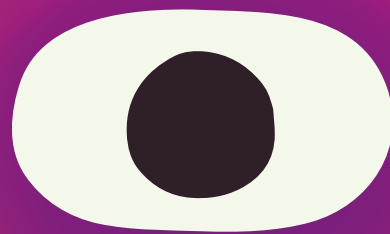
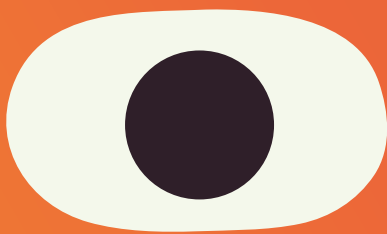


zifferndrei

Ausgabe 13 · Herbst 2018

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Gewalt

Die Aggression gegenüber Ärzten steigt

10

Praxisfinanzen

Rendite mit der Crowd

Chancen und Risiken von Schwarminvestments.

14

Praxisfinanzen

Landpartie

Mit Förderprogrammen und Stipendien gegen die drohende Unterversorgung.

27

PVS-Positionen

Mehr Eigenverantwortung, weniger Paternalismus

Ein Interview mit Dr. Christof Mittmann, Vorsitzender des PVS Verbandes.

Ausgabe 13 Die Themen in diesem Heft

Titellustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



Praxisabgabe

10 bis 15 Jahre sollten als Vorlauf eingeplant werden, rät Rechtsanwalt Harald Engel. Das ist eine lange Zeit. Aber schließlich soll auch alles stimmen.



TITEL
Die Gefahr wächst

Lange wurde über das Thema geschwiegen, nun bringen immer mehr Studien beunruhigende Zahlen ans Licht: Die Aggression gegenüber Ärzten und Pflegekräften steigt. Deeskalationstrainings können helfen.

Praxisfinanzen



Rendite mit der Crowd

Bis zu elf Prozent Rendite in Zeiten des Nullzins. Und gleichzeitig die Entwicklung der Gesellschaft mitbestimmen? Das klingt fast zu schön, um wahr zu sein. Erfahren Sie mehr über Chancen und Risiken von Schwarminvestments.



Landpartie

In den ländlichen Regionen fehlen Ärzte. Nur 10 Prozent der Medizinstudenten erwägen eine Niederlassung in der Provinz. Mit Förderprogrammen und Stipendien stemmen sich Länder gegen das, was unweigerlich droht: Unterversorgung auf den Dörfern.

Gesundheitspolitik

20 **Privatmedizin – Rolle als Innovationstreiber muss gestärkt werden**

Dank des medizinischen Fortschritts potenzieren sich Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten schneller denn je. Doch wie finden diese Innovationen ins Versorgungssystem?

PVS-Positionen

22 **TILGNERS BERICHT AUS BERLIN**
Der Ball liegt im Feld ...

Gesundheit wird teurer. Das ist nicht neu. Wenn aber darüber diskutiert wird, dass aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen zu Kostenlawinen führen, darf nicht übersehen werden, dass die Chancen zu innovativen Entwicklungen selten besser waren als heute.

24 **ABRECHNUNG**
Hautkrebs-Screening – richtig abrechnen

26 **PVS INTERN**
PVSocial zeichnet erneut Alltagshelden aus

26 **PVS INTERN**
80 Jahre PVS Westfalen-Süd

Praxis & Recht

18 **Auf dem Weg zur Routine**

Seit gut einem Vierteljahr ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung auch bei uns unmittelbar geltendes Recht. Welche Fragen stellen sich in Praxis und Klinik bei der Umsetzung?



Mehr Eigenverantwortung, weniger Paternalismus

Seit Juni ist Dr. Christof Mittmann Vorsitzender des PVS Verbandes. **Zifferdrei** sprach mit Dr. Mittmann über seine Ziele und die Zukunft der Privatmedizin.

Gastkommentar



Was nun, Herr Spahn?

Gesundheitsminister Jens Spahn sucht seine Linie. Islamkritiker und konservativ sein, reicht nicht. Er gilt als Anhänger des CDU-Wirtschaftsflügels. Zweifel daran wachsen. Kommt unter den Spahnschen Häutungen ein neuer Norbert Blüm zum Vorschein?

zifferdrei

3 | EDITORIAL

23 | VERANSTALTUNGEN

25 | MITTMANN'S KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es ist ein erschreckendes und beängstigendes Thema, das wir uns mit dieser Ausgabe auf die Agenda gesetzt haben. Die Gewalt gegen Ärzte und Pflegekräfte nimmt zu. Das belegen Studien sowohl für die Situation in den Arztpraxen als auch in den Krankenhäusern und Pflegeheimen. Besonders gefährdet sind Notaufnahmen. Lange Wartezeiten und Probleme mit alkoholisierten Patienten führen hier immer wieder zu Spannungen und Übergriffen. Dr. Dirk Heinrich, HNO-Arzt in Hamburg Horn und Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes konstatierte anlässlich der Vorstellung des Ärztemonitors 2018, der sich mit Gewalt in den Arztpraxen befasst, dass der Respekt vor Ärzten generell abgenommen habe. „Meistens entzündeten sich die Angriffe daran, dass Patienten nicht das bekommen, was sie wollen. Manche wollen sofort drankommen, andere fordern bestimmte Medikamente.“

Es ist gut, dass das Thema nicht länger bagatellisiert wird. Denn es müssen Wege gefunden werden, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen, Heimen und Krankenhäusern wie auch die Ärztinnen und Ärzte selbst zu schützen. Erste Erfahrungen zeigen, dass es vor allem Deeskalationstrainings sind, die helfen, mit schwierigen Situationen besser zurechtzukommen.

Um Lösungen geht es auch beim Thema Praxisabgabe. Denn die Übergabe der eigenen Praxis an einen Nachfolger ist ein überaus komplexes Thema. Es sind viele steuerliche und rechtliche Klippen zu umschiffen, damit die Nachfolge reibungslos und zur Zufriedenheit aller über die Bühne gehen kann. Im Interview erläutert Harald Engel, Rechtsanwalt und Betriebswirt aus Wuppertal, die wichtigsten Aspekte einer gelingenden Praxisübergabe. Am erstaunlichsten ist vielleicht das Zeitfenster, das er benennt: Man solle mit einem Vorlauf von 10 bis 15 Jahren rechnen.

Erstaunliche Perspektiven eröffnet auch das Crowdfunding. Während aktuell die Verzinsungen kaum noch spürbar sind, scheinen hier Renditen von fünf bis 11 Prozent erzielbar zu sein, schon für Einlagen ab 100 Euro. Allerdings warnt die Bundesanstalt für Finanzdienstaufsicht auch davor. Denn im Ernstfall, wenn es also zur Insolvenz kommt, wird die Geldanlage wie Eigenkapital behandelt und das bedeutet: nachrangig. Es gilt also, Chancen und Risiken gut abzuwägen!

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Praxisabgabe 10 bis 15 Jahre sollten als Vorlauf eingeplant werden, rät Rechtsanwalt Harald Engel. Das ist eine lange Zeit. Aber schließlich soll auch alles stimmen.

Text: Nicola Sieverling

Praxisabgabe

Eine Praxisabgabe ist eine komplexe Angelegenheit. Zu beachten sind neben der Suche nach einem Nachfolger viele steuerliche und rechtliche Aspekte. Harald Engel ist spezialisierter Rechtsanwalt aus Wuppertal und Mitautor eines Ratgebers für die geplante Praxisübergabe. Im Interview mit **zifferdrei** beantwortet er die wichtigsten Fragen.

Foto: Bettina Osswald

Die Praxisabgabe ist ein Vorgang, der immer komplexer wird. Wie lange im Voraus sollte ein Arzt diesen Schritt planen, damit er optimal und strukturiert abläuft?

ENGEL: Das hängt ganz vom Einzelfall ab. Fest steht aber, dass man mit einem Vorlauf von 10 bis 15 Jahren auf der sicheren Seite ist. Dann bleibt genügend Zeit, alle Aspekte zu prüfen und im Bedarfsfall tätig zu werden. Natürlich weiß niemand, was in 10 bis 15 Jahren alles passieren wird. Klar ist aber, dass die abzugebende Praxis attraktiv bleiben oder werden muss. Sie sollte bestmöglich in den Bereichen Personal, Arbeitsabläufe und Patienten dastehen und natürlich müssen auch die Zahlen stimmen. Direkte Ansprechpartner sollten ein spezialisierter Steuerberater und ein Rechtsanwalt sein.

Die Praxisabgabe ist oftmals die Abgabe des eigenen Lebenswerkes – deshalb gern an einen Wunschnachfolger. Ist das problemlos möglich?

ENGEL: Mit dem Wunschnachfolger ist das so eine Sache. Fest steht, dass es ihn gibt, nur wo findet man ihn? Auch hier wird klar, je mehr Zeit ich habe, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich den Wunschnachfolger

„Jobsharing ist eine gute Möglichkeit, den potenziellen Nachfolger kennenzulernen.“

finde. Dennoch sollte jedem bewusst sein, dass man den hundertprozentigen Wunschnachfolger nur selten findet. Es ist deshalb wichtig, ein Mindestanforderungsprofil als „Pflicht“ zu erstellen. Erfüllt der Nachfolger mehr, so ist das die „Kür“.

Es gibt den sogenannten „privilegierten Nachfolger“. Was bedeutet das?

ENGEL: Dazu gehören zum Beispiel Verwandte, Angestellte oder Praxispartner des Arztes. Diese Personen haben ein besonderes Näheverhältnis zum abgebenden Arzt und zur Praxis und sind nach dem Willen des Gesetzgebers daher besonders zu bevorzugen.

Raten Sie zum Jobsharing für die erfolgreiche Nachfolgeregelung?

ENGEL: Jobsharing ist eine gute Möglichkeit, den potenziellen Nachfolger kennenzulernen. Außerdem lernt dieser die Patienten und die Praxis kennen, sodass ein reibungsloser Übergang eingeleitet werden kann. Nebenbei kann dies auch aus rechtlichen Gründen vorteilhaft sein und die Übertragung erleichtern.

Immer weniger junge Ärzte sind bereit, eine Praxis zu übernehmen. Es gibt eine Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage. Welche Vorteile hat aber die Übernahme einer bestehenden Praxis?

ENGEL: Der Vorteil hat einen Namen: Selbstständigkeit! Die Selbstständigkeit bietet viele Vorteile sich zu verwirklichen und seine berufliche Zukunft selbst zu gestalten.

Die Übernahme einer bestehenden Praxis gibt dem jungen Arzt die Möglichkeit an die Hand, eine voll funktionsfähige Einheit zu übernehmen und diese selbst nach den eigenen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten. Eine Neugründung kann sich allein aus zulassungsrechtlichen Gründen schwierig gestalten und ist letztendlich immer in gewisser Weise ein Sprungbrett ins Ungewisse. Bei der Übernahme einer bestehenden Praxis besteht hingegen zumindest ein Fundament, auf dem man aufbauen kann.

„Es gibt zahlreiche Hürden bei der Übertragung einer Praxis, die es zu überwinden gilt.“

Keine Praxisabgabe ohne Nachbesetzungsverfahren. Was ist zu beachten?

ENGEL: Wenn eine Praxis abgegeben wird und eine kasernenärztliche Zulassung übertragen werden soll, wird grundsätzlich ein Nachbesetzungsverfahren notwendig. Zu beachten ist, dass im Einzelfall geprüft werden sollte, ob die gewünschte Übertragung möglich ist, bevor das Verfahren begonnen wird. Oft gelingt diese Übertragung ohne Probleme. Das muss aber nicht immer so sein. Schließlich ist auch das Vorliegen eines Praxisübernahmevertrages kein Garant für die Übertragung. Hierbei handelt es sich um zwei unterschiedliche Dinge.

Wann darf denn der Ausschuss entscheiden, eine Praxis nicht mehr nachzubesetzen?

ENGEL: Mit der Einführung des Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 versuchte der Gesetzgeber, die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten zu stärken. Man wollte unter anderem den Versorgungsgrad verbessern, der in Deutschland von Bundesland zu Bundesland verschieden ist. Bis zur Gesetzesänderung war es so, dass durch eine geschickte Vorgehensweise die Übertragung der Zulassung regelmäßig problemlos erfolgen konnte. Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz gilt allerdings, dass bei einem zu hohen Versorgungsgrad – ab 140 Prozent – der Zulassungsausschuss die Versorgungsrelevanz prüfen muss und einer Nachbesetzung nicht stattgeben darf, wenn diese nicht gegeben ist. Ausgenommen hiervon sind allerdings die Übertragungen auf privilegierte Personen wie Verwandte oder Praxispartner des Arztes. Die Kassenärztliche Vereinigung hat dann allerdings den Vertragsarzt für seinen Sitz zu entschädigen.

Welche Hürden sind beim Kaufvertrag zu nehmen?

ENGEL: Es gibt zahlreiche Hürden bei der Übertragung einer Praxis, die es zu überwinden gilt. Wichtig ist, dass man sich die Zweigleisigkeit der Übertragung bewusst macht, wenn es um den GKV-Bereich geht. Der eigentliche Praxisübernahmevertrag ist privatrechtlich und richtet sich nach dem Zivilrecht, während die zulassungsrechtlichen Regelungen dem öffentlichen Recht zugeordnet sind. Das heißt, dass hier zwei unterschiedliche Vorgänge existieren und synchronisiert werden müssen. Allein ein Kaufvertrag reicht nicht aus, wenn die Übertragung der Zulassung in

Gefahr ist. Es muss sichergestellt werden, dass hier beide Vorgänge koordiniert werden. Hier sollte man sich immer Unterstützung von einem spezialisierten Rechtsanwalt holen.

Welche Rolle spielt das Personal bei der Abgabe der Praxis?

ENGEL: Viele Abgeber und Übernehmer unterschätzen die wichtige Rolle des Personals bei der Übernahme. Schließlich sind es gerade die Mitarbeiter, die Patienten seit Jahren kennen und zu denen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Sie sind der erste Anlaufpunkt für die Terminvergabe und Ausstellung von Rezepten. Zudem kennen die Mitarbeiter die Praxisabläufe, die Lieferanten und die Vertragspartner. Dieses Wissen und diese Bindung sollte sich der Übernehmer zunutze machen. Gelingt nach der Übernahme die Bindung des Personals nicht und bricht dieses weg, wird sich das unmittelbar wirtschaftlich negativ bemerkbar machen. Als Faustformel gilt daher für eine erfolgreiche Übernahme, dass der übernehmende Arzt vom Typ dem abgebenden Arzt ähneln sollte.

Beim Übertragungsvorgang wirken auch steuerliche Aspekte. Auf was ist besonders zu achten?

ENGEL: Beim Abgeber ist zu beachten, dass er die steuerlichen Privilegierungen nutzen sollte, um die für den erzielten Kaufpreis anfallende Steuer möglichst gering zu halten. Besondere Aufmerksamkeit ist zudem auf eine etwaig vorhandene Praxisimmobilie zu richten. Hier kann möglicherweise eine enorme Steuerlast vermieden werden. Leider kommt es immer wieder zu teuren Fehlern, die im Nachhinein nicht mehr rückgängig gemacht werden können.

„Viele Abgeber und Übernehmer unterschätzen die wichtige Rolle des Personals bei der Übernahme.“

MVZ-Gründung als neue Abgabeform: Ein Modell für die Zukunft?

ENGEL: Es ist richtig, dass sich das MVZ in den letzten Jahren wachsender Beliebtheit erfreut. Mit diesem Hype ist es aber so eine Sache. Ich glaube, dass das MVZ viele Gestaltungsmöglichkeiten für größere Einheiten eröffnet. Der klassische Einzelarzt und die kleine Berufsausübungsgemeinschaft dürften wenig Nutzen aus den Möglichkeiten des MVZ ziehen. Auch ist zu berücksichtigen, dass viele MVZ wirtschaftlich keineswegs gut dastehen. Allein die Sorge, seinen Sitz möglicherweise nicht übertragen zu können, sollte niemanden dazu veranlassen, ein MVZ zu gründen. Dieses Modell kann eine Lösung sein, ist aber nicht das Maß aller Dinge. ■



Buchempfehlung:

„Arztpraxis – erfolgreiche Abgabe“

Betriebswirtschaft, Steuer, Gesellschaftsrecht, Berufs- und Zulassungsrecht

Götz Bierling, Harald Engel, Anja Mezger, Daniel Profe, Wolfgang Pütz, Dietmar Sedlaczek
133 Seiten
ISBN 978-3-662-49762-3
39,99 Euro
Springer Verlag Berlin Heidelberg

Gewalt gegen Ärzte und Pflegekräfte Lange wurde über das Thema geschwiegen, nun bringen immer mehr Studien beunruhigende Zahlen ans Licht: Die Aggression gegenüber Ärzten und Pflegekräften steigt. Deeskalationstrainings können helfen.

Text: Romy König

Die Gefahr wächst

„Das können Beleidigungen sein oder Beschimpfungen“, so Vorderwülbecke.
„Aber auch Bedrohungen, sexuelle Belästigungen, Sachbeschädigung und Diebstahl.“

1/5

der Mediziner wurde
schon Opfer von Gewalt
in der eigenen Praxis.

(Quelle: AEND)

75

Fälle von verbaler oder
physischer Gewalt
pro Tag wurden in
Deutschlands Arztpraxen
verzeichnet.

(Quelle: KBV)

Als Ende März in einer Düsseldorfer Notfallpraxis ein Patient auf den diensthabenden Arzt losging, hatte dieser Glück im Unglück: Ausgebildet in Judotechniken, konnte er den Angreifer, einen mutmaßlich psychisch kranken Mann, abwehren und gemeinsam mit einem Kollegen in Schach halten, bis die Polizei eintraf. Der Vorfall löste in der RheinStadt eine Debatte aus, wie sie mittlerweile bundesweit geführt wird: Wie sicher sind Ärzte, Notfallsanitäter und Pflegekräfte bei der Ausübung ihrer Arbeit? Müssen sie besser geschützt werden – oder aber: lernen, sich selbst besser zu schützen?

Der Ärztliche Nachrichtendienst hatte dazu im vergangenen Jahr eine Umfrage unter Arztpraxen initiiert: Von 891 niedergelassenen Haus- und Fachärzten berichtete knapp die Hälfte, dass ihre Praxismitarbeiter mindestens einmal wöchentlich aggressives Gebaren und Beleidigungen durch Patienten erlebten, etwa ein Fünftel der Ärzte wurde selbst schon von Patienten beleidigt oder beschimpft. Körperliche Gewalt erlebte bereits ein Viertel der Mediziner in der eigenen Praxis; 23 Prozent hätten auch schon einmal die Polizei rufen müssen.

Zuletzt machte auch der Ärztemonitor Furore, der sich in diesem Jahr erstmals – in Auftrag gegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – dem Thema Gewalt widmete: Für die Studie wurden mehr als 7000 Ärzte um ihre Erfahrungen gebeten, gut 1900 von ihnen berichteten, schon einmal körperliche Gewalt in ihrem Arbeitsleben erfahren zu haben. So zumindest das erste Zwischenergebnis, das die KBV im Mai veröffentlichte. Nur hat diese Studie jedoch den kleinen Schönheitsfehler, dass – noch bevor sie wirklich abgeschlossen war (finale Zahlen werden für September dieses Jahres erwartet) – ihre Seriosität in Frage gestellt werden musste: Im offensichtlichen Bemühen, die Ergebnisse plastischer darzustellen, das Vorkommen von körperlichen Angriffen in Arztpraxen auf den Tag herunterzubrechen nämlich, schrieb die KBV von „288 Fällen täglich“ – ein Fehler, wie sie sich später von der Wochenzeitung „Die Zeit“ vorrechnen lassen musste. Die KBV lenkte ein, korrigierte, spricht nun von nur noch 75 Fällen pro Tag.

Nur noch? Natürlich ist es so, wie auch „Die Zeit“ in ihrem Artikel einräumt: Selbst wenn die Zahl der täglichen Vorfälle im zwei- statt dreistelligen Bereich liegt – jeder einzelne dieser Fälle ist einer zu viel. Denn jeder Vorfall steht für ein belastendes Erlebnis, im besten Falle Schrecken, im schlimmsten Falle Schmerz und körperliche oder psychische Verwundung, recht wahrscheinlich auch für den Verlust des Sicherheitsgefühls, dass einem doch hier, bei der Ausübung der täglichen Arbeit, nichts passieren könne.

