

zifferndrei

Ausgabe 4 · Frühjahr 2016

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Attackiert

Cyberkriminelle greifen nach sensiblen Patientendaten

4

Praxismanagement

Komm, sprich mit mir!

Arzt-Patienten-Kommunikation wurde lange stiefmütterlich behandelt. Das ändert sich nun.

14

Praxisfinanzen

Rollendes Potential

Warum Oldtimer immer noch eine faszinierende Anlage sind. Manche für den Geldbeutel, andere für den Spaß.

19

Praxis und Recht

Neue Strafbarkeitsrisiken

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen. Was heißt das für Sie als Arzt?

Ausgabe 4 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement

4



Komm, sprich mit mir!

Über Jahre wurde die Kommunikation zwischen Medizinerinnen und Patienten stiefmütterlich behandelt. Das ändert sich nun.

7



TITEL

„All your important files are encrypted!“

Im Februar wurden mehrere deutsche Kliniken Opfer von Hackerangriffen. Über Licht und Schatten einer Medizin, die immer mehr auf Vernetzung angewiesen ist.

Praxisfinanzen

12 | Ärztliche Vorsorge

Viele Arztpraxen bieten keine betriebliche Altersversorgung an. Es lohnt sich aber, Vor- und Nachteile genauer zu betrachten.



14

Rollendes Potential

Warum Oldtimer immer noch eine faszinierende Anlage sind. Manche für den Geldbeutel, andere für den Spaß.

Praxis & Recht

19



Neue Strafbarkeitsrisiken für Ärzte

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sollen künftig mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden. Ein Überblick über die wichtigsten Regelungen.

22 | Wann der Wahlarzt delegieren darf

Welche Leistungen darf ein Wahlarzt delegieren? Was passiert, wenn er verhindert ist?

PVS-Positionen

24



ABRECHNUNG

Warum eigentlich zifferndrei?

Beratungsleistungen – Ziffer 1 und Ziffer 3 GOÄ – gehören zu den wichtigsten medizinischen Leistungen überhaupt. So rechnen Sie korrekt ab.

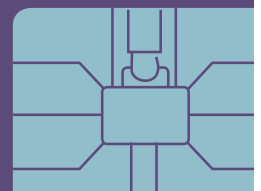
26 | TILGNERS BERICHT AUS BERLIN

Der Geist in der Flasche...

Die Koalition hat ihre gesundheitspolitischen Aufgaben abgearbeitet. Ein guter Zeitpunkt, um eigene Ideen in die politische Diskussion einzubringen.

Gastkommentar

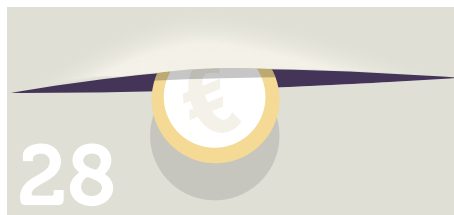
30



Flickenteppich

Asylbewerber sollen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Doch die Umsetzung hakt auf allen Ebenen.

Gesundheitspolitik



Zweischneidig

Linke, Grüne und die linke SPD fordern die Wiedereinführung der paritätische Finanzierung der Kassenbeiträge.

29 | Ein oder zwei Paar Schuhe?

Was haben GOÄ-Novelle und die Bürgerversicherung miteinander zu tun? Fördert das Scheitern oder das Gelingen der Novelle die Einführung einer Einheitsversicherung?

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | SCHÄFFERS KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

27 | VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

just in dem Augenblick, in dem ich – bildlich gesprochen – zur Feder greife, um das Editorial und damit den letzten Text für die neue Ausgabe unseres Verbandsmagazins zu schreiben, erscheint auf meinem Bildschirm die Nachricht: Notaufnahme schließt wegen Computervirus. Rund einen Monat, nachdem die ersten Krankenhäuser Schlagzeilen machten, weil sie Opfer von Cyberangriffen geworden waren, trifft es nun die Notaufnahme des Marienhospitals in Aachen. Es scheint, dass eine neue Ära der Cyberkriminalität angebrochen ist. Längst wird im Darknet „Cybercrime as a Service“ angeboten. Der Aufwand, der hinter den Angriffen mit den Verschlüsselungstrojanern steckt, ist nicht besonders groß, aber effektiv. Die Hoffnung, die Täter dingfest machen zu können, verliert sich in den Weiten des Internet. Und damit auch die Hoffnung, dass das alles schon bald vorbei sein wird.

Auch wenn die bisherigen Angriffe zum Glück abgewehrt werden konnten und Patientendaten niemals in Gefahr waren, sind die Schäden doch enorm. Die betroffenen Kliniken haben einen ungeheuren Aufwand, insbesondere um ihre IT-Systeme zu bereinigen und neu aufzusetzen. Moderne Medizin ist ohne IT nicht denkbar. Diese IT braucht Notfallpläne, Präventivmaßnahmen und umsichtige Nutzer. Wir haben für Sie mit Experten gesprochen, die Wege zeigen, wie man die Risiken in den Griff bekommen kann.

Kommunikation beschäftigt uns in dieser Ausgabe aber nicht nur in ihrer digitalen Form. Es geht auch um das gesprochene Wort zwischen Arzt und Patient. Mehr als 200.000 Patientengespräche führt ein Arzt im Laufe seines Berufslebens. Universitäten, Kliniken und Praxen wissen, wie wichtig gelingende Kommunikation für den Behandlungserfolg ist. Vielerorts werden jetzt Programme und Initiativen gestartet, um Medizin verständlicher zu machen.

Ganz besonders möchten wir Ihre Aufmerksamkeit auf den ersten Beitrag in unserer neuen Rubrik „Abrechnung“ lenken. Unser Autor Peter Gabriel lüftet das Geheimnis, warum **zifferdrei** zifferdrei heißt – und was das alles mit dem Erfolg Ihrer Praxis zu tun hat.

Wir wünsche Ihnen viel Spaß mit der neuen Ausgabe Ihrer **zifferdrei**.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



Ulrike Scholderer

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

Komm,

Arzt-Patienten-Kommunikation Über Jahre wurde die Kommunikation zwischen Medizinern und Patienten stiefmütterlich behandelt. Das ändert sich nun: Universitäten, Kliniken und Arztpraxen erkennen, wie wichtig ein gelungenes Gespräch für den Behandlungserfolg ist – und starten umfassende Programme.

Text: Romy König · Foto: shutterstock

sprich mit mir!

Im ersten Moment war Verena Kraushaar zu verblüfft, um etwas zu erwidern: Wegen Knieschmerzen hatte die 40-Jährige ihren Hausarzt aufgesucht, hatte auf Verständnis gehofft, auf eine umfassende Untersuchung – auf eine Diagnose und Hilfe. „Doch der Arzt musterte mich nur kurz von oben bis unten und brummte dann: ‚Sie sind zu dick. Nehmen Sie erst mal ordentlich ab.‘“ Verena Kraushaar, Personalreferentin in einem Industriekonzern, schätzt ehrliche Worte. „Seine Bemerkung aber war so unfreundlich, dass ich schier sprachlos war.“ Sie verließ die Praxis, gekränkt und verärgert – und mit dem Gefühl, nicht richtig behandelt worden zu sein, „und das in jedem Wortsinn“.

Mehr als 200.000 Patientengespräche führt ein Arzt im Laufe seines Berufslebens, so eine Schätzung der Uniklinik Heidelberg. Vom Verlauf der Gespräche hängt viel ab: „Hat der Patient das Gefühl, der Arzt hört ihm zu, geht auf seine Sorgen ein und informiert ihn umfassend und verständlich, ist er eher bereit, dem Arzt zu vertrauen und die Therapieempfehlungen einzuhalten“, sagt Jana Jünger, Professorin und Oberärztin für Innere Medizin und Psychosomatik an der Heidelberger Uniklinik. „Misslingt aber das Gespräch,

etwa weil der Arzt den Patienten zu früh unterbricht, kann das zu falschen Diagnosen oder Fehlbehandlungen führen.“

Das Problem schlechter Arzt-Patienten-Kommunikation ist hausgemacht: An den Universitäten werden Mediziner kaum auf Patientengespräche vorbereitet – und wenn, dann allzu theoretisch, so Jünger. „Die Anwendung in den einzelnen Fächern mit ihren sehr unterschiedlichen Patientengruppen kommt zu kurz.“ Es sei etwas anderes, ob ein Arzt über Vorteile und Risiken einer Vorsorgeuntersuchung aufkläre, mit seinem Patienten über Tabuthemen wie etwa Inkontinenz spreche oder Eltern mitteilen müsse, dass ihr Kind an einem Hirntumor leidet. „Das kann man nicht theoretisch lernen.“ Unter Jüngers Leitung haben deshalb in den letzten drei Jahren über 500 Vertreter aller 36 deutschen Medizinfakultäten ein Muster-Curriculum für Kommunikation erarbeitet. Es sieht bundesweit ausführliche Gesprächstrainings für Medizinstudenten vor – ab dem ersten Semester. Jünger, die schon vor 15 Jahren in Heidelberg ein Kommunikationstraining für Medizinstudenten entwickelte, ist zuversichtlich: Das Konzept stehe nun fest – und müsse nur noch in die bisherigen Lehrpläne integriert werden. „Das soll bis 2017 abgeschlossen sein.“

Bequeme Ausrede: „Ich bin eben kein guter Redner“

Aber auch jene Mediziner, die an ihrer Uni kein Kommunikationstraining absolviert hätten, könnten noch gegensteuern – sollten es sogar, sagt Pamela Emmerling: „Es gibt Ärzte, die ein Berufsleben lang darunter leiden, dass sie ihr wichtigstes Instrument, das ärztliche Gespräch, nie professionell gelernt haben.“ Die Kommunikationsberaterin hat sich auf diese Berufsgruppe spezialisiert, schult Ärzte in Rhetorik und Gesprächsführung – und hat über ihre Arbeit ein Buch geschrieben („Ärztliche Kommunikation“, Schattauer Verlag, 2015). Darin zeigt sie, dass gängige Kommunikationsmodelle auch in der Arztpraxis angewandt werden können: Von Paul Watzlawick könnten Ärzte den intelligenten Umgang mit Missverständnissen lernen, von der Therapeutin Virginia Satir, warum rationale Formulierungen ein Gesprächskiller sein können. Dass gute Kommunikation nur Begabung sei, ist für Emmerling ein reiner Mythos – „und eine allzu bequeme Vorstellung: Tatsächlich können Menschen gutes Kommunizieren lernen – so wie chirurgische Techniken.“

Anästhesieschwester dem Teenager kurzsilbig eine Tablette hingereicht, „hier, einmal nehmen“, ohne ihm zu erklären, was er da zu schlucken habe und wofür. Auch das OP-Hemdchen habe sie dem Jungen ohne weitere Erläuterung in die Hand gedrückt. „Er wusste nicht, wie er das Hemd anziehen und verschnüren sollte, wo vorn, wo hinten ist“, so Tsongas. In einer Situation, in der sich der Patient ohnehin bereits in einem Ausnahmezustand befindet, nervös ist und verängstigt, belastet ein so unterkühltes Verhalten. Ein einziges nettes Wort der Schwester hätte gereicht, und der Junge hätte sich wohler gefühlt, so Tsongas. Wegen Vorfällen wie diesem hat die Klinik eine Charme-Offensive ins Leben gerufen: In speziellen Workshops werden die Mitarbeiter seither geschult, arbeiten an Wahrnehmung und Körperhaltung, trainieren Zugewandtheit und Einfühlungsvermögen.

Partnerschaftlicher Dialog

Die Paracelsus-Klinik in Bad Ems setzt an einer weiteren Stelle an, um das Vertrauensverhältnis zwischen ihren Ärzten und Patienten zu stärken: Seit Ende des letzten Jahres bekommt jeder entlassene Patient der Inneren Abteilung eine Kopie seines Arztbriefes nach Hause geschickt – und zwar in einer übersetzten, das heißt: für den Laien verständlichen Sprache. Statt „progrediente Symptomatik“ steht dann dort: „fortschreitende Krankheitszeichen“, statt „Cephalgie“: „Kopfschmerzen“. Übersetzt werden die Briefe von ehrenamtlichen Mitarbeitern der Initiative „Was hab' ich?“, die seit 2011 kostenlos für Patienten Medizinerlatein in Allgemeinsprache überträgt (www.washabich.de). „Der mündige Patient muss seine Erkrankung verstehen, um sich gemeinsam mit dem Arzt für eine bestimmte Therapie entscheiden zu können“, erklärt Manfred Georg Krukemeyer, Gesellschafter der Paracelsus-Kliniken und selbst Mediziner. „Als Grundlage für seine Gesundheitskompetenz benötigt er individuelle und leicht verständliche Informationen.“ Die Idee kommt an: Schon in den ersten vier Wochen seit Projektstart haben 40 Patienten den Service genutzt. Das Projekt verändere die Art, wie Patienten mit den Ärzten reden, beobachtet Holger-Carsten Eberle, Chefarzt der Inneren Medizin: „Der Dialog wird automatisch partnerschaftlicher.“ Ein Effekt, von dem nicht nur Klinik und Patient, sondern auch die niedergelassenen Ärzte profitieren. Schließlich kommen diese als erste in der Behandlungskette wieder in Kontakt mit dem Patienten – der ihnen dann informiert und aufgeklärt gegenüber sitzt. Diese Art von „Augenhöhe“ habe ihre Grenzen, wie Kommunikationsexpertin Pamela Emmerling zu bedenken gibt. Schließlich sei ein Arzt-Patienten-Verhältnis nicht symmetrisch – „und ein falsch eingesetztes Demokratieverständnis ändert daran nichts“. Erst wenn Kommunikation auf Wertschätzung basiere, auf Mitfühlen mit dem anderen, könne sie gelingen.

Auch die Mitarbeiter der Ludwigsburger RKH-Klinik haben mittlerweile gelernt, sich besser in den Patienten hinein zu versetzen; Marketingleiter Tsongas erhält wieder positive Rückmeldungen. Ein Patient habe es dabei besonders auf den Punkt gebracht. „Bei Ihnen“, so habe er gesagt, „herrschen jetzt endlich ganz neue Töne.“ ■



Foto: iStockphoto

200.000

Gespräche

mit Patienten
führt ein Arzt
durchschnittlich in
seinem Berufsleben.

25.000

Arztbefunde

haben Medizinstudenten
der Initiative „Was hab' ich?“
bisher in verständliche
Sprache übersetzt.

Schlüssel verständliche Kommunikation:
„Der Dialog wird automatisch partnerschaftlicher.“

Kliniken denken um

Davon ist auch Alexander Tsongas überzeugt: Der Marketingleiter der RKH-Kliniken in Ludwigsburg musste sich etwas einfallen lassen, als ihn zahlreiche Beschwerdebriefe von Patienten erreichten: Den Klinikmitarbeitern mangle es an Freundlichkeit, hieß es darin, der Ton sei unhöflich, Aufklärung und Information ungenügend. Tsongas erinnert sich etwa an die Beschwerde eines Vaters, dessen Sohn für einen ambulanten Eingriff in die Klinik gekommen war: In der OP-Vorbereitung habe die



**„All your
important files are
encrypted!“**

PAY

Titel Im Februar wurden mehrere deutsche Kliniken Opfer von Hackerangriffen. Über infizierte E-Mail-Anhänge gelangten sogenannte Crypto-Trojaner in die IT-Systeme und begannen, Daten zu verschlüsseln. Vernetzung und Digitalisierung sind ohne Zweifel ein Segen für die Medizin. Gleichzeitig zeigen die Vorfälle, wie sorgfältig mit diesen Errungenschaften umgegangen werden muss.

Text: **Ulrike Scholderer** • Illustration: **Martin Schulz**

Normalerweise arbeitet das Lukaskrankenhaus papierfrei. Das Krankenhaus liegt in Neuss, nicht weit von Düsseldorf. Es ist ein akademisches Lehrkrankenhaus der dortigen Universität und wird regelmäßig unter den 100 besten Kliniken Deutschlands gelistet. Ein medizinisch leistungsstarkes und wirtschaftlich erfolgreiches Haus der Schwerpunktversorgung mit 538 Betten und 11 Fachabteilungen. Und vorbildlich in Sachen Digitalisierung. Erst Ende Januar wurde im Lukaskrankenhaus das Projekt „Visite 2.0“ vorgestellt. Es geht um den Einsatz von Tablets, der die Arbeitsprozesse erleichtert und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Bundesgesundheitsminister Gröbe war bei der Vorstellung des Projekts dabei und lobte: „Die Visite 2.0 im Lukaskrankenhaus in Neuss ist ein tolles Beispiel, wie durch den Einsatz von Informationstechnik die Patienten-

den Schlüssel zu übergeben. Das Ganze läuft ab wie eine Entführung im realen Leben. Nur eben im Internet. Wegen der Forderung eines Lösegeldes nennen Fachkreise diese Trojaner „Ransomware“.

Welches dieser Schadprogramme genau hinter dem Angriff auf das Neusser Krankenhaus steht, ist nicht bekannt. Aber offensichtlich ist das Virus schwer in den Griff zu bekommen. Stündlich wechselt es seinen Code, heißt es aus dem Krankenhaus. Im Moment beobachtet man bei Symantec, einem der weltweit größten Anbieter von Cybersicherheitslösungen, einen enormen Anstieg der Verbreitung verschiedener Versionen von Verschlüsselungstrojanern aus der TeslaCrypt-Familie. „Von Januar auf Februar stieg die Anzahl der Fälle, in denen ein System mit dem TeslaCrypt-Trojaner 3.0 infiziert wurde, in Europa insgesamt um 561 %. Am stärksten betroffen war Italien, dann Deutschland“, erläutert Candid Wüest, Senior Software Engineer im Symantec Advanced Threat Research Team, die aktuelle Entwicklung. Symantec registriert, dass weltweit

etwa 2.000 Systeme täglich mit Crypto-Trojanern infiziert werden. Doch das ist nur die Spitze des Eisbergs. Denn erfolgreich abgewehrte Attacken sind hierbei nicht erfasst. Unter den deutschen Krankenhäusern wurde nicht nur das Haus in Neuss Opfer der Cyberkriminellen. Weitere Fälle wurden aus Arnsberg, Emmerich, Kalkar, Kleve, Köln, Essen, Mönchengladbach und Winterberg gemeldet. Aber nicht nur Nordrhein-Westfalen ist betroffen. Auch die Kliniken an der Paar im bayerischen Aichach und Friedberg geben bekannt, angegriffen worden zu sein. Beunruhigende Fragen drängen sich auf: Sind diese Angriffe auf Krankenhäuser gezielt startet worden? Geht es konkret um Behandlungsdaten? Tim Gries, Pressereferent im Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), sieht das nicht so. „Die Berichte der letzten Wochen über betroffene Krankenhäuser sind aus unserer Sicht eher zufällige Häufungen, da bei Einrichtungen wie den Kliniken der Schaden offensichtlich, nicht verschweigbar und medienrelevant ist. Betroffene Unternehmen neigen hingegen dazu, Angriffe für sich zu behalten“, sagt Gries. Und auch der Symantec-Sicherheitsexperte Wüest geht nicht davon aus, dass die Krankenhäuser gezielt ins Visier genommen worden sind. „Wir beobachten aber, dass Angriffe mit Ransomware sich immer mehr auch auf Firmen richten. Früher waren es vor allem die persönlichen Daten von Privatanwendern, mit denen die Erpresser versuchten, Geld zu machen“, erläutert Wüest.

Auch Arztpraxen sind in Gefahr

Seit Juli letzten Jahres wurden auch verschiedene Angriffe auf Arztpraxen bekannt. In einer Praxis in Freiburg im Breisgau war es Hackern gelungen, über eine E-Mail, die einen Crypto-Trojaner enthielt, das Datensystem der Praxis zu entern. Die Patientendaten wurden verschlüsselt, der Arzt hatte keinen Zugriff mehr. Die Hacker forderten den

Der Erpresser verschickt eine Welle von E-Mails mit Malware (1)



„Vertrauen Sie nicht allein auf Ihren Virens Scanner. Oftmals erkennt er den Crypto-Trojaner gar nicht, oder viel zu spät.“

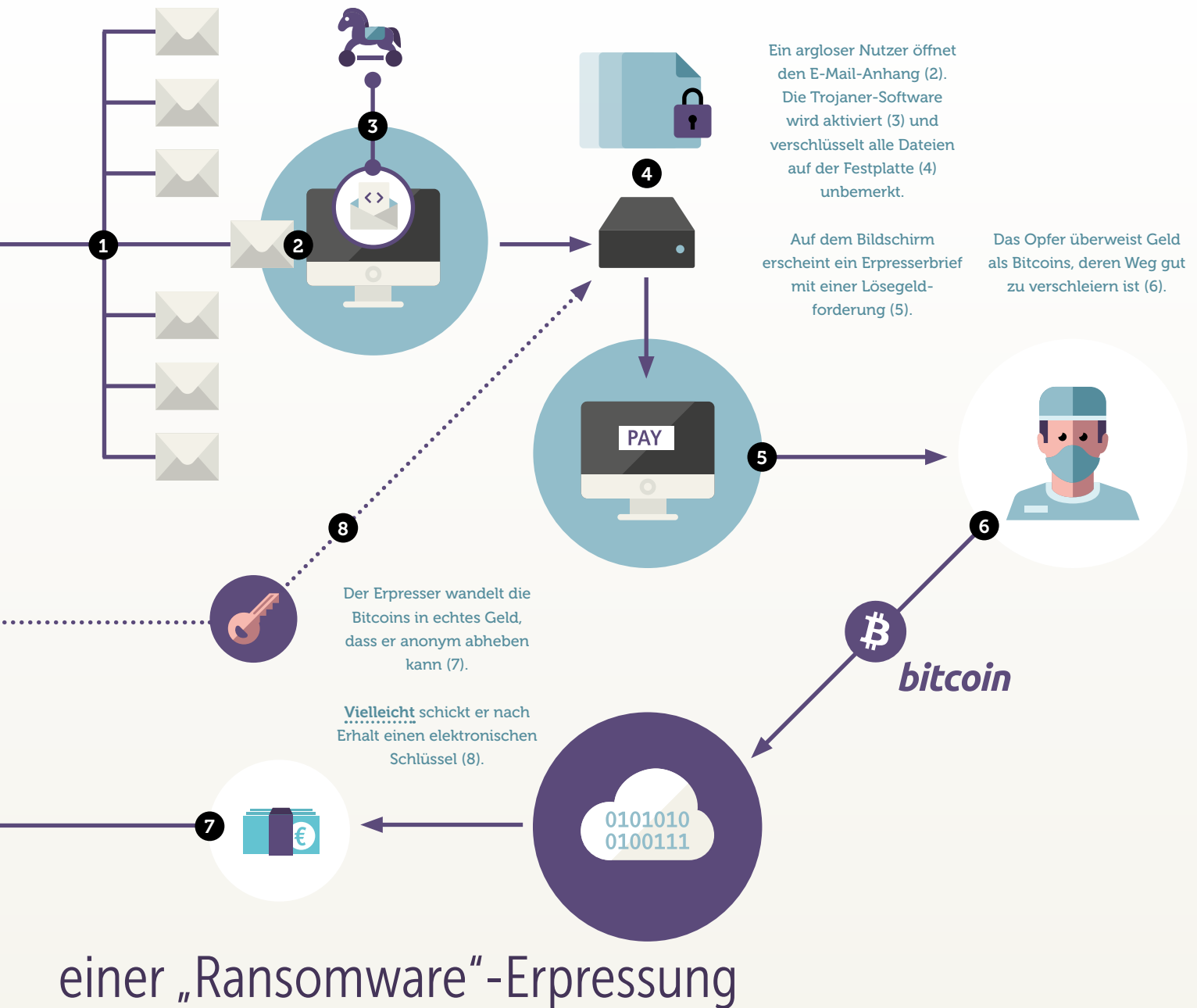
Linus Neumann, Chaos Computer Club

information verbessert und Übertragungsfehler vermieden werden können.“ Aschermittwoch ist damit plötzlich Schluss. Zunächst wird in der Ambulanz bemerkt, dass etwas nicht stimmt. Das Krankenhausinformationssystem zeigt keine Patientenprofile mehr an. In der Radiologie laufen die Computer ungewöhnlich langsam. Und dann erscheint auch schon auf den ersten Monitoren auf Englisch die Meldung: Ihre Daten sind verschlüsselt. Die Zuständigen in der IT reagieren sofort: Server und Netzwerke werden heruntergefahren. Für das Krankenhaus bedeutet das die Umstellung auf Papierbetrieb – wie vor 10, 15 Jahren. Nicht einmal mehr die Versichertendaten können automatisch eingelesen werden. Jede Neuaufnahme wird per Hand notiert. Akute Notfälle kann das Haus so nicht mehr entgegennehmen. Elektive Eingriffe werden verschoben, schwere Fälle an andere Krankenhäuser übergeben. In einem Krankenhaus, das Patientenakten im Normalbetrieb digital führt, und sich die Behandlung am Krankenbett auf das Tablet stützt, steht man plötzlich fast ohne analoge Dokumentationen da.

Was ist passiert?

Tatsächlich ist es wohl ein unbedacht geöffnetes E-Mail-Attachement, das die Probleme ausgelöst hat. Ein wirklich perfides Geschäftsmodell. Cyberkriminelle versenden meist schrotflintenartig breit gestreut E-Mails, die böartige Anhänge oder Links auf infizierte Websites enthalten. Mittels derer wird dann ein Schadprogramm auf den Rechner des arglosen E-Mail-Nutzers geschleust – und damit ins System. Diese Schadprogramme verschlüsseln die gespeicherten Dateien. Auf dem Bildschirm erscheint früher oder später in mehr oder minder gutem Englisch der Hinweis, dass alle Dateien verschlüsselt worden sind. Um wieder an die Dateien zu gelangen, soll der Betroffene ein Lösegeld zahlen. Im Gegenzug versprechen die Täter dann,

Anatomie



Arzt auf, sich per E-Mail mit ihnen in Verbindung zu setzen, vermutlich um Geld zu erpressen. Das tat der Arzt nicht, sondern informierte die Polizei. Die Patientendaten konnten aus einem Backup rekonstruiert werden, passiert ist so letztlich nichts. Ähnlich war es in einer Praxis in Esslingen. Auch hier war ein Verschlüsselungstrojaner ins System geschleust worden. Zwar wurde auch dieses Mal kein Lösegeld gezahlt und die Daten konnten gerettet werden. Dennoch entstand ein Schaden in Höhe von rund 20.000 Euro. Denn am Netzwerk der Praxis hingen insgesamt rund 70 Computer, die allesamt infiziert worden waren. Ein Blick auf die gesamte Cyberkriminalitätsstatistik zeigt: Es ist schlicht unabhängig von der Größe eines Unternehmens, ob es angegriffen wird oder nicht. „Im Januar richteten

sich 38,6 % aller Cyberangriffe auf Unternehmen mit weniger als 250 Mitarbeitern, weitere 9,5 % zielten auf Unternehmen mit 250 bis 500 Mitarbeitern“, sagt Wüest. „Kleine Unternehmen sind im Fokus der Cyberkriminellen, weil viele dieser Unternehmen keine IT-Abteilung im 24/7-Modus haben.“

Was kann man tun?

Die Tatsache, dass Sicherheitslücken in IT-Systemen grundsätzlich nicht vermeidbar sind, ist kein Grund, nicht weiter auf Digitalisierung und Vernetzung zu setzen. Man muss sich der Gefahren bewusst und auf kritische Situationen vorbereitet sein. Das BSI hat speziell für

Krankenhäuser den Ratgeber „Risikoanalyse Krankenhaus IT“ entwickelt. „Hier wird gezeigt, wie die IT-Abhängigkeiten kritischer Prozesse in Krankenhäusern analysiert werden können, um sie dann präventiv absichern zu können“, erläutert Tim Gries. „Grundsätzlich sind die Maßnahmen, die man ergreifen muss, um sein System so gut wie möglich abzusichern, bekannt“, sagt Wüest. „Hält man sich daran, kann man Risiken minimieren“. Ganz wichtig ist, alle Sicherheitsupdates für Betriebssysteme und die installierten Programme einzuspielen. Auch ein Firewallsystem und Antivirenprogramme sind unverzichtbar. Linus Neumann, Sprecher des Chaos Computer Clubs, warnt allerdings: „Vertrauen Sie nicht allein auf Ihren Virens Scanner. Oftmals erkennt er den Crypto-Trojaner gar nicht, oder viel zu spät.“ Das liegt in der Natur der Sache. Denn diejenigen, die die Schutzprogramme aktualisieren, reagieren auf die neuesten Kniffs und Tricks derjenigen, die die Angriffssoftware programmieren. Deshalb hilft eigentlich nur eines: Das regelmäßige Backup. Greift allerdings ein Trojaner an, während das Backup-Medium am System angeschlossen ist, können auch die Backupdateien verschlüsselt werden. Deswegen muss das Backup-Medium immer vom eigentlichen System getrennt werden. Genügend Speicherplatz ist wichtig, damit die Backup-Datensätze nicht überschrieben werden müssen. Im Lukaskrankenhaus Neuss war das Backup die Rettung. Das letzte war nur wenige Stunden vor dem Angriff des Crypto-Trojaners gemacht worden. Aber

es gibt auch Crypto-Trojaner, die eingeschleust und erst nach einer bestimmten Zeit mit einer Zeitschaltuhr freigesetzt werden. So beispielsweise der Erpressungstrojaner Locky, der auch in Deutschland seit Anfang des Jahres Zehntausende Rechner infiziert. Dann ist es wichtig, auf ältere Backups zurückgreifen zu können.

Darüber hinaus wird geraten, immer mit möglichen eingeschränkten Nutzerrechten zu arbeiten, nur sichere Passwörter zu verwenden und alle sensiblen Daten zu verschlüsseln. Das zentrale Einfallstor für die Crypto-Trojaner sind die E-Mail-User. Sie öffnen einen Mailanhang.

„Wendet Euch an den Systemadministrator, wenn Ihr das Gefühl habt, etwas gemacht zu haben, das vielleicht nicht ganz richtig war!“

Candid Wüest, Senior Software Engineer, Symantec

TeslaCrypt versendet meist als Rechnung getarnte, infizierte Mail-Attachments „Es gibt Abteilungen, die es gewohnt sind, gerade Rechnungen zu öffnen. Da ist die Gefahr groß, einmal eine Mail zu viel aufzumachen“, sagt Wüest. Und zu bemerken ist auch, dass die E-Mails der Cyberkriminellen immer professioneller werden. Oft sind die Absender so gut kopiert, dass auch dem Aufmerksamsten nur noch

Nachgehakt

6 Fragen an Thomas Hemker



Thomas Hemker ist Security Strategist bei Symantec Deutschland. Er arbeitet seit 1995 in der IT-Sicherheit mit jahrelanger Erfahrung im Bereich der Verschlüsselung. Jetzt kümmert er sich um eine ganzheitliche Sicht der Dinge und deren technische Umsetzung. Er engagiert sich unter anderem im TeleTrust und ist Mitglied der Hamburger Datenschutzgesellschaft.

Mit welchen Arten von Viren werden Rechner angegriffen, um Lösegeld zu erpressen?

HEMKER: Wir sprechen hier von sogenannter „Ransomware“, da diese Schadcodes unter anderem Funktionen haben, Daten zu verschlüsseln, und die Angreifer dann für den Zugriff auf die verschlüsselten Daten Lösegeld von den Opfern erpressen.

Wie lange dauert es, bis der Rechner infiziert ist? Bemerkt man das sofort oder breitet sich die Verschlüsselung langsam aus?

HEMKER: Das ist nicht bei allen Varianten dieser Schadcodes gleich. Meistens bemerkt man es jedoch erst, wenn es zu spät ist. Aktuelle Schutzprogramme, die nicht nur die klassischen Antivirentechniken benutzen, schlagen aber früher Alarm und man kann noch eingreifen.

Können die Daten gerettet werden, ohne Lösegeld zu zahlen?

HEMKER: Auch dies ist unterschiedlich, aber meistens leider nicht möglich, sofern der Anwender nicht

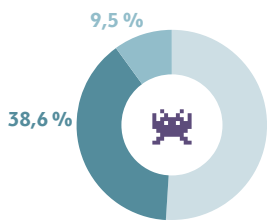
eine Sicherungskopie der Daten hat. Wir raten allerdings davon ab, Lösegeld zu zahlen, da auch so nicht gewährleistet ist, dass man danach wieder auf seine Daten zugreifen kann.

Wer sind eigentlich die Angreifer?

HEMKER: Das sind gut organisierte Cyberkriminelle, die relativ schnell viel Geld verdienen wollen. Meistens sind die in Gruppen organisiert, die sich aber an verschiedenen Stellen auf dieser Welt befinden.

Wie können Krankenhäuser und Arztpraxen sich vor solchen Angriffen schützen?

HEMKER: Durch die Verwendung der gleichen Basistechnologie (z.B. Betriebssysteme) sowohl für den Betrieb im Krankenhaus als auch auf den Rechnern von Privatanwendern und durch die Vernetzung dieser Geräte bzw. den unkontrollierten Austausch über USB Sticks zwischen diesen beiden Welten konnte die Schadsoftware ins Krankenhaus gelangen und dort Schaden anrichten. Hier ist also die Frage: Muss ich alles



Kleinunternehmer im Fokus

Angriffe auf Unternehmen mit ...

- weniger als 250
- 250 bis 500

Mitarbeitern

schwer etwas auffällt. Gleichzeitig setzen Cyberkriminelle immer mehr auf aktuelle Themen, setzen mehr und mehr Psychologie ein. Symantec hat darauf hingewiesen, dass insbesondere in Brasilien der Ausbruch des Zika-Virus genutzt wurde, um in einer bösartigen Spam-Kampagne den Computervirus JS.Downloader zu verbreiten. Neben technischen Vorkehrungen geht es also auch um User-Awareness. Und die Bitte an alle Nutzer: „Wendet Euch an den Systemadministrator, wenn Ihr das Gefühl habt, etwas gemacht zu haben, das vielleicht nicht ganz richtig war!“ Fehler können allen unterlaufen.

Lösegeld zahlen?

Doch was tun, wenn die Verschlüsselungswarnung auf dem Bildschirm erscheint? Auf die Forderung der Erpresser eingehen? Das BSI sagt nein, vielmehr gelte es, die Infektion im Vorfeld zu vermeiden und im Schadensfall den Vorfall der Polizei zu melden. Und auch Sicherheitsexperte Wüest rat ab: „Man kann nicht sicher sein, dass man den Schlüssel auch bekommt, wenn man das Lösegeld bezahlt hat“, sagt Wüest. „Und vor allem ist der Trojaner dann immer noch im System.“ Die Erfahrung hat man auch im Lukaskrankenhaus in Neuss gemacht. Lösegeld wurde nicht gezahlt, mit dem Backup konnten die Daten wieder hergestellt werden. Doch jetzt müssen alle

800 Rechner und alle 100 Server der Klinik überprüft und gesäubert werden.

Anders entschieden hat sich das Hollywood Presbyterian Medical Center in Los Angeles. Es zahlte jüngst 17.000 Dollar Lösegeld in der Crypto-Währung Bitcoin. Dort war es Hackern gelungen, Schadsoftware einzuschleusen, die Computerzugänge sperrte und die Kommunikationswege innerhalb des Hauses zum Erliegen brachte. In einer Pressemitteilung begründete Allen Stefanek, Präsident und CEO des Krankenhauses, die Entscheidung, das Lösegeld zu zahlen damit, dass es der schnellste und effizienteste Weg gewesen sei, das System wieder zum Laufen zu bringen. Tatsächlich nimmt die Tendenz zu, sich auf derartige Forderungen einzulassen. Symantec hat ermittelt, dass etwa die Hälfte der Erpressungsoffer zahlt. 2013 waren es nur etwa 3 % der Betroffenen, die auf die Geldforderungen eingingen. „Der Grund dafür liegt auch in der Art des Trojaners“, erläutert Wüest. „Damals war vor allem der sogenannte BKA-Trojaner im Umlauf, auf den reagierte kaum jemand.“ Auf den Bildschirmen von Privatusern erschien die vermeintlich vom Bundeskriminalamt verschickte Meldung, dass der Computer aufgrund von pornografischem Material, Urheberrechtsverletzungen oder Spam gesperrt und nur gegen ein Lösegeld wieder freigeschaltet würde. Das konnte nur selten überzeugen. Die Hacker sind raffinierter geworden. Jetzt geht es um die Daten selbst. Das Erpressungsoffer hat, sofern es nicht gelingt, die Daten wieder herzustellen, nur die Wahl zwischen dem Datenverlust und der – eventuell erfolglosen – Zahlung. Die Preise sind noch nicht besonders hoch. Meist wird irgendein Betrag zwischen 50 und 500 Euro verlangt. Für die Cyberkriminellen ist das Geschäft interessant aufgrund der Masse. Linus Neumann vom Chaos Computer Club stellt fest: „Wir sehen aber schon erste Tendenzen, dass die Angreifer Informationen über ihre Opfer und deren verschlüsselte Dateien sammeln. Es ist also durchaus möglich, dass sich die Lösegeldforderungen in Zukunft dem Wert der Daten anpassen.“

vernetzen und welche Geräte lasse ich überhaupt zu? Des weiteren müssen natürlich aktuelle Schutztechnologien auf den Geräten installiert werden. Dies sind aber auf den medizinischen Geräten unter Umständen andere als auf „normalen“ PCs.

Wie kann man sich absichern, bevor der Angriff passiert? Helfen Backups gegen diese Art von Angriffen?

HEMKER: Sicherungskopien der Daten sind sowieso ein Muss. In diesem Fall ist es aber auch wichtig, dass die Daten auf der Sicherungsfestplatte nicht auch durch den Schadcode verschlüsselt werden können. Die darf dann also nicht immer am System angeschlossen sein. Schutz vor der Infektion kann durch aktuelle Schutzsoftware mit sogenannten reputations- und verhaltensbasierter Erkennung als auch durch Systemhärtungswerkzeuge erreicht werden. Erster Schritt ist aber natürlich, dass man nicht auf jeden Link und jede Datei in einer Mail klickt, die man gar nicht erwartet hat. ■

2.000

Systeme werden täglich mit Crypto-Trojanern infiziert – weltweit

50%

der Betroffenen zahlen Lösegeld – 2013 waren es nur etwa 3 %

17.000

US-Dollar Lösegeld in der Crypto-Währung Bitcoin zahlte das Hollywood Presbyterian Medical Center in Los Angeles

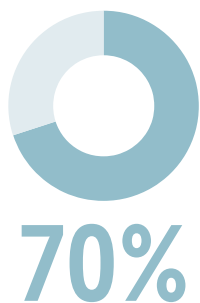
Sichere IT kostet Geld

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bestätigt, dass das Thema IT-Sicherheit ganz oben auf ihrer Agenda steht. Den Krankenhäusern ist bewusst, dass sie zum Bereich der kritischen Infrastrukturen zählen. Kritische Infrastrukturen, das sind Einrichtungen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung erhebliche Versorgungengpässe oder Gefährdungen für die öffentliche Gesundheit entstünden. Seit Jahren schon investieren die Krankenhäuser viel in den Schutz und die Sicherheit ihrer Daten. Und tatsächlich waren bei den letzten Angriffen auf die Krankenhäuser Patientendaten nicht in Gefahr. „Klar muss aber auch sein, dass IT-Sicherheit immer mehr finanzielle Mittel beansprucht. Um mit den wachsenden Bedrohungen technisch Schritt halten zu können, sind noch mehr Investitionen in die IT erforderlich“, sagt Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG. Er verbindet seine Ausführungen mit dem Appell an die Bundesländer, zu reagieren und mehr Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen. ■

Betriebsrente Viele Arztpraxen bieten keine betriebliche Altersversorgung (bAV) an. Es lohnt sich jedoch, die Vor- und Nachteile genauer zu betrachten – bAV-Basics für Praxisinhaber.

Text: **Christiane Engelhardt**

Ärztliche Vorsorge



der Betriebe mit bis zu neun Mitarbeitern bieten keine betriebliche Altersversorgung an.

Demografischer Wandel, Rentenlücke, Altersarmut: wer heute über morgen nachdenkt, dem kommen häufig diese Schlagworte in den Sinn. Das Bedürfnis, „seine Schäfchen ins Trockene zu bringen“ nimmt zu. Sowohl bei den Praxismitarbeiterinnen mit Blick auf sich und ihre Familien als auch beim Arzt, der sich in der Fürsorgepflicht für seine Angestellten sieht. Die betriebliche Altersversorgung (bAV) ist ein aktuelles Gesprächsthema in vielen Praxen. Und ein Dauerbrenner in der politischen Diskussion. Zurzeit wird in der Öffentlichkeit etwa die von einigen Grünen- und Unionspolitikern vorgeschlagene so genannte „Deutschland-Rente“ diskutiert. Sie soll als staatlich organisierte Einheitsrente die privaten und betrieblichen Altersvorsorgeformen ergänzen. Die Idee basiert im Wesentlichen darauf, dass jeder deutsche Arbeitgeber Beiträge für seine Mitarbeiter an einen Fonds überweist, in dem das Kapital verwaltet und bestenfalls vermehrt werden soll. Das Prinzip ähnelt grundsätzlich dem der bestehenden betrieblichen Altersversorgung, wie sie zahlreiche Betriebe auf ihre jeweils eigene Art und Weise praktizieren, ist nur sehr viel breiter und übergreifender – deutschlandweit eben – angelegt. Darüber, ob überhaupt und wenn, dann wann die Deutschland-Rente Formen annimmt, kann zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden.

„Bis es zu einer derart verpflichtenden Lösung kommt, werden noch viele bAV-Beträge die Rentenkonto herunterfließen, oder eben auch nicht“, meint etwa ein Rentenexperte, der nicht genannt werden möchte. Mit „oder eben auch nicht“ spielt er auf die Zurückhaltung kleiner und mittlerer Betriebe an, ihren Mitarbeiter bAV-Lösungen anzubieten. Gerade jene sind es denn auch, die im Fokus der Regierung stehen: Um Versorgungslücken schließen zu helfen, sollen die Mittelständler verstärkt bAV-Beiträge abführen. So steht es im Koalitionsvertrag.

Nachholbedarf in Arztpraxen

Doch die Begeisterung für eine staatlich geförderte Betriebsrente hält sich bei den kleinen und mittleren Unternehmen in Grenzen. Die Zahlen: Nach den aktuellsten Berechnungen von TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hatten 2013 rund 18 Millionen Beschäftigte Anspruch auf

eine betriebliche Altersversorgung. Doch 70 Prozent von drei Millionen Betrieben mit bis zu neun Beschäftigten boten gar keine bAV an. Prof. Dr. Thomas Dommermuth, Beiratsvorsitzender des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) präzisiert in einem Beitrag für das Allianz Magazin: „Nachholbedarf hat die Betriebsrente vor allem auch in Arztpraxen.“

Was spricht in den Praxen denn gegen „Leistungen der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses oder anderer Tätigkeit für ein Unternehmen“, wie Gablers Wirtschaftslexikon die bAV kurz umschreibt? Zunächst sind Praxen mit wenigen Mitarbeitern nur selten tariflich gebunden (der Branchentarifvertrag schreibt eine bAV mit festen Beitragssätzen zwingend vor). Wenngleich Susanne Hunstock, Fachbereichsleiterin Recht beim Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VMF), betont: „Unabhängig davon, ob das Arbeitsverhältnis tarifgebunden ist oder nicht, haben Arbeitnehmer Anspruch auf Entgeltumwandlung. Dabei wird ein Teil des Bruttogehalts vom Arbeitgeber in einen bAV-Vertrag zur betrieblichen Altersversorgung abgeführt. Dieser Anteil ist also keine zusätzliche Zahlung des Arbeitgebers; er wird vom Bruttogehalt abgezogen, sodass Steuern und Sozialabgaben nur noch auf den verbleibenden Teil des Bruttogehalts zu entrichten sind. Umwandelbar sind auch Sonderzahlungen wie das 13. Monatsgehalt.“

Doch, und das ist ein weiterer Grund für die mangelnde Attraktivität, sind in ärztlichen Praxen häufig geringverdienende Teilzeitangestellte beschäftigt, die nur wenig bis nichts einsparen können – und deshalb vermutlich gar kein Interesse an einer „Kürzung“ ihres Bruttogehalts haben, auch wenn diese ihnen später als Rentenplus im Alter wieder zugutekommt.

Wenn! Denn viele Arbeitnehmer befürchten, dass der in der Ansparphase wirksame Steuer- und Sozialabgaben-Spareffekt aufgezehrt werden könnte, sobald (nach derzeitiger Rechtslage) im Rentenalter der volle Kranken- und Pflegebeitrag auf die Rente gezahlt werden muss. Alles Schmu und Augenwischerei? Oder staatlich Abzocke gar, wie es ein Kritiker in Anlehnung an Goethes Ballade vom Erlkönig der bAV in einem Online-Blog spöttisch andichtet: „Ich liebe dich, mich reizt dein schönes Gehalt ...“

Die Betriebsrente ist besser als ihr Ruf

Nein, so schlecht wie ihr Ruf mancherorten hallt, ist die betriebliche Altersversorgung nicht. Fest steht, dass der ärztliche Arbeitgeber gemeinsam mit seinem Mitarbeiter – am besten mit Unterstützung eines kompetenten Rentenversicherungs-Experten – in jedem Einzelfall ausrechnen sollte, ob sich eine bAV lohnt oder eventuell ein Zuschuss in eine bereits bestehende private Altersvorsorge sinnvoller ist. Als Anhaltspunkt kann eine Berechnung des IFVP dienen: Danach müsste ein privates Altersvorsorge-Produkt deutlich mehr als fünf Prozent Rendite bringen, um die Effektivrenditen einer bAV-Lösung, die alle Förder- und Rabattmöglichkeiten ausschöpft, zu toppen.

Was alle „Förder- und Rabattmöglichkeiten“ sind und beinhalten – auch hier kann nur ein Experte Überblick verschaffen und fachgerecht Auskunft geben. Viele auf Ärzte spezialisierte Versicherer bieten individuelle bAV-Risikoanalysen und Vorsorgekonzepte für ärztliche Arbeitgeber und deren Angestellte an. Warum Sie sich auf zeitintensive Info-Gespräche und Vergleiche einlassen sollten? Weil Ihnen eine optimal auf Ihre Praxisbedingungen abgestimmte bAV-Lösung durchaus einige Vorteile bringt.



Wie Arbeitgeber profitieren

Auf jeden Fall profitieren Sie schon einmal grundsätzlich von niedrigeren Sozialabgaben, weil der bAV-Beitrag das Bruttogehalt des Mitarbeiters schmälert. Für gewöhnlich legt der Arbeitgeber die auf diese Weise eingesparten Lohnkosten auf den bAV-Anteil seines Angestellten drauf. Unter dem Strich bedeutet diese Vorgehensweise stets ein Plus auf dem Betriebsrentenkonto des Mitarbeiters ohne dabei für den Arzt einen finanziellen Mehraufwand zu verursachen. Bedenken Sie auch, dass Sie mit einem attraktiven Betriebsrentenmodell Mitarbeiter motivieren und an Ihre Praxis binden: Diesen Grund gab immerhin die Hälfte der in der bAV-Studie 2015 des Meinungsforschungsinstitut YouGov befragten Arbeitgeber an. Zudem spielt für die Befragten eine Betriebsrente im „War of Talents“ vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels eine wichtige Rolle bei der Rekrutierung von Fachpersonal.

Dennoch schreckt viele Arbeitgeber der vermeintlich hohe Verwaltungsaufwand und die Komplexität des bAV-Systems. Um diese Eintrittshürden zu senken, hatte die Deutsche Ärzteversicherung (DÄV) bereits 2002 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank sowie der Pro bAV Pensionskasse die so genannte „Gesundheitsrente“ aufgelegt. Sie wird von den Tarifparteien der arbeitgebenden Ärzte und dem VFM-Tarifverband offiziell als Betriebsrente für Arztpraxen empfohlen. In einer entsprechenden DÄV-Broschüre heißt es dazu: „Keine zusätzlichen

Kosten, geringer Verwaltungsaufwand, da einheitliche und standardisierte Abwicklung“. Die „Gesundheitsrente“ ist eine Gruppenversicherung mit im Vergleich zu Einzeltarifen günstigeren Konditionen; gleiches gilt für die „Klinikrente“, die auf Krankenhäuser sowie Pflege- und Reha-Einrichtungen abgestimmt ist.

Viele Wege führen in die bAV

Grundsätzlich stehen Ihnen als Praxisinhaber fünf Wege in die bAV offen: Bei einer Direktversicherung schließen Sie eine Lebensversicherung bei einem externen Unternehmen für Ihre Beschäftigten ab und zahlen Beiträge ein. Pensionskassen sind selbstständige Versorgungseinrichtungen, die von Ihnen finanziert werden. Unterstützungskassen unterliegen nicht der Versicherungsaufsicht und können ihr Vermögen frei investieren, was ein höheres Risiko bedeutet. Pensionsfonds investieren ihr Vermögen am Kapitalmarkt, auch mit hohem Risiko. Mit Direkt- oder auch Pensionszusagen verpflichten Sie sich, bei Renteneintritt die vereinbarte Leistung zu zahlen. Dafür müssen Sie ausreichend Rückstellungen bilden.

Welchen Weg empfiehlt der Experte?

Hasso Suliak, Versicherungsexperte beim Versicherungsverband GDV: „Die Entscheidung für einen bestimmten Durchführungsweg kann von vielen Faktoren, zum Beispiel der Betriebsgröße, abhängen. Kleine und mittlere Betriebe sollten sich möglichst auf einen Durchführungsweg beschränken, um den Verwaltungsaufwand in Grenzen zu halten. Für sie empfiehlt sich etwa die Direktversicherung.“ Für die von YouGov zur Auswahl eines bAV-Produkts befragten Arbeitgeber ist die Seriosität des Anbieters das wichtigste Kriterium. Weitere Hauptanliegen sind verständliche Produktinformationen und geringe Risiken für Sie selbst als Arbeitgeber sowie fundierte Informationen zu den Haftungsrisiken.

Für welche bAV-Lösung Sie sich als Praxisinhaber entscheiden, muss wohl überlegt sein. Denn: „Wird in einem Unternehmen ein betriebliches Versorgungssystem eingeführt, ist das kein einmaliger Umstand – die bAV begleitet Mitarbeiter und Unternehmen ein Leben lang“, sagt Dommermuth. Holen Sie sich also auf jeden Fall einen versierten Rentenversicherungs-Experten Ihres Vertrauens mit ins Boot: „Hallo, Herr Kaiser!“

Die Werbefigur der Hamburg Mannheimer Versicherung ist übrigens 2009 nach 37 Jahren Dienst „in Rente“ gegangen; die Ergo-Versicherungsgruppe hatte die Marke Hamburg Mannheimer eingestellt. Ob sich Herr Kaiser heute über eine betriebliche Zusatzrente freuen kann, ist nicht bekannt... ■

Warum **Oldtimer** immer noch eine faszinierende Anlage sind. Manche für den Geldbeutel, andere für den Spaß.

Text: Jan Rentzow

Rollendes Potential



Formvollendete Geldanlage: Der 1981er Lamborghini Countach LP 400 S Series III stand im Februar bei RM Sotheby's in Paris zur Versteigerung. Foto: Tom Gidden / RM Sotheby's



Anfang Februar, an einem Freitagabend in Paris, ist es schon wieder geschehen: Bei der ersten großen europäischen Auktion des Jahres überhaupt wechselte ein Ferrari vom Typ 335 Sport Scaglietti aus dem Jahr 1957 den Besitzer. 40 Jahre lang war er Teil einer privaten Sammlung. Noch nie wurde jemals ein solcher Preis bei einer Auktion bezahlt. Mit einem Erlös von 32.075.200 Euro gab es wieder eine Auktion mit Rekord, einen kleinen Beweis für die leise Behauptung: So ein elegantes, altes Auto ist besser als Gold.

Noch ist es nicht zu spät, einzusteigen

Oldtimer sind fahrendes Kulturgut. Und seit Jahren werden sie für viele Anleger immer interessanter, seit die Zinsen so niedrig und so viele Märkte in Turbulenzen sind. „Obwohl viele Fahrzeuge aller Preisklassen schon sehr sprunghaft im Wert gestiegen sind, ist jetzt definitiv noch ein guter Zeitpunkt einzusteigen“, sagt Frank Wilke, Geschäftsführer des renommierten Bochumer Marktanalytischen Classic-analytics. Der Wert vieler, alter Fahrzeuge werde auch weiter steigen. Langsamer oft. Aber verlässlich.

„Hohe Auktionserlöse wirken wie ein Schaufenster. Durch minütlich steigende Umsätze und Millionen-Gewinne werden auch Zielgruppen auf den Markt aufmerksam, die vorher mit Oldtimern nichts zu tun hatten“, erklärt Wilke. „Leute, die sich näher damit beschäftigen, erkennen, dass es bei vielen Fahrzeugen noch immer Gewinnchancen und Wertzuwächse gibt.“ Der Oldtimer-Markt könne für jeden Geldbeutel eine Investition sein. Bei 2000 bis 3000 Euro angefangen, bis in den Millionenbereich.

Welches Auto lohnt?

Doch welche Autos fallen in diese Kategorie? Auf die Frage aller Fragen, welches Auto man sich denn nun kaufen solle, damit es sich als Wertanlage wirklich lohne, kann es nur eine Antwort geben: „Das richtige“, lautet sie.

Für vermögende oder schillernde Oldtimer-Sammler, die im High-End-Bereich etwas auf sich halten, führt kein Weg an einem 50er/60er-Jahre Ferrari mit besonderer Rennhistorie vorbei, an Stars und Super-Stars aus den Häusern Mercedes oder Porsche – an traumhaft eleganten oder mythisch sportlichen Fahrzeugen aus limitierten Serien oder mit möglichst niedriger Laufleistung – an kaum verfügbaren Einzelstücken, die oft in dieser Form, Ausstattung oder Qualität einzigartig sind. Preziosen. Prachtstücke. Fahrbar natürlich. So alt sie auch seien.

Das wertvollste verkaufte Fahrzeug 2015? Ein Ferrari 290 MM aus dem Jahr 1956 für 28,05 Millionen Dollar, zu sportlichen Erfolgen geführt von niemand anderem als dem großen Rennfahrer Fangio selber. Sogar ein Porsche 356 SC-Cabrio, der einst der Rocklegende Janis Joplin gehörte, erlöste 1,7 Millionen Dollar – ohne die berühmte Vorbesitzerin hätte der Wert bei 120.000 Euro gelegen.

Die zehn teuersten verkauften Fahrzeuge des letzten Jahres wechselten für zusammenaddiert 138 Millionen Dollar die Besitzer, es wurde sowohl der teuerste Porsche als auch der teuerste Jaguar aller Zeiten verkauft.

„Es sind zumeist die sportlichen Modelle, die aus der breiten Baureihe herausstechen, die am wertstabilsten sind. Sondermodelle wie zum Beispiel der Porsche 911 RS. Ein 911 S, produziert in den 70ern, verkauft sich heute für etwa 150.000 Euro. Das Sondermodell RS für 600.000 Euro“, sagt Norbert Schröder, der Geschäftsführer des Competence Centers Classic Cars der TÜV Rheinland GmbH, der als einer der besten Wertgutachter in Deutschland gilt.

„Wertstabil sind vor allem Autos, die original erhalten oder nach originaler Spezifikation restauriert sind“, weiß Schröder. Bevor ein wirklich wertorientierter Mensch sich für ein Fahrzeug entscheide, möge er sich lieber genau darüber informieren, welches Modell wirklich zu ihm passt, welche Ausführungen es damals wirklich gab und welche nicht, welche Motorisierungen, Ausstattungen. „Eine Fahrzeugakte, Beweise, steigern den Wert.“

Vorsicht in seinen Werterwartungen solle man besser bei Fahrzeugen walten lassen, bei denen die historische Lage unklar sei. „Bei den Porsche 904, 906, 908, 917 zum Beispiel, da ist im Laufe der Zeit so ein Durcheinander an Nachbauten, Umbauten entstanden, dass man da kaum noch nachvollziehen kann: Wie war es damals wirklich? Diese Fahrzeuge werden heute vom Markt mit Skepsis betrachtet.“

32.1 Mio. Dollar

Das teuerste Auto der Welt:
Ein Ferrari 335 Sport Scaglietti
aus dem Jahr 1957.

11.8 Mio. Dollar

brachte 2012 dieser
Mercedes-Benz K
Special Roadster aus
dem Jahr 1936 ein.



Foto: Gooding & Company

gehandelt werden. Der daraus generierte Deutsche Oldtimer Index DOX des Verbandes der Automobilindustrie (VDA) soll für Marktübersicht sorgen und Anlegern einen Anhaltspunkt für den tatsächlichen Wert eines Fahrzeuges geben.

„Natürlich sind manche ausgewählte Modelle wie der Mercedes 280 SL (W113) oder der VW Bulli Typ 2/T2a in den letzten Jahren dramatisch im Wert gestiegen. Aber es gibt keine Blase. Dafür ist der Markt zu transparent. Wer aktuell mit 100.000 Euro einsteigt, kann im Schnitt damit rechnen, dass das Fahrzeug um 5 Prozent im Jahr zulegt“, sagt Frank Wilke. Mancher Oldtimer etwas mehr, mancher etwas weniger. Wilke: „Es gibt Fahrzeuge, die werden definitiv in ihrem Wert nicht mehr sinken wie beispielsweise der Fiat Barchetta, der BMW Z3 Roadster, der Porsche 911 (996). Fahrzeuge, die das schaffen, sind meist Fahrzeuge, die schon als Neuwagen einen hohen emotionalen Wert für den Fahrer hatten: Cabrios und Sportwagen. Sehr schnelle Autos – mittelmässige Gebrauchslimousinen eher nicht.“

Kommende Wertgewinner sind heute oft etwa 15 Jahre alt. In diesem Alter entscheidet sich, ob sie ausgemustert oder verschrottet werden, langsam in Vergessenheit geraten oder zu einem echten Liebhaberobjekt geraten.

Zwischen 2012 und 2014 stiegen die Preise von 50 raren, exklusiven, automobilen Klassiker-Typen jährlich um rasante 30 bis 50 Prozent. 2015, wenn auch etwas langsamer, um etwa 16 Prozent – aber immer noch über dem langjährigen Durchschnitt. Das besagt der eigens für seltene wertvolle Fahrzeuge erstellte Hagi-Top-Index der Historic Automobile Group International (Hagi).

Die Auswertungen von Frank Wilkes Classic-analytics dagegen legen die Preisentwicklungen auf dem Markt für insgesamt 88 Alltagsklassiker-Typen offen, die in größeren Stückzahlen gebaut wurden und auch heute noch

„Wertstabil sind vor allem Autos, die original erhalten oder nach originaler Spezifikation restauriert sind.“

Die Anzahl der gebauten Fahrzeuge, die Anzahl der noch erhaltenen Fahrzeuge, die Beliebtheit damals und die Beliebtheit heute, entscheiden über die Wertentwicklung. Wilke: „Teurer werden immer die Fahrzeuge bei denen der damalige Zeitgeist vom heutigen Zeitgeist cool gefunden wird.“ Deshalb gibt es immer neue Topseller unter den Klassikern.

ARTCURIAL MOTORCARS

EUR 28.000.000
 USD 31.334.800
 GBP 21.532.000
 CHF 31.085.600
 RUB 224.000.000



ARTCURIAL
MOTORCARS

€ 150.000

Foto: Artcurial

Wertentwicklung Old- und Youngtimer



Porsche 911 S
 2.4 Targa
 Neupreis: DM 32.880

€ 42.000



Mercedes Benz
280 SL (W113)
 Neupreis: DM 23.250

€ 39.000



Volkswagen
Typ 2/T2a (Bulli)
 Neupreis: DM 8.980

€ 8.500

2007

2015

€ 91.000

€ 26.000

Quelle: classic-analytics

„Nehmen Sie zur Besichtigung unbedingt einen neutralen Dritten mit. Wenn man vor seinem Traumauto steht, dass man lange gesucht hat, brennen vielen schnell die Sicherungen durch. Dann kommen noch die Verkäufertricks dazu.“



PS-starker Klassiker aus dem Jahr 1973: Der Porsche 911 Carrera RS 2.7 Touring Foto: Patrick Erzen / RM Sotheby's

Nicht mehr als 2000 bis 4000 Kilometer im Jahr fahren.
Wer zu viel fährt, fährt auch auf Kosten des Wertzuwachses.

Mitverdienen wollen viele

Aber was kann man tun, um die Nebenkosten möglichst so zu halten, dass sie den Wertzuwachs nicht auffressen? Nebenkostenreduzierung beginnt beim Kauf, so die Experten, indem man Fahrzeuge kauft und nicht auf Schnäppchen hofft, die ausgerechnet man selber gerade entdeckt. Wichtig: Sich vorher genau informieren, wo die Preise für das gewünschte Modell liegen. Sich Zeit nehmen, gut vorbereiten. Preise unter Normalpreis gibt es eigentlich nicht, es sei denn: Es ist etwas nicht in Ordnung. Wilke rät: „Nehmen Sie zur Besichtigung unbedingt einen neutralen Dritten mit. Wenn man vor seinem Traumauto steht, dass man lange gesucht hat, brennen vielen schnell die Sicherungen durch. Dann kommen noch die Verkäufertricks dazu.“

Aber es gibt noch einige Regeln: Nicht mehr als 2000 bis 4000 Kilometer im Jahr fahren. Wer zu viel fährt, fährt auch auf Kosten des Wertzuwachses.

Auch Norbert Schröder von der TÜV Rheinland GmbH gibt den Newcomern unter den Autoanlegern einen Rat: „Die Werkstätten, die Gutachter, die Leasingfirmen, die

Versicherer, die Stellplatzanbieter, die Warter – das sind alles Teilhaber des Marktes, die den Markt möglich machen. Es ist aber dringend erforderlich, sich zu informieren, an wen man gerät. Man muss vertrauen können.“

Da helfe es, sich in den Markenclubs zu informieren. Die Experten dort wissen genau, welche Probleme auftauchen können, wer sie am besten behebt und was es kostet. Schröder: „Nebenkosten senken ist Expertenwissen, das ist sich wirklich auskennen.“

Deshalb empfiehlt er auch einen soliden Grundeinstieg in die Materie: ein Fahrzeug, das nicht nur gut aussieht, sondern auch technisch wertvoll gebaut ist. „Bei den H-Kennzeichen, den zugelassenen Oldtimern, liegen die deutschen Marken bei 70 Prozent. Sie werden gekauft, auch aus Nostalgie, Erinnerung an das Fahrzeug der Eltern, weil man diese Fahrzeuge eben am besten kennt. Weil sie so solide sind.“ ■

Antikorruptionsgesetz Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sollen künftig mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden. Mit dem Gesetz soll das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte gestärkt werden. Jörg Paßmann von der Kanzlei Dr. Halbe Rechtsanwälte hat die wichtigsten Fakten des Gesetzes für Sie zusammengestellt.

Text: Jörg Paßmann · Illustration: Martin Schulz

Neue Strafbarkeitsrisiken für Ärzte



Derzeit befindet sich der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur „Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ in den parlamentarischen Beratungen. Mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens wird im Laufe des ersten Halbjahres 2016 gerechnet. Dann wird eine Änderung des Strafgesetzbuches in Kraft treten, die weitreichende Auswirkungen für alle Gesundheitsberufe, insbesondere aber für Ärzte haben wird. Es werden zwei Tatbestände – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen – neu in das Strafgesetzbuch (StGB) aufgenommen, die von erheblicher Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit sind.

Der neu eingefügte § 299a Abs. 1 StGB „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ wird für Ärzte dann das Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen eines Vorteils dafür, dass bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein

anderer bevorzugt wird, unter Strafe stellen. Der neue Tatbestand erfasst die „Verordnerseite“, also diejenigen, die verordnen, abgeben oder überweisen dürfen. Die Norm geht also schon sprachlich deutlich über die bislang vorhandenen Regelungen des Berufsrechts und des Sozialrechts hinaus.

Gemäß § 31 (Muster-)Berufsordnung ist es Ärztinnen und Ärzten untersagt, für Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen Vorteil zu fordern, sich versprechen zu lassen oder selbst zu gewähren. Das ist das sogenannte Verbot der Zuweisung gegen Entgelt.

Dieser Passus ist in den Berufsordnungen aller Ärztekammern zu finden. Mit dem Begriff der „Zuführung“ erfasst der neue Tatbestand neben der „klassischen“ Überweisung aber alle Arten von Verweisungen und Empfehlungen an andere Leistungserbringer, sogar die Weiterleitung von Patienten innerhalb ein und derselben Gemeinschaftspraxis.

Einen Vorteil zu fordern, ist strafbar

Bereits mit dem „Fordern“ oder „Sich-Versprechen-Lassen“ ist der Tatbestand erfüllt, eine tatsächliche Bevorzugung muss dann gar nicht mehr erfolgen. Höhe oder Art des Vorteils sind irrelevant, es gibt abgesehen von „sozialadäquaten Geschenken“ keine Bagatellgrenze.

Der Vorteil muss nicht „geldwert“ sein, auch immaterielle Gegenleistungen wie etwa die Verleihung von Ehrungen und Ehrenämtern können den Tatbestand erfüllen. Dasselbe gilt für Einladungen zu Kongressen, Kostenübernahmen von Fortbildungsveranstaltungen oder Vermögens- oder Gewinnbeteiligungen. Entscheidend ist, dass auf den Vorteil kein Rechtsanspruch besteht und dieser die wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage des Empfängers objektiv verbessert.

Der Vorteil muss nicht „geldwert“ sein, auch immaterielle Gegenleistungen können den Tatbestand der Bestechlichkeit erfüllen.

Vorsicht bei Vorteilen!

Mit Vorteil ist grundsätzlich jede Zuwendung gemeint, die die wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage des Arztes objektiv verbessert.



Trennt die Spreu vom Weizen: Die Unrechtsvereinbarung

Notwendig ist darüber hinaus, dass zwischen dem Vorteilsempfänger und dem Vorteilsbewerter eine „Unrechtsvereinbarung“ besteht. Diese kann auch mündlich getroffen werden. Mit dieser Unrechtsvereinbarung stellen die Beteiligten den Zusammenhang zwischen Vorteil und Verordnungsverhalten her. Die Unrechtsvereinbarung kann daher beispielsweise auch in der Vereinbarung zwischen einem Krankenhaus und einem niedergelassenen Arzt bestehen, in der das Krankenhaus dem Arzt verbilligt Praxisräume dafür überlässt, dass dieser seine Patienten bevorzugt in das Krankenhaus einweist. Vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünschte Kooperationen, wie beispielsweise im Bereich von vor- und nachstationären Behandlungen (§ 115a SGB V), ambulanten Behandlungen (§ 115b SGB V) und bei der Durchführung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116b SGB V) sowie der in den §§ 140a SGB V ff. geregelten sektorenübergreifenden Versorgung (integrierte Versorgung), sollen vom Anwendungsbereich der neuen Tatbestände ausgenommen sein, wenn die im Rahmen dieser gesetzlich zulässigen Kooperationen gezahlten Entgelte angemessen sind.

Strafbar können schließlich zukünftig auch Beteiligungen des Arztes an Unternehmen im Gesundheitswesen sein, wenn der Arzt durch Zuweisungen an das Unternehmen für sich selbst wirtschaftliche Vorteile generieren kann. Besteht zwischen der wirtschaftlichen Beteiligung und der Zuweisung ein unmittelbarer Zusammenhang, ist der Tatbestand ohne weiteres erfüllt. Ansonsten kommt es darauf an, ob der Arzt bei objektiver Betrachtung durch sein Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten einen deutlichen Einfluss auf den an ihn auszuzahlenden Gewinn nehmen kann.

Vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünschte Kooperationen sollen ausgenommen sein, wenn die gezahlten Entgelte angemessen sind.

Erfasst § 299a Abs. 1 StGB die Bestechlichkeit auf Verordnungsseite, findet sich in Abs. 2 der Neuordnung die entsprechende Regelung für das Bezugsverhalten. Danach können sich Ärzte strafbar machen, die einen Vorteil dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie bei dem Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die zur Abgabe an den Patienten bestimmt sind, einen anderen bevorzugen. Bei dem Bezug spielt es keine Rolle, ob dieser auf eigene oder fremde Rechnung erfolgt. Entscheidend ist, dass Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel oder Medizinprodukte bestimmungsgemäß an den Patienten abgegeben werden. Anschaffungen für die Ausstattung der Praxis sind nicht erfasst.

Geben und Nehmen: beides ist strafbar

Spiegelbildlich zur Strafbarkeit der „Nehmerseite“ stellt § 299b StGB „Bestechung im Gesundheitswesen“ das Verhalten der Geberseite unter Strafe. Mit beiden Paragraphen hat der Gesetzgeber alle denkbaren Kombinationen von Bestechung und Bestechlichkeit, Verordnungs- und Bezug im Gesundheitswesen abgedeckt.

Folgen der Tat können eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe sein. Eine Strafschärfung ist für „besonders schwere Fälle“ vorgesehen. Ein solcher kann vorliegen, wenn entweder das wirtschaftliche Ausmaß erheblich ist oder der Täter gewerbsmäßig und/oder als Mitglied einer „Bande“ handelt. Als „gewerbsmäßig“ und „Bande“ wurde bereits die auf Dauer angelegte Tätigkeit von drei Ärzten gewertet, die gemeinsam Abrechnungsbetrug betrieben. Nach einer etwaigen Verurteilung kommen als weitere Folgen der Entzug der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung und schlimmstenfalls der Verlust der Approbation in Betracht.

Da es keine Erfahrung der Staatsanwaltschaften mit den neuen Tatbeständen gibt, werden diese zunächst auf die berufs- und sozialrechtliche Rechtsprechung zurückgreifen. Was bislang lediglich ein Berufsrechtsverstoß war, kann zukünftig eine Straftat sein.

Achtung vor Reputationsschäden

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass an die Bejahung eines Anfangsverdachts nach § 152 Abs. 2 StPO relativ geringe Anforderungen gestellt werden. Insofern erscheint die Einleitung einer Vielzahl von Strafverfahren nicht ganz fernliegend. Auch wenn ein Großteil dieser Verfahren letztlich eingestellt werden wird, ist der eigentliche Schaden durch die zum Teil öffentlichkeitswirksam geführten Ermittlungsverfahren bereits eingetreten: ein erheblicher Reputationsverlust des betroffenen Arztes.

Daher gilt es von vornherein, solche Ermittlungen zu vermeiden. Ärzte sollten frühzeitig ihre Kooperationen mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen oder etwaige Unternehmensbeteiligungen auf den Prüfstand stellen bzw. überprüfen lassen. Im Rahmen der Risikoabwägung ist dann darüber zu entscheiden, ob die Kooperation fortgesetzt, modifiziert oder aber beendet wird. ■

Welche Leistungen darf ein **Wahlarzt** delegieren? Was passiert, wenn er verhindert ist? Was das Oberlandesgericht Celle in einem aktuellen Urteil alles klargestellt hat, erläutert Dr. Bernhard Debong von der Kanzlei für ArztRecht in Karlsruhe.

Text: **Dr. Bernhard Debong** · Illustration: **Martin Schulz**

A stylized illustration of a hand with a pinkish-red skin tone, pointing its index finger downwards. The hand is wearing a dark purple sleeve. Above the hand is a large, white, rounded rectangular shape that resembles a document or a piece of paper, with a yellowish-beige shadow underneath it, suggesting it is floating or being held. The background is a solid teal color.

Wann der Wahlarzt delegieren darf

Ein Krankenhauspatient kann so genannte wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Er kauft sich in diesem Fall die persönliche Behandlung seines Wahlarztes – in der Regel des Chefarztes – gegen eine zusätzliche Honorierung hinzu. Das bedeutet, dass der Wahlarzt die Leistung persönlich erbringen muss. Laut Gesetz hat der zur Dienstleistung Verpflichtete „die Dienste im Zweifel in Person zu leisten“ (§ 613 BGB). Die Formulierung „im Zweifel“ weist aber auch bereits darauf hin, dass Umfang und Grenzen der persönlichen Leistungserbringung nicht immer klar und eindeutig feststehen.

Bereits 2007 hat der Bundesgerichtshof die Voraussetzungen präzisiert, unter denen ein Wahlarzt seine Leistungen einem Stellvertreter übertragen darf und trotzdem seinen Honoraranspruch behält (Urteil vom 7. Dezember 2007, AZ: III ZR 144/07; ArztR 2008, S. 98 ff.).

Kernleistung: persönlich und eigenhändig

Die BGH-Richter betonten, dass der Wahlarzt „die seine Disziplin prägende Kernleistung grundsätzlich persönlich und eigenhändig erbringen muss. Denn der Patient schließt die Wahlleistungsvereinbarung im Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er sich in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will.“

Diese Verpflichtung des Wahlarztes bedeutet zwar nicht, dass er von A bis Z alles selbst machen muss. Andererseits hat er aber auch nicht die gleichen Delegations- und Vertretungsmöglichkeiten wie bei einem stationären Regelleistungspatienten. Fest steht, dass er seiner Behandlung sein persönliches Gepräge geben muss, indem er sich persönlich mit dem Patienten befasst.

Oberaufsicht allein genügt nicht

Das Oberlandesgericht Celle hat mit einer aktuellen Entscheidung einen wichtigen Beitrag zu der Frage geleistet, welche konkreten Leistungen der Wahlarzt im Rahmen einer psychosomatischen Behandlung selbst erbringen muss (Urteil vom 15. Juni 2015, AZ: 1 U 98/14).

Die Chefarztin einer Klinik für Psychosomatische Medizin hatte Honoraransprüche gegenüber einer Wahlleistungspatientin geltend gemacht. Dabei stellte die Medizinerin unter anderem Untersuchungsleistungen

„In der Psychosomatischen Medizin sei es zur persönlichen Leistungserbringung [...] ausreichend, dass der Wahlarzt das Behandlungskonzept entwickle und überwache.“

aus dem Urteil des OLG Celle vom 15.6.2015

nach Gebührensätzen 8, 651 und 801 GOÄ, Einzel- und Gruppentherapien nach Gebührensätzen 861, 862 und 871 GOÄ und Besprechungen mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten gemäß Gebührensatz 865 GOÄ in Rechnung.

Vor Gericht hatte die Ärztin überwiegend Erfolg. In der Psychosomatischen Medizin sei es zur persönlichen Leistungserbringung erforderlich, aber auch ausreichend, dass der Wahlarzt das Behandlungskonzept seiner Wahlleistungspatienten entwickle und überwache. Darüber hinaus müsse er selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchführen und die Behandlung im Übrigen durch Supervisionen, Nachbesprechungen und

Übergabegespräche koordinieren und steuern. Nicht ausreichend sei dagegen, wenn er lediglich die „Oberaufsicht“ führe, also die grundlegenden Entscheidungen der Behandlung selbst treffe, deren Vollzug überwache und entsprechende Weisungen erteile. Letzteres hatte so schon 1995 das Oberlandesgericht Hamm für die wahlärztliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung entschieden (Urteil vom 26. April 1995, AZ: 3 U 97/94).

Die OLG-Richter kamen zu dem Ergebnis, dass die Ärztin nicht sämtliche Einzel- und Gruppentherapien selbst durchführen muss. Sie habe zu Recht ein multiprofessionelles Team zur Behandlung der Wahlleistungspatientin eingesetzt. Die persönliche Anwesenheit bei allen Therapiemaßnahmen sei nicht erforderlich. Im Gegenteil stünde eine solche Vorgabe sogar einem Erfolg der einzelnen Maßnahmen entgegen, da diese gerade andere Experten durchführen sollten. Auch die Besprechungen mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten brauche die Wahlärztin nicht selbst durchzuführen. Es reiche aus, dass sie diese Besprechungen durch Supervisionen und Nachbesprechungen gesteuert habe.

Besonders umstritten war in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob die Ärztin überhaupt die wahlärztliche Behandlung abrechnen dürfe,

„Der Patient schließt die Wahlleistungsvereinbarung im Vertrauen auf [...] die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er sich [...] gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will.“

aus dem BGH-Urteil vom 7. Dezember 2007

weil sie die Visiten nach Gebührensatz 45 GOÄ nicht selbst durchgeführt hatte. Die Durchführung der Visite stellt eine Kernleistung des Wahlarztes dar. Das ergibt sich aus § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ. Auch hier entschieden die Richter weitgehend zugunsten der Chefarztin. Dass sie die Visiten nicht selbst durchgeführt habe, stelle nicht die Abrechenbarkeit der gesamten wahlärztlichen Behandlung in Frage, sondern lediglich die Abrechenbarkeit der Visiten selbst.

Patient muss informiert sein

Außer dem Umfang der persönlichen Leistungspflicht stellt das Urteil des OLG Celle noch einen anderen Aspekt klar: Die Wahlleistungsvereinbarung enthielt eine Klausel, wonach im Fall, dass die Wahlärztin unvorhergesehen verhindert wäre, ein der Patientin vorab benannter ständiger ärztlicher Vertreter die Leistungen übernehmen. Als ständige ärztliche Vertreter wurden drei unterschiedliche Oberärzte benannt, zwei dieser Oberärzte jeweils als ärztlicher Vertreter für eine angegebene Station, der dritte Oberarzt für den Konsiliarbereich. Diese Art der Vertreterbenennung erkannte das Oberlandesgericht Celle ausdrücklich als zulässig an. Entscheidend sei, dass die Klinik für verschiedene Arbeitsbereiche der Chefarztin jeweils einen ständigen ärztlichen Vertreter bestimmt habe.

Diese Einschätzung deckt sich mit der wohl überwiegenden Auffassung zu dieser Thematik in Rechtsprechung und Literatur (so z.B. schon Andreas, ArztR 1997, 69 ff.; derselbe ArztR 2009, 127 ff., 174). Entscheidend bei dieser Vertreterbenennung ist, dass der Wahlleistungspatient bei Abschluss der Vereinbarung weiß, wer im Falle der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der ständige ärztliche Vertreter ist. ■

Abrechnung Haben Sie sich gefragt, warum wir unser neues Verbandsmagazin zifferdrei genannt haben? Beratungsleistungen, intensive Gespräche mit dem Patienten sind eines der wichtigsten Instrumente für eine gute Diagnostik und stärken die Compliance. Dennoch bestehen Unsicherheiten, wie die allgemeinen Beratungsleistungen – die Ziffern 1 und 3 in der Gebührenordnung für Ärzte – korrekt angewendet werden. So wie Sie Ihre Patienten beraten, möchten wir Sie als PVS beraten. Das ist unser Versprechen mit zifferdrei. Damit Sie kein Geld bei der Abrechnung von Beratungsleistungen verschenken, haben wir einige Tipps für Sie zusammengestellt.

Text: Peter Gabriel

Warum eigentlich zifferdrei?



Die **Gebührenziffer 1** kann im Behandlungsfall neben den Leistungen aus Abschnitt C bis O nur einmal berechnet werden. Ein neuer Behandlungsfall entsteht durch eine Neuerkrankung oder bei deutlicher Befundverschlechterung. Dann kann die Ziffer 1 erneut auch neben sogenannten Sonderleistungen abgerechnet werden. Ein Hinweis auf Neuerkrankung sowie die Diagnose müssen in der Rechnung angegeben werden.

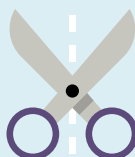


Wird auf Wunsch des Patienten die **Beratung außerhalb der Sprechstunde** erbracht, denken Sie bitte an die Zuschläge A bis D. Ist aus Gründen des Behandlungsfalles die Leistung nach Ziffer 1 nicht berechnungsfähig, kann der Zuschlag trotzdem mit einem entsprechenden Hinweis berechnet werden.



Dauert eine **Beratung 10 Minuten oder länger**, ist damit also eine eingehende Beratung, und es kann aufgrund der Ausschlussregel Ziffer 3 GOÄ nicht berechnet werden, dann kann Ziffer 1 mit einem **höheren Steigerungsfaktor mit Angabe der Zeitdauer** angesetzt werden. Wir empfehlen eine Staffelung vorzunehmen: ⌚ 10 min ➔ 3,0-fach | ⌚ 15 min ➔ 3,2-fach
⌚ >15 min ➔ 3,5-fach

Auch bei der Abrechnung der **Ziffer 3** empfehlen wir eine **Staffelung des Steigerungssatzes** vorzunehmen:
⌚ 15 min ➔ 2,8-fach | ⌚ 20 min. ➔ 3,2-fach
⌚ >30 min ➔ 3,5-fach



Die Beratung ist eine **nicht teilbare Leistung**. Werden in einer Sitzung mehrere Beratungen notwendig (vor- und nach einer Untersuchung oder kurative Beratung neben Prävention), ist trotzdem nur eine Beratung berechnungsfähig. Auch in diesen Fällen ist ein höherer Steigerungssatz begründet.



Prüfen Sie, ob nicht möglicherweise die **Gebührenziffer 34** „Erörterung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung ..., mind. 20 min“ oder 849 „psychotherapeutische Behandlung, mind. 20 min“ anstelle einer allgemeinen Beratungsleistung in Frage kommen kann.



Abrechnungseinschränkung neben der Gebührenziffer 3: Nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801.



Ausschlussziffern neben Gebührenziffer 1:
2, 3, 21-34, 45, 46, 48, 50 – 51, 376 – 378, 435, 448, 449, 804, 806 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870 – 871, 886, 887



Wann kann Ziffer 804 abgerechnet werden?

Die GOÄ-Ziffer 804 (Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration) bezieht sich auf eine psychiatrische Behandlung. Sie kann deshalb nur bei vorliegender psychiatrischer Diagnose abgerechnet werden. Auch analog kann die GOÄ-Ziffer 804 nicht herangezogen werden, da es durch vorhandene Beratungs- und Erörterungsleistungen in der GOÄ dafür an der Voraussetzung der Analogabrechnung einer im Gebührenverzeichnis nicht vorhandenen Leistung fehlt. Wir empfehlen Ihnen für zeitaufwändige Therapieerörterungen die GOÄ-Ziffer 3 (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung) oder die GOÄ-Ziffer 34 (Erörterung der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensbedrohenden Erkrankung) anzusetzen. Bitte beachten Sie die Mindestgesprächsdauer der Abrechnungsziffern. Bei der GOÄ-Ziffer 3 sind es zehn Minuten, bei der GOÄ-Ziffer 34 werden 20 Minuten vorausgesetzt.



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

Drei Mal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Erscheinungstermin

04.04.2016

Es scheint ein Naturgesetz zu sein. Mit vorhersagbarer Regelmäßigkeit beginnt in allen Organisationen, in denen Haupt- und Ehrenamt zusammenarbeiten, der Streit darüber, wer das Sagen hat. Wir sind auf diese Zusammenarbeit angewiesen. In Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Sportvereinen genauso wie in Parteien, Arbeitgeberverbänden und Institutionen wie der Industrie- und Handelskammer. Im Gesundheitswesen sind es die vielfältigen Standesorganisationen, Berufsverbände und Fachgesellschaften, die KVen und Kammern, die auf das gelingende Zusammenspiel von Haupt- und Ehrenamt bauen. Die Ehrenamtler erfüllen eine unverzichtbare Aufgabe: Aus ihrer täglichen Praxis heraus definieren sie die zu lösenden Aufgaben. Die Lösungswege werden dann in den Organisationen erarbeitet. Hier übernehmen die Hauptamtler ihrerseits unverzichtbare Aufgaben. Und gleichzeitig werden für sie – das liegt in der Natur der Sache – die Organisationen zum Zweck an sich. Der Konflikt ist vorprogrammiert.

Die Ehrenamtler erfüllen eine unverzichtbare Aufgabe: Aus ihrer täglichen Praxis heraus definieren sie die zu lösenden Aufgaben.

Das alles ist auch in den Privatärztlichen Verrechnungsstellen so. Wir Ärzte haben Privatärztliche Verrechnungsstellen gegründet, um uns von Verwaltungsaufgaben zu entlasten, um mehr Zeit für unsere Berufung zu haben. Unsere Verrechnungsstellen sind so etwas wie kleine und mittelständische Unternehmen. Wir brauchen hier Juristen, Betriebswirte und Abrechnungsspezialisten, um dem Markt, den sich ständig ändernden rechtlichen Rahmenbedingungen und der immer weiter ansteigenden Regelungsdichte des Gesundheitswesens die Stirn bieten zu können. Wir Ärzte sind auf den Rat und die Fachkompetenz unserer Mitarbeiter in den Verrechnungsstellen angewiesen. Aber: Verrechnungsstellen sind von Ärzten geleitete Einrichtungen, die privatärztlich tätige Mediziner entlasten. Ihre Werte, Grundausrüstungen und Dienstleistungsangebote bestimmen wir als diejenigen, die die Verantwortung tragen, mit unserer Erfahrung aus der Praxis. Haupt- und Ehrenamt sind ohne einander nicht denkbar. Wir brauchen einander, müssen unsere Konflikte austragen, zu gemeinsamen Lösungen finden – und dann nach außen mit umso stärkerer Stimme sprechen. ■

Tilgners Bericht aus Berlin Die große Koalition hat ihre Arbeitsaufträge aus dem Koalitionsvertrag abgearbeitet. Jetzt kündigt sich der Wahlkampf an

Text: **Stefan Tilgner**

Der Geist in der Flasche...

Das gesundheitspolitische Parkett in Berlin hat seine Merkwürdigkeiten. So gibt es einige erfahrene „alte Hasen“, die in der tiefen Überzeugung, alles sei schon einmal da gewesen, auch gelassen darauf warten, dass alles einmal wiederkommt. Gemeint sind hier nicht Dinge, die landläufig nach dem x-ten Versuch, in der Versorgungsrealität zu landen, irgendwann als medizinischer Fortschritt bezeichnet werden. Nein: Zurzeit wird tatsächlich wieder an einer alten und längst auf dem Schutthaufen verorteten Lampe gerieben. Die Hoffnung, dass aus ihr ein Geist aufsteigt, der das Gespenst „Bürgerversicherung“ wieder durch die parlamentarischen Flure spuken lässt, wurde offenbar noch nicht aufgegeben. Kurzum: Man nähert sich Wahlkampfzeiten.



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

Ansonsten stehen vor allem in der Pflege noch endgültige Abstimmungen an. Klar ist wohl, dass es zu einer Reform der Ausbildung kommen wird. Alten-, Kinder- und Krankenpfleger sollen künftig – das heißt ab 2018 – die gleiche Ausbildung erhalten. Auch soll in „Pflege“ mehr investiert werden. Gemeint ist dabei aber wohl nicht nur die kurative Pflege, sondern eine Neukonzeption von Versorgung im Alter. Das dürfte das große Thema der nächsten Legislaturperiode werden, denn der viel zitierte „demografische Faktor“ wird in den nächsten Jahren richtig spürbar. Und das trifft insbesondere auch die ärztliche Versorgung. Klar ist, dass neue Leistungen auch honoriert werden müssen. Und klar ist auch, dass nicht alle Leistungen aus dem Solidartopf finanzierbar sind. Eine Neujustierung von Pflege- und Krankenversicherung ist daher ebenso eine Frage der Notwendigkeit wie der Kreativität in der Gestaltung privater neuer Zusatzversicherungen.

Die „Groko“ hat fertig, ist die offenbar die Devise.

Die „Groko“ hat fertig, ist die offenbar die Devise. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat brav den gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrages abgearbeitet. Was jetzt noch folgt, sind Schlussgeplänkel. Dazu gehören auch einige Korrekturen am AMNOG. Die Pharmaindustrie muss offenbar noch ein wenig an Obolus leisten, da vor allem die Preise für neue, patentgeschützte und hoch-innovative Präparate aus Sicht mancher Kassenfürsten dann doch zu sehr nach oben abdriften. Gerne möchte man das Jahr, in dem diese Medikamente laut Gesetz noch der freien Preisbildung unterliegen, abkürzen, um schon früher in Rabattverhandlungen eintreten zu können. Am liebsten auch mit rückwirkendem Rabatt.

Das Spiel mit Sozialphantasien

Und die Ärzteschaft. Sie steht zwar momentan nicht unmittelbar im Fokus gesundheitspolitischer Entscheidungen. Es scheint, als lasse sie die Politik mit internen Skandalen und Streit um die GOÄ gerne im eigenen Saft schmoren. Dennoch ist Aufmerksamkeit geboten. Was jetzt noch wie ein Reiben an der Lampe erscheint, könnte schon bald wieder heißes Wahlkampfthema und Teil des Programms einer künftigen Koalition werden. Wie die aussieht, kann unter gegenwärtigen Bedingungen zwar nicht realistisch beurteilt werden. Dennoch: Die Befürworter des dualen Krankenversicherungssystems sind nicht unbedingt in der Mehrheit. Ein Drehen an den Schrauben des Systems, um mit Sozialphantasien

Veranstaltungen

APRIL 2016

Mi 13 APR **SEMINAR** **Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ**
Münster
PVS Westfalen-Nord | info@pvs-westfalen-nord.de | 02533 299-126

Mi 20 APR **SEMINAR** **GOÄ-Grundlagen**
Limburg
PVS Limburg-Lahn | info@pvs-limburg.de | 06431 912117

Fr/Sa 22/23 APR **MESSE** **60. Jahreskongress der Saarland-Pfälzischen Internisten Gesellschaft**
Neustadt
PVS Mosel-Saar | m.rinkes@pvs-saar.de | 06821 9191491

Sa 23 APR **FORUM** **eHealth Forum Freiburg**
Freiburg
PVS Südbaden | Claudia.schoene@pvs-freiburg.de | 0761 2713212

Mi 27 APR **SEMINAR** **Chirurgie Teil 1 – Grundlagenkurs**
Chemnitz
PVS Sachsen | seminare@pvs-sachsen.de | 0351 8981360

MAI 2016

Mi 11 MAI **SEMINAR** **GOÄ-Basisseminar Orthopädie**
Lüneburg
PVS Niedersachsen | info@pvs-niedersachsen.de | 04131 3030160

JUNI 2016

Mi 01 JUN **SEMINAR** **Arbeitsrecht kompakt**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg | seminare@pvs-se.de | 04551 8099023

Mi 08 JUN **SEMINAR** **GOÄ Basis Schulung: Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ**
Bremerhaven
PVS Bremen | j.meinken@pvs-bremen.de | 0421 3608521

Mi 08 JUN **SEMINAR** **GOÄ-Seminar für Innere und Allgemeinmedizin**
Mannheim
PVS Südwest | info@pvs-suedwest.de | 0621 1642-08

Mi 08 JUN **SEMINAR** **GOÄ – Arthroskopie**
München
PVS Baden-Württemberg | info@pvs-akademie.de | 0711 633900-92

Mi 22 JUN **SEMINAR** **Kommunikation, Management & Marketing: Erfolgreich durch Service in der Arztpraxis**
Unna
PVS Westfalen-Süd | info@pvs-westfalen-sued.de | 02303 255539

möglicherweise ein paar Punkte beim Wähler zu holen, ist allemal drin. Ein Zeichen dafür ist auch, dass mittlerweile Anträge zur Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der GKV-Beiträge diskutiert werden.

Das Gespenst „Bürgerversicherung“ waberte bereits durch die letzte Legislaturperiode. Scheinbar ist es manchen Politikern egal, dass die Bürger der „Bürger“versicherung schon einmal eine klare Absage erteilt haben. Eine Bürgerversicherung hieße künftig Versorgung nach Kassen- und politischer Großwetterlage. Eine staatlich regulierte Versorgung auf kleinstem Nenner mag den Sozialphantasien eines Prof. Lauterbach entsprechen, nicht aber dem Anspruch und der Kultur einer individuellen Versorgung auf höchstem Niveau, um die das deutsche Gesundheitswesen in aller Welt – noch – beneidet wird.

Freiberuflichkeit ist ein Garant

Bei einer Bürgerversicherung ist es nur eine Frage der Zeit, wann auch die Grundsatzfrage der Freiberuflichkeit neu gestellt würde. Das Gewitter kann dieses Mal aus Europa kommen. Oder, besser gesagt, interessierte Politiker lassen den Sturm von Europa aus hereinbrechen. Mit dem Argument der Vereinheitlichung europäischer Normen wird schon lange an dem System der berufsständigen Vertretung und der Normgebung durch freiberufliche Vertreter in Deutschland herumgekirrt. Für Politiker, die aus Angst vor der Freiheit des Bürgers gerne auf staatliche Lenkmechanismen setzen, ist das ein willkommen Anlass, zur „europäischen Harmonisierung“ aufzurufen. Was nur gerne vergessen wird ist, dass eben diese Freiheit der Berufsausübung in einer ausgeglichenen Selbstverwaltung den anerkannten Erfolg des deutschen Gesundheitswesens ausmacht. Es ist eben auch die Frage des ethischen Selbstverständnisses und der persönlichen Verantwortung, die den Arztberuf ausmacht.

Herausforderung Altersmedizin

Die Altersmedizin ist ein Faktor, der sicherlich die künftigen Diskussionen prägen wird. Eben hier ist aber auch eine der herausragenden Aufgaben der Ärzteschaft zu sehen. Altersmedizin ist ein vielfach noch unbestelltes Feld. Auch die Frage ärztlicher Versorgungsstrukturen im Alter ist gar nicht oder recht unzureichend gelöst. Der Ansatz fachärztlicher Betreuung von Altersheimen steckt in den Kinderschuhen. Demenz, Multimorbidität und ganz neue Ansätze multimodaler und multiprofessioneller Behandlung von Senioren sind Herausforderung und gleichzeitig Chance für die Ärzteschaft.

Jetzt ist die Zeit, dafür interessante Konzepte, aber auch interessante Vertragsstrukturen zu entwickeln. Gerade im Alter, wenn ärztliche Leistungen zunehmend gefragt, aber keineswegs umfassend vom GKV-Leistungskatalog abgebildet werden, kann dieses auch Perspektiven für privatärztliche Abrechnung öffnen. Also: Wenn die „Groko“ glaubt, Gesundheitspolitik für diese Legislaturperiode „fertig zu haben“, sollte für eine engagierte Ärzteschaft die kreative Phase anfangen. Auch damit der Geist in der Flasche bleibt. ■

Die **Krankenkassen** haben 2015 wieder ein Minus von mehr als einer Milliarde Euro eingefahren. Dieses Jahr könnte der Fehlbetrag höher werden. Die fetten Ausgabenprogramme der Koalition hinterlassen Schleifspuren in den Büchern der Kassen. Es ist nicht ausgemacht, dass die jüngsten Beitragserhöhungen ausreichen, den Ausgabenanstieg zu kompensieren. Eher dürften die Reserven von 14 Milliarden Euro weiter schmelzen.

Text: **Andreas Mihm** · Illustration: **Martin Schulz**

Zweischneidig

Das hilft den Kassen nicht, die keine Reserve haben. Ihnen bliebe nur das Schrauben am Zusatzbeitrag. Das gilt nicht nur für die notorisch angeschlagene DAK. Nur wenige Kassenchefs können, wie einst Dagobert Duck, in ihren Schätzen baden. Krankenkassen wie die TK oder die AOK Plus funkeln wie einsame Leuchttürme in einem dunklen Meer. Die Zusatzbeiträge werden auch im Wahljahr 2017 steigen – falls die Koalition nicht ein paar Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Linderung der Finanznot der Kassen zweckentfremdet.

Das wäre nicht die einzige Art, Mehrausgaben zu finanzieren, ohne dass es Kassenmitglieder trifft. Die zahlen den Zusatzbeitrag bekanntlich alleine. Linke, Grüne und die linke SPD fanden das noch nie richtig. Sie wollen die Arbeitgeber stärker beteiligen. Ihr Schlagwort heißt „Parität“: Beschäftigte und Arbeitgeber tragen je die Hälfte der Kosten. (Nur so weit, dass Rentner auf ihre Betriebsrente nur den halben statt seit Ulla Schmidt den vollen Beitragsatz zahlen müssen, geht die Liebe nicht.)

Das Verlangen nach Parität erklärt sich historisch. Aber ein „Das haben wir schon immer so gemacht“ ist kein hinreichender Grund, an der schlechten Übung festzuhalten. Höhere Arbeitskosten der Arbeitgeber steigern deren Interesse an Rationalisierung, Stellenabbau und Jobverlagerung. Die SPD hat das auch einmal verstanden. Als unter Bundeskanzler Gerhard Schröder (wenn auch als Kompromiss mit der Union) 2004 der Zusatzbeitrag für Versicherte eingeführt worden war, geschah das ausdrücklich mit dem Ziel, die Lohnnebenkosten im Zaum zu halten.

1 Mrd.

Euro Verlust haben die Krankenkassen 2015 erwirtschaftet

8,2%

ist der übergroße Beitragsanteil der Kassenmitglieder

2017

werden die Zusatzbeiträge wieder steigen

Nun ist die Frage, ob die Arbeitgeber überhaupt und in welchen Umfang an den Sozialversicherungskosten zu beteiligen sind, immer wieder eine grundsätzliche Debatte wert. Zuletzt noch im Februar bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss. Allerdings ist es auch hilfreich, einfach einmal nachzuschauen, wer heute was bezahlt.

Wer danach forscht, stößt auf erstaunliche Antworten. Etwa die, dass in dem schon übergroßen Beitragsanteil der Kassenmitglieder von zuletzt 8,2 Prozentpunkten jene Zuzahlungen von 3,6 Milliarden Euro (rechnerisch 0,3 Punkte) fehlten, die sie beim Arzt, in der Apotheke und beim Physiotherapeuten selbst zahlen. Auch bei den Arbeitgebern ist der abgeführte Beitragsanteil von 7,3 Prozent am Gehalt nicht die ganze Wahrheit. Jene 34,5 Milliarden Euro (rechnerisch 3 Prozentpunkte), die sie für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in den ersten sechs Wochen einer Krankheit überweisen, fallen in der Rechnung unter den Tisch. Das gilt ebenso für jene Milliarden, die sie – vollständig allein – für die Unfallversicherung aufbringen.

Die Forderung nach Parität ist ein zweischneidiges Schwert. Jedenfalls könnte sie es sein, wenn Politiker das Instrument nutzen wollten. Das wäre nach Lage der Dinge nur die Union. Doch ihre Kampfbereitschaft ist begrenzt. Einstweilen kann sie sich auf den Koalitionsvertrag zurückziehen. Der schließt eine Anhebung des Beitragssatzes bis 2017 aus. Ende nächsten Jahres wird dann neu gerechnet. Es würde niemanden wundern, wenn danach der Arbeitgeberanteil steigt. ■

Anfang des Jahres beschloss die SPD Fraktion, eine Novellierung der GOÄ zu verhindern, weil dadurch das „System der Zwei-Klassen-Medizin“ zementiert würde und das dem Parteiziel der Bürgerversicherung zuwiderlaufe. Auf der anderen Seite wird gewarnt, das Festhalten an einer total überalterten GOÄ sei Öl im Getriebe der Bürgerversicherungsbefürworter. Wie verhält es sich nun wirklich: Haben **GOÄ-Novelle** und die Wahrscheinlichkeit, dass eine **Bürgerversicherung** kommt, etwas miteinander zu tun? Diese Statements konnten wir für Sie einfangen:

Ein oder zwei Paar Schuhe?

Dr. Volker Leienbach,
Direktor des PKV Verbandes

„Die eigenständige privatärztliche Gebührenordnung GOÄ ist von großer Bedeutung für den Systemwettbewerb in einem gemeinsamen Versorgungssystem. Die GOÄ ist nämlich in besonderer Weise offen für Innovationen – und wird es auch nach der geplanten Novelle bleiben. Anders der EBM, der nur die Abrechnung von Behandlungen erlaubt, denen dort förmlich eine Ziffer zugeteilt wurde. Eine einheitliche Gebührenordnung hätte nur einen Zweck: Sie soll die Unterschiede einebnen und den Weg bahnen für die ‚Bürgerversicherung‘ als Einheitssystem. Das wäre eine Innovationsbremse und der Anfang einer Budgetierung für alle. Demgegenüber sichert das bewährte duale System den Deutschen eine im internationalen Vergleich überaus gute Versorgung und einen sehr guten Zugang zu neuesten medizinischen Verfahren – mit der PKV als Türöffner. Der Entwurf bietet klare Vorteile für alle: Er bringt eine Stärkung der ‚sprechenden Medizin‘, sichert für die Patienten eine Versorgung auf dem modernsten Stand bei voller Therapiefreiheit der Ärzte, eine transparenten Abrechnung und einen fairen Interessenausgleich, der den berechtigten Anliegen der Ärzte und der Zahlungspflichtigen Rechnung trägt. Die SPD in Bundesregierung und Bundesrat sollte ihrer Verantwortung gerecht werden und im Interesse aller Patienten in Deutschland diese Reform nicht blockieren.“

„Die Novellierung der GOÄ hat nach meiner Ansicht kaum etwas mit der ‚Bürgerversicherung‘ zu tun. Wenn eine politische Konstellation an die Macht kommt, die eine ‚Bürgerversicherung‘ durchsetzen will, wird sie das tun, unabhängig von der dann bestehenden GOÄ. Allerdings ist es wahrscheinlich einfacher, wenn die Systematiken von GOÄ und EBM schon angeglichen sind, wie mit der Novellierung zu befürchten ist, etwa durch Einheitspreise ohne individuelle Steigerungsfaktoren.“

Dr. Matthias Lohaus,
Vorsitzender des Medi-Verbundes Berlin

Dr. Heiner Garg,
Landesvorsitzender der FDP Schleswig-Holstein

„Klar ist, dass wir eine neue GOÄ brauchen. Allerdings hat der Novellierungsprozess den Paragraphenteil ins Visier genommen. Das ist absolut überflüssig. Notwendig ist allein eine Aktualisierung der Legendierung und der Bewertungen. Mit dem neuen Paragraphenteil und der Änderung der Berufsordnung sollen jetzt Elemente eingeführt werden, die die GOÄ in eine bedenkliche Nähe zum EBM rücken. Damit meine ich vor allem die Einsetzung der Gemeinsamen Kommission und das Monitoring der Finanzentwicklung. Wenn das so umgesetzt wird, konvergieren GOÄ und EBM und dann ist es leichter, das Ganze in einer Bürgerversicherung zusammenzuführen.“

Dr. Dirk Heinrich,
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes

„Ganz anders als der EBM ermöglicht die GOÄ eine Vergütung tatsächlich erbrachter ärztlicher und fachärztlicher Leistungen. Das heißt, die Leistung, die eine Ärztin bzw. ein Arzt erbracht hat wird ihr bzw. ihm – anders als beim EBM – auch tatsächlich leistungsbezogen vergütet. Die GOÄ ist in die Jahre gekommen – die letzte grundlegende Reform liegt inzwischen mehr als drei Jahrzehnte zurück. Gelingt es den handelnden Akteuren in dieser Legislaturperiode nicht, sich auf eine systemkonforme – das heißt die leistungsbezogenen Vergütungselemente der GOÄ stärkende – Reform zu verständigen, dann ist das die willkommene Aufforderung an alle Befürworter einer Bürgerversicherung, die grundsätzlich keine leistungsorientierte Vergütung vorsieht, das System der leistungsbezogenen Vergütung endgültig für gescheitert zu erklären. Vor diesem Hintergrund ist auch die z. T. harsche Kritik – insbesondere aus dem niedergelassenen Bereich – am augenblicklichen Reformentwurf zu verstehen. Es geht also nicht darum, ‚irgendeine‘ Reform der GOÄ zu verabschieden – sondern eine die Elemente leistungsorientierter Vergütung stärkende Reform – auch als ordnungspolitisch klare Absage an die sogenannte ‚Bürgerversicherung‘.“

Asylbewerber sollen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Doch die Umsetzung hakt auf allen Ebenen. Die Folgen sind dramatisch.

Text: Dorothea Siems · Illustration: Martin Schulz

Flickenteppich

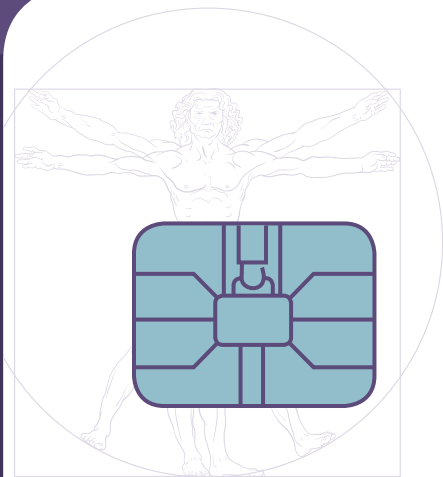
Der nicht abbreißende Flüchtlingsstrom verändert Deutschland. Das gilt nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für das hiesige Gesundheitswesen. Um die medizinische Versorgung der vielen Asylsuchenden sicherzustellen, hatten Bund und Länder im vergangenen September beschlossen, dass die Flüchtlinge eine elektronische Gesundheitskarte bekommen sollen. Die Migranten sollten nicht länger „Patienten zweiter Klasse“ sein, die vor jedem Arztbesuch erst einen Abrechnungsschein vom Amt benötigen. Entlasten wollte man aber auch die vielerorts an der Überforderungsgrenze arbeitenden Behörden.

Ein halbes Jahr später ist Deutschland mit Blick auf die medizinische Versorgung der Flüchtlinge ein Flickenteppich. Die elektronische Gesundheitskarte – mit der speziellen Kennzeichnung als Asylbewerber auf dem Chip – gibt es bislang lediglich in den vier Bundesländern Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Berlin bereitet momentan eine stufenweise Ausgabe vor. Bayern wiederum will frühestens 2017, nach weiteren umfangreichen Prüfungen der Vor- und Nachteile, diesen Schritt gehen. Auch Sachsen setzt bei der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden nun doch lieber bis auf weiteres auf

den von den Sozial- und Gesundheitsämtern ausgestellten Behandlungsschein. Doch nicht einmal innerhalb der einzelnen Bundesländer herrscht Übersichtlichkeit. Denn die Zuständigkeit für die Betreuung der Flüchtlinge liegt bei den Kommunen. In Nordrhein-Westfalen haben sich bislang erst rund 20 Städte und Gemeinden für die Gesundheitskarte entschieden. Auch in dem größten Bundesland bleiben somit die meisten Asylbewerber außen vor.

Das ursprüngliche Ziel der Gesundheitspolitiker, rasch bundesweit einheitliche Versorgungsstandards einzuführen, ist meilenweit entfernt. Stattdessen regelt jedes Bundesland für sich, welche medizinischen Leistungen konkret abgerechnet werden dürfen. Das Asylbewerberleistungsgesetz sieht lediglich eine Notfallhilfe vor. Allerdings ist eine eindeutige Abgrenzung im Einzelfall oft schwierig. Klar ist nur, dass akute Erkrankungen und Schmerzen behandelt werden müssen. Doch was ist mit Zahnersatz, Heilmitteln oder einer Psychotherapie?

Die Krankenkassen sind zwar verpflichtet, die Flüchtlingsversorgung auf Wunsch der Länder zu übernehmen. Doch über den Leistungskatalog müssen sie sich mit den Kommunen verständigen, schließlich tragen diese die Kosten. Wie hoch die Aufwandsentschädigung ist, die eine Krankenkasse von der Kommune für jeden von ihr verwalteten Flüchtling erhält, hängt wiederum vom Verhandlungsgeschick der Landesregierung ab. Dieser heillosen Wirrwarr ist auch für die Leistungserbringer höchst unerquicklich. Denn für niedergelassene Mediziner ergeben sich häufig Unsicherheiten, welche Leistungen sie überhaupt abrechnen können. Unklar ist meistens auch, ob notwendige Dolmetscherkosten von den Ämtern oder den Krankenkassen erstattet werden. Wichtiger noch als eine flächendeckende Ausgabe der Gesundheitskarten ist deshalb ein für ganz Deutschland verbindlicher Leistungskatalog. Denn die ethisch heikle Entscheidung darüber, welche medizinischen Leistungen einem Flüchtling hierzulande zustehen, ist politisch zu treffen und sollte nicht auf den behandelnden Arzt abgewälzt werden. Die Kommunen argwöhnen, dass die medizinische Versorgung teuer wird, wenn alle Asylbewerber im Krankheitsfall direkt in die Praxis gehen können. Doch auf die abschreckende Wirkung langer Schlangen in den Ämtern zu setzen, ist zynisch. ■





HAUPTSTADT KONGRESS 2016

**MEDIZIN UND GESUNDHEIT
8.–10. JUNI 2016 • CITYCUBE BERLIN**

Der Termin für die Entscheider
aus Gesundheitswirtschaft und
Gesundheitspolitik.

In diesem Jahr mit dem Schwerpunkt: INNOVATIONEN

Informationen und Anmeldung unter:

www.hauptstadtkongress.de oder Tel.: +49 (30) 49 85 50 31



iGOZ
www.igoz.de



iGOÄ
www.igoae.de

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

Doppelt smart!

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



Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Verband

 **PVS®**

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER