKo, einzusetzen. Diese Kommission soll paritätisch aus vier Vertretern der Ärzteschaft auf der einen und je zwei Vertretern von PKV und Beihilfe auf der anderen Seite besetzt sein. „Das ist ein Paradigmenwechsel“, konstatierte Dr. Windhorst, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer. „Wir werden die PKV und die Beihilfe künftig immer mit am Tisch haben.“ Die wichtigsten Aufgaben der GeKo: Vorschläge für eine schnelle Überführung von Analogbewertungen in eigene Gebührenordnungspositionen, Fehlbewertungen identifizieren und Möglichkeiten zur Steigerung der Gebührensätze festlegen.

Bollwerk gegen die Bürgerversicherung

Erklärtes Ziel ist das Inkrafttreten der neuen GOÄ zum 1. Oktober 2016. Denn gelinge es nicht, die Novelle in dieser Legislaturperiode zu verabschieden, könne die Situation für das Zwei-Säulen-Modell von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bedrohlich werden, so die Verhandlungsführer. Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, geht davon aus, dass die Bürgerversicherung im nächsten Wahlkampf wieder aufs Tapet gebracht werden wird. „Die Bürgerversicherung ist ein politischer Dauerbrenner“, sagte Leienbach. Es gelte, alle Baustellen wegzuräumen, die zur Kritik der Privatmedizin und des privaten Krankenversicherungssystems einladen.

Das weitere Vorgehen

Die Verhandlungsführer sind zuversichtlich, dass das Bundesgesundheitsministerium auf der Grundlage der bisher vorgelegten Vorschläge einen Referentenentwurf vorlegen werde. Dieser Entwurf bietet dann Gelegenheit, noch einmal Stellung zu nehmen und auf notwendig erscheinende Korrekturen zu drängen. „Niemand von uns will eine zweite GKV“, versicherte Dr. König. „Wir wollen den Status des Privatpatienten erhalten. Deshalb wird es von uns aus sicherlich keine Budgets geben“, so König. ■



Teilnehmer der Podiumsdiskussion (v.l.n.r.): Dr. Volker Leienbach, Dr. Theodor Windhorst, Egbert Maibach-Nagel, Dr. Bernhard Rochell, Dr. Birgit König

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Pentz

Konzept

Ingrid Mühlhölzer, 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

25.000

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

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

07.12.2015



SCHÄFERS

Kolumne

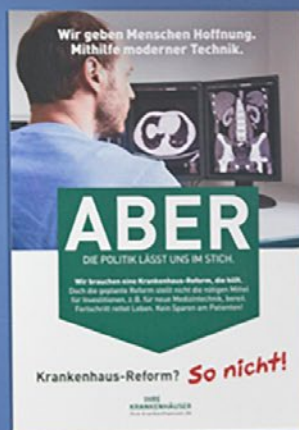
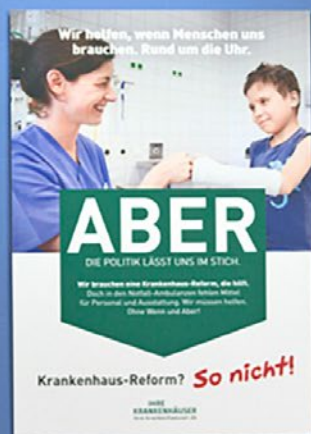
Die Wellen schlagen hoch. Nachdem erste Einzelheiten zu dem von Bundesärztekammer und PKV-Verband ausgearbeiteten GOÄ-Novellierungsvorschlag bekannt geworden sind, ist der Streit darüber entbrannt, ob die eingeschlagene Richtung stimmt. Die Ärzteverbände drängen auf umfassende Information und fordern einen außerordentlichen Ärztetag. Die Zahnärzteschaft lehnt die neue GOÄ rundweg ab. Sie befürchtet, dass aus der GOÄ eine Erstattungsgebührenordnung mit festen Einzelsätzen wird. Eine Generalkritik an der neuen GOÄ halte ich für verfrüht. Noch liegen zu wenig Details auf dem Tisch. Zu einem intensiv diskutierten Kritikpunkt möchte ich mich dennoch heute schon zu Wort melden. Es geht um das maschinenles-