Dass diese Sicherheit täuscht, weiß Dr. Florian Vorderwülbecke. Der Allgemeinmediziner aus dem bayerischen Oberhaching wurde vor acht Jahren bei einem Hausbesuch bedroht: Der Patient zückte plötzlich ein Messer, wollte so seine Einweisung in eine Klinik erzwingen. Nach diesem Erlebnis wurde dem Mediziner klar, dass sich etwas ändern muss, dass wenigstens ein Überblick her muss über das, was in Deutschland zwischen Patienten und Ärzten geschieht, eine Einschätzung der Gefahr, der Ärzte und ihre Mitarbeiter ganz augenscheinlich ausgesetzt sind.

Gemeinsam mit der TU München, an deren Institut für Allgemeinmedizin er lehrt, entwickelte Vorderwülbecke daher 2015 einen Fragebogen, ließ sich von 831 Kollegen ihre Erfahrungen schildern. Mehr als jeder zehnte der Befragten gab an, in den zurückliegenden zwölf Monaten mit schwerer Aggression oder Gewalterfahrung konfrontiert gewesen zu sein. Leichte oder mittelstarke Aggression hatte sogar mehr als die Hälfte der Befragten erlebt (51 bzw. 57 Prozent). „Das konnten Beleidigungen sein oder Beschimpfungen“, so Vorderwülbecke. „Aber auch Bedrohungen, sexuelle Belästigungen, Sachbeschädigung und Diebstahl.“ Zu den schweren Vorfällen zählten hingegen die Bedrohung oder der Angriff mit einem Gegenstand, etwa einer Waffe, oder auch „ausgeprägte körperliche Gewalt“ (beides hatten acht Prozent jemals erlebt bzw. drei Prozent in den vorausgegangenen zwölf Monaten). Die aggressiven Vorfälle ereigneten sich vor allem in den eigenen Praxisräumen: Da wurde der PC des Mediziners zertrümmert, wurde im Wartezimmer randaliert, ein Brieföffner in die Theke gerammt; da bekam ein Arzt Faustschläge ab, als er sich schützend vor seine Arzthelferin stellte.



Als „Gewalt am Arbeitsplatz“ gilt ...

... jede Handlung, Begebenheit oder vom angemessenen Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt, verwundet wird.“

(Definition laut International Labour Organisation (ILO))

„Ich möchte jedem Praxisinhaber sagen: Machen Sie sich bewusst, dass Aggression gegen medizinisches Personal vorkommt.“

Patienten fühlen sich zurückgesetzt und gekränkt

Die Ursachen, gar Gründe für solches Verhalten sind schwer auszumachen, sagt Vorderwülbecke: „Erleben wir hier die Folgen einer Verrohung der Gesellschaft? Oder nimmt die Gewalt gerade gegen Heilberufler zu?“ Diese Fragen seien seiner Ansicht nach schwer zu beantworten – vor allem deshalb, weil es frühere Studien zur Lage in Deutschland und mithin mögliche Vergleichswerte nicht gebe.

Ärztelfunktionäre waren nach der Teilveröffentlichung des Ärztemonitors gleichwohl schnell mit Erklärungen zur Stelle: Für Andreas Gassen, KBV-Vorstandsvorsitzender, ist die Ursache klar: Ärzte würden verbal kriminalisiert, es brauche sich also keiner zu wundern, „wenn dies zur Gewalt in Praxen führt“. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, macht neben einer „allgemeinen Verrohung“ auch ein gestiegenes Anspruchsdenken als Ursache für die Gewalt aus. Das würde auch Vorderwülbecke als möglichen Hintergrund gelten lassen: Aus früher „geduldigen Patienten“ seien anspruchsvolle Kunden geworden. Sie nehmen aus ihrer Sicht eine Dienstleistung in Anspruch – die dann gefälligst, so kennen sie es schließlich aus Hotellerie oder Gastronomie, schnell zu erfolgen

Foto: istock.com/Daisy-Daisy

habe. Der Patient etwa, der den Arzt-PC zertrampelte, hatte den Mediziner zuvor beschimpft und sich bei ihm lautstark über die lange Wartezeit echauffert. „Patienten, die länger warten müssen, fühlen sich oft zurückgesetzt, fremdbestimmt in ihrem Zeitmanagement und gekränkt“, so Vorderwülbecke. Intransparente Prozesse, etwa beim Wartezimmermanagement, tun ihr Übriges: Der Patient versteht nicht, warum andere Patienten vor ihm an die Reihe kommen, ärgert sich. Und manch einer wird dann aggressiv.

Gewalt – und ihre Folgen

Beleidigt werden oder beschimpft, gebissen oder gekratzt – Angriffe dieser Art gehen nicht spurlos an den Betroffenen vorbei. Zurück bleiben, das haben die Wissenschaftler der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in ihrer Studie unter Pflegekräften ermittelt, vor allem Irritation und Ärger. Doch auch Enttäuschung, Selbstzweifel und Angst machen sich breit. Knapp ein Fünftel der angegriffenen Klinikpflegekräfte gab an, ihr Vertrauen im Umgang mit Patienten verloren zu haben. Manche sagten, ihre Motivation und Zufriedenheit im Job hätten durch die Aggressivität nachgelassen.

Was kann helfen? Aufgefangen werden, Zuflucht, Verständnis. Zeit dafür, den Vorfall zu verarbeiten, unter Umständen auch professionelle Hilfe. Arbeitgeber und Betroffene sollten wissen, dass Gewalt am Arbeitsplatz versicherungsrechtlich als Arbeitsunfall gilt. Darauf weist die BGW ausdrücklich hin. Jährlich führen gewaltbehaftete Ereignisse im Job bei 17.000 Beschäftigten zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitgeber sind verpflichtet, der Unfallversicherung den Vorfall zu melden, wenn der Mitarbeiter aufgrund des Vorfalls länger als drei Tage arbeitsunfähig ist. Doch die BGW rät daneben, jeden Übergriff im Betrieb zu dokumentieren, selbst wenn keine unmittelbare Arbeitsunfähigkeit vorliege. Nur so könne die Einrichtung Problemereiche erkennen und Schutzmaßnahmen einführen oder verbessern.

Foto: istock.com/jsmith

Deeskalation lässt sich lernen

Doch die Autoren haben auch gute Nachrichten. Wurden Angriffe auf Beschäftigte im Gesundheitswesen früher totgeschwiegen oder bagatellisiert, beschäftigen sich Krankenhäuser nun damit, bringen solche Vorfälle offener zur Sprache – und bereiten auf etwaige weitere Attacken vor: Rund 40 Prozent der Befragten hätten zum Beispiel an einem Deeskalationstraining teilgenommen. Noch sei unklar, ob solche Schulungen helfen können, Angriffe zu verhindern, räumt Anja Schablon vom CVcare ein. Doch geschulte Pflegekräfte – das habe ihre Untersuchung gezeigt –, könnten im Falle eines Angriffs besser mit der nachfolgenden Belastung umgehen, den Stress besser verarbeiten.

Ähnlich denkt der Arzt Florian Vorderwülbecke, der sich noch während der Arbeit an seiner Studie entschieden hat, selbst solche Fortbildungen – in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern – durchzuführen. Sein Ziel: Medizinische Fachkräfte so vorzubereiten, dass sie von aggressivem Verhalten möglichst nicht überrascht werden und souverän auf eine Gefahrensituation reagieren können. In seinen Schulungen lernen die Teilnehmer zum Beispiel einzuschätzen, ob sie in einer brenzligen Situation überhaupt wieder Zugang zu einem Patienten bekommen können. Auch macht er ihnen bewusst, dass es manchmal hilft, physisch etwas Abstand zwischen sich und die aufgebraute Person zu bringen. Der Umgang mit aggressivem Verhalten lasse sich über diverse Eskalationsstufen festlegen und üben, sagt Vorderwülbecke.

Der Mediziner sieht aber auch den Arbeitgeber, gleich ob Klinik oder Praxis, in der Pflicht: Er müsse eine Gefährdungsbeurteilung durchführen und dabei die Möglichkeit einbeziehen, dass Patienten gewalttätig werden können. Und handeln: In den Praxisräumlichkeiten sind zum Beispiel getrennte Rezeptions- und Wartebereiche und Fluchtwege wünschenswert. „Räumliche Enge“, so warnt der Arzt, „fördert Aggressionsverhalten“, vor allem, wenn Rückzugsmöglichkeiten fehlen. Auch rät Vorderwülbecke zu Alarmsystemen sowie dazu, robuste Gegenstände, die als Waffe oder Wurfgeschoss missbraucht werden könnten, außerhalb der Reichweite von Patienten zu platzieren.

Übertriebene Vorsicht? Überzogene Angst? Vorderwülbecke winkt ab. „Ich möchte jedem Praxisinhaber sagen: Machen Sie sich bewusst, dass Aggression gegen medizinisches Personal vorkommt.“ Und er schiebt nach: „Und dass es auch Sie und Ihr Team treffen kann.“ ■

76%

des Pflegepersonals berichteten über körperliche Gewalt. Sie seien von Patienten geschlagen, gekratzt oder sogar gebissen worden.

(BGW und CVcare 2018)

Beißen, Kratzen, Schlagen: alltägliche Bedrohungen für Pflegekräfte

Noch mehr Spannung herrscht in den Krankenhäusern, auf den Stationen, an den Pflegebetten. Darauf machen die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie das Kompetenzzentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) aufmerksam. Gerade veröffentlichten die Institute eine gemeinsame Untersuchung unter knapp 2000 Pflegekräften verschiedener Einrichtungen. Danach haben 97 Prozent von 500 befragten Krankenpflegekräften in den vorausgegangenen zwölf Monaten verbale Angriffe erlebt. 76 Prozent berichteten außerdem über körperliche Gewalt: Sie seien von Patienten geschlagen oder gekratzt, mitunter auch gebissen worden – in etwas über der Hälfte der Fälle blieben sichtbare Wunden zurück. Gut ein Viertel der Verletzten suchte einen Arzt auf.

Die Konflikte erwachsen hier, so die Wissenschaftler, aus der besonderen Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft: Der eine sei abhängig vom anderen, und zwar stark asymmetrisch. In dieser Schiefelage seien aggressive Verhaltensweisen manchmal die einzig mögliche Form für den Betreuten, sich zu äußern. Alarmierend für die Wissenschaftler sei vor allem eine auffällige Tendenz: Schon acht Jahre zuvor hatten sie in einer ersten Studie die Gewalterfahrungen von Pflegekräften unter die Lupe genommen – um heute festzustellen, dass deren Häufigkeit inzwischen um zehn bis zwanzig Prozent zugenommen habe.



Zum Weiterlesen:

Die Arbeit von Dr. Florian Vorderwülbecke erschien im Deutschen Ärzteblatt: Vorderwülbecke F., Feistle M., Mehring M., Schneider A., Linde K.:

Aggression and violence against primary care physicians – a nationwide questionnaire survey.

Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 159–65. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0159

Crowdfunding Bis zu 11 Prozent Rendite in Zeiten des Nullzinseszinses. Und gleichzeitig die Entwicklung der Gesellschaft mitbestimmen? Das klingt fast zu schön, um wahr zu sein. Erfahren Sie mehr über Chancen und Risiken von Schwarminvestments.

Text: Anne Nürnberger

Rendite mit der Crowd

Die Demokratie ist ein erfolgreiches politisches Konzept? Ja! Aber nicht nur. „In der Demokratisierung von Finanz- und Anlagemärkten stecken unfassbar große Potenziale für die Anleger und die Gesellschaft“, sagt Matthias Willenbacher im Berliner Büro seiner Stiftung „100 Prozent erneuerbar“. Aber lohnt es sich, die Chancen und auch die Risiken des Crowdinvesting, bei dem jeder mit einem kleinen Betrag in zukunftsweisende Projekte einsteigen und sich lukrative Renditen sichern kann, zu durchleuchten?

200 Millionen Euro haben deutsche Anleger 2017 in zielgerichteten Crowds investiert. Mehr als doppelt so viel wie im Vorjahr. So hat es die unabhängige Datenbank Crowdinvest.de ermittelt. Der Schwarm investiert dabei am liebsten über Plattformanbieter in drei Sparten: Immobilien, Unternehmen und Energie. Langfristig könnte sich der Crowdinvesting-Markt auf eine Milliarde Euro vergrößern, schätzt eine Studie im Auftrag des Bundesfinanzministeriums.

Fakt ist: Die Schwarmfinanzierung macht sich gerade auf, die Finanzbranche zu revolutionieren. Spannend ist das nicht nur für junge und etablierte Firmen, die so ihre Kreditfinanzierung ergänzen und enorm beschleunigen können. Sondern auch für Anleger, die selbst bestimmen wollen, für wen sie das Geld mit dem für sie größtmöglichen Sinn und der dafür angemessenen Rendite arbeiten lassen wollen. Dabei locken in Nullzinszeiten Renditen von fünf bis 11 Prozent. Dass ein Totalverlust möglich ist, schreckt immer weniger Anleger ab.

„Die mehr als 100 Projekte, die wir über unsere Plattform abgewickelt haben, haben alle dasselbe Zins-Risiko-Verhältnis.“



Foto: Kapilendo / Kristen Nilhof



Christopher Grätz
Kapilendo

Lieblingsprojekt: Little Lunch



Matthias Willenbacher
wiwin GmbH

Liebblingsprojekt: Solarcar Sion von Sono Motors

Foto: wiwin GmbH/Andreas Reeg

Einfach, direkt und online

Auf dem Immobilienmarkt ist Exporo aus Hamburg die mit Abstand erfolgreichste Plattform, die Projektentwickler und private Anleger zusammenbringt. Anleger können sich ab 500 Euro an Immobilienprojekten beteiligen, die bisher institutionellen und anderen finanzstarken, professionellen Investoren vorbehalten waren. Das Dabeisein wird so einfach wie möglich gestaltet: Das gewünschte Immobilienprojekt auf der Internetseite der Plattform auswählen. Und nach ein paar Klicks gibt es zum Beispiel für eine kurze Laufzeit von 12 bis 36 Monaten eine feste Verzinsung von fünf bis sechs Prozent.

„Exporo hat seit der Gründung 2014 über 223 Millionen Euro Kapital online vermittelt, 130 Immobilienprojekte erfolgreich finanziert, über 57 Millionen Euro Kapital an seine Anleger zurückgezahlt“, sagt Vorstandsvorsitzender Simon Brunke*. Das Geschäftsvolumen wächst stetig. Im ersten Halbjahr 2018 hat Exporo nahezu den Umsatz aus dem Vorjahr erreicht.

Als Branchen-Primus für digitale Immobilieninvestments sei Exporo angetreten, den Immobilien-Markt zu demokratisieren, sagt Brunke, sprich: es jedem zu ermöglichen, sich an konkreten Projekten zu beteiligen: „Einfach, direkt und online.“

Das sei ein Win-Win-Prinzip für alle Beteiligten. „Die Immobilienunternehmen erhalten Kapital zur Realisierung ihrer Projekte. Die Anleger profitieren vom Zugang zu einem zuvor verschlossenen Markt, von transparenter Information und einer schlanken Onlineabwicklung. Und Exporo erhält eine Vermittlungsgebühr von den Bauträgern, deren Objekte wir für die Crowd auswählen.“

„Weg vom anonymen ‚Geld abgeben‘, hin zum bewussten Anlegen in nachhaltige Werte.“

Das Exporo-Team hat über 100 Mitarbeiter. Darunter sind mehr als 30 erfahrene Immobilienexperten, die neben den handelnden Personen die Wirtschaftlichkeit, die Finanzierung und das Marktumfeld jedes eingereichten Projektes auf die gleichen Datenpunkte prüfen würden wie eine Fremdkapital finanzierende Bank, versichert Brunke.

Eine typische Geschäftsstruktur? Bevor die Crowd einsteigt, hat der Projektentwickler den Kredit von der Bank, benötigt aber noch etwas mehr Eigenkapital. Das investiert die Crowd. Und die Immobilie kann gebaut werden. Wenn später die einzelnen Wohneinheiten verkauft sind, werden die Bank und auch die Crowdinvestoren ausbezahlt, inklusive der versprochenen Rendite. Wenn alles nach Plan läuft. Wenn nicht, erhält im Regelfall erst die Bank ihr Geld, dann kommen die Anleger aus dem Schwarm an die Reihe.

Bei aller Leidenschaft für sichere, gute Engagements: Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht warnt Anleger, davon auszugehen, beim Crowdinvesting unmittelbar in „sichere Sachwerte“ zu investieren. „Tatsächlich wird Ihre Anlage im Insolvenzfall wie Eigenkapital behandelt, also nachrangig“, sagt Hartmut Schwarz, Finanzexperte der Verbraucherzentrale Bremen. Heißt: „Im Ernstfall ist das Geld weg.“ Diversifizieren, verteilen, nie zu viel in ein einzelnes Projekt stecken, rät Schwarz. Und natürlich die gewählte Plattform im Vorfeld sehr genau zu überprüfen.

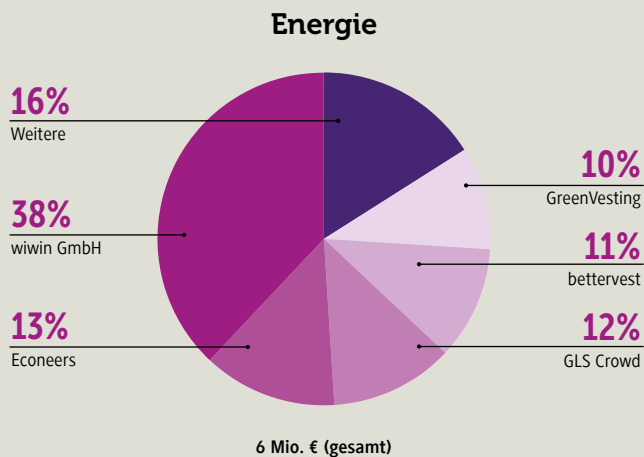
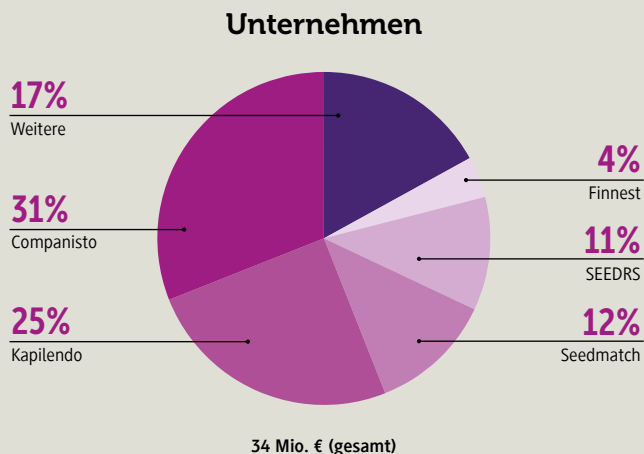
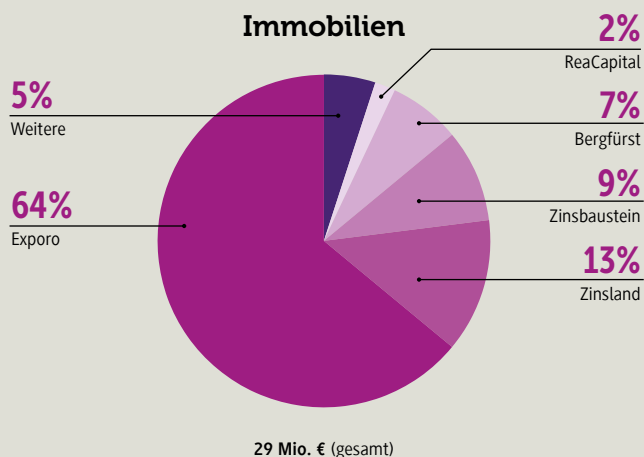
Nicht nur in Immobilien kann die Crowd investieren, sondern nach dem gleichen Prinzip auch in Unternehmen und Zukunftsprojekte.

Eine Million Euro in weniger als zehn Minuten

Einer der erfolgreichsten Anbieter im Unternehmens-Crowdinvesting ist die Plattform Kapilendo, die den Finanzierungsbedarf von etablierten Wachstumsunternehmen sowie kleinen und mittelständischen Unternehmen mit privaten Anlegern zusammenbringt und im vergangenen Jahr dreistellig gewachsen ist. Der Bundesligist Hertha BSC sammelte mit Kapilendo live im Stadion eine Million Euro in weniger als 10 Minuten ein.

Die wichtigsten Wettbewerber in allen drei Märkten

Die Tortengrafiken aus den Segmenten Immobilien, Unternehmen und Energie zeigen die jeweils wichtigsten Wettbewerber in jeder Sparte (Marktanteile 2017).



Quelle: Crowdinvest Marktreport 2017

Sono Motors: entwickelt den Sion, das erste serienmäßig produzierte Elektroauto, das seine Batterie durch die Sonne lädt.

„Wer als Investor nach einer interessanten Ergänzung für ein bereits vorhandenes Aktien- und/oder Anleiheportfolio sucht oder nach einer Alternative zum klassischen Festgeld, der findet im Crowdlending ein attraktives Anlage-Konzept“, sagt Christopher Grätz, CEO und Co-Founder der Kapilendo AG mit Sitz in Berlin. „Eine Anlage ist bereits ab 100 Euro möglich. Dadurch erfolgt die Diversifikation des Portfolios schon bei geringer Investitionssumme.“ Anleger können bei Kapilendo Projekte mit Renditen zwischen vier bis 11 Prozent wählen.

Grätz: „Die weit mehr als hundert Projekte, die wir bisher über unsere Plattform abgewickelt haben, haben alle dasselbe Zins-Risiko-Verhältnis. Ist nach den Ergebnissen unseres Ratings das Risiko höher, ist es auch der Zinssatz. Ist die Laufzeit länger, fällt die Verzinsung höher aus.“

Zusammen mit kleinem Einsatz Großes erreichen

Für Matthias Willenbacher, Energiewende-Visionär und Gründer eines der führenden Projektentwicklungsunternehmen für erneuerbare Energien, ist die Demokratisierung der Finanzmärkte eine riesige Chance für Anleger und nachhaltige Projekte.

So ist Willenbacher davon überzeugt, dass die Energiewende nur gelingen kann, wenn sie von den Bürgern selbst ausgeht. Nachhaltiges Crowdinvesting ist für ihn das perfekte Tool, das diese Mission und ihre Förderer gleichermaßen voranbringt.

Seine Firma, die wiwin GmbH, ist mit einem Marktanteil von 38 Prozent, die führende Crowdinvesting-Plattform für Kapitalanlagen in erneuerbare Energien in Deutschland**. „Unser Ziel ist es, einen wesentlichen Beitrag zum Umbau der Geldanlage zu leisten: weg vom anonymen ‚Geld abgeben‘, hin zum bewussten Anlegen in nachhaltige Werte.“

Was Investitionen ab 100 Euro möglich machen können, beweist Sono Motors, das aktuell spannendste Projekt auf Willenbachers Plattform. „Sono Motors entwickelt den Sion, das erste serienmäßig produzierte Elektroauto, das seine Batterie durch die Sonne lädt.“ Eine Idee, die Willenbacher sowohl als Investor unterstützt, als auch mit einer Crowdinvesting-Kampagne auf wiwin GmbH, die große Nachfrage findet.

„Weil alle unsere Projekte bisher erfolgreich gelaufen sind, ist es noch nie zu einem Ausfall von Tilgungen oder fest vereinbarten Zinszahlungen gekommen“, sagt Willenbacher. So, wie man bei Aktien nicht alles auf eine Aktie setzen sollte, so sollte man auch beim Crowdinvesting in unterschiedliche Projekte aus unterschiedlichen Branchen investieren. Und in weitere Anlageprodukte.



„Am Ende haben Anleger mit ihren Investitionsentscheidungen einen enormen Einfluss auf die Entwicklung unserer Gesellschaft“, ist Willenbacher überzeugt, „indem sie ökologische oder soziale Projekte unterstützen, bringen sie die Crowd an die Macht.“

Bei Exporo kann man seit Anfang des Jahres auch „digitaler Teileigentümer“ von Bestands-Immobilien werden. Vorstand Brunke: „So haben Anleger schon ab einer Anlagesumme von 1.000 Euro die Chance, wie ein Eigentümer, sowohl Einnahmen vom laufenden Cash-Flow durch Mieteinnahmen zu generieren als auch an der Wertentwicklung der Immobilie zu partizipieren.“

Fragt man Simon Brunke, welches Projekt ihm besonders am Herzen liege, muss er nicht lange nachdenken: „Besonders habe ich mich auf die Kita in der Innenstadt von Hamburg gefreut, die 238 Kindern eine tolle Tagesstätte bietet und mir eine quartalsweise Ausschüttung von ca. 4,5 Prozent sowie eine Beteiligung an der Wertentwicklung der Immobilie garantiert. Wer kann schon behaupten, ihm gehört ein ‚Stück‘ Kita in Hamburg – noch dazu 20 Jahre fest vermietet?“ ■

* (Zahlen Exporo, Stand 15.8.2018)

** (Crowdinvest-Report 2017)

„Exporo hat seit der Gründung über 223 Millionen Euro* Kapital vermittelt, 130 Immobilienprojekte finanziert und über 57 Millionen Euro Kapital an seine Anleger zurückgezahlt.“



Foto: Architektur fotografie Bach



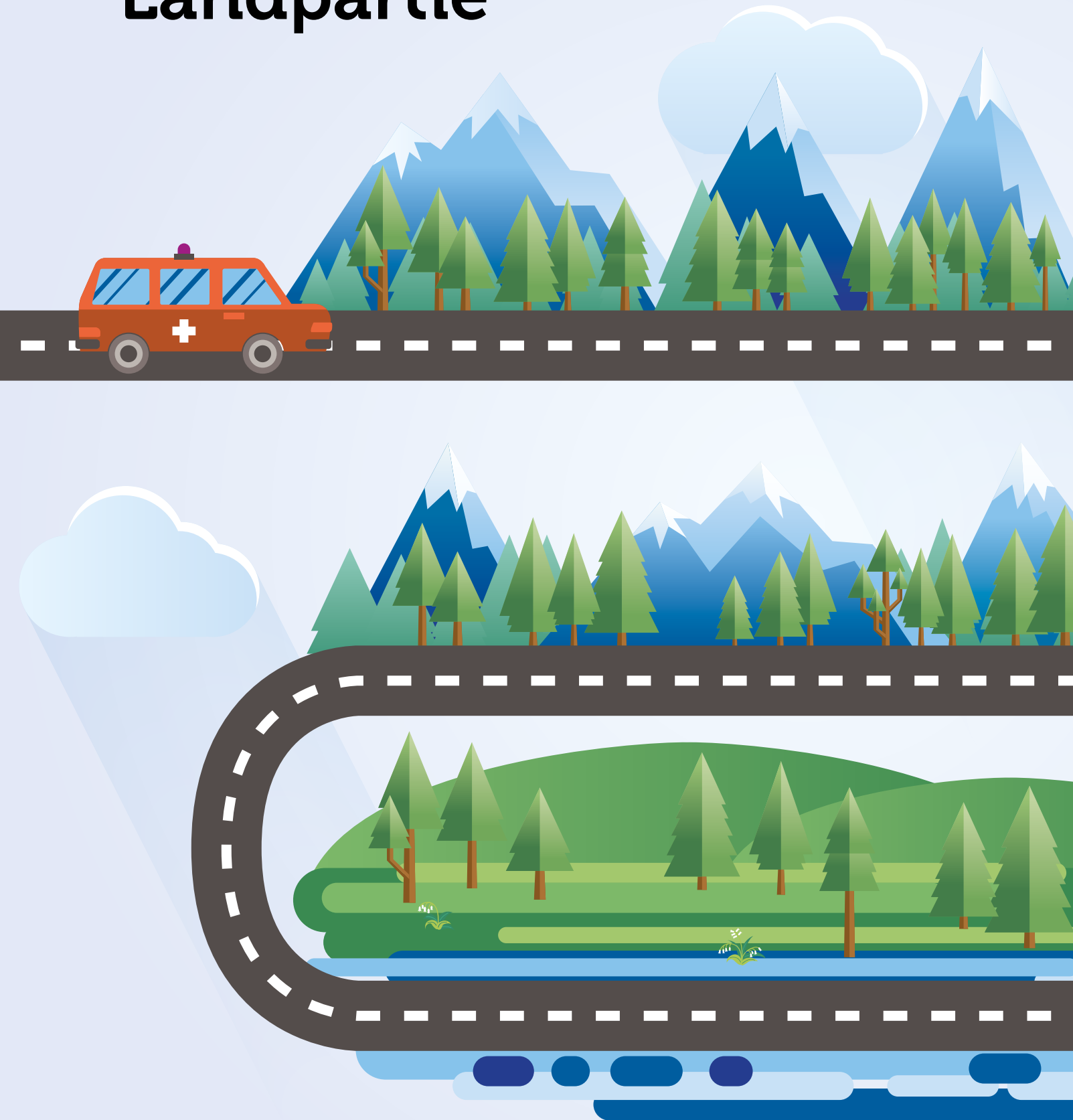
Simon Brunke
Exporo

Liebblingsprojekt: Kita in Hamburg



Foto: Exporo

Landpartie



Versorgungsmanagement In den ländlichen Regionen fehlen Ärzte. Nur zehn Prozent der Medizinstudenten erwägen eine Niederlassung in der Provinz. Mit Förderprogrammen und Stipendien stemmen sich Länder gegen das, was unweigerlich droht: Unterversorgung auf den Dörfern.

Text: Romy König Illustration: istock.com/Diane Labombarbe



Der Blick reicht weit für den, der auf dem Flügler Leuchtturm steht: Salzwiesen, Schilf, Strände, weit hinten das Gelb der Rapsfelder, und etwas näher: das schimmernde Blau der Ostsee. Fehmarn, drittgrößte Insel der Republik. Hier eine Weile rasten, mag der Städter seufzen. Hier urlauben. Bleiben.

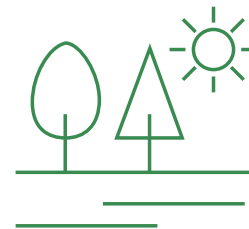
Bleiben? Für länger gar? Hier arbeiten, eine Praxis führen, Patienten versorgen? Mitten auf der Insel, mitten auf dem Land? Für Janine Feuer war das keine Frage. Sie ließ das städtische Leben in Hannover, wo sie Medizin studiert hatte, hinter sich, verabschiedete sich von Theater, Ballett und Cafébesuchen und übernahm auf der schleswig-holsteinischen Insel eine Hausarztpraxis. Eine Bauchentscheidung, sagt sie.

Den ländlichen Gebieten gehen die Ärzte aus. Besonders flächenreiche Bundesländer wie Sachsen oder Mecklenburg-Vorpommern sind betroffen.

Die große Mehrheit ihrer Kollegen kann einen solchen Schritt nicht nachvollziehen; sie treibt es in urbanere Gefilde. Wie die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank (apoBank) 2017 in einer Studie unter hausärztlichen Existenzgründern herausfand, wollen 39,6 Prozent der jungen Mediziner eine Praxis in einer Großstadt eröffnen. Jeweils ein Viertel der Befragten zieht es in eine mittelgroße oder wenigstens eine Kleinstadt. Aufs Land zu gehen, können sich nur 10,3 Prozent der Berufsstarter vorstellen. Zwar ist diese Zahl im Vergleich zur letzten Befragung zwei Jahre zuvor um einen Prozentpunkt gestiegen. „Doch eine Entwarnung gibt es nicht“, kommentiert Daniel Zehnich, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik der apoBank.

Glücksfall Landliebhaber

Den ländlichen Gebieten gehen die Ärzte aus. Besonders flächenreiche Bundesländer wie Sachsen oder Mecklenburg-Vorpommern sind betroffen. Oder eben auch Schleswig-Holstein, wo sich die Neu-Fehmarnerin Janine Feuer niedergelassen hat. Sie übernahm die Praxis eines Hausarztes, der sich zur Ruhe setzen wollte. Ein Glück für den Mediziner, der nach eigenen Angaben drei Jahre lang



Jetzt wird mit Geld gelockt

Doch nun in Zukunft auf weitere Provinzliebhaber unter den Medizinern, auf Glücksfälle eben, zu hoffen, wäre fatal. So müssen Lösungen her, besser noch: finanzielle Anreize. Während Nordrhein-Westfalen jüngst die Landarztquote eingeführt hat, hat jedes Bundesland mittlerweile ein Förderprogramm oder Stipendium aufgelegt, um Medizinstudenten in Richtung rurale Regionen zu bewegen: Die KV Mecklenburg-Vorpommern etwa gewährt Investitionskostenzuschüsse bei einer Niederlassung in einer unterversorgten Region von bis zu 75.000 Euro. Das dortige Landesgesundheitsministerium bietet einigen seiner 4000 Medizinstudenten außerdem Stipendien: 300 Euro überweist ihnen das Land monatlich aufs Konto. Bedingung: Sie verpflichten sich, später mindestens fünf Jahre lang in Mecklenburg-Vorpommern zu bleiben und hier im ländlichen Raum zu praktizieren, gleich ob in der Klinik, einer Praxis oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Denn auch in diesem nordöstlichen Bundesland ist die Lage angespannt: Von den derzeit in Mecklenburg-Vorpommern praktizierenden 1200 Hausärzten werden voraussichtlich 35 Prozent in den nächsten sechs bis 15 Jahren in den Ruhestand gehen, rechnete Gesundheitsminister Harry Glawe (CDU) im Juni während einer Landtagssitzung vor. Der Opposition reichen deshalb die gesetzten Anreize nicht, der gesundheitspolitische Sprecher der Linksfraktion, Torsten Koplín, spricht von aktuell 129 fehlenden Hausärzten und weist nach Sachsen. Hier zahlt das Land 20 jungen Medizinstudenten eine monatliche Summe von 1000 Euro, für die Dauer der gesamten Regelstudienzeit. Dafür müssen die Stipendiaten an einem Patenschaftsprogramm mit einer hausärztlichen Praxis teilnehmen, in der sie für 24 Tage im Jahr die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes und die Organisation seiner Hausarztpraxis kennenlernen; als ausgebildete Allgemeinmediziner müssen sie schließlich sechs Jahre als Hausarzt in Sachsen arbeiten. Die sächsischen Ballungsräume wie Dresden, Leipzig oder Chemnitz sind davon ganz explizit ausgeschlossen.

Solche finanzstarken Stipendien brauche es auch in Mecklenburg-Vorpommern, so der Linke-Politiker Koplín. Auch Gesundheitsminister Glawe räumte ein, dass weitere „intensive Kraftanstrengungen“ in seinem Land nötig seien. „Wir brauchen individuelle Lösungen für einzelne Regionen.“

Neu-Fehmarnerin Janine Feurer: Sie übernahm aus einer Bauchentscheidung heraus die Praxis von Dr. Grünitz und erfüllte sich damit ihren Traum einer Praxis auf dem Land. Ein Glück für den sich in Rente verabschiedenden Mediziner, der nach eigenen Angaben drei Jahre lang nach einem Nachfolger gesucht hatte.

Foto: www.mehrarztleben.de, Jakob Wilder

„Wir sind auf einem guten und attraktiven Weg, aktiv dem Landarzt-Mangel entgegenzuwirken“, sagt Jens Mischak.

Weitere Informationen:

Eine Übersicht über alle Förderprogramme für Landärzte, gelistet nach Bundesländern, findet sich hier:

<http://www.lass-dich-nieder.de/angebote/foerdermoeglichkeiten/zukuenftige-landaerzte-lass-dich-foerdern.html>

Ihre Nachwuchskampagne „Land.Arzt.Leben!“ hat die KV Schleswig-Holstein mittlerweile eingestellt, deren Inhalte 2015 in das erweiterte Programm „Mehr. Arzt.Leben!“ übertragen. Darin bewirbt sie nun die ärztliche Niederlassung insgesamt:

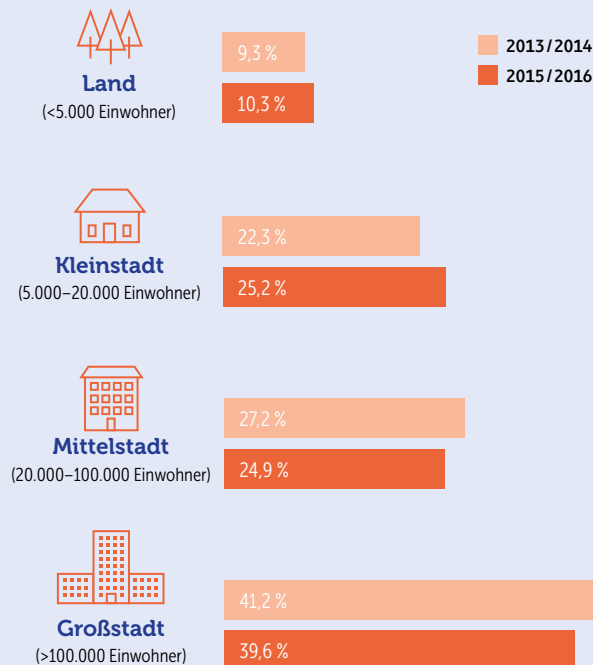
<http://www.mehrarztleben.de>

nach einem Nachfolger gesucht hatte, und ein Glück für die Insel. Andere norddeutsche „Mittelbereiche“, wie die Planungssektoren in der hausärztlichen Versorgung heißen, sind schlechter dran: Im nordfriesischen Husum etwa sind derzeit zwölf Hausarztstühle offen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen schon seit Jahren gegenzusteuern, setzen Programme auf, um Jungmediziner in ländliche Regionen zu locken. Die KV Schleswig-Holstein warb schon ab 2011 mit der Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ um Nachwuchs, bemühte Attribute wie den „abwechslungsreichen Praxisalltag“, das „sehr persönliche Patientenverhältnis“ und den Vorzug, vor Ort der „erste Ansprechpartner rund ums Thema Gesundheit“ zu sein. Dass dies keine reinen Marketingfloskeln sind, bestätigt Janine Feurer. Denn genau dies schätze sie tatsächlich an ihrem Job: Untersuchungen oder Behandlungen durchführen zu können, für die sie als Stadtärztin zu einem Facharzt überweisen würde, ob Ultraschall oder Ohrensplüfung. Daneben preist sie aber auch die hohe Lebensqualität auf dem Land, ihr Leben auf dem Bauernhof; ihr Partner ist Landwirt.

Existenzgründung von Hausärzten

Existenzgründungsanalyse der apoBank



Ergebnisse der jährlichen Analyse der apoBank in Kooperation mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2015/2016).

Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

Auch drei regionale Kliniken gehören dem Verbund an, darunter das Krankenhaus Eichhof in der Kreisstadt Lauterbach. Die 240-Betten-Einrichtung hatte bereits 2011 die Idee, sich langfristig Mitarbeiternachwuchs per Stipendium zu sichern und hat – damals noch im Alleingang und über ihren Träger, die Eichhof-Stiftung – eine junge Medizinstudentin rekrutiert. Auch hier lautet der Deal: monatliche Überweisung einer kleinen dreistelligen Summe, nach Studium Anstellung im Haus; ein Mentoring-Programm ergänzt die Klinik-Student-Vereinbarung. Die Studentin, die sich auf den Handel eingelassen hat, ist gebürtige Osthessin, hat auswärts studiert, kommt nun für den Job zurück in ihre Heimat. Auch das vergleichsweise neue „Medizin-Plus“-Programm scheint Anklang zu finden: Mittlerweile haben sich bereits drei Studierende in das Programm des Vogelsbergkreises eingeschrieben. „Wir sind auf einem guten und attraktiven Weg, aktiv dem Landarzt-Mangel entgegenzuwirken“, gibt sich Jens Mischak, Kreisgesundheitsdezernent, optimistisch.

Weniger zuversichtlich bleibt dagegen Daniel Zehnick, der Gesundheitspolitik-Experte der apoBank. Zwar beobachte auch er, dass die verschiedenen finanziellen und beratenden Unterstützungen, unter anderem der KVen, zum Thema Niederlassung Wirkung zeigten. Doch rufe die Infrastruktur auf dem Land auch weiterhin Bedenken gerade bei den Existenzgründern hervor: „Weniger Jobmöglichkeiten für den Partner, weitere Schulwege für den Nachwuchs, kaum Einkaufsmöglichkeiten und ein fehlendes Kulturangebot spielen durchaus eine Rolle bei der Entscheidung.“

„Ja sicher, die Wege zum Supermarkt oder in die Schule sind vielleicht etwas weiter als in der Stadt“, entgegnet die junge osthessische Allgemeinmedizinerin, die nach Lauterbach zurückkehrt. „Aber ich weiß einfach, dass man auf dem Land sehr wohl und gut wohnen kann.“ Nach sieben Jahren Stadtleben freue sie sich auf ein „ehrliches und familiäres Umfeld“ – sowohl in dem ländlichen Krankenhaus als auch in der Dorfgemeinschaft. „Und für Kultur“, so sagt sie, „fahre ich dann auch gern mal in die nächstgelegene Stadt.“ ■

Kreise und Kliniken zeigen Eigeninitiative

Wie einzelne Regionen aktiv werden können, macht der Vogelsbergkreis am östlichen Rand von Hessen vor: Seit 2016 bietet der Kreis vier Medizinstudenten, die bereits den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung abgeschlossen haben, ab dem fünften Semester bis zum Ende der Regelstudienzeit 400 Euro Unterstützung pro Monat. Auch hier gilt: danach bitte bleiben. Nicht nur müssen die Teilnehmer des sogenannten „Medizin-Plus“-Programms ihre Weiterbildung zum Allgemeinmediziner im Vogelsbergkreis absolvieren, auch verpflichten sie sich, sich anschließend für mindestens drei Jahre als Hausarzt im Kreisgebiet niederzulassen. Hinter dem Stipendium steckt der „Weiterbündungsverbund des Vogelsbergkreises für Allgemeinmedizin“, ein Zusammenschluss von 17 niedergelassenen Hausärzten, der sich der Fortbildung von Ärzten verschrieben hat.

„Ja sicher, die Wege zum Supermarkt oder in die Schule sind vielleicht etwas weiter als in der Stadt. Aber ich weiß einfach, dass man auf dem Land sehr wohl und gut wohnen kann.“



Datenschutzgrundverordnung Seit gut einem Vierteljahr ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung auch bei uns unmittelbar geltendes Recht. Welche Fragen stellen sich in Praxis und Klinik bei der Umsetzung?

Text: **Ulrike Scholderer**

Auf dem Weg zur Routine

Zentrales Anliegen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist es, Transparenz im Umgang mit Daten zu erzeugen. In der Arztpraxis heißt das: Die Patienten müssen darüber informiert werden, welche Daten von ihnen zu welchem Zweck erhoben und verarbeitet werden. Und wie lange diese Daten gespeichert werden. Zusätzlich hat der Ordnungsgeber ein umfassendes Rechtetpaket für die Betroffenen, also in diesem Fall für die Patienten, geschnürt. Es beinhaltet neben dem Recht auf Auskunft über die erhobenen und verarbeiteten Daten unter anderem auch das Recht auf Berichtigung oder Löschung und ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung. Auch über diese Rechte muss der Patient ins Bild gesetzt werden. Genau geregelt ist die Informationspflicht in Art. 13 DSGVO. Als Praxisinhaber haben Sie also als erstes eine Patienteninformation zusammenzustellen. Zwar reicht es aus, wenn man diese

Information auslegt, aushängt oder an die Patienten verteilt. Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen raten aber, die Information nach Art. 13 DSGVO von allen Patienten unterschreiben zu lassen. „Als Praxisinhaber ist man in der Nachweispflicht. Man muss dokumentieren können, dass der Patient die vorgeschriebenen Informationen zur Kenntnis nehmen konnte“, erläutert Olga Faust, Datenschutzbeauftragte der PVS Baden-Württemberg. „Den Patienten die Information datieren und unterschreiben zu lassen, ist häufig der einfachste und sicherste Weg.“

Einwilligung statt Einverständnis

Bislang erklärten die Patienten per Unterschrift ihr Einverständnis, dass die zur Erstellung der Rechnung notwendigen Daten an die PVS weitergegeben werden. Mit der DSGVO tritt an die Stelle der Einverständniserklärung die Einwilligung. Eine Einwilligung muss immer dann eingeholt werden, wenn es gesetzlich vorgeschrieben ist und die Verarbeitung oder Weiterleitung der Daten nicht mehr von der Erforderlichkeit des Behandlungsvertrages gedeckt ist. Die Datenschutzbehörden gehen aktuell noch davon aus, dass Patientendaten zu Zwecken der Abrechnung und der Forderungsabtretung nur mit der Einwilligung des Patienten an die PVS übergeben werden dürfen. „Viele Praxen fragen uns, ob sie die Einwilligungserklärung auch von den Patienten unterschreiben lassen müssen, die bereits eine Einverständniserklärung unterzeichnet haben“, berichtet Olga Faust. „Das ist unbedingt notwendig. Denn die Einwilligung ist sozusagen die auf Basis der neuen Rechtslage aktualisierte Einverständniserklärung. Neu ist unter anderem, dass der Patient über Widerrufsmöglichkeiten und die Freiwilligkeit der Einwilligungserklärung informiert werden muss.“ Wichtig sei auch, die Einwilligung bei jedem stationären Aufenthalt abzeichnen zu lassen. „Im ambulanten Bereich empfehlen wir, die Einwilligungserklärung mindestens einmal im Jahr signieren zu lassen“, so Faust. „Damit ist die Praxis dann immer auf der sicheren Seite.“

Tatsächlich kommt es vor, dass Patienten die Einwilligung nicht unterschreiben wollen. „In diesem Fall gilt es,

„Im ambulanten Bereich empfehlen wir, die Einwilligungserklärung mindestens einmal im Jahr signieren zu lassen“, so Faust.

Olga Faust: ist
Datenschutzbeauftragte der
PVS Baden-Württemberg.

Foto: PVS Baden-Württemberg



Tatsächlich kommt es vor, dass Patienten die Einwilligung nicht unterschreiben wollen.

Das sollten Sie beachten:



Grundregeln der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes einhalten



Patienten informieren



Mitarbeiter für das Thema sensibilisieren



Ein Verzeichnisse führen



Eine rechtskonforme Datenschutzinformation auf Ihrer Website bereithalten

Markus Edinger: Der Datenschutzbeauftragte der PVS Südwest rät, die Fragen der Patienten im persönlichen Gespräch zu klären.

Foto: PVS Südwest



das Gespräch mit dem Patienten zu suchen“, sagt Markus Edinger, Datenschutzbeauftragter der PVS Südwest. „Dann kann man Missverständnisse aus dem Weg räumen.“ Hilfreich sei es auch, darauf hinzuweisen, dass die PVS eine ärztliche Gemeinschaftseinrichtung sei und die Mitarbeiter dort genauso der Schweigepflicht unterliegen wie der Arzt selbst. „Das schafft Vertrauen“, sagt Edinger. Die Einwilligungserklärungen sind übrigens Bestandteil der Patientenakte und sollten deshalb genauso lange aufbewahrt werden wie die Akte selbst. Wer angesichts der Papierflut darüber nachdenkt, die Formulare zu digitalisieren, der sei darauf hingewiesen, dass das zwar grundsätzlich möglich ist, aber unbedingt revisionsicher zu erfolgen hat. „Revisionsicher heißt, dass die Dokumente unveränderbar sein müssen“, erläutert Faust. Aktuelle Datenmanagementsysteme stellen von Haus aus Revisionsicherheit her. Aber auch wer kein Datenmanagementsystem verwendet, kann verfälschungssicher archivieren. Hierfür wurde das PDF-A-Format entwickelt. PDF-A-Dokumente sind grundsätzlich unveränderbar. Sollte es dennoch gelingen, die Datei zu verändern, wird ein Hinweis auf diese Veränderung gespeichert.

Auftragsverarbeitung oder Joint Controllership?

Die DSGVO hat zu der Klarstellung geführt, dass das Verhältnis zwischen der PVS und der Praxis oder dem Krankenhaus keine Auftragsdatenverarbeitung, sondern vielmehr ein Joint Controllershhip ist. Beim Joint Controllershhip legen mehrere Verantwortliche gemeinsam die Zwecke und Mittel der Datenverarbeitung fest. Während es bei der Auftragsdatenverarbeitung typischerweise lediglich um eine Hilfs- und Unterstützungsfunktion geht, bei der der Auftragnehmer keinen inhaltlichen Entscheidungsspielraum hat, tragen im Joint Controllershhip die Beteiligten die Verantwortung für die ihnen zugeordneten Datenverarbeitungsvorgänge. Und genau das ist im Verhältnis von PVS und Praxis oder Klinik der Fall. Die PVS hat deshalb entsprechende Verträge aufgesetzt, in denen die Verantwortlichkeiten beschrieben werden.

Die große Abmahnwelle blieb bisher aus

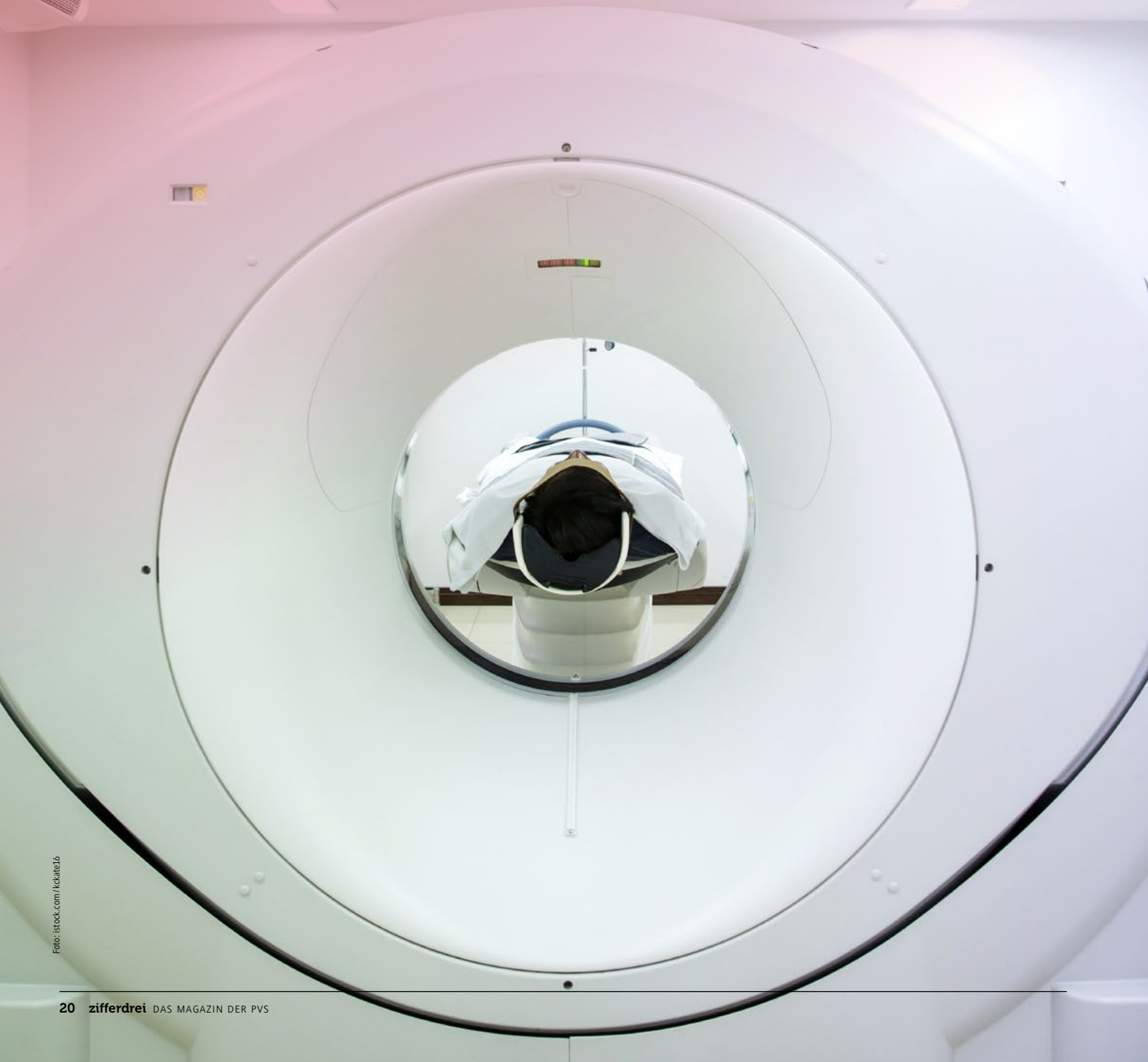
Nicht ohne Grund war befürchtet worden, dass mit Inkrafttreten der DSGVO eine Abmahnmaschinerie in Gang gesetzt werden würde. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hatte deshalb eine Initiative gestartet, nach der Anwälte vorübergehend bei missbräuchlichen Abmahnungen auf Basis der DSGVO keine teuren Gebühren mehr verlangen können sollten. Damit ist sie gescheitert. Denn der Koalitionspartner SPD drängte darauf, das Problem grundlegender anzugehen. Ende Juli beantwortete das Bundesjustizministerium eine Kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion zu Maßnahmen gegen den Abmahnmissbrauch. Darin heißt es, die Bundesregierung würde schnellstmöglich einen Gesetzentwurf vorlegen, der geeignete und wirkungsvolle Maßnahmen zur Eindämmung von Abmahnmissbrauch vorsehen werde. Das ist wenig konkret. Dennoch bestehe eigentlich für Arztpraxen kein großer Grund zur Sorge, ist Jan Mönikes, auf IT- und Wettbewerbsrecht spezialisierter Fachanwalt aus Berlin, überzeugt. „Wenn man die Grundregeln beachtet, die Patienten in der Praxis transparent informiert, die eigenen Mitarbeiter für den Datenschutz sensibilisiert, ein Verzeichnisse führt und auf seiner Internetseite eine rechtskonforme Datenschutzinformation bereithält, ist man im Großen und Ganzen schon auf der sicheren Seite.“

Die PVS hat für ihre Mitglieder Transparenzerklärungen erstellt und steht bei allen Fragen rund um die Umsetzung der DSGVO mit Rat und Tat zur Seite. „Bei den niedergelassenen Ärzten und in den Kliniken hat die DSGVO zunächst wieder ein Mehr an Bürokratie mit sich gebracht. Das hat natürlich auch Verärgerung hervorgerufen“, resümiert Edinger die aktuelle Situation in der Praxis. „Vieles ist bei näherem Hinschauen aber gar nicht so neu und wir sind zuversichtlich, dass sich schon bald eine gewisse Routine einspielen wird.“ ■

Innovationen Dank des medizinischen Fortschritts potenzieren sich Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten schneller denn je. Doch wie finden diese Innovationen ins Versorgungssystem?

Text: **Stefan Tilgner**

Privatmedizin – Rolle als Innovationstreiber muss gesichert werden



Medizinische Innovationen sind ohne einen privatmedizinischen Bereich kaum denkbar. Denn nach Gesetzeslage muss das umlagefinanzierte Mehrheitssystem der GKV die zur Verfügung stehenden (knappen) finanziellen Ressourcen immer für eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung verwenden. Individuelle, auf die konkreten Bedürfnisse eines Einzelnen oder einer kleinen Gruppe von Patienten zugeschnittene Leistungen stehen in einer solchen Systematik nicht im Fokus. So finden innovative Leistungen bzw. Versorgungsformen über das Genehmigungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss oft genug nur dann den Weg in die Regelversorgung, wenn zuvor über „genügend“ Einzelfälle im privatmedizinischen Bereich hinreichend Erfahrungen und Belege für den Wert der jeweiligen Innovation zusammengetragen wurden.

Die Bedeutung der Privatmedizin als Innovationstreiber kann also gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Allerdings ist auch die Privatmedizin kaum denkbar ohne eine transparente und vor allem moderne Gebührenordnung, die sowohl den Belangen des Patienten als auch des Arztes Rechnung trägt. Genau hier liegt die gegenwärtige Krux. Denn kaum ein Thema wurde allen anderslautenden Bekundungen zum Trotz seit vielen Jahren von der Politik so konsequent vernachlässigt wie die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte.

Die Politik bleibt also der größte Unsicherheitsfaktor.

Substanzielle Fortschritte wurden allerdings dennoch gemacht. So haben sich die Ärzteseite und die privaten Krankenversicherungen in den zurückliegenden Jahren aufeinander zubewegt und ehemals schwierige Fragen im Rahmen der Novellierung ausgeräumt.

Im Vertrauen auf diese positiven Zwischenergebnisse hat der zurückliegende Ärztetag in Erfurt der Bundesärztekammer nun weitreichende Vollmachten erteilt. So heißt es:

„Der mit den Landesärztekammern und über 130 ärztlichen Verbänden und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) erarbeitete Entwurf einer Leistungslegendierung wird aktuell einer betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation unterzogen. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beauftragt die Bundesärztekammer, diesen begonnenen Prozess unter Berücksichtigung der Eingaben der eingebundenen Verbände und Fachgesellschaften fortzuführen. In nachvollziehbaren Hochrechnungen unter Hinzuziehung der verfügbaren Datengrundlagen soll eine möglichst detaillierte Folgenabschätzung sichergestellt werden. Die Fragestellung, ob diese neue GOÄ inklusive der damit verbunden eingegangenen Kompromisse als Konsensvorschlag seitens der Bundesärztekammer beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingebracht wird, muss ... vor dem Hintergrund der politischen Diskussion, insbesondere der Arbeit der geplanten wissenschaftlichen Kommission der Bundesregierung zur Modernisierung der Vergütungssysteme, gesondert bewertet werden.“

Die Politik bleibt also der größte Unsicherheitsfaktor. Eigentlich sollen die Vergütungen der Ärzte für privat und gesetzlich Versicherte jeweils eigenständig neu geregelt werden. Doch der Koalitionsvertrag lässt offenbar Spielräume für eigene Narrative und Spekulationen:

Im Koalitionsvertrag hatten SPD und CDU/CSU festgestellt, dass sowohl die ambulante Honorarordnung in der GKV als auch die GOÄ reformiert werden müssen. Deshalb solle ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbilde.

Im Zuge der Einsetzung einer wissenschaftlichen Kommission, die nun grundsätzliche Fragestellungen rund um diesen Themenkomplex für die Politik bis Ende 2019 aufbereiten soll, kommt nun jedoch ein anderer Zungenschlag in die Sache. Nun heißt es plötzlich, dass „auch eine Vereinheitlichung von GOÄ und EBM geprüft“ werde. Besonderes Augenmerk solle auf der „Behebung bestehender, durch die unterschiedlichen Honorarordnungen verursachten Probleme“ liegen. Wachsamkeit scheint angebracht – eine novellierte GOÄ wird kein Selbstläufer! ■

Zu diesen Themen mitdiskutieren?

Der Tag der Privatmedizin 2018 am 24. November informiert ausführlich über die aktuelle Gefährdungslage der GOÄ. Ausgewiesene Experten erörtern die Rolle der Privatmedizin als Innovationstreiber im Rahmen einer Plenumsveranstaltung. Sie sind herzlich eingeladen, mitzudiskutieren und Ihre Fragen zu stellen. Anmeldung unter www.tag-der-privatmedizin.de

SAVE THE DATE!

24. November 2018

Tilgners Bericht aus Berlin Gesundheit wird teurer. Das ist nicht neu. Wenn aber darüber diskutiert wird, dass aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen zu Kostenlawinen führen, darf nicht übersehen werden, dass die Chancen zu innovativen Entwicklungen selten besser waren als heute.

Text: **Stefan Tilgner**

Der Ball liegt im Feld ...



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

Gesundheitspolitik, so analysierte der Politik- und Parteienforscher Prof. Dr. Thorsten Faas von der FU Berlin dieser Tage, eignet sich gut als emotionales Thema, um politische Grundstimmungen zu erzeugen. Faktisch wahlentscheidend war sie aber bisher meist nicht. Wohl auch, weil die Details dann doch zu komplex sind. In der sogenannten parlamentarischen Sommerpause hat die Gesundheitspolitik allerdings schon oft den Schlagzeilengerber gespielt. So auch in diesem Jahr. Wohl auch, weil der recht umtriebige Minister Jens Spahn unbedingt Akzente setzen will. Ein stilles Abarbeