zifferdrei

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN

Ausgabe 10 · Winter 2017

Praxis-mietvertrag

Worauf Sie bei der Vertragsgestaltung achten sollten

7 Praxismanagement

Starke Signale

Gesundheits-Apps können mehr als Dr. Google. Inzwischen gibt es einige hilfreiche Angebote

26 Abrechnung

Früherkennung

Gesundheitsleistungen zur Früherkennung richtig abrechnen

20 Praxisfinanzen

Benchmarking

Durch Vergleich mit anderen die eigenen Stärken und Schwächen analysieren

Ausgabe 10 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: **Miguel Montaner**

Praxismanagement

Alles sauber?

Die Begehungen von Arztpraxen nehmen zu und fördern teils erschreckende Hygienemängel zutage. Oft fehlt es einfach an ausreichender Information. Doch es gibt Abhilfe.

Starke Signale

Apps im medizinischen Alltag – für viele Ärzte noch immer eine Horrorvision. Doch Gesundheits-Apps sind mehr als Dr. Google: Unter der wachsenden Zahl an Mini-Programmen gibt es einige hilfreiche Lösungen.

Praxis & Recht

TITEL

Wegbegleiter mit Konfliktpotential

Praxismietverträge haben eine lange Laufzeit und kosten über die Jahre einen Haufen Geld. Praktische Tipps und Hinweise, damit es gar nicht erst zu Streit und Reibereien kommt.

16 **Gesundes Klima**

Gefährdungsbeurteilung – das ist für viele Praxisinhaber Bürokratie ohne Ende. Aber es zeigt sich: Der Aufwand lohnt!

Praxisfinanzen

Benchmarking: Wo stehe ich? Und warum?

Vergleiche mit anderen helfen zu erkennen, wo die eigenen Stärken und Schwächen liegen. Das können auch Ärzte und Krankenhäuser nutzen.

PVS-Positionen

24 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN

Fragen Sie weiterhin Ihren Arzt …

Eine Analyse der gesundheitspolitischen Situation nach der Bundestagswahl und vor der Unterzeichnung eines Koalitionsvertrages. Droht mit Jamaika mehr staatliche Kontrolle und Regulierung?

Abrechnung

26 **Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung**

Wie werden Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten richtig abgerechnet? Was muss bei privat, was bei gesetzlich Versicherten beachtet werden?

Gesundheitspolitik

Selbstverwaltung auf Abruf?

Selbstverwaltung ist das tragende Ordnungsprinzip unseres Gesundheitssystems. Aber: Die vorbehaltlose Zustimmung zu dieser Organisationsstruktur wackelt.

Gastkommentar

Das Milliardengrab

Die eGK hat schon Milliarden verschlungen, ohne irgendeinen Nutzen zu bringen. Die neue Bundesregierung muss über die Zukunft des digitalen Prestigeobjektes entscheiden.

zifferdrei

3 | EDITORIAL
27 | SCHÄFERS KOLUMNE
27 | IMPRESSUM
25 | VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

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

in Berlin wird jetzt – da wir diese Ausgabe für Sie zusammenstellen – noch immer um die Bildung der Regierungskoalition gerungen, der Ausgang der Verhandlungen ist nach wie vor nicht abzusehen. Deshalb haben wir uns entschieden, ein Heft zu machen, in dem es nicht um die große Gesundheitspolitik geht, sondern um ganz konkrete Fragen in Praxis und Klinik.

Da haben wir zum einen den Praxismietvertrag. Summiert man auf, was man im Laufe der Jahre für Miete, Instandhaltung, Um- und Rückbau zu zahlen hat, wird klar: Hier handelt es sich nicht um eine Petitesse, sondern um einen entscheidenden betriebswirtschaftlichen Faktor. Sorgfalt ist also geboten, wenn es an den Vertragsschluss geht. In unserem Titelbeitrag hat Rechtsanwalt Tim Hesse für Sie zusammengestellt, was es rund um den Mietvertrag zu wissen und zu beachten gilt.

Um wirtschaftliche Belange geht es auch in dem Beitrag „Wo stehe ich? Und warum?". Eine Praxis oder Klinik betriebswirtschaftlich erfolgreich zu führen, ist eine große Herausforderung. Der Vergleich mit anderen ist ein gutes Mittel, um den eingeschlagenen Weg zu überprüfen. Die PVSen können aufgrund ihrer Abrechnungserfahrung Vergleiche mit Ärzten derselben Fachgruppe anbieten. Für Krankenhäuser können durch individuell zugeschnittene Reportings Ansätze für die Prozessoptimierung herauskristallisiert werden. Die PVSen bauen aktuell einen gemeinsamen Datenpool auf, um für diese Vergleiche auf eine größere Datenbasis zurückzugreifen. Jede PVS hat ein eigenes Beratungsangebot. Fragen Sie bei Ihrer PVS nach, wie man Sie unterstützen kann. Sie werden ein individuelles, auf Sie zugeschnittenes Angebot erhalten.

Und da wir ja ein Heft machen wollten, das ganz im Zeichen des Alltags steht, haben wir gleich noch zwei weitere allgegenwärtige Themen aufgegriffen: Hygiene und Gefährdungsbeurteilung. Selbstverständlichkeiten also. Aber bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die Praxishygiene eben doch schwierig ist und die Gefährdungsbeurteilung leider häufig aus dem Blick gerät. Aber: Für beides gibt es Lösungen – und dann ist man auf der sicheren Seite.

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist, eine praxis- und alltagsnahe Ausgabe zu gestalten und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen Ihrer **zifferdrei**.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin

Alles sauber?

Hygiene Die Begehungen von Arztpraxen nehmen zu – und fördern teils erschreckende Hygienemängel zutage. Vor allem zeigt sich: Es fehlt in den meisten Praxen einfach an ausreichender Information. Doch es gibt Abhilfe.

Text: **Romy König**

Fotos: iStock

Der Hinweis kam aus dem Patientenkreis: Ein Mann aus Braunschweig hatte sich mit einem resistenten Keim infiziert, erinnerte sich an einen nicht lange zurückliegenden Besuch bei einem Urologen – und meldete seinen Verdacht dem städtischen Gesundheitsamt. Die Begehung der Praxis folgte prompt. Als die Prüfer „erhebliche hygienische Mängel", wie es später in einem Bericht heißen würde, feststellten, ging es weiter: Eine urologische Praxis nach der anderen nahmen die Amtsärztin und ein Gesundheitsingenieur in der niedersächsischen Stadt unter die Lupe, in insgesamt sieben Einrichtungen gingen sie die Unterlagen zum Qualitätsmanagement und die Hygienepläne durch – und prüften die Räumlichkeiten. Ergebnis: Die Aufbereitung der Medizinprodukte, besonders der urologischen Instrumente, erwies sich als mangelhaft; zudem stimmten die Abläufe nicht mit den Hygieneplänen überein. Weder Ärzte noch Assistenten waren ausreichend über Hygiene informiert, so monierten die Prüfer in ihrer Erhebung, und unter den Assistenten fehlte die „Sachkunde". Und schließlich mangelte es auf ärztlicher Seite an einer wesentlichen Stelle: am Risikobewusstsein in Sachen Hygiene.

Was ist so schwer daran, Hygiene in Gesundheitseinrichtungen zu sichern? Es ist zum einen ein Zeitproblem. Das fand schon Didier Pittet heraus, als er sich in den Neunzigerjahren mit einem Klickzähler auf die Station einer Klinik setzte und maß, wie häufig und wie lang sich die Pflegekräfte die Hände wuschen. Die Erkenntnis des Schweizer Mediziners: Hätte sich eine Intensivschwester streng an die damals geltenden Regularien des Händewaschens gehalten, hätte sie allein dies gut die Hälfte ihrer Arbeitszeit gekostet. Pittets Messergebnisse waren die Geburtsstunde des alkoholischen Händedesinfektionsmittels.

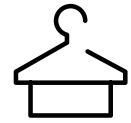
Doch fehlt es neben Zeit auch an Durchblick im Dschungel der Regularien, wie das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC), eine Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der einzelnen KVen, erklärt: Schließlich gelte für Hygienemaßnahmen in Arztpraxen eine „Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen und Vorschriften", so Claudia Lupo von der KV Baden-Württemberg, welche die Federführung des CoC innehat. Für die Ärzte sei es „sehr schwierig, hier noch den Überblick zu behalten". Außerdem seien die Anforderungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, wie KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen ergänzt. Und: „Sie lassen Spielraum für eine individuelle Auslegung." Was also hilft wirklich, welche Vorschrift ist verbindlich – und wie kann eine Praxis sie umsetzen?

Viele Hygienevorschriften sind in Gesetzen niedergeschrieben, etwa dem Infektionsschutz- oder dem Medizinproduktegesetz sowie landeseigenen Hygieneverordnungen. Zusätzlich werden die Maßnahmen zur Hygiene in Arztpraxen und Kliniken auch durch Richtlinien geregelt; diese sind zwar keine Rechtsvorschriften spiegeln aber dennoch den „wissenschafts-technischen Erkenntnisstand wider", betont die KBV in einem aktuellen Leitfaden (siehe auch Kasten), und können im Streitfall, etwa zwischen Arzt und Patient, herangezogen werden.

Allgemein ist zu beachten:

Desinfektionsmittel gut einwirken lassen

Praxiswäsche immer bei mindestens 60° C waschen



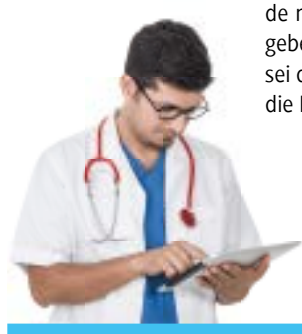
Dienstkleidung und Privatkleidung getrennt aufbewahren

Praxisfall Braunschweig: Desinfektion unterm Wasserhahn

Beispiel Aufbereitung von Medizinprodukten: Dazu hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Instituts (KRINKO) Empfehlungen herausgegeben, an denen sich Arztpraxen und Kliniken orientieren sollen. Dass diese aber nicht jedem Mediziner bekannt sind, zeigte sich bei den Begehungen in Braunschweig: Die urologischen Praxen arbeiteten alle mit Zystoskopen, endoskopischen Instrumenten, mit denen die Blase näher untersucht werden kann. Solche Instrumente gehören laut KRINKO-Empfehlung nach der Benutzung aufbereitet, entweder maschinell oder aber manuell in speziellen Desinfektionswannen. Doch wie das Gesundheitsamt entdeckte, sparte sich eine der Praxen eine solche Wanne, hielt die Instrumente einfach am Waschbecken unter fließendes Wasser – und schweißte sie anschließend wieder in die Sterilgutverpackung ein. Eine andere Praxis nutzte zwar die vorgeschriebenen Wannen, desinfizierte die Instrumente auch ordnungsgemäß darin, versäumte es aber später, die Verpackungen zu sterilisieren. Und: In allen Praxen wurden die gebrauchten Zystoskope kontaminiert in offenen Behältern durch die Räume getragen – ein No-Go laut KRINKO.

Schlechte Abstimmung

Woher diese Mängel rühren, auch dazu nimmt das Braunschweiger Gesundheitsamt, das seine Ergebnisse in einem Praxisbericht für eine wissenschaftliche Fachzeitschrift festgehalten hat, Stellung: Es sei „erschreckend", so die Autoren, wie wenig die Ärzte über die Risiken von Hygienedefiziten gewusst hätten. Die Mediziner konnten den Prüfern zwar Handbücher zu Qualitätsmanagement vorlegen – doch Hygienethemen fehlten darin. Zudem waren Hygienemängel oft auch ein Abstimmungsproblem, weil Arzt und Helfer „unverbunden nebeneinander" agierten. Auch verließen sich die Ärzte zu sehr auf ihr Personal – war die zuständige Helferin gerade nicht anwesend, konnte der Mediziner kaum Auskunft geben, wie seine Instrumente aufbereitet werden. Dabei sei der „ärztliche Betreiber", so die Prüfer, dafür zuständig, die Hygieneabläufe zu kontrollieren.



Hygiene im Selbstcheck

Wie gut ist Ihre Praxis in Sachen Hygiene aufgestellt?

Die KBV hat einen Selbstcheck ausgearbeitet – eine Anwendung, mit der die Einhaltung der Hygieneanforderungen anhand von knapp 20 Fragen getestet werden kann, und zwar anonym und kostenlos:

http://www.kbv.de/html/6484.php

Es herrscht Unkenntnis und reichlich Organisationsbedarf – aber es gibt Hilfe

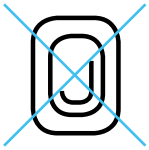
Es herrscht also offenbar Unkenntnis und reichlich Organisationsbedarf; aber es gibt auch Hilfe: So hat das CoC Anfang des Jahres eigens eine Mustervorlage für niedergelassene Ärzte herausgebracht, die einen Hygieneplan aufstellen oder einen bereits vorliegenden Plan verbessern möchten. Auf 83 Seiten beschäftigt sich das Musterformular, das die Verfasser des CoC als „Gerüst für den individuell an die eigene Arztpraxis anzupassenden Hygieneplan" verstehen, praxisnah mit der Aufbereitung von Medizinprodukten, aber auch mit der baulichen Gestaltung und der grundsätzlichen Basishygiene.

Sich mit dem eigenen Hygieneverhalten auseinanderzusetzen, wird für Arztpraxen künftig wichtiger denn je: Denn auch wenn regelmäßige Hygienebegehungen bislang nur in Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyse-Einrichtungen stattfinden, während die anderen Praxen nur anlassbezogen überwacht werden, könnte sich das in Zukunft ändern. „In den vergangenen Jahren haben die zuständigen Behörden zumindest in einigen Bundesländern erhebliche Kapazitäten zur Überwachung und Begehung von Praxen und Krankenhäusern aufgebaut", so Andreas Gassen.

In den Braunschweiger Urologie-Praxen änderte sich einiges, nachdem die Prüfer vor Ort gewesen waren: Manche Ärzte oder Helfer haben Hygiene-Kurse durchlaufen, sich weitergebildet; in einer Praxis wurde drei Monate lang umgebaut und umgeräumt, damit reine und unreine Aufbereitungsschritte nun, wie vorgeschrieben, getrennt voneinander erfolgen können. „Die Ärzte waren durchaus zu Änderungen bereit", so die Prüfer in ihrem Bericht. Nur das Wissen, das hatte eben gefehlt. ■

Bei der Handhygiene gilt:

Kein Schmuck



Keine Stückseife

Keine Gemeinschaftshandtücher

Weiterlesen

Die Mustervorlage für einen Hygieneplan, herausgegeben vom CoC, ist abrufbar unter: **www.hygiene-medizinprodukte.de/download**

Die KRINKO-Empfehlungen sind zu finden unter: **www.rki.de** (hier unter Infektionsschutz)

Einen Leitfaden, der auf Begehungen vorbereitet, stellt die KBV bereit unter: **http://www.kbv.de/media/sp/Broschuere_Begehungen.pdf**

Der Praxisbericht über die Begehung in Braunschweig: „Hygiene in urologischen Praxen – Ergebnisse der Besichtigung aller urologischen Praxen in Braunschweig durch das Gesundheitsamt" **„Das Gesundheitswesen", Ausgabe 7/2015**

Fotos: Photo Alto

Mythos Einweghandschuhe: „Fluch und Segen zugleich"

Einweghandschuhe wiegen Ärzte und Arzthelfer in Sicherheit: Zum einen schützen sie den, der sie trägt, schirmen dessen Haut ab vor ungewolltem Kontakt mit Körperflüssigkeiten. Zum anderen glauben viele, sie schützten auch den Patienten: bei der Blutabnahme etwa oder beim Impfen. Doch mit dieser Annahme will der Hygienemediziner Ojan Assadian aufräumen: „Viele Ärzte glauben, wenn sie Handschuhe tragen, seien all ihre Handlungen mit den Händen automatisch steril, steriler vor allem, als wenn sie sie mit bloßen Händen ausführten", sagt der Infektiologe und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Und natürlich tummelten sich an den Innenflächen und den Fingern Tausende von Bakterien. „Doch die menschliche Haut gibt davon bei Kontakt mit anderer Haut nicht mehr als etwa hundert Bakterien ab", so Assadian. Anders dagegen die Kunststoffe, aus denen die handelsüblichen Einmalhandschuhe gefertigt sind. Sind diese einmal kontaminiert, geben sie, so Assadian, „das Tausendfache an Bakterien ab." Der Grund: An menschlicher Haut haften Bakterien einfach besser als an Latex oder Vinyl. „Untersuchungshandschuhe sind deshalb Fluch und Segen zugleich." Daher Assadians Tipp an Ärzte und MFA: „Sie sollten Handschuhe nur reflektiert tragen, sich vor dem Anziehen fragen: Ist bei meiner nächsten Tätigkeit wirklich eine Kontamination meiner Haut mit Körpersekreten vorhersehbar? Und: Wäre diese relevant?" Beim Impfen etwa fließe – „wenn alles richtig gemacht wird" – kein Blut, es sei keine Kontamination zu erwarten, hier würde es reichen, auf Handschuhe zu verzichten und stattdessen einfach die Hände vorher und nachher gut zu desinfizieren.
Das sei die sicherste Variante – „und zwar für den Handelnden wie für den Patienten".

Digitale Medizin Apps im medizinischen Alltag – für manche Ärzte noch immer eine Horrorvision. Doch Gesundheits-Apps sind mehr als Dr. Google: Unter der wachsenden Zahl an Mini-Programmen gibt es einige hilfreiche Lösungen. Und sie setzen sich immer weiter durch.

Text: **Romy König**

Starke Signale

Apps verändern die Medizin: die umsatzstärksten iPhone-Apps aus dem Bereich Medizin

Screenshot: iTunes (11/2017)

Hochkonzentriert starrt Lea auf den Bildschirm: Das Mädchen muss die kleine orangefarbene Katze bewegen, sie so steuern, dass das Tierchen möglichst viele Punkte sammelt, und dabei noch darauf achten, dass es nicht von den Hunden geschnappt wird. Die Lichtstreifen, die während des Computerspiels zusätzlich senkrecht über den Monitor flimmern, nimmt die Fünfjährige kaum wahr – doch sie sind es, die Leas Augen heilen können.

Denn Lea schielt. Das Mädchen leidet an Amblyopie, einer neurologischen Sehstörung, von der etwa drei bis fünf Prozent der Kinder betroffen sind: Ein Auge ist bei diesen Kindern schwächer als das andere, muss also besonders trainiert werden. Konventionell wird dazu das stärkere Auge täglich für ein paar Stunden mit einem Pflaster zugeklebt, die Sehleistung also vom schwächeren Auge eingefordert. Doch Studien zufolge hilft diese sogenannte „Okklusionstherapie" bei etwa einem Drittel der Fälle nicht – zumindest nicht allein. Für sie gibt es nun die orangefarbene Katze.

> „Health-App ist nicht gleich Health-App." Anwendungs- und Funktionsumfang sowie Risiken von Apps gehen oft „weit auseinander".

Erste App auf Rezept

Entwickelt hat das Therapie-Spiel, bei dem driftende Wellen im Hintergrund das schwache Auge stimulieren und für das es neben der Katzenversion noch weitere Varianten gibt, das Potsdamer Start-up-Unternehmen Caterna Vision. Das Programm läuft über das Internet, Augenärzte können es ihren Patienten verordnen. Denn „Caterna" ist die deutschlandweit erste Medizin-App, für die sich Krankenkassen bereit erklärt haben, die Kosten zu erstatten. Im Rahmen eines Selektivvertrages zahlt die Barmer seit Anfang 2014 für das Spiel, einige Betriebskassen und private Versicherungen wie HanseMerkur und Axa folgten: „Damit setzen wir ein starkes Signal für den Aufbruch unseres Gesundheitssystems in die Welt der Internetmedizin", begründete der damalige Axa-Vorstand Wolfgang Hanssmann 2014 die Entscheidung für die Kostenübernahme.

Caterna ist die erste Medizin-App für die einige Krankenkassen bereits die Kosten übernehmen. Ein spielerisches Sehtraining für Kinder mit Amblyopie.

Foto: Caterna

Die einzelnen App-Testberichte von HealthOn sind verfügbar unter: **www.healthon.de** Interessenten müssen sich vorab mit Namen und E-Mail-Adresse registrieren, die Anmeldung ist aber kostenlos.

Tresor für eigene Patientendaten

Es steht fest: Apps verändern die Medizin. Sie schaffen – wie im Fall der sehgeschwächten Kinder – neue Behandlungsformen, und haben im Einzelfall sogar einen solchen Therapienutzen, dass sie auch Kostenträger überzeugen. Doch sie können auch die Schnittstelle zwischen Arzt und Patienten besetzen. Das etwa will die Anwendung „Lifetime", entwickelt von dem Mediziner und Softwareentwickler Johannes Jacubeit. Als der gelernte orthopädische Chirurg noch als Arzt arbeitete, ärgerte er sich regelmäßig über Patienten, die Unterlagen wie Röntgenbilder oder Medikationspläne zu Hause vergessen hatten. Zusätzlich habe es ihn damals „überrascht, wie wenig die digitalen Möglichkeiten im medizinischen Alltag genutzt werden". Jacubeit stieg aus der kurativen Medizin aus, gründete das Start-up Connected Health und erfand die App „Lifetime": ein Mini-Programm,

das als eine Art digitaler Tresor für alle persönlichen Patienteninformationen dient.

Arzt ist in Medizin-Apps eingebunden

Das Besondere: Die Daten bleiben lokal auf den Smartphones der Patienten gespeichert, werden nur im Bedarfsfall mit dem jeweiligen Arzt ausgetauscht. Technisch geschieht dies über eine spezielle Hardware, den sogenannten „Lifetime-Hub", ebenfalls entwickelt von Jacubeit: Über den handtellergroßen weißen Kasten, für knapp 20 Euro im Monat vom Arzt zu leasen, werden die medizinischen Dokumente zwischen Praxiscomputer und Patientenhandy übertragen – lokal, verschlüsselt und über Bluetooth, eine Verbindung zum Internet ist nicht nötig. Eine zugrundeliegende Software erlaubt eine Zwei-Faktor-Authentifizierung mittels Versichertennummer und Handynummer des Patienten. Der Nutzer kann die Daten

App-Trend: Gesunderhaltung statt Krankheitsbewältigung

über die App verwalten, sortieren – und hat sie immer zur Hand, etwa um sie für einen anderen Arzt freizugeben. Auch beim Therapie-Spiel „Caterna" ist der verordnende Arzt nicht außen vor: Er erhält einen Praxisaccount und damit einen persönlichen Online-Zugang zur „Caterna"-Therapieplattform im Internet. Zwar absolvieren die jungen Patienten ihre Sehübungen in der Regel zu Hause – doch der Mediziner kann den Therapieverlauf verfolgen und die Behandlung so steuern.

Wie vertrauenswürdig sind Apps?

Es sind Lösungen wie „Lifetime", aber auch digitale Präventionsanwendungen oder Chroniker-Apps, die sich HealthOn ganz genau anschaut: Der Freiburger Verein hat sich zur Aufgabe gemacht, Gesundheits- und Medizin-Anwendungen zu prüfen, sie zu bewerten und einzuordnen. „Health-App ist nicht gleich Health-App", sagt Vereinspräsidentin Ursula Kramer. Anwendungs- und Funktionsumfang sowie Risiken von Apps gingen oft „weit auseinander". „Jeder Nutzer muss sich die Frage stellen, wofür und wie häufig er eine Gesundheits-App nutzen will, und dann risikoorientiert Qualitäts- und Transparenzkriterien prüfen." Dabei wolle der Verein helfen. Gut 7.000 Health-Apps listet HealthOn nach eigenen Angaben mittlerweile in einer Datenbank, für mehr als 700 Apps wurden online einsehbare Testberichte verfasst und Risikoklassen vergeben. Ärzten bietet HealthOn zudem in einem geschlossenen Bereich Fachinfos zur jeweiligen App, etwa zur Erstattung, zu Usability-Tests und zur Studienlage.

Denn zwar gibt es in der EU Zertifizierungsverfahren, die sowohl Verbraucher als auch Arzt eine gewisse Sicherheit vermitteln – so ist „Caterna" ein nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) zertifiziertes Medizinprodukt, „Lifetime" hat sich seinen Datenschutz und die Datensicherheit von ePrivacy zertifizieren lassen –, doch gerade bei Apps, die nicht unter das MPG fallen, weil sie eher dem Wellnessbereich zuzuordnen sind, sind weitere Einschätzungen hilfreich. Zum Beispiel bei Apps für Zuckerkranke: „Die meisten Diabetes-Apps bieten drei und mehr Unterstützungsfunktionen", so Kramer. Damit wachse aber nicht nur deren Nutzen, „sondern auch das potenzielle Risiko". Mehr als die Hälfte der untersuchten Diabetes-Apps ordne HealthOn der – nach eigenem System ermittelten – höchsten Risikoklasse zu, etwa, weil hier Gefahr bestehe, dass „persönliche Gesundheitsdaten nicht verantwortlich geschützt", „gesundheitsbezogene Informationen nicht richtig" dargestellt werden oder „Berechnungen oder Auswertungen der App falsche Ergebnisse" liefern.

Blutdruck-Apps am beliebtesten

Laut einer HealthOn-Erhebung werden derzeit Apps, die auf die Gesunderhaltung abzielen, deutlich häufiger nachgefragt als Apps zur Krankheitsbewältigung. „Das Feld führen Ernährungs-Apps an", so Kramer, die dafür 286 Millionen Downloads analysiert hat. In den Apps für Chroniker wiederum erreichen Blutdruck-Apps die höchste Nachfrage, danach folgen Diabetes-Apps. Doch auch die Arzt-Patienten-Kommunikations-App „Lifetime" ist gut auf Kurs: Seit anderthalb Jahren ist die App in ihrem ersten Testmarkt Hamburg verfügbar, und schon jetzt nutzen 270 Praxen der Hansestadt das System. Außerdem wurde es laut Unternehmen mehr als 15.000 Mal heruntergeladen. Seit diesem Sommer steht die App bundesweit zur Verfügung.

Dass aber die Zeit für Medizin-Apps langsam reif ist, lässt sich vielleicht am besten an „Caterna" ablesen. Als sich das Unternehmen, damals noch eine Auskopplung der Technischen Universität Dresden, zum ersten Mal mit seiner Idee der digitalen Sehschule an Kassen und Ärzte wandte, stieß es auf Abwehr: Zu langsam drehte sich damals noch der Gesundheitsmarkt, zu skeptisch waren die klassischen Augenärzte – die kleine Firma musste Insolvenz anmelden. Das war vor fünf Jahren. Mittlerweile – und nach einem Firmenneustart – wird die Online-Sehschule von mehr als 200 Praxen und Kliniken angeboten; über 500 Behandlungen wurden durchgeführt. Der Zug ist ins Rollen gekommen. ■

Wegbegleiter mit Konfliktpotential

Praxismietverträge sind langfristige Vereinbarungen, die viel Geld kosten und den Rahmen für die Möglichkeiten der Berufsausübung und damit auch des wirtschaftlichen Erfolgs schaffen. Was beim Abschluss solcher Verträge zu beachten ist, um Streit und Reibereien zu vermeiden, hat Rechtsanwalt Tim Hesse von der Kanzlei am Ärztehaus in Münster für Sie zusammengefasst.

Text: **Tim Hesse** Fotos: **iStock**

Der Praxismietvertrag erfährt allzu selten die Beachtung, die er verdient. Bei Abschluss steht er oft im Schatten anderer Vereinbarungen, etwa eines Praxiskauf- oder eines Gesellschaftsvertrags. Dabei entfaltet gerade der Praxismietvertrag für den Mieter durchaus existenzielle Bedeutung – denn es geht um sehr viel Geld. Durch vorausschauende Gestaltung lassen sich aufreibende Streitigkeiten und „böse Überraschungen" auf Jahre hinweg vermeiden.

Praktische und wirtschaftliche Bedeutung

Wie andere heilberufliche Tätigkeiten ist die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit grundsätzlich an die Niederlassung in einer Praxis – den **Praxissitz** – gebunden. Ohne geeignete Räume ist die Ausübung der Tätigkeit nicht möglich. Lage und Ausstattung des Mietobjekts bestimmen maßgeblich den beruflichen Erfolg. Unstimmigkeiten mit dem Praxisvermieter stellen oft eine beachtliche wirtschaftliche und persönliche Belastung dar. Das Scheitern der Mietvertragsverhandlungen kann den Start in die Selbstständigkeit vollständig vereiteln.

Die **erhebliche Bedeutung des Praxismietvertrags** spiegelt sich in seinem enormen wirtschaftlichen Gewicht wider, das sich nach dem Wert aller Leistungen des Mieters während der gesamten Vertragszeit bemisst. Um Planungs- und Investitionssicherheit zu erhalten, werden Praxismietverträge in der Regel über viele Jahre fest abgeschlossen. Der Mietzins bewegt sich in gewerblichen Höhen. Mietet ein Arzt beispielsweise eine 170 m² große Praxisfläche zu einem Preis von 12 Euro pro m² für zehn Jahre fest an und vereinbart mit dem Vermieter die Leistung einer Kaution in Höhe von drei Monatsmieten, summieren sich seine Verpflichtungen auf insgesamt mehr als 250.000 Euro. Mieterhöhungen sind hier noch nicht berücksichtigt. Dazu kommen die laufenden Nebenkosten, Investitionen beim Bezug der Räume, Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung sowie Schönheitsreparaturen und womöglich noch Rückbaukosten bei Beendigung des Vertrags. Viele Gründe, den Vertrag nicht beiläufig zu behandeln.

Wesentliche Vertragspflichten

Grundsätzlich wird durch einen Mietvertrag der Vermieter verpflichtet, dem Mieter den Gebrauch der Mieträume während der Mietzeit zu gewähren. Der Vermieter hat die Mietsache dem Mieter in einem zum vertragsgemäßen Gebrauch geeigneten Zustand zu überlassen und sie während der Mietzeit in diesem Zustand zu erhalten. Demgegenüber ist der Mieter verpflichtet, dem Vermieter die vereinbarte Miete zu entrichten. Hieraus ergeben sich die wichtigsten Elemente eines Praxismietvertrags: Neben den Vertragspartnern sollten Größe, Lage und Zustand der Räume, der Zweck ihrer Nutzung, die Vertragslaufzeit und die Höhe der Miete aus der Vereinbarung hervorgehen. Sämtliche dieser Faktoren sind für die Parteien frei verhandelbar.

Begriffsklärung

Für Verwirrung sorgen kann die **Einordnung des Praxismietvertrags als Gewerbe- oder Geschäftsraummietvertrag**. Schließlich sind Ärzte freiberuflich tätig. Mietrechtlich gelten sie jedoch als Unternehmer. Im Gegensatz zum strikt geregelten Wohnraummietrecht gewährt das Gewerberaummietrecht den Vertragsparteien weitgehende Verhandlungsfreiheit und beinahe unbeschränkten Gestaltungsspielraum.

Vertragsparteien

Mietverträge werden einerseits zwischen natürlichen Personen geschlossen. Auf beiden Seiten des Vertrags können mehrere Personen stehen, die dann jeweils für sich als Vertragspartner verpflichtet werden. Gewöhnlich wird für diesen Fall eine gesamtschuldnerische Haftung vereinbart: Der Vertragspartner kann Leistungen nach seinem Belieben von jedem der Schuldner ganz oder zum Teil einfordern. Die Schuldner sind sich im Innenverhältnis untereinander zum Ausgleich verpflichtet.

Andererseits können auch Gesellschaften **Parteien eines Praxismietvertrags** sein. Sie werden dann beispielsweise durch den Geschäftsführer vertreten. Mehrere Ärzte sollten sich im Vorfeld des Vertragsabschlusses überlegen, ob sie als Einzelpersonen oder Praxisgesellschaft mieten möchten. Letztere Variante bringt Vorteile mit sich: Wird die Praxisgesellschaft Vertragspartnerin, ist der Bestand des Mietverhältnisses von der Gesellschafterzahl unabhängig. Scheiden einzelne Personen aus der Praxis aus oder treten neue Gesellschafter ein, hat dies auf den Mietvertrag keinerlei Auswirkung. Stehen aufseiten einer Vertragspartei mehrere Einzelpersonen, muss die andere Partei grundsätzlich jedem Ein- oder Austritt einer Person zustimmen; im Zuge jeder personellen Veränderung muss der Vertrag durch einen schriftlichen Nachtrag angepasst werden.

Wirksamkeitsbedingung und Rücktritt

Wer – zum Beispiel als Vertragsarzt – eine Zulassung benötigt, um seine berufliche Tätigkeit in den Mieträumen ausüben zu können, sollte sich bei der Anmietung von Praxisräumen in besonderem Maße absichern. Bestehen **Zulassungsbeschränkungen**, ist im Vorfeld der Niederlassung die Durchführung eines sogenannten Nachbesetzungsverfahrens erforderlich. In einem solchen Fall ist die Wirksamkeit des Praxismietvertrags unter die Bedingung zu stellen, dass der Mieter auch tatsächlich von den zuständigen Zulassungsgremien bestandskräftig zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wird. Sollte dann – aus welchem Grund auch immer – keine Zulassung erfolgen, würde der dadurch hinfällig gewordene Mietvertrag nicht in Kraft treten; den Mieter träfen daraus keine Verpflichtungen.
Gleiches gilt, wenn zum Beispiel noch über die Verlegung des Vertragsarztsitzes des Mieters zu entscheiden ist oder die Erteilung einer Baugenehmigung aussteht. Muss die Immobilie, in der sich die künftigen Praxismieträume befinden, erst noch errichtet bzw. renoviert werden, besteht häufig ein gewisses Risiko, dass die Räume nicht rechtzeitig zum vereinbarten Mietbeginn bezugsfertig werden. Auch für diesen Fall sollte sich der Mieter, zum Beispiel durch die Vereinbarung eines Rücktrittsrechts, absichern.

Laufzeitgestaltung

Miete ist Gebrauchsüberlassung auf Zeit. Wird in Bezug auf die Vertragsdauer keine Vereinbarung getroffen, läuft das **Mietverhältnis auf unbestimmte Zeit** und kann von beiden Vertragsparteien jederzeit ohne Grund aufgekündigt werden. Um Planungssicherheit zu erlangen, den Standort zu sichern und Investitionen zu amortisieren, wird daher in Praxismietverträgen das ordentliche Kündigungsrecht regelmäßig ausgeschlossen. Üblich ist die Vereinbarung einer **Festlaufzeit** von fünf, zehn oder auch fünfzehn Jahren. Oft wird die Vorlage eines langfristig fest abgeschlossenen Mietvertrags von der den Praxiskauf finanzierenden Bank als Sicherheit verlangt.
Dazu kann sich der Praxismieter ein Recht zur einseitigen Verlängerung der Festlaufzeit über wiederum mehrere Jahre einräumen lassen (Optionsrecht). Die **Verlängerungsoption** kann ihm auch mehrfach zugebilligt werden. Für gewöhnlich muss sich der Mieter dann bis zu einem vertraglich bestimmten Zeitpunkt entscheiden, ob er das Recht zur einseitigen Vertragsverlängerung wahrnimmt. Der Vermieter hat in Bezug auf die Optionsausübung keinerlei Mitspracherecht.
Die Einrichtung eines Optionsrechts kann mit Regelungen zur automatischen Verlängerung des Mietverhältnisses kombiniert werden. So kann vereinbart werden, dass sich der Mietvertrag nach Ablauf der Festlaufzeit zeitlich unbegrenzt verlängert, bis eine ordentliche Kündigung erfolgt. Ebenso möglich ist eine zeitlich begrenzte **automatische Verlängerung der Festlaufzeit**, beispielsweise um jeweils ein Jahr. Regeln die Parteien nichts, verlängert sich das Mietverhältnis nach Ablauf einer festen Laufzeit bei ausbleibendem Widerspruch der Parteien automatisch auf unbestimmte Dauer und kann dann jederzeit mit der gesetzlichen Frist von mindestens einem halben Jahr beendet werden.

Hintergrund: Das Schriftformerfordernis

Bei Praxismietverträgen, die für länger als ein Jahr abgeschlossen werden, ist die Schriftform einzuhalten. Zweck ist, einem Dritten, der vom Vermieter den Raum oder ein Grundstück kauft und anstelle des Vermieters in die bestehenden Mietverhältnisse eintritt, zu ermöglichen, sich über das Bestehen langfristiger Mietverträge zu informieren.
Wichtig sind daher eine möglichst genaue Zweck- und Objektbezeichnung sowie eine **exakte Benennung** der Vertragsparteien und ihrer beim Vertragsabschluss handelnden Vertreter, der zu entrichtenden Miete und am besten auch der Laufzeit des Vertrags. Das Vertragswerk sollte ein einheitliches Bild abgeben; handschriftliche Ergänzungen und Kommentare sollten von den Parteien gesondert abgezeichnet werden. Dem Vertrag beizufügende Anlagen sollten vollständig, inhaltlich eindeutig und gesondert unterschrieben sein. Im Optimalfall werden alle Vertragsunterlagen nach der handschriftlichen Unterzeichnung dauerhaft fest miteinander verbunden.
Wird die Schriftform nicht gewahrt, ist der Vertrag zwar trotzdem wirksam. Verträge mit einer Laufzeit von mehr als einem Jahr sind dann aber nach Ablauf dieses Jahres ordentlich mit der gesetzlichen Halbjahresfrist kündbar. Vereinbarte Festlaufzeiten sind dann also hinfällig. Ein Schriftformverstoß kann daher für den Praxismieter ein **existenzielles Risiko** darstellen.

Konkurrenzschutz

Die Vermieterseite sollte sich verpflichten, dem Praxismieter Konkurrenzschutz einzuräumen. Innerhalb des Gebäudes, in dem sich die angemietete Praxis befindet, sowie in gewisser Entfernung hiervon sollte die Überlassung bzw. der Verkauf von Räumlichkeiten an andere Ärzte gleicher Fachrichtung zum Zweck der Ausübung einer konkurrierenden Tätigkeit vertraglich verboten werden. Für den Fall einer Zuwiderhandlung gegen die **Konkurrenzschutzklausel** sollte eine Vertragsstrafe angesetzt werden.

Umsatzsteuer

In aller Regel wird die Mietzahlung von Ärzten umsatzsteuerfrei geleistet. Vereinzelt finden sich aber in Praxismietverträgen Klauseln, die dem Vermieter erlauben, zur Umsatzsteuer zu optieren. Solche Regeln bergen Risiken. Denn grundsätzlich sind zum Beispiel ärztliche Heilbehandlungen von der Umsatzsteuer befreit. Umsatzsteuerpflichtig sind lediglich Behandlungen ohne medizinische Notwendigkeit. Bei der Vermietung von Praxisräumen an einen Arzt, der nur steuerfreie Umsätze aus indizierten Heilbehandlungen erbringt, ist kein Verzicht auf die Steuerbefreiung gemäß § 9 Abs. 2 UStG möglich, weil die steuerfreien Umsätze des Arztes zum **Ausschluss des Vorsteuerabzugs beim Vermieter** führen.
Vor diesem Hintergrund sollten Praxismietverträge die Erhebung der Umsatzsteuer auf die Miete höchstens dann erlauben, wenn garantiert ist, dass in den Mieträumen dauerhaft ausschließlich oder zumindest weit überwiegend umsatzsteuerpflichtige Behandlungsleistungen erbracht werden. Zu vermeiden ist jedenfalls, dass Mieter für den Ausschluss des Vorsteuerabzugs beim Vermieter haften, weil sie keine oder lediglich vereinzelt umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen. In diesem Zusammenhang drohen zum Beispiel bei größeren Gewerbeimmobilien ruinöse Schadenssummen.

Miete

Die Parteien eines Praxismietvertrags sind in der Vereinbarung der Miethöhe frei. Als Verhandlungsgrundlage kann der Mietpreisspiegel für Gewerbeimmobilien der örtlichen Industrie- und Handelskammer dienen. Nicht selten spielt in Bezug auf die Höhe des Mietzinses allerdings auch die Übernahme von Umbau-, Renovierungs- und Einrichtungskosten eine Rolle.
Vereinbaren die Parteien keine **Mietanpassung**, bleibt die Miete für die Dauer der Vertragslaufzeit unverändert; eine einseitige Erhöhung oder Absenkung ist dann nicht möglich. Daher ist heute die Festlegung einer Staffelmiete oder die Verwendung einer Wertsicherungsklausel üblich. Bei vereinbarter Staffelmiete erfolgt eine kontinuierliche automatische Mieterhöhung in festgelegten zeitlichen Intervallen. Eine solche Regelung erleichtert die wirtschaftliche Kalkulation, wird aber oft als einseitig und unflexibel empfunden.
Dagegen koppelt eine **Wertsicherungsklausel** die Miethöhe an die Entwicklung des vom Statistischen Bundesamt geführten Verbraucherpreisindexes für Deutschland als zentralem Indikator zur Beurteilung der Geldwertentwicklung des Landes. Auch wenn die Entwicklung dieses Anzeigers in den vergangenen Jahren fast ausschließlich nach oben tendierte, ermöglicht diese Klausel eine ausgewogene Regelung im Interesse beider Vertragsparteien. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Indexklausel ist zum einen, dass der Mieter die Festlaufzeit des Mietvertrags einseitig auf mindestens 10 Jahre ausdehnen kann. Zum anderen darf sich aus der Klausel eben keine unangemessene Benachteiligung einer Partei ergeben, etwa weil sich die Indexentwicklung lediglich zugunsten einer Partei auswirken kann.

Mit dem Bezug der Praxisräume sollte gründlich geprüft werden, ob die Räume sich in dem vertraglich vereinbarten Zustand befinden. Der tatsächliche Zustand ist bei Übergabe der Räume in einem von beiden Parteien zu unterzeichnenden **Übergabeprotokoll** zu dokumentieren, in das insbesondere festgestellte oder scheinbare **Mängel** sowie **überlassene Schlüssel** aufzunehmen sind.
Nach der gesetzlichen Vorgabe ist es Aufgabe des Vermieters, den vertragsgemäßen Zustand der Mieträume während der gesamten Mietzeit zu gewährleisten. Demnach ist der Vermieter grundsätzlich auch zur Durchführung sogenannter **Schönheitsreparaturen** verpflichtet, soweit diese erforderlich werden. Hierbei handelt es sich um das Tapezieren, Anstreichen oder Kalken der Wände und Decken, das Streichen der Fußböden und der Heizkörper einschließlich der Heizrohre, der Innentüren sowie der Fenster und Außentüren von innen. Üblich ist heute, dass der Praxisvermieter die notwendige Durchführung dieser Arbeiten an den Mieter „delegiert".
Häufig wird vereinbart, dass der Arzt als Mieter auch die Kosten für kleine Reparaturen trägt, etwa an der Heizungsanlage und den Sanitär- und Elektroleitungen. Außerdem haben Praxismieter meist die Kosten für zerbrochene Innenscheiben in den Mieträumen zu tragen. Allerdings dürfen dem Mieter nur Arbeiten in solchen Bereichen auferlegt werden, die auch wirklich seinem Verantwortungsbereich unterfallen. Arbeiten an „Dach und Fach" des Gebäudes können nicht auf den Praxismieter „abgewälzt" werden. Abgesehen davon empfiehlt sich, die vom Mieter zu tragenden Kosten für notwendige **Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen** der Höhe nach zu begrenzen.

Zustand der Mieträume

Sozietäts- und Nachfolgeklauseln

Eventuell erscheint die angemietete Praxisfläche auf Dauer zu groß oder trägt sich der Mieter ohnehin mit dem Gedanken, auf Sicht einen weiteren Arzt bzw. sogar mehrere Kollegen in die Praxis mit aufzunehmen. Dann gilt es, die **Berechtigung zur Einbindung weiterer Personen** in den Mietvertrag aufzunehmen (Sozietätsklausel). Empfehlenswert ist, bereits frühzeitig zu regeln, ob die Mitarbeiter oder Kooperationspartner zu gegebener Zeit selbst als Mieter in den Vertrag eintreten sollen.
Ein guter Praxismietvertrag sollte darüber hinaus eine Nachfolgeklausel enthalten, also die schriftliche Vorab-Zustimmung des Vermieters zum Übergang des Mietverhältnisses auf einen vom Mieter ausgewählten Dritten im Fall des Praxisverkaufs.

Sonderkündigungsrechte, Todesfallklausel

Mit dem nötigen Weitblick lässt sich im Praxismietvertrag ein Sonderkündigungsrecht für den Fall vereinbaren, dass der mietende Arzt berufsunfähig wird. Es bietet sich an, den Nachweis der **Berufsunfähigkeit** zum Beispiel durch amtsärztliches Zeugnis zu führen. Wer gut verhandelt, bekommt ein Sonderkündigungsrecht auch für den Fall, dass die Praxis eines Tages nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann, Behörden die Räume einmal nicht mehr als für den Praxisbetrieb geeignet ansehen sollten, der Arzt die Zulassung verliert oder dass die ambulante Tätigkeit aufgegeben wird.
Für den Fall, dass der Mieter verstirbt, sollte die Anwendbarkeit der gesetzlichen Regelungen ausgeschlossen sein, wonach sowohl der Erbe als auch der Vermieter berechtigt sind, das Mietverhältnis innerhalb eines Monats, nachdem sie vom Tod des Praxisinhabers Kenntnis erlangt haben, außerordentlich zu kündigen. Dem bzw. den Erben des verstorbenen Arztes muss genug Zeit bleiben, die Praxis zu verkaufen und nachbesetzen zu lassen, weswegen typischerweise der Vermieter auf sein **gesetzliches Kündigungsrecht im Todesfall** verzichtet.

Nützliche Hinweise für die Praxis

Eine vereinbarte **Mietsicherheit** kann durch Überlassung einer bestimmten Geldsumme in bar oder als Bankbürgschaft geleistet werden. Da bei Praxismietverträgen keine gesetzliche Pflicht zur Anlage einer Barkaution besteht, stellt die Bürgschaft die günstigere Variante dar. Zudem ist die Bankprovision steuerlich als Betriebsausgabe absetzbar. Die Kautionshöhe kann von den Vertragsparteien frei vereinbart werden.
Zur **Untervermietung** angemieteter Praxisräume und zur Änderung des Nutzungszwecks ist die Zustimmung des Vermieters erforderlich.
Der Vermieter sollte außer bei Gefahr im Verzug nur nach vorheriger Terminabsprache berechtigt sein, die Mieträume zu betreten; der Praxisbetrieb sollte dadurch nach Möglichkeit nicht beeinträchtigt werden.
Wichtige, im Zusammenhang mit dem Ablauf der Festmietzeit oder der Beendigung bzw. Verlängerung des Mietverhältnisses vereinbarte **Erklärungs-, Kündigungs- oder Widerspruchsfristen** dürfen nicht verpasst werden. Darüber hinaus lohnt es sich, bei der Verwendung einer **Wertsicherungsklausel** von Zeit zu Zeit die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes nachzuvollziehen, um auf Mieterhöhungsverlangen vorbereitet zu sein und erforderlichenfalls Rücklagen zu bilden.
Vorhandene **Praxisbeschilderung** darf auch nach Beendigung des Mietverhältnisses grundsätzlich noch weitere sechs Monate angebracht bleiben, um auf eine neue Anschrift der Praxisräume des verzogenen Praxisinhabers hinzuweisen.
Für den Fall, dass sich ein Rechtsstreit mit dem Praxisvermieter doch einmal nicht vermeiden lässt, erklärt das Gesetz das Gericht für zuständig, in dessen Bezirk sich die Räume befinden. Diese Regelung kann nicht abbedungen werden. ■

Die Rechte des Mieters bei Mängeln

Entsprechen die Mieträume nicht bzw. nicht dauerhaft dem vertragsgemäßen Zustand und wird dadurch der vertragsgemäße Gebrauch beeinträchtigt, steht dem Arzt ein Anspruch auf **Nachbesserung und Mängelbeseitigung** zu. Sobald dem Mieter Mängel bekannt werden, hat er den Vermieter darüber zu informieren. Zu empfehlen ist, die Aufforderung zur Mängelbeseitigung mit der Ankündigung zu verbinden, künftige Mietzahlungen vorerst nur noch **unter Vorbehalt** zu leisten. Solange existierende Mängel nicht beseitigt werden, darf der Arzt die zu zahlende Miete um ein angemessenes Maß mindern. Bemessungsgrundlage der Minderung ist die Bruttomiete einschließlich aller Nebenkosten. Daneben kommen unter Umständen **Ersatzansprüche gegen den Vermieter** in Betracht. Ist der Vermieter mit der Beseitigung eines Mangels in Verzug oder ist eine umgehende Mangelbeseitigung notwendig, kann der Arzt auf Mieterseite den Mangel auch selbst beseitigen (lassen) und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. In speziellen Fällen kann sogar eine fristlose Kündigung in Betracht kommen.

Gefährdungsbeurteilung Für viele Praxisinhaber bedeutet das Bürokratie ohne Ende wegen der hohen Auflagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Aber der Aufwand lohnt sich!

Text: **Nicola Sieverling** Fotos: **iStock**

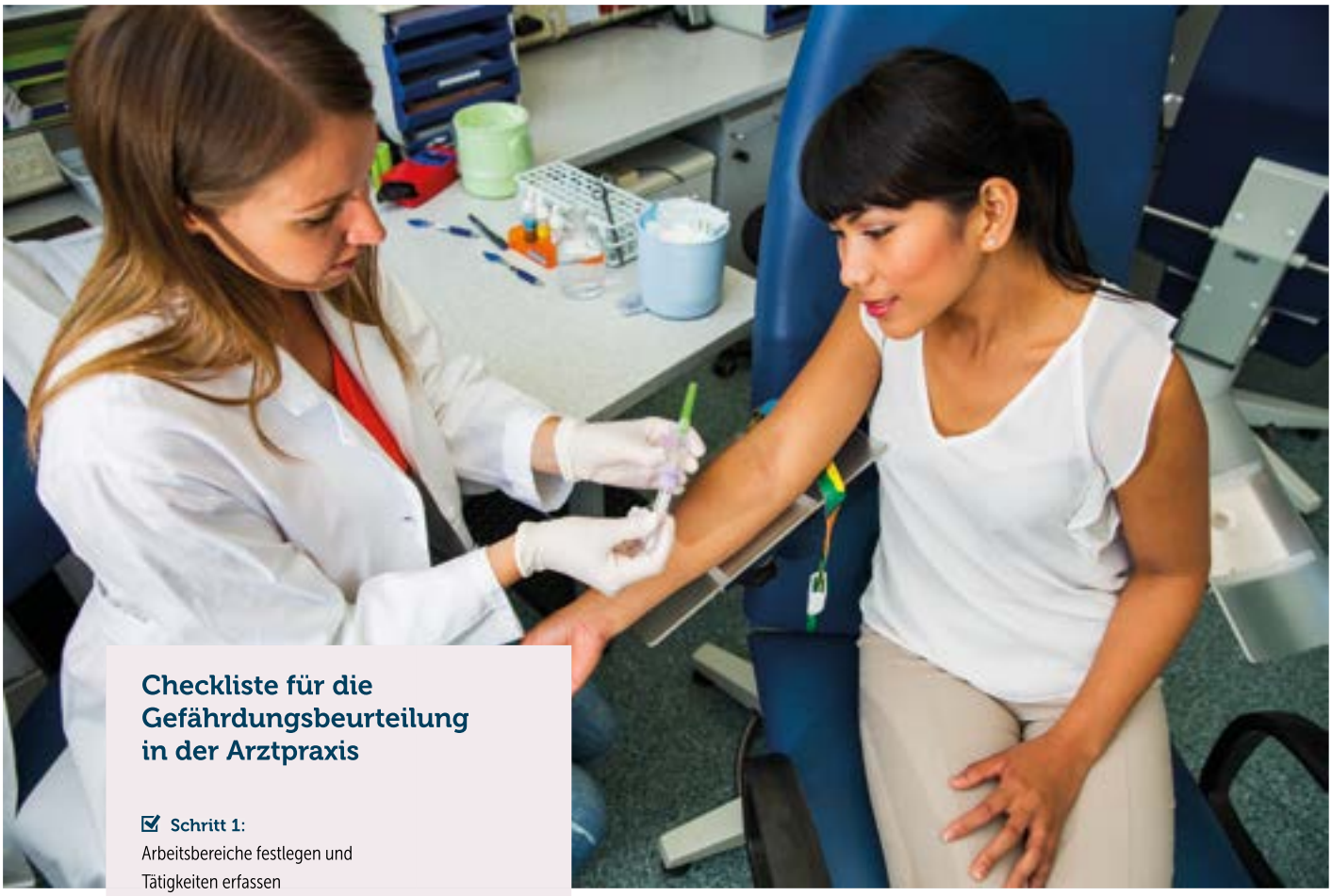
Gesundes Klima

Ein Praxisinhaber muss an viele Regelungen und Gesetzesvorschriften denken. Dazu zählt auch der Arbeits- und Gesundheitsschutz. Das geht von der Beratung durch den Betriebsarzt über Brandschutz bis zur Gefährdungsbeurteilung. Gerade die Letztgenannte wird nach Aussage von Experten oftmals unterschätzt. Dabei geht es auch hier wie im Praxisalltag um den Schutz der Gesundheit – und zwar den der Praxismitarbeiter. Geräte, Chemikalien, eine Infektion mit HIV oder Hepatitis, Stolperfallen und hautbelastende Tätigkeiten stellen ein tägliches Risiko dar.

Eine eigene Praxis bedeutet auch Unternehmerpflichten

„Die Gefährdungsbeurteilung ist ein Thema, das viele Ärzte nicht im Blick haben. Sie müssen sich in der Praxis um 1.000 Sachen kümmern und merken irgendwann, dass es mehr gibt, als die Mitarbeiter zu bezahlen und das Geschäft am Laufen zu halten. Denn sie haben Unternehmerpflichten im Arbeits- und Gesundheitsschutz", bringt es Klaus Halbedel auf den Punkt. Der Allgemeinmediziner hat seit 20 Jahren eine Gemeinschaftspraxis in Mettmann – und ist seit ebenso langer Zeit als Arbeitsmediziner in den Praxen seiner Kolleginnen und Kollegen unterwegs. „Mäuschen spielen", nennt er augenzwinkernd seine beratende Tätigkeit, die mittlerweile 90 Prozent seines Arbeitspensums ausmacht. Denn das Arbeitsschutzgesetz ist für Arztpraxen erst seit 2013 bindendes EU-Recht – und kommt wohl deshalb erst jetzt so richtig in kleineren und mittleren Arztpraxen an. Hilfestellung bieten die Landesärztekammern wie die Ärztekammer Nordrhein. Auf deren Homepage finden Praxisinhaber Listen von mit der Fachkundigen Stelle Unternehmermodell-AP kooperierenden Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften wie Klaus Halbedel.

Tipp: Gefährdungsbeurteilung gemeinsam mit den Mitarbeitern vornehmen. Sie kennen alle denkbaren Gefahrenquellen oft besser als der Chef.



Checkliste für die Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis

- ☑ **Schritt 1:** Arbeitsbereiche festlegen und Tätigkeiten erfassen
- ☑ **Schritt 2:** Gefährdungen ermitteln
- ☑ **Schritt 3:** Gefährdungen beurteilen
- ☑ **Schritt 4:** Maßnahmen festlegen
- ☐ **Schritt 5:** Maßnahmen durchführen
- ☐ **Schritt 6:** Wirksamkeit prüfen
- ☐ **Schritt 7:** Gefährdungsbeurteilung fortschreiben
- ☐ **Schritt 8:** Gefährdungsbeurteilung dokumentieren
- ☐ **Schritt 9:** Arbeitsbezogene Gefährdungsbeurteilung

Das Thema Gefährdungsbeurteilung ist komplex und die Betreuungsform von der Betriebsgröße abhängig. In jedem Fall liegt die Erinnerung an diese Grundpflicht im Briefkasten als Schreiben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die als Partnerin für Sicherheit und Gesundheit fungiert. Vereinfacht gesagt gibt es zwei Wege, die Gefährdungsbeurteilung als Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu regeln: Das interne Delegieren an eine(n) Qualitätsmanagementbeauftragte(n) – oder selbst machen. Wer sich für Letzteres entscheidet, steigt in das sogenannte Unternehmer-Modell ein und ist zur Teilnahme an einer gut vierstündigen Schulung im Fünf-Jahres-Zyklus verpflichtet. Mit dem Ordner und den Arbeitsblättern zur Gefährdungsbeurteilung unter dem Arm geht es meist motiviert zurück in die Praxis. „Das schaffe ich", lautet die Devise. Thorsten Thomsen jedoch weiß aus jahrelanger Erfahrung: „Die Opportunitätskosten bezahlt der Arzt. Die meisten wissen nicht, wo ihre Gefährdungspotentiale liegen und haben dann doch nicht die Zeit, sich intensiv um die einzelnen Schritte zu kümmern." Der Geschäftsführer von CompanyCheck betreut an den Firmenstandorten Hamburg, Berlin und Stuttgart über 1.000 Kunden, darunter auch 400 Arztpraxen. Das 12-köpfige Team aus Arbeitsmedizinern, Arbeitssicherheits- und Brandschutzexperten sowie Datenschutzbeauftragten bietet deutschlandweit Unterstützung aus einer Hand und ist Kooperationspartner der BGW.

> Wurde die Gefährdung nie dokumentiert, haftet der Unternehmer persönlich mit seinem Privatvermögen.

Gefahrenquellen im Praxisalltag: Nadelstichverletzungen bei der Blutabnahme (links), Sturzgefahr auf glatten Fußböden (oben)

Jede Praxis ist anders

Die Gefährdungsbeurteilung ist vor allem eins: eine individuelle Angelegenheit, die arbeits-, tätigkeits-und personenbezogen ist. „Wir listen beim Erstbesuch in einer systematischen Begehung das Gefährdungspotential in den Arbeitsbereichen OP, Lager, Labor und Verwaltung auf", erklärt Arbeitsschutz-Experte Thorsten Thomsen. Wo Gefahren für die Gesundheit der Mitarbeiter lauern, ist je nach Fachrichtung völlig unterschiedlich. Beim Zahnarzt kann es eine Verletzungsgefahr durch den Bohrer sein, bei einem chirurgisch tätigen Arzt eine Schnittverletzung durch ein Skalpell. Oder der Tritt wackelt und beim Griff in das oberste Regal rutscht er weg.

Bei der Risikoeinschätzung rangieren Nadelstichverletzungen bei der Blutabnahme in der höchsten Risikoklasse, weil sich die mit dieser Tätigkeit betraute Angestellte mit Hepatitis oder HIV infizieren könnte. Eine mangelnde Fürsorgepflicht des Arztes als Arbeitgeber hat nicht nur gravierende Folgen durch einen Arbeitsausfall der Angestellten, sondern kann eine teure Angelegenheit für ihn selbst werden. Ingo Passoth, ebenfalls Geschäftsführer von CompanyCheck: „Wenn diese Gefährdung nie dokumentiert wurde, haftet der Unternehmer persönlich mit seinem Privatvermögen."

Arbeitsmediziner Klaus Halbedel rät dazu, die Beurteilung der Gefährdungen gemeinsam mit den Mitarbeitern vorzunehmen. Sie kennen alle denkbaren Quellen von Gefährdungen meist besser als der Chef. Der klassische Fall: Bei der Blutabnahme am linken Arm und dem Abklopfen der Vene wünscht der Patient spontan, dass doch der andere Arm genommen werden solle. Die Angestellte wechselt daraufhin nach rechts, während der Abwurfbehälter links liegen bleibt. „Dann steigt sie also nach der Blutentnahme mit der blanken Nadel über den Patienten rüber, um auf die andere Seite zu gelangen. Die Infektionsgefahr ist groß", formuliert es Allgemeinmediziner Klaus Halbedel mit deutlichen Worten. Dieses Problem haben er und seine Kollegen in der Allgemeinpraxis in Mettmann vorbildlich gelöst. „Wir haben ein schnelles Verfahren in Ein-Hand-Bedienung für den schnellen Abwurf mit einem identischen Blutentnahmeplatz zu beiden Seiten. Alternativ lässt sich das Equipment in der Mitte platzieren. Die Verwendung von stichsicheren Instrumenten minimiert das Risiko zusätzlich", sagt Halbedel.

Gemeinsam entwickelte Maßnahmen zur Beseitigung der Risiken werden meist auch besser von den Angestellten akzeptiert. Zudem lassen sich psychische Belastungen durch kleine Änderungen in der Arbeitsorganisation vermeiden.

Es geht um Präventionskultur

Die Schutzziele sollten als Leitbild formuliert werden – dann sind sie ein Teil der Präventionskultur in der Praxis, an der sich sowohl der Arzt als Chef mit Vorbildfunktion als auch die Mitarbeiter orientieren können. Nachdem die Maßnahmen tatsächlich in die Praxis umgesetzt wurden, ist die Überprüfung der Wirksamkeit ein logischer Schritt. Konnten die selbst formulierten Ziele erreicht werden? Wurde das Risiko minimiert? „Die Gefährdungsbeurteilung als Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist ein laufender Prozess, der niemals endet, sondern in einem festgeschriebenen Zyklus je nach Betreuungsform und Mitarbeiterzahl fortgeschrieben wird", betont CompanyCheck Geschäftsführer Ingo Passoth. Und was passiert, wenn die „Hausaufgaben" nicht gemacht werden? „Ich kann so lange über eine rote Ampel rüberfahren, bis ich erwischt werde", sagt Klaus Halbedel. Und irgendwann klopft dann das Amt für Arbeitsschutz unangemeldet an die Praxistür.

Die Gefährdungsbeurteilung ist also Planungsgrundlage für ein gesundes und sicheres Arbeiten im Betrieb. Für die beiden Geschäftsführer von CompanyCheck und Arbeitsmediziner Klaus Halbedel aus Mettmann ist eine Gefährdungsbeurteilung vor allem das Fundament für ein wertschätzendes Miteinander in der Praxis. Nur darauf lassen sich weitere Maßnahmen wie ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufbauen. Nicht zu unterschätzen ist der imagebildende Effekt für die Arztpraxis in Zeiten des Fachkräftemangels. Ein im doppelten Sinne gesundes Betriebsklima zahlt sich aus, weil Mitarbeiter, die sich wohl fühlen, motivierter und leistungsfähiger sind. ■

Fachgruppenstatistiken Vergleiche mit anderen helfen zu erkennen, wo die eigenen Stärken und Schwächen liegen. Das können auch Ärzte und Krankenhäuser nutzen.

Text: **Eugenie Ankowitsch**

Benchmarking:

Wo stehe ich? Und warum?

Foto: iStock

Es ist nicht immer leicht, das Unternehmen „Arztpraxis“ betriebswirtschaftlich erfolgreich zu führen. Die meisten Ärzte verlassen sich nach wie vor auf Erfahrungswerte und handeln intuitiv „aus dem Bauch“ heraus. Oft wird dadurch viel Potenzial sowohl bei der strategischen Praxisausrichtung als auch der Wirtschaftlichkeit verschenkt. Ein Angebot der Privatärztlichen Verrechnungsstellen bietet Unterstützung: Mit dem Fachgruppenvergleich und entsprechender Beratung können Praxisinhaber erkennen, wo die Stärken und Schwächen der eigenen Praxis im Vergleich zur Fachgruppe liegen. So besteht die Möglichkeit, Schwachstellen frühzeitig zu entdecken und zu beseitigen. Schon bald werden PVSen bei der Erstellung der Fachgruppenstatistiken auf einen gemeinsamen Datenpool zurückgreifen können.

Wie stehe ich da im Vergleich zu meinen Kollegen? Spätestens wenn man als Arzt in der Fachgruppenstatistik sieht, dass der eigene Rechnungsdurchschnitt sich empfindlich von dem der Fachkollegen unterscheidet, kommt man ins Grübeln und will wissen, was die Kollegen anders machen und wo die eigenen Defizite liegen.

Jedoch beurteilen die meisten Ärzte die Resultate ihrer Tätigkeit allein anhand persönlicher Einschätzungen. Ohne valide und repräsentative Vergleichsgrößen hat dies eher etwas von Kaffeesatzleserei als von fundiertem Praxismanagement. Und doch steht eigentlich jedem Arzt, der über die PVSen abrechnet, ein Instrument zur Verfügung, das auf der Grundlage valider Daten zeigt, wie Verfahren und Verhaltensweisen der eigenen Praxis im Vergleich zum Durchschnitt fachgruppengleicher Betriebe ausgeprägt sind. Besonders in einem wettbewerbsintensiven Umfeld ist eine derartige Positionsbestimmung wichtig, um zu erkennen, in welchem Umfang die eigene Leistung dem Marktstandard entspricht.

Schon seit längerer Zeit haben niedergelassene Ärzte die Möglichkeit, sich Fachgruppenstatistiken ihrer jeweiligen Facharztgruppe zukommen lassen. Manche PVSen schicken sie automatisch, andere nur auf explizite Anforderung. So versendet die PVS Limburg-Lahn einmal jährlich – auf Anforderung auch öfter – solche Fachgruppenvergleiche an ihre Kunden. Grundsätzlich beinhalten die versendeten Übersichten zwei Bereiche.

Vergleich zum Vorjahr und mit Kollegen

Zum einen werden die Ergebnisse des aktuellen Jahres mit denjenigen aus dem Vorjahr verglichen. Dies erfolgt nach Angaben des Geschäftsführers der PVS Limburg, Dr. Jörg Schellenberger, sowohl in absoluten Gesamtzahlen als auch heruntergebrochen auf einzelne GOÄ-Nummern. „So kann sich der Arzt schnell einen Überblick über sein eigenes Leistungsgeschehen im Vergleich zum Vorjahr verschaffen und wird bezüglich etwaiger Veränderungen, insgesamt aber auch im Detail auf GOÄ-Nummernbasis, sensibilisiert“, erläutert er.

Hierbei könne der Arzt zusätzlich auch die relative Häufigkeit einer Leistung am gesamten Leistungsportfolio feststellen und vergleichen. „Man kann hieraus auch Cluster bilden, also zum Beispiel ableiten, welchen Stellenwert Beratungsleistungen, sogenannte technische Leistungen oder Laborleistungen im Leistungsportfolio ausmachen“, ergänzt Schellenberger.

Zum anderen erfolgt ein Vergleich mit der eigenen Fachgruppe. „Hieraus kann man dann einen Benchmark zu seinem beruflichen Umfeld ableiten“, so der Geschäftsführer der PVS Limburg. Die jeweiligen Abweichungen – sowohl beim Vorjahresvergleich oder zur Fachgruppe – werden seinen Angaben nach prozentual angegeben. „Die Erkenntnisse hieraus sind somit direkt für eine wirtschaftliche Praxisführung nutzbar, weil man so Veränderungen sowohl bei sich selbst als auch im Vergleich zur Fachgruppe erkennen und nachvollziehen kann“, erläutert Schellenberger. Durch den Vergleich mit der eigenen Fachgruppe werde der Arzt außerdem bezüglich der Leistungsdokumentation sensibilisiert.

> Der Vergleich ist für einen Landarzt aussagekräftiger, wenn er sich mit seinen Fachkollegen aus ländlichen Strukturen vergleicht.

So versäumt manch ein Arzt, bei der Abrechnung der privatärztlichen Leistungen insbesondere darauf zu achten, dass die richtigen GOÄ-Ziffern oder Ziffernketten abgerechnet werden und keine für die Leistung abrechenbaren Ziffern vergessen werden. Viele Ärzte rechnen nicht richtig oder nicht vollständig ab und verschenken dadurch Honorare. Teilweise werden auch indizierte Steigerungsmöglichkeiten nicht genutzt. Es gilt, nicht nur die abrechenbaren Leistungen tatsächlich auch abzurechnen, sondern auch fehlerhaft abgerechnete Leistungen zu korrigieren.

Beratungsgespräch wichtig

Entspricht der Rechnungsdurchschnitt dem der Fachgruppe? Welche Leistungen erbringe ich wie häufig und wie sieht es bei den Kollegen aus? Und woran liegt das? Vor allem diese Frage ist besonders schwer zu beantworten. So sei beispielsweise die Kennziffer „Rechnungsdurchschnitt“ mit Vorsicht zu genießen, warnt Peter Gabriel, Geschäftsführer der PVS Südwest: „Manch ein Arzt rechnet schneller, beispielsweise monatlich, ab, ein anderer quartalsweise. Entsprechend unterschiedlich fallen die Rechnungen aus, weil darin mehr oder eben weniger Behandlungen berücksichtigt wurden.“

Daher ist es nach Auffassung des PVS Südwest-Chefs wichtig, solche Statistiken nicht automatisch zu verschicken, sondern verbunden mit einem Beratungsgespräch anzubieten. „Die Fachgruppenstatistik kann ein wichtiges Instrument sein“, so Gabriel. „Verschickt man sie automatisch, ist die Gefahr groß, dass sie untergeht. In einem Beratungsgespräch haben wir die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Arzt die Unterschiede zu analysieren und seine Rechnungen auf der Grundlage der Gebührenordnung zu optimieren.“ Ärzte sollen die Abrechnungskompetenz der PVSen eben möglichst gut nutzen, appelliert er.

Gemeinsamer Datenpool im Aufbau

Schon in wenigen Monaten soll dieser Vergleich sogar auf eine noch breitere Basis gestellt werden, kündigt Gabriel an. Denn bisher kann ein Arzt sich nur mit den Kollegen vergleichen, die über dieselbe PVS abrechnen. Das soll sich bald ändern. In den nächsten Monaten soll ein gemeinsamer Datenpool aller PVSen aufgebaut werden, und zwar völlig anonymisiert.

Bereits jetzt verschicken die PVSen die Rechnungsdaten anonymisiert an die Tochtergesellschaft PADline. Die Daten der Patienten sind verschlüsselt. Mit einem Code kann die PKV die Rechnung später einem Patienten zuordnen. „Dieses Verfahren können wir jetzt entsprechend für einen gemeinsamen Datenpool nutzen", erklärt Gabriel.

Daraus ergebe sich die Möglichkeit, eine Facharztgruppe über alle PVSen hinweg zu vergleichen. „Die Fachgruppenstatistiken sollen auf eine größere Datenbasis gestellt werden und als Report abrufbar in einem Onlineportal vorgehalten werden", erläutert er. Vor allem für zahlenmäßig kleine Facharztgruppen, wie beispielsweise die Pathologen, macht ein größerer Datenpool erst einen sinnvollen Vergleich möglich. „Die Zahl der Pathologen bei der PVS Südwest liegt im einstelligen Bereich", so der Geschäftsführer der PVS Südwest. Je größer die Datenbasis, desto valider und aussagekräftiger sei der Vergleich.

Perspektivisch sollen zusätzliche Parameter hinzukommen, die tiefere Einblicke in die Besonderheiten einer bestimmten Facharztgruppe erlauben. Geplant ist beispielsweise, Ärzten aus ländlichen Regionen und städtischen Gebieten entsprechende Codes zu vergeben, sodass sie in einer Analyse getrennt betrachtet werden können. „Der Vergleich ist für einen Landarzt aussagekräftiger, wenn er sich mit seinen Fachkollegen aus ländlichen Strukturen vergleicht", gibt Gabriel zu bedenken. Diese Abgrenzung soll voraussichtlich Mitte 2018 möglich sein.

Saubere Dokumentation gefragt

Doch so einfach, wie es klingt, ist es nicht. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssen die Rechnungen exakt gleich aufgebaut sein, so der PVS Südwest-Chef. „Ärzte haben beispielsweise die Möglichkeit, für eine Analogleistung selbst einen Text zu generieren", erklärt er. Das führe allerdings in manchen Fällen dazu, dass die Daten nicht verwertbar sind. Dies sei beispielsweise der Fall, wenn ein Arzt für – seiner Auffassung nach spezielle – Beratungsleistungen ganz eigene Bezeichnungen vergibt. Dabei sei eine Beratungsleistung eben eine Beratungsleistung, für die es bereits eine Beratungsziffer gibt. „Es ist eine Herausforderung, den Datenpool vergleichbar zu machen und zu halten", so Gabriel.

Hat man es geschafft, einen aussagekräftigen Datenpool aufzubauen, eröffnen sich auch jenseits des Benchmarkings Möglichkeiten, die Daten sinnvoll zu nutzen. „Wir können mit den Daten beispielsweise auch bestimmte Entwicklungen und Verbesserungspotentiale aufzeigen." Das sei besonders in Gesprächen mit der Politik wichtig.

So sei eine der typischen Fragen, die bei einer in Aussicht gestellten GOÄ-Novelle möglicherweise aufkommen, wie sich ein Leistungsbereich anhand der neuen Ziffern entwickeln könnte. „Wenn man die alten Ziffern nimmt und versucht, eine Transkodierung zu den neuen Ziffern zu machen, kann man erkennen, wie oft es bisher abgerechnet wurde und bewerten, zu welcher prozentualen Steigerung es führen könnte", erläutert Gabriel. Diese Aussagen kann man dann mit den genannten Statistiken untermauern und ihnen so mehr Gewicht verleihen.

Neuartiges Klinik-Reporting von der PVS Baden-Württemberg

Bei der PVS Baden-Württemberg steht neben dem Fachgruppenvergleich für niedergelassene Ärzte die Weiterentwicklung eines Krankenhaus-Reportings im Mittelpunkt. Aufbauend auf der Analysesoftware QlickView werden Berichte erstellt, in denen die unterschiedlichsten Daten ausgewertet werden können. „Früher ist es in den Kliniken üblich gewesen, dass einzelne Chefärzte oder Abteilungsleiter Liquidationsrecht hatten", so der Geschäftsführer der PVS Baden-Württemberg, Heinrich H. Grüter.

Beispiel Effektenliste:
Woher kommen Mehr- oder Mindereinnahmen?

Das habe sich in den vergangenen Jahren immer mehr verändert, sodass das Liquidationsrecht inzwischen häufig beim Krankenhausträger verbleibe. „Für uns hat sich daraus eine neue Herausforderung ergeben", erläutert er. „Einerseits haben wir nach wie vor mit den ärztlichen Leistungserbringern und ihren Teams zu tun, auf der anderen Seite mit Klinikleitungen."

Mit den Jahren sei ein sehr breites Portfolio von Berichten entstanden, die teilweise für einzelne Kunden entwickelt und auf sie zugeschnitten wurden. „Ein solches Berichtswesen neigt dazu, sich nicht weiterzuentwickeln, sondern höchstens komplexer zu werden", so die Erkenntnis. Die Zahl der Berichte stieg mit der Zeit immer weiter.

Der Ausgangspunkt, über die Stärken und Schwächen des bisherigen Reportings nachzudenken, war eine Anfrage eines Klinikarztes. Dieser wollte vor einiger Zeit wissen, warum er im Vergleich zum Vorjahr weniger verdient habe, erinnert sich Markus Holzer, Abteilungsleiter Finanzen und Rechnungswesen bei der PVS Baden-Württemberg. Dabei gab der Arzt an, sogar mehr Patienten behandelt zu haben. „Wir haben damals die Auszahlungen angeschaut und tatsächlich einen deutlichen Unterschied festgestellt", so der Experte.

„Es tauchten außerdem im gesamten klinischen Umfeld betriebswirtschaftliche Fragestellungen auf, die man vorher so nicht hatte", ergänzt Grüter. „So reifte die Überlegung, die vorhandenen Daten so zu qualifizieren und in eine spezielle Analysesoftware einzubringen, dass wir einerseits flexibler Berichte generieren und andererseits mit Parametern mehr spielen können, als es in diesen starren Berichten vorher der Fall war."

„Effekte" lassen Optimierungsbedarf erkennen

Es gibt verschiedene Gründe, Holzer nennt sie „Effekte", die dazu führen können, dass ein Arzt mehr oder weniger ausgezahlt bekommt: Sie ergeben sich aus der Veränderung der Rechnungszahl, des Rechnungsdurchschnittes, aus dem Umstand, dass Rechnungen aus der Vorperiode erst im aktuellen Jahr geschrieben wurden, aus einer Forderungsveränderung oder aber aus der Höhe der Abgaben, wie Sachkosten oder Krankenhausabgaben.

„Wir haben daher damals versucht, die Veränderungen zu analysieren und einen Bericht zu generieren, der automatisch auf die Daten zurückgreift und einzelne Effekte sichtbar macht", so Holzer. Erst dann erkenne man, wo Optimierungsbedarf besteht. Warum hat der Arzt hohe Verschiebungen aus der alten Periode? Warum sind die Rechnungsdurchschnitte gestiegen oder gesunken? Hat sich die Dokumentation verändert, weil ein neuer Mitarbeiter angestellt worden ist und noch nicht so gut eingearbeitet wurde? „Solche Fragen wollen wir gemeinsam mit dem Arzt oder der Klinikverwaltung erörtern und mögliche Ansatzpunkte für Prozessoptimierungen bereitstellen", erklärt er.

Eine solche „Effektenliste" lasse sich sowohl für jeden einzelnen Chefarzt als auch für eine Abteilung, Klinik oder das gesamte Krankenhaus erstellen, ergänzt Grüter. Während das Top-Management sich eher für die Umsätze des gesamten Hauses oder unter Umständen noch einzelner Kliniken interessiert, sei für einen Controller auch die Ziffernauswertung wichtig, um zu wissen, wo genau man welche Umsätze im Vergleich zum Vorjahr erzielt hat. Diese Berichte lassen sich nach Angaben der PVS Baden-Württemberg für jeden beliebigen Zeitraum erstellen. „So entsteht eine Transparenz, die es im Bereich der Privatliquidationen bisher nie gab", betont Grüter. Ein wichtiges Ziel dabei sei es, die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Beirat bringt Anforderung ein

Frei nach dem Motto „Der Wurm muss dem Fisch schmecken" haben die Verantwortlichen einen Beirat gegründet, der sich aus sieben Vertretern von Krankenhäusern unterschiedlicher Größe zusammensetzt. In mehreren Runden wurde ein Berichtsportfolio erarbeitet.

Derzeit werde dieses Tool nur mit einigen Topkunden getestet und eingesetzt, erläutert Holzer. Denn es komme dabei auf eine sehr gute Kompetenz und Beherrschung der Analysesoftware QlickView an. „Wir sind am Beginn der Entwicklung, aber das Interesse ist groß", ergänzt Grüter. Das Ziel sei, ein Tool im Sinne eines qualifizierten regelmäßig verfügbaren Reportings zu entwickeln.

Dazu stehe man regelmäßig im Dialog mit dem Beirat. Im Schnitt seien drei Sitzungen pro Jahr geplant. „Wir wollen die Kunden an dieses Reporting heranführen", so Grüter. Man müsse lernen, die Berichte zu lesen und zu interpretieren: „Es geht uns nicht darum, zu zeigen, was alles nicht klappt, sondern durch die Analyse Hinweise zu geben, wo man bestimmte Prozesse verbessern kann."

Künftig wolle man auch für den niedergelassenen Bereich ein entsprechendes Reporting aufbauen. „Die bisherigen Ziffernstatistiken sind relativ flach", so Grüter. Es gelte daher, ein exaktes Anforderungsprofil zu erarbeiten. Aus vielen Befragungen wisse man, dass neben Häufigkeitsstatistiken auch Benchmarking gefragt sei. Die Voraussetzung dafür ist nach Auffassung von Grüter, dass die Daten sauber aufbereitet werden, damit man nicht Äpfel mit Birnen vergleiche. ■

Foto: luis_molinero / Freepik

Tilgners Bericht aus Berlin Die Bundestagswahl ist gelaufen. Geht es jetzt wieder zum Alltag über? Wohl kaum. Mit einem ruhigen Abarbeiten des Koalitionsvertrages dürfte in dieser Legislaturperiode kaum zu rechnen sein. Vielmehr gilt Bertolt Brechts vielzitierter Satz: „Wir stehen selbst enttäuscht und sehn betroffen den Vorhang zu und alle Fragen offen."

Text: **Stefan Tilgner**

Fragen Sie weiterhin Ihren Arzt …

Egal, welche Konstellation die nächsten vier Jahre unser Land regieren wird oder welche Partei das Gesundheitsministerium besetzt: Man kann davon ausgehen, dass die Steuerung unseres Gesundheitswesens anderen Mechanismen gehorchen wird als in den letzten Legislaturperioden. Das Thema „Bürgerversicherung" schwebte jahrelang wie ein Damoklesschwert über dem System. Sollten die Grünen das Gesundheitsministerium besetzen, werden sie wohl hier ein deutliches Zeichen setzen wollen. Und es ist zu befürchten, dass die anderen Parteien mit eher gebremster Kraft dagegenhalten. So forderte ja auch schon CDU-Mann Karl-Josef Laumann, inzwischen Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen, zwar nicht die PKV zu zerschlagen, aber die Wechseloption in die GKV zu öffnen. Ihm dürfte bewusst sein, dass es am Ende auf das Gleiche hinausläuft. Und auch Bayernfürst Seehofer liebäugelt immer wieder mit dem Thema Bürgerversicherung. Ist die Privatversicherung noch zu retten? Ja, wenn Entscheidungen nicht obskuren Sozialphantasien entspringen, sondern mit Vernunft und Weitsicht auf die Versorgungsrealität gerichtet werden. Gerade das ist die Chance einer Jamaika-Koalition. Nicht Opposition spielen, sondern trotz grundsätzlicher Gegensätze das Gesundheitswesen im Sinne der Bürger verantwortlich zu gestalten.

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

Der Bürger ist gefragt – nicht der Staat

Gesundheit ist ein sehr individuelles Gut. Zudem ist sie eine Voraussetzung dafür, dass der Bürger seine Rechte und Pflichten im demokratischen Gemeinwesen überhaupt in vollem Umfang wahrnehmen kann. Damit das Gesundheitssystem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts finanzierbar bleibt, muss hier mehr denn je ein hohes Maß an Eigenverantwortung vorausgesetzt werden. Fordert man diese, muss die Politik aber auch die Freiheit lassen, die Versorgung individuell zu gestalten. Staatliche Reglementierungen, gerade im Gesundheitsbereich, bewirken oft das Gegenteil. Das diskutierte übrigens bereits vor 200 Jahren Wilhelm von Humboldt, als er der kaiserlichen Regierung ins Lehrbuch schrieb: „Der allzu fürsorgliche Staat demütigt den Bürger."

Quantensprünge sind zu erwarten

Eben hier liegt die Gefahr für eine Jamaika-Koalition. Je unterschiedlicher die Philosophie, desto größer die Neigung, Gremien, Kommissionen und Institute einzusetzen, die am Ende einen halbwegs tragbaren Kompromiss liefern. Am Ende steht dann ein stark lenkender Staat, das Gegenteil von eigenverantwortlich handelnden Bürgern. Fatal, denn kaum etwas entwickelt sich zurzeit so schnell wie die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung. Angefangen von der Diagnose bis hin zur Therapie sind in den nächsten Jahren viele Quantensprünge zu erwarten. Sicher werden auch die neuen

> Eine effektive Regierung beseitigt die Überregulierung, anstatt das Gesundheitssystem bis ins Kleinste zu kontrollieren.

Veranstaltungen

FEBRUAR 2018

Mi 07 FEB — SEMINAR **GOÄ-Gynäkologie**
Oldenburg
PVS Niedersachsen · info@pvs-niedersachsen.de · 04131 3030160

Fr 09 FEB — SEMINAR **Das kleine 1×1 der GOÄ. Grundlagen der Privatliquidation**
Bremen
PVS Bremen · j.meinken@pvs-bremen.de · 0421 3608521

Mi 21 FEB — SEMINAR **GOÄ-Fortgeschrittenen-Seminar**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg · seminare@pvs-se.de · 04551 8099023

Mi 28 FEB — SEMINAR **GOÄ – Basiswissen für Arzt und Praxisteam**
Neunkirchen
PVS Mosel-Saar · m.rinkes@pvs-mosel-saar.de · 06821 9191491

Mi 28 FEB — SEMINAR **Arzthaftungsrecht**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg · seminare@pvs-se.de · 04551 8099023

MÄRZ 2018

Mi 07 MRZ — SEMINAR **1×1 der Privatliquidation, fachübergreifend, für Arzthelfer/-innen und Sekretäre/-innen**
Unna
PVS Westfalen-Süd · info@pvs-westfalen-sued.de · 02303 2555539

Mi 07 MRZ — SEMINAR **GOÄ – Basiswissen für Arzt und Praxisteam**
Trier
PVS Mosel-Saar · a.bressan@pvs-mosel-saar.de · 0651 97802320

Mi 07 MRZ — SEMINAR **Basiswissen GOÄ für Ärztinnen und Ärzte**
Münster
PVS Westfalen-Nord · info@pvs-wn.de · 02533 299126

Mi 14 MRZ — SEMINAR **GOÄ – Basis – Schwerpunkt Gesprächsleistungen**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg · info@pvs-akademie.de · 0711 63390092

Mi 14 MRZ — SEMINAR **GOÄ – Basiswissen für Arzt und Praxisteam**
Chemnitz
PVS Sachsen · seminare@pvs-sachsen.de · 0351 8981362

Mi 14 MRZ — SEMINAR **GOÄ-Seminar für Innere und Allgemeinmedizin**
Karlsruhe
PVS Südwest · info@pvs-suedwest.de · 0621 164208

Möglichkeiten für höhere Kosten sorgen, die nicht in allen Fällen allein aus den Sozialkassen finanzierbar sind. Hier staatlich durchregulieren zu wollen, wäre absolut kontraproduktiv.

Genauso schwierig wäre es, wenn man angesichts der Möglichkeiten nur die finanzielle Steuerung des Systems im Auge hätte. Ein Blick in Nachbarländer zeigt, dass Deutschland in Sachen Innovationsfreude längst nicht mehr zu den führenden Nationen zählt, obwohl unser Gesundheitswesen noch immer bewundert wird. Hier könnte eine allzu regulatorische Politik dafür sorgen, dass wir schlichtweg den Zug der Zeit verpassen.

> Die Selbstverwaltung ist das einzige Instrument, das das System in der hohen Qualität halten und weiterentwickeln kann.

Digitalisierung ist das Mega-Thema

Als Mega-Themen der neuen Legislaturperiode muss man Digitalisierung und Vernetzung herausstellen. Allzu große Bürokratie und übertriebenes Sicherheitsdenken würden Bürger und Patienten allerdings mit den Füßen abstimmen lassen. Schon deuten Angebote aus dem Netz, etwa von Apple oder Google, so etwas wie eine „normative Kraft des Faktischen" an. Es sei denn, der heilberuflichen Profession gelingt es hier, Normen zu setzen, die die Erwartungen des innovationsfreudigen Bürgers erfüllen. Auch dazu ist die Politik als Wegbereiter und Unterstützer gefragt. Und das geht nicht, wenn entsprechende Leistungsausweitungen der Mediziner nicht auch gerecht honoriert werden. Auch hier ist die Frage nicht, was können wir aus dem Topf der Gesamtvergütung abzweigen, sondern wie viel wollen wir uns für eine angemessene Versorgung leisten.

Eigenverantwortung braucht Vertrauen

Eine Lösung, die auch die Eigenverantwortung des Bürgers stärken würde, wäre ein neues, größeres Vertrauen in die Kompetenz der Selbstverwaltung, besonders die der Heilberufe, die den unmittelbaren Kontakt zu Patienten haben. Sie garantieren Beratung und Vertrauen auf der Basis von Kompetenz. Zugegebenermaßen hat sich gerade diese Selbstverwaltung in der letzten Zeit nicht sehr rühmlich verhalten. Sie ist aber das einzige Instrument, das das System in der hohen Qualität halten und weiterentwickeln kann. Eine möglichst effektive Regierung beseitigt also die Überregulierung, anstatt das Gesundheitssystem, bis ins Kleinste kontrollieren und steuern zu wollen. Selbst, wenn dies in guter Absicht geschieht. Der Bürger und Patient wird sich – das kann man schon jetzt ganz sicher sagen – auch am Ende der neuen Legislaturperiode weiter am Hinweis „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker"orientieren. „Fragen Sie Ihren Abgeordneten" dürfte im Gesundheitswesen der falsche Slogan bleiben. ■

Abrechnung Wie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten korrekt abgerechnet werden und was bei der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten zu beachten ist, erläutert Peter Gabriel, Geschäftsführer der PVS Südwest.

Text: **Peter Gabriel**

Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung

Im privatärztlichen Bereich ist in Übereinstimmung mit § 1 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen bereits ab dem vollendeten 18. Lebensjahr durchaus sinnvoll. Dort heißt es einschränkend lediglich: „… Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er [der Arzt, d. Verf.] nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind." Eine jährliche Gesundheitsuntersuchung geht aber keineswegs über das Maß einer „medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung" hinaus. Möchte ein Patient einmal pro Jahr eine Gesundheitsuntersuchung als individuelle, auch auf das Sicherheitsbedürfnis abgestimmte Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen, so ist hiergegen aus medizinischer Sicht nichts einzuwenden. Abgerechnet wird die Untersuchung über die Ziffer 29.

Allerdings kann es sein, dass die PKV oder die Beihilfestelle eine Kostenübernahme ablehnt, sofern der Check-up nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges ist. Der Arzt sollte den Patienten auf jeden Fall darauf hinweisen, dass dann die Kosten möglicherweise nicht erstattet werden. Zur Gesundheitsuntersuchung gehören im Regelfall ein Ruhe-EKG nach Ziffer 651 sowie die Laboruntersuchung auf Glukose, Cholesterin, Harnsäure und Kreatinin einschließlich der erforderlichen Blutentnahme. Wünscht der Patient darüber hinaus aus einem persönlichen Sicherheitsbedürfnis weitere Untersuchungsleistungen, die aus medizinischer Sicht im Sinne von § 1 Abs. 2 GOÄ medizinisch nicht zwingend erforderlich sind, so sind diese individuellen Gesundheitsleistungen nur dann berechnungsfähig, wenn der Patient diese Leistungen ausdrücklich verlangt. Dies sollte sich der Arzt schriftlich bestätigen lassen.

Zu derartigen Leistungen können beispielsweise die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens oder die vaginale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstock- und Gebärmutterkörperkrebs gehören.

Solche aus ärztlicher Sicht sinnvolle, jedoch medizinisch nicht immer notwendige individuelle Gesundheitsleistungen sind auch bei gesetzlich Krankenversicherten auf der Grundlage eines privatärztlichen Behandlungsvertrages nach GOÄ berechnungsfähig. Neben den Früherkennungsleistungen können kurative diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt und abgerechnet werden, wenn sich aus der Gesundheitsuntersuchung ein Krankheitsverdacht ergeben hat oder die Gesundheitsuntersuchung im Zusammenhang mit einem aufgrund von Krankheitssymptomen in Anspruch genommenen Arztbesuch durchgeführt wurde.

In diesen Fällen sind auch weitergehende Untersuchungs- und Gesprächsleistungen neben der Ziffer 29 berechnungsfähig. Dies betrifft zum Beispiel die eingehende neurologische Untersuchung nach Ziffer 800 sowie die Erörterungsleistung nach Ziffer 34. Im Falle der Ziffer 34 muss jedoch die Mindestzeit von 20 Minuten ausschließlich auf die Erörterungsleistung bezogen sein, so dass der Zeitbedarf beispielsweise im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung keinesfalls auf diese Mindestzeit anzurechnen ist. ■

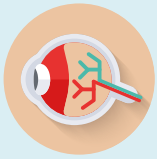
Sonographischer Check-up der Abdominalorgane* nach den Ziffern 410 und 420

Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße („Schlaganfallvorsorge") nach Ziffer 645

Belastungs-EKG zur Früherkennung* nach Ziffer 652

Sportmedizinische Untersuchung und Beratung, ggf. einschließlich Belastungs-EKG und Lungenfunktionsdiagnostik

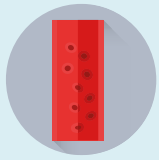
Oesophago-Gastroskopie zur Früherkennung von Speiseröhren- und Magenkrebs (z.B. Ziffer 685)



Glaukomfrüherkennung mittels Tonometrie, Ophtalmuskopie und Periametrie („Erblindungsvorsorge")

Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms

TSH-Untersuchung bei Frauen über 45 Jahren („Schilddrüsenvorsorge")



Bestimmung der Blutkörperchen, Senkungsgeschwindigkeit (Ziffer 3501 oder 3711)

*ohne entsprechende Krankheitszeichen

Illustration: shutterstock

Impressum

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

Redaktionsbeirat
Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Penth

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

Anschrift Redaktion und Verlag
Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.
Straßmann-Haus
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt
030 280496-30
030 280496-35
redaktion@zifferdrei.de
www.zifferdrei.de

Auflage
25.000

Grafik / Layout
FGS Kommunikation

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

Druck
Königsdruck Berlin

Leserbriefe
leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise
Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis
Im Mitgliedsbeitrag enthalten

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

Erscheinungstermin
04.12.2017

Schutzgebühr: 6 €

SCHÄFERS

Kolumne

Eine Revolution. Nicht mehr und nicht weniger plant die Jamaika-Koalition in Schleswig-Holstein. Zumindest in einem Pilotprojekt. Bedürftige Menschen sollen nicht länger Hartz IV, Wohngeld und weitere Sozialleistungen erhalten, sondern wie alle anderen in diesem Projekt ein Grundeinkommen vom Staat. Wie dieses Grundeinkommen genau aussehen soll, wird noch diskutiert. Die Ideen reichen vom bedingungslosen Grundeinkommen bis hin zum liberalen Bürgergeld.

Solche Ideen muten zunächst merkwürdig an. Allerdings sind die Beweggründe, neue Wege zu erproben, ernst. Experten befürchten, dass im Zuge der Digitalisierung mehr und mehr Arbeitsplätze verloren gehen könnten. Damit könnten Alternativen zum Erwerbseinkommen notwendig werden. Dieses Gedankenspiel ist es wert, sich damit zu beschäftigen. Es könnte Impulse für Alternativen zur heutigen Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems geben. Die brauchen wir dringend. Denn die demografische Entwicklung in Verbindung mit der Weiterentwicklung der Medizin stellen das heutige GKV-System genauso vor unlösbare Aufgaben wie eine vorrangig um Lohnarbeit herum organisierte Finanzierungsstruktur der Gesellschaft das mögliche Wegbrechen von Arbeitsplätzen.

> Grundeinkommen – Impulse für das Gesundheitssystem?

Das Grundeinkommen soll jedem seine Existenzgrundlage sichern. Es soll aber auch Selbstverantwortung und Eigenvorsorge fördern. Überträgt man diese Überlegungen auf die GKV hieße das, man reduziert sie auf das wirklich Notwendige. Das bedeutet: Der Leistungsumfang der heutigen GKV wird erheblich zurückgefahren werden müssen, um finanzierbar zu bleiben. Für alle darüber hinausgehenden Leistungen muss dann gelten: Die Bürgerinnen und Bürger entscheiden sich für einen Versicherungsschutz ihrer Wahl. Was wir brauchen, ist ein Ende der All-Inclusive-GKV. Sie ist so langfristig nicht lebensfähig. Und sie wird auf dem Rücken von uns Ärzten ausgetragen. Es ist also höchste Zeit für revolutionäre Gedankenspiele. ■

Zentralismus, Bürokratie und rein ökonomische Betrachtung könnten das deutsche Gesundheitssystem zum Kippen bringen.

Text: **Thomas Grünert**

Selbstverwaltung auf Abruf?

Grafik (links): FGS / Foto (rechts): G-BA

Das deutsche Gesundheitswesen gilt vielen als das beste der Welt. Als tragendes Ordnungsprinzip ist der Grundsatz der Selbstverwaltung von existenzieller Bedeutung für das Gesundheitssystem. Aber: Die vorbehaltlose Zustimmung zur Selbstverwaltung bröckelt. Der Staat greift zunehmend regulierend ein. Gemeinsame Entscheidungen von Ärzten, Kassen und Kliniken scheinen immer schwieriger zu werden. Partikularinteressen, aber auch persönliche Fehltritte in den Führungsgremien haben es der Politik zuletzt sogar nahegelegt, steuernd einzugreifen. Das sogenannte „Selbstverwaltungs-Stärkungsgesetz" kann gut auch als „Selbstverwaltungs-Kontrollgesetz" gesehen werden. Wie geht es also weiter mit dem Ordnungsprinzip Selbstverwaltung?

Neuer Bundestag – neue Ära

Der neue Bundestag wird für die politische Steuerung des Gesundheitswesens voraussichtlich eine komplett neue Ära einleiten. Dabei geht es keineswegs nur um die unterschiedlichen Einstellungen zur Bürgerversicherung oder den Erhalt des Zwei-Säulen-Prinzips von PKV und GKV. Es geht viel grundsätzlicher darum, dass die Politik – nahezu egal welcher Partei – mehrheitlich stärkere Eingriffe in die Lenkung des Gesundheitswesens für angebracht hält. Die Einschätzung, dass die Selbstverwaltung in der seit etwa 100 Jahren funktionierenden Konstellation auch weiterhin ihren gesellschaftlichen Auftrag zum Gemeinwohl erfüllen kann, ist unter Abgeordneten immer häufiger mit Vorbehalten belegt. Schuld daran sind zum einen sicher die Skandale in einigen Körperschaften, zum anderen aber auch mangelnder Mut in der Umsetzung von fach- und sachkompetenten Entscheidungen und mangelndes Engagement in den zumindest in der Ärzteschaft auf ehrenamtliche Mitwirkung angewiesenen Institutionen.

Eine wahre Flut von Gesetzen

Symptome gibt es reichlich. Man muss nur einmal auf die Gesetzesflut der letzten 15 Jahre schauen und auf die Institutionen, die geschaffen wurden, um ureigene Aufgaben der Selbstverwaltung als untergesetzliche Normgeber zu übernehmen. Bestes Beispiel ist der inzwischen übermächtige Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit seinem Institut für Qualität. Der G-BA ist faktisch längst keine Einrichtung unterhalb der Selbstverwaltung mehr, die vor allem in Fragen der Wirtschaftlichkeit von Leistungen und Verordnungen hilft. Er hat sich inzwischen zur führenden, die Versorgung lenkenden Instanz gewandelt. Auch wenn er formell noch unter der Flagge der Selbstverwaltung agiert, so sind die zentralistische Steuerung und die starke Bindung an einen politischen Gestaltungswillen offensichtlich. Der Begriff „Bundesamt für Versorgungsgestaltung" träfe die Funktion des G-BA wohl besser. Kein Zweifel, dass auch hier verantwortungsvoll gute Arbeit geleistet wird. Aber das Prinzip der Selbstverwaltung, in der der Staat lediglich eine Rechtsaufsicht hat, wird durch diese Institution langsam ausgehöhlt.

Management contra Heilberuf

Was aber macht eine funktionierende Selbstverwaltung aus? Da diese über Jahrzehnte nahezu geräuschlos funktionierte, haben sich nur wenige tiefgreifende Gedanken dazu gemacht. Besonders nicht die nachwachsende Generation junger Politiker, die jetzt ins Parlament drängt. Die Überzeugung, angesichts des sich rasant entwickelnden medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung in Kombination mit Finanzierungsfragen steuernd eingreifen zu müssen, ist in der aktuellen Politikergeneration weit verbreitet. Gesundheitsökonomen und Systemmanager finden in dieser Lage meist eher

Gehör als Ärzte und andere Heilberufe. Schon vor mehr als 20 Jahren analysierte der frühere Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Dr. med. h. c. Gerhard Vogt, in seinem viel beachteten Werk „Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel" deren Funktionen und Gestaltungsfähigkeit. Seine Warnung vor staatlichen Eingriffen und einer Entsolidarisierung der Akteure des Systems ist heute aktueller denn je.

Freiberuflichkeit als ethisches Prinzip

Ein funktionierendes Gesundheitswesen ist von existenzieller Bedeutung für jeden einzelnen Bürger. Und das Gesundheitswesen ist nationalökonomisch betrachtet einer der stärksten Wirtschaftsfaktoren Deutschlands. Mehr als fünf Millionen Menschen arbeiten hier. Die Selbstverwaltung übernimmt mittelbar die Aufgaben einer Staatsverwaltung und erfüllt diese im öffentlichen Interesse. Besonders die ärztlichen Körperschaften arbeiten im Sinne des Gemeinwohls für die Ordnung im Beruf, was in hohem Maße auf der Basis ehrenamtlicher Mitwirkung erfolgt. Ebenso bedeutend und in einer bis in das Mittelalter zurückreichenden Tradition verwurzelt ist der ethische und auf dem Prinzip der Freiberuflichkeit beruhende Auftrag des Arztes. Die Sicherung der bestmöglichen Behandlung des Patienten ist oft nur durch Emanzipation von direktem staatlichen Einfluss möglich. Die Behandlungsfreiheit ist ein Teil der freiberuflichen Orientierung des Arztberufes, der keiner Gewerbeordnung oder einem beamtenähnlichen Disziplinarrecht unterstellt werden darf. Die in der Freiberuflichkeit verankerte moralische Instanz des Arztberufes – gestärkt von autonomen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen – wird auch als Ausgleich gesehen zur finanziellen Organisationsmacht der Kassen. Nicht ohne Grund wurde den Ärzten der Sicherstellungsauftrag zur flächendeckenden Versorgung übertragen. In der Abwägung medizinischer und finanzieller Aspekte ist es der Grundkonsens einer funktionierenden Selbstverwaltung, dass der Arzt als sachkundiger Anwalt des Bürgers die ordnungsgemäße Patientenversorgung gestaltet. In einer immer mehr aus dem Gleichgewicht geratenden Selbstverwaltung wird ihm das aber zunehmend erschwert.

Unparteiische Kandidatinnen für den G-BA: Dr. Monika Lelgemann, Prof. Dr. Elisabeth Pott

Foto: Frank Thomas Koch (li.), Frommann (re.)

Mehr Engagement ist gefragt

Was ist also zu tun? Die Politik sollte sich intensiver mit den Grundlagen des Gesundheitswesens befassen. Die verfasste Ärzteschaft wäre gut beraten, eine einmütige, sachkundige und ethische Prinzipien berücksichtigende Vertretung nach außen zu organisieren. Ohne mehr persönliches Engagement und das Zurückstellen von Partikularinteressen verschiedener Arztgruppen und -verbände wird das nicht gehen. Die wirkungsvolle Politikberatung, die die Kammern aus ihrer Funktion und Tradition zu leisten haben, muss wieder mehr ausgeübt und respektiert werden, anstatt auf unterstaatliche Institutionen und Institute verteilt zu werden. Alles andere höhlt das Selbstverwaltungsprinzip aus. Wie seinerzeit schon Dr. Vogt resümierte, wären die Alternativen alles andere als wünschenswert: Das freie Spiel der Kräfte, wie man es in der Versorgungslandschaft der USA sieht, oder eine Zentralbürokratie, die auf eine Versorgung nach Kassenlage oder das, was die Politik bereit ist, dem Bürger zuzumuten, hinausläuft. Beides wäre ganz sicher keine schöne Zukunftsperspektive für das deutsche Gesundheitswesen. Denn das ist trotz allem noch immer eines der besten der Welt. ■

Gesundheitskarte Das digitale Prestigeprojekt hat schon Milliarden verschlungen, ohne irgendeinen Zusatznutzen zu bringen. Die neue Bundesregierung muss über die Zukunft der eGK entscheiden – und einen Schlussstrich ziehen oder endlich durchstarten.

Text: **Dr. Dorothea Siems**

Das Milliardengrab

Jedes Jahr im Herbst prangert der Steuerzahlerbund in einem Schwarzbuch besonders skandalöse Fälle von Verschwendung öffentlicher Gelder an. 2017 landete die elektronische Gesundheitskarte ganz oben auf der Sündenliste. 1,7 Milliarden Euro an Kosten für Entwicklung und Geräte seien mittlerweile aufgelaufen. Und weitere 1,5 Milliarden Euro seien bereits verplant. Doch elf Jahre nach dem Start des ambitionierten Projekts bringe die eGK noch immer keinerlei Zusatznutzen, rügt die Steuerzahlerlobby zu Recht und fordert: Da die Technik schon jetzt veraltet sei, sollte eine neue Bundesregierung das Vorhaben lieber endgültig begraben, statt immer neue Finanzmittel hinterherzuschießen.

Dabei hatte die Politik einst riesige Erwartungen an die eGK geknüpft. In Zeiten der Digitalisierung sollte die Karte jeder Arztpraxis, Apotheke und Klinik ermöglichen, auf alle wichtigen Patientendaten zuzugreifen. Auf diese Weise könnten Doppeluntersuchungen vermieden werden. Informationen über Vorerkrankungen und Medikamente, die ein Versicherter einnimmt, sollten zudem eine bessere Versorgung garantieren und am Ende auch Kosten einsparen – ein Quantensprung in der medizinischen Versorgung.

Doch zwei Jahre nach dem bundesweiten Rollout bietet die Chipkarte weder eine elektronische Patientenakte noch einen Organspenderausweis oder das E-Rezept mit der Möglichkeit einer Sicherheitsprüfung für Arzneimittel-Therapien. Gespeichert sind auf dem Plastikstück lediglich die Stammdaten des Versicherten. Alle anderen möglichen Funktionen können bisher nicht genutzt werden. Bis Ende 2018 sollen nun sämtliche Praxen und Kliniken mit der notwendigen Telematik-Infrastruktur ausgestattet sein, falls der Termin nicht ein weiteres Mal wegen technischer Probleme verschoben wird.

Nicht nur der Steuerzahlerbund, sondern auch die Krankenkassen sprechen von teurer Fehlinvestition und monieren, dass der Gesetzgeber mit der eGK auf eine mittlerweile völlig veraltete Technik setze. Längst werden im Ausland effizientere Alternativen angewandt. Die Technikerkrankenkasse und die AOK wollen nicht länger warten, sondern planen, jetzt mit einer eigenen Insellösung ins digitale Zeitalter zu starten. Und auch Bayerns Landesregierung will im kommenden Jahr mit dem Modellprojekt „Meine Gesundheitsakte digital" loslegen.

Stirbt die eGK also einen leisen Tod? Bislang hat das Bundesgesundheitsministerium entsprechende Gerüchte, die es seit Monaten gibt, stets dementiert. Und in der Tat spricht alle Erfahrung mit solchen Prestigeprojekten gegen eine Beerdigung. Auch der Berliner Flughafen BER sorgt seit Jahren für Schlagzeilen, weil die Kosten vollkommen aus dem Ruder laufen und der Eröffnungstermin schon mehrfach gekippt wurde. Angesichts immer neuer technischer Probleme und teils abstruser Planungsfehler wäre es allemal kostengünstiger, die Bauruine abzureißen und noch einmal von vorne anzufangen. Doch statt einen Schlussstrich zu ziehen, machen die Verantwortlichen in Berlin, Brandenburg und im Bund immer weiter.

Das Gleiche ist auch für die Gesundheitskarte zu erwarten. Bei einem endgültigen Aus müsste die Politik dem Bürger eine milliardenschwere Schadensbilanz präsentieren. Bei einem „Weiter so" hat man wenigstens am Ende irgendetwas vorzuweisen. Trotz der politischen Irrfahrt steht fest, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreiten wird. Und es ist für Leistungserbringer wie für Patienten gut, wenn das Tempo jetzt nicht mehr allein vom Fortschritt bei der eGK abhängt. ■

Illustration: iStock

Stiftung Privatmedizin

für eine freiheitliche Beziehung
zwischen Patient und Arzt

Gesundheit ist Freiheit, Verantwortung, Forschung und Mehrwert.

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

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

Jetzt spenden

www.stiftung-privatmedizin.de

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

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

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

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

PVS®

Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de