GOÄ-Novelle: Wir müssen bereit sein, alte Zöpfe abzuschneiden.

bare Rechnungsformular. Nach allem was bekannt ist, sieht der Paragrafenteil offenbar vor, dass die Fälligkeit des Honorars an die Verwendung eines solchen Formulars geknüpft wird. Was wäre daran falsch? Wir müssen zugeben: Das heute noch über weite Strecken praktizierte Verfahren, dem Patienten per Post eine Rechnung zu schicken, die der Patient dann wieder per Post an seine Versicherung weitergibt, die diese Rechnung dann manuell übertragen muss, bevor der Patient eine Erstattung erhält, passt nicht mehr in unsere Zeit. Das kostet Zeit und Geld und ist Ursache vieler Missverständnisse und Fehler. Es liegt im Interesse aller, Verfahren zu verschlanken und Prozesskosten zu senken.

Unserem Kernanliegen schadet das nicht. Uns geht es darum, das privatärztliche System als notwendige Ergänzung und Korrektiv zur GKV zu erhalten. Und dieses System steht und fällt mit der Kostenerstattung. Nur indem der Patient die Rechnung seines Arztes sieht und prüft, auf welchem Wege auch immer, kann er den Behandlungsprozess verantwortungsvoll mitgestalten. Nur so entsteht Kostentransparenz. Genau dadurch ist das private System dem gesetzlichen so überlegen.

Wir müssen bereit sein, alte Zöpfe abzuschneiden. Und wir müssen bereit sein, technisch im 21. Jahrhundert anzukommen. Unsere Profession praktizieren wir nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kunst. Dann sollten wir auch in der Abrechnung auf der Höhe der Zeit sein. Zugeständnisse können wir machen, solange wir unser eigentliches Ziel nicht gefährden. Maschinenlesbare Rechnungsformulare sind kein Angriff auf das Prinzip der Kostenerstattung. ■



Krankenhausfinanzierung Zum 1. Januar 2016 tritt das neue Krankenhausgesetz in Kraft. Die wichtigsten Punkte: mehr Geld für Pflegekräfte, ein neuer Strukturfonds, Bezahlung nach Qualität der Leistung. Nicht alle Beteiligten sind mit den neuen Regelungen glücklich.

Text: Romy König | Fotos: istockphoto, DKG e.V.

Gemischte Gefühle

Gut anderthalb Jahre haben sich Gesundheitspolitiker beraten, in einer eigens eingerichteten Bund-Länder-Kommission diskutiert, Positionen und Einwände angehört, Details verteidigt, Details verworfen. Nun hat der Bundestag das neue Krankenhausstrukturgesetz verabschiedet. „Eine gut erreichbare Versorgung vor Ort und hohe Qualität durch Spezialisierung – das bringt die Krankenhausreform“, sagte dazu Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), erwartet, dass die Reform die Finanzierung der laufenden Kosten in Kliniken und den ordnungspolitischen Rahmen des Entgeltsystems im Krankenhaus „grundlegend verändern“ werde.

Mehr Geld für Pflegepersonal

Tatsächlich verfolgt die Klinikreform hehre Ziele, etwa für die Pflege am Krankenbett. Laut Deutschem Pflegerat fehlen im Pflegebereich deutscher Kliniken derzeit 50.000 Mitarbeiter, Gewerkschaften beziffern den Bedarf gar auf 70.000 Fachkräfte. Mit einem neuen Pflegestellen-Förderprogramm will die Regierung dieses Problem nun anpacken: Dazu gibt es von 2016 bis 2018 insgesamt 660 Millionen Euro vom Bund, ab 2019 dann dauerhaft jährlich 330 Millionen Euro. Zudem gilt ein neuer Pflegezuschlag: Bislang erhielten die Kliniken einen Versorgungszuschlag von jährlich insgesamt 500 Millionen Euro. Diese Finanzspritze war 2013 zunächst zeitlich befristet eingeführt, im letzten Jahr noch einmal verlängert worden. Die Reform

sieht nun vor, dass die finanzielle Unterstützung ab 2017 in einen Pflegezuschlag umgewandelt wird. Das heißt: Während die Kliniken bislang den Zuschlag auf jeden abzurechnenden Behandlungsfall aufschlagen konnten, wird er sich nun am Personalbudget für Pflegekräfte orientieren. Wer also Personal einstellt, wird mit mehr Geld belohnt als ein Haus, das an Mitarbeitern spart. Die Hoffnung laut Ministerium: „Krankenhäuser erhalten damit einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.“ Die DKG begrüßt diese Regelung: Damit werde die Situation für Pflegekräfte deutlich verbessert, sagt Thomas Reumann. Sie könnten nun fairer bezahlt – und zusätzliche notwendige Kräfte eingestellt werden. Dazu trage nach seiner Ansicht auch die Tarifausschleissrate bei: Steigen die Personalkosten, weil etwaige Tarifabschlüsse die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, sollen die Kostenträger künftig die Hälfte der Kostensteigerung tragen. Pflegeexperten geht das Programm indes nicht weit genug. Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflege Rates, kritisiert, dass mit der Förderung vielleicht zwei oder drei neue Mitarbeiter eingestellt werden könnten – was aber schließlich „kaum zu spürbaren Verbesserungen führen“ werde. Noch steht nicht fest, wie die Regierung überhaupt überprüfen will, ob sich die Kliniken an das Gesetz halten und das Geld tatsächlich zur Einstellung von neuen Pflegekräften und nicht etwa für andere Zwecke verwenden. Eine Kommission soll dazu nun einen Vorschlag ausarbeiten.

Vergütungsabschläge bei schlechter Qualität

Auch die Qualität soll künftig in der Krankenhausplanung eine große Rolle spielen, und zwar in Form von sanktionierfähigen Qualitätskriterien. Für besonders gute Leistungen soll es künftig Zuschläge, bei Qualitätsdefiziten hingegen Vergütungsabschläge geben. Was gute und was schlechte Qualität bedeutet, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den nächsten Monaten festlegen: in Form eines Indikatorenkatalogs. Außerdem wird qua Reform ein Testprojekt angeschoben: Probeweise sollen Krankenhäuser mit den gesetzlichen Kassen für die Einhaltung besonderer Qualitätsmaßstäbe Anreize vereinbaren. Nach einem gewissen Zeitraum soll das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen messen, ob in den betroffenen Häusern tatsächlich die Qualität gestiegen ist. Die gesetzlichen Kassen (GKV) sehen diese Schritte positiv: Die Reform biete eine Chance, dass es „tatsächlich zu einem Einstieg in eine qualitätsorientierte

Was Qualität bedeutet, legt der G-BA in den nächsten Monaten fest: in Form eines Indikatorenkatalogs.

Ziel: Weniger Krankenhäuser, mehr Spezialisierung

Weiteres wesentliches Novum der Reform ist der sogenannte Strukturfonds. Aus diesem Topf, der eine Milliarde Euro umfassen und zur Hälfte aus Rücklagen des Gesundheitsfonds, zur anderen Hälfte aus Ländermitteln finanziert werden soll, können Krankenhausträger künftig Unterstützung erhalten, wenn sie sich entschließen, einzelne Kliniken oder Abteilungen umzuwandeln: in ein Pflegezentrum etwa oder in ein Hospiz. Auch Schließungen sollen

finanziell gefördert werden. Die Idee dahinter scheint klar: Die Zahl der Krankenhäuser oder überflüssiger Betten soll reduziert – und Leistungen konzentriert werden auf „erforderliche Versorgungsangebote“, wie es Gröhe formuliert.

Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten außerdem künftig besondere Zuschläge. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen dazu entweder in den Krankenhäusern vertragsärztliche Notdienstpraxen, sogenannte Portalpraxen, einrichten oder klinische Notfallambulanzen unmittelbar in den Notdienst einbinden. Für dieses Reformdetail hagelte es Kritik von Interessenverbänden niedergelassener Ärzte: Eine reine „Verschiebung von Finanzmitteln aus dem ambulanten in den stationären Bereich“ ist diese Regelung etwa in den Augen von Andreas Gassen, dem Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „In Zukunft sollen alleine die niedergelassenen Kollegen die Einrichtung von sogenannten Portalpraxen zur Notfallversorgung an Krankenhäusern bezahlen. Mal abgesehen davon, dass viele KVen bereits an Krankenhäusern eigene Praxen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes betreiben, vergibt die Politik die Chance, Regeln für eine dringend notwendige Patientensteuerung aufzustellen.“

Bis kurz vor Schluss heiß umkämpft

Der Reform war ein Kampf der Lobbyisten vorausgegangen: Vor allem die DKG hatte sich mit einer groß angelegten Kampagne gegen geplante – und später verworfene – Sparvorgaben für Kliniken eingesetzt. Die Krankenkassen hatten ihrerseits moniert, ihre Gelder, also de facto die Beiträge ihrer Versicherten, würden teilweise für Investitionsleistungen genutzt, für die eigentlich die Länder aufkommen müssten. „Jeder dritte Euro der Beitragszahler wird für die Krankenhäuser ausgegeben“, sagt Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsvize des GKV-Spitzenverbands. Dass sich Vertreter der großen Koalition und der Bundesländer monatelang an einen Tisch setzen und, so Stackelberg, „die großen Struktur- und Finanzprobleme der stationären Versorgung dennoch ungelöst bleiben“, das bleibe für ihn – „wirklich unverstündlich“. ■



ADAC-Notarzthelikopter vor dem Charité-Campus Benjamin Franklin in Berlin Steglitz:

Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten künftig

besondere Zuschläge. © Foto: istockphoto

Krankenhausvergütung kommt“, heißt es dazu beim GKV-Spitzenverband. Der Verband der privaten Krankenversicherer (PKV) hatte im Vorfeld angemahnt, Qualitätsvereinbarungen nicht nur den gesetzlichen, sondern auch den privaten Versicherern zu ermöglichen. „Es ist nicht vertretbar, einer Gruppe von Patienten eines Kostenträgers besondere Behandlungsqualität im Rahmen von Qualitätsverträgen zu bieten, den Patienten anderer Kostenträger aber nicht“, so der Verband in einer Stellungnahme.



Verbot für organisierte Sterbehilfe

Sterbehilfe Zwei Jahre lang hatten die Abgeordneten im Deutschen Bundestag um eine rechtliche Lösung für die Sterbehilfe gerungen. Vier konkurrierende Gesetzesentwürfe wurden diskutiert. Nach einer ungewöhnlich scharfen Debatte setzte sich dann der auch von der Bundesärztekammer favorisierte Entwurf überraschend klar durch.

Text: **Heike Haarhoff** | Foto: **istockphoto**

Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer, war einer der schnellsten Gratulanten. Nur eine Stunde, nachdem der Bundestag am 6. November mit einer breiten, fraktionsübergreifenden Mehrheit von 360 Abgeordnetenstimmen der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung einen gesetzlichen Riegel vorgeschoben hatte, verkündete Montgomery um 14 Uhr per Pressemitteilung seine wohlwollende Zustimmung zu der strafrechtlichen Neuregelung: „Die Ärzteschaft hat von Anfang an unmissverständlich klargestellt, dass die Beihilfe zum Suizid nach den Berufsordnungen aller Ärztekammern in Deutschland nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört.“

Sodann suchte er Kritiker aus den eigenen Reihen zu beschwichtigen und zugleich verunsicherten Kollegen Mut zu machen: „Die Neuregelung wird nicht dazu führen, Ärztinnen und Ärzte zu kriminalisieren, wie dies von den Gegnern des Entwurfs im Vorfeld der Abstimmung behauptet wurde.“

Droht Ärzten Strafverfolgung?

Doch genau diese Frage treibt viele Mediziner in Deutschland um, seit das Parlament beschlossen hat: Die geschäftsmäßige, also die auf Wiederholung angelegte Beihilfe zum Suizid, sie wird in Deutschland künftig mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden. Und zwar egal, ob diese Beihilfe von Angehörigen, Ärzten oder in Vereinen organisierten Sterbehelfern geleistet wird. Ein eigener Paragraf im Strafgesetzbuch wird hierzu geschaffen.

Straffrei bleiben soll lediglich die einmalige, ausnahmsweise Beihilfe zur Selbsttötung.

Nur wer Suizidassistent „bewusst und gewollt zum regelmäßigen Gegenstand seiner Tätigkeit“ mache, müsse sich vor Strafverfolgung fürchten, versichern denn auch Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD), die maßgeblichen Initiatoren des Gesetzes.

Aber was genau heißt das, insbesondere für Ärzte, wenn sie beispielsweise einem Schwerstkranken auf dessen Wunsch hin ein todbringendes Medikament überlassen, das der Patient dann selbst einnimmt, um sein Leben zu beenden? Wie viel Handlungsspielraum bleibt ihnen, wie frei werden ihre Gewissensentscheidungen künftig

Muss das Verfassungsgericht entscheiden?

Die Neuregelung ist ein Bruch mit einer bald 150 Jahre alten Rechtstradition in Deutschland. Konsens seit 1871 war: Weil der Suizid straffrei ist, konnte die Beihilfe zum Suizid auch nichts anderes als straffrei sein. Und dabei sollte es bleiben, fanden zuletzt etwa Dreiviertel der Deutschen laut Meinungsumfragen; der Staat habe kein Recht, sich in intime Fragen der Selbstbestimmung am Lebensende per Strafgesetzbuch einzumischen. Ähnlich argumentierte die Medizinerin und Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Christiane Woopen. Zahlreiche deutsche Strafrechtler bezweifelten zudem die Verfassungskonformität des Gesetzes, auch der wissenschaftliche Dienst des Bundestags meldete Bedenken an. Urban Wiesing, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, prognostiziert deswegen bereits: „Vermutlich wird bundesrepublikanische Politik einmal mehr in Karlsruhe entschieden.“

Doch bis dahin dürften viele Ärzte unter der Rechtsunsicherheit leiden. Schon heute, beklagt Gian Domenico Borasio, einer der bekanntesten Palliativmediziner Europas, derzeit am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois im schweizerischen Lausanne tätig, stünden Ärzte unter einer rechtlichen Bedrohung, wenn sie Suizidhilfe leisteten: 10 von 17 Landesärztekammern in Deutschland drohen ihren Mitgliedern mit berufsrechtlichen Konsequenzen, sollten sie Beihilfe zur Selbsttötung leisten. Mit dem nun beschlossenen Gesetz komme eine weitere Hürde dazu: „Ärzte, die angesichts dieser Drohung den Mut aufbringen, ihren Patienten in Extremsituationen beizustehen, dürften selten sein“, schrieb Borasio unlängst in einem Gastbeitrag für die „Zeit“. Das befürchtet auch Ralf Jox, Leiter des Arbeitsbereichs „Klinische Ethik am Institut

„Die Neuregelung wird nicht dazu führen, Ärztinnen und Ärzte zu kriminalisieren, wie dies von den Gegnern des Entwurfs im Vorfeld der Abstimmung behauptet wurde.“

Frank Ulrich Montgomery

noch sein? Wiewohl er die Entscheidung des Bundestags im Grundsatz begrüße, erklärt etwa der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Lukas Radbruch: Nun sei eine „zweifelsfreie Klarstellung“ notwendig, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen sich Ärzte, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit wiederkehrend „Sterbehilfe“ leisteten, strafbar machten.

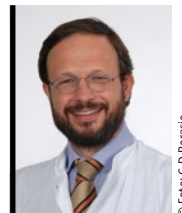
Unklar: Was heißt geschäftsmäßig?

Selbst unter Juristen ist offenbar unklar, wie der Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“ auszulegen sei. Das moniert auch die ehemalige Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD). Muss die Wiederholung der Tat vollzogen sein? Oder reicht bereits das Vorliegen einer Wiederholungsabsicht aus, um sich strafbar zu machen? Und fällt auch schon die wiederholte Beratung von Patienten, die sich mit Selbsttötungsabsichten tragen, unter „Geschäftsmäßigkeit“ – quasi als Anbahnung einer Straftat? „Jede ärztliche Tätigkeit“, gibt der SPD-Fraktionsvize und Mediziner Karl Lauterbach zu bedenken, unterliege „logischerweise einer möglichen Wiederholung“.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) befürchtet deswegen: „In einer solchen Situation geraten Ärzte zwangsläufig in das Fadenkreuz der Staatsanwaltschaft, auch wenn dies von den Initiatoren des Gesetzes nicht beabsichtigt war.“ Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten werde gestört. Künftig, beklagt die DGHO, werde „eine ergebnisoffene Beratung von Patienten, die sich mit Selbsttötungsabsichten tragen, schwerst belastet, ja nicht mehr möglich sein“.

„Ärzte, die angesichts dieser Drohung den Mut aufbringen, ihren Patienten in Extremsituationen beizustehen, dürften selten sein“

Gian Domenico Borasio



© Foto: G.D. Borasio

für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Universität München. „Ein offenes Gespräch über Suizidwünsche wird kaum mehr möglich, Patienten werden sich ihren Behandelnden in dieser Situation weniger anvertrauen und die Ärzte müssen diesen Gesprächen aus den Weg gehen, um strafrechtliche Risiken zu vermeiden“, sagt Jox. „Ärzte und Pflegende müssen davon ausgehen, dass sie als Profession geschäftsmäßig handeln, solange keine eindeutige Klärung des Begriffs durch die höchstgerichtliche Rechtsprechung vorliegt“, gibt Jox zu bedenken. Die Folgen seien absehbar, so Borasio: Patienten, die es sich leisten könnten, führen auch in Zukunft zur Selbsttötung in die Schweiz. Den anderen, so Borasio, blieben „immer noch U-Bahn oder Strick, sofern es ihre körperliche Verfassung erlaubt“. ■



Drei Fragen an Prof. Dr. Stefan Huster

Stefan Huster ist Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum und geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht.

Das Gespräch führte Ulrike Scholderer



© Foto: Prof. Stefan Huster

War es überhaupt notwendig, dass der Gesetzgeber eingreift?

HUSTER Da wir mit der alten Rechtslage lange und gar nicht schlecht gelebt haben, gab es keine zwingende Regulationsnotwendigkeit, aber zwei – wenn auch unterschiedliche – Regelungsanliegen: Einige wollten den „Sterbehilfevereinen“ das Handwerk legen. Andere wollten die Rechtslage klarstellen, damit Ärzte nicht standesrechtlichen Sanktionen ausgesetzt sind, weil die Ärztekammern sich bisher nicht auf eine einheitliche Position einigen konnten, ob Ärzte Suizidbeihilfe leisten dürfen. Das erste Anliegen hat sich im Gesetzgebungsverfahren nun durchgesetzt, das zweite Anliegen nicht – wobei es auch juristisch umstritten war, ob der Bundesgesetzgeber in das Standesrecht hätte hineinregulieren können, weil das Berufsrecht in die Kompetenz der Länder gehört.

Ist die Rolle des Arztes juristisch klar geregelt?

HUSTER Im Grunde sorgt die jetzige Regelung eher für noch mehr Unklarheit. Sie beseitigt die standesrechtlichen Probleme nicht und führt mit dem Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ zu einer neuen Bedrohung für die Ärzte. Zwar ist im Gesetzgebungsverfahren vorgebracht worden, dass die Suizidbeihilfe, die ein Arzt im Einzelfall seinem Patienten leistet, von der neuen Strafnorm nicht erfasst werde. Ob das Gesetz aber tatsächlich so ausgelegt werden wird, dass auch die wiederholte Suizidbeihilfe durch einen Arzt nicht als „geschäftsmäßig“ angesehen wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls ist die Rechtslage für die Ärzte nicht einfacher geworden.

Einige Organisationen – der Verein Sterbehilfe Deutschland und Dignitas – haben Verfassungsbeschwerden angekündigt. Was steht dahinter?

HUSTER Natürlich stellt das neue Verbot gegenüber diesen Organisationen einen Freiheits- und damit Grundrechtseingriff dar, gegen den sie sich mit der Verfassungsbeschwerde wehren können. Allerdings ist es fraglich, ob das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe tatsächlich verfassungswidrig ist. Auch wenn man dieses Verbot nicht für zielführend hält, wird man eingestehen müssen, dass der Gesetzgeber doch einige Gründe für die Neuregelung vorgebracht hat, die nicht von vornherein unplausibel sind und die auch das Bundesverfassungsgericht akzeptieren dürfte.

Gesundheit wird teurer. 40 Milliarden Euro haben die Experten des RWI allein bis 2020 an Mehrausgaben prognostiziert. Auswirkungen des aktuellen Gesetzesmarathons, den Minister Gröhe seit Beginn der Legislaturperiode läuft. Laut RWI-Gesundheitsökonom Dr. Boris Augurzky müssen die Beitragszahler der GKV allein 2020 bereits 7,2 Milliarden Euro an Beiträgen mehr zahlen.

Text: Thomas Grünert

Milliarden
sind nicht
genug ...

Der Leiter des Instituts für Mikrodatenanalyse (IfMDA), Dr. Thomas Drabinski, sieht die Kostensteigerungen noch dramatischer: Nach seinen Berechnungen müsste bereits jetzt ein Zusatzbeitrag von 14.398 Milliarden Euro eingeholt werden, um steigende Kassenausgaben zu decken. Ganz zu schweigen von den Gesundheitskosten, die durch die hohe Zuwandererzahl zu erwarten sind. Bei einem hoch, aber nicht unrealistisch geschätzten Zustrom von weiterhin 5000 Personen pro Tag, kämen bis 2016 rund 1,8 Millionen Versicherungsfälle hinzu, die der GKV geschätzt 8,74 Milliarden Euro Mehrkosten bereiten würden. Ungeachtet möglicher Bundeszuschüsse oder sonstiger Maßnahmen. Die Krankenversicherung wird wohl nie wieder so günstig werden wie heute.

Aber muss uns das beunruhigen? Die nahezu panischen Reaktionen mancher Medien, vor allem aber bestimmter politischer Kreise, mal dahingestellt. Noch immer liegt Deutschland in den Gesundheitsausgaben mit 11,4 Prozent vom BIP weit unter den Ausgaben in den USA (16,9 Prozent vom BIP) und auch niedriger als die Nachbarn Niederlande (11,8 Prozent) und Frankreich (11,6 Prozent). Im Grunde genommen stellt sich doch die Frage: Was ist uns unsere Gesundheit wert und wie großen Raum wollen wir dazu dem medizinisch-technischen Fortschritt einräumen? In den 50er und 60er Jahren gab man weitaus größere Anteile des Einkommens für Wohnen und Ernährung aus als heute. Auch aufgrund anderer demografischer Gegebenheiten, vor allem aber aufgrund noch eingeschränkter medizinischer Möglichkeiten, blieb der Anteil der Gesundheitsausgaben lange niedrig. Das ist auch Ausdruck einer Delegation der Versorgungsfragen an

den Staat, der wiederum eine funktionierende Selbstverwaltung gewähren ließ. Übrigens durchaus mit Erfolg!

Nun stehen die Parameter anders. In manchen Ländern, deren Gesundheitswesen weniger staatsbetrieben ist, ist das Verständnis, auf mehr Eigenverantwortung angewiesen zu sei, größer als hierzulande. Auch deshalb ist in den letzten Jahren eine Regelungswut der Politik und eine starke Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu registrieren. Mehr als in anderen Ländern empfinden die Bürger hier inzwischen die Belastung, bald einen größeren Spagat zwischen einem sicherlich notwendigem und unserem Grunddenken entsprechenden Solidarsystem und individuellen Versorgungswegen machen zu müssen. Die Geplänkel um eine Einheitskasse, Bürgerversicherung und dergleichen in der letzten Legislaturperiode waren nur eine erste Ausprägung davon. Politisch und viel praktischer werden uns diese Diskussionen schon bald wieder ereilen.

Lösungen können nur gefunden werden, wenn ein gesamtgesellschaftlicher Prozess angestoßen wird, in dem das Thema Gesundheitsvorsorge einen ganz neuen Stellenwert findet. Und in dem nicht die Frage im Vordergrund steht, was bezahlt wird, sondern das Wie und das Wer. Und ob die Grenzen der Solidarität gleichzeitig auch die Grenzen der Versorgung sein müssen. Medizinische und technische Innovationen werden uns zunehmend das Thema aufdrängen. Sicher ist, dass es dabei um weit mehr gehen wird, als um die 40 Milliarden Euro, die Gröhe zusätzlich ausgeben wird. Aber das sollte uns die Wahrung des Konditionalgutes Gesundheit wert sein. Ohne Gesundheit sind alle anderen Dinge schließlich wertlos. ■

BEGEGNUNG MIT DER ZUKUNFT

Patient Gesundheitswesen - Mission 2030



Photo © Luis Kroupa



Peter Oberender |
Jürgen Zerth | Gerhard Brodmann (Hrsg.)
**PATIENT GESUNDHEITSWESEN
Mission 2030**

ISBN 978-3-86867-253-4, Best.-Nr. 15640
Hardcover, 21 x 28 cm, 104 Seiten, € 28,-
www.quintessenz.de/#15640

Nur durch das interdisziplinäre Zusammenwirken aller Experten ist die gewaltige Aufgabe eines zukunftssicheren Gesundheitswesens möglich – in der Erkenntnis nicht zu verwalten, sondern zu gestalten.

43 Experten aus Medizin, Biochemie, Gesundheitswissenschaft, Gesundheitsökonomie, Volkswirtschaft, Rechtswissenschaft, Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaft, Philosophie, Theologie, Politologie, Informatik, Publizistik und Patientengruppen nehmen Stellung zu den drei Kernbereichen

Gesundheit - Pflege - Leistungspartner

in einem einzigartigen methodischen Konzept. Jedes Thema gliedert sich in

Fakten, These, Hintergrund und Fazit

um in einer Gesamtübersicht diese komplexe Thematik transparent für eine breite fachliche und öffentliche Diskussion darzustellen.

Wir sind alle betroffen für ein verantwortungsvolles Handeln.
Jetzt – für die Zukunft unserer Gesellschaft.

Quintessenz Verlags-GmbH | Tel.: (030) 761 80-662
Fax: (030) 761 80-692 | buch@quintessenz.de

 **QUINTESSENZ VERLAG**



iGOZ
www.igoz.de



iGOÄ
www.igoae.de

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

Doppelt smart!

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



Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Verband

 **PVS®**

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER