

Schlüsselfrage

Wie Sie E-Mails
vor dem Zugriff Dritter
schützen können



4

Praxismanagement

Erfolgreiche Existenzgründung langfristig planen

Das Erfolgsrezept: sich auf die eigenen Stärken konzentrieren.

12

Praxis & Recht

Mehr Bürokratie für Praxen

Die EU-Datenschutzgrundverordnung ist auch ein Thema für Ärzte. Jetzt gilt es, sich rechtzeitig vorzubereiten.

22

Praxisfinanzen

Steuerfallen beim Zulassungskauf

Der reine Vertragsarztsitz ist kein „abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut“. Was heißt das?

Praxismanagement



4

Erfolgreiche Existenzgründung langfristig planen

Was haben Spitzensport und die Gründung einer Privatpraxis gemein? Sich auf die eigenen Stärken zu konzentrieren, ist das Erfolgsrezept.



7

TITEL Die Schlüsselfrage

E-Mails sind als Kommunikationsmittel für Arztpraxen ungeeignet – zumindest, wenn sie nicht ausreichend gesichert sind. Verschlüsselung ist das Thema der Stunde.

Praxis & Recht



12

Mehr Bürokratie für Arztpraxen

Die EU-Datenschutzgrundverordnung ist auch ein Thema für Ärzte. Jetzt gilt es, sich rechtzeitig auf die ab dem 25. Mai geltenden Vorschriften vorzubereiten.

Praxisfinanzen



18

Aus guten Gründen gründen

Eine eigene Praxis führen – der Traum vieler Ärzte. Doch von freiberuflichen Medizinern wird viel Unternehmertum erwartet. Banken können helfen.

22 Cave! Steuerfallen beim Zulassungskauf

Der reine Vertragsarztsitz ist kein „abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut“. Die steuerrechtlichen Konsequenzen erläutert Rechtsanwalt Rudolf J. Gläser.

PVS-Positionen

24 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN Dritte-Welt-Standard bald auch bei uns?

Warum in Gottes Namen soll ein gut funktionierendes Gesundheitssystem zerschlagen werden? Eine Warnung vor den Folgen einer Bürgerversicherung.

Abrechnung



26

Besonderheiten der Honorarabrechnung bei chronisch Kranken

Wann kann Ziffer 15 abgerechnet werden, wann ist die Ziffer 849 gerechtfertigt und was ist bei einer Faktorerhöhung bei persönlicher Leistungserbringung zu beachten?

Gesundheitspolitik



Kassenbaron auf dem Kriegspfad

30 GKV-Sprechstunden pro Woche – diese Forderung des Vizechefs des GKV-Spitzenverbandes Johann-Magnus von Stackelberg empört die Ärzteschaft. Zu Recht.

Gastkommentar



Gegängelte Ärzteschaft

Von der Bürgerversicherung ist im Koalitionsvertrag keine Rede mehr. Dennoch konnte die SPD entscheidende Forderungen durchsetzen. Das führt vor allem zu einem: Mehr Staatseinfluss auf das Gesundheitswesen.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | VERANSTALTUNGEN

27 | SCHÄFFERS KOLUMNE

27 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Wir wollen unser Land in allen Bereichen zu einem starken Digitalland entwickeln“, heißt es im jüngst verhandelten Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Oberstes Ziel sei eine flächendeckende digitale Infrastruktur von Weltklasse. Das klingt doch überzeugend! Der Digitalisierung wird sich niemand ernsthaft entgegenstellen wollen oder können. Wir haben uns gefragt, wie wir diesen gewaltigen Anspruch mit dem Arbeitsalltag in der Arztpraxis zusammenbringen können. Angesehen haben wir uns die schriftliche Kommunikation mit Kassen, Ärzten und Patienten. Die wird nach wie vor weitgehend per Briefpost und Fax abgewickelt, E-Mails machen gerade mal 6 Prozent der gesamten Korrespondenz aus. Der Grund liegt aus der Hand: Soll nicht die gesamte Welt mitlesen können, wie es um Ihre Patienten steht, müssen die elektronischen Nachrichten verschlüsselt werden. Das ist aufwendig und kostet Zeit. Ganz so einfach, wie es in der Politik klingt, ist es mit der Digitalisierung nicht. Dennoch kann sie gelingen: In unserem Titelbeitrag zeigen wir Möglichkeiten auf, wie Sie E-Mails auch zur Übertragung von Patientendaten nutzen können. Letztlich zahlt sich die Mühe aus: Der Schriftverkehr muss nicht mehr eingescannt werden, Portokosten fallen weg, die Kommunikation wird schneller.

Nicht nur das Titelthema, auch die weiteren Beiträge in dieser Ausgabe hängen auf ihre Weise mit der Diskussion rund um die Regierungsbildung zusammen. Denn mit ihrer Forderung nach dem Ende der „Zwei-Klassen-Medizin“ wollte die SPD einer Bürgerversicherung den Weg ebnen. Eine Bürgerversicherung ist nun aber, das liegt in der Natur der Sache und das haben wissenschaftliche Studien übereinstimmend gezeigt, alles andere als niederlassungsfördernd. Die drohenden Umsatzverluste und das immer stärkere Eingreifen des Staates in die Behandlungsabläufe wirken abschreckend. Dem wollen wir entgegentreten. Indem wir zeigen, wie die Gründung einer Praxis gelingt. Denn wir sind überzeugt: Gute Medizin braucht freiberufliche, unternehmerisch denkende und handelnde Ärzte. Im aktuellen Koalitionsvertrag ist von einer Bürgerversicherung nicht mehr die Rede, aber die Diskussion wird weitergehen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen Ihrer **zifferdrei**.
Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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



Foto: Dr. Matthias Frank

Erfolgreiche Existenzgründung langfristig planen

Existenzgründung Was haben Spitzensport und die Gründung einer Privatpraxis gemein? Sich auf die eigenen Stärken zu konzentrieren – das ist das Erfolgsrezept hier wie da. Dr. Matthias Frank erläutert, wie der Start in die eigene Praxis gelingt.

Text: Nicola Sieverling

Gute Vorbereitung ist der Schlüssel zur erfolgreichen eigenen Praxis. Was ist auf dem Weg zu bedenken? Welche Fallstricke und Beschränkungen gibt es? Dr. Matthias Frank, seit 1998 als Allgemeinmediziner mit den Zusatzbezeichnungen Akupunktur, Naturheilverfahren und Rehabilitationswesen in eigener Praxis aktiv, hat einen Routenplaner für den Weg in die Selbstständigkeit geschrieben. Im Interview mit **zifferdrei** öffnet der Karlsruher seine persönliche Schatzkiste und gibt fundierte Informationen und Ratschläge.

Herr Dr. Frank, wer sich als Privatarzt mit eigener Praxis positionieren will, braucht ein kluges Konzept. Welche drei wichtigen Schritte definieren Sie dafür?

DR. FRANK: Erstens braucht man eine vernünftige Strategie. Im Prinzip bedeutet das, einen eigenen Markt für seine Leistung zu schaffen. Für einen Hausarzt heißt das beispielsweise, dass er die Bezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ erwirbt, und die Naturheilkunde – im Sinne der „Integrativen Medizin“ – in sein Therapiespektrum mit aufnimmt. Dann hat er ein neues Konzept. Ein Orthopäde könnte die Akupunktur aufnehmen. Viele Ärzte machen immer nur eins, statt sich weiter zu spezialisieren.

Das bedeutet aber auch, dass eine Strategie von langer Hand vorbereitet werden muss?

Das ist der Punkt. Viele Ärzte meinen, dass es reicht, sich die Inserate anzuschauen, um dann eine freie Praxis zu übernehmen. Das ist zu kurz gedacht. Der zweite Schritt ist daher, einen Fokus zu setzen. Wie jeder Spitzensportler sollten sich Ärzte auf ihr Können und ihre Stärken konzentrieren. Anstatt Schwächen abzubauen, ist es wesentlich effizienter, sich auf die starken Seiten zu fokussieren. Drittens sollte man nicht nur die Patienten ins Visier nehmen, die ohnehin in die Praxis kommen. Hier gilt es, weitere Potentiale zu nutzen und mit seinem Portfolio neue Patientengruppen anzusprechen.

Wie kann so ein Profil erarbeitet werden und was gehört dazu?

Der Arzt sollte seine Kompetenz zeigen und der Öffentlichkeit mitteilen, was er besonders gut kann! Darum geht es bei der individuellen Schaffung des eigenen Profils. In meiner Praxis für Allgemeinmedizin beispielsweise biete ich die Akupunktur an und kombiniere meine Arbeit mit naturwissenschaftlich orientierter Schulmedizin. Ich habe im Ausland hospitiert, um auch mal über den Tellerrand zu blicken. Das sind wertvolle Erfahrungen, die mein Profil ergänzen. Und ich habe externe Profis, die für mich ein Marketingkonzept erarbeitet haben und die Praxis jahrelang begleiten. Damit zeige ich meine Kompetenz und kann gezielt öffentlichkeitswirksam agieren.

Erfolgreiche Praxis durch Marketingmaßnahmen: Dennoch verzichten viele Ärzte auf dieses Instrument der Außendarstellung. Warum ist das so?

Viele Ärzte verwechseln Marketing mit Werbung. Marketing bedeutet jedoch nicht, ab und an mal eine Anzeige im Wochenblatt zu schalten. Ich beobachte, dass die jungen Kollegen offener sind und die Möglichkeiten des Marketings im Rahmen des Heilmittelwerbegesetzes nutzen. Wer seine Leistung erfolgreich positionieren möchte, muss dafür aber auch Geld in die Hand nehmen und ein eigenes Budget schaffen. Daran hakt es oft.

Bleiben wir beim Geld. Das finanzielle Risiko einer Praxisgründung ist häufig der Grund, diesen Plan doch wieder in die Schublade zu stecken. Welchen Rat geben Sie?

Eine Niederlassung muss optimal vorbereitet sein – da kann man bei den Start-up-Unternehmern viel lernen, die jeden Schritt bis zur Gründung detailliert planen. Ich habe erst Vertretungen bei niedergelassenen Kollegen gemacht und mit vielen gesprochen, die ihre Praxen abgeben wollten. Ich habe mir die Zahlen angesehen, um ein Gefühl für betriebswirtschaftliche Grundlagen zu bekommen und die Ein- und Ausgabeseiten zu verstehen. Was ist Gewinn? Was ist Umsatz? Auf Seminaren habe ich das Abrechnungssystem kennengelernt und tiefere Einblicke erhalten. Erst danach habe ich die eigene Praxisgründung vorbereitet. Heißt: Jeder Arzt sollte sich erst unternehmerische Kompetenz aneignen – so wie es die jungen Start-up-Unternehmer machen.

Jeder Arzt sollte sich erst unternehmerische Kompetenz aneignen – so wie es die jungen Start-up-Unternehmer machen.

Es bleibt aber das finanzielle Risiko ...

... und davor muss kein Arzt Angst haben. Ich muss ein Darlehen ja nicht in einem Jahr zurückzahlen. Das Risiko verteilt sich über einen längeren Zeitraum. Ich appelliere an jeden Arzt, mehr Mut zur eigenen Praxis zu haben. Ich zumindest kenne keine Praxis, die nicht gut läuft. Besonders dann, wenn man sein eigenes Leistungsprofil schafft. Das Problem ist leider, dass sich viele Ärzte nur als Arzt und eben nicht als Unternehmer empfinden. Das liegt sicherlich mit an den Universitäten, die leider keine Seminare für Medizinstudenten zu betriebswirtschaftlichen Grundlagen anbieten. Hier wäre eine Modifizierung der Ausbildungsmodule notwendig. Ich habe mir am Anfang einen Praxiscoach geholt, der mich entsprechend beraten konnte und mich auch zu Bankgesprächen begleitete. Es gibt sicher Empfehlungen von Kollegen, die bereits ihre eigene Praxis gegründet haben.

Sie plädieren in Ihrem Buch dafür, auf dem Weg zur Selbstständigkeit Checklisten und Konzeptbausteine zu führen. Warum?

Ich bin ein Freund von solchen Dingen. Checklisten sind wichtig in der Medizin oder für den Praxisablauf. Gerade für eine geplante Niederlassung kann ich anhand einer Checkliste die einzelnen Schritte konkret planen und bewahre somit den Überblick. Aus der Checkliste kann ich ein Konzept erarbeiten, das als Grundlage für die Darlehensaufnahme ideal ist. Welche Investitionen muss ich vornehmen? Wie viele Einnahmen brauche ich?

Unternehmerische Werte sind Ihrer Ansicht nach wichtige Erfolgskriterien. Was steckt dahinter?

Werte – darunter verstehe ich die Einstellung des gesamten Praxisteams. Hiermit meine ich die Einstellung zu Patienten und den Umgang mit ihnen. Was biete ich ihnen als besonderen Service? Beispielsweise die telefonische Erreichbarkeit bei der Auslandsreise eines multimorbiden Patienten. Oder die Empfehlung an einen anderen Kollegen, der bei einem bestimmten Krankheitsbild weiterhelfen könnte. Das verstehe ich unter Werten. Mich ärgert diese Botschaft auf den Webseiten mancher Ärzte, die versprechen, dass der „Mensch bei ihnen im Mittelpunkt“ stehe. Das ist so dermaßen abgedroschen und wird leider im Praxisalltag oft nicht vom gesamten Team und dem Arzt selbst gelebt.

Welche Fallstricke lauern denn in der Praxisorganisation?

Meist läuft es so, wie es immer läuft. Man fällt in die alten Muster zurück. Beispielsweise bei langen Wartezeiten für Patienten, weil die Terminplanung doch nicht so optimal funktioniert. Deshalb sind regelmäßige Teambesprechungen so wichtig, um immer wieder gemeinsam an Verbesserungen zu arbeiten und diese langfristig zu implementieren. Hier müssen auch Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar festgelegt werden. Sonst schleichen sich schnell Fehler ein und das merkt dann der Patient. Außerdem bleibt jeder Arzt stehen, wenn er sich in der Praxisorganisation nicht weiterentwickelt. Ein Qualitätsmanagement hilft – aber nur, wenn es auch gelebt wird. Dazu gehört für mich auch die Mitarbeiterin an der Rezeption als erste Visitenkarte einer Praxis. Wer dort mürrisch agiert und unfreundlich mit den Patienten spricht, gehört da für mich nicht hin. Dann nützt es auch nichts, wenn der Arzt dafür eine Top-Arbeit macht. Das Gesamtbild ist entscheidend für den Erfolg einer Praxis.

Welchen Rat haben Sie an Ärzte, die ihre bestehende Praxis weiterentwickeln wollen?

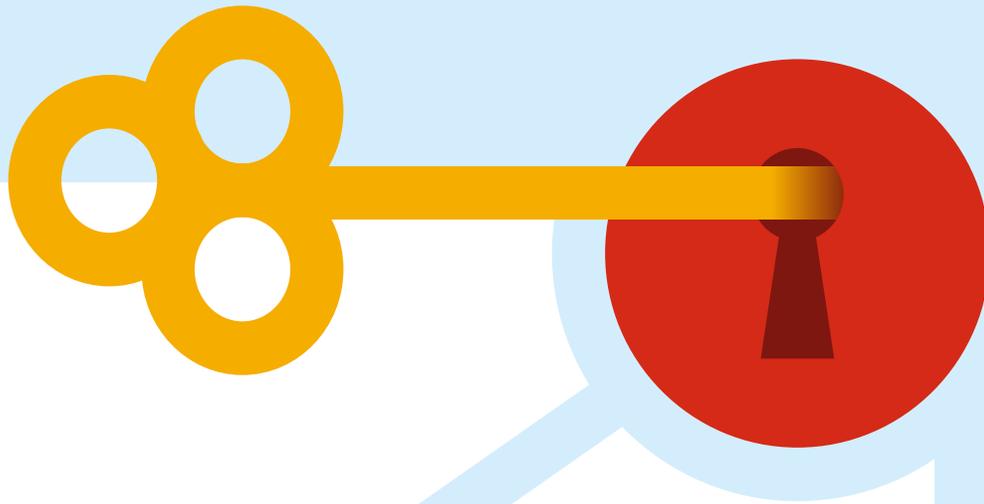
Auch hier müssen berufliche und private Ziele verbindlich festgelegt werden. Wo will ich in fünf Jahren stehen? Dann geht es darum, mit Fort- und Weiterbildungen oder Hospitationen diesen Weg zu beschreiten. Ein Marketingkonzept wäre ein guter Schritt. Es sind oft die einfachen Dinge, die zum Scheitern führen. Ich muss mir also vorher überlegen, was ich erreichen möchte. Dazu gehört auch die achtsame Auswahl geeigneter Mitarbeiter für ein harmonisches und sich ergänzendes Team. Auch diese sollten auf Fort- und Weiterbildungen geschickt werden. Das machen einige Ärzte sicherlich falsch, weil sie die Potenziale ihrer Mitarbeiter zu wenig nutzen.

Ihr persönlicher Tipp zum Abschluss: Wie lässt sich Erfolg langfristig absichern, damit die eigene Praxis ein Top-Unternehmen bleibt?

Ein wesentlicher Punkt ist, sich immer auch als Unternehmer zu definieren. Unternehmerisch denken und agieren ist wichtig. Die Qualität muss in das Leitbild der Praxis aufgenommen werden. Wer nur die Routine abarbeitet, bleibt stehen. Vielmehr muss jeder Arzt aktiv bleiben und gestalten. Auch wenn der Alltag hart ist – die Freude an der Arbeit muss man sich erhalten. Das ist mein Credo über all die Jahre. Ich möchte, dass sich meine Patienten und Mitarbeiter wohl fühlen. ■



Matthias Frank
**Praxisgründung und
Praxismanagement – Erfolgreich
selbstständig in der Arztpraxis**
264 Seiten
Schattauer
ISBN 978-3-7945-3075-5
(auch als E-Book erhältlich)



E-Mail-Sicherheit E-Mails sind als Kommunikationsmittel für Arztpraxen ungeeignet – zumindest, wenn sie nicht ausreichend gesichert sind. Doch es gibt zunehmend Techniken, mit denen elektronische Nachrichten vor dem Zugriff Dritter geschützt werden können: Verschlüsselung ist das Thema der Stunde.

Text: **Romy König**

Die Schlüsselfrage



Man nehme: eine Ansichtskarte, auf der Vorderseite vielleicht ein schönes Bild, auf der Rückseite eine freie Fläche mit möglichst viel Platz. Man notiere hier den Namen eines Patienten, seine Diagnosen, Laborwerte, die Medikation. Ergänze dies um seine Adresse, seine Telefonnummer. Und schicke die Karte dann ab. Offen, ohne Umschlag.

Unvorstellbar? Doch genau das, was heute täglich in vielen Arztpraxen geschieht, zumindest dem Prinzip nach. Denn was viele nicht wissen: Werden Arztbriefe oder Laborberichte digital per elektronischer Post verschickt, sind sie offen einsehbar. „Kaum jemand würde auf die Idee kommen, vertrauliche Informationen auf einer Postkarte zu verschicken“, sagt Arne Schönbohm, Präsident des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). „Tatsächlich ist eine unverschlüsselte E-Mail aber nichts anderes – jeder, dem sie in die Hände fällt, kann sie lesen.“

Eine E-Mail durchwandert mehrere Stationen, bevor sie beim anvisierten Empfänger eingeht: Zunächst passiert sie den Server des eigenen Mailproviders, anschließend jenen des Empfängers. Dass die Daten übermittelt werden können, dafür sorgt ein sogenanntes Protokoll, das den einzelnen PCs sagt, wie mit der Nachricht verfahren werden soll. SMTP – Simple Mail Transfer Protocol – der Name ist Programm: „Einfach“, simple, ist das Protokoll, und nicht wirklich sicher. Die Folge: An jedem Punkt ihres Wegs durch das Internet ist eine E-Mail von Dritten einsehbar, mehr noch, sie kann abgefangen und verändert, der Absender gar gefälscht werden.

Was hilft, sind spezielle Verschlüsselungsprogramme, wie es sie seit mehreren Jahren gibt. Doch in der Gesellschaft hätten sich diese Techniken bislang kaum durchgesetzt, so der Digitalverband Bitkom: Der Einsatz von Verschlüsselungsverfahren für den Schutz von privaten Daten komme nur langsam voran. Nach der jüngsten Studie des Verbandes verschlüsselten nur knapp ein Fünftel der Internetnutzer ihre elektronische Post, versendeten also privateste Nachrichten, Bilder, Daten weitgehend ungeschützt.

Doch nicht nur im privaten Bereich, auch im Gesundheitssektor gibt es Handlungsbedarf. Das mahnte der sächsische Landesdatenschutzbeauftragte Andreas Schurig im vergangenen Herbst an: Der Dresdner Datensicherheitsexperte hatte bei der Überprüfung einer Versandapotheke festgestellt, dass diese in elektronischen Auftragsbestätigungen an ihre Kunden nochmals deren gesamte Bestellung detailliert auflistete. Den eigentlichen Bestellprozess habe der Apothekeninhaber zwar über eine digitale Verschlüsselung seines Onlineshops ausreichend abgesichert, doch die Vorsichtsmaßnahme schließlich „konterkariert, indem er die Bestellbestätigungen völlig ungesichert über das Internet verschickte“, so Schurig. Der Datenschutzexperte sieht darin zum einen eine Verletzung des Bundesdatenschutzgesetzes, das vorschreibt, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können. Doch mehr noch: „Letztlich stand damit sogar eine Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB im Raum.“ Berufsordnung und Strafbuch verpflichten Apotheker und Ärzte zu besonderer Verschwiegenheit, drohen ihnen Sanktionen an, wenn sie Patientendaten offenlegen.



Wer schreibt?

Machen Sie sich (und Ihren Mitarbeitern) klar: Anfragen per E-Mail mögen den Namen eines Ihrer Patienten tragen – können aber dennoch von Dritten stammen. **Mails sind nicht fälschungssicher**, hinter den Absendernamen können Betrüger lauern. Deshalb zur Sicherheit **keine sensiblen Auskünfte per E-Mail** erteilen. Entweder die angefragten Daten (wie etwa Laborwerte) an die Postadresse schicken – oder den Patienten bitten, in der Praxis vorbeizuschauen.



Mehrere Wege zu sicheren E-Mails

Etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärzte nutzt laut einer aktuellen Bitkom-Studie ab und an E-Mails für die Übertragung von Informationen – was jedoch nicht heißt, dass der digitale Weg deren favorisierte Form ist. Die schriftliche Kommunikation mit Kassen, anderen Ärzten und Patienten wird noch immer weitgehend über Briefpost und Fax abgewickelt, E-Mails machen nur sechs Prozent der Kommunikation aus. Doch auch diese sechs Prozent gehören geschützt.

Das zumindest findet die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) und hat sich deshalb mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz zusammengetan. In einer gemeinsamen Datenschutzinitiative informiert sie über mögliche E-Mail-Verschlüsselungswege: So könnten Ärzte auf ihren Rechnern eine Kompressionssoftware installieren. 7-Zip zum Beispiel, ein frei nutzbares Programm für das Windows-Betriebssystem, erzeugt sogenannte Archive, packt also die Daten in ein Paket und komprimiert sie. Der Clou: Ein solches Archiv kann anschließend mit einem Passwort versehen, die Datei auf diese Weise geschützt werden. „Der Empfänger benötigt lediglich ein beliebiges Programm, welches das ZIP-Format unterstützt, sowie die Kenntnis des verwendeten Passworts“, so die KV. Das Passwort müsste dem Empfänger jedoch dann separat auf einem sicheren Weg, also postalisch oder auch telefonisch mitgeteilt werden.

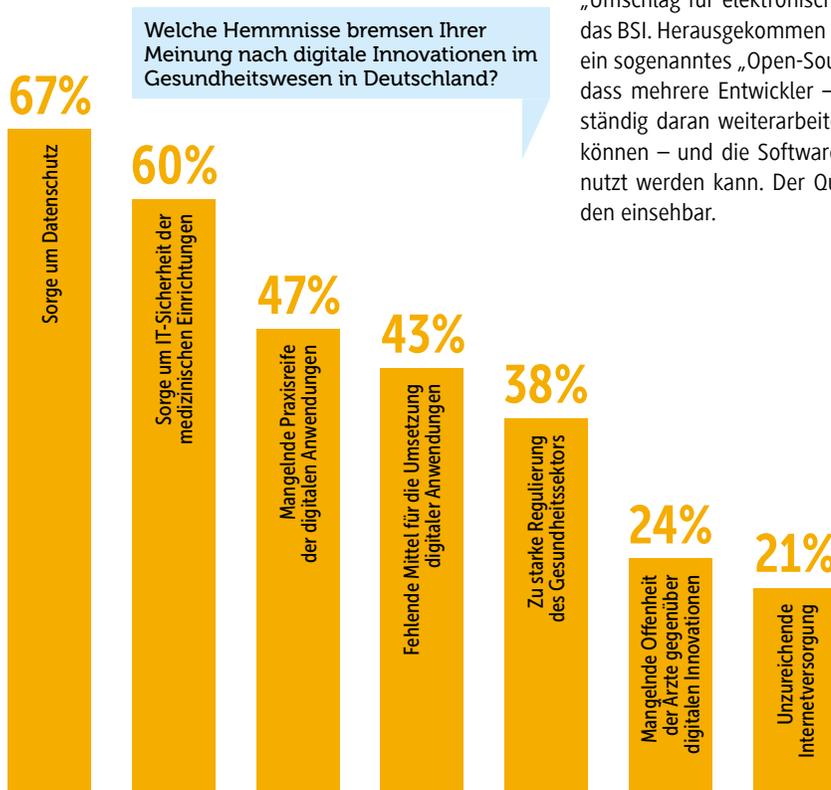
Alternativ könnten Ärzte ihre Mails auch kryptografisch verschlüsseln. Das BSI hat dazu vor mehr als zehn Jahren per Ausschreibung ein IT-Werkzeugpaket in Auftrag gegeben, das genau das leisten soll: Mails so zu versiegeln, dass sie nicht einsehbar sind, quasi umhüllt mit einem „Umschlag für elektronische Briefe“ auf Reisen gehen, so das BSI. Herausgekommen ist die Kryptosoftware Gpg4win, ein sogenanntes „Open-Source“-Programm, was bedeutet, dass mehrere Entwickler – Firmen und Privatpersonen – ständig daran weiterarbeiten, Anwender Feedback geben können – und die Software frei heruntergeladen und genutzt werden kann. Der Quelltext der Software ist für jeden einsehbar.



Trugschluss

E-Mail-Sicherheit bedeutet nicht Internetsicherheit – und vice versa: Eine Arztpraxis kann ihren E-Mail-Verkehr noch so gut verschlüsseln und sich dennoch einen **Computervirus** oder **Trojaner** auf den PC holen, wenn zu vertrauensselig **Anhänge** geöffnet oder Links in eingehenden Nachrichten angeklickt werden. Ein **Anti-Virus-Schutzprogramm** und eine **Firewall** sind Pflicht. Im Umkehrschluss bieten Maßnahmen zur IT-Sicherheit keinen E-Mail-Schutz. Dazu braucht es Verschlüsselungstechniken.

Größte Hemmnisse: Sorge um Datenschutz und Sicherheit



Basis: Alle befragten Ärzte (n=477), Mehrfachnennungen möglich Quelle: Bitkom Research



Foto: STEEX / iStock.com

Laut Entwicklern ist es nach heutiger Kenntnis „unmöglich, einen Schlüsselteil aus dem anderen zu berechnen und damit das Verfahren zu knacken“.



Ein Schlüsselduo für sichere Kommunikation

Gpg4win basiert auf dem Gedanken, dass es unsinnig sei, für die Ver- und Entschlüsselung einer Nachricht denselben Schlüssel zu verwenden. Ein solches Vorgehen – Experten sprechen von symmetrischer Verschlüsselung – sei ein Paradoxon: Bevor man das eigentliche Geheimnis, also etwa einen Brief mit sensiblen Patientendaten, übertragen könne, müsse man ein anderes geheimes Detail mitgeteilt haben: den Schlüssel. „Und da liegt der Hase im Pfeffer: Man muss sich ständig mit dem Problem herumärgern, dass der Schlüssel unbedingt ausgetauscht werden muss, aber auf keinen Fall von einem Dritten abgefangen werden darf“, so die IT-Entwickler von Gpg4win. Ihre Lösung arbeitet deshalb mit einem zusätzlichen Schlüsselsystem, dem „Public Key“, einem öffentlichen Schlüssel, der in Form eines – ebenfalls öffentlichen – Zertifikats weitergegeben wird, das ohnehin jeder kennen kann. Das Schlüsselpaar aus geheimen und öffentlichen Schlüsseln wird durch eine komplexe mathematische Formel miteinander verbunden. Laut Entwicklern ist es nach heutiger wissenschaftlicher und technischer Kenntnis „unmöglich, einen Schlüsselteil aus dem anderen zu berechnen und damit das Verfahren zu knacken“.

Eine Frage der Bequemlichkeit

Die Methode sei hochwertiger als die ZIP-Methode, so die rheinland-pfälzische KV. Allerdings ist sie auch etwas aufwändiger in der Handhabung. Die Programmkomponenten müssen heruntergeladen und installiert, das persönliche Schlüsselpaar elektronisch erzeugt und mittels einer Passphrase geschützt werden. Anschließend muss der öffentliche Schlüssel an all jene Empfänger verschickt werden, mit denen fortan, vielleicht auch nur bei Bedarf, verschlüsselt kommuniziert werden soll. Das setzt voraus, dass auch diese Anwender ein Verschlüsselungsprogramm nutzen und im Gegenzug ihren öffentlichen Schlüssel mitteilen.

Das BSI weiß um den höheren Aufwand dieses Verschlüsselungssystems, sagt aber auch, es liege in der Hand der Nutzer, wie viel Wert sie der Sicherheit ihrer E-Mail-Aussendungen einräumen: „Sie allein bestimmen das Verhältnis zwischen Bequemlichkeit bei der Verschlüsselung und größtmöglicher Sicherheit.“

Heute verschlossen

Lösungen, die lediglich eine Verschlüsselung zwischen den Mail-Anbietern gewährleisten, wie sie etwa einige Provider mit der Initiative „E-Mail-made in Germany“ anbieten, reichen im Gesundheitswesen nicht aus. Denn auf den Servern der Mailanbieter liegen die Nachrichten weiterhin in Klartext vor, können also hier theoretisch eingesehen werden. Deshalb sind Spezialverfahren notwendig:

Verpackt und verschnürt

Zippen mit WinZip, 7-Zip oder IZArc: Die Software **verpackt die Dateien**, die versendet werden sollen und verschließt sie mit einem **Passwort**. Dieses ist dem Empfänger auf einem anderen Weg, etwa telefonisch, mitzuteilen oder vorab (im Arztgespräch) festzulegen. Auch für das Apple-Betriebssystem sowie für mobile Systeme gibt es ZIP-Programme.

In Rätseln sprechen

Mailprogramme wie etwa Thunderbird oder Outlook bieten Verschlüsselungszusatzprogramme, sogenannte **Add-ons** an. Die KV RLP rät jedoch zu Gpg4win (GNU Privacy Guard for Windows), einem kostenfreien **Kryptografiepak**et zum Verschlüsseln und Signieren unter Windows, das vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) in Auftrag gegeben wurde. Mit dem Programm können **E-Mails, Dateien und Datei-Ordner ver- und entschlüsselt** werden; gesichert wird dabei ihre Integrität, das heißt, der Umstand, dass sie auf ihrem Weg zum Empfänger nicht verändert wurden, sowie ihre Authentizität, also ihre Herkunft.

Weitere Informationen

liefert die Website der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“, einer Kooperation der KV RLP und des dortigen Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit: www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de

Digitale Signatur & E-Mail-Verschlüsselung



erklären in wenigen Schritten, wie einfach digitale Signatur und E-Mail-Verschlüsselung funktionieren.



Grafik: redfox.com

Vorreitermodell im hohen Norden

Dass Ärzten eine sichere E-Mail-Übertragung – zumindest untereinander – immer wichtiger wird, lässt sich an Schleswig-Holstein ablesen. Hier erfreut sich das Mailsystem SafeMail eines immer größeren Zuspruchs. Zwischen Nord- und Ostsee nutzen mittlerweile rund 600 Arztpraxen und 90 Kliniken den kostenfreien E-Mail-Dienst der dortigen KV – doppelt so viel wie noch vor drei Jahren. Bei dieser E-Mail-Lösung, die die KVSH im Jahr 2011 entwickeln ließ, tauschen angebundene Arztpraxen und Krankenhäuser innerhalb eines geschlossenen Systems elektronisch Behandlungsdaten aus: Arztbriefe, Befunde, Laborwerte werden ebenso über SafeMail übertragen wie Röntgenbilder und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Alle E-Mails sind durch eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung geschützt. Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) hat die Lösung intensiv überprüft und zertifiziert.

Insgesamt 220.000 Mails haben die schleswig-holsteinischen Ärzte im vergangenen Jahr über SafeMail verschickt. „Das ist ein Anstieg um mehr als 30 Prozent im Vergleich zum Vorjahr“, erklärt KV-Pressesprecher Marco Dethlefsen. Als Vorteil für die Anwender nennt er – neben der sicheren Übertragung – auch den Wegfall von aufwendigem Einscannen und Ausdrucken sowie das Einsparen von Postversandgebühren.

„Sie allein bestimmen das Verhältnis zwischen Bequemlichkeit bei der Verschlüsselung und größtmöglicher Sicherheit.“

Der Zugang zu SafeMail ist allerdings nur über das KV-SafeNet, das Online-Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, möglich, auch wenn es mehr und mehr in Praxisverwaltungssysteme eingebunden wird. Nun soll die digitale Leitung ausgebaut werden: „Geplant ist, neben weiteren Ärzten und Kliniken auch Apotheken, Anlaufpraxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, Labore und Gesundheitsämter einzubinden“, sagt KVSH-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke. Auch werde daran gearbeitet, das schleswig-holsteinische Mailsystem überregional, zumindest in den grenznahen Regionen anzubieten. Denn, so Schliffke: Ein schneller und sicherer Datenaustausch ergebe schließlich nicht nur in Schleswig-Holstein Sinn. ■

Die **EU-Datenschutzgrundverordnung** ist auch ein Thema für Ärzte. Denn ganz klar, Patientendaten sind besonders sensible Daten. Jetzt gilt es, sich rechtzeitig auf die ab dem 25. Mai geltenden Vorschriften einzurichten. Bestehende Prozesse sollten überprüft, Schwachstellen behoben und Dokumentationen aktualisiert werden.

Text: **Eugenie Ankowitsch** Illustration: **macrovector/shutterstock.com**

Mehr Bürokratie für Arztpraxen

Bisher regelte jeder Staat den Datenschutz durch nationale Gesetzgebungen. Das führte zu erheblichen Unterschieden in der Datenschutzgesetzgebung der einzelnen EU-Staaten. Um einheitliche und dem Internetzeitalter angemessene Datenschutzstandards einzuführen, wurde die EU-Datenschutzgrundverordnung verabschiedet, die ab 25. Mai 2018 gilt. Auch für Praxen niedergelassener Ärzte ergibt sich daraus eine ganze Reihe von Änderungen.

Mit der fortschreitenden Digitalisierung und Vernetzung im Gesundheitswesen sind Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister zunehmend gefordert, sich mit Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit zu befassen. Neue Gesetze, wie das im Juli 2015 in Kraft getretene IT-Sicherheitsgesetz, das zum Januar 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz und aktuell die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), haben Auswirkungen auf den medizinischen Bereich.

Die Verordnung löst die bislang geltende EU-Datenschutzrichtlinie aus dem Jahr 1995 ab, die noch aus den Anfangsjahren des Internets stammt. Damals existierten Konzerne wie Google oder Facebook noch gar nicht und auch Cloud Computing, Big Data und mobile Apps lagen außerhalb der Vorstellungskraft der meisten Menschen. Nun sollen EU-weit einheitliche Datenschutzstandards gelten, die den Anforderungen des digitalen Wandels Rechnung tragen und den Schutz des Bürgers, seiner Privatsphäre und seiner persönlichen Daten vor Missbrauch gewährleisten.

Benutzerverwaltung

Legen Sie fest, welcher Mitarbeiter wann und unter welchen Umständen auf welche EDV-Daten zugreifen darf.

Physischer Zugang

Achten Sie auf verschlossene Aktenschränke und abgeschlossene Serverräume.

Datenportabilität

Gewährleisten Sie, dass Patientendaten rechtssicher die Arztpraxis wechseln können.

Datenschutzbeauftragter

Ab zehn Mitarbeitern mit Zugang zur EDV (auch Teilzeitkräfte) muss ein Datenschutzbeauftragter benannt werden.

Passwortschutz

Bei Verlassen des Rechners sollte innerhalb kürzester Zeit der Bildschirmschoner mit Passwortschutz aktiv werden.

Externe Dienstleister

Prüfen Sie Verträge mit Dienstleistern, die Zugriff auf personenbezogene Daten haben.



Datenschutz beginnt am Empfang: Auch hier sollte nach Verlassen des Rechners innerhalb kürzester Zeit ein Bildschirmschoner mit Passwortschutz aktiviert werden.

Foto: Dean Mitchell / istock.com

Transparenz und Datenportabilität

In den neuen Vorschriften erhält unter anderem die Information des Patienten über die Nutzung seiner Daten mehr Bedeutung. Diese sollte beweisbar dokumentiert werden. Verbessert werden soll so die Transparenz für die Betroffenen. So müsse die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten klar sein und angegeben werden, wie lange diese gespeichert werden, erläutert Mönikes. Zudem gebe es ganz neue Rechte und Pflichten zu beachten: etwa das Recht auf Vergessenwerden sowie weitgehende Auskunftsrechte, außerdem die Verpflichtung bei Datenpannen, innerhalb von 72 Stunden den Betroffenen und die Aufsichtsbehörde zu informieren.

Auch das vorgesehene Recht auf Datenportierung betreffe nicht etwa nur Social-Media-Plattformen, sondern auch das Gesundheitswesen. „Spätestens wenn Patienten den Arzt wechseln wollen, kann es relevant werden“, meint der Datenschutzexperte. Das Recht des Einzelnen auf Datenübertragbarkeit kann aus seiner Sicht unter Umständen Einfluss darauf haben, welche technischen Systeme in der Praxis zu nutzen sind.

Auch wenn es sich kompliziert anhöre, sollten Praxisinhaber nicht in Panik verfallen, so Mönikes. Er rät Arztpraxen jedoch eindringlich, sich jetzt noch rechtzeitig auf das Gesetz vorzubereiten und nicht den Kopf in den Sand zu stecken in der Hoffnung, dass es schon nicht so schlimm werde. Die Ärzte, so der Datenschutzexperte, sollten umgehend die bestehenden Prozesse überprüfen, Schwachstellen zeitnah beseitigen und sicherstellen, dass es eine vorzeigbare aktuelle Dokumentation gibt. Bestehende Verfahrensverzeichnisse sollten auf Vollständigkeit kontrolliert und das IT-Sicherheitskonzept aktualisiert oder – falls noch nicht vorhanden – eines entwickelt werden.

Im Rahmen der EU-DSGVO werden einige Neuerungen auf die Arztpraxen zukommen. Denn ist man krank und in Behandlung, werden Daten an unterschiedlichsten Stellen erhoben, aufbewahrt, gespeichert und an Dritte übermittelt. Durch besondere Regelungen in Art. 9 der EU-DSGVO soll europaweit sichergestellt werden, dass nicht die falschen Personen oder Stellen an sensible Patientendaten gelangen.

Vor allem im Gesundheitsbereich habe man aber den Mitgliedstaaten erlaubt, eigene Regeln zu verabschieden, betont Rechtsanwalt Jan Mönikes von der Berliner Dependence der Sozietät Schalast & Partner. Er berät Ärzte, Unternehmen und Behörden in Fragen des Datenschutzes sowie dem Recht und der Regulierung des Internets. Von dieser Möglichkeit hat der deutsche Gesetzgeber tatsächlich mit § 22 der neuen Fassung des Datenschutzgesetzes (BDSG-neu) Gebrauch gemacht. Das BDSG-neu wird parallel zur europäischen Verordnung Ende Mai in Kraft treten. Dort wird präzisiert, was Gesundheitsdienstleister zukünftig als „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person vorzusehen“ haben.

IT-Sicherheitskonzept aktualisieren

Entsprechend des im § 22 BDSG-neu enthaltenen Pflichtenkataloges sind Patientendaten durch den Zugriff von Unbefugten zu schützen. Dies fange, so Mönikes, bei physischem Zugang an, beispielsweise bei abgeschlossenen Türen zu Server-Räumen und verschlossenen Aktenschränken. Des Weiteren muss festgelegt und dokumentiert werden, wer wann unter welchen Umständen auf welche EDV-Daten zugreifen darf.

Eine übliche Maßnahme ist laut Mönikes die Vergabe von Benutzernamen und wechselnden Kennwörtern. Durch Verschlüsselung und Einrichtung von Zugriffsberechtigungen kann der Praxisinhaber sicherstellen, dass die Datenverarbeitungssysteme nur von autorisierten Mitarbeitern genutzt werden. Bei Verlassen des Rechners sollte innerhalb kürzester Zeit der Bildschirmschoner mit Passwortschutz aktiv werden.

Es muss außerdem nachträglich, beispielsweise durch Protokollierung, festgestellt werden können, ob und von wem personenbezogene Daten in die EDV eingegeben, verändert oder entfernt wurden. Aufsichtsbehörden könnten jederzeit eine Prüfung der Datenschutzkonzepte und -verfahren durchführen, so Mönikes. Zwar seien die Untersuchungsbefugnisse der Aufsichtsbehörden durch den deutschen Gesetzgeber begrenzt worden, um das Patientengeheimnis gegenüber Behörden besser zu schützen, jedoch bedeute das keinen Freibrief für die Ärzte, warnt der Datenschutzexperte.

„Ärzte sind auch heute schon verpflichtet, umfangreiche Datenschutzmaßnahmen zu ergreifen.“

Kritisch sieht der Jurist den bürokratischen Aufwand, der aus umfangreichen Dokumentations- und Auskunftspflichten resultiert. „Ärzte sind auch heute schon verpflichtet, umfangreiche Datenschutzmaßnahmen zu ergreifen“, erläutert Mönikes. „Künftig reicht es allerdings nicht, einfach zu behaupten, man habe ein Konzept und befolge es auch.“ Auf Anfrage müssten sowohl das Verfahrensverzeichnis als auch ein auf dem aktuellen Stand befindliches „Handbuch“, in dem die Konzepte, ergriffenen Maßnahmen und mitgeltenden Unterlagen dokumentiert wurden, vorgelegt werden können.

Viele Ärzte werden, so die Vermutung des Datenschutzexperten, dabei auf die Dienstleistungen externer Softwareanbieter angewiesen sein. „Sie können Ärzten helfen, den benötigten Nachweis zu erbringen, dass die Datenverarbeitung den Anforderungen des Datenschutzes entspricht“, so Mönikes. Das kann geschehen, indem die Anbieter ihre Prozesse einem Audit oder einer Zertifizierung unterziehen. Klare Regelungen für solche Zertifikate würden jedoch noch ausstehen, sodass der Arzt bis dahin selbst gefordert bleibt.

Praxis-Tipp

Sichere Passwörter erstellen

Ein sicheres Passwort sollte ...

- aus Groß- und Kleinbuchstaben bestehen,
- Zahlen enthalten,
- Sonderzeichen enthalten,
- nicht in einem Wörterbuch zu finden sein,
- mindestens 10 Zeichen lang sein.

Damit man sich so etwas noch merken kann, gibt es einen simplen Trick: Benutzen Sie einen ganzen Satz!

Das Beispiel-Passwort **EsmHgZP-1749@pr** erfüllt alle Anforderungen der Liste und ist trotzdem gut zu merken, wenn man die Lösung kennt. Der erste Teil besteht aus den Anfangsbuchstaben einer Gedichtzeile: „**E**s schlug **m**ein Herz **g**eschwind zu **P**ferde.“ Weil die Zeile von Goethe stammt, folgt ein **B**indestrich und sein **G**eburtsjahr. Damit jeder Dienst sein eigenes Passwort bekommt, ist noch ein **@**-Zeichen angefügt und das **K**ürzel „pr“ für Praxis.

Passwortdienste nutzen!

Alternativ finden Sie im Internet kostenlose Passwort-Generatoren, wie z.B. www.passwort-generator.com oder Sie investieren in eine Passwort-Verwaltungssoftware, wie z.B. www.1password.com

AV-Verträge prüfen und anpassen

Ermöglicht ein Arzt Mitarbeitern oder Dienstleistern Einsicht in personenbezogene Daten der Arztpraxis, hat er das Patientengeheimnis zu gewährleisten. Gegenüber externen Dienstleistern hat er durch entsprechende Verträge zudem die Verantwortlichkeit für die Einhaltung des Datenschutzes sicherzustellen, betont der Jurist. Zwar entsprächen die Anforderungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung weitestgehend dem jetzigen deutschen Recht, jedoch gebe es Abweichungen, die zu beachten seien.

Neben begrifflichen Änderungen würden die Anforderungen an die geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen erhöht sowie die Ansprüche an die Unterstützung des Auftraggebers durch den Auftragnehmer geändert und spezifiziert. Bei der Auftragsdatenverarbeitung müssten Auftraggeber und -nehmer künftig gleichermaßen Sorgfaltspflichten beachten.

Auch beim Thema Vertraulichkeit sei eine eindeutige Vertragsgestaltung nötig. „Sofern der Anbieter nicht selber dem Berufsgeheimnis unterliegt, muss der Praxisinhaber diesen vertraglich ausdrücklich dazu verpflichten, sich daran zu halten“, so Mönikes. „Tut er das nicht, kann der Arzt



allein deswegen wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses bestraft werden.“

Der Datenschutzexperte weist außerdem darauf hin, dass die Regelungen nicht nur für zukünftige Vertragsabschlüsse, sondern ebenso für alle schon vorhandenen und noch laufenden Verträge gelten. Deshalb sollten Arztpraxen jetzt auch die Verträge, die sie mit ihren Dienstleistern abgeschlossen haben, auf ihre Konformität mit den Anforderungen des neuen Rechts überprüfen und falls erforderlich anpassen. Denn Ärzte fungierten als Verantwortliche und müssten sich daher im Klaren sein, dass sie bei Nicht-Einhaltung der datenschutzrechtlichen Standards selbst haftbar gemacht werden können.

Wenn eine Arztpraxis mithilfe von EDV personenbezogene Daten verarbeitet, braucht sie ab der zehnten Person, die Zugang zum Computer hat, einen Datenschutzbeauftragten.

Und das kann teuer werden. Sind unter dem derzeit geltenden Bundesdatenschutzgesetz Bußgelder von bis zu 300.000 Euro möglich, sieht die europäische Datenschutzverordnung Bußgelder von bis zu 20 Millionen Euro oder vier Prozent des weltweiten Jahresumsatzes des betroffenen Unternehmens vor. Zudem steht den Aufsichtsbehörden laut Mönikes eine ganze Reihe von weiteren Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung, die faktisch zur Einstellung des Praxisbetriebes führen könnten.

Datenschutzbeauftragter notwendig?

Ein weiteres wichtiges Thema für Arztpraxen ist die Benennung eines Datenschutzbeauftragten. Praxisinhaber sollten prüfen, ob sie demnächst verpflichtet sind, einen solchen zu benennen, auch wenn es bisher nicht der Fall war. Grundsätzlich gilt auch nach dem 25. Mai: Wenn eine Arztpraxis mithilfe von EDV personenbezogene Daten verarbeitet, braucht sie ab der zehnten Person, die Zugang zum Computer hat, einen Datenschutzbeauftragten. Hinzugezählt werden auch Teilzeitkräfte.

Nach der neuen Verordnung muss ein Datenschutzbeauftragter aber auch bei weniger Mitarbeitern benannt werden, sobald eine Datenverarbeitung vorliegt, die eine sog. „Datenschutz-Folgeabschätzung“ nötig machen würde. Bei welchem Typ von Arztpraxis das der Fall sein könnte, sei allerdings noch nicht klar. Doch auch kleine Arztpraxen ohne eine Pflicht zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten müssten die für sie nach der EU-DSGVO bestehenden Pflichten erfüllen, betont Mönikes.

Der Datenschutzbeauftragte kann sowohl ein Mitarbeiter der Arztpraxis als auch ein externer Beauftragter sein. Der Praxisinhaber selbst scheidet dagegen regelmäßig aus. Die EU-DSGVO bestimmt ansonsten lediglich, dass der Datenschutzbeauftragte auf der Grundlage seiner beruflichen Qualifikation und insbesondere seines Fachwissens auf dem Gebiet des Datenschutzrechts und der Datenschutzpraxis sowie seiner Fähigkeit zur Erfüllung der Aufgaben benannt wird.

Soweit der Arzt bestimmte Prozesse gemeinsam mit einem Dienstleister verantwortet, beispielsweise die Rechnungsstellung durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle erfolge, könne der Datenschutz für diese Verfahren auch durch den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen PVS für den Arzt mit erledigt werden, betont Mönikes. Das Konzept des „Joint Control“ könne den Ärzten hier eine spürbare Entlastung bringen.

Gesundheitswesen leicht skandalisierbar

Zwar sei anzunehmen, dass die Ärzteschaft nicht ganz oben auf der Prioritätenliste der Datenschutzbehörden steht. Zudem seien die Aufsichtsbehörden bei ihrer Nachkontrolle gegenüber Ärzten beschränkt worden. Doch das Gesundheitswesen sei ein leicht skandalisierbarer Bereich mit einer hohen persönlichen Betroffenheit vieler Menschen, gibt Mönikes zu bedenken. Auch unberechtigte Vorwürfe oder kleinere Vergehen könnten unter Umständen hohe Aufmerksamkeit bekommen, warnt der Experte.

Ein weiteres seiner Auffassung nach denkbares Szenario ist, dass die lokalen Datenschutzbehörden ihre „neue gewonnene Befugnis“ dazu nutzen könnten, einige Fragestellungen eher an diejenigen auszutesten, die vor Ort erreichbar sind, als an Facebook & Co. „Die Riesen sind nur schwer zu greifen, auch weil sie große Rechtsabteilungen unterhalten, die schnell verdeutlichen können, wo die rechtlichen Grenzen sind.“

Ohnehin habe die europäische Datenschutzgrundverordnung in erster Linie internationale Konzerne wie Facebook oder Google in den Blick nehmen wollen, sodass viele der recht hohen und bürokratischen Anforderungen sich an den Möglichkeiten dieser großen Unternehmen orientierten. „Ein Arzt muss zwar nicht alles davon erfüllen“, sagt Mönikes. „Dennoch dürfte er selbst weder Kapazitäten noch das Know-how haben, alle Vorschriften immer angemessen umzusetzen.“ Deshalb sei es aus seiner Sicht nun noch sinnvoller als in der Vergangenheit, bestimmte Bereiche der Datenverarbeitung durch passende vertragliche Vereinbarungen auszulagern und fortan von seriösen Partnern erledigen zu lassen. ■



Auch bei weniger als zehn Mitarbeitern kann es notwendig sein, einen Datenschutzbeauftragten einzusetzen.

Foto: demaerre / istock.com



Abonnieren Sie jetzt:

Ihren Wettbewerbsvorteil durch Insiderwissen!

sgp INSIDER ist das Leitmedium für Entscheider der Gesundheitspolitik. 14-tägig aufbereitet, gespickt mit Hintergrundinformationen und Analysen ermöglicht er einen schnellen Blick auf die wesentlichen Entwicklungen im Markt.

Ihr Abo: nur 41,25 €* monatlich

Einfach abonnieren unter www.sgp-insider.de



Praxisfinanzierung Eine eigene Praxis führen – der Traum vieler Ärzte. Doch von freiberuflichen Medizinern wird viel Unternehmertum erwartet. Vor allem gehören vor der Übernahme oder Gründung wichtige Fragen geklärt. Banken stellen sich immer mehr auf punktgenaue Beratung ein.

Text: Conny Meissner

Aus guten Gründen





gründen

Fotos: sturti / istock.com

Selbstbestimmt Medizin betreiben, Behandlungen frei gestalten, Herr über Arbeitszeiten sein und sich vom Schichtdienst verabschieden können – Gründe, eine eigene Praxis aufzubauen oder eine bereits etablierte Niederlassung von einem Kollegen zu übernehmen, gibt es viele. Doch der Weg in die Selbstständigkeit ist herausfordernd. Die Standortfrage gehört eingehend analysiert, Mitarbeiter müssen übernommen oder neu rekrutiert werden – vor allem aber brauchen Gründer ausreichend Finanzkapital, um sich einzukaufen, zu modernisieren oder neue Geräte anzuschaffen. Es führt kein Weg daran vorbei: Der Mediziner muss zum Kaufmann werden. Banken haben sich auf diese hoffnungsvolle Klientel eingestellt, sowohl große Kreditinstitute als auch speziell auf Heilberufler ausgerichtete Geldhäuser bieten Finanzierungslösungen und immer ausgefeiltere Beratung.

Modernisierungen treiben Investitionssummen in die Höhe

Im Vergleich zur Neugründung einer Praxis bietet die Übernahme natürlich eine höhere Planungssicherheit: Der Arzt kann auf einen vorhandenen Patientenstamm bauen, mit bereits eingearbeiteten Mitarbeitern rechnen. Doch liegen hier auch Nachteile: Entsprechen die Mitarbeiter dem eigenen Anspruch, arbeiten sie nach der gleichen Philosophie? Auch kann das Praxiskonzept bereits überholt sein, oder die medizinischen Geräte entsprechen eventuell nicht mehr dem neuesten Stand der Technik. Nicht ohne Grund treibt gerade der Zusatzposten „weitere Investitionen“ die Kosten bei Übernahmen in die Höhe: 43.800 Euro steckten Praxisübernehmer laut apoBank im Schnitt noch einmal zusätzlich zum Übernahmepreis in die Modernisierung der Praxis, in fällige Umbauten oder die Anschaffung neuer Geräte. Mit 133.800 Euro liegt die Gesamtinvestitionssumme für die Übernahme einer Hausarztpraxis denn auch um gut ein Viertel höher als für eine Neugründung (104.300 Euro).

Banken raten: Risiken einplanen!

Die Finanzierung der Selbstständigkeit will umsichtig geplant sein. Die Deutsche Bank etwa, die sich seit den letzten zehn Jahren verstärkt dem Kundensegment der Heilberufler zuwendet und, erst im letzten Jahr eine spezielle digitale Plattform für diese Klientel freigeschaltet hat (siehe Infokasten), rät dazu, sich zunächst über den privaten künftigen Finanzbedarf klar zu werden: Die Ärzte sollten sich einen Überblick darüber verschaffen, wie hoch die künftigen Mindesteinnahmen sein müssen, damit sie auch als Selbstständige ihre Ausgaben decken können. Wichtig dabei: auch die privaten Vorsorgemaßnahmen nicht vergessen.

Um schließlich das nötige Startkapital zu errechnen, empfiehlt die Bank, passende Wertansätze zu ermitteln und genügend Reserven einzuplanen. Denn nicht selten, so warnt das Institut, ziehe sich bei Gründern die Startphase doch länger hin, ergäben sich nachträglich Kostensteigerungen – eine heikle Stolperfalle. Auch Risikofaktoren wie Zahlungsverzögerungen sollten Mediziner einkalkulieren.

Kredit mit Luftkissen

Die apoBank kennt diese Risiken und weiß auch aus eigenen Studien, dass es genau diese Ängste sind, die Mediziner von der Gründung einer Niederlassung abhalten. Deshalb hat sie vor anderthalb Jahren ein Finanzierungsprogramm mit Sonderkrediten auf den Markt gebracht, bietet jetzt Existenzgründerkredite an, denen eine Art „Airbag“ vorgeschaltet ist. „Damit mindern wir die Hindernisse auf dem Weg in die wirtschaftliche Selbstständigkeit“ sagt Olaf Klose von der apoBank. Mit dem Sonderkredit würden die Risiken der unternehmerischen Selbstständigkeit „gut verträglich, beherrschbar und vor allem nicht belastend“, so der Bereichsvorstand Privatkundengeschäft. Der Kern der Idee: Sollte der Arzt in den ersten drei Jahren



Übernahmepreise in Städten explodieren

Übernahmen sind die beliebteste Form, in die Selbstständigkeit zu gehen, etwa unter den Hausärzten: Von jenen, die 2016 den Weg in die Freiberuflichkeit wagten, übernahmen 54 Prozent eine bestehende Praxis, nur fünf Prozent gründeten eine Praxis neu. Der Rest fand sich in Kooperationen zusammen. Das ergab 2016 eine Analyse der Apotheker- und Ärztebank (apoBank), die Mediziner bei diesen Schritten begleitet.

Doch Übernahmen sind teuer, auch das macht die Standesbank mit regelmäßig vorgelegten Analysen deutlich: Vor allem in urbanen Regionen sind die Preise für das Aufkaufen bestehender Praxen in den letzten zwei Jahren rasant gestiegen. In mittelgroßen Städten mussten Gründer im Schnitt 92.100 Euro auf den Tisch legen, bevor sie eine Hausarztpraxis übernehmen konnten, zwei Jahre zuvor waren es 69.300 Euro. Den größten Sprung aber machten die Großstädte: Hier kostete die reine Übernahme einer hausärztlichen Praxis zuletzt durchschnittlich 100.000 Euro, 27 Prozent mehr als noch zwei Jahre zuvor.

Wissenswert

Sie überlegen, sich selbstständig zu machen?

Banken stellen in Infopools Wissenswertes über Praxisübernahmen und Existenzgründungen speziell für Ärzte bereit und informieren über ihre Finanzierungsangebote.

So etwa die apoBank mit ihrem Existenzgründerportal oder die Deutsche Bank mit ihrem neuen Infopool speziell für Heilberufler. Hier stehen auch umfassende Checklisten für die Gründung und Finanzierung bereit.

<https://existenzgruendung.apobank.de>
www.deutsche-bank.de/heilberufe



Foto: poplisen / istock.com

nach Gründung ein Insolvenzverfahren eröffnen müssen, verzichtet die Bank auf die Geltendmachung ihrer Forderungen aus dem Darlehen oder bietet an, die Tilgung auszusetzen. Zudem gibt es das Darlehen zu einem Zehn-Jahres-Festzins, die Kreditsumme ist nicht beschränkt.

Grundsätzlich bietet die apoBank Existenzgründern zwei Möglichkeiten der Finanzierung: den klassischen Weg über Tilgungsdarlehen mit konstanten Tilgungsraten sowie eine Konzeptfinanzierung mit endfälligem Darlehen und Tilgung am Ende der Laufzeit. Welche Finanzierungsform für welchen Gründer in Frage kommt, erschließt sich erst in einem Gespräch mit einem Bankberater, in dem Laufzeit, Bindung an die Sollzinsen und einzelne Tilgungsraten individuell bestimmt werden. Die berufliche Situation kommt dabei meist ebenso zur Sprache wie private Lebensumstände, Ziele und persönliche Vorhaben.

Banker trumpfen mit Wissen über Arzt abrechnungen und Praxisbewertung

Die Banken haben diesen individuellen Beratungsbedarf erkannt und in den letzten Jahren in Programme für Mediziner oder Apotheker investiert. Finanzberater bei der Deutschen Bank etwa erhalten, bevor sie Heilberufler bei der Gründung zur Seite stehen, eine umfassende Schulung, wissen über Arztrecht, Praxisbewertung und Honorarabrechnungen Bescheid. Auch können sie einschätzen, ob der Interessent für Förderprogramme in Frage kommt. Die apoBank hat ihrerseits INKO ins Leben gerufen, ein Programm, über das sich Interessierte interaktiv über Gründungs- und Finanzierungsmöglichkeiten informieren und Kontakt zu einem Berater aufnehmen können;

Wie hoch müssen die künftigen
Mindesteinnahmen sein, damit Ärzte als
Selbstständige ihre Ausgaben decken können?
Wichtig: private Vorsorge nicht vergessen!

auch kostenfreie Existenzgründungsseminare stehen den Interessierten zur Verfügung. Die Bank hat jüngst die Probe aufs Exempel gemacht: Im Rahmen einer Studie befragte sie 2014 mehr als 400 Mediziner und Apotheker, die in den Jahren zuvor mit dem Gedanken an die Selbstständigkeit gespielt – und den Plan entweder verworfen oder umgesetzt hatten. Als schwerwiegendsten Vorbehalt gegen eine Niederlassung nannten drei Viertel der Befragten die finanziellen Risiken. Dem stellt die Bank heute – nach zahlreichen Existenzgründungsberatungen – andere Zahlen gegenüber: Zum einen könnten 998 von 1.000 Existenzgründungsfinanzierungen bei der apoBank „problemlos bedient werden“, wie das Kreditinstitut mitteilt. Und: Rund 90 Prozent der bereits niedergelassenen Ärzte und Apotheker würden den Schritt in die Selbstständigkeit noch einmal gehen, falls sie wieder vor der Entscheidung stünden. Denn es gibt gute Gründe zu gründen. An mangelndem Kapital und Wissen soll es nicht scheitern. ■

Zulassungskauf Der reine Vertragsarztsitz ist kein „abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut“. Was das für steuerrechtliche Konsequenzen hat, erläutert Rudolf J. Gläser, Fachanwalt für Medizinrecht der Sozietät Hammer und Partner in Bremen.

Text: **Rudolf J. Gläser**

Cave! Steuerfallen beim Zulassungskauf



Zulassungskäufe gibt es nicht, werden vertragsarzt-rechtliche Dogmatiker einwenden. Tatsächlich finden sie täglich statt; und dies nicht nur bei der Veräußerung von Psychotherapeuten-sitzen. Was diese betrifft, entscheiden die Zulassungsausschüsse regelmäßig in voller Kenntnis der tatsächlichen und rechtlichen Umstände, dass Psychotherapeuten-sitze ohne Inventar und Übertragung des Patientenstamms veräußert werden. Dies ist den besonderen Umständen der psychotherapeutischen Leistungserbringung geschuldet – von Ausnahmefällen abgesehen.

Regelfall Praxisnachfolge

Bei der Veräußerung eines Vertragsarztsitzes sieht demgegenüber die Situation jedenfalls idealtypisch anders aus: Hier wird zwar auch ganz wesentlich eine vertragsärztliche Zulassung auf den Käufer übertragen, im Regelfall jedoch unter Übernahme des Inventars und des Patientenstammes, insbesondere wenn es sich um eine persönliche Übernahme und Fortführung der Praxis durch einen Fachkollegen handelt. Dies war in den letzten Jahrzehnten der Regelfall, hat sich aber durch die Etablierung größerer Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), verbunden mit der gesetzlichen Anerkennung des angestellten Vertragsarztes, nachhaltig geändert.

Keineswegs in jedem Fall führt die „Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes“ zu einer persönlichen Übernahme und Fortführung der Praxis durch den Käufer. Ungeachtet dessen, dass eine freie Niederlassung für Fachärzte in nahezu sämtlichen Zulassungsbezirken seit vielen Jahren nicht möglich ist, finden sich persönliche Praxisübernehmer zunehmend schwer, insbesondere in ländlichen Bereichen und an wenig attraktiven städtischen Standorten. Stattdessen gibt es einen Trend zur Konzentration von Vertrags-sitzen in größeren BAG oder MVZ, welche ihrerseits wiederum ihren Sitz regelmäßig in zentralen Lagen lokaler Unterzentren oder Stadtbezirken haben.

Zunehmend Konzentration in MVZ oder BAG

Häufig erfolgt die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes in wie auch immer gearteter „unattraktiver Lage“, ohne dass sich ein konkret nachfolgewilliger Praxisnachfolger meldet. Stattdessen bewerben sich in derartigen Fällen zunehmend MVZ oder BAG um die Übernahme des Vertragsarztsitzes mit der Absicht, diesen an ihren Sitz zu verlegen und dort mit einem Angestellten zu besetzen. In solchen Fällen wird typischerweise kein Wert auf die

Übernahme des Praxisinventars und der (möglicherweise noch handschriftlich geführten) Patientenkartei gelegt. Es kommt letztlich auf nichts anderes als die Übernahme des Vertragsarztsitzes an. Dies wird in derartigen Fallkonstellationen entweder sehenden Auges von den Zulassungsausschüssen mitgemacht oder aber von den Beteiligten durch die schlichte Angabe umgangen, dass man sich „handelseinig“ sei und keine dritten, konkret nachfolgewilligen Bewerber, aufgetreten seien.

Probleme gibt es dann allerdings bei Betriebsprüfungen des MVZ oder der BAG, wenn sich herausstellt, dass nichts anderes erworben wurde als die vertragsärztliche Zulassung.

Keine Abschreibung für isolierten Zulassungskauf

In diesem Fall nämlich greift die Entscheidung des Bundesfinanzhofs vom 21.02.2017 – VIII R 56/14, wonach der Wert einer unbefristet erteilten Vertragsarztzulassung sich „nicht in einer bestimmten bzw. bestimmbar Zeit erschöpft“, daher kein „abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut darstellt“ und dementsprechend nicht abgeschrieben werden kann!

Strebt man letztendlich lediglich die Zulassungsübertragung an, ist daher bei der Gestaltung der entsprechenden Verträge darauf zu achten, dass immer auch Inventargegenstände mit veräußert werden und jedenfalls ein Teil der „Patientenkartei“. Nur dann liegt ein Praxiskauf im Gesamten vor, mit der Folge, dass die Aufwendungen hierfür im Laufe der Jahre abgeschrieben werden können.

Sonderproblem Umsatzsteuer

Wird eine sorgfältige vertragliche Gestaltung versäumt, droht ein weiteres Problem: In diesem Fall nämlich gehen die Finanzbehörden weiterhin davon aus, dass es sich nicht um eine umsatzsteuerprivilegierte „Geschäftsveräußerung im Ganzen“, sondern um einen schlichten Lizenzkauf handelt, welcher dem üblichen Regelsatz der Umsatzsteuer von 19 Prozent unterliegen würde. Diese wäre bei entsprechenden Fallkonstellationen vom Verkäufer abzuführen, ungeachtet dessen, ob sie von ihm (zusätzlich) ausgewiesen wurde oder nicht.

Diese Problematik stellt allerdings nach Auffassung des Autors eine verfassungsrechtlich äußerst fragwürdige Ungleichbehandlung zwischen der auch beim Einzelverkauf grundsätzlich umsatzsteuerlich privilegierten Lieferung von Gegenständen und der Behandlung immaterieller Wirtschaftsgüter dar. Dies ist bislang höchstinstanzlich noch nicht entschieden worden.

Darauf sollte man es indessen bei der Vertragsgestaltung tunlichst nicht ankommen lassen. Eine fachlich kompetente steuerliche und medizinrechtliche Beratung sollte deshalb in jedem Fall frühzeitig eingeholt werden. ■



Werden auch **Inventar und Patientenkartei** erworben, liegt ein **Praxiskauf** im Ganzen vor und die Aufwendungen können **abgeschrieben** werden.



Geht das Finanzamt beim Zulassungskauf davon aus, dass es sich um einen schlichten **Lizenzverkauf** handelt, droht **Umsatzsteuerpflicht!**

Tilgners Bericht aus Berlin Die Diskussion über eine Bürgerversicherung oder aber deren Wegbereiter, ein einheitliches Honorarsystem, wird regelmäßig in Wahlkämpfen und bei Koalitionsverhandlungen aufs Tapet gebracht. Dass selbst die Vorbeter einer Bürgerversicherung wie Prof. Dr. Karl Lauterbach wissen dürften, wie wenig Einheitsversicherung und Einheitshonorar geeignet sind, eine sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“ zu beenden, spielt dabei keine Rolle.

Text: **Stefan Tilgner**

Dritte-Welt-Standard bald auch bei uns?



Hätten die Verhandler von SPD und Union – anstatt sich in Detaildiskussionen zu verlieren, um ihrer Basis noch ein weiteres Jota Verhandlungserfolg zu präsentieren, doch einmal ihren Blick ins Nachbarland Großbritannien gewendet! Dann wäre die bis zuletzt sture Verhandlungslinie der SPD möglicherweise doch von einigen Nachdenkfalten begleitet gewesen. Im Königreich jenseits des Kanals gärt es nämlich mal wieder. Im Gesundheitssystem. Hunderttausende protestierten auf Londons Straßen gegen die Misere des National Health Services (NHS). Eingeführt auch als Gegenentwurf zu einer befürchteten „Zwei-Klassen-Medizin“, garantiert der NHS seit Jahren eine Versorgung auf kleinstem Nenner. Will heißen: nach aktueller Lage der britischen Sozialkassen. Und dort herrscht Ebbe. Große Versprechungen, dass der Brexit medizinische Behandlung im Königreich billiger machen würde, haben sich in die Gewissheit des Gegenteils verkehrt. Schon jetzt herrscht Sehnsucht nach inzwischen immer rarer werdenden Terminen bei ausländischen, vor allem auch deutschen Fachärzten. Die privatärztliche Abrechnung nimmt man gerne in Kauf.



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

immer wieder als supersozial apostrophierte schwedische Gesundheitssystem – führt gerade der Weg über Einheits-honorar und Einheitskasse in eine Staatsmedizin, die je nach aktueller Kassenlage Versorgung gestaltet. Es ist doch eine Illusion anzunehmen, dass diejenigen, die sich Gesundheitsleistungen, wo auch immer, privat einkaufen können, diese Chance nicht nutzen würden. Nur dann in einem möglicherweise unkontrollierten Umfeld.

Gefährlicher sozialpolitischer Populismus

Im Zeitalter „alternativer Fakten“ ist es sinnvoll, immer wieder auf die wahren und überprüfbaren Fakten, aber auch auf die Gefahren eines nicht zu rechtfertigenden sozialpolitischen Populismus hinzuweisen. Der kann in seiner Konsequenz auch Menschenleben kosten. Besonders dann, wenn wie in Großbritannien Tausende monatelang auf ärztliche Hilfe warten und eine einfache Grippewelle die Versorgung des Landes aushebelt, da aus Geldgründen chronisch zu wenig Ärzte und Pflegepersonal vorhanden sind. Von einer Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt, die hierzulande in GKV und PKV gleichermaßen selbstverständlich ist, mag man dort nicht einmal träumen.

Fünf-Milliarden-Notfallprogramm

Genauso könnte es einmal in Deutschland aussehen. Wenn Labour-Partei-
chef Jeremy Corbyn inzwischen vom „Dritte-Welt-Standard“ der Gesundheitsversorgung im Königreich redet, sollten Lauterbach und Gefolgsleute gut hinhören. Auch die hektische Reaktion der britischen Regierung, schnell fünf Milliarden Pfund in das Notfallprogramm „Sustainability and Transformation Plans“ zu stecken, kompensiert keineswegs, dass Versorgung nur noch durch Privatisierung von Gesundheitsleistungen sichergestellt werden kann. Wildwuchs inklusive.

Wie anders ist doch das deutsche duale System der Krankenversicherung, das an dem so oft widerlegten Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“ geschliffen werden soll. Dabei – siehe Großbritannien, aber auch das

Zwei-Säulen-System ist gerecht

Noch einmal für alle, die aus Opportunismus oder politischem Kalkül das Gegenteil behaupten: Das Zwei-Säulen-System des deutschen Gesundheitswesens ist selbst, wenn man hier und da Reformbedarf erkennt, eine besonders gerechte Lösung. Das immer wieder ins Feld geführte Argument, die höhere Vergütung privatärztlicher Leistungen gegenüber Kassenleistungen führe zur Ungleichbehandlung, ist schlechtweg falsch. Schon deshalb, weil Ärzte auch aufgrund ihrer Berufsordnung, gültiger Gesetze und einer besonderen ethischen Verpflichtung in der medizinischen Versorgung keine Unterschiede machen dürfen und dies bis auf

Veranstaltungen

APRIL 2018

- Mi 11 APR** **SEMINAR** **GOÄ-Seminar für Dermatologie**
Karlsruhe
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208
- Mi 18 APR** **SEMINAR** **Praxiswertermittlung – Was ist (m)eine Praxis wert?**
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023
- Mi 25 APR** **SEMINAR** **GOÄ Basiswissen für das Praxisteam**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126
- Mi 25 APR** **SEMINAR** **Web- und Online-Marketing**
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362
- Mi 25 APR** **SEMINAR** **Praxisknigge für Berufsstarter**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

MAI 2018

- Mi 16 MAI** **SEMINAR** **GOÄ-Basis-Seminar für Allgemeinmedizin u. Kinderheilkunde**
Oldenburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160
- Mi 16 MAI** **WEBINAR** **Niedergelassene Ärzte und Mitarbeiterinnen, Fachgruppe Gynäkologie**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126
- Mi 23 MAI** **SEMINAR** **IT-Sicherheit und EU-DSGVO**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

JUNI 2018

- Fr 08 JUN** **SEMINAR** **Orthopädietag: EBM – Abrechnung Orthopädie/Unfallchirurgie/Chirurgie**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092
- Fr 08 JUN** **SEMINAR** **Orthopädietag: UV-GOÄ**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092
- Mi 13 JUN** **SEMINAR** **Das kleine 1 × 1 der GOÄ**
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521
- Mi 20 JUN** **SEMINAR** **GOÄ-Seminar**
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

wenige schwarze Schafe auch nicht tun. Ja, es bestehen gewisse Unterschiede beim Service und bei der Terminvergabe. Im Vergleich zu unseren Nachbarländern lebt der Kassenpatient hier jedoch wie im Schlaraffenland. Der große Unterschied ist, dass es sich bei der privatärztlichen Vergütung um eine betriebswirtschaftlich errechnete Honorierung handelt. Man kann sicher sein, dass die privaten Kassen das Geld ihrer Versicherten nicht mit dem Füllhorn ausschütten. Beim Honorar der gesetzlichen Kassen darf der Arzt hingegen keineswegs auf einen gerechten Lohn für seine Arbeit hoffen, sondern muss sich den Möglichkeiten beugen, die der solidarisch finanzierte GKV-Topf bietet. Das heißt: Budgetierung und Deckelung der Leistungen. Kaum eine Berufsgruppe wird so unter das Diktat des Sozialstaates gezwungen wie Mediziner in Deutschland.

Quersubventionen für GKV-Patienten

Die privatärztlichen Einnahmen der Mediziner kommen auch den gesetzlich versicherten Patienten zugute. Beispielsweise durch Quersubventionierung von Personal, Innovationen oder teuren Diagnose- und Therapieeinrichtungen, die in der Arztpraxis natürlich und vor allem auch für die gesetzlich Versicherten eingesetzt werden. Schließlich stellen die unter dem Strich 90 Prozent der Versicherten und nicht weniger der Behandlungsfälle.

Den Wegfall privatärztlicher Vergütung haben schon viele Studien berechnet, auch solche, deren Auftraggeber der Idee Bürgerversicherung nahestehen. Alle haben starke Einschnitte in die Versorgung attestiert, so sich die höhere betriebswirtschaftlich kalkulierte privatärztliche Vergütung nicht kompensieren lässt. Von sechs Milliarden Euro ist da die Rede, wahrscheinlich sind es erheblich mehr. Die müsste eine Einheitsversicherung mindestens zusätzlich erwirtschaften. Die Kassenbeiträge dürften also ordentlich nach oben schnellen. Und noch ein weiterer Aspekt wird sich auswirken: Gut ein Drittel der Privatversicherten reicht Arztrechnungen gar nicht zur Erstattung ein. Wegen des Selbstbehalts, um damit von günstigeren Versicherungsprämien zu profitieren. Dieser Spareffekt würde sich in der Einheitsversicherung natürlich in Luft auflösen.

Versorgungslücken nicht zu schließen

Aktuelle Studien ergeben, dass beim Wegfall der privatärztlichen Vergütung im Schnitt jede Praxis rund 49.000 Euro Verlust im Jahr hätte – für sehr viele also eine Frage der Existenz. Besorgniserregend ist ferner, dass besonders hochspezialisierte und ohnehin in der flächendeckenden Versorgung deutlich zu wenig repräsentierte Facharztgruppen bis zu rund 70 Prozent ihrer Einnahmen einbüßen würden. Hier würden selbst bei starker politisch diktiert Kompensation nicht zu schließende Lücken entstehen. Der vernünftige Mensch fragt sich also erneut: Warum soll aus schrägen politischen Sozialfantasien und dem Schüren von Sozialneid mit Begriffen wie „Zwei-Klassen-Medizin“ ein gut funktionierendes Gesundheitssystem zerschlagen werden? Der Bürger hat Besseres verdient als solche Diskussionen. ■

Abrechnung Wie werden flankierende therapeutische und soziale Leistungen bei chronisch Kranken honoriert, bei welchen Sachverhalten kann die Ziffer 849 GOÄ abgerechnet werden, ist der Ansatz eines erhöhten Faktors bei persönlicher Leistungserbringung gerechtfertigt?

Text: Peter Gabriel Illustration: Martin Schulz

Besonderheiten der Honorarabrechnung bei chronisch Kranken

Ziffer 15 richtig abrechnen

Ziffer 15 GOÄ beinhaltet die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Sie darf ein Mal im Jahr abgerechnet werden. Diese Gebührenordnungsposition ist an eine Vielzahl von Vorgaben geknüpft, kein Wunder also, dass ihre Anwendung in der täglichen Praxis immer wieder zu Problemen führt.

Fraglich ist beispielsweise, ob die Ziffer 15 dafür berechnet werden kann, dass therapeutische Maßnahmen durch Arztbriefe und soziale Maßnahmen durch eine spezielle Beratung des Patienten koordiniert werden. Konkret also etwa, wenn etwa vor einer Reise die Dauermedikation sichergestellt wird, indem der Arzt zu den Besonderheiten der Therapie und den Urlaubsbedingungen berät und größere Mengen des Medikamentes verschreibt.

Ein Arztbrief ist eine in sich abgeschlossene Leistung und beinhaltet bei seiner Berechnung selbstverständlich auch gegebenenfalls Empfehlungen zur weiteren Therapie. Ebenso ist die Koordination sozialer Maßnahmen inhaltlich etwas anders als eine Beratung des Patienten. Hier sind beispielsweise pflegerische und soziale Maßnahmen wie Essensdienst, Wohnungsbetreuung oder die Aufnahme ins Altersheim gemeint. Eine Abrechnung der Ziffer 15 bei dem oben dargestellten Sachverhalt ist daher nicht möglich. Die Leistung nach Ziffer 15 kann sinnvollerweise erst nach Abschluss der einleitenden Untersuchungen und Behandlungen sowie nach Erhebung aller relevanten Befunde und nach Einstellung des Patienten auf eine langfristige Therapie zum Einsatz kommen. Die Leistung nach Ziffer 15 kann auch in Abwesenheit des

Patienten erbracht werden. Sie beinhaltet Telefonate bzw. Gespräche und Schriftwechsel mit anderen Ärzten, stationären Einrichtungen, Pflegeheimen, sozialen Einrichtungen, Kureinrichtungen der Krankenversicherung, Physiotherapeuten, Psychologen oder Sozialarbeitern.

Analoge Bewertung von Aufklärungsgesprächen

Nach Ansicht des Gesetzgebers reichen die Beratungsleistungen in der GOÄ aus, um das gesamte Spektrum an Gespräche, Beratungen und Erörterungen abrechnen zu können. Eines analogen Abgriffes bedarf es daher nicht. In Abschnitt B der GOÄ finden sich tatsächlich verschiedene Beratungsziffern, die zur Abrechnung herangezogen werden können. Abstufungen qualitativer und quantitativer Art sind über den Ansatz entsprechend erhöhter Multiplikatoren vorzunehmen.

Anders verhält es sich, wenn bei der Beratung oder Planung psychoreaktive, psychosomatische oder neurotische Störungen im Sinne der Ziffer 849 GOÄ im Vordergrund stehen. Hier kann, auch wenn keine „Psychotherapeutische Behandlung“ im Sinne des Leistungsinhaltes der Ziffer 849 GOÄ stattfand, diese Nummer analog angesetzt werden. Der in der Ziffer 849 GOÄ enthaltene Zeitfaktor wird dabei nicht ausgeschaltet. Eine Dauer von mindestens 20 Minuten muss daher erfüllt sein. Von einem regelmäßigen Ansatz der Ziffer 849 analog zu „Ausführliche Erläuterungen zu den Auswirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung“ raten wir ab.



Erhöhter Faktor bei persönlicher Leistungserbringung?

Die eigenhändige Leistungserbringung zählt nicht zu den in § 5 GOÄ genannten Bemessungskriterien für den Ansatz eines erhöhten Faktors. Sie ist vielmehr nach § 4 Voraussetzung für die Berechenbarkeit der Leistung. Dass delegierbare Leistungen weniger „hochwertig“ sind, findet seinen Niederschlag in der Bewertung der Leistung selbst. So ist die vorwiegende Delegation von Leistungen eines der Kriterien für die Aufnahme einer Leistung in den „kleinen Gebührenrahmen“ nach Abschnitt A der GOÄ. Aber auch wenn der Arzt eine solche Leistung selber erbringt, ist dies kein Grund zu höherer Berechnung. § 5 sieht dies nicht als zulässiges Kriterium vor. Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. ■



SCHÄFERS

Kolumne

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Penth

Herausgeber

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

Anschrift Redaktion und Verlag

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.
Straßmann-Haus
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt

☎ 030 280496-30
☎ 030 280496-35
✉ redaktion@zifferdrei.de
🌐 www.zifferdrei.de

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

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

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Erscheinungstermin

19.03.2018

Schutzgebühr: 6 €

Wir müssen, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, auch über die Vergütung der Ärzte für Kassenpatienten sprechen.“ Das kündigte der designierte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn unmittelbar nach dem Sonderparteitag der CDU an. Quasi als ersten „Amtsakt“. Ja, Herr Spahn, das müssen wir! Für uns niedergelassene Ärzte sind die GKV-Versichertenkarten nichts anderes als die bunten All-inclusive-Bändchen der Tourismusbranche. Seit fünfundzwanzig Jahren wird Kostenbegrenzung durch Budgetierung und Preisabstaffelungen zu Lasten der Ärzte betrieben. Jeden Tag kämpfen wir uns aufs Neue durch das Hamsterrad der Flatrate-Medizin. Es ist höchste Zeit, ernsthaft über Vergütungen zu reden.

Es ist höchste Zeit, ernsthaft über Vergütungen zu reden.

Der Koalitionsvertrag spricht von einem modernen Vergütungssystem. EBM und GOÄ sollen reformiert werden. Bei der GOÄ sind Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe nach langen Verhandlungen auf einem guten Weg. Und für den EBM liegt die Lösung auf der Hand: Er gehört abgeschafft. An seine Stelle muss eine Einzelleistungsvergütung treten. Wir sind überzeugt, wir brauchen keine zwei verschiedenen Abrechnungssystematiken für GKV und PKV. Eine aktuelle Gebührenordnung für Ärzte reicht vollkommen aus. Der Arzt behandelt seinen Patienten, erstellt eine Rechnung. Der Patient begleicht die Rechnung und reicht sie bei Versicherung oder Kasse ein. Kostenersatzung garantiert Transparenz und die ist notwendig, damit der Patient verantwortungsvoll mit den Ressourcen der Versicherungsgemeinschaft umgehen kann. Eindrücklich hat der EBM gezeigt, dass Kostensteuerung ohne die Einbeziehung des Patienten nicht funktioniert. Gern stellen wir Ihnen unser Konzept, wie ein sozial abgedecktes Modell, basierend auf der Gebührenordnung für Ärzte, in der GKV aussehen kann, im persönlichen Gespräch vor.

Das ist auch der Schlüssel zur „gerechten“ Terminvergabe. Denn wir Ärzte üben einen freien Beruf mit unternehmerischem Risiko aus. Selbstverständlich ist, dass Notfälle immer behandelt werden, in der Diskussion um die Terminvergabe keine Rolle spielen. Genauso selbstverständlich ist aber, dass bei planbaren Behandlungen auch unternehmerische Überlegungen zum Tragen kommen. Der Königsweg sind Einzelleistungsvergütungen. ■

30 GKV-Sprechstunden pro Woche – diese Forderung des Vizechefs des GKV-Spitzenverbands empört die Ärzteschaft. Es stellt sich wieder einmal die Frage, ob solche Konfrontationen unserem Gesundheitssystem nützlich sind.

Text: Dr. med. Erich Schröder

Kassenbaron auf dem Kriegspfad

Und wieder haut Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands, eine Schlagzeile heraus, die zielsicher die niedergelassene Ärzteschaft auf die Palme bringt. Es ist nicht das erste und sicher auch nicht das letzte Mal, dass von Stackelberg plakative Thesen in die Welt setzt, die sich gezielt gegen die niedergelassenen Ärzte wenden – und manchmal nachträglich auch deutlich relativiert werden müssen. Aber dann sind die Schlagzeilen in der Welt und lassen sich nicht mehr zurückholen. Die Sache hat Methode, so war es zuletzt auch bei den Themen Ärztekorruption und Behandlungsfehler. Ganz offensichtlich sieht sich von Stackelberg in einem Heiligen Krieg gegen die Doctores, die in ihren Arztpraxen aus seiner Sicht anscheinend fehlerhaft behandeln, korrupte Geschäfte machen und am liebsten nur ihre Privatpatienten behandeln.

„Mondzahlen“ verschleiern knappe Honorare

Eben um diese Privatpatienten geht es bei der jüngsten Attacke gegen die Ärzte. Nicht dass sie etwa eine bessere medizinische Versorgung erhalten würden, das würde niemand aus der GKV ernsthaft behaupten. Im Gegenteil wird dort großen Wert auf die Feststellung gelegt, dass GKV-Versicherte alle medizinisch notwendigen Leistungen erhalten. Vielmehr ist es von Stackelberg ein Dorn im Auge, dass Privatpatienten bei der Terminvergabe bevorzugt werden. Er forderte nun in einem Statement vom 31. Januar 2018 anlässlich der zeitgleichen Koalitionsverhandlungen zum Thema Gesundheit, dass eine schnellere Terminvergabe des Arztes für Privatpatienten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sanktioniert werden müsste. Darüber hinaus, so von Stackelberg weiter, sollte verbindlich festgelegt werden, dass ein Arzt, der eine volle Zulassung für die GKV hat, zukünftig mindestens 30 Sprechstunden wöchentlich für gesetzlich Krankenversicherte anbieten muss. Stackelberg sieht eine bevorzugte Vergabe von Terminen an Privatversicherte als Verstoß gegen die Pflichten eines Kassenarztes. „Aus den Portemonnaies der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2016 im Durchschnitt an jede Arztpraxis 380.000 Euro überwiesen. Dafür kann man doch wohl erwarten, sich bei der Terminvergabe nicht hintenanstellen zu müssen, wie es offensichtlich bei zahlreichen Arztpraxen der Fall ist“, so von Stackelberg. Dass die meisten dieser Arztpraxen Gemeinschaftspraxen sind, teils mit bis zu zehn Ärzten, oder auch Spezialisten mit teuren Praxisausstattungen, relativiert diese Zahl erheblich, die den – natürlich völlig falschen – Eindruck hinterlassen soll, der Hausarzt von Frau Müller aus Gelsenkirchen würde jährlich 380.000 Euro von der GKV auf seinem Konto vorfinden.

Privatpatienten sind Premium-Kunden

Denn das ist die Kehrseite dieser subtilen Polemik: Der Hausarzt kann froh sein, wenn er für einen GKV-Patienten 40 Euro im Quartal erhält. Ein Privatpatient lässt im gleichen Zeitraum mindestens das Dreifache für gleiche Leistungen in der Praxis. Die Differenz entsteht einerseits durch eine großzügigere Gebührenordnung, darüber hinaus aber auch durch substantielle Budgetierungen und Kürzungen bei der GKV-Honorierung. Dabei ist es doch das Normalste dieser Welt, dass man für einen entsprechenden Aufpreis Vorteile kauft; so reist man zum Beispiel in der ersten Klasse der Bahn, in der Business Class des Flugzeugs oder in einem größeren Auto. Auch Freiherr von Stackelberg nutzt sicherlich gern die Business Fast Lane am Flughafen, wenn in der Economy-Schlange die Leute aus schierer Angst, ihren Flug zu verpassen, nervös trippeln. Solche sozialen Unterschiede, keineswegs nur beim Reisen, sind praktisch weltweit gesellschaftlich akzeptiert. Schon erstaunlich, dass das Thema Privatpatienten dann politisch so hochgepuscht werden konnte, ein Theater, das wohl auch die Mehrzahl der Patienten kaum nachvollziehen kann.

Priorität hat die medizinische Dringlichkeit

Der niedergelassene Arzt ist in Deutschland auch heute immer noch selbstständiger Unternehmer, der seine Praxis mit Ausstattung und Mitarbeitern auf eigene Kosten und mit nicht unerheblichem finanziellen Risiko führt. Als Unternehmer ist eine angemessene Bevorzugung von Premium-Kunden eine vernünftige Maßnahme. Dass unabhängig davon aus medizinischer Indikation dringliche Fälle oder sogar Notfälle absolute Priorität genießen, sollte für jede Ärztin und jeden Arzt selbstverständlich sein. Diesen freien Arztberuf in eigener Praxis kann oder will Freiherr von Stackelberg offenbar nicht wahrnehmen, er sieht diese Ärztinnen und Ärzte vielmehr als „Angestellte“ einer allmächtigen GKV, denen er Arbeitszeiten vorschreiben kann. Das sind sie aber nicht. Eine derart verzerrte Wahrnehmung ist für einen Vizechef aller gesetzlichen Krankenkassen nicht unproblematisch. Er sollte auch bedenken, dass aus Selbstständigkeit und Unternehmertum Kreativität und Leistungsbereitschaft erwachsen, die er bei abhängigen und gegängelten Angestellten kaum in gleichem Maße vorfinden würde. Leistungsabfall und Qualitätsverlust in der ambulanten Versorgung wären dann wohl die Folgen.

Die Reaktionen aus der Ärzteschaft fielen erwartungsgemäß entsprechend sauer aus. Eine einfache Rechnung zeigt, dass dem Kassenfunktionär die tatsächlichen Arbeitsbedingungen in einer Arztpraxis wohl kaum vertraut sind. 30 Stunden GKV-Sprechstundenzeit, zuzüglich der Hausbesuche und Organisationsaufgaben für die Patienten, zuzüglich der überbordenden GKV-Bürokratie, machen in einer Hausarztpraxis locker 50 Stunden pro Woche oder mehr aus. Da würde in der Tat kaum noch Zeit für Privatpatienten bleiben. Diese 30 Stunden als Minimum für die GKV-Zulassung zu fordern, ist anmaßend. Insbesondere mit Blick auf die recht bescheidene und dann noch vielfach gedeckelte und gekürzte Honorierung, zumindest in dem hier beispielhaft angesprochenen Hausarztbereich. Landärzte in unterversorgten Gebieten können dagegen über diese Forderung nur herzlich lachen, da sie ohnehin bereits jetzt schon weit längere Arbeitszeiten haben.



Foto: GKV-Spitzenverband

GKV-Spitzenverband-Vizechef Freiherr von Stackelberg: mindestens 30 Sprechstunden wöchentlich für gesetzlich Krankenversicherte

Erstaunlich, dass das Thema Privatpatienten politisch so hochgepuscht wird – ein Theater, das wohl auch die Mehrzahl der Patienten kaum nachvollziehen kann.



Foto: vgalicj/istock.com

Arzt als Unternehmer: Privatpatienten sind Premium-Kunden

GKV-Strategie ist kontraproduktiv

Chancen, sich mit diesem Vorstoß politisch durchzusetzen, hat Freiherr von Stackelberg nicht. Die Zeiten, in denen solche Fantasien im AOK-Bundesverband gleich in Gesetzesentwürfen formuliert werden konnten, sind Vergangenheit. Tatsächlich geht es aber auch um mehr: Unser Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich weit überreguliert. Bereits jetzt wird die Arbeit am Patienten durch ein Übermaß an staatlicher Steuerung und Bürokratie erheblich behindert. Die notwendige und in vielen Sonntagsreden beschworene Qualität der Versorgung entsteht ganz sicher nicht durch weitere hoheitliche Eingriffe und Restriktionen. Im Gegenteil wäre es die vornehmste Aufgabe von Krankenkassen, Ärzten ein Arbeitsumfeld zu ermöglichen, in dem sich Motivation und Leistungsbereitschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten optimal entwickeln können. In diesem Punkt ist die PKV der GKV weit voraus. Anstatt immer wieder verbal und mit Restriktionen auf die tatsächlichen Leistungsträger dieses Gesundheitssystems einzuprügeln, sollte der GKV-Spitzenverband sich vielleicht lieber einmal bei der PKV anschauen, wie es auch anders und besser geht. ■

Koalitionsvertrag Von der Bürgerversicherung ist keine Rede. Dennoch konnte die SPD entscheidende Forderungen durchsetzen. Das führt vor allem zu einem: Der Staatseinfluss auf das Gesundheitswesen wird weiter zunehmen.

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

Gegängelte Ärzeschaft



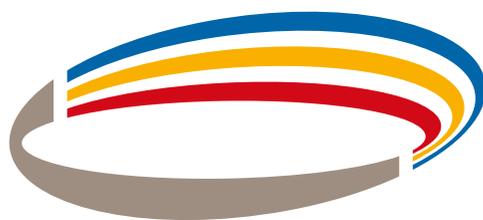
Die Koalitionsgespräche mit der Union waren kaum vorbei, da überraschte Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil (SPD) mit einer interessanten Wahlanalyse: „Systemdiskussionen interessieren kaum jemanden. Bei meinen Bürgerversammlungen hat mich kein einziger Mensch auf die Bürgerversicherung angesprochen.“ Da wird sich mancher die Augen gerieben haben. Denn dafür, dass die Bürgerversicherung keinen interessiert, hat die SPD die Union damit ganz schön vor sich hergetrieben. Und sie hat ordentlich geerntet. Manch erleichtertem Seufzen aus der Ärzteschaft zum Trotz, dass das böse Wort „Bürgerversicherung“ im Regierungsvertrag fehlt.

Inhaltlich hat die SPD auf dem Weg zu einer stärker staatsbeeinflussten Gesundheitsversorgung Fortschritte erzielt. Im nächsten Jahr soll die paritätische Beitragsfinanzierung durch Arbeitgeber und -nehmer wieder eingeführt werden. Damit macht die Koalition einen großen Schritt zurück in das Jahr 2003. Damals hatte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) unter sanftem Druck der Mehrheit von CDU, CSU und FDP im Bundesrat einen Zusatzbeitrag der Versicherten durchgesetzt, Starttermin war 2006. Jetzt hat die SPD noch ein Stück „Agenda 2010“ kassiert, den schon schwachen Wettbewerb im Gesundheitswesen weiter geschwächt.

Es ist nicht die einzige ordnungspolitische Sünde: Die Fallpauschalen, die allen Kliniken für vergleichbare Leistungen gleiches Geld garantieren, werden aufgebohrt. Die Pflegekosten sollen künftig extra bezahlt werden. Das riecht nach Kostendeckung des vergangenen Jahrtausends, ein Prinzip das ausgedient hatte, weil es falsche Anreize setzte und damit unbezahlbar war. Im Koalitionsvertrag fehlt eine Reform der Klinikfinanzierung, auch das Verlangen nach einer ausreichenden Investitionsfinanzierung der Länder – der wichtigste Grund des Übels vieler Kliniken. Aber der Versandhandel von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln soll verboten werden.

Apotheker werden hofiert, die niedergelassene Ärzteschaft gegängelt. Die Terminservicestellen sollen künftig auch Termine bei Hausärzten vergeben. Zugleich sollen Kassenärzte ihre Praxen mindestens 25 Stunden in der Woche für Kassenpatienten geöffnet halten. Die wachsende Tiefe staatlicher Regulierung korrespondiert mit dem Verlust an Eigenständigkeit der Selbstverwaltung. Diese große Koalition beginnt die Debatte um die Vereinheitlichung der ärztlichen Honorare aus privat- und kassenärztlicher Tätigkeit, das ist ein Baustein der „Bürgerversicherung“. Eine Kommission soll nun über ein „moderneres Vergütungssystem“ nachdenken. Ob die Reform der GOÄ vor dem Hintergrund eine Chance auf Umsetzung hat, darf bezweifelt werden.

In der Altenpflege kündigt die Koalition viel an, doch verteilt sie nur ungedeckte Schecks. Sie verspricht sie mehr Stellen, ohne die Fachkräfte dafür zu haben. Über die Kosten, die Patienten und Beitragszahler für höherer Gehälter und mehr Personal schultern müssen, schweigt sie sich aus. Die wird der neue Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) dem Publikum erklären müssen. Der Ministerposten ist für den ehrgeizigen Merkel-Kritiker undankbar: Gewinnen kann er wenig, verlieren aber viel. ■



HAUPTSTADT KONGRESS 2018

MEDIZIN UND GESUNDHEIT

**DEUTSCHES
ÄRZTEFORUM**

**6.-8. JUNI 2018
CITYCUBE BERLIN**

Dabei sein. Mitreden. Mitentscheiden.

Die Plattform für ärztliche
Fortbildung und gesundheits-
politische Diskussion.

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

Profitieren Sie vom PVS-Vorteil:

Jetzt PBV-Mitglied werden - und doppelt sparen!*

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

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

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



Stimmt Ihre Adresse noch?

Bitte den Rückmeldeabschnitt ausschneiden und im verschlossenen Umschlag senden an:

Tag der Privatmedizin c/o TNP GmbH · Vinckeweg 15 · 47119 Duisburg

QUO VADIS PRIVATBEHANDLUNG?

Was erwartet Sie? Was dürfen Sie erwarten?
Was ist noch sicher? Womit müssen Sie
oder können Sie rechnen?

Wir schaffen Orientierung!

Namhafte Experten aus Politik, Standesorganisationen und Wirtschaft zeigen Entwicklungen auf, kommentieren Chancen, Risiken und geben Tipps für Ihre Privatbehandlung.

Dazu präsentieren wir zehn ausgewählte Innovationen für neue wirtschaftliche, therapeutische und diagnostische Perspektiven für Ihr privatärztliches Angebot.

Sichern Sie sich Ihr Ticket -
jetzt noch zum
PVS-Mitglieder-Vorzugspreis.*

TAG DER privatmedizin

Samstag, 24. November 2018,
Frankfurt /Main

Alle Informationen:
www.tag-der-privatmedizin.de

Herausgeber



Ideeller Sponsor

