



Die Doppelrolle

Familie und Arztberuf unter einen Hut zu bringen, ist schwierig, aber machbar.

14

Praxisfinanzen

Enormer Veränderungsdruck

Digitalisierung und Vermögensaufbau in der Niedrigzinsphase. Ein Interview mit Ulrich Sommer von der apobank.

26

Gesundheitspolitik

Kein Anlass zur Radikalreform

Ein Gespräch mit Dr. Volker Leienbach über die Zukunft der PKV.

30

Gastkommentar

Männerquote für Ärzte?

Nur mit einem Einserabitur steht einem der Arztberuf offen. Das lässt den Frauenanteil immer weiter steigen.

Ausgabe 8 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement

4 Ehrensache Diskretion

Digitale Patienteninformationen stehen seit Jahren im Fokus von Datenschützern. Doch wie steht es um die Sicherheit der „analogen“ Patientendaten, um die Vertraulichkeit in den Praxisräumen?



7

TITEL

Die Jongleure

Einiges wurde in den letzten Jahren auf den Weg gebracht, damit berufstätige Eltern ihre Arbeit und ihre Familie besser ausjulgieren können. Doch was davon bringt auch Ärzten etwas?

Praxis & Recht

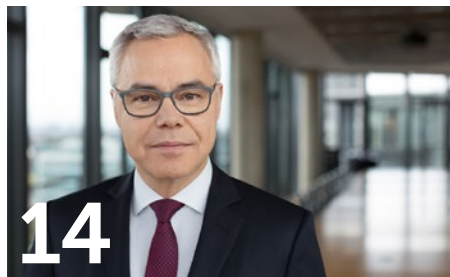


12

Gericht verneint Abrechnungsbetrug

Immer wieder gerät die Abrechnung von Speziallaborleistungen ins Visier der Staatsanwaltschaft. Ein aktueller Beschluss des Oberlandesgerichts Düsseldorf sorgt jetzt für mehr Klarheit.

Praxisfinanzen



14

Enormer Veränderungsdruck

Im September wird Ulrich Sommer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer. Ein Interview zum Kennenlernen.



16

Renditen von der Rebe

Sich ein paar gute Weine in den Keller zu legen, ist immer eine gute Idee. Mit dem richtigen Flaschenportfolio lässt sich dabei auch noch Geld verdienen.

PVS-Positionen

20 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN Kein „Prexit“ im Gesundheitswesen

Wollen die Wähler den „Prexit“, die Amputation der PKV als einer der Säulen unseres Gesundheitswesens? Die Konzentration auf ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sollte andere Themen hervorbringen.

22 PVS-Telematiktochter PADline präsentiert sich auf der conHIT



23

Experiment Bürgerversicherung

Welche Folgen hätte die Einheitskasse für die ambulante medizinische Versorgungsstruktur?

Abrechnung

24 Niemals Ziffer 50 GOÄ neben Ziffer 100 GOÄ abrechnen

Für die Leichenschau ist ausschließlich Nr. 100 GOÄ anzusetzen. Das stellt das Landgericht Kiel in einem aktuellen Beschluss fest.

Gesundheitspolitik



Kein Anlass für eine Radikalreform

Ein Interview mit Dr. Volker Leienbach zu vermeintlichen und vielleicht auch realen Problemen der PKV.

Gastkommentar



Eine Männerquote für Ärzte?

Nur mit einem Einserabitur steht einem der Arztberuf offen. Das lässt den Frauenanteil unter den Ärzten immer weiter ansteigen – mit unerwünschten Folgen für die medizinische Versorgung.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | SCHÄFERS KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

21 | VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ja, es herrscht Wahlkampf in Deutschland. Aber nicht auf unserem Titelbild. Mit der Farbe des Hintergrundes wollen wir Ihnen also keinesfalls ans Herz legen, bei der kommenden Bundestagswahl für eine Partei zu votieren, deren Ziel eine alternative spirituelle Politik im neuen Zeitalter ist. Obwohl das gesundheitspolitische Programm der Partei überraschend fein ausgearbeitet ist, auf Wahlfreiheit, Eigenverantwortung und Kostentransparenz setzt ...

Nein, wir wollen ganz bewusst Assoziationen zu „Frauenthemen“ wecken, im Hintergrund. Denn unser Titelthema ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Der Arztberuf ist alles andere als ein Nine-to-Five-Job, das ist klar. Aber muss man auf eine Familie verzichten, wenn man in diesem Beruf Karriere machen möchte? Die Hälfte aller Medizinstudentinnen glaubt, dass das so ist, das ist das Ergebnis einer Umfrage des Hartmannbundes. Das kann und darf schlechterdings nicht sein. Deshalb haben wir uns umgeschaut. Was wird getan und was kann man selbst tun, um diesen Spagat zu schaffen? Dabei zeigt sich auch: Es ist längst kein reines Frauenthema mehr. Denn immer mehr Männer wollen mehr als Gute-Nacht-Kuss-Papis sein. Das gilt auch für Ärzte.

Dazu passend haben wir ein überaus kontroverses Thema aufgegriffen. In ihrem Gastkommentar wirft Dorothea Siems die Frage auf, ob wir eine Männerquote für das Medizinstudium brauchen. Tatsache ist, dass weitaus mehr Frauen als Männer Medizin studieren. Ein Grund: Es machen mehr Mädchen als Jungen Abitur, und das auch noch mit besseren Noten. Der Numerus clausus führt dann zu dem, was vielerorts als „Feminisierung“ der Medizin beschworen wird.

Aber natürlich geht der Wahlkampf auch an unserem Magazin nicht vorüber. Die Bürgerversicherung wird von bestimmten politischen Parteien erneut als gesundheitspolitisches Allheilmittel beschworen, während gleichzeitig der PKV der baldige Tod prophezeit wird. Deshalb berichten wir über eine aktuelle Studie, die sich mit den konkreten Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die ambulante medizinische Versorgung befasst, und fragen Dr. Volker Leienbach, den Direktor des PKV Verbandes, wie es um die Gesundheit seiner Mitglieder tatsächlich bestellt ist.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen Ihrer zifferdrei.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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



Patientenanamnesebögen persönlich übergeben und übergeben lassen – und die Daten sofort in die Datenbank einpflegen, den Bogen abheften; müssen Anamnesebögen transportiert werden, dann möglichst in undurchsichtigen Heftern.



Monitore und Faxgeräte so aufstellen, dass der Bildschirm oder eingehende Papiersendungen nicht einsehbar sind. Geöffnete Patientendateien schließen, bevor ein neuer Patient den Raum betritt.

Diskretion und Datenschutz Digitale Patienteninformationen stehen seit Jahren im Fokus von Datenschützern und Behörden. Doch wie steht es um die Sicherheit der „analogen“ Patientendaten, um die Vertraulichkeit innerhalb der Praxisräume? Experten fordern mehr Sensibilisierung.

Text: Romy König Illustration: Martin Schulz

Ehrensache Diskretion



Wie alt ist Ihr Hörgerät nochmal?", schallt es quer durch das Empfangszimmer der HNO-Praxis. Die Patientin schreckt zusammen, schaut sich um. Sie verheimlicht keinem, dass sie eine Hörhilfe trägt, aber muss gleich jeder im Raum davon erfahren? Mit ihr warten noch einige Patienten in dem kleinen Bereich vor dem Tresen, aus den Augenwinkeln sieht sie ausgerechnet einen Kollegen stehen – kein großer Zufall, ihr Arbeitsplatz ist ja gleich eine Straße weiter. Sie ärgert sich und fragt sich: Muss das sein? Und: Darf das sein?

„Ärzte und Zahnärzte müssen gewährleisten, dass die Diskretion in ihrer Praxis gewahrt bleibt“, sagt Torsten Koop vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein. Die öffentliche Einrichtung berät Behörden und Wirtschaft in Fragen der Datensicherheit und stellt seit letztem Herbst sukzessive einen Datenschutz-Check-up für Arztpraxen zusammen. „Die Sicherstellung von Diskretion in einer Arztpraxis ist Teil der Schweigepflicht, die Ärzte einhalten müssen“, so Koop. „Die unbefugte Offenbarung von Patientengeheimnissen steht unter Strafe.“

Doch während der Schutz digitaler Patienteninformationen seit Jahren im öffentlichen Bewusstsein steht und zahlreiche Seminare



Klären Sie auch Ihre Mitarbeiter über den nötigen **Datenschutz** auf; sensibilisieren Sie sie dafür, nicht vor den Ohren anderer Personen Patienten und Krankengeschichten auszutauschen; auch Fachgespräche sollten hinter verschlossenen Türen stattfinden.

solche Indiskretionen, wie jüngst eine Datenauswertung des Ifabs zeigte: Etwa die Hälfte von 100.000 befragten Patienten kritisierten in Feedbackbögen ihrer Ärzte fehlende oder ungenügende Vertraulichkeit in der Praxis.

Natürlich muss es in einer Arztpraxis oft schnell gehen. Müssen rasch Daten abgefragt, auch mal Rückfragen gestellt, Anamneseblätter erst mal zwischengelagert werden, bevor sie abgeholt werden können. Auch stets darauf zu achten, dass kein Dritter das Gespräch mit einem Patienten mithören kann, ist umständlich, kostet Zeit – und wird einfach auch schlicht einmal vergessen.

Die ersten Ärzte investieren daher in bauliche Maßnahmen, um von vornherein eine klare Diskretionszone zu schaffen. Auch der Allgemein- und Sportmediziner Michael Fritz aus dem nordrhein-westfälischen Viersen hat sich unlängst zu diesem Schritt entschlossen: „Ich habe meinen Anmelde- und Empfangsbereich umgebaut, um der Anforderung, die Diskretion in der Arztpraxis zu wahren, gerecht zu werden“, sagt er. Er zog eine Glastür in seinen Empfang ein und bittet seither seine Patienten, vor der Tür Platz zu nehmen und immer nur einzeln in den Anmeldebereich einzutreten. Ein offener Empfangsbereich, in dem jedes Gespräch mitgehört werden kann, jede Frage nach einer Überweisung zu einem Psychiater oder Urologen auch Dritte mitbekommen könnten, war für ihn mit der Schweigepflicht nicht mehr vereinbar. „Die Schweigepflicht bildet doch die Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient“, so der Mediziner.

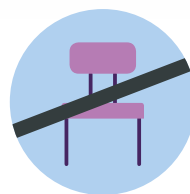
Nun möchte nicht jeder Arzt in Baumaßnahmen investieren; auch lassen manche Räumlichkeiten keine Umbauten zu. Aber dann könnten Ärzte zum Beispiel Diskretionslinien im Bodenbelag anbringen, empfiehlt Petra Carlile, „ähnlich wie das Banken machen“. Dass der Empfangsbereich dadurch zu kalt und unpersönlich wirken könnte, glaubt die Münchnerin, die als Coach für Ärzte arbeitet, nicht: „Das kann man durchaus auch schön und stilvoll gestalten, etwa mit einem seitlichen Blumenarrangement.“

dazu angeboten werden, ist es um die Vertraulichkeit in Arztpraxen nicht so gut bestellt. Die „analoge Datensicherheit“, wie Klaus-Dieter Thill sie nennt, werde in deutschen Arztpraxen „täglich tausend Mal verletzt“. Thill ist Inhaber des Instituts für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategieentwicklung (Ifabs), auf Arztpraxen spezialisiert – und weiß von zahlreichen Verstößen. Da sprechen Praxisangestellte laut über das Krankheitsbild eines Patienten – in Hörnähe eines anderen; da liegen ausgefüllte Anamnesebögen minutenlang sichtbar und lesbar auf dem Empfangstresen. Patienten reagieren durchaus sensibel auf

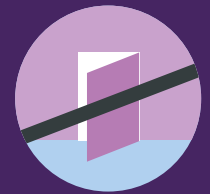
Innenarchitektin Ute Soelch ist solchen Maßnahmen gegenüber skeptisch: „Diskretionszonen bieten, wenn überhaupt, nur optischen Schutz“, sagt die Ingenieurin. „Aber um auch ein Gespräch nicht mithören oder verstehen zu können, müsste diese Zone schon einen Radius von mehreren Metern bilden.“ Sie plädiert daher für eine besondere Raumaufteilung und dafür, einen, wie sie es nennt, „Servicebereich Rezeption“ zu schaffen: „Eine offene Empfangstheke als Auftakt und ein abgetrennter Back-Office-Raum im Hintergrund, in dem vertrauliche Daten diskret aufgenommen werden können.“ Falls der Raumbedarf dies zulasse, ließe sich auch zusätzlich zu den beiden Räumen ein weiteres Zimmer einrichten, in dem das Personal in einem persönlichen, vertraulichen Rahmen alle Patientendaten aufnehmen und auch beraten könne. Gerade für Praxen, in denen Empfangs- und Wartebereich offen ineinander übergehen, sei dies eine gute, „wenn nicht sogar unabdingbare“ Lösung, so Soelch.

Idealerweise ist auch das Telefon vom Empfang verbannt, wie Petra Carlile anmerkt. „Sonst kann jeder, der gerade am Tresen steht, den geführten Telefonaten zuhören, persönliche Daten und Krankheiten anderer Patienten erfahren – und zwar, ob er will oder nicht.“ Ihr Tipp: Auch dafür möglichst einen eigenen Raum zur Verfügung stellen, und den gleich mit allen weiteren technischen Notwendigkeiten wie PC und Headset ausstatten.

Für Praxen, die zu klein sind für eine neue Raumaufteilung, hat Innenarchitektin Soelch noch einen weiteren Vorschlag, auch dies eine Idee aus den Schalterbereichen der Bankhäuser: die sogenannte Diskretionsbeschallung. „Das ist eine technische Einrichtung, die um das Gespräch am Empfang einen akustisch isolierten Raum schafft“, erklärt die Ingenieurin. „Die dafür erforderlichen Lautsprecher und Richtmikrofone lassen sich mit relativ geringem Aufwand einbauen.“ Und mitgehörte Gespräche sind Geschichte. ■



Keine Stühle im Tresenbereich aufstellen. Auch wenn gerade kleine Praxen versuchen, jeden Platz auszunutzen, um Warteraum für Patienten zu schaffen – die Meter vor oder rund um die Empfangstheke sind tabu. Gleiches kann für etwaigen Extraraum vor Behandlungszimmern gelten: Prüfen Sie besser, ob Gespräche tatsächlich nicht von außen hörbar sind, bevor Sie dort Stühle platzieren.



Die Tür zum Wartezimmer möglichst geschlossen halten; eine Videoüberwachung im Wartebereich ist zudem unzulässig.



Illustration: iStock

Vereinbarkeit von Beruf und Familie Einiges wurde in den letzten Jahren auf den Weg gebracht, damit berufstätige Eltern ihre Arbeit und ihre Familie besser ausjulgieren können. Doch was davon bringt auch Ärzten etwas? Ein Zustandsbericht.

Text: Conny Meissner

Die Jongleure

Bettina Wurl hat sich bemerkenswert gut organisiert: Die Allgemeinmedizinerin und fünffache Mutter leitet eine eigene Praxis in Berlin, arbeitet an vier Vormittagen und zwei Nachmittagen pro Woche, hält sich die restliche Zeit frei, um Einkäufe zu erledigen und für ihre Kinder da zu sein.

Sie ist eine von vielen Müttern in Deutschland, die versuchen, zwei Welten unter einen Hut zu bekommen: die Arbeit als niedergelassene Ärztin mit den täglichen Sprechstunden, Bereitschaftsdiensten, Hausbesuchen und dazu der Verwaltungsarbeit für die Praxis auf der einen und die Familie auf der anderen Seite, zum Beispiel Spiel und Gespräche mit den Kindern, Beaufsichtigung der Hausaufgaben und Erledigungen für den Haushalt.

„Nicht mehr so stark aufopfern wie früher“

Für Frauen wie Bettina Wurl erheben immer mehr Funktionäre und Politiker ihre Stimme: Seit Jahren etwa kämpft Astrid Bühnen, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), für familienfreundlichere Arbeitsbedingungen in der Medizin: Sie legt Studien auf, weist beständig darauf hin, dass Frauen in der Medizin benachteiligt würden und gerade „Mütter sich dabei stärker unter Druck sehen als Ärztinnen ohne Kinder“, so Bühnen. „Die Arbeitswelt muss familienfreundlicher werden und

nicht etwa Familien immer arbeitsfreundlicher“, so auch die Überzeugung von Manuela Schwesig. Als die Bundesfamilienministerin vor drei Jahren dafür plädierte, alle „beruflichen Nachteile, die sich aus dem Geschlecht ergeben“, beiseite zu räumen und ein Gesetz für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Führungspositionen auf den Weg brachte, arbeitete der Ärztinnenbund aktiv mit, brachte eigene Vorschläge ein. Auch Rudolf Henke, Vorstandsvorsitzender des Marburger Bundes, sprach sich früh dafür aus, Mediziner dabei zu unterstützen, Beruf und Arbeit stärker in Einklang zu bringen: „Sie möchten neben ihrem Beruf ein erfülltes Leben führen, eine Familie gründen und sich nicht mehr so dem Beruf aufopfern wie dies in den früheren Ärztegenerationen der Fall war“, sagte der studierte Internist und heutige Bundestagsabgeordnete auf einem Ärztekongress. Seine Sorge galt dabei auch der flächendeckenden Versorgung: Wenn es nicht gelinge, den Ärzten eine gute Kinderbetreuung und geregelte Arbeitszeiten zu ermöglichen, würde sich



Foto: Bundesregierung/Denzel

Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig: „Die Arbeitswelt muss familienfreundlicher werden und nicht etwa Familien immer arbeitsfreundlicher.“

der Ärztemangel „hierzulande deutlich verschärfen“, so der Politiker.

Die Politik ist nicht zuletzt alarmiert von Umfragen wie jener des Hartmannbundes aus dem Jahr 2014, nach der die Hälfte der Medizinstudentinnen glaubt, auf Kinder verzichten zu müssen, wenn sie im Ärzteberuf Karriere machen will. Oder, wie sich die Zahlen im Umkehrschluss auch lesen lassen: auf eine Karriere in der Medizin verzichten zu müssen, wenn sie – heute oder später – eine Familie gründen möchte. Auf dem Land etwa, wo schon heute Ärztemangel herrscht, wollen sich nur neun Prozent der angehenden Ärzte niederlassen; ein großer Rest der Befragten würde sich zu diesem Schritt höchstens dann bewegen lassen, wenn er Unterstützung bei der Kinderbetreuung erhielte.

Die Politik beginnt zu reagieren

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren an einigen Stellschrauben gedreht: Seit 2012 kann sich eine niedergelassene Ärztin nach der Geburt ihres Kindes ein Jahr lang in ihrer Praxis vertreten lassen; zuvor waren es nur sechs Monate. Und da sich viele Berufstätige in der Rush Hour ihres Lebens nicht nur um die Kinder, sondern auch um die Pflege der älteren Generation, also etwa eines greisen Elternteils oder einer vielleicht bettlägerigen Tante, kümmern müssen, können sie in solchen Fällen für sechs Monate einen Entlastungsassistenten für die Unterstützung in der Praxis beantragen. Auch das ElterngeldPlus soll berufstätigen Eltern helfen, insofern als sie, wenn sie nach der Geburt des Kindes Teilzeit arbeiten möchten, die Bezugszeit des Elterngeldes verlängern können: Aus einem Elterngeldmonat werden zwei ElterngeldPlus-Monate. Entscheiden sich Mutter oder Vater, zeitgleich mit ihrem Partner in Teilzeit zu gehen – vier Monate lang parallel und zwischen 25 und 30 Wochenstunden – erhalten sie außerdem mit dem sogenannten Partnerschaftsbonus vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate. Aktueller Wurf ist nun das neue Mutterschutzgesetz, wonach schwangere Frauen selbst entscheiden können, ob und wie lange sie weiterhin arbeiten wollen. Das sei insbesondere für Ärztinnen in der Facharztweiterbildung relevant, wie Astrid Bühren vom DÄB betont: „Bei ihnen verlängern sich während der Schwangerschaft die Ausbildungszeiten unnötig, da sie oft auf Tätigkeiten verwiesen werden, die bei der Weiterbildung nicht angerechnet werden können.“

Auch sollen neu aufgelegte und von der Regierung finanzierte Kurse ausgebildeten Mediziner nach einer längeren Berufspause den Wiedereinstieg in den (Hausarzt-) Beruf erleichtern, etwa in Rheinland-Pfalz: „Wir haben viele ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf nicht oder nicht mehr ausüben, weil sie sich die ärztliche Tätigkeit nach einer längeren Erziehungszeit nicht mehr zutrauen“, erklärt die Landesgesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Sie sollen nun mit Seminaren wieder mit dem medizinischen Alltag vertraut gemacht, Hürden für den Wiedereinstieg abgebaut werden.

Reichen all diese politischen Nachbesserungen? Nicht ganz, sagt Bettina Wurl. Sie wünscht sich auch mehr Verständnis für ihre Situation, etwa wenn es um

Wir haben viele ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf nicht oder nicht mehr ausüben, weil sie sich die ärztliche Tätigkeit nach einer längeren Erziehungszeit nicht mehr zutrauen.



Abrechnungsfristen geht. „Hier könnte ich mir einen großzügigeren Umgang vorstellen“, so die niedergelassene Ärztin. Vor allem gegen Quartalsende kommt sie ein ums andere Mal ins Schlingern, gegen Jahresende schafft sie es oft gar nicht, ihre Abrechnungen pünktlich einzureichen. „Da ist Weihnachten, da ist Silvester, da sind die Kinder alle zu Hause – und dann bekommt man irgendwann Post von den Stellen mit Verweis auf die Fristen und dass das so aber doch bitte nicht ginge.“ Auch länger als drei Wochen zu fehlen, ist nicht einfach mal so drin. „Dann muss man einen Vertreter stellen, den anmelden, auch das sollte man vielleicht flexibler handhaben können.“ Froh ist sie, dass ihre Kinder etwas älter sind und auch mal alleine zu Hause sein können. Schwerer haben es dagegen jene Frauen, gleich ob Praxisinhaberin oder medizinische Fachangestellte, die sich um die Kinderbetreuung kümmern müssen. Kita- und Kindergartenplätze sind rar, Tagesmütter teuer. Doch viele Frauen sind erfinderisch: Manche niedergelassenen Ärztinnen schließen sich mit anderen zusammen, arbeiten in Gemeinschaftspraxen und können hier ihre Zeiten flexibler handhaben. Eine Organisationsform, die sich bis zu den Universitäten herumspricht: Mehr als zwei Drittel der heutigen Medizinstudenten, die damit liebäugeln, sich später niederzulassen, würden laut Hartmannbund-Umfrage eine Gemeinschaftspraxis oder eine Praxiskooperation einer Einzelpraxis vorziehen. Das liegt vor allem (mit 72 Prozent

Muss man auf Kinder verzichten, um im Arztberuf Karriere zu machen? Die Hälfte der Medizinstudentinnen glaubt, dass das so ist.



46%

der arbeitenden Mütter haben ständig ein schlechtes Gewissen, Familie, Partner und Freunde zu vernachlässigen.



80

Kliniken und Krankenhäuser hat die Beruf- und Familie Service GmbH bislang als familienfreundlich eingestuft.



Für mehr als

1/3

der 2014 geborenen Kinder bezog nicht nur die Mutter, sondern auch der Vater Elterngeld.

Nennung) am finanziellen Risiko, das die jungen Leute für eine eigene Praxis schultern müssten. Doch schon als zweitwichtigsten Grund – noch vor dem hohen bürokratischen Aufwand und vor der Teamarbeit, die sie hier vermissen würden – geben die Studenten die Sorge an, als Alleinkämpfer Beruf und Familie nicht unter einen Hut bringen zu können.

Kinder kommen zum Mittagessen in die Praxis

Manche Praxen suchen auch den Kontakt zu den großen Kliniken der Gegend, versuchen, ihre Kinder in den dortigen Betriebskindergärten unterzubekommen. „Manchmal bieten das die Kliniken auch von sich aus an“, sagt Sabine Ridder, die bis vergangenes Jahr den Verband der medizinischen Fachangestellten leitete. Sie weiß auch von vereinzelten Praxen, die über die Mittagspause schließen und in diesen zwei oder drei Stunden die Räumlichkeiten für die Kinder der Mitarbeiter öffnen. „Da werden dann zusammen Hausaufgaben gemacht oder es wird gemeinsam gegessen.“ Und Mütter und Kinder können so gemeinsam Zeit verbringen.

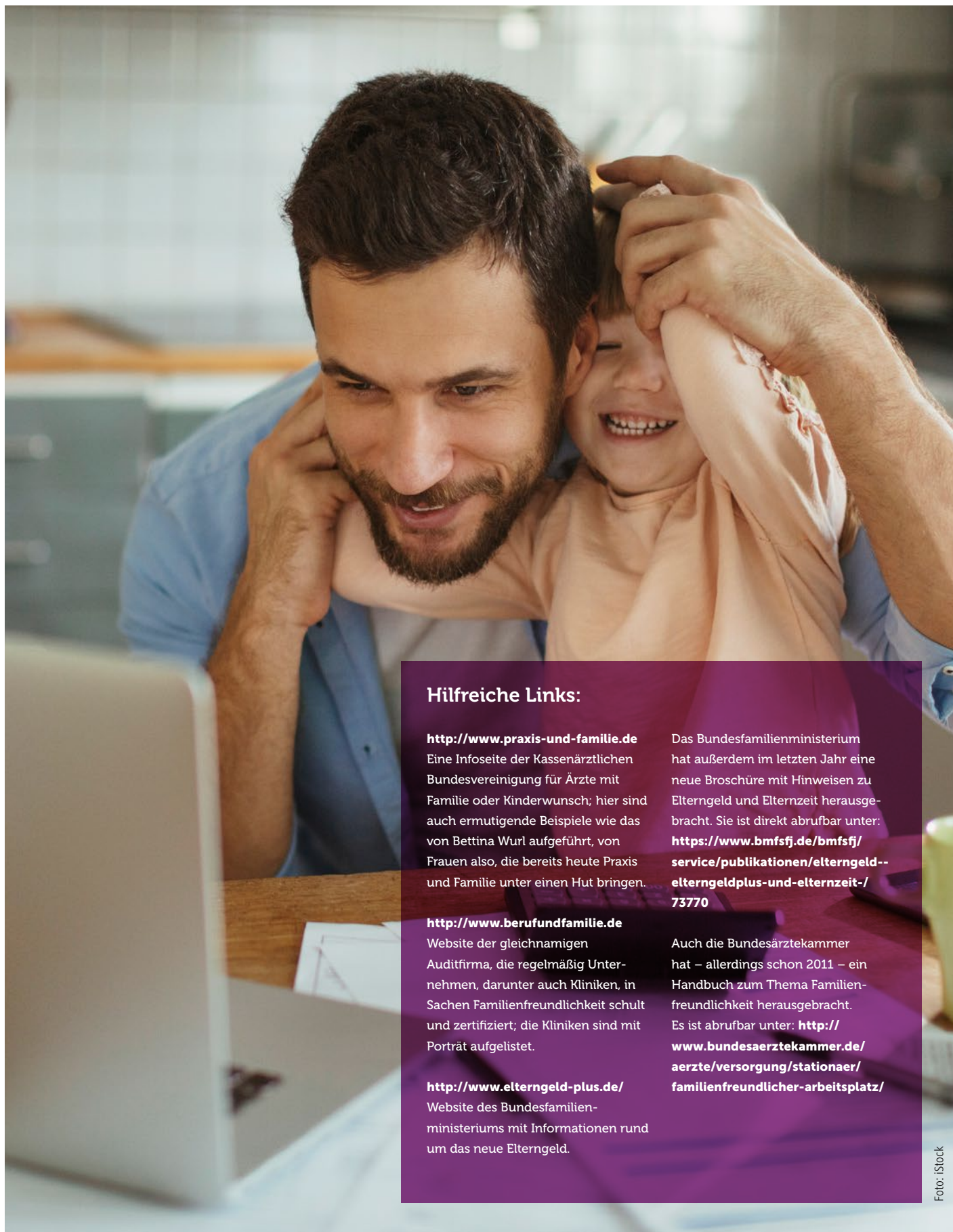
Bettina Wurl wechselt sich mit ihrem Mann, einem ebenfalls niedergelassenen Arzt, ab: An zwei Nachmittagen die Woche arbeitet er weniger oder gar nicht und kümmert sich um die Betreuung der Kinder. Anstrengend bleiben jedoch die Bereitschaftsdienste, die sie manchmal überneh-

Manche niedergelassenen Ärztinnen schließen sich mit anderen zusammen, arbeiten in Gemeinschaftspraxen und können hier ihre Zeiten flexibler handhaben.

men muss. Dann hat sie so manche Nacht nicht geschlafen und muss doch morgens wieder für die Kinder fit sein. „Dann kann es auch mal chaotisch werden.“ Ansonsten klappe die Verknüpfung von Familienleben und Beruf vor allem deshalb gut, weil die Familie ein eingespieltes Team sei, die fünf Kinder gut mitdächten – und weil sie als Ärztin niedergelassen ist. „In einer Klinik hätte ich mir das nicht zugetraut.“

Familienfeind Klinik?

Denn auch wenn eine Angestelltenexistenz gegenüber der Selbstständigkeit gewisse Sicherheiten bringen mag, im klinischen Berufsleben herrschen dafür andere Zwänge: Patienten müssen schließlich rund um die Uhr versorgt werden, Notfälle richten sich nicht nach Dienstplänen der Ärzte. Dennoch, darauf weist die Bundesärztekammer hin, sind Kliniken gegenüber ihren Angestellten in der Pflicht. Viele Klinikbetreiber hätten es bisher versäumt, ihre Arbeitsstrukturen den veränderten Bedürfnissen ihrer Mitarbeiter anzupassen; die Klinikwelt sei gekennzeichnet „vom Anspruch an eine fast permanente berufliche



Hilfreiche Links:

<http://www.praxis-und-familie.de>
Eine Infoseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Ärzte mit Familie oder Kinderwunsch; hier sind auch ermutigende Beispiele wie das von Bettina Wurl aufgeführt, von Frauen also, die bereits heute Praxis und Familie unter einen Hut bringen.

<http://www.berufundfamilie.de>
Website der gleichnamigen Auditfirma, die regelmäßig Unternehmen, darunter auch Kliniken, in Sachen Familienfreundlichkeit schult und zertifiziert; die Kliniken sind mit Porträt aufgelistet.

<http://www.elterngeld-plus.de/>
Website des Bundesfamilienministeriums mit Informationen rund um das neue Elterngeld.

Das Bundesfamilienministerium hat außerdem im letzten Jahr eine neue Broschüre mit Hinweisen zu Elterngeld und Elternzeit herausgebracht. Sie ist direkt abrufbar unter: **<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/elterngeld--elterngeldplus-und-elternzeit-/73770>**

Auch die Bundesärztekammer hat – allerdings schon 2011 – ein Handbuch zum Thema Familienfreundlichkeit herausgebracht. Es ist abrufbar unter: **<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/stationaer/familienfreundlicher-arbeitsplatz/>**

Verfügbarkeit der Mitarbeiter“, bei der die Vereinbarkeit von Familie und Beruf „zwangsläufig auf der Strecke“ bliebe.

Doch schon denken einige Kliniken um und erarbeiten familienfreundliche Konzepte: Das städtische Klinikum Braunschweig betreibt zum Beispiel einen eigenen Betriebskindergarten, in dem bis zu 80 Kinder aufgenommen werden können. Die Randöffnungszeiten sind an die Schichtpläne ihrer Eltern angepasst: Die Kita startet morgens um 6:00 Uhr und schließt nicht vor 20:00 Uhr abends; Ferienzeiten, wie bei vielen Tagesstätten üblich, gibt es nicht. Außerdem bietet das Krankenhaus seinen Mitarbeitern Betreuungsmöglichkeiten in Notfällen. Die Klinik ist heute kein Einzelfall mehr: Gut 80 Kliniken und Krankenhäuser hat die Beruf und Familie Service GmbH, ein Managementdienstleister unter dem Schirm der Hertie-Stiftung, bislang als familienfreundlich eingestuft und ihnen ein entsprechendes Zertifikat verliehen. Große Unikliniken und solche unter privater Trägerschaft sind darunter, aber auch Akutkrankenhäuser und freigemeinnützige Einrichtungen.

Die Kliniken haben auch kaum eine andere Wahl, als auf Familienfreundlichkeit zu setzen, um Ärztenachwuchs anzuwerben. Sie brauchen die jungen Frauen, brauchen die Mütter, wenn sie nicht bald ohne ärztliches Personal dastehen wollen. Das Etikett „familienfreundlich“ hat eine besondere Werbewirkung: In zahlreichen Stellenanzeigen für Ärztenachwuchs findet sich dieses Prädikat.

Wir sollten uns doch auch mal wieder darüber klar werden, was Kinder bedeuten, welche Freude sie mitbringen.

Kein reines Frauenthema mehr

Und mehr noch: Statt nur auf die berufstätigen Mütter und ihre Bedürfnisse zu schauen, geraten nun auch die Väter stärker in den Blick: Statt nur von der „Feminisierung“ der Medizin zu sprechen, bevorzugen heute viele den Begriff „Famolisierung“: Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie betitelte so jüngst eine Veranstaltung. Denn schließlich wollen auch immer mehr Männer häufiger Zeit mit ihren Kindern verbringen, mehr als nur der Gute-Nacht-Kuss-Papi sein, der kaum zu Hause ist. Das 2007 in Kraft getretene Elternzeitgesetz ermöglicht auch Vätern, in Elternzeit zu gehen – eine Option, die immer mehr Männer nutzen: Für mehr als ein Drittel der 2014 geborenen Kinder bezog nicht nur die Mutter, sondern auch der Vater Elterngeld – das sind 2,2 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr.

Und auch die Kliniken entdecken die Väter: Die Charité hat schon vor acht Jahren den damals deutschlandweit ersten Väterbeauftragten eingesetzt, andere Häuser, etwa die Kliniken Essen und Braunschweig, haben in den letzten Jahren nachgezogen: Hier kümmern sich eigens abgestellte Vertrauenspersonen um die Belange von männlichen Kollegen, beraten sie in Sachen Elternzeit, geben



Foto: Charité Berlin

Die Charité hat schon vor acht Jahren den damals deutschlandweit ersten Väterbeauftragten eingesetzt.

Tipps zum Elterngeld und beantworten Fragen zu Ruf- und Bereitschaftsdiensten in der Elternzeit.

Allesamt Initiativen, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch in der Medizin abzielen. Und auch im Sektor der Niedergelassenen tut sich etwas, gibt es laut Bundesärztekammer einzelne Gemeinden, die für Wochenenden und Feiertage Bereitschaftsdienstzentralen bereithalten: Die Ärzte im Bereitschaftsdienst verrichten ihren Dienst in Schichten und übernehmen die Präsenzpflcht der Niedergelassenen. „Hier ist dann auch ungestörtes Privatleben am Wochenende möglich“, so die BÄK.

Es scheint sich gerade einiges zu verändern im Bewusstsein gegenüber berufstätigen Ärzten und Ärztinnen; und vielleicht kann künftig auch das helfen, woran Sabine Ridder erinnert: „Wir sollten uns doch“, so sagt sie, „auch mal wieder darüber klar werden, was Kinder bedeuten, welche Freude sie mitbringen.“ Und mehr noch: Welche besonderen Kompetenzen sie auch in ihren Eltern fördern und hervorbringen. Wer Kinder habe, sagt Ridder, bringe viel Positives mit in die Praxis oder Klinik. „Die Arbeitgeber und Kollegen müssen nur laut und überzeugt ‚Ja‘ dazu sagen!“ ■

Speziallabor Immer wieder gerät die Abrechnung von Speziallaborleistungen ins Visier der Staatsanwaltschaft. In einem aktuellen Beschluss hat das Oberlandesgericht Düsseldorf jetzt klargestellt, in welchen Fällen ein Arzt diese Leistungen dem Patienten in Rechnung stellen darf.

Text: Eugenie Ankowitsch

Gericht verneint Abrechnungsbetrug

Ein Arzt, der Speziallaborleistungen im externen Labor erbringt, macht sich nicht automatisch des Abrechnungsbetruges schuldig, wenn er sie gegenüber den Patienten als eigene Leistung abrechnet – zumindest dann, wenn er an der Untersuchung mitgewirkt und nicht lediglich die Proben eingesendet hat. Das hat nun das Oberlandesgericht Düsseldorf in einem Beschluss vom 20. Januar 2017 entschieden. Allerdings wird sich erst noch zeigen müssen, ob auch andere Gerichte dieser Auffassung folgen werden.

Erfolgt jedoch auch die medizinische Validation der Ergebnisse durch den anweisenden Arzt, ist die Privatliquidation vertretbar.

Bei der Frage der Delegation und Abrechnung von Laborleistungen kommt es immer wieder zu Fehlinterpretationen und Missverständnissen hinsichtlich der Rechtslage. Dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung folgend hatten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in ihren Empfehlungen aus dem Jahr 2008 strenge Anforderungen auch für die Labormedizin aufgestellt. Danach ist unter anderem eine örtliche Anwesenheit des zuständigen Arztes erforderlich, die ein jederzeitiges Einschreiten ermöglicht, auch wenn es sich um überwiegend automatisierte

Untersuchungsverfahren handelt. Diese Empfehlungen werden zur Auslegung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung regelmäßig auch von Gerichten herangezogen.

Zuletzt beschäftigte sich das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf mit dem Fall eines von der Staatsanwaltschaft wegen Abrechnungsbetruges beschuldigten Arztes. Der Mediziner betrieb eine Arztpraxis in Düsseldorf und war Mitgesellschafter einer Ärztlichen Apparategemeinschaft, die ein Labor in der nordrhein-westfälischen Landeshauptstadt betrieb.

In der Arztpraxis wurden den Patienten die Proben entnommen und auch bereits zentrifugiert. Die Probenröhrchen wurden nach einer Begutachtung durch den Arzt mit einem Barcodeaufkleber versehen und eine Anforderungskarte wurde ausgefüllt, aus der sich die durchzuführenden Untersuchungen ergaben. Anschließend transportierte entweder der Arzt selbst oder ein damit beauftragter Fahrdienst die Proben ins Labor der Apparategemeinschaft.

Dort wurden die Proben im sogenannten Black-Box-Verfahren weitgehend vollautomatisch untersucht. Zu einem späteren Zeitpunkt erschien der abrechnende Arzt im Labor, rief dort an einem eigens eingerichteten Computerarbeitsplatz die Befunde der von ihm angeforderten M III-Untersuchungen auf und prüfte diese auf medizinische Plausibilität.

Traten hierbei Auffälligkeiten oder Ungereimtheiten zutage, so konnte der Mediziner die Untersuchung der im Labor mindestens eine Woche lang aufbewahrten Probe

veranlassen. Andernfalls gab er den jeweiligen Befund per Knopfdruck frei. Erst nach dieser Freigabe wurden die Befundberichte erstellt und dem abrechnenden Arzt übermittelt.

Dieser rechnete dann die Laborleistungen in über 300 Fällen nach GOÄ Abschnitt M III gegenüber seinen Privatpatienten ab. Die Staatsanwaltschaft Düsseldorf sah dies als Abrechnungsbetrug an. Erschwerend aus ihrer Sicht kam noch hinzu, dass der Mediziner nicht über den Fachkundenachweis für Labordiagnostik oder eine entsprechende Äquivalenzbescheinigung verfügte.

Doch bereits das Landgericht Düsseldorf hat in seiner Entscheidung vom Oktober 2015 die entsprechende Anklage nicht zur Hauptverhandlung zugelassen. Dagegen legte die Staatsanwaltschaft Rechtsmittel ein. Allerdings verneinte nun auch das OLG Düsseldorf in seinem Beschluss vom 20. Januar 2017 einen Tatverdacht und lehnte eine Anklageerhebung ab.

Die Staatsanwaltschaft war der Auffassung, der liquidierende Arzt habe seinen Patienten mit der Rechnungserteilung die eigene Abrechnungsbefugnis jeweils wahrheitswidrig vorgespiegelt. Denn die Leistungserbringung sei entgegen § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ weder durch ihn selbst noch „unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung“ erfolgt. Für Untersuchungsleistungen des Laborarztes steht dem einsendenden Arzt demnach kein eigener Honoraranspruch zu.

Dieser Auffassung schloss sich das OLG Düsseldorf nicht an. Die Vorschriften der GOÄ besagten für die hier in Rede stehende Problematik weder etwas darüber, dass sich der Arzt, der M III-Leistungen als eigene Leistungen berechnen wolle, ständig im Labor aufhalten müsse, noch etwas darüber, innerhalb welcher Zeitspanne der Arzt dann, wenn er während des Verlaufs der Untersuchungen gerufen werden sollte, dort erscheinen müsse.

Das OLG konnte im vorliegenden Fall auch keine Vorspiegelung falscher Tatsachen im Sinne eines Betruges erkennen. Der angeschuldigte Arzt habe als Mitglied der Apparategemeinschaft Mitwirkungshandlungen erbracht, die über den bloßen Bezug der Laborleistung hinausgehen, und war überzeugt, die insoweit nicht eindeutigen Anforderungen des § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ erfüllt zu haben. Deshalb habe der Arzt seine Patienten nicht getäuscht, zumal es dabei um einen gebührenrechtlich umstrittenen Sachverhalt geht, der bislang weder durch den Verordnungsgeber noch höchststrichterlich geklärt worden ist.

Der Tatbestand des Abrechnungsbetrugs erfüllt sich laut OLG nur dann, wenn sich die in der GOÄ geforderte „Mitwirkung“ des Arztes auf die bloße Probenversendung an das Labor und die anschließende Entgegennahme des Analysebefundes beschränkt. Erfolgt jedoch auch die medizinische Validation der Ergebnisse durch den anweisenden Arzt, ist die Privatliquidation vertretbar.

Die fehlende Fachkunde des Arztes im Bereich „Labordiagnostik“ ist ebenfalls kein Problem für das OLG. Ein „Fachkunderfordernis“ lehnte das Gericht ab, da dem Arzt aufgrund seiner ärztlichen Approbation die Qualifikation zur Erteilung „fachlicher Weisungen“ im Grundsatz nicht abzusprechen sei.



Praxis

In der Arztpraxis werden den Patienten die Proben entnommen und bereits zentrifugiert.

Labor

Anschließend werden sie ins Labor transportiert und dort untersucht.

Validation

Die medizinische Validation erfolgt durch den anweisenden Arzt.

Abrechnung

Die Privatliquidation ist somit vertretbar.

Der eindeutige und klare Kernbereich des § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ im Zusammenspiel mit § 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ liegt nach Auffassung des Gerichts im Verbot einer Abrechnung von Speziallaboranalysen, bei denen sich die ärztliche „Mitwirkung“ im bloßen „Bezug“ der Leistung unter Nutzung der Strukturen einer Laborgemeinschaft erschöpft. Rechnet ein Arzt die auf diese Weise extern erbracht Speziallaborleistungen gegenüber Patienten als eigene Leistung ab, macht er sich des Betrugs schuldig. Das bestätigte der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Urteil aus dem Jahr 2012.

Im Zentrum des Verfahrens stand die Abrechnungspraxis eines Allgemeinarztes, der von einem Labor Leistungen der Klassen M III und M IV bezog und dafür an das Labor nach GOÄ auf der Grundlage eines 0,32- oder 1,0-fachen Steigerungssatzes bezahlte. Gegenüber seinen Patienten ließ er über eine Abrechnungsfirma mit dem 1,15-fachen Satz abrechnen, ohne offenzulegen, dass jene Leistungen ein Laborarzt erbracht hatte. Der BGH sah hierin den Tatbestand des gewerbsmäßigen Betruges zulasten der Patienten verwirklicht. Er bestätigte die vom Landgericht München – auch wegen anderer Abrechnungsverstöße – ausgesprochene Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und drei Monaten.

Auch wenn das OLG einen Abrechnungsbetrug im vorliegenden Fall verneinte, bleibt nach wie vor unklar, ob der Arzt diese Leistungen bezahlt bekommen kann. Das Landgericht Düsseldorf hat die rechtliche Bewertung der Abrechnungsfähigkeit delegierter Leistungen an die Zivilgerichte verwiesen. ■

Digitalisierung Die Rendite allein ist für die apoBank nicht das übergeordnete Ziel. Vielmehr habe man aus den Fehlern der Vergangenheit gelernt und will jetzt die Digitalisierung mit hohem Mehrwert für die Kunden nutzen. Der designierte Vorstandsvorsitzende **Ulrich Sommer** setzt auf persönliche Anlageberatung und bedarfsgerechte Lösungen. Im Interview mit **zifferdrei** spricht er über die Auswirkungen der Niedrigzinsphase beim Vermögensaufbau.

Text: Nicola Sieverling Foto: apobank

Enormer Veränderungsdruck

Herr Sommer, Sie übernehmen im September dieses Jahres das Ruder. Geht damit ein langegehegter Berufswunsch in Erfüllung?

SOMMER: Es war nie mein Ziel, hier im Hause Vorstandsvorsitzender zu werden. Ich habe den Drang verspürt, zu optimieren und verbessern zu wollen. Ich hatte das Glück, mit meinem Engagement am richtigen Ort zur richtigen Zeit zu sein.

Sie sind seit über 30 Jahren in der apoBank tätig und haben sich stetig nach oben gearbeitet. Sind Sie ein Karrieremensch?

SOMMER: Das bin ich sicher nicht, sonst hätte ich in meinem Leben den Arbeitgeber häufiger wechseln müssen, um möglichst schnell Karriere zu machen. Ich liebe eher Kontinuität, Loyalität und identifiziere mich sehr mit meiner Arbeit. Das habe ich bei der apoBank gefunden.

Wie wichtig ist Ihnen eine Vorbildfunktion als Chef und welche Werte wollen Sie Mitarbeitern vermitteln?

SOMMER: Ich möchte gern für die Werte Leidenschaft, Freude und Innovationen stehen. Ich sehe aber auch die Themen Verantwortung, Neugier, neue Dinge auszuprobieren. Das ist in der heutigen Zeit immens wichtig, gerade in so tradierten Unternehmen wie Banken. Aber wird in den nächsten Jahren von uns durch die Digitalisierung ganz stark verlangt werden.

Jeder CEO setzt eigene Akzente. Was werden Sie in Ihrer Funktion als Vorstand anders machen wollen?

SOMMER: Die Markt- und Branchenentwicklung gibt uns die Aufgaben vor. Zudem fordert die Digitalisierung ein Umdenken in unserer Arbeitskultur. Damit verbinde ich schnelles Entscheiden, Teamarbeit auf Augenhöhe, mehr Eigenverantwortung und Selbstmotivation der gesamten Mannschaft. Dieser Wandel wird für uns eine der größten Herausforderungen sein.

Hand aufs Herz: Welche drei Haupteigenschaften stehen für den Menschen Ulrich Sommer?

SOMMER: Verlässlichkeit ist für mich ein wichtiger Punkt. Meine Mitarbeiter und die Kunden sollen sich auf mein Wort verlassen können. Ich möchte für Offenheit und Klarheit stehen – auch Offenheit für Veränderungen. Und was mich vor allem auszeichnet, ist meine Hartnäckigkeit, mit der ich Dinge anpacke und umsetze.

Das ist ideal, denn die apoBank geht in den nächsten Monaten verstärkt den Weg in die digitalisierte Welt. Was planen Sie?

SOMMER: Was das digitale Bankgeschäft im klassischen Sinn betrifft, so ist es unser Ziel, unseren Kunden moderne und wettbewerbsfähige Lösungen anzubieten – vom digitalen Dokumentenaustausch über die Fotoüberweisung bis hin zum Kontowechselservice. Mit Blick auf die Schnittstelle zum Gesundheitsmarkt gehen wir noch einen Schritt weiter. Hier haben wir den Anspruch, mit innovativen, digitalen Ideen Vorreiter im Markt zu sein. Einige Ideen haben wir auch schon in der Schublade. Viel wichtiger wird jedoch sein, ein sehr flexibles System zu entwickeln und zu betreiben, mit dem wir unseren Kunden die Wünsche von den Augen ablesen können.

Wie profitieren Ihre Kunden davon?

SOMMER: Unsere Kunden profitieren dann, wenn wir schnell ihre Fragen und Wünsche beantworten, und wenn wir bedarfsgerechte Lösungen anbieten, die einen spürbaren Mehrwert haben. Wie bei unserem neuen Gründer-Check-up, mit dem junge Heilberufler ihren Unternehmergeist mit Blick auf eine mögliche Niederlassung einschätzen können. Das ist nur ein Beispiel. Wenn wir neue Vorhaben entwickeln, binden wir zunehmend unsere Kunden in Co-Creation-Prozesse ein. So sind wir noch treffsicherer, wenn es um die Bedürfnisse unserer Kunden geht.

Sie haben ein engmaschiges Niederlassungsnetz in Deutschland. Stehen Streichungen bevor oder setzen Sie auf Ausbau?

SOMMER: Die Filialen bleiben unverändert eine wichtige zentrale Anlaufstelle für unsere Kunden. Unser Wettbewerbsvorteil ist die hochwertige und spezialisierte Beratung der Heilberufler vor Ort. Daran halten wir natürlich fest. Aktuell haben wir mehr als 80 Standorte in Deutschland. Vorstellbar ist, dass wir die eine oder andere regionale Lücke noch schließen. Insbesondere an Universitäten und Uni-Kliniken wollen wir noch näher an unsere Kunden rücken.

Die Banken genießen in Deutschland nach den Krisen der Vergangenheit nicht unbedingt den besten Ruf. Zu Unrecht?

SOMMER: Viele Banken haben in der Vergangenheit Fehler gemacht. Daher ist es verständlich, dass die Kunden seither den Banken mit Vorsicht begegnen. Auch die apoBank ist vor ein paar Jahren von ihrem Weg abgekommen. Sie hat aus ihren Fehlern gelernt; das haben auch unsere Mitglieder wahrgenommen, deren Zahl seitdem kontinuierlich gestiegen ist. Das werten wir auch als Bestätigung für unsere genossenschaftliche Rechtsform, die von vielen als Mehrwert geschätzt wird. Denn Rendite allein ist für uns nicht das übergeordnete Ziel.

Stellen Sie sich vor, Sie hätten die Chance, Gesundheitsminister Größe einen Wunsch in sein Aufgabenbuch zu schreiben. Wie würde er lauten?

SOMMER: Ich würde mir wünschen, dass die Gesundheitspolitik weniger reguliert und dafür mehr Platz für die Entwicklung echter wettbewerblicher Lösungsansätze schafft.

Wichtige Leistung der apoBank ist die Unterstützung beim Vermögensaufbau. Welche klassischen Elemente bedienen Sie?

SOMMER: Die persönliche Anlageberatung durch unsere Kundenberater ist unser wichtigster Baustein. Basis hierfür ist unser hauseigenes Investmentresearch – mit Einschätzungen zum Kapitalmarkt und Empfehlungen zur Gewichtung der verschiedenen Aktien- und Rentenmärkte. Darauf basierend entscheidet jeder Heilberufler, wie aktiv er werden will: Entweder er investiert selbst oder er vertraut auf die Expertise eines Fondsmanagers. Wer seine Vermögensanlage komplett aus der Hand geben möchte, dem steht unsere vielfach ausgezeichnete hauseigene Vermögensverwaltung zur Verfügung.

Welche Auswirkungen hat die Niedrigzinsphase auf diese Leistung?

SOMMER: Während Aktien aktuell große Chancen – aber natürlich auch Risiken – aufweisen, bieten festverzinsliche Anlagen wie Renten in der anhaltenden Niedrigzinsphase fast keinen Ertrag. Daher sollte jeder Anleger zusammen mit seinem Bankberater seine Assetallokation überprüfen. Viele unserer Kunden entscheiden sich derzeit für einen Fonds oder eine Vermögensverwaltung mit einem höheren Aktienanteil als früher. Gleichzeitig ist in Bezug auf die Risiken mehr denn je eine breite Streuung gefragt – über Anlageklassen, Regionen, aber auch innerhalb von Anlageklassen auf viele Papiere. Wer zum Beispiel in Anleihen mit geringerer Bonität investiert, etwa im so genannten High-Yield-Segment, kommt tendenziell auf höhere Renditen, muss aber auch mit höheren Schwankungen und Ausfallrisiken rechnen. Insofern ist es ratsam, nicht alles Geld in eine Anleihe zu stecken, sondern auf verschiedene Unternehmenspapiere zu verteilen.



Zur Person

ULRICH SOMMER,
geboren 1962, verheiratet, zwei Töchter,
wohnt am Rhein.

Nach Ausbildung zum Bankkaufmann Eintritt 1986 in die apoBank. Verschiedene Funktionen, unter anderem im Bereich der Institutionellen Kundenbetreuung. 1993 Wechsel zur IKB als Prokurist für Wertpapierhandel und Kundenbetreuung. 1994 Rückkehr zur apoBank, Leitung Institutionelle Kundenbetreuung. Als Direktor später Verantwortung für den Wertpapierhandel. Im Dezember 2010 Ernennung zum Bereichsvorstand, Leitung der Ressorts Ständesorganisationen, Großkunden und Märkte. Seit Juli 2012 Mitglied des Vorstands der apoBank. Im Juni 2015 Ernennung zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands.

Bleiben wir in dieser Phase der niedrigen Zinsen oder dreht sich der Wind bald, Herr Sommer?

SOMMER: Die deutsche und auch die globale Wirtschaft scheinen wieder rund zu laufen, mit der Folge, dass in den letzten Monaten auch die Inflationsraten in die Höhe geschneit sind. Unter diesen Bedingungen fällt es den Notenbankern immer schwerer, ihre Politik des billigen Geldes zu rechtfertigen. Und dennoch ist nicht davon auszugehen, dass sie bald den Fuß vom Gas nehmen.

Ihr Rat an Ärzte: Geld jetzt anlegen oder lieber unter dem Kopfkissen behalten?

SOMMER: Definitiv anlegen! Wir raten unseren Kunden derzeit zu einer ausgewogenen Anlage in Aktien und Renten. Auch wenn letztere aktuell wenig Rendite einbringen, bleiben sie ein wichtiger Baustein im Depot, um Wertschwankungen zu dämpfen. Regional bevorzugen wir momentan hochverzinsliche Euroanleihen und Aktien aus dem Euroraum sowie Asien. Darüber hinaus kann eine Beimischung von Immobilien sinnvoll sein. Auch wenn die Preise in so manchen A-Lagen zuletzt stark angestiegen sind, sehen wir trotzdem keine generelle Immobilienblase in Deutschland.

Eine persönliche Frage zum Schluss: Wie und wo tanken Sie Kraft für Ihren anspruchsvollen Job?

SOMMER: Im Kreis meiner Familie und beim Jogging am Rhein. Das macht den Kopf frei und entspannt mich. ■

Sich ein paar **gute Weine** in den Keller zu legen, ist immer eine gute Idee. Mit dem richtigen Flaschen-Portfolio lässt sich dabei auch noch Geld verdienen ...

Text: **Anne Nürnberger**

Renditen von der Rebe



Foto: iStock

Vielleicht ist jetzt der richtige Zeitpunkt, sich Gedanken darüber zu machen, in Wein zu investieren. Der Klimawandel nimmt zunehmend Einfluss auf den Charakter der Trauben. Schon jetzt wachsen in Dänemark und Schweden feine Weißweine heran. Und aus Südeuropa kommen edle Tropfen, die durchaus mit Champagner mithalten können. Noch sind sie nicht viel wert, aber das kann sich durchaus einmal ändern.

Wertsteigerungen wie bei Oldtimern

Es scheint ein gutes Jahr zu werden für den Wein. Das hört man nicht nur von der En-Primeur-Kampagne im Bordeaux, bei der gerade ein hervorragender Jahrgang 2016 verkostet wurde. Auch der britische Liv-ex-Index, der die Preisentwicklung der 100 gefragtesten Spitzenweine misst, vermeldete im vergangenen Jahr einen Rekordanstieg von mehr als 20 Prozent.

„Der Index zeigt Wertsteigerungen, nach denen Wein jetzt erstmals auf dem Niveau von Oldtimern ist“, sagt Christian Röss, der das renommierte Weingut Balthasar Röss im Rheingau in fünfter Generation führt. „Das sind die Fakten.“

Hintergrund: Investoren schätzen Weinraritäten in der Niedrigzinsphase zunehmend als attraktive Alternative.

Der größte Wachstumstreiber ist dabei die steigende Nachfrage aus Asien – besonders China und Japan – und den USA.

Es ist also kein schlechter Moment zum Kaufen. Aber natürlich muss man die richtigen Weine im Portfolio haben. Und noch ein paar andere wichtige Dinge berücksichtigen. „Man sollte nicht denken,

dass es so einfach ist, bei diesem Spiel mitzuspielen“, gibt Kenner Röss zu bedenken. Mit seiner wineBANK hat er einen elitären Business-Club geschaffen, der der wachsenden Gemeinschaft von Weinliebhabern und Raritäten-Anlegern bereits an acht Standorten ein stilvolles Ambiente für die ideale Lagerung und den Genuss ihrer edelsten Tropfen anbietet.

Wein, das sei ein Kulturgut, über das sich diskutieren lasse wie über Musik und Kunst. Dazu ein Stück Genuss und Performance, schwärmt Ron Freund, diplomierter Sommelier und CEO der Züricher Firma Wine-Stocks. „Es ist, als würde Ihnen eine neue Sinneswahrnehmung geschenkt. Und je mehr Sie schmecken, riechen, lesen und wissen, umso mehr gibt es zu verstehen.“

Der teuerste Wein der Welt:
Der Cheval Blanc 1947 in der
6000-Milliliter-Imperiale-Flasche
kostet heute 192.042 Euro.



7

Empfehlungen

gibt Experte Michael Unger Weinbegeisterten, die neben dem Genuss ein Investment erwägen, mit auf den Weg.



Weine kaufen, die hohe Bewertungen haben.

Maßstab sind noch immer die Punkte nach dem System des Weinpapstes Robert Parker respektive seiner Publikation „The Wine Advocate“. Gefolgt von den Bewertungen der Weinkritiker James Suckling und Antonio Galloni. Ab 90 Punkten wird es interessant. Wenn ein Wein mehr als 95 Punkte hat, lohnt das Investment auf jeden Fall. Bei einem späteren Verkauf geht der Großteil der Weine nach Asien oder Nordamerika. Und dort sind nur die wirklich großen Kritiker relevant.



Je knapper die Verfügbarkeit, desto besser.

Die Immobilienexperten sagen: Die Lage ist wichtig. So ist das auch beim Wein. Am Beispiel der Bordeaux Châteaux bedeutet das: Wenn einer der fünf Premier Crus 100 Punkte hat, dann kann dies eine Produktion von nahezu 400 000 Flaschen sein. Es gibt andere Weine, da sind 50 000 schon zu viel, um für ein Investment zu taugen. Ähnlich ist das auch im Bereich Champagner. Deshalb: Lieber auf die bewährten Klassiker setzen.



Aus zuverlässigen Quellen zum günstigsten Einkaufspreis erwerben.

Der Subskriptionseinkauf garantiert den günstigstmöglichen Bezug. Sobald die Weinkritiker nach der En-Primeur-Verkostung ihre Punkte für den Wein des Vorjahres vergeben haben, kaufen ausgesuchte Händler die Primeur-Weine des Vorjahres ein. Nicht direkt bei den Châteaux, sondern über Zwischenhändler, die sogenannten Négociants. Kunden können sich den Anspruch auf diese Weine, die noch rund zwei Jahre in den Châteaux reifen, jetzt vorab zum günstigen Erstausgabepreis sichern.

Bei Wine-Stocks können sich Einsteiger und Profi-Anleger einen umfassenden Überblick über die Wertentwicklungen verschaffen. Das Unternehmen ist seit 2011 für das Ranking von Winefonds lizenziert. Eine Milliarde Weine lässt Experte Freund mit Hilfe modernster Software dort tagtäglich verfolgen. „Wir haben in unserer Datenbank mehr als 1000 Weine mit einem Wertzuwachs von mehr als 1000 Prozent in den letzten 20 Jahren.“

Die Blue Chips unter den Weinen

Der Wein mit der höchsten Performance sei eine 750-ml-Flasche des 2003 verstorbenen Winzers und Wein-Gurus Henri Mayer, der Vosne Romanée Cros Parantoux von 1983. 1996 noch für 39,65 Euro zu haben, kostet sie heute 3300 – ein Plus von 8000 Prozent.

Der teuerste Tropfen sei aktuell ein Cheval Blanc 1947 in der 6000-Milliliter-Imperiale-Flasche für 192.042 Euro.

Beide Weine zählen zu den sogenannten Blue Chips. Das sind Weine, die sich als langfristig sichere Finanzanlage mit hoher Kapitalrendite erwiesen haben. Darunter sind neben den Klassikern aus Bordeaux und Burgund auch Weine aus ausgesuchten Top-Lagen in Spanien, Italien, Kalifornien und Australien.



Foto: Unger Weine

Schatzkammer: Im Weinkeller von Unger Weine lagern bis zu 60.000 Kisten wertvollster Tropfen bei perfekten Bedingungen.

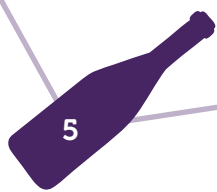


Perfekte Lagermöglichkeiten nachweisen können.

Die Herkunft der Weine, die Provenance, ist das absolute A & O. Deshalb sollte man Weine möglichst im Originalgebinde kaufen und im Originalgebinde lagern. Optimal sind 70 bis 75 Prozent Luftfeuchtigkeit und eine Temperatur zwischen 11 und 16 Grad. Die Temperatur sollte konstant sein, das ist das Wichtigste. Und der Lagerraum dunkel und erschütterungsfrei. Der Nachweis einer professionellen und möglichst versicherten Lagerung, wie sie auch Unger Weine mit dem Konzept „Unger Weine – Der Keller“ anbietet, ist entscheidend für den Wiederverkaufswert.

Übrigens

Die ersten Bewertungen für den jungen 2016er Château Marlatic Lagravière, den Michael Unger bei seinem traditionellen Weihnachtstasting im Dezember vorab servieren durfte, sind auch schon da. „Er ist so linear und fein mit verdichteter Frucht und einer superben Tanninstruktur. Die Länge und Schönheit dieses Erlebnisses ziehen einen umgehend in dessen Bann und gebieten Aufmerksamkeit. Da kann noch viel kommen.“ Überhaupt soll 2016 ein großartiger Jahrgang für die Bordeaux-Weine werden. Vielleicht einer der besten, die es je gegeben hat. Davon ist Michael Unger jetzt schon überzeugt.



Nur in Weine investieren, die einem selbst gut schmecken.

Das richtige Portfolio ist eine ganz individuelle Sache. Ein seriöser Händler fragt zunächst, welches Budget der Kunde investieren will, und erkundet, was er gerne trinkt. Dann präsentiert er eine Auswahl, die vernünftig gepreist ist. Ein Wein-Portfolio darf schon mindestens 5 000 bis 10 000 Euro kosten. Wenn man zwei Kisten mit Premier Crus für 500 Euro die Flasche dabei hat, dann sind ja schon 6000 Euro weg.



In deutsche Weine nur in Ausnahmefällen investieren.

Deutsche Rotweine sind als Investment untauglich. Aber auch in Deutschland gibt es mittlerweile einige Produzenten, die weltweit sehr gesucht sind und wo man das eine oder andere weglegen kann. Die deutschen Standard-Rieslinge sind gut, aber leider zu günstig, auch, wenn sie sich toll entwickeln.

7

Mit einem langfristigen Investment-Horizont planen.

Mindestens fünf bis zehn Jahre sollte man den Wein halten, damit sich das Investment lohnt. Dabei muss man sich entweder selbst gut auskennen oder jemanden an der Seite haben, der das tut. Spitzenwein hält sich zwar einige Jahrzehnte auf seinem Höhepunkt, aber auch er hat irgendwann ein Verfallsdatum. Und das kann allein durch die Lagerung bereits stark variieren.

Bei der WineBank – hier in Wien – kann man nicht nur seine Weine einlagern und genießen, sondern gelegentlich auch andere Köstlichkeiten.

An der Spitze des Anleger-Olymps finden sich allerdings weiterhin ausschließlich Bordeaux-Weine, sieben bis zehn Jahre gereift. „Bei den 100 besten Bordeaux-Weinen beobachten wir Wertsteigerungen von 10 bis 11 Prozent pro Jahr“, so Freund.

Namen, mit denen man nichts falsch machen kann: Die Erstgewächse, die sogenannten Premier Crus von Château Lafite-Rothschild, Château Mouton-Rothschild, Château Latour, Château Margaux und Château Haut-Brion. Zu den absoluten Spitzenweinen zählen auch die nicht klassifizierten Grand Crus der Châteaux Petrus, Le Pin, Ausone und Cheval Blanc.

Im Burgund sind die besten Lagen mit den ersten zwei Stufen Grand Cru und Premier Cru klassifiziert. Hier zählt primär das berühmte Weingut Domaine de la Romanée-Conti zu den Blue-Chip-Produzenten.

Begrenzte, klassifizierte Lagen und die über Jahrhunderte perfektionierte Veredelung der Reben sichern den Winzern im Bordeaux und auch im Burgund einen unerreichten Wertsteigerungsvorsprung.

Wein – ein Subskriptionsgeschäft

Für Michael Unger, der mit seinem Bruder Dr. Wulf Unger im idyllischen Frasdorf nahe dem Chiemsee eine der besten Weinadressen Deutschlands führt, sind diese Frühjahrswochen die wichtigsten und lebhaftesten des Geschäfts. Gerade von der En-Primeur-Verkostung im Bordeaux zurück, sind die Subskriptionen für den Jahrgang 2016 angelaufen, die Möglichkeit zur Vorbestellung der Weine, die jetzt alle haben wollen.

Im Dezember, bei seinem traditionellen Weihnachtstasting mit ausgewählten Kunden, hatte er für seine Gäste zwischen „Sautiertem Maine Lobster mit Papaya und grünem Spargel“ und „Dry Aged Hochrippe aus dem Beef, Peperonata und gegrillter Zucchini“ eine besondere Sensation vorbereitet. „An so einem Abend wird der Wein in Form einer Blindverkostung serviert“, sagt Unger, primär gebe es bei dieser Aktion nur sehr rare alte Weine.

Die Spitze des Anleger-Olymps: Bordeaux-Weine, sieben bis zehn Jahre gereift.

Diesmal schenkte er einen Primeur-Wein des 2016er-Jahrgangs aus, einen Château Marlartac Lagravière, den ihm das Château vorab zur Verfügung gestellt hatte, ein sogenanntes Fassmuster. „Der ist ja sehr jung“, staunten die Gäste. Da ließ Unger eine neue Runde Gläser reichen, diesmal mit einem Wein von reiferer Farbe, dessen Aroma für ehrfürchtige Begeisterung sorgte.

„Eindeutig einer der atemberaubendsten und bewegendsten Bordeauxweine, die ich je probiert habe“, lautete das Urteil von Neil Martin, einem von Robert Parkers Nachfolgern unter den weltbesten Weinkritikern, bereits im Juli vergangenen Jahres über diesen Château Marlatic Lagravière von 1916. Der gleiche Wein wie das Fassmuster, nur 100 Jahre älter. „Ein großes Erlebnis für alle Beteiligten“, sagt Unger. ■



Foto: wineBank | Stefan Seebig

Tilgners Bericht aus Berlin Wollen die deutschen Wähler den „Prexit“, die Amputation der PKV als einer der Säulen unseres Gesundheitswesens? Im Wahlkampf-Hype sind manche Ideen hoffähig. Doch die Konzentration auf ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sollte andere Themen transportieren.

Text: **Stefan Tilgner**

Kein „Prexit“ im Gesundheitswesen

Denn freilich mag ich gern die Menge sehen, wenn sich der Strom nach unserer Bude drängt (...).“ Wie der Theaterdirektor in Goethes Faust agiert zurzeit die Berliner Gesundheitspolitik. Man hat auf Wahlkampfmodus geschaltet. Vorbei das einvernehmliche Abarbeiten des Koalitionsvertrages unter Regie von Bundesgesundheitsminister Gröhe. Jetzt sind andere Stichworte angesagt. Das große Stichwort des beginnenden Wahlkampfes heißt „Hype“. Nur: Der sogenannte „Schulz-Hype“, der die SPD in den vergangenen Wochen in so euphorische Stimmung versetzte, scheint abflacht. Es genügt nicht, den Mund zu spitzen, man muss am Ende auch pfeifen können. Das große Thema „soziale Gerechtigkeit“, das durch den Wahlkampf tragen sollte, scheint an der fachlichen Argumentationskraft seiner Protagonisten zu scheitern. Ganz offenbar reicht es eben nicht, wenn man alte Wahlkampfschlager von Zwei-Klassen-Medizin oder die vermeintlich heilbringende Idee einer „Bürgerversicherung“ zum x-ten Mal bemüht. Der inzwischen auch gesundheitspolitisch sehr viel mündigere Bürger will handfestere Argumente hören.

Ziffern für Dr. Google?

Interessanter ist da beispielsweise schon, wie die Politik mit der Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens umgeht. Beispielsweise bei der Digitalisierung. Dr. Google, Apple und andere Konzerne schaffen aktuell eine „normative Kraft des Faktischen“, während man sich hierzulande mit zaghaften Versuchen abgibt, in Versorgungsforschung und -gestaltung einen nicht ganz so hinterwäldlerischen Eindruck zu machen. Da wird beispielsweise gelobt, wenn Kassen und KVen sich auf die



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

Finanzierung der Hardware für die Gesundheitskarte einigen, während im Internet schon längst Diskussionen über diagnostische und therapeutische Methoden laufen, die in der Lage wären, die ärztliche Berufsausübung zu revolutionieren. Ein Scherz, der in diesen Tagen in der Berliner Szene umgeht, ist ein vermeintlicher Antrag, in die ärztlichen Gebührenordnungen Beratungsziffern für das „Entgooglen“ aufzunehmen, also für den Aufwand, den verantwortungsbewusste Mediziner haben, ihre internetaffinen Patienten von selbst gestellten Diagnosen aus dem Netz auf den Boden ärztlicher Kompetenz zurückzuholen. So lustig, wie es klingt, ist das am Ende denn doch nicht. Gesundheitspolitik scheint sich auf falschen Feldern zu verkämpfen, statt ein steigendes Gesundheitsbewusstsein des Bürgers als Chance zu begreifen,

eine innovative Versorgung auf Basis einer erhöhten Eigeninitiative und Selbstverantwortung nach Kräften zu fördern. Die inzwischen längst enttarnte Heilsphantasie „Bürgerversicherung“ müsste inzwischen selbst der letzte realpolitisch denkende Volksvertreter aus seinem Repertoire verbannt haben, möchte er nicht mit bewusster Irreführung auf die Jagd nach Prozenten gehen.

Bürokratie kontra Innovation

Ein weiter Punkt ist die Angst davor, Innovationen in der Versorgungslandschaft zu etablieren, ohne diese gleich wieder mit einem bürokratischen Regelwerk zu überziehen. Datenschutz ist wichtig, aber wenn damit der Effekt für die Versorgung ausgehebelt wird, läuft etwas schief. Ein Beispiel, das gerade in der IT-Branche immer wieder mit Kopfschütteln betrachtet wird, ist der Medikationsplan, der zwar vom

Veranstaltungen

JUNI 2017

Mi
21
JUN
SEMINAR **Arbeitsrecht kompakt**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

Mi
28
JUN
SEMINAR **Patienten gewinnen & binden – mit Herz und Verstand**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

JULI 2017

Fr
07
JUL
SEMINAR **GOÄ – Operative Leistungen Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Di
11
JUL
SEMINAR **EBM 2017 – Strategische Leistungsabrechnung im Krankenhaus**
Trier
PVS Mosel-Saar ✉ a.bressan@pvs-mosel-saar.de ☎ 0651 97802320

AUGUST 2017

Mi
23
AUG
SEMINAR **Das kleine 1 × 1 der operativen Orthopädie ... und Ihre Dokumentation**
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Mi
30
AUG
SEMINAR **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)**
Lüneburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

SEPTEMBER 2017

Mi
13
SEP
SEMINAR **GOÄ-Seminar für Ärzte und Praxispersonal**
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912119

Mi
20
SEP
SEMINAR **Honorarabrechnung für Orthopädie/Chirurgie**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-westfalennord.de ☎ 02533 299126

Mi
20
SEP
SEMINAR **GOÄ-Grundlagen-Seminar**
Neustadt
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Mi
20
SEP
SEMINAR **Der Privatpatient – die Zukunft Ihrer Praxis, Wege zu mehr Gewinn**
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Arzt elektronisch erstellt wird, hinterher aber nur als Papierausdruck verwendet werden kann. Als Hürde für moderne IT-Lösungen erweist sich immer wieder, dass diese, falls sie in die Versorgung kommen, lang und energisch durch die Filtermechanismen der Sozialgesetze gedrillt werden und das Ganze am Ende nicht mit einem entsprechenden Honorar versehen werden darf. Jedenfalls nicht, ohne dieses an anderer Stelle wieder zu sparen. Vielleicht sind ja auch Kassen, Gesundheitsministerium und manche Selbstverwaltungsinstitutionen damit überfordert, die vielgepriesene Digitalisierung des Gesundheitswesens marktgerecht umzusetzen. Die seinerzeit auch zu diesem Zweck gebildete Gematik ist beispielsweise eher zur Innovationshürde geworden, mit der sich die Institutionen gegenseitig ausbremsen. Inzwischen gibt es auf dem Berliner Parkett nicht wenige Experten, die beispielsweise dem Wirtschaftsministerium oder einem nach der Wahl neu zu bildenden Innovationsministerium deutlich mehr Kompetenz zuordnen wollen. Man darf gespannt sein.

Mediziner als Motor des Fortschritts

Gerade Deutschlands Ärzte sind nur allzu bereit, den medizinisch-technischen Fortschritt auch dort ankommen zu lassen, wo es nicht nur um den Einsatz moderner Hightechmedizin geht, sondern auch um Versorgung im Kleinen. Gleichzeitig sind sie dabei die Vertrauenspartner ihrer Patienten und führen diese immer dann in eine digitale Versorgungslandschaft, wenn es sinnvoll und hilfreich ist. Allerdings kann dieser Fortschritt nicht auf dem Rücken und zu Lasten der Ärzte erfolgen. Im eHealth-Gesetz gibt es zwar erste Ansätze in die richtige Richtung. In der kommenden Legislaturperiode muss da aber deutlich mehr kommen. Mit solchen Argumenten müsste man in den Wahlkampf ziehen. Nicht aber damit, dem Bürger nach und nach seine Wahlfreiheit und Mündigkeit in Sachen Gesundheitsversorgung zu nehmen, um am Ende auf einem Versorgungsniveau zu landen, das man getrost als den kleinsten Nenner bezeichnen kann.

Falscher Budenzauber

Wenn also eine Partei im inzwischen laufenden Wahlkampf eine Menge sehen möchte, die zu ihren Buden strömt, sollte sie Freiheit, Vielfalt und Bürokratieabbau anbieten. Dass das mit einer Einheitsversicherung nicht möglich ist, liegt auf der Hand. Man muss ja nur einmal den Blick ins Brexit-trunkene England richten, wo in Folge der drohenden Trennung von der EU bald die vielen Privatärzte aus den Nachbarländern knapp werden könnten, die das leisten, was der National Health Service ganz offenbar nicht bieten kann. Hier drängt sich schon die Frage auf: Gibt es in Deutschland eigentlich eine hinreichende Mehrheit, die den „Prexit“ des Gesundheitswesens durch Abschneiden der PKV-Säule möchte ...? Wohl kaum. ■

Jedes Jahr im April trifft sich die **Gesundheits-IT-Branche** auf der Fachmesse conhIT in Berlin. Mit dabei ist auch die PADline GmbH.

Text: **Ulrike Scholderer** Foto: **PADline GmbH**

PVS-Telematiktochter PADline auf der conhIT

Auch in diesem Jahr stellt sich die PADline GmbH, das PVS-Tochterunternehmen für Telematiklösungen rund um die privatärztliche Honorarabrechnung, auf der Fachmesse Connecting Healthcare IT – kurz conhIT – auf dem Berliner Messegelände vor. „Für uns ist die conhIT die beste Gelegenheit des Jahres, um unsere Produkte vorzustellen, mit Kollegen ins Gespräch zu kommen und Ideen für neue Lösungsansätze oder auch einfach für die Verbesserung unserer Produkte zu entwickeln“, sagt Klaus Dorwald, Geschäftsführer der PADline.

Die PADline zeigt auf der Messe ihr gesamtes Portfolio. Das reicht von „PKV online“, einem Verfahren, mit dem Krankenversicherungen Rechnungen in elektronischer Form abrufen können, über „BG online“ und „GKV online“ für die Übertragung von Rechnungen an die Berufsgenossenschaften respektive von Rechnung für ambulante Operationen an die gesetzlichen Krankenkassen, bis hin zu „PAD transfer“ für die verschlüsselte Datenübertragung vom Arzt zur PVS direkt aus dem Browser heraus.

Mit im Gepäck: Die PADneXt-Schnittstelle, die auf lange Sicht die bisher in nahezu allen Praxissystemen integrierte PAD-Schnittstelle ersetzen soll. Denn die PAD-Schnitt-

stelle – übrigens auch eine PVS-Entwicklung – ist bewährt, aber betagt. Schon seit 1987 ist sie im Einsatz, musste seither nur zwei Mal graduell angepasst werden. Zweifellos erfüllt sie ihre Kernaufgaben noch immer zuverlässig. Aber mit der Komplexität des Gesundheitswesens steigen auch die Anforderungen an die Schnittstellen für die Datenübertragung. „Als wir uns entschlossen haben, mit der Software „medatixx“ ein vollständig neu entwickeltes Praxisprogramm auf den Markt zu bringen, haben wir das Angebot, die PADneXt zu implementieren, sehr gern angenommen“, sagt Jens Naumann, Geschäftsführer der medatixx GmbH. „Die PADneXt verwendet mit XML das heute gängige Datenformat und kann an neue Anforderungen leicht angepasst werden.“ Auch T2med hat sich für den Einsatz von PADneXt in ihrer Software entschieden. Ebenso wie die „medatixx“-Software ist T2med eine gänzlich neu konzipierte Software. „Im Gegensatz zur PAD-Schnittstelle ist PADneXt bidirektional“, erläutert Lars Hübner, Geschäftsleiter der T2med GmbH, die Entscheidung seines Unternehmens. „Wir wollen für unsere Kunden künftig auch Services entwickeln, die die Möglichkeit nutzen, Daten von der Verrechnungsstelle zurück in die Praxis zu geben.“ Sinnvoll ist das beispielsweise für die Qualitätssicherung oder betriebswirtschaftliche Auswertungen.

Die conhIT fand dieses Mal bereits im zehnten Jahr statt. Neben der Fachmesse selbst bietet sie ihren Besuchern einen Kongress, die conhIT-Akademie mit interaktiven Workshops und Networking-Events. Die conhIT hat sich mit 500 Ausstellern und rund 9.500 Besuchern mittlerweile zu Europas führender Fachmesse rund um IT im Gesundheitswesen entwickelt. ■

Networking am Stand der

PADline: Jens Naumann (medatixx), Klaus Dorwald und Dirk Hoffmann (beide PADline) und Lars Hübner (T2med)



Gleichheit schafft Gerechtigkeit, das ist das Credo der Bürgerversicherung. Der PVS Verband hat in einer **wissenschaftlichen Studie** untersucht, wie sich die Einheitsversicherung auf die ambulante medizinische Versorgung auswirken würde.

Text: **Ulrike Scholderer**

Experiment Bürgerversicherung: Was steht auf dem Spiel?



Es herrscht Wahlkampf in Deutschland. Parteien befeuern die Wählerschaft mit Schlagworten. Eines von ihnen: Bürgerversicherung. Sie soll der Zweiklassen-Medizin ein Ende setzen, für mehr soziale Gerechtigkeit sorgen. SPD, Grüne und die Linke halten an dieser Idee fest, die schon seit rund 15 Jahren insbesondere vor Bundestagswahlen Konjunktur hat. In der Studie „Experiment Bürgerversicherung“ hat der PVS Verband herausgearbeitet, welche Konsequenzen die Einführung der Bürgerversicherung für die ambulante medizinische Versorgung haben würde.

„Die Debatte um die Bürgerversicherung wird zu emotional geführt“, sagt Dr. Hans-Joachim Kaiser, Autor der Studie und Leiter der Stabsstelle PVS-Statistik. „Wir brauchen aber keine Emotionen, sondern Fakten. Wir alle, das heißt Politiker, Ärzte und vor allem die Patienten müssen wissen, wohin die Bürgerversicherung uns führen wird.“

Ausgewertet wurden Daten des Statistischen Bundesamtes, des Wissenschaftlichen Instituts der PKV und der ärztlichen Standesorganisationen. Das Ergebnis: Ohne die höheren Honorare für die Behandlung von Privatversicherten würde vor allem der hochspezialisierten ambulanten Facharztversorgung der Boden entzogen. Die Mehrumsätze durch die Privatversicherten machen knapp 6 Milliarden Euro im Jahr aus, das sind für jeden niedergelassenen Arzt rund 49.000 Euro. Heute fließen diese Mittel in die medizinische Infrastruktur. Dank der Mehrumsätze

können Ärzte investieren. In die technische Ausstattung ihrer Praxis, in neue Behandlungsmethoden und in Fachpersonal. Das kommt allen Patientinnen und Patienten zugute, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus.

„Wir wollten ganz konkret darstellen, was auf dem Spiel steht“, erläutert Kaiser. „Deshalb haben wir die Honorarverluste in Medizintechnik, in Fachpersonal und in Praxisinvestitionskosten übersetzt.“ Herausgekommen ist: Mit dem, was an Honorar verloren ginge, könnten 2.396 Magnetresonanztomographen gekauft werden oder jeder der 121.641 ambulant niedergelassenen Ärzte könnte 1,1 medizinische Fachangestellte einstellen.

Eine entscheidende Rolle spielen diese Mehrumsätze gerade für jene jungen Ärzte, die vor der Entscheidung stehen, sich niederzulassen. Würden die Zusatzhonorare allein für die Finanzierung der neuen Praxis aufgewendet, dann könnte ein Allgemeinmediziner davon ausgehen, dass die Investitionskosten innerhalb von 7,2 Jahren abgearbeitet sind, bei einem Orthopäden nach 2,5 Jahren.

„Für mich ist völlig unverständlich, warum wir eine der anerkanntermaßen besten Versorgungsstrukturen der Welt auf dem Altar der vermeintlichen Gerechtigkeit opfern wollen“, fasst Kaiser die Studie zusammen. „In einem Bürgerversicherungssystem würden wir die ambulante Versorgung aushungern. Die Folgen kennen wir aus unseren Nachbarländern: weite Wege und lange Wartezeiten.“ ■

Abrechnung Die Unzufriedenheit mit der Vergütung der **Leichenschau** ist groß. Trotzdem ist zu beachten: Für die Leichenschau ist ausschließlich Nr. 100 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anzusetzen. Das stellt ein aktueller Beschluss des Landgerichts Kiel klar.

Text: Daniela Kessler

Vorsicht: Niemals Ziffer 50 GOÄ neben Ziffer 100 GOÄ abrechnen

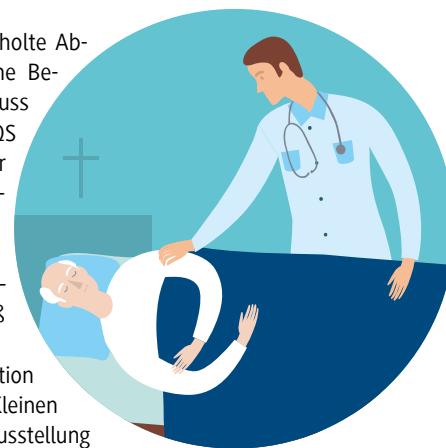
Auch die Bundesärztekammer teilt die Auffassung, dass die ärztliche Leichenschau mit der Ziffer 100 GOÄ völlig unterbewertet ist. Dennoch gilt: Für die Abrechnung eines Besuchs nach der Ziffer 50 GOÄ neben der Ziffer 100 GOÄ für die Leichenschau selbst, gibt es keinen Spielraum. Tatsächlich sind die rechtlichen Gegebenheiten in diesem Fall eindeutig. Die ärztliche Leichenschau erfüllt vor allem eine amtliche bzw. staatliche Aufgabe, und der Arzt ist verpflichtet, in jeder Hinsicht, also berufs-, zivil-, strafrechtlich, GOÄ-konform abzurechnen.

Aus gebührenrechtlicher Sicht beschreibt die Ziffer 50 GOÄ eine Leistung, die nur am lebenden Patienten durchgeführt werden kann. Auch ein analoger Ansatz lässt sich nicht begründen. Denn für die Leichenschau gibt es in der Gebührenordnung die Ziffer 100. Insofern besteht bei diesem Thema schlichtweg kein Interpretationsspielraum. Und weil die Strafverfolgungsbehörden inzwischen davon ausgehen, dass ein Arzt das wissen muss, ist ein gemeinsamer Ansatz beider Ziffern nicht nur chancenlos, sondern sogar sehr riskant.

Dies geht so weit, dass eine wiederholte Abrechnung den Anfangsverdacht für eine Betrugsstrafbarkeit begründet. Laut Beschluss des LG Kiel vom 16. Juni 2016 – 10 OS 22/16 – ist sogar die Durchsichtung der Praxis des Arztes, seiner Person und seiner Sachen rechtmäßig.

Die Kosten für die Verwendung des landesrechtlichen Formulars können – sofern sie anfallen – als Auslage gemäß § 10 GOÄ berechnet werden.

Im vergangenen Herbst hatte die Fraktion Die Linke die Bundesregierung in einer Kleinen Anfrage um Auskunft gebeten, ob die Ausstellung des Totenscheines in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen werden könnte. In ihrer – übrigens ablehnenden Antwort – gesteht die Bundesregierung ein, dass die Vergütung der Leichenschau den heutigen Anforderungen an diese Leistung nicht gerecht werde. Im Rahmen der Novellierung der GOÄ sei insbesondere auch vorgesehen, den Aufwand für die Todesfeststellung angemessen zu bewerten. Zu der im Raum stehenden Forderung der Bundesärztekammer in Höhe von 170 Euro äußerte sich die Bundesregierung jedoch nicht. ■



Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines
 1fach: **14,57 €**
 2,3fach: **33,52 €**
 3,5fach: **51,00 €**

Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Die Höhe des Wegegeldes ist abhängig von der Entfernung von der Praxisstelle des Arztes.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

2 km

Bis zu zwei Kilometern: **3,58 €**
 bei Nacht*: **7,16 €**

5 km

Zwei bis fünf Kilometer: **6,65 €**
 bei Nacht*: **10,23 €**

10 km

Fünf bis zehn Kilometern: **10,23 €**
 bei Nacht*: **15,34 €**

25 km

Zehn bis 25 Kilometern: **15,34 €**
 bei Nacht*: **25,56 €**

*zwischen 20 und 8 Uhr





SCHÄFERS

Kolumne

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

12.06.2017

Schutzgebühr: 6 €

Mehr Gerechtigkeit für alle, stand auf Plakaten zur Landtagswahl in Schleswig-Holstein. Auch für uns Ärzte? Mit Hilfe der Bürgerversicherung? Das ist purer Hohn. Zur Bürgerversicherung gehört eine einheitliche Honorarordnung, zweifellos nach EBM-Modell. Sorgt das für mehr Gerechtigkeit? Für uns heißt Bürgerversicherung: Das, was uns heute bei der Behandlung von GKV-Patienten diktiert wird, gilt dann ausnahmslos. Bürgerversicherungsgerechtigkeit ist das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik zum gedckelten Festpreis auf Kosten von uns Ärzten.

„Für eine Neiddebatte ist in der Gesundheitspolitik kein Platz“, mit dieser markigen Aussage stellte Bundesgesundheitsminister Gröhe seine Position in der Diskussion um die Systemfrage klar. Chapeau! Gröhe bekennt sich zum produktiven Miteinander aus GKV und PKV, sieht die Bedeutung der PKV als Innovationstreiber. Aber ist damit alles gesagt?

Zweifellos müssen wir uns wappnen für die Diskussion um unsere Honorare.

Das Thema der ärztlichen Vergütung ist in allen politischen Lagern angekommen. Auch in der Union melden sich Stimmen zu Wort, die eine Vereinheitlichung der Gebührenordnungen fordern. Das ist leicht dahingesagt, klingt aber nur für denjenigen irgendwie plausibel, der die vielfältigen Verwerfungen des Kassenarztsystems nicht kennt. Aber wie könnte ein einheitliches Vergütungssystem aussehen? Prof. Jürgen Wasem hat eine Minimalvariante skizziert. Die bestünde in einem einheitlichen Gebührenverzeichnis. Allein das wäre ein Kraftakt, darauf weist Deutschlands Chefgesundheitsökonom ausdrücklich hin. Ein einheitliches Gebührenverzeichnis wäre in der Tat ein Kraftakt, da der EBM schlicht und einfach ein Honorarverteilungsmaßstab ist. Eine Gebührenordnung für Ärzte bildet medizinische Leistungen ab. Hier stehen Pauschalen gegen Einzelleistungsvergütungen, Preisabstaffelungen gegen eine leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Arbeit.

Zweifellos müssen wir uns wappnen für die Diskussion um unsere Honorare. Diese Diskussion kommt auf uns zu, mit oder ohne Bürgerversicherung. Wir brauchen nicht EBM statt GOÄ, sondern mehr GOÄ auch im EBM, mehr Kostentransparenz und Eigenverantwortung. ■

Aus ärztlicher Sicht besteht kein Zweifel: Die privat Krankenversicherten sind für eine wirtschaftliche Praxisführung unverzichtbar. Dennoch: Beitragserhöhungen in der PKV machen auch vor Ärztinnen und Ärzten nicht Halt, und die mediale Branchenkritik zeigt Wirkung – sie verunsichert die Versicherten. Grund genug, um mit **Dr. Volker Leienbach**, Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung, über die vermeintlichen und vielleicht auch realen Probleme in der privaten Krankenversicherung zu sprechen.

Text: **Ulrike Scholderer** Fotos: **PKV Verband**

Kein Anlass für eine Radikalreform



Dr. Leienbach, die bei vielen Versicherungen zweistelligen Beitragserhöhungen zum Jahreswechsel oder jetzt im Frühjahr haben die PKV in die Schlagzeilen gebracht. Was ist der Grund für diese Beitragserhöhungen, von denen es heißt, es habe noch nie so viele Versicherte in dieser Höhe betroffen?

LEIENBACH: Die Beiträge zur Krankenversicherung – egal ob gesetzlich oder privat – steigen grundsätzlich, weil auch die Kosten der medizinischen Behandlungen Jahr für Jahr steigen. Ein wesentlicher Treiber dabei ist der medizinische Fortschritt. Er beschert uns allen mehr Lebens- und Versorgungsqualität, aber er hat eben auch seinen Preis. So haben sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt.

Eine Krankenversicherung kann auf diesen Anstieg auf zwei Arten reagieren: Entweder sie erhöht die Beiträge – oder sie schränkt die Leistungen ein. Die gesetzliche Krankenversicherung tut regelmäßig beides. Im Gegensatz dazu ist in der privaten Krankenversicherung der Leistungsumfang ein Leben lang garantiert. Hier müssen die Versicherten keine Kürzungen fürchten. Beitragsanpassungen muss es aber auch in der PKV geben, um den medizinischen Fortschritt zu finanzieren.

Die PKV darf die Beiträge erst dann erhöhen, wenn der Kostenzuwachs eine bestimmte Schwelle überschritten hat.

Das private Versicherungssystem ist für die Versicherten komplizierter als die gesetzliche Krankenversicherung. Wie funktionieren Alterungsrückstellungen und – vor allem – funktionieren sie angesichts der Niedrigzinsphase noch?

LEIENBACH: Weil die Menschen mit zunehmendem Alter auch immer mehr medizinische Leistungen benötigen, trifft die PKV systematisch Vorsorge. Unsere Versicherten zahlen in jungen Jahren mehr Beitrag, als sie an Kosten verursachen. Diese zusätzlichen Einnahmen werden für die höheren Ausgaben im Alter angespart: Die Versicherung legt sie gewinnbringend am Kapitalmarkt an.

Bei dieser Geldanlage sind die PKV-Unternehmen bis heute sehr erfolgreich. Allerdings basiert dies vor allem auf höher verzinsten Anlagen früherer Jahre. Durch die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank sind die Erträge bei jeder neuen Geldanlage heute viel geringer. Diese Entwicklung muss die PKV einkalkulieren. Was die Zinsen nicht hergeben, muss – so ist es gesetzlich vorgeschrieben – durch eine Erhöhung der Vorsorge ausgeglichen werden. Davon sind Privatversicherte jetzt ebenso betroffen wie andere Sparer auch.

Nachvollziehbar ist, dass gerade Versicherte im Rentenalter mit Verunsicherung auf die Beitragsanhebungen reagieren. Was sagen Sie denen?

LEIENBACH: Ruhig Blut! Denn im Alter erhalten Privatversicherte ganz automatisch eine Reihe finanzieller

Entlastungen: So entfällt im Alter von 60 Jahren der gesetzliche 10-Prozent-Zuschlag, dessen Ertrag den Versicherten ab dem Alter 65 wieder zu Gute kommt. Mit Renteneintritt entfallen außerdem die Beiträge für das Krankentagegeld. Und wer eine gesetzliche Rente erhält, bekommt auch einen Zuschuss zum PKV-Beitrag.

In der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich der Beitrag prozentual nach der Höhe des Einkommens. Dabei wird allerdings nicht nur die gesetzliche Rente belastet. Zusätzlich muss auch auf die betriebliche Altersvorsorge der volle Beitragssatz abgeführt werden. Bei einer Versicherungssumme von z.B. 25.000 Euro gehen so rund 4.500 Euro an die GKV. Privatversicherte sind davon nicht betroffen.

Freiwillig GKV-Versicherte müssen den prozentualen Beitrag sogar auf sämtliche Einkünfte zahlen, also auch auf Kapitalerträge, Mieteinnahmen und die Einkünfte ihrer Ehepartner. Nach jüngsten Gerichtsurteilen müssen freiberufliche Ärzte beim Verkauf ihrer Praxis sogar auf die Veräußerungsgewinne GKV-Beitrag zahlen. Auch von diesen Beitragspflichten sind Privatversicherte nicht betroffen.

Bei den privat Versicherten entsteht der Eindruck, dass sie viel höhere Beitragssteigerungen zu schultern hätten, als gesetzlich Versicherte. Stimmt das?

LEIENBACH: Die Beitragsentwicklung ist in GKV und PKV sehr ähnlich. In den vergangenen zehn Jahren von 2007 bis 2017 war der Anstieg in der GKV mit durchschnittlich 3,2 Prozent pro Kopf sogar etwas höher als in der PKV, wo es im Schnitt 3,0 Prozent waren. Allerdings spielt sich eine Beitragsanpassung in der GKV – wenn nicht gerade der Zusatzbeitrag steigt – ziemlich lautlos ab: Von jeder Lohnerhöhung schneiden sich die Krankenkassen ihr Stück ab, und auch mit jeder Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhöhen sich ihre Beitragseinnahmen. Das läuft Jahr für Jahr fast unbemerkt von den Versicherten ab und verliert sich gewissermaßen im Kleingedruckten des Gehaltszettels.

Die PKV dagegen darf die Beiträge erst dann erhöhen, wenn der Kostenzuwachs eine bestimmte Schwelle überschritten hat. Diese Vorschrift führt oft zu einem Wechsel von längeren Phasen der Stabilität und dann sprunghaft ansteigenden Beiträgen. Diese Sprünge würden wir unseren Versicherten gerne ersparen. Wir haben der Politik dazu konkrete Vorschläge vorgelegt und auch Verbraucherschützer sprechen sich für eine solche Reform aus. Doch leider hat der Gesetzgeber das bislang nicht aufgegriffen.

Was kann ich als Versicherter tun, wenn die Beiträge immer weiter steigen?

LEIENBACH: Jeder Privatversicherte hat einen Rechtsanspruch darauf, in einen anderen Tarif seines PKV-Unternehmens zu wechseln – mit gleichartigem Versicherungsschutz oder auch mit reduzierten Leistungen, und zwar ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartefristen.

Die meisten PKV-Unternehmen haben sich darüber hinaus freiwillig verpflichtet, den Service noch weiter zu verbessern. Entsprechend unseren Tarifwechsel-Leitlinien garantieren sie eine umfassende persönliche Beratung aller



Zur Person

DR. VOLKER LEINENBACH
geb. 1954 in Köln

Studium der Betriebswirtschaftslehre und Promotion
am Kölner Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und
Sozialpolitik

1981 – 1983

Referent bei der Bundesvereinigung Deutscher
Arbeitgeberverbände (BDA)

1984 – 2002

Geschäftsführer der Gesellschaft für
Versicherungswirtschaft und -gestaltung (GVG)

seit Juli 2002

Direktor und Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Die Vorschläge von Bertelsmann würden milliardenschwere Verluste für Arztpraxen und viele andere Gesundheitsberufe bringen. Schon ab dem ersten Jahr sollen sie 6,1 Milliarden Euro einbüßen.

wechselwilligen Versicherten innerhalb von 15 Arbeitstagen. Darüber hinaus schlagen sie den Versicherten bei Beitragserhöhungen bereits ab einem Alter von 55 Jahren konkrete Tarifalternativen vor, also fünf Jahre früher als gesetzlich vorgeschrieben.

Und wenn wirklich einmal „alle Stricke reißen“ sollten, dann stehen den Privatversicherten immer noch zwei gesetzlich verankerte Sozialtarife zur Verfügung: der Standardtarif und der Basistarif.

Die Bertelsmann-Stiftung behauptet, Bund und Länder könnten bis 2030 rund 60 Milliarden Euro sparen, wenn sie über die Beihilfe nicht mehr die Krankheitskosten der Beamten und Pensionäre schultern müssten. Ist das richtig? Was halten Sie von dieser Prognose?

LEINENBACH: Die Bertelsmann-Stiftung will einen Radikalumbau der Gesundheitsversorgung aller Beamten in Bund, Ländern und Kommunen – hat dabei jedoch nach eigenen Angaben die (verfassungs-)rechtliche Zulässigkeit und Umsetzbarkeit gar nicht erst geprüft. Eine solche ‚Studie‘ kann schon im Ansatz nicht ernst genommen werden.

Aber auch das Rechenwerk selbst ist nicht tragfähig, weil es wesentliche Kostenfaktoren ausblendet. So beziffert die Studie zwar die vermeintlichen Einsparungen der Staatshaushalte bis 2030 durch die Verlagerung der Kosten für die Versorgung der Beamten auf die gesetzliche Krankenversicherung. Sie verschweigt aber die Auswirkungen auf die GKV-Versicherten im selben Zeitraum. Dabei ist absehbar, dass die GKV-Versicherten durch steigende Beitragssätze mittel- und langfristig wesentlich stärker belastet würden.

Gleichwohl würden die Vorschläge von Bertelsmann milliardenschwere Verluste für Arztpraxen ebenso wie Hebammen, Physiotherapeuten und viele andere Gesundheitsberufe bringen. Schon ab dem ersten Jahr sollen sie 6,1 Milliarden Euro einbüßen.

Offensichtlich gibt es, in der GKV bisher stärker als in der PKV, Schwierigkeiten hinsichtlich der sogenannten Solo-Selbständigen. Viele von ihnen sind mit den Beiträgen für ihre Krankenversicherung überfordert. Haben Sie eine Lösung für dieses Problem?

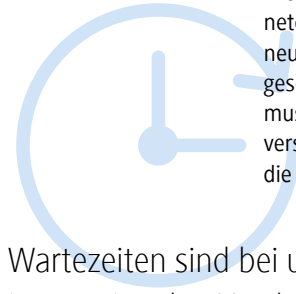
LEINENBACH: Die PKV mit ihren vielfältigen Wahl- und Tarifmöglichkeiten kann den meisten Kleinselbständigen und Existenzgründern schon heute ein gutes Angebot machen. Dass es speziell in dieser Personengruppe auch einmal zu Zahlungsengpässen kommen kann, wissen wir in der Tat auch. Anders als in der GKV ist das Problem bei uns allerdings rückläufig: So beliefen sich die Außenstände durch Beitragsausfälle im Jahr 2013 auf rund 850 Mio. Euro bei insgesamt etwa 149.000 Beitragsschuldnern. Dann hat der Gesetzgeber den sogenannten Notlagentarif eingeführt, mit der Folge, dass sich die Außenstände Ende 2015 auf rund 375 Mio. Euro bei insgesamt etwa 115.000 Beitragsschuldnern reduziert hatten. Der Notlagentarif wirkt also wie erhofft, indem er den Betroffenen die Lösung ihrer Schuldenprobleme erleichtert und dann die Rückkehr in die Normaltarife ermöglicht.

Die PKV hat von 2012 bis 2015 rund 190.000 Versicherte verloren. Woran liegt das?

LEINENBACH: Tatsache ist, dass wir in dem genannten Zeitraum mehr als zwei Millionen Versicherte dazugewonnen haben. Allerdings spielt sich dieses Wachstum in der Zusatzversicherung ab. In der Vollversicherung war die Entwicklung leicht rückläufig. Dies ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten seit einigen Jahren immer weiter wächst, wogegen die der Selbstständigen zurückgeht. Infolgedessen sind Zigtausende vormals privatversicherte

Selbstständige bei Aufnahme einer Arbeitnehmertätigkeit in die GKV gewechselt – ob sie das nun wollten oder nicht.

2016 hat sich die Lage in der Vollversicherung übrigens wieder deutlich verbessert. Erstmals seit 2012 verzeichneten wir im 2. Halbjahr einen positiven Saldo im Nettozugang, und die Wechselbilanz zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung war ausgeglichen. Dabei mussten auch 2016 wieder Zigtausende seit Geburt privatversicherte junge Leute bei Beginn ihres Berufslebens in die GKV wechseln.



Wartezeiten sind bei uns im internationalen Vergleich geradezu rekordverdächtig kurz.

Stichwort fehlender Wettbewerb. Alterungsrückstellungen können nach wie vor nur sehr eingeschränkt von einer Versicherung auf die nächste übertragen werden.

Für den Außenstehenden sieht das so aus, als würde das Instrument des Preiswettbewerbs in der PKV damit ausgeschaltet – zu Lasten der Versicherten. Ist das so?

LEIENBACH: Für alle seit dem 2009 abgeschlossenen PKV-Verträge wurde von Anfang an einkalkuliert, dass den Versicherten bei einem Unternehmenswechsel ein sogenannter Übertragungswert mitgegeben wird. Das gilt bereits für mehr als zwei Millionen Privatversicherte, und immer mehr Menschen wachsen in diese ‚neue Welt‘. Einen solchen Anspruch von vornherein einzukalkulieren, ist aber etwas grundlegend anderes als ein rückwirkender Eingriff in oft seit Jahrzehnten bestehende Verträge.

Wenn die Alterungsrückstellungen auch in den alten Verträgen uneingeschränkt mitgenommen werden könnten, hätte das extrem unsolidarische Auswirkungen ausgeglichen zu Lasten der älteren und kränkeren Versicherten. Denn alle Erfahrungen zeigen in GKV und PKV gleichermaßen: Es wechseln fast nur Junge und Gesunde. Damit führt jeder Wechsel zu einer Verschlechterung der Risikomischung.

Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach hat den Tod der PKV prophezeit. Grund: Die PKV habe ein doppeltes Demografieproblem. Denn sie habe keine Stellschrauben, um die Behandlungskosten ihrer Versicherten zu steuern. Und die Alterung der Gesellschaft treffe sie natürlich auch. Was können Sie dem entgegenhalten – und: Was heißt das für Ihre Verhandlungsposition in Sachen GOÄ-Novelle?

LEIENBACH: Mit Verlaub: Wenn jemand ein Demografieproblem hat, dann sind doch nicht wir das, sondern die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme. Denn schon heute steht fest, dass der demografische Wandel das System der Umlagefinanzierung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an seine Grenzen bringen wird.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, dass möglichst viele Menschen schon heute für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen, um zukünftige Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten. Die rund 9 Millionen Privatversicherten treffen mit ihren Beiträgen vom ersten Tag an Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben.

Davon profitieren nicht nur sie persönlich, sondern auch die jüngeren Generationen. Denn für diesen Teil der Bevölkerung – immerhin 11 Prozent – müssen unsere Kinder und Enkel die zukünftigen Gesundheitsausgaben nicht mitfinanzieren.

Und was die Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung betrifft: Die PKV hat gemeinsam mit Bundesärztekammer und in Abstimmung mit Vertretern der Beihilfe das Konzept für eine neue GOÄ erarbeitet, das klare Vorteile für alle Beteiligten bietet: Eine transparente Abrechnung auf dem aktuellsten Stand der Medizin, die Aufwertung der „sprechenden Medizin“ und eine angemessene Vergütung der Ärzte auf betriebswirtschaftlicher Basis – bei voller Therapiefreiheit, ohne Budgetgrenzen oder dergleichen. Natürlich werden auch die Interessen der Privatversicherten und der Beihilfe berücksichtigt. Unser gemeinsames Ziel ist es nun, der Bundesregierung ein abgestimmtes Konzept vorzulegen, damit möglichst rasch in der nächsten Legislaturperiode die Gebührenordnung erneuert werden kann.

Herr Dr. Leienbach, wie sehen Sie die Chancen der PKV nach der Bundestagswahl?

LEIENBACH: Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Mit einem flächendeckenden Netz von Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken und mit Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle Versicherten – egal ob gesetzlich oder privat. Diese gute Versorgung müssen wir auch in Zukunft sichern – und zwar unter schwieriger werdenden Bedingungen angesichts unserer alternden Gesellschaft. Nur die PKV sorgt dafür finanziell vor. Zudem hält das duale System beide Teile auf Trab, die GKV ebenso wie die PKV. Hier gilt wie sonst im Leben: Wettbewerb belebt das Geschäft – zu Gunsten aller Versicherten.

Dagegen wäre das Einheitssystem einer sogenannten Bürgerversicherung, wie es dem erwähnten Professor Lauterbach, aber auch Grünen und Linken vorschwebt, für alle Menschen in Deutschland viel nachteiliger. Die Verfechter kommen immer mit dem Thema Wartezeiten. Dabei sind diese bei uns im internationalen Vergleich geradezu rekordverdächtig kurz. Wenn es bei uns mal zu vier Wochen Wartezeit auf einen Facharzttermin kommt, wird das skandalisiert. Doch in allen Ländern mit Einheitssystem sind eher vier Monate Wartezeit und mehr angesagt, schauen Sie nur mal nach Großbritannien oder in die Niederlande.

Die Zufriedenheit der Deutschen mit ihrer medizinischen Versorgung liegt heute bei historischen Spitzenwerten von über 90 Prozent – da gibt es überhaupt keinen Anlass zum Risiko einer ideologisch motivierten Radikalreform. Das wäre ja wie eine Operation am offenen Herzen eines gesunden Patienten. ■

Medizinstudium Nur mit einem Einser-Abitur steht einem der Arztberuf offen. Das lässt den Frauenanteil unter den Ärzten immer weiter steigen – mit unerwünschten Folgen für die medizinische Versorgung.

Text: Dorothea Siems

Eine Männerquote für Ärzte?

Der Arztberuf ist für viele junge Menschen ein Traumjob. Entsprechend heiß begehrt sind die Studienplätze für Medizin. Für das anstehende Sommersemester haben sich fast 19.000 Interessierte beworben. Dem stehen lediglich 1.600 Plätze gegenüber. Anfang des Jahrtausends kamen noch vier Bewerber auf einen Studienplatz. Nur wer eine Abiturnote von 1,2 vorweisen kann, kommt heutzutage noch direkt zum Zuge. In vielen Bundesländern wie Berlin oder Bayern liegt der Numerus Clausus gar bei einer glatten Eins. Dass fast nur Bewerber mit einer solchen Traumnote zum Medizinstudium zugelassen werden, ist nicht nur für die Abgewiesenen häufig eine unerträgliche Härte. Zumal die Auswahl angesichts der eklatanten Leistungsunterschiede an den Schulen alles andere als gerecht ist.

Auch für die künftige medizinische Versorgung sind die Folgen dieser Vergabep Praxis problematisch. So hat der Radiologe und emeritierte Hochschuldozent Professor Jürgen Freyschmidt in einem Gastbeitrag in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ beklagt, dass die Ausrichtung auf die Abiturnote zu einer „Feminisierung der Medizin“ führe. Mittlerweile gehen rund zwei Drittel der Studienplätze an weibliche Bewerber – Tendenz: weiter steigend. Denn Mädchen machen heutzutage nicht nur häufiger Abitur als die Jungen, sondern erzielen im Durchschnitt auch die besseren Abschlüsse. Freyschmidt stellt die provokante Forderung, eine Männerquote einzuführen und künftig die Hälfte aller Studienplätze an männliche Bewerber zu geben. In den sozialen Medien gab es einen Aufschrei der Empörung. Gerade auch diejenigen, die politisch seit Jahren für Frauenquoten im öffentlichen Dienst oder für Chefposten in privaten Unternehmen kämpfen, werten eine entsprechende Männerförderung im Bereich der Medizinstudienplätze als einen ungerechtfertigten Akt der Diskriminierung. Doch auch die Gegner einer Männerquote können die Tatsache

nicht leugnen, dass der stetig steigende Frauenanteil unter den Medizinstudierenden unerwünschte Nebenwirkungen hat. Denn es gibt einen erheblichen Geschlechterunterschied bei der Arbeitszeit von Ärzten. Der Wunsch vieler Medizinerinnen nach Teilzeit und häufig auch längeren Familienphasen droht in den kommenden Jahren den sich abzeichnenden Ärztemangel noch zu verschärfen. Gerade in ländlichen Regionen suchen ältere Praxisinhaber nach Nachfolgern. Frauen, die nicht Vollzeit arbeiten wollen, scheuen aber häufig das Risiko einer eigenen Praxis. An den Kliniken wiederum sind die langen Arbeitszeiten und Nachtdienste besonders für Mütter mit kleinen Kindern abschreckend.

Allerdings ist der Wunsch nach einer gelungenen Work-Life-Balance heutzutage keineswegs nur bei Frauen ausgeprägt. Im Zuge des gesellschaftlichen Wertewandels streben auch immer junge Männer nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Zahl der Väter, die in Elternzeit gehen, steigt stetig. Und auch immer mehr männliche Jungmediziner wollen nicht im Klinikalltag verheizt werden. Gegen die von der Ärzteschaft beklagten zunehmenden Engpässe in der medizinischen Versorgung der Patienten wäre die Männerquote deshalb kein probates Mittel. Viel mehr bräuchte eine Aufstockung der Studienplätze für Medizin. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Klinikärzte könnte zudem verhindern, dass jährlich Tausende Mediziner in die Wirtschaft oder ins Ausland abwandern.

Vor allem aber sollte die Studienplatzvergabe nach sinnvoller Kriterien als der Abiturnote erfolgen. Eignungstests, die neben kognitiven Fähigkeiten auch die für den Arztberuf nötigen menschlichen Qualitäten prüfen, wären allemal sinnvoller als das blinde Vertrauen in die Schulabschlüsse. ■





HAUPTSTADT KONGRESS 2017

MEDIZIN UND GESUNDHEIT

**DEUTSCHES
ÄRZTEFORUM**

**20.-22. JUNI 2017
CITYCUBE BERLIN**

Dabei sein. Mitreden. Mitentscheiden.

Die Plattform für ärztliche
Fortbildung und gesundheits-
politische Diskussion.

Informationen und Anmeldung unter:
www.hauptstadtkongress.de/deutsches-aerzteforum
oder Telefon: +49 (30) 49 85 50 31

Profitieren Sie vom PVS-Vorteil:

Jetzt PBV-Mitglied werden - und doppelt sparen!*

*Werden Sie zu Vorzugskonditionen Mitglied im PBV und erhalten so kostenfreien Eintritt zum Tag der Privatmedizin!

Mehr erfahren Sie hier: www.pbv-aerzte.de/pvs-vorteil

- Ja, ich möchte kostenlos am Tag der Privatmedizin teilnehmen. Bitte senden Sie mir Anmelde- und Beitrittsunterlagen.

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

Stimmt Ihre Adresse noch?

Bitte ausschneiden und im verschlossenen Umschlag senden an:
Tag der Privatmedizin TNP · Vinckeweg 15 · 47119 Duisburg



INNOVATIONEN FÜR DIE PRIVATBEHANDLUNG

TAG DER privatmedizin



Das Programm ist jetzt online
www.tag-der-privatmedizin.de



14. Oktober 2017, Frankfurt /Main

Workshops, Plenum, Innovationsausstellung

Mittendrin statt nur dabei sein, wenn's um die Wurst geht!

Die Bundestagswahl 2017 wird zur Schicksalswahl für das duale System der Gesundheitsversorgung. Diskutieren Sie unmittelbar nach der Bundestagswahl mit namhaften Experten über die Folgen des Wahlausgangs für die Privatmedizin. Holen Sie sich wichtigen Input für Ihre tägliche Praxis: Zu den politischen Optionen, zur aktuellen Entwicklung der GOÄ, zu innovativen Konzepten für Diagnostik und Therapie für Ihre Privatbehandlung. Zu den neuesten technischen Entwicklungen für die Patientenbehandlung, Ihr Praxismanagement und die Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis.

Jetzt geht's
um die Wurst!

PRIVATMEI

Herausgeber



Ideeller Sponsor



tag-der-privatmedizin