



Green Hospital

Wie ökologisches Krankenhausmanagement Wettbewerbsvorteile sichert.

4 Praxismanagement

Was geht?

Tipps für ein sinnvolles Benchmarking im Krankenhaus.

12 Praxisfinanzen

Grün, ja grün ...

Geldanlagestrategien unter ökologisch-ethisch und ökonomischen Gesichtspunkten.

27 Gesundheitspolitik

Allianz geschmiedet

Ärzte und Politiker formieren sich gegen europäische Normierungswut.

Ausgabe 5 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



4

Was geht?

Benchmarkprojekte sollten realistisch und praxisnah sein, sind es oft aber nicht. Wie gelingt ein sinnvoller Vergleich von Abrechnungsprozessen im Krankenhaus?

Praxis & Recht

8 Bindende Dreijahresfrist

Den Wunschnachfolger über den Umweg MVZ etablieren? Dieser Praxis schiebt das Bundessozialgericht jetzt einen Riegel vor.



9

Fehler vermeiden

Was bedeutet das Antikorruptionsgesetz konkret? Beispiele aus dem Praxisalltag helfen, Risiken zu erkennen und Kooperationen korrekt zu gestalten.

Praxisfinanzen



12

Grün, ja grün ...

Die Nachfrage nach ökologisch-ethischen erfolgreichen Geldanlagen boomt. Aber stimmt auch die Rendite? Was sollte man bei Investitionsentscheidungen grundsätzlich beachten?



16

TITEL Ökologische Krankenhausführung – lohnt sich das?

Mit dem Green Hospital werden ökologische und nachhaltige Konzepte etabliert. Kostet das nur Geld oder eröffnen sich damit auch Möglichkeiten, Wettbewerbsvorteile zu generieren?

PVS-Positionen

20 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN Zeit für den „Reset“-Knopf

Statt immer weiter durchzuregulieren, sollte die Gesundheitspolitik darauf setzen, der Selbstverwaltung mehr Freiheit zu lassen.



22

EVENT Zu Wasser und doch zu Land

Der Jahresempfang des PVS Verbandes fand in diesem Jahr im historischen Stadtbad in der Oderberger Straße statt.

24 ABRECHNUNG Besuche richtig abrechnen

In der Gebührenordnung für Ärzte finden sich gleich vier verschiedene Nummern für die Abrechnung von Besuchen. Wann muss welche dieser Nummern angesetzt werden und was ist darüber hinaus zu beachten?

26 PERSONALIE Ende einer Ära

Nach 42 Jahren im Vorstand der PVS Limburg zieht sich Dr. Werner Brühl nun aus der aktiven Gremienarbeit zurück. Ein Rückblick.

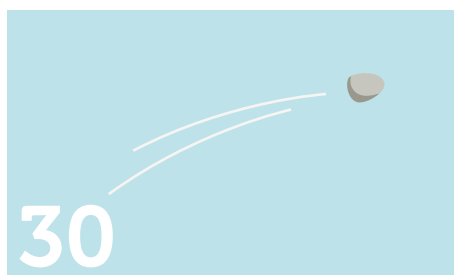
Gesundheitspolitik



Allianz geschmiedet

In Brüssel arbeiten Normierungsaktivisten an Standards für ärztliche Leistungen. Nicht mit uns, sagen deutsche Ärzte und Politiker und formieren sich.

Gastkommentar



Hochmut vor dem Fall

Noch in diesem Sommer will die Regierung ein Gesetz verabschieden, um die Selbstverwaltung stärker an die Kandare zu nehmen. „Aber ist die KBV daran nicht selbst schuld?“, fragt Andreas Mihm.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | SCHÄFFERS KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

21 | VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ganz grün kommt sie daher, die neue Ausgabe unseres Magazins. Ganz grün ist unser Titelthema: Ökologische Krankenhausführung. Dass das nicht gleichzusetzen ist mit einer politischen Haltung, wird deutlich, wenn man sich anschaut, wo Bemühungen um eine umweltbewusste Krankenhausführung besonders gefördert werden. Vorreiter sind die politisch in völlig verschiedener Tradition stehenden Bundesländer Rheinland-Pfalz und Bayern. Hier werden Leuchtturmprojekte aufgesetzt, Ökologie im Krankenhaus ausgezeichnet. Aber auch Klinikketten, Medizintechnikunternehmen und Forschungsinstitute haben das ‚Green Hospital‘ auf ihre Agenda gesetzt. Denn bekanntermaßen sind Krankenhäuser wahre Energieschleudern, im Energieverbrauch schon mal einer Kleinstadt vergleichbar. Investitionen in Energiesparmaßnahmen zahlen sich daher auf lange Sicht aus. Und so ist sich die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml sicher: „Nur umweltbewusst wirtschaftenden Krankenhäusern wird es in Zukunft gelingen, medizinische Höchstleistungen zu tragbaren Kosten zu erbringen.“

Wenn also „grün und gut“ für Kliniken das Leitthema der Zukunft ist – gilt das dann auch für Geldanlagen? Dieser Frage gehen wir in unserem zweiten grünen Schwerpunktthema nach. Denn tatsächlich boomt die Nachfrage nach sogenannten nachhaltigen Geldanlagen. Nachhaltigkeit sei zu einem allgemeinen Anspruch an unser Handeln geworden, sagt Bundeskanzlerin Angela Merkel, ein echter Kompass. Auch für unsere Anlagestrategie? Tatsächlich bestätigt die Verbraucherzentrale, dass Rendite und Ökofonds kein Widerspruch sind. Was man braucht, ist ein langer Atem. Letztlich gilt wie bei jeder Geldanlage, dass man abwägen muss, zwischen Verfügbarkeit, Sicherheit und Ertrag.

Mit dieser Ausgabe verabschiedet sich zifferdrei in den Urlaub. Wie für drei Viertel aller Bundesbürger heißt das auch für uns: Ab ins Grüne. Und da machen wir uns dann schon mal Gedanken um die nächste Ausgabe. Ob sie vielleicht rot wird, oder gelb, oder schwarz ...?

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

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



Ulrike Scholderer

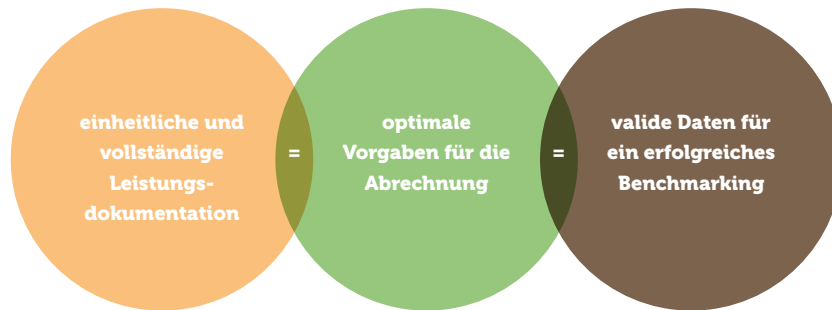
managt seit mehr als zehn Jahren für den PVS Verband die Kommunikation mit und zwischen den Mitgliedern, externen Ansprechpartnern, Journalisten und Politikern.

Benchmarking im Krankenhaus Realistisch und praxisnah – so sollten Benchmarkprojekte immer sein. Sind sie aber oft nicht. Wie gelingt ein sinnvoller Vergleich unter Gleichen im Bereich der Optimierung von Abrechnungsprozessen?

Text: **Christiane Engelhardt**

Was geht?





Große Sorge um den Patient Krankenhaus“ fasst das Online-Portal für die Gesundheitswirtschaft „kma-online“ das Ergebnis des „Krankenhaus Rating Reports 2016“ knapp zusammen. Er habe sich zwar stabilisiert, aber fit sei er noch nicht. Der vom RWI, dem Institute for Healthcare Business und Philips erstellte Bericht attestiert dem Leidenden ein unvermindertes Insolvenzrisiko. Bei etwas verbesserter Ertragslage zwar, jedoch nach wie vor mit unzureichender Kapitalausstattung. Diese Diagnose ermutigt nicht wirklich.

Sowohl der ökonomische Druck als auch der Anspruch an die Güte von Behandlung und Versorgung sind hoch. Bernd Montag, CEO der „Siemens Healthineers“, drückte es auf dem diesjährigen „Medtech Summit“ in Nürnberg so aus: „Leistungserbringer sind dazu gezwungen, Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.“ Kosten senken, klar. Qualität der medizinischen Versorgung verbessern, extrem wichtig. Die Wirtschaftlichkeit mehr in den Fokus rücken, ja – alles schon tausendmal gehört.

I would if I could but I can't so I won't

In der klinischen Praxis legt sich der Geist solcher Generalaussagen leider häufig wie ein Schatten über den Arbeitsalltag; lähmt, anstatt anzuspornen. Führt eher zum resignierten Weiter-, denn zum motivierten Bessermachen. Vielen Chefarzten und ihren nachgeordneten Ärzteteams ist bewusst, dass sie es eigentlich müssten – wirtschaftlicher arbeiten (besonders dann, wenn gerade mal wieder der erhobene Zeigefinger eines aktuell erschienenen Krankenhaus Reports allgegenwärtig ist).

Was hilft: Weg vom pauschalen „Tut was!“ hin zum konkreten „Das könnt ihr tun, um eure Abrechnungsprozesse zu optimieren!“. Denn in einer transparenten, vollständigen Leistungsdokumentation steckt eine Menge Wirtschaftlichkeitspotenzial. Dazu Heinrich Grüter, Vorstand der PVS Baden-Württemberg: „In Unkenntnis des schlummernden Potenzials und aus der Unsicherheit heraus, sich mit Veränderungen womöglich zu viel Arbeit aufzuhalsen, herrscht in einigen Privatleistungen erbringenden

Fachabteilungen Zurückhaltung bis Stillstand im Bereich der Abrechnungsoptimierung.“

Die PVS weise ihre Kunden auf den Nutzen einer akribischen Dokumentation hin, weil „die Vorteile einer Wirtschaftlichkeitssteigerung die Nachteile einer etwaigen Mehrarbeit bei Weitem übertreffen.“ Natürlich gebe es auch Krankenhausmanager und ärztliche Leiter von Fachabteilungen, so Grüter weiter, die von sich aus ganz konkret bei der PVS nachfragten: „Wie sind wir eigentlich im Vergleich zu anderen aufgestellt? Was machen die Besten anders als wir?“

Gute Benchmarklösungen geben Antworten auf diese Frage nach der Höhenmarke – der Kerbe im Holz, die man erreichen, der Latte, die man reißen möchte. Sie lichten das Datendickicht und durchkämmen es nach belastbaren Indikatoren, aus denen sich hilfreiche Handlungsmuster



„In einer transparenten, vollständigen Leistungsdokumentation steckt eine Menge Wirtschaftlichkeitspotenzial.“

Heinrich Grüter, Vorstand der PVS Baden-Württemberg

für den Praxisalltag ableiten lassen. Diese Ansprüche zu erfüllen, schreiben sich eine ganze Reihe hauptsächlich von Consultingfirmen angebotene „Fix-und-Fertig“-Systeme auf die Fahnen.

Vorsicht bei „Fix-und-Fertig“-Systemen

Ein Arzt, der ungenannt bleiben möchte, weil er sich just in einem solchen Benchmarkprojekt befindet, meldet Zweifel an: „Da werden Bleiwüsten aus Zahlenkolonnen mit bunten Bilderbuchgrafiken und aufmerksamkeitsstarken Headlines aufgehübscht, um über die mangelnde Aussagekraft der Ergebnisse hinwegzutäuschen.“ Und Susan van Koll, die als Beraterin im Gesundheitssektor für die Landsberger Assner Rahn GmbH bundesweit Kliniken in Abrechnungsfragen berät, hat festgestellt, dass „zu häufig Äpfel mit Birnen verglichen werden – mit dem Ergebnis,

dass es keines gibt. Außer schlimmstenfalls einer Menge rausgeschmissenen Geldes für Beratungsleistungen, die am Kern des Problems vorbeiziehen.“

Mathias Conen, Chefarzt für klinische Radiologie am Lukaskrankenhaus in Neuss, äußert sich in einem Beitrag des CAFRAD (Chefarztforum in der Deutschen Röntgen-gesellschaft) ähnlich kritisch: „Die Klinikverwaltungen beauftragen mitunter externe Berater, die dann zum Beispiel Kennzahlen präsentieren, deren Herkunft und Anwendbarkeit unklar bleiben.“ Einem Kreis engagierter Radiologen, die aktiv ihre internen Prozesse verbessern wollten, reichte das bei Weitem nicht. Im Jahr 2008 begannen sie deshalb, sukzessive eigene belastbare Daten zu sammeln, nicht personenbeziehbar aufzubereiten und innerhalb des Forums zur Verfügung zu stellen. Von den rund 200 Forum-Mitgliedern beteiligen sich laut Conens Bericht aktuell 60 bis 90 Radiologen aktiv am CAFRAD-Benchmark.

Merke also: Vergleich funktioniert nur unter Gleichen. Äpfel mit Äpfeln. Birnen mit Birnen. Radiologen mit Radiologen. Oder Zahnärzte mit Zahnärzten. Letzteren bieten etwa die Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR) seit April dieses Jahres ein modulares Performance System auf Basis anonymisierter Praxisvergleichsdaten an. Es soll Optimierungspotenziale im Abrechnungsprozess kontinuierlich identifizieren und realisieren helfen: „Der Zahnarzt sieht bei vielen Parametern und Ziffern einfach und transparent, wie er im Vergleich zu einer Praxisgruppe dasteht: besser oder schlechter. So lassen sich schnell un-

Merke also: Vergleich funktioniert nur unter Gleichen. Äpfel mit Äpfeln. Birnen mit Birnen. Radiologen mit Radiologen. Oder Zahnärzte mit Zahnärzten.

genutzte Potenziale erkennen“, sagt DZR-Geschäftsführer Thomas Schiffer in einem Interview mit dem Magazin „ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis“ und nennt ein konkretes Beispiel: „Wie verhält es sich etwa bei den eigenen Top-10 GOZ- oder GÖA-Ziffern bei den 18- bis 30-jährigen Patienten im Städte- oder Ländervergleich?“

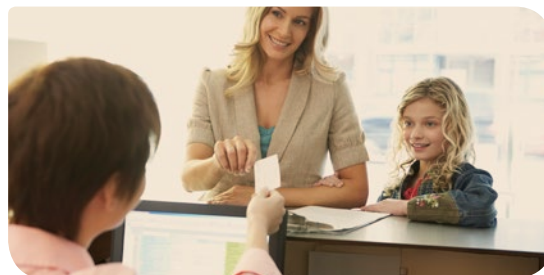
Aussagekräftige Daten qua Geschäftszweck

Dass sich Abrechnungsdienstleister wie die DZR leichter als Unternehmensberatungen oder Einzelinitiativen damit tun, aussagekräftige Performanceindikatoren zu liefern, liegt auf der Hand. Ein großer, ständig erweiterter und aktualisierter Datenpool steht ihnen schließlich bereits qua Geschäftszweck allzeit zur Verfügung und bedarf letztlich nur der anonymisierten Aufbereitung. Die Datenabgabe muss nicht permanent aktiv eingefordert (und bei den vielbeschäftigten Ärzten wohl auch häufig angemahnt) werden.

So nutzen auch die Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) ihre Datenpools für Benchmarkanalysen. Die Vorgehensweise ist dabei meist folgende: Wenn im Abrechnungsgeschäft kritische Fachbereiche auffallen, wird die

An alles gedacht? BORDMITTEL CHECKLISTE!

Bei der Aufnahme



- ✓ Nach dem vollständigen **Versicherungsstatus** fragen – besteht eine private Zusatzversicherung für den stationären Aufenthalt?
- ✓ Auf die Vorzüge einer **Chefarztbehandlung** und eines 1- oder 2-Bettzimmers hinweisen.
- ✓ **Rechtsichere Formulare** zur Wahlleistung benutzen, auf denen Chefarzte und deren aktuelle Vertreter benannt sind (Vordrucke können bei der PVS angefordert werden).

In der Ambulanz



- ✓ Den Patienten ein Formular mit **Angabe der Versicherung** ausfüllen lassen und den Hinweis geben, dass bei privatärztlichen Leistungen die Verpflichtung zur Bezahlung des Rechnungsbetrages nach GOÄ besteht (die Patientenunterschrift dient zur Beweissicherung, dass dieser als Selbstzahler aufgeklärt wurde).
- ✓ Medikamente, Verbandsmaterialien, radioaktive Stoffe etc. zu **aktuellen Einkaufspreisen** abrechnen. Pauschalen sind nicht zulässig.

Auf der Station



- ✓ Für die Hauptleistung (zum Beispiel eine OP) den Patienten in einer speziellen **Vereinbarung** ausdrücklich erklären lassen, dass er auch mit einer Behandlung durch einen Stellvertreter des Chefarztes einverstanden ist – Formblatt!
- ✓ Alle erbrachten Leistungen und möglichen **Besonderheiten** bei der Leistungserbringung **dokumentieren** (z.B. Uhrzeit bei der Mehrfacherbringung an einem Tag oder Besonderheiten wie starke Verwachsungen, Blutungen, Erbringung in der Nacht, Sprachbarrieren, Demenz).

Allgemein



- ✓ Jede einzelne **Leistung dokumentieren** und begründen (um diese ggfs. zu einem höheren Faktor abrechnen zu können).
- ✓ Keine Vorgänge archivieren, deren Leistungen noch **nicht** abgerechnet wurden!
- ✓ Für jede Abteilung einen **„Prozess-Verantwortlichen“** benennen, der die Akten erst dann zur Abrechnung weitergibt, wenn alle notwendigen Befunde auch wirklich entsprechend abgelegt worden sind.
- ✓ Beim Einscannen einer Papierakte auf die **Ablagegliederung** achten, um Verweise auf andere Archivsysteme weiter zu gewährleisten.
- ✓ Keine **Digitalisierung** im „Hau-Ruck-Verfahren“ (Leerseiten, schlechte oder gar unleserliche Scans zum Beispiel).
- ✓ **Papierakten** nicht gleich nach dem Einscannen vernichten, sondern erst, nachdem die Leistungen zur Abrechnung erfasst wurden.

Quelle: Peter Gabriel, PVS Südwest

betroffene Klinikverwaltung darauf angesprochen und Hilfestellung angeboten. Wer möchte, kann dann auf PVS-Fachgruppenanalysen zurückgreifen. Von den 4.500 Mitgliedern der PVS Niedersachsen zum Beispiel möchten das immerhin bereits rund 25 Prozent.

Die PVS-Indikatoren beruhen auf Häufigkeitsstatistiken zu vergleichbaren Fällen, die aus einem vollständig anonymisierten Datenpool unter Einhaltung strengster Datenschutzbestimmungen stammen. PVS-Vorstand Grüter: „Wir können etwa einem Kardiologen sagen, dass eine Kardiologie mit analogem Patientenaufkommen in einer vergleichbaren Klinikstruktur Gesprächsziffern doppelt so häufig abrechnet wie er selbst. Das ist ein äußerst wertvoller Hinweis für ihn, exakt an dieser Stelle einmal genauer hinzuschauen. Vielleicht spricht er wirklich zu wenig mit seinen Patienten oder aber er versäumt es, diese Leistungen abzurechnen. Verbesserungsbedarf besteht in beiden Fällen.“

What you give is what you get

Genauer hinschauen! Und genauer dokumentieren – eine einheitliche, vollständige Leistungsabrechnung ist das A und O (siehe auch „An alles gedacht? Bordmittel-Checkliste!“ neben dem Artikel). Ohne realistische Fakten können selbst die ausgeklügeltesten Benchmarkprogramme die Realität nicht abbilden, mithin keine tauglichen Praxisempfehlungen geben. Der eherne Grundsatz für jedes Benchmarkprojekt sollte immer lauten: WYGIWYG – What you give is what you get! Die Datenqualität, die du in den Pool einspeist, beeinflusst die Güte der Vergleichsanalysen – zu deinem Nutzen und dem weiteren Benchmarkteilnehmer.

Managementberaterin van Koll ergänzt: „Wenn sich Privatärzte mehr und aktiver in diesem Bereich engagieren, wirkt sich das positiv sowohl auf ihre als auch auf die Einnahmeposition der Klinik aus – eine klassische Win-Win-Situation.“ Sobald sich neue Strukturen gefestigt und ungewohnte Arbeitsabläufe eingespielt hätten, stelle sich meist zügig ein handfester Mehrwert für Arzt und Klinik ein.

Übrigens: Branchenschätzungen zufolge liegt der Anteil privater Leistungen an den Gesamteinnahmen deutscher Krankenhäuser bei rund zehn bis zwanzig Prozent. Eine offizielle Zahl gibt es hierzu leider nicht. Aus der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) heißt es dazu, die Gefahr Äpfel mit Birnen zu vergleichen, sei den Statistikern in diesem Fall wohl zu groß.

Weichen wir zur Verdeutlichung deshalb auf Erhebungen „der Privaten“ in Bezug auf realisierte Mehreinnahmen zurück (Zahlen des wissenschaftlichen Instituts der PKV): In der ambulanten Versorgung generieren Privatversicherte jährlich ein Plus von 5,6 Milliarden Euro. Im stationären Krankenhausbereich sind es Mehreinnahmen in Höhe von 600 Millionen Euro – Geld, das für dringend notwendige Investitionen in Personal und Technik zur Verfügung stehen kann.

In Anbetracht dieser Aussichten darf dem Patienten Krankenhaus getrost gute Besserung gewünscht werden – es bestehen durchaus Heilungschancen. ■



Krankenhaus Rating Report 2016

Vertragsärztliches Nachbesetzungsverfahren Den Wunschnachfolger über den Umweg MVZ etablieren und so das offizielle Nachbesetzungsverfahren aushebeln? Wie das Bundessozialgericht dieser Praxis jetzt einen Riegel vorschreibt, erläutert der Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht Prof. Dr. Martin Spaetgens von der Kanzlei Spaetgens Rechtsanwälte in Trier.

Text: Prof. Dr. Martin Spaetgens

Bindende Dreijahresfrist

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einer aktuellen Entscheidung die Nachbesetzung von Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erschwert. Das gilt für die Fälle, in denen durch die Nachbesetzung das vertragsärztliche Nachbesetzungsverfahren unterlaufen werden soll. Grundsätzlich ist das vertragsärztliche Nachbesetzungsverfahren in § 103 Abs. 3 a SGB V beschrieben.

Beabsichtigt der Vertragsarzt, auf seine Zulassung zugunsten eines Nachfolgers zu verzichten, entscheidet der Zulassungsausschuss in einem ersten Verfahrensschritt über den Antrag des Vertragsarztes auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Entspricht der Ausschuss dem Antrag, hat die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 103 Abs. 4 S. 1 SGB V den Vertragsarztsitz in den für ihre amtliche Bekanntmachung vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben. Sollten sich auf die Ausschreibung mehrere Ärzte bewerben, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger unter Berücksichtigung der in § 103 Abs. 4 Ziffer 1 bis 8 genannten Kriterien nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Für den ausschreibenden Vertragsarzt bedeutet das Nachbesetzungsverfahren oftmals ein Risiko im Hinblick darauf, dass er seinem „Wunschnachfolger“ unter Berücksichtigung anderer Bewerbungen nicht zwangsläufig seine vertragsärztliche Zulassung übertragen kann.

Vor diesem Hintergrund hat sich in der Praxis zwischenzeitlich ein Verfahren mit dem Ziel einer Umgehung des vertragsärztlichen Nachbesetzungsverfahrens etabliert. Demnach besteht die Möglichkeit, dass der Vertragsarzt unter Verzicht auf seine Zulassung sich in einem MVZ anstellen lässt und nach vorübergehender Tätigkeit dem MVZ die Nachbesetzung dieser Arztstelle mit einem Arzt der Wahl ermöglicht. Das MVZ wiederum könnte sodann einen Antrag auf Umwandlung dieser Arztstelle in eine vertragsärztliche Zulassung beantragen.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom vierten Mai dieses Jahres, Aktenzeichen B 6 KA 21/15 R, dieser Praxis ganz offensichtlich eine Absage erteilt. Demnach verlangt

das BSG, dass der zugunsten einer Anstellung im MVZ auf seine Zulassung verzichtende Vertragsarzt mindestens drei Jahre im MVZ angestellt sein müsse, um dem MVZ eine Nachbesetzung dieser Arztstelle zu ermöglichen.

Auch wenn bis zum heutigen Zeitpunkt lediglich ein Terminbericht des Bundessozialgerichts vorliegt, ist spätestens mit Veröffentlichung der Entscheidungsgründe zu erwarten, dass sich die Zulassungsausschüsse in ihrer Spruchpraxis an der genannten Entscheidung orientieren werden. Problematisch ist dabei weniger die Genehmigung der Anstellung des auf seine Zulassung verzichtenden Vertragsarztes als vielmehr der Zeitpunkt der beabsichtigten Nachbesetzung dieser Arztstelle durch einen Arzt des MVZ. Unter Berücksichtigung dieser Ungewissheit über die Möglichkeit zur Verwertung der vertragsärztlichen Zulassung bedarf es zukünftig einer Anpassung der vertraglichen Regelungen für die Übernahme der vertragsärztlichen Zulassung und des entsprechenden Anstellungsvertrages durch ein MVZ. Soweit das BSG eine dreijährige Mindestanstellungszeit fordert ist zu vermuten, dass das BSG an die Regelung des § 103 Abs. 3 a SGB V anknüpft. Dort heißt es, dass der bei einem Vertragsarzt angestellte Arzt im Rahmen des vertragsärztlichen Nachbesetzungsverfahrens privilegiert zu berücksichtigen ist unter der Bedingung, dass das Anstellungsverhältnis mindestens drei Jahre angedauert hat.

Ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen der Vertragsarzt vor Ablauf der vom BSG herangezogenen Dreijahresfrist aus dem Dienstverhältnis zum MVZ oder aber auch zur Berufsausübungsgemeinschaft ausscheiden kann, beispielsweise durch Krankheit, ohne dass hierdurch der Anspruch auf Nachbesetzung der Arztstelle verloren geht, kann dem Terminbericht nicht entnommen werden. Insoweit sind die Entscheidungsgründe abzuwarten. ■



Praxisnachfolge: Künftig wird ein MVZ voraussichtlich erst nach einer dreijährigen Anstellungszeit den Nachfolger eines ausscheidenden Arztes selbst wählen können.

Foto: istockfoto

Was bedeutet das **Antikorrutionsgesetz** in der Praxis? Prof. Dr. Thomas Schlegel von der Kanzlei Prof. Schlegel Hohmann Mangold & Partner erläutert anhand von konkreten Beispielen die Auswirkungen des Gesetzes.

Text: Prof. Dr. Thomas Schlegel

Fehler vermeiden



Ärztliche Entscheidungen sollen frei von Einwirkungen Dritter sein, um den Patienten nicht zu gefährden. Das gilt grundsätzlich für alle Heilberufe. Die neuen Regelungen zur Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eröffnen Sanktionen einer neuen Dimension mit hohem Unsicherheitspotential. Doch was fällt ganz konkret unter Bestechung oder Bestechlichkeit? Die folgenden Beispiele sollen helfen, die eigene Praxis zu überprüfen.

Labor stellt Laborgerät zur Verfügung

Ein Labor stellt einem Arzt mit Fachkundenachweis ein bestimmtes Laborgerät zur Verfügung. Dieser erbringt die Laborleistungen und rechnet sie ab. Als Mietzins wird eine Höhe vereinbart, die sich an den üblichen Miet- oder Leasingkosten orientiert. Der Arzt ist von den Leistungen und der Qualität des Labors überzeugt und weist überwiegend das Labormaterial aus seiner Praxis dem Labor zu, ohne dass dies vertraglich vereinbart ist oder er hierfür einen wirtschaftlichen Vorteil erhält.

✓ **Diese Konstellation stellt keine Unrechtsvereinbarung im strafrechtlichen Sinn dar und ist auch berufsrechtlich nicht zu beanstanden.**

Maßstab für die Beurteilung ist der Gesetzeswortlaut:

Wer als Heilberufler für die Erbringung bestimmter Gegenleistungen im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung für sich oder einen Dritten einen Vorteil fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, wird bestraft. Dabei ist insbesondere die Verbindung zwischen dem Vorteil und der unlauteren Bevorzugung bei folgenden Gegenleistungen verboten:

- ⊘ bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
- ⊘ bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
- ⊘ bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial.

Bei der Vorteilsdefinition geht es um jedweden materiellen oder immateriellen Vorteil als Zuwendung für den Empfänger. Dabei kommt es darauf an, dass der Vorteil immer im Zusammenhang mit der Gegenleistung stehen muss – allein ist er nicht immer gleich strafbar. Die Handlung muss als Gegenleistung für den Vorteil erfolgen und es muss eine sogenannte „Unrechtsvereinbarung“ vorliegen. ■

Diabetologin und Ernährungsberatung

Eine Diabetologin arbeitet mit einer selbständigen Ernährungsberaterin zusammen. Sie versorgen gemeinsam Diabetespatienten, wobei diese immer auf ihr Wahlrecht hingewiesen werden und dies auch dokumentiert wird. Zu diesem Zweck haben beide eine medizinische Kooperationsgemeinschaft (§ 23b M-BO-Ärzte) gegründet, in welcher diese Patienten gemeinsam versorgt und begleitet werden. Die Gewinne werden entsprechend den jeweiligen Leistungsbeiträgen abzüglich anfallender Kosten verteilt.

Eine solche Zusammenarbeit ist absolut zulässig und in der ausgeübten Form unbedenklich. In manchen Kammerbezirken (z.B. in Bayern) ist diese medizinische Kooperationsgemeinschaft durch die Kammer genehmigungspflichtig, ansonsten sollte sie nur angemeldet werden.

- ✓ Es ist ratsam, alle dauerhaften Kooperationen zwischen Ärzten und Nichtärzten in dieser Form zu betreiben, wenn es um diagnostische und therapeutische Leistungen geht, die einen Mehrwert für den Patienten darstellen. Sie muss im Übrigen auch nach außen dargestellt werden, so dass sie auch einen Marketingzweck gegenüber den Patienten erfüllt.

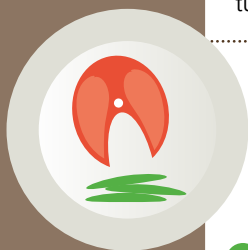
Teilnahme an einem Ärztekongress

Ein Pharmaunternehmen lädt zu einem Fachkongress einer deutschen Fachgesellschaft in Deutschland ein und verspricht die Übernahme der Teilnahme- und Reisekosten (2. Klasse) sowie der Übernachtungskosten in einem 4-Sterne-Hotel. Am ersten Abend wird zu einem Musicalbesuch eingeladen.

- ✓ **Die Einladung und Kostenübernahme zu einem Fachkongress ist dann zulässig, wenn sich die Kosten in einem angemessenen (nicht luxuriösen) Rahmen bewegen und diese in einem direkten und unmittelbaren Zusammenhang mit dem Kongress stehen.**

- ⊘ **Die Einladung zu einem Musical bewegt sich jedoch außerhalb dieses zulässigen Rahmens und wäre daher unzulässig. Im Übrigen verstieße das Unternehmen hiermit gegen den Pharmakodex und müsste auch von dieser Seite mit Sanktionen rechnen. Eine Unrechtsvereinbarung im strafrechtlichen Sinn könnte sich durch die Musicaleinladung und Kostenübernahme ergeben.**

Fallabwandlung: Es handelt sich nicht um einen medizinischen Fachkongress, sondern um eine Fortbildung für die wirtschaftliche Praxisführung, die vom Arzneimittelhersteller einschließlich Teilnahme-, Reise- und Übernachtungskosten übernommen wird. Diese Konstellation ist nicht mehr von der berufsrechtlichen Zulässigkeit gedeckt, da es nicht um wissenschaftliche Fortbildung geht, sondern (ausschließlich) um einen wirtschaftlichen Vorteil für den Teilnehmer.



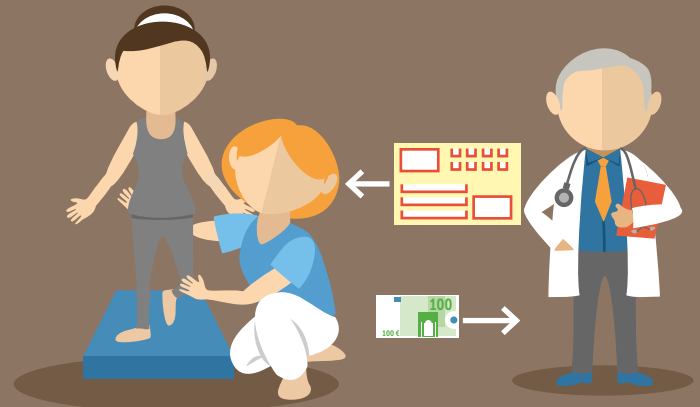
Vermietung an Dentallabor

Ein Zahnarzt vermietet Räumlichkeiten innerhalb seiner eigenen Immobilie, in der sich seine Praxis befindet, an ein Fremdlabor mit einem Mietzins, der sich mit 20 Prozent am Umsatz orientiert.

⊘ **Die Vermietung muss zu verkehrsüblichen Preisen erfolgen und darf vor allem nicht umsatzorientiert sein. Eine solche Konstellation würde sowohl berufsrechtliche als auch strafrechtliche Konsequenzen haben.**

✓ **Sollte die Vermietung allerdings über den Ehepartner/die Ehepartnerin des Zahnarztes erfolgen, welche Eigentümerin oder Generalmieterin der Immobilie ist, wäre der Vorgang nicht strafbar oder berufspraxisrechtlich unzulässig. Grundsätzlich sollte jedoch keine umsatzorientierte Miete erhoben werden, sondern eine Festmiete, die sich an der Ortsüblichkeit orientiert.**

Dieselbe Problematik ergibt sich entsprechend in der Konstellation Vermietung Arzt an Apotheke beispielsweise in einem Ärztehaus: Hier sind dieselben Punkte zu beachten. Auch die umgekehrte Konstellation – Apotheker vermietet erheblich unter Verkehrswert an Ärzte im Ärztehaus – stellt einen wirtschaftlichen Vorteil mit Unrechtsvereinbarung durch die Gegenleistung der Zuführung von Patienten dar.



Teilberufsausübungsgemeinschaft zwischen Hausarzt und Orthopäde

Ein Haus- und ein Facharzt für Orthopädie schließen sich zu einer Teilberufsausübungsgemeinschaft mit Schwerpunkt Schmerztherapie zusammen. In dieser behandeln sie die gemeinsamen Schmerzpatienten, wobei der Hausarzt primär seine Patienten in die Teilberufsausübungsgemeinschaft überweist, keine eigenen ärztlichen abrechenbaren Leistungen erbringt und der Orthopäde die Patienten behandelt. Der Hausarzt erhält eine großzügige Gewinnbeteiligung.

⊘ **Da der Hausarzt in der Teilberufsausübungsgemeinschaft keine eigenen ärztlichen Leistungen erbringt, ist jede Gewinnbeteiligung unangemessen hoch, da sie den Gegenwert nur für die Zuführung der Patienten darstellt. Insoweit wäre diese Konstellation berufsrechtlich, vertragsrechtlich sowie auch strafrechtlich unzulässig.**

In einer Teilberufsausübungsgemeinschaft sollte sich die Gewinnbeteiligung immer an dem Verhältnis der erbrachten Leistung unter den Gesellschaftern orientieren. Dies stellt den Maßstab für die Angemessenheit der Vergütung (Gewinnbeteiligung) dar.

Bonuspunkte beim Produkteinkauf

Ein Linsenhersteller bietet operierenden Augenärzten an, einen Rabatt beim Einkauf der Produkte in Form eines Punktekontos zu führen. Jeder Punkt entspricht einem Euro und kann auf Anfrage ausbezahlt oder in wirtschaftliche Güter durch die Firma umgewandelt werden. Der Arzt kauft eine Linse für 150 Euro, erhält 50 Euro Rabatt auf seinem Punktekonto und berechnet die Linse mit 150 Euro an die Krankenkasse weiter.

⊘ **In diesem Fall läge zunächst ein Abrechnungsbetrug vor, da der Arzt den erhaltenen Rabatt nicht an die Krankenkasse weitergegeben hat. Durch den unzulässigen wirtschaftlichen Vorteil und die mit dem Hersteller eingegangene Unrechtsvereinbarung unter unlauterer Benachteiligung des Wettbewerbs beim Bezug von Medizinprodukten ist außerdem der Tatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit gegeben.**



... ist die Rendite. Die Nachfrage nach nachhaltigen, zugleich ökologisch-ethisch und ökonomisch erfolgreichen **Geldanlagen** boomt.

Text: Jan Rentzow

Grün, ja grün ...

Um zu begreifen, welche Relevanz die Sache angenommen hat, macht es Sinn zu hören, was das für kommende Entwicklungen zuständige Zukunftsinstitut des weitsichtigen Forschers Matthias Horx zu sagen hat. Es gehe in Fragen der Nachhaltigkeit in unserem modernen Zusammenleben nicht mehr nur um Umweltschutz. Nein, es gehe um eine Art Leitprinzip. Es gehe um die gleichberechtigte Umsetzung und Berücksichtigung von umweltbezogenen, wirtschaftlichen und sozialen Zielen. Gleichberechtigt ist hier das wichtige Wort.

Für jede nachhaltige Geldanlagestrategie gilt das Dreieck: Rentabilität, Sicherheit und Verfügbarkeit.

Als Angela Merkel, die Bundeskanzlerin, neulich von einem echten Kompass sprach, unserer aller Navigationsgerät für eine Reise in die Zukunft, da meinte sie mit diesem Kompass die Nachhaltigkeit. Nachhaltigkeit sei ein allgemeiner Anspruch an unser Handeln geworden. Sie sei fest davon überzeugt, „dass sich das in den kommenden Jahren noch weiter durchsetzen wird.“ Nicht nur in der Produktion von Nahrung oder Jeans. „Die Menschen fragen nach nachhaltigen Anlagemöglichkeiten für ihr Ersparnis.“

„Ökologie muss auch ökonomisch sein, sonst macht es keinen Sinn.“ Das ist einer der Leitsätze von Alfred Platow, dem Vorstandsvorsitzenden der Ökoworld AG, der bereits vor 40 Jahren „den Bewusstseinswandel im Geldwesen“ zu

initiiert begann und dessen Ökoworld-Fonds nun begeistert ausgezeichnet werden, weil sie gute Renditen aufweisen. Konsequenterweise ausgeschlossen sind nicht nur Investitionen in Unternehmen, die Raubbau an der Umwelt betreiben, sondern auch die, die Menschenrechte verletzen, die auf Kinderarbeit, Zwangsarbeit, Waffen, Atomenergie und Chlorchemie setzen. Platow war „Man of the Year 2012“ des Anlegermagazins „Cash“, Gewinner des Deutschen Fondspreises 2013, 2014 und 2016. Seit dem zweiten Mai 1996 setzt sein „Ökoveision Classic C“ auf nachhaltige Investments. Seine Ökoworld-Aktienfonds verwalten rund 700 Millionen Euro, bei aller Gutmenschlichkeit streng auf Rendite ausgerichtet. Und die Sätze von Frau Merkel dürften ihm gefallen.

Nachhaltiger Nachfrageanstieg

Auch Thomas Jorberg dürfte sich darüber gefreut haben. „Wir begrüßen derzeit jeden Monat knapp 2000 neue Kunden“, sagt der Vorstandschef der GLS Bank, einer Bank, die neben den Kirchenbanken, der Triodos Bank, der EthikBank und der UmweltBank als eines der wenigen deutschen Bankhäuser nicht nur einzelne Anlageprodukte, sondern die gesamte Geschäftstätigkeit auf sozial-ökologische Werte ausrichtet und damit spätestens seit der Katastrophe von Fukushima einen nachhaltigen Nachfrageanstieg erfährt.

Beim Branchenverband Forum Nachhaltige Geldanlagen e.V. (FNG) ist man der Bundeskanzlerin aufrichtig dankbar für ihre klaren Worte. „Auch Frau Merkel hat

erkannt, dass die privaten Anleger nachhaltige Angebote suchen“, freute sich Claudia Tober, die Geschäftsführerin, gegenüber zifferdrei, und prognostiziert davon unabhängig ein weiteres Wachstum ihrer Branche.

Doch woher stammt die Nachfrage? Wie hoch sind die Renditen solcher Anlagen? Und was muss ich beachten, wenn ich mich nicht mehr nur für den reinen

Es gibt keine Mindeststandards, die festlegen, ob eine Geldanlage als nachhaltig bezeichnet werden darf.

Wertzuwachs interessiere, sondern auch dafür, wie sauber dieser zustande kommt?

Mehr als 300 nachhaltige Investmentfonds gibt es in Deutschland. Allein im letzten Jahr stieg das Anlagevolumen um knapp 33 Prozent auf 20,6 Milliarden Euro. Zwar war das Gesamtvolumen im Vergleich zu allen anderen Fonds (rund 2,2 Billionen Euro verteilt auf 12.000 Fonds) noch immer sehr klein, aber das Wachstum im Vergleich zu den neun Prozent aller deutlich höher.

„Die Hauptmotive für den Anstieg des Interesses sind ganz vielfältig“, sagt Monika Pietsch-Hadré, die bei der Verbraucherzentrale Bremen das Projekt „Gut fürs Geld, gut fürs Klima“ mitbetreibt. Die globalen Themen Klimawandel, Atomkraft, Umweltverschmutzung seien keine exotischen Themen mehr, sondern Mainstream. Das allgemein niedrige Zinsniveau führe eher dazu, zu gucken, was inhaltlich hinter den bisherigen Finanzanlagen stecke und das erhöhe die Bereitschaft zu Alternativen. Die Finanzkrise habe das Vertrauen in die Seriosität der Banken gesenkt. Außerdem sei mit klassischen Geldanlagen, die in enger Verbindung mit dem gefallen Ölpreis stehen, nicht so viel Geld zu verdienen. „Ich halte das nicht nur für eine Modeerscheinung, sondern für ein Ergebnis gesellschaftlichen Wandels“, sagt Pietsch-Hadré. „Es gibt für alle Produktbereiche von der Sparanlage mit geringem Risiko, über Rentenfonds, Aktienfonds bis hin zu Direktinvestments mit vergleichsweise hohem Risiko auch nachhaltige Produktalternativen im Angebot, für die man sich entscheiden kann.“

Und die Rendite?

Und die Rendite? „Es gibt keinen Widerspruch zwischen Rendite und nachhaltiger Geldanlage. Wenn man einen langen Atem hat und seine Anlagen und das Risiko weit genug streut, sind nachhaltige Anlagen nicht schlechter als nicht

nachhaltige“, so Pietsch-Hadré. Darauf verwiesen auch Studien. Manche Studien zeigen sogar ein leichtes, moderates Plus.

Schon 2007 hat die Börse Hannover zusammen mit der Ratingagentur Oekom Research mit dem Global Challenges Index (GCX) einen eigenen Nachhaltigkeitsindex ins Leben gerufen. In der Zeit seit seiner Auflegung am 3. September 2007 bis zum 31. März 2016 verbuchte er ein Plus von 84 Prozent. Der Dax verzeichnete im selben Zeitraum einen Zuwachs von rund 33 Prozent, der MSCI World von 61 Prozent.

Klar dürfte sein: Wer als Privatperson in den Markt einsteigt, beschäftigt sich auch mit Fragen, mit denen sich bisher vor allem institutionelle Anbieter beschäftigen, Pensionsfonds, Stiftungen. Deren strategische Investments haben auch mit Paris 2015 zu tun. Mit dem Klimaabkommen. In Frankreich hat die Weltgemeinschaft beschlossen, den globalen Temperaturanstieg auf höchstens zwei Grad begrenzen zu wollen. Der Übergang zu einer saubereren, emissionsarmen Wirtschaft soll gestaltet werden und mit ihm eine Transformation gelingen: die Reduktion oder Abkehr von fossilen Brennstoffen, die Entwicklung grüner Produktionsweisen und Technologien, die Veränderung unserer Präferenzen im Konsum.

Schon sind die Rockefellers – Ende des 19. Jahrhunderts durch Erdöl schwer reich geworden – mit ihrem Fonds aus ihrem Stammgeschäft ausgestiegen, schon verkauft der norwegische Pensionsfonds rund einhundert Unternehmen aus dem Energie- und Bergbausektor. Das überaus öffentlichkeitswirksame und zugleich reputationsreinigende Signal: „Böse“ Industriezweige sind für die gute Zukunft der Welt untragbare Geschäftsmodelle.

Grün und gut – auch für private Anleger?

Wenn institutionelle Anleger auf grün und gut setzen, wäre es da nicht Zeit für grünes Licht auch für die privaten Anleger? So könnte man argumentieren. Das macht auch der FNG.

Doch was raten die Verbraucherschützer? Zu allererst: Geschmack und Risiko definieren. Ökonomisch. Und ökologisch. Monika Pietsch-Hadré: „Prinzipiell gilt für jede nachhaltige Geldanlagestrategie das gleiche Dreieck wie für jede andere Geldanlage. Rentabilität, Sicherheit und Verfügbarkeit.“ Hinzu kommt dann eine weitere Komponente, die des eigenen Nachhaltigkeitsverständnisses. Welche Nicht-Nachhaltigkeit möchte ich überhaupt noch dulden? Bin ich eher strikt oder pragmatisch? Was heißt in meinem Angebot der Ausschluss von Gentechnologie? Und was bedeutet grüne Gentechnologie in dem der Konkurrenz?

Üblicherweise wird die Nachhaltigkeit eines jeden Fonds an so genannten ESG-Kriterien bemessen

5

Checkpoints für sichere nachhaltige Geldanlagen

1) Anlagestrategie definieren

Es gilt das gleiche Dreieck aus Rendite, Sicherheit und Verfügbarkeit wie bei allen anderen Geldanlagen. Niedrige Risiken bergen Sparanlagen oder breit gestreute offene Aktienfonds – vergleichsweise hohe Risiken direkte Beteiligungen: geschlossene Fonds und Genussrechte.

2) Das eigene Nachhaltigkeitsverständnis überprüfen

Investitionen in welche Branchen und Industrien kommen für mich nicht in Frage?

3) Nachhaltigkeitsvorstellungen abgleichen

Wie seriös ist das nachhaltig-ökologische Verständnis des Investments definiert? Wer kontrolliert die Einhaltung der Ausschlussversprechen? Sich im Zweifel an den ethischen und ökologischen Banken orientieren.

4) Kosten-Check

Die fälligen Gebühren für nachhaltige Geldanlagen variieren von Anbieter zu Anbieter beträchtlich.

5) Rendite-Check

Die Wertentwicklung eines nachhaltigen Fonds muss laut Studien mit der eines normalen Fonds mithalten können. Nicht aus falsch verstandener Treue an einem schlechten Investment festhalten.



Smartphonehersteller Fairphone, Getränkeproduzent Lemonaid: Nachhaltige Geschäftsmodelle liegen im Trend.

Foto: Fairphone / Lemonaid Beverages GmbH

Mehr als
300
nachhaltige
Investmentfonds

mit 20,6 Milliarden Euro
Anlagevolumen
gibt es in Deutschland.

(Environment, Social, Governance). 800 verschiedene Merkmale umfasst der Katalog, deren Anwendung sich jedoch von Anlage zu Anlage unterscheidet.

Ein sehr großes Spektrum an Anlageformen kommt so zustande: Indem in bestimmte Branchen nicht investiert wird, zum Beispiel in Atomkraft, Pornografie oder Rüstung. Indem in ganz gezielte Branchen und Bereiche investiert wird, zum Beispiel in erneuerbare Energien oder Bildung. Oder indem in Unternehmen investiert wird, die gemessen an ethischen und ökologischen Kriterien die besten ihrer Branche sind, aber im Zweifel eben doch nicht zu wirklich nachhaltigen Industrien gehören. Oder indem die Investoren über die Gremien der Unternehmen gezielt auf das Management Einfluss ausüben und es ermutigen, seine sozialen und ökologischen Aktivitäten zu erhöhen.

Das Problem? Die Dehnbarkeit der Begriffe. „Es gibt in den letzten Jahren immer mehr Anbieter und Fonds, die sich als nachhaltig bewerben, aber es gibt keine Mindeststandards oder gar ein unabhängiges Verbraucherlabel,

„Ökologie muss auch ökonomisch sein, sonst macht es keinen Sinn.“

wann eine Geldanlage so bezeichnet werden darf und wann nicht“, warnt die Verbraucherschützerin Pietsch-Hadré und formuliert es vorsichtig: „Die Tiefe der Nachhaltigkeit ist sehr unterschiedlich. Es gibt Anbieter, die sagen sehr genau, was sie tun. Andere sind sehr schwammig.“

Man sollte besser nicht grün hinter den Ohren sein, wenn man ein Geschäft abschließt. Lieber informiert. Oder wie es die Verbraucherschützerin sagt: Wer sich bei dem Angebot seines Anbieters nicht sicher sei, könne dieses an den Anlagerichtlinien der rein ethischen und ökologischen Banken abgleichen. Diese böten oft eine gute Bewertungsgrundlage. ■

Titel Krankenhäuser sind bekanntlich Energieschleudern. Mit dem Green Hospital werden ökologische und nachhaltige Konzepte etabliert. Bayern belohnt den Einsatz von LED-Leuchten bis hin zum Blockheizkraftwerken sogar mit einer eigenen Auszeichnung. Ein Wettbewerbsvorteil auf dem hart umkämpften Klinikmarkt?

Text: Nicola Sieverling

Ökologische Krankenhausführung – lohnt sich das?



Der Plan für das beschauliche Örtchen Meisenheim an der Glan in Rheinland-Pfalz klang kühn: Aus der Akutklinik mit drei Gebäudekomplexen, erbaut in den 50er und 60er Jahren und zum Teil zwei Kilometer voneinander entfernt, sollte eine moderne Versorgungseinrichtung werden. 40 Millionen Euro wurden in dieses Zukunftskonzept gesteckt. Das Ziel von Krankenhaussträger – dem Landeskrankenhaus (AÖR) – und dem Gesundheitsministerium war jedoch nicht nur die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung im ländlichen Raum: Die Glantal-Klinik mit einem nachhaltigen Konzept in Ökologie, Ökonomie und Sozialem sollte mit dem Start der Baumaßnahmen 2012 als Leuchtturmprojekt etabliert werden – das erste Green Hospital für Rheinland-Pfalz. Genutzt wurden alle Elemente des DGNB-Zertifikats (Deutsche Gesellschaft für nachhaltiges Bauen) und die Planungen an die speziellen Anforderungen angepasst. Ein Holzpelletkessel für ein nachhaltiges Energiekonzept, LED-Technik für die Reduzierung des Stromverbrauchs, eine optimierte Wärmedämmung der Fassade und ein thermisches Komfortkonzept für alle Jahreszeiten im Gebäude.

Dieser Beitrag zum Klimaschutz und zur Ressourceneffizienz zahlt sich für die Glantal-Klinik in barer Münze aus, denn die erste Bilanz ein Jahr nach Inbetriebnahme ist erfolgsversprechend. Die Kosten für Heizenergie konnten um mehr als 60 Prozent gesenkt werden. Noch 2014 betrug die Rechnung für Gas 86.500 Euro, im Jahr 2015 für Gas und Pellets 68.500 Euro. Umgerechnet auf die Fläche waren dies im Altbau 11,23 Euro – im Neubau nur noch 4,29 Euro pro Quadratmeter. „Wir benötigen im Neubau nur noch 30 Prozent der Heizwärme. Die Einsparungen wurden mit einer höheren Wärmedämmung der Fassade, Dreifachverglasung und einer kontrollierten Be- und Entlüftung erzielt“, erklärt Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer Landeskrankenhaus (AÖR). Die ökologische Krankenhausführung mit neuer Infrastruktur spare an den wesentlichen Stellen Ressourcen ein. Die Akutklinik mit 150 Betten kann sich jetzt mit dem DGNB Zertifikat in Gold schmücken. Mehr Green Hospital geht nicht.

Energiebedarf wie eine Kleinstadt

Für den Heilungsprozess ihrer Patienten benötigen Krankenhäuser viel Energie. Je nach Alter und Nutzung der Gebäude liegt der Energiebedarf bei mehreren hundert Kilowattstunden je Quadratmeter und Jahr. Der kontinuierliche Betrieb über 24 Stunden macht den Verbrauch großer Häuser dem einer Kleinstadt vergleichbar. Anhaltender Kostendruck und steigende Energiepreise lassen Klinikleitungen nach Auswegen suchen. Und

die verbergen sich hinter dem Slogan Green Hospital, mit dem nachhaltige Energiekonzepte implementiert werden können. Die Kombination von umweltfreundlichen Energiequellen wie Solarzellen, Holzpellet- oder Blockheizkraftwerken, macht unabhängig von Energielieferanten und deren Preisdiktat und leistet einen Beitrag zum Klimaschutz. Der Begriff Nachhaltigkeit prägt zunehmend unsere Gesellschaft – grüne Akzente im Klinikalltag sind sozusagen „in“. Die Industrie bietet Komplettlösungen, moderne technische Alternativvarianten und

„Nur umweltbewusst wirtschaftenden Krankenhäusern wird es in Zukunft gelingen, medizinische Höchstleistungen zu tragbaren Kosten zu erbringen.“



Patientenzimmer der Zukunft mit Hightech

Die Asklepios Kliniken als bundesweiter Vorreiter für das Thema Green Hospital steckten gemeinsam mit 20 Partnerunternehmen über zwei Jahre Forschung und Entwicklung in den ROOM 2525[®], einem Patientenzimmer voller Innovationen und technischer Highlights. Es vereint zeitgemäßes Design, Wohlfühlatmosphäre und Patientenfreundlichkeit mit Barrierefreiheit, höchsten hygienischen Ansprüchen und optimalen Bedingungen für Medizin und Pflege. Intelligente Beleuchtungs- und Akustikkonzepte, digitale Vernetzung und Umweltverträglichkeit setzen ebenfalls einen neuen Standard in der stationären medizinischen Versorgung. „Komfort, Sicherheit, Individualität, Schutz der Privatsphäre und aus beispielsweise der Hotellerie gewohnte Serviceleistungen rücken zunehmend in den Fokus. Dies trägt auch zu einer schnelleren und letztlich besseren Genesung bei“, sagte Dr. Wolfgang Sittel, Leiter Konzernbereich Architektur und Bau bei Asklepios, bei der ersten öffentlichen Präsentation des ROOM 2525[®] im Mai dieses Jahres. Die Reaktionen der Patienten sind durchweg positiv.

Foto: obs/Asklepios Kliniken

einfach umzusetzende Maßnahmen an.

Beispielsweise den Einsatz von Energiesparleuchten, die Stromkosten und CO₂-Verbrauch deutlich senken. Die Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee setzt mit ihrem Neubau nicht nur auf gesundheitsfördernde Architektur und das hauseigene Rechenzentrum als ergänzende Wärmequelle. Die Engineeringexperten der weltweit agierenden Beraterfirma Drees & Sommer tauschen die herkömmliche Langfeldleuchte mit einer modernen LED-Beleuchtung. Die Berechnungen für ein typisches

Patientenzimmer von 20 Quadratmetern zeigen eindrucksvoll die Wirkung von punktuellen Einzelaktivitäten: Der Energieverbrauch der LED-Beleuchtung liegt bei 35 Prozent bezogen auf den Verbrauch der Langfeldleuchte. „Der Return of Invest liegt bei circa vier Jahren“, so Markus Treiber, Associate Partner bei Drees & Sommer. Er und seine Kollegen begleiteten den Zertifizierungsprozess der Schön Klinik von der DGNB-Pilotphase bis zur begehrten Auszeichnung in Platin im April dieses Jahres. Die hohen Qualitätsanforderungen wurden vor allem durch ein ausgeklügeltes Raumkonzept erreicht. „Der Patient kann seine Raumtemperatur selbst einstellen. Das steigert den Komfort besonders in der wärmeren Jahreszeit und sorgt somit für eine schnellere Genesung“, betont Mark Daub, Projektpartner bei Drees & Sommer.

Das Green Hospital als Wettbewerbsvorteil auf dem hart umkämpften Klinikmarkt? Die Patienten entscheiden sich wegen der guten medizinischen Leistungsangebote und der Kompetenz der Ärzte für ein Klinikum. Einen unmittelbaren Einfluss hat ein ökologisch ausgerichtetes Krankenhaus demnach nicht bei der Wahl. Dennoch sind Kriterien wie Raumklima, lösungsfreie Wandfarben mit Wohlfühlcharakter und eine qualitätsvolle Außengestaltung ein „add on“ für Patienten. „Der Mensch wird als Ganzes wahrgenommen. All diese Maßnahmen sind ein Zeichen der Wertschätzung“, ist sich Prof. Heinz Lohmann aus Hamburg sicher. Investitionen in nachhaltige Prozesse sorgen zudem für ein attraktives Arbeitsumfeld und erhöhen das Renommee einer Klinik. In Zeiten des Fachkräftemangels ein nicht zu unterschätzendes Kriterium. Gerade junge Fachkräfte schätzen engagierte Arbeitgeber, die sich eine ökologische Betriebsführung auf die Fahnen geschrieben haben. „Das Green Hospital kann auch eine Marke stützen, aber nicht kreieren. Medizin und Ergebnis müssen stimmen“, ergänzt der anerkannte Berater für die Gesundheitswirtschaft.

Dennoch hält sich hartnäckig das Gerücht, dass eine umweltfreundliche Ausrichtung der Kliniken in der Bilanz nur Geld kostet. Ohnehin, so ist aus manchen Geschäftsetagen von Krankenhäusern zu hören, könne sich nicht jeder Träger einen Neubau leisten, um auf der grünen Wiese energieeffiziente Konzepte vom Keller bis zum Dach zu implementieren. „Wir müssen als Krankenhaus profitabel bleiben. Unser Job ist es, Menschen gesund zu machen“, lautet unisono der Einwand der Skeptiker am Green Hospital-Gedanken. Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer Landeskrankenhaus (AÖR) hält nach seinen Erfahrungen mit der Neuausrichtung der Glantal-Klinik dagegen: „Aus meiner Sicht lohnt sich eine Investition in ökologische und nachhaltige Prozesse. Man darf sie allerdings nicht ausschließlich in Euro und Cent bewerten.“ Auch kleinere

Standorte könnten von diesen modernen Strukturen profitieren. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gibt zu bedenken, dass für Investitionen in den Umweltschutz eine Startinvestition benötigt werde, die sicherlich für manches Krankenhaus aufgrund der aktuellen finanziellen Lage eine hohe Hürde darstelle. „Grundsätzlich lohnt sich diese Startinvestition aber und dürfte langfristig zu Einspareffekten, in jedem Falle aber zu positiven Effekten für eine gesunde Umwelt führen“, betont Georg Baum.

Bayern als bundesweites Vorbild?

Das kann Ministerin Melanie Huml, in Bayern zuständig für Gesundheit und Pflege, nur bestätigen. Ihre vor vier Jahren gestartete Green Hospital Initiative mit der Auszeichnung an Krankenhäuser des Landes für ökologische Krankenhausführung erfreut sich stetiger Nachfrage. Mittlerweile nutzen nach einer aktuellen Umfrage des Staatsministeriums 103 Kliniken in Bayern ein Blockheizkraftwerk und 33 Kliniken eine Photovoltaikanlage zur Stromgewinnung. 23 Krankenhäuser haben eine Umweltzertifizierung nach DGBN, EMAS (Eco-Management and

Je nach Alter und Nutzung der Gebäude liegt der Energiebedarf einer Klinik bei mehreren hundert Kilowattstunden je Quadratmeter und Jahr.

Audit Scheme) oder ISO 14001 bzw. 50001 erhalten. In der „Best Practice Datenbank“ auf der Homepage des Ministeriums stellen bisher 23 Krankenhausbetreiber über 100 umweltschonende Maßnahmen bereit – zur Nachahmung empfohlen. Wer sich inspirieren lassen möchte, kann auch online im Maßnahmenkatalog blättern, der Möglichkeiten und Ideen für ein nachhaltig ausgerichtetes Krankenhaus bietet. „Schätzungen zufolge könnten die bayerischen Krankenhäuser allein durch energetische Verbesserungen jährlich eine mögliche Einsparung von rund einer Million Tonnen CO₂ realisieren“, rechnet Ministerin Melanie Huml vor. Sie ist sich sicher: „Nur umweltbewusst wirtschaftenden Krankenhäusern wird es in Zukunft gelingen, medizinische Höchstleistungen zu tragbaren Kosten zu erbringen.“

Das Bezirkskrankenhaus (BKH) Kempten dürfte somit rosigen Zeiten entgegen sehen. Als eines von 14 mit dem „Bayerischen Gütesiegel“ ausgezeichneten Krankenhäusern hat es sich der nachhaltigen Umweltpolitik verschrieben. Bezirkskrankenhaus und Klinikum verbindet nun eine gemeinsame Eingangshalle, Rezeption sowie eine zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme. „Damit wird die Entstigmatisierung psychiatrischer Patienten gefördert. Durch die räumliche Nähe zum Klinikum vermeiden wir außerdem unnötige Fahr- und Transportwege“, sagt Wilhelm Egger, Regionalleiter Süd der Bezirkskliniken Schwaben, unter deren Dach sich das BKH befindet. Dreifachverglasungen der Fenster, Vitallicht für die tageslichtabhängige Beleuchtung sowie der große Anteil von außenliegenden Fluren mit Tageslicht sollen den Energieaufwand reduzieren.

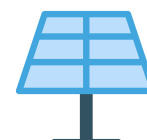
Ökologisches Krankenhausmanagement braucht einen Masterplan mit ganzheitlicher Betrachtung für den „Energie-Check.“ „Auditoren, die diesen Veränderungsprozess begleiten, sollten den ganzheitlichen Blick für das Projekt haben. Das ist auch wichtig für die Budgetneutralität“, sagt Markus Treiber von Drees & Sommer. Siemens Healthineers bietet in Zusammenarbeit mit Siemens Building Technologies seit über fünf Jahren Beratungsleistungen mit einer strukturierten Klinikanalyse für das ungenutzte Potential im Bereich Strom und Wärme an. Der Fokus liegt in Deutschland auf Bestandsbauten mit jahrzehntelangem Investitionsstau. „Hier lohnt sich der Blick auf Bereiche wie Energieeffizienz. In einigen Bundesländern gibt es zudem Förderprogramme, die im Rahmen von Umbau und Sanierung Beratungsleistungen bezuschussen“, weiß Prof. Okan Ekinci, Leiter Healthcare Consulting der Sparte Healthineers.

Beschaffungsprozesse überdenken

Umweltbewusste Klinikbetreiber können auch an anderen Stellschrauben drehen. Der prüfende Blick lohnt sich gerade auf Beschaffungsprozesse für Verbrauchsmaterial und medizinische Geräte. Der Einsatz von umweltfreundlichen Medizinprodukten bietet Kliniken heute die Möglichkeit der bestmöglichen Nutzung von Ressourcen. Beispielsweise kann ein 3T MR-Scanner wie der MAGNETOM Prisma bis zu 96 Prozent recycelt werden. „Zuvor maximieren wir dessen Nutzungsdauer im Markt durch unser Ecoline Programm. Hierbei werden Systeme von Siemens Healthineers nach einem ersten Einsatzzyklus zurückgekauft, wiederaufbereitet und im Markt angeboten“, erklärt Prof. Okan Ekinci von Siemens.

Im operativen Alltagsgeschäft gerät die intensive Beschäftigung mit diesen strategischen Fragen jedoch oftmals in den Hintergrund. „Es kann nicht nur darum gehen, billig einzukaufen und viel Abfall und Sondermüll zu produzieren. Klinikmanager müssen stärker begreifen, dass ein ökologischer Prozess auch ein ökonomischer Prozess ist“, mahnt Berater Prof. Heinz Lohmann. Wer Systempartnerschaften mit externen Experten eingehe, könne sich intensiv mit dem Kerngeschäft der Kliniken beschäftigen. „Wir sind im Übergang zur dritten Managementgeneration, die eine ganzheitliche und nachhaltige Betrachtungsweise anstrebt“, ergänzt Lohmann. Auch er weiß, dass mit viel Engagement langfristig strategische Ziele erarbeitet und formuliert werden – und letztlich in der Umsetzung am Jahreswirtschaftsplan scheitern. Dr. Gerald Gaß von der Glantal-Klinik in Meisenheim hat bei seiner Konzeption zum Green Hospital ähnliches erlebt. „Wir brauchen mehr Manager, die mit Visionen arbeiten und diese schrittweise umsetzen, ohne das große Ziel aus den Augen zu verlieren.“ ■

Ansatzpunkte ökologischer Krankenhausführung:



Energiequellen



Beleuchtung



Raumklima



Medizinprodukte



Umweltzertifizierung

Tilgners Bericht aus Berlin Die regulierende Hand des Staates wird in der Gesundheitspolitik immer stärker. Dabei wäre es durchaus angebracht, der Selbstverwaltung mehr Freiheit zu lassen.

Text: **Stefan Tilgner**

Zeit für den „Reset“-Knopf

Um die GOÄ, Skandale um Personalien, Bezüge, Immobilienkäufe, scheint nach dem Bundesärztetag und der KBV-Vertreterversammlung wieder Ruhe eingekehrt. Keine Abwahl des Kammerpräsidenten, kein Staatskommissar, der das gesamte Geschäft der KBV übernimmt. Aus dem Hamburger Konzerthaus klangen – auch vom angereisten Bundesgesundheitsminister – überwiegend sanfte Töne. Ist der Ärzteschaft mit all ihren aktuellen Problemen der Druck auf die „Reset“-Taste hin zu einer funktionierenden und hoch respektierten Selbstverwaltung gelungen? Zweifel sind angebracht.

Wie in einem langsamen Räderwerk mahlen die Mühlen der Gesundheitspolitik weiter. Und die Rahmenbedingungen, die auf dem Berliner Parkett zumindest diskutiert werden, sind keinesfalls so, dass sie einer starken freiberuflichen Selbstverwaltung dienen. Die regulierende Hand des Staates steht hinter den Zeilen des Entwurfs eines KBV/GKV-Kontrollgesetzes. Auf dem Papier klingt das so: „Ziel der geplanten gesetzlichen Maßnahmen ist, die Kontrolle der Mitglieder der Selbstverwaltung zu stärken und die staatliche Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung, insbesondere die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss, den medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, wirksamer auszugestalten“. Kurzum: Aus den Körperschaften würden aufgrund einer durchgreifenden staatlichen Kontrolle, die von der Rechtsaufsicht (Einhalten der Gesetze) auf die praktische Fach- und Sachaufsicht erweitert würde, Institutionen, die nicht mehr wie bisher als untergesetzliche Normgeber wirken könnten, sondern der rein praktischen Normgebung des täglichen



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

Politikbetriebes unterstellt würden. Auch das Ministerium sollte hier wohl den „Reset“-Knopf drücken.

Also Neuanfang gleich auf mehreren Ebenen? Wünschen würde man es dem Gesundheitswesen. Die Komplexität des gesundheitspolitischen Alltags hat nicht zuletzt durch die Gesetz- und Regelungswut derart zugenommen, dass die traditionellen Institutionen ihrem Auftrag, die Versorgung zum Wohle der Patienten und zur Unterstützung der gesundheitserschaffenden Berufe, nicht immer klar im Visier haben.

Valide Daten für die GOÄ-Novelle

Offensichtlich war das auch bei der Ausarbeitung der GOÄ der Fall. Unterstützung kommt da aber direkt aus der Ärzteschaft. Mit Gründung eines GOÄ-Instituts wollen

Das hohe Niveau des Gesundheitssystems muss erhalten bleiben.

die PVS und die Stiftung Privatmedizin die Arbeiten rund um den GOÄ-Novellierungsprozess unterstützen. Ziel der Einrichtung ist es, mögliche Informations-Asymmetrien zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern in Bezug auf die GOÄ zu beseitigen. Denn nur eine auf validen Daten basierende, allseits anerkannte GOÄ-Novelle bildet die Grundlage für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis und damit für den Erhalt des hohen Niveaus des Gesundheitssystems in Deutschland.

Veranstaltungen

SEPTEMBER 2016

Mi
07
SEP
SEMINAR **GOÄ Grundlagen**
Limburg
PVS Limburg-Lahn ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912119

Mi
07
SEP
WEBINAR **BG-Abrechnung**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-westfalen.de ☎ 02533 299126

Mi
14
SEP
SEMINAR **Honorarvereinbarungen und
Behandlungsverträge**
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

OKTOBER 2016

Mi
12
OKT
SEMINAR **GOÄ/EBM Präventionsleistungen in der
Arztpraxis Teil 1**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi
19
OKT
SEMINAR **Chirurgie Teil 2 – Operationen**
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Mi
26
OKT
SEMINAR **Erfolgreiches IGeLn – Teamwork zwischen Arzt
und Praxis-Team**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 2555539

Mi
26
OKT
SEMINAR **Persönliche Leistungserbringung/
Wahlleistungsvereinbarungen und individuelle
Vertreterregelung**
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

NOVEMBER 2016

Mi
09
NOV
KONFERENZ **Rechtsberatertagung**
Dresden
PVS Verband ✉ verband@pvs.de ☎ 030 28049630

Mi
23
NOV
SEMINAR **Einführung in das Qualitätsmanagement
für die Arztpraxis**
Oldenburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Mi
23
NOV
SEMINAR **GOÄ-intensiv Teil 1**
Mannheim
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Mi
30
NOV
SEMINAR **GOÄ-intensiv Teil 2**
Mannheim
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Auch bei der KBV gibt es neue Denkansätze. Mit dem Konzept „KBV 2020“, das die Vertreterversammlung jetzt verabschiedete, bekennt man sich erstmals zu einem guten Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen in der ambulanten Versorgung. Sogar gemeinsame Modelle der kooperativen Sicherstellung in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern kann man sich vorstellen. Ohne freilich den generellen ambulanten Sicherstellungsauftrag in Frage stellen zu wollen. Auch das Primärarztprinzip stellt man zur Diskussion. Und zwar soll durch eine Erweiterungsoption in der gesetzlichen Krankenversicherung der Patient mehr Möglichkeiten bekommen, sich fallbezogen durch das Versorgungssystem zu bewegen. Er erhält faktisch durch eine zu finanzierende Zusatzoption die Möglichkeit, den Ablauf seiner vertragsärztlichen Versorgung individueller zu gestalten. Wie dieses rein praktisch aussehen könnte, wird zurzeit diskutiert. Man darf gespannt sein. Winken da vielleicht Ideen wie das vor einigen Jahren vom PVS Verband mitentwickelte Gesundheitskonto in neuer Verpackung am Horizont? Auf jeden Fall ist es begrüßenswert, dass die Ärzteschaft hier aktiven Gestaltungswillen demonstriert.

Wahlkampfthema Bürgerversicherung

Die Geister, die eine aktive und schon gar auf freiberuflicher Basis organisierte Ärzteschaft ungefähr so gerne mögen wie der Teufel das Weihwasser, sehen unterdessen im Vorfeld der kommenden Wahlen die Chance, ihre Ideen von einer Abschaffung oder Beschränkung des dualen Krankenversicherungssystems neu zu präsentieren. Wurde bei den letzten Wahlen die Karte der Zwei-Klassen-Medizin und ungleicher Versorgung gespielt, will man nun offenbar versuchen, die PKV durch die Bezahlbarkeit, den angeblich fehlenden Solidarfaktor und andere eigentlich längst abgegraste Themen ins Abseits zu stellen. Wahlforscher sehen in der gegenwärtigen gesamtpolitischen Situation durchaus die Möglichkeit, die sozialpolitische Karte zu reizen. Es kommt also auch hier auf eine klare und zielsichere Argumentation an, damit der Geist der Einheitsversicherung in der Flasche bleibt.

Bei all diesen Szenarien spielt die tragende Säule unseres Gesundheitssystems, nämlich die autarke, selbstbewusste und auch unregulierte Selbstverwaltung eine große Rolle. Damit wäre man wieder beim Gesetzesentwurf aus dem Hause Gröhe. Statt – wie Gröhes Lippenbekenntnis noch bei seiner Rede auf dem Deutschen Ärztetag – ein „deutliches Signal zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung“ zu setzen, sehen die Institutionen sich faktisch mit der Streichung des Begriff „Selbst“ vor „Verwaltung“ konfrontiert. Erweitert werden soll die derzeitige Rechtsaufsicht in eine Fachaufsicht. Vorstandsverträge sollen nur nach vorheriger Zustimmung erfolgen und das bisher geltende aufsichtsrechtliche Beanstandungsrecht bei der Haushaltsaufstellung will man durch einen Genehmigungsvorbehalt ersetzen. Damit wäre die heutige Selbstverwaltung praktisch ein Spielball des politischen Windchills. Aber wie es so mit Gesetzen ist: Manche dümpeln in die nächste Legislaturperiode hinein und mutieren zu staubigen Akten. ■

Event Feierlicher Rahmen für den Jahresempfang des PVS Verbandes: Das historische Stadtbad in der Oderberger Straße im Szenekiez Prenzlauer Berg.

Fotos: Georg Lopata / Axentis

Zu Wasser und doch zu Land

Möglich war das an einem ganz besonderen Ort. Das denkmalgeschützte Stadtbad in der Oderberger Straße ist nach vierjähriger Renovierungszeit als Eventlocation wiedereröffnet worden. Hydrauliktechnik wirkt ein wahres Wunder. Der Schwimmbadboden kann nach oben gefahren werden und so die Schwimmhalle in einen extravaganteren Veranstaltungsort verwandeln. Anfang Mai hatte der PVS Verband hier zum Jahresempfang eingeladen. „Heute stellen wir unter Beweis: der PVS Verband hat auch auf dem Wasser festen Boden unter den Füßen“, sagte Dr. Jochen-Michael Schäfer, Vorstandsvorsitzender des PVS Verbandes, in sein Begrüßungsrede. Gäste aus Gesundheitspolitik und -wirtschaft, aus ärztlichen Standesorganisationen, Fach- und Berufsverbänden fühlten sich sichtlich wohl. Bis in den späten Abend wurden intensive Gespräche geführt. ■



Herbert Pfnennig und Ulrich Sommer (apoBank).



Tobias Nowoczyn und Dr. Esther Freese (Bundesärztekammer) mit Dr. Thomas Drabinski (IfMDA).



Mark Barjenbroich (KVN), Dr. Christian Albring (BVF) und Dr. Andreas Gassen (KBV).



Wilfried Reischl (BMG) und Dr. Jochen-Michael Schäfer (PVS Verband).



Oliver Lowens (HÄVG) im Gespräch mit PVS-Verbandsführer Stefan Tilgner.



Dr. Jochen-Michael Schäfer begrüßt den Vizepräsidenten des Deutschen Bundestages Johannes Singhammer.

Abrechnung In der Gebührenordnung für Ärzte gibt es mit den Nummern 48, 50, 51 und 52 gleich vier verschiedene Gebührenordnungspositionen für Besuche. Doch wann muss welche Nummer angesetzt werden und welche Leistungen können zusätzlich berechnet werden?

Text: Dr. Jörg Schellenberger

Besuche richtig abrechnen

Grundsätzlich wird der Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation nach **Nummer 48** abgerechnet. Diese Nummer beinhaltet bereits eine Beratung nach Nummer 1. Eine symptombezogene oder körperliche Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 kann zusätzlich berechnet werden. Angesetzt werden sollte Nummer 48 aber nur, wenn der komplette Leistungsinhalt auch tatsächlich erfüllt ist: Der Arzt besucht den Patienten auf einer Pflegestation (etwa im Alten- oder Pflegeheim) im Rahmen einer regelmäßigen Tätigkeit zu vorher vereinbarten Zeiten. Fehlt ein Element, wie beispielsweise „regelmäßige Tätigkeit“ oder „auf der Pflegestation“, kommt **GOÄ-Nummer 50** zum Zuge: Besuch einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung. Zu beachten ist, dass neben der Nummer 50 die Nummern 1 (Beratung) und 5 (symptombezogene Untersuchung) nicht berechnungsfähig sind.

Die Untersuchung nach den **Nummern 6, 7 oder 8** können neben den Nummern 48 oder 50 abgerechnet werden. Im Gegensatz zu den Nummern 50 und 51 kann bei der Leistung nach Nummer 48 auch die symptombezogene Untersuchung nach Nummer 5 berechnet werden. Wird die Nummer 50 in Kombination mit einer Untersuchung außerhalb der Sprechstunde erbracht, darf der Zuschlag A zusätzlich berechnet werden. Wird zur gleichen Zeit, in derselben häuslichen Gemeinschaft ein weiterer Patient besucht und behandelt, kann nur die **GOÄ-Nummer 51** in Ansatz gebracht werden. Leben die Patienten im Altersheim, aber jeder für sich in einer eigenen Wohnung, kommt nicht Nummer 51, sondern Nummer 50 zum Ansatz. Denn dann handelt es sich nicht um eine häusliche Gemeinschaft, sondern um eine soziale Gemeinschaft.

Gemäß den allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel B V können, unter Beachtung der Ausschlüsse, gegebenenfalls die Zuschläge nach E – H berechnungsfähig sein sowie K2 u. a. zu den Leistungen nach den Nummern 48, 50 und 51 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr.



Wegegeld

Zusätzlich zu diesen Besuchen kann **Wegegeld nach § 8 GOÄ** berechnet werden. Das Wegegeld richtet sich nach dem Entfernungsradius, berechnet von der Praxis oder der Wohnung des Arztes. Zu beachten ist, dass bei einem Besuch von mehreren Patienten in einem Heim, Alten- oder Pflegeheim oder in einer häuslichen Gemeinschaft das Wegegeld unabhängig vom Versichertenstatus (Kassen u. Privat) insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnet werden darf. Werden in einem Altenheim fünf Patienten besucht, bei denen zwei Patienten Privatpatienten sind, darf dem Privatpatienten also jeweils nur ein Fünftel des Wegegeldes berechnet werden. Besucht der Arzt allerdings in einem Hochhaus fünf Patienten in jeweils eigenen Wohnungen, wobei zwei Patienten Privatpatienten sind, darf er bei jedem dieser beiden Patienten den Besuch nach Nummer 50 sowie auch das volle Wegegeld abrechnen, eventuell zuzüglich Zuschlägen, weiteren erbrachten Leistungen und Auslagen.

Die GOÄ-Nummer, zu der **kein Wegegeld** berechnet werden darf, ist die **GOÄ-Nummer 52** (Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräumlichkeiten oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes). Auch wenn hier kein Wegegeld berechnet werden darf und die Nummer nur mit dem einfachen Gebührensatz bewertet wird, vergessen Sie bitte nicht, die gegebenenfalls bei den Patienten durchgeführten Leistungen, wie z. B. Blutentnahme, Katheterwechsel, Verbandwechsel etc., zu berechnen. ■





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

01.08.2016

Liberté, égalité, fraternité“, schallte es 1789 durch die Straßen von Paris und die Französische Revolution erhob sich. Heute ruft die ganze Welt: „Digitalization, digitalización, 数字化 (shùzìhuà)“. Die Digitalisierung bricht sich Bahn und das, was heute geschieht, ist nichts weniger als eine Revolution.

Längst ist die Digitalisierung auch in der Medizin angekommen. Sie steht auf der Agenda von Branchenkonferenzen und Kongressen, sogar des Deutschen Ethikrates.

Die Hoffnungen auf das, was die Erfassung, Zusammenführung und Auswertung von Daten in kognitiven Systemen leisten kann, sind groß. Populäre Medien titeln „Dr. Algorithmus“ und „Landarzt Dr. Google“ und prognostizieren so die Ersetzbarkeit des Arztes durch die Technik. „Es braucht nicht viel Phantasie um sich vorzustellen, wie sich Smartphones – ausgerüstet mit Sensoren – zum Hausarzt in Hosentaschenformat entwickeln“, heißt es bei einem bekannten, auf IT spezialisierten Marketingfachmann. Hier geht es nicht um Phantasie, sondern schlichtweg um Unverständnis.

Medizin braucht Wissenschaft und Intuition, Datenanalysen und Empathie, Statistik und Wissen im Zusammenspiel mit jahrelanger Erfahrung.

Die Digitalisierung wird die Medizin verändern, wie die Dampfmaschine die industrielle Produktion, den Verkehr. Daran knüpfen wir zu Recht Hoffnungen. Aber sie ist ein Werkzeug, ein Instrument. Medizin ist nicht exakte Wissenschaft, Heilung nicht mit mathematischen Algorithmen beschreib- und vorhersagbar. Medizin ist angewiesen auf das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt, der ihn begleitet, die Krankheitsgenese kennt, um das familiäre und soziale Umfeld weiß. Medizin braucht Wissenschaft und Intuition, Datenanalysen und Empathie, Statistik und Wissen im Zusammenspiel mit jahrelanger Erfahrung. Nur so kann sie erfolgreich sein.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe fragte auf der Leitmesse der Gesundheits-IT im Frühjahr: „Wollen wir Schrittmacher oder Getriebene der Entwicklung sein?“ Die Antwort muss heißen: Nein, nicht die Getriebenen. Aber diejenigen, die sich nicht überrollen lassen, die durch die Formulierung von Zielen und Strategien nutzbar machen, was Digitalisierung kann – und Grenzen setzen. ■

Personalie Nach 42 Jahren im Vorstand der PVS Limburg zieht sich Dr. Werner Brühl nun aus der aktiven Gremienarbeit zurück.

Text: **Ulrike Scholderer**

Eine Ära geht zu Ende

Mitglied der PVS wurde Dr. Brühl im Jahr 1960, als er sich mit einer Praxis für Allgemein- und Sportmedizin in Elz niederließ. 1974 wurde er in den Vorstand gewählt und schon nach Ende seiner ersten Amtsperiode wurde er erster Vorsitzender der PVS Limburg. Das blieb Herr Dr. Brühl bis zum Jahr 2007. In den vergangenen neun Jahren stand er Herrn Dr. Adalbert Schröder, seinem Nachfolger im Amte, mit Rat und Tat als Stellvertreter zur Seite.

Die PVS Limburg hat unter seiner Führung einen enormen Aufschwung gemacht. Am Anfang seiner Zeit als Vorsitzender hatte die PVS Limburg 633 Mitglieder, rund 190.000 Rechnungen wurden pro Jahr geschrieben. Heute betreut die PVS 2100 Mitglieder und die Anzahl der im Jahr erstellten Honorarabrechnungen ist auf 1,2 Millionen gestiegen. Dieses Wachstum erforderte viele mutige Entscheidungen. Unternehmerisches Geschick und Weitsicht waren notwendig, um die PVS Limburg dorthin zu führen, wo sie heute ist. Die PVS Limburg ist zwar nach wie vor in erster Linie eine berufsständische Organisation der Ärzteschaft. So war es nach der Wiedervereinigung Deutschlands für Dr. Brühl eine klare Selbstverständlichkeit, die Ärztinnen und Ärzte in Sachsen zu unterstützen. Gemeinsam mit der PVS Westfalen-Nord und der PVS Westfalen-Süd baute die Limburger PVS dort eine Verrechnungsstelle auf, die nach acht Jahren an die sächsische Ärzteschaft übergeben werden konnte. Gleichzeitig hat die Limburger PVS sich zu einem Unternehmen mit verschiedenen Tochtergesellschaften weiterentwickelt.

Kurt Weser arbeitete 27 Jahre lang als Geschäftsführer eng mit Herrn Dr. Brühl zusammen. „Diese Zusammenarbeit war von großem gegenseitigem Vertrauen getragen“, sagt Weser. Gemeinsam haben sie wegweisende Entscheidungen getroffen. Dabei ging es nicht zuletzt auch um große Investitionen, etwa beim Bau des neuen



Ehrenmitglied des PVS-Verbandsvorstandes Dr. Werner Brühl: Festes Fundament an klaren Werten. Foto: PVS Limburg

Unternehmenssitzes oder dem Ausbau der EDV. „Immer konnten wir konstruktiv miteinander die Situationen abwägen und die Weichen für eine erfolgreiche Entwicklung stellen“, so Weser.

Dr. Brühl war nicht nur in Limburg aktiv, auch auf Bundesebene hat er sich viele Jahre für die Belange der Privatärzte und der PVS eingesetzt. Ab 1985 war Dr. Brühl Mitglied des PVS-Verbandsvorstandes, von 1994 bis 2004 war er stellvertretender Verbandsvorsitzender. Im PVS Verband steht die Arbeit an den politischen Rahmenbedingungen im Vordergrund. Und die sind stets im Wandel. Während seiner aktiven PVS-Zeit wurde das Gesundheitswesen in Deutschland 17 Mal reformiert. Dr. Jochen-Michael Schäfer, Vorstandsvorsitzender des PVS Verbandes, schätzt an Dr. Brühl vor allem seine Geradlinigkeit, Verlässlichkeit und Fairness. „Dr. Brühl hat ein festes Fundament an klaren Werten – für den Arztberuf, für gesundheitspolitische Entscheidungen und auch für die Arbeit miteinander“, sagt Dr. Schäfer. „Er ist für uns ein wichtiger Kollege und Freund, auf dessen Rat wir gern hören“. Nach seinem offiziellen Ausscheiden aus dem Verbandsvorstand ernannte man ihn deshalb zum Ehrenmitglied des Vorstandes. Und in dieser Funktion wird der PVS Verband auch weiterhin von seinen Erfahrungen und seinem Wissen profitieren können. ■

Berufspolitik In Brüssel arbeiten Normierungsaktivisten an Standards für ärztliche Leistungen. Nicht mit uns, sagen deutsche Ärzte und Politiker – und formieren sich.

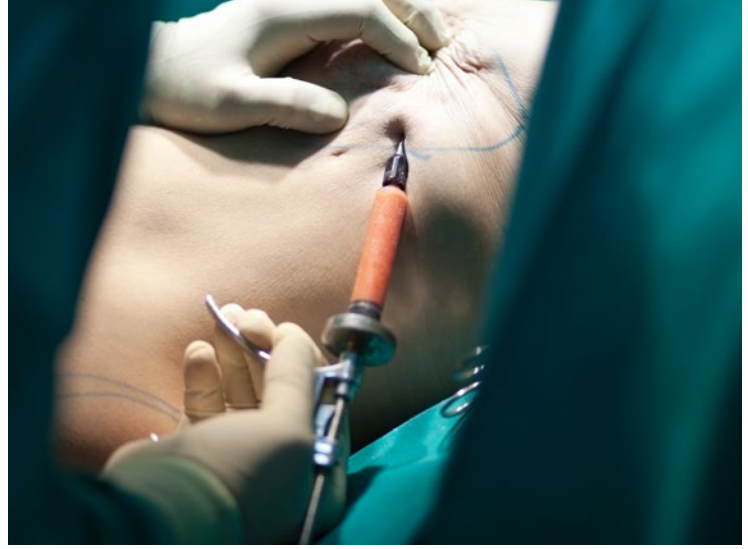
Text: Romy König · Illustration: Martin Schulz

Allianz geschmiedet



Vielleicht hat sich manch ein EU-Politiker vorgestellt, es würde so reibungslos ablaufen wie neulich bei den Hundeausbildern: Experten kommen zusammen, diskutieren in Workshops über nötige Kompetenzen, Aufgabenbereiche und ethische Codices eines ganzen Berufsstands, verabschieden ein Konsenspapier – und ernten schließlich bei Veröffentlichung reinen Zuspruch. So geschehen im Januar, als das Europäische Komitee für Normung (CEN) eine Richtlinie für das Berufsbild des Tiertrainers vorlegte. Als ein „dringend notwendiges Qualitätslabel“, befand es eine Hundeausbildlerin aus Belgien; „das dauerhafte Wohlergehen“ der Tiere werde damit gesichert, pflichtete eine deutsche Tierärztin bei. Denn schließlich: Richtlinien und Normen sind gut, sie bieten Orientierung und sorgen – gerade auf dem Dienstleistungssektor – für Sicherheit.

So weit, so strittig. Denn als das CEN vor sechs Jahren ankündigte, Normen für ausgewählte Gesundheitsdienstleistungen – zunächst für die Schönheitschirurgie – erarbeiten und damit sachliche und personelle Anforderungen für ärztliche Leistungen festlegen zu wollen, regte sich in Deutschland Widerstand: Ärztekammern, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Wohlfahrtsverbände, selbst Patientenvertreter kamen der Bitte des Gesundheitsministeriums um Stellungnahmen zu den EU-Plänen nach und betonten – selten einstimmig – ihre Ablehnung. Allen voran die Bundesärztekammer: Nach Meinung des Kammerchefs Frank Ulrich Montgomery verfügten Institutionen wie das CEN „weder über medizinische oder berufsethische Kompetenzen, noch über ein öffentliches Mandat“, um über die Ausgestaltung ärztlicher Berufsausübung zu bestimmen. Eine Normung von Gesundheitsdienstleistungen unterlaufe seiner Ansicht nach nicht nur das ärztliche Berufsrecht der EU-Mitgliedstaaten, sondern „stellt auch den berechtigten Anspruch des Patienten auf eine individuelle, vertrauensvolle Beziehung zu seinem Arzt nachhaltig in Frage“, so der Ärztefunktionär.



Chirurgische Brustrekonstruktion im OP: Wer die Norm setzt, bestimmt den Markt.

19

Verstöße gegen deutsche Regeln und Gesetze weist die europäische Norm zur ästhetischen Chirurgie aus.

Leitlinien bevorzugt

Nun sind Normen im Gesundheitswesen nichts Neues: Sie sind Basis von Hygieneplänen, sie gestalten Maßnahmen zur Qualitätssicherung, und sie regeln die Nutzung von medizintechnischen Großgeräten. Die Strahlentherapie etwa stützt sich bei der Behandlung von Tumoren auf Richtwerte, die von Normenausschüssen festgelegt werden – zur Sicherheit der Patienten. Selbst der Inhalt von Erste-Hilfe-Kästen ist in Normen festgelegt.

So funktionieren Normen



Was?

Normen sind Dokumente mit Empfehlungscharakter: Sie legen Regeln, Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse fest. Für technische Produkte enthalten sie zum Beispiel empfohlene Eigenschaften, Maße, Prüfverfahren oder Sicherheitsanforderungen.



Wer?

Erarbeitet werden Normen in nationalen, europäischen und internationalen Ausschüssen und Komitees: In Deutschland etwa in dem privatwirtschaftlichen, aber gemeinnützig organisierten DIN-Institut. Hier werden Normen-Anträge, die jedermann einreichen darf, aufgegriffen und diskutiert. Mit dem Fachgebiet Gesundheitsdienstleistungen ist am DIN der 2008 gegründete Normenausschuss Dienstleistungen (NADL) betraut. Auf europäischer Ebene sind die insgesamt 30 nationalen Normungsinstitute im Europäischen Komitee für Normung (CEN) in Brüssel organisiert. Die hier mit Mehrheitsbeschluss gefassten Normen sind für alle Mitglieder verbindlich und müssen in nationale Standards umgesetzt werden.



Wie wirksam?

Die Anwendung von Normen ist freiwillig. Allerdings können sie bindend werden, etwa wenn sie zum Gegenstand von Verträgen werden oder wenn sie in die Gesetzgebung einfließen.

In der Medizintechnik, bei Medizinprodukten und im Qualitätsmanagement seien Normen auch sinnvoll, sagt Rolf Kreienberg, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF). Doch in der Diagnostik und Therapie sollte „die ärztliche Tätigkeit nur wissenschaftlich basierten Leitlinien unterliegen“, so der Facharzt für Gynäkologie, der bei der AWMF drei Jahre lang die ständige Kommission Leitlinien geführt hat. „Nur die Verbindung von bestverfügbarer externer Evidenz von Forschungsergebnissen, höchster klinischer Expertise und Patientenpräferenz ermöglichen eine maßgeschneiderte individuelle Therapie.“

Kreienberg stört sich vor allem an dem Normierungsverfahren: So seien bei der Erarbeitung von Normen keine Antragssteller definiert, würden „willkürlich ausgewählte Experten“ einen Entwurf formulieren, ohne dabei etwaige Interessenskonflikte offenlegen zu müssen. Auch eine Evidenzbewertung, wie sie etwa bei der Abstimmung von Leitlinien üblich sei, finde nicht statt. Ähnlich argumen-

Ärztliche Tätigkeit darf nur wissenschaftlichen Leitlinien unterliegen.

tiert Hedwig François-Kettner, Leiterin des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und langjährige Pflegedirektorin der Charité: „Die Entwicklung von Leitlinien in Deutschland erfolgt standardisiert, ihr Nutzen für die Förderung von Qualität und Sicherheit ist offensichtlich und mit der Methodik der evidenzbasierten Medizin in einzelnen Bereichen belegt“, sagt sie. Eine zusätzliche EU-weite Normierung durch das CEN hält François-Kettner nicht nur für unnötig, sondern auch für kontraproduktiv: „Sie gefährdet das etablierte System nationaler Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und Expertenstandards und damit die Förderung der Patientensicherheit.“

„Ohne Rücksicht auf Patienten“

Die APS-Vorsitzende geht sogar noch weiter, warnt vor der Gefahr einer Überbewertung wirtschaftlicher Interessen, „nach dem Motto: Wer die Norm setzt, bestimmt den Markt“, so François-Kettner. Tatsächlich sind sowohl das CEN als auch das Deutsche Institut für Normung (DIN) privatwirtschaftlich organisiert. Wer seine Interessen einbringen will, etwa durch Mitarbeit in Gremien, muss dafür bezahlen, wer Normen oder Normenentwürfe einsehen möchte, kann sie beim Beuth-Verlag kaufen – einem Tochterunternehmen des DIN-Instituts. Das DIN verweist ganz offen auf die Macht seiner Entscheidungen, etwa wenn es um neue Experten für seine Gremien wirbt: „Ihr Unternehmen“, so spricht es interessierte Firmenvertreter in einer Broschüre an, „hat durch Sie Einfluss auf die Normung und kann so seine wirtschaftlichen und technischen Rahmenbedingungen mitgestalten.“

„Dieser Brüsseler Unsinn“

„Wie eine Dampfwalze“ nähmen die europäischen Normungsinstitute derzeit die ärztliche Berufsausübung ins Visier, wetterte Frank-Ulrich Montgomery denn auch im vergangenen Jahr auf dem Ärztetag. Auf die Interessen von Patienten und Ärzten werde keine Rücksicht genommen: „Alleine der Mammon, den man mit Normen verdienen kann, steht im Vordergrund“, sagte er. Mittlerweile haben sich im DIN-Fachbereich „Gesundheitsdienstleistungen“ diverse weitere Arbeitsausschüsse gegründet, die neben zwei Normen für die ästhetische Medizin auch Standards für Chiropraxis, Homöopathie, Osteopathie und traditionelle chinesische Medizin erarbeiten.

Aber das deutsche Gesundheitswesen hat seinerseits eine, so Montgomery, „respektable Allianz“ geschmiedet – und auf Bundesebene sowohl das Wirtschafts- als auch das Gesundheitsministerium (BMG) auf seine Seite gebracht: Als die CEN-Norm zur ästhetischen Chirurgie



CEN-Kritiker Montgomery: „Alleine der Mammon, den man mit Normen verdienen kann, steht im Vordergrund.“ Foto: picture alliance/Tobias Hase für Deutsches Ärzteblatt

im vergangenen Jahr europaweit umgesetzt werden sollte, mahnte Birgit Naase, Ministerialdirigentin im BMG, an, bei den Arbeiten an der Norm seien einschlägige deutsche Regeln und Gesetze ignoriert worden. Ganze 19 Verstöße, unter anderem gegen geltende Berufsordnungen, aber auch gegen das Krankenhaus- und Medizinproduktegesetz, listet Naase in einer E-Mail an das DIN-Institut auf. Das Fazit der BMG-Vertreterin, die für die Bundesregierung selbst im Präsidium des Normeninstituts sitzt, ist klar: Von einer Implementierung der EU-Norm in Deutschland sei abzusehen.

Montgomery wertet die Aufforderung immerhin als ein erstes hoffnungsvolles Zeichen: „Dass wir auch in Zukunft diesen Brüsseler Unsinn von unseren Patienten fernhalten können.“ ■

Wieder mal groß ist der Ärger in der Ärzteschaft über die Politik. Jüngster Anlass ist der Wille der Koalition, die **Gesundheitsselfverwaltung** stärker an die Kandare zu nehmen. Auf „Eckpunkte zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ hat sich die Koalition geeinigt.

Text: **Andraes Mihm**

Hochmut vor dem Fall

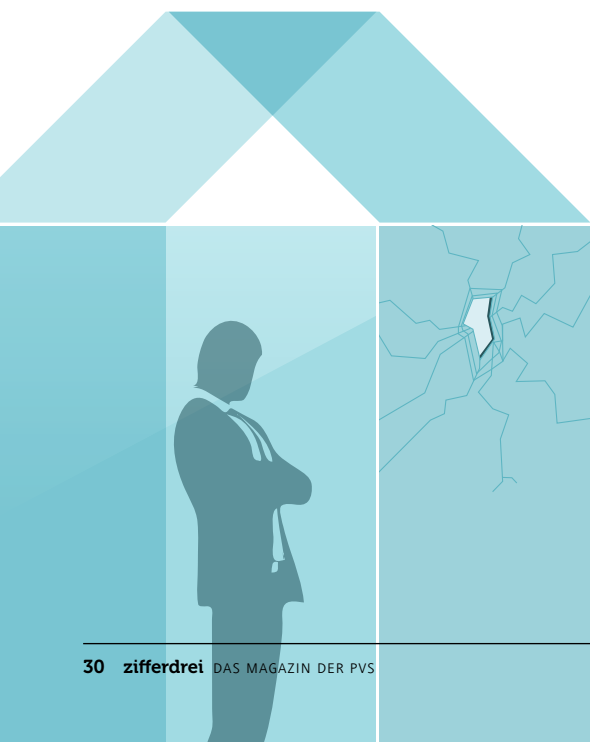
Noch im Sommer will Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) diese Eckpunkte in ein Gesetz gießen. Ein „Gängelungswerk“ schildert der Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, das Unterfangen. Laut beklagt er sich darüber, „dass die Selbstverwaltung als prägendes und bewährtes Gestaltungselement unseres Gesundheitswesens“ eingeschränkt werde.

Über so viel Chuzpe kann man sich nur wundern. War es doch gerade die KBV, deren Verhalten Grund für dieses Gesetz war, mit ihrem zermürbendem Dauerstreit im Vorstand, der Unfähigkeit ihrer Vertreterversammlung, für stabile Strukturen zu sorgen und interne Querelen beizulegen sowie dem Unwillen, offenbar rechtswidriges Handeln eines Ex-Vorstands juristisch zu verfolgen. Wie lange sollte der Minister als Träger der Rechtsaufsicht sich noch auf der Nase herumturnen lassen? War es nicht vielmehr so, dass Gröhe viel zu lange Großmut im Umgang mit den Kassenärzten gezeigt hat? Die KBV hat sein Einschreiten gerade zu erzwungen.

Dabei sind manche Regelungen mehr als überfällig: Warum muss man einer Organisation wie der KBV mit einem 70-Millionen-Euro-Jahresetat den Aufbau einer internen Revision vorschreiben? Warum die bei den Kassen längst übliche regelmäßige Prüfung des Jahresabschlusses durch externe Prüfer dekretieren? Wie tief lässt es blicken, wenn die Vertreterversammlung zuerst zustimmen muss, bevor einzelne ihrer Mitglieder den Vorstand nicht nur kontrollieren, sondern ihm auch als bezahlte Berater zur Verfügung stehen? Und haben nicht gerade die schwer aufzuklärenden Immobilientransaktionen der KBV gezeigt, dass ihr selbst das alles über den Kopf gewachsen ist? Es ist doch so: Da die Gremien der KBV offenkundig nicht in der Lage sind, ihre eigene Organisation verlässlich zu führen, muss der Gesetzgeber dabei helfen.

Es liegt auf der Hand, dass Gröhe, ist er schon mal dabei, auch das Regelwerk für die Zahnärzte, Krankenkassen, deren medizinischem Dienst und den Gemeinsamen Bundesausschuss schärft und vereinheitlicht. Kein Wunder, dass denen weniger Autonomie nicht schmeckt. Aber die beißende Kritik des Chefs der Kassenzahnärzte, Wolfgang Eßer, hätte vermutlich eine größere Durchschlagskraft, richtete er sie nicht nur an Gröhe, sondern auch an Gassen. Den großen Unmut, den die gewählten Vertreter der 165.000 Kassenärzte ausgelöst haben, müssen alle anderen Mitspieler der Selbstverwaltung jetzt mit ausbaden. Das wird deren Verhältnis auf Jahre prägen und nicht einfacher machen.

Wohl nie in den vergangenen 20 Jahren hat es einen Gesundheitsminister gegeben, der wie Gröhe den niedergelassenen Ärzte so zugewandt war und der sich aus Überzeugung für die Selbstverwaltung stark gemacht hat. Die Kassenärzte haben es ihm mit Hochmut und Undank entgolten. Die Ärztekammer hat Gröhes Bereitschaft, sich gegen den Willen des Koalitionspartners SPD für eine neue Gebührenordnung ins Zeug zu legen, durch die Unfähigkeit verwirrt, rechtzeitig ein Konzept vorzulegen. Wenn die Ärzte ihre Anliegen nicht einmal mit einem ihnen wohlgesonnenen Minister umsetzen können, wie soll das erst bei einem Minister anderer parteipolitischer Färbung werden? Ein bisschen Demut und Selbstkritik statt flotter Sprüche stünden der Ärzteschaft jetzt gut an. ■



3. TAG DER privatmedizin



Stiftung
Privatmedizin präsentiert:

tag-der-privatmedizin.de 

Frankfurt am Main, Sa. 29.10.2016, Campus Westend der Goethe-Universität:

Die neue Arithmetik der Privatmedizin

8 + 10 + 20 = 365

Stunden
Kongress

ausgewählte
Innovationen

hochkarätige
Referenten

Tage im Jahr in Ihrer
Praxis profitieren

Anmeldung

Gerne nehmen wir Ihre Anmeldung auch telefonisch unter **02 03 / 800 79-28** oder per E-Mail info@tag-der-privatmedizin.de entgegen.

Der Beitrag für die Kongressteilnahme beträgt 165,00 €. **PBV-Mitglieder haben im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft beim PBV freien Zugang.**

Fax: 02 03 / 800 79-99

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Unterschrift

PBV-Mitglied*

PBV-Mitglied werden*

* bitte unbedingt ankreuzen, sofern Mitgliedschaft vorliegt oder gewünscht wird

Praxisstempel

Herausgegeben von:

pbv
Privatärztlicher
Bundesverband e.V.

Mit freundlicher Unterstützung von:

 **Die PVS®**
Südwest
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

 deutsche apotheker-
und ärztebank



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**[®]

BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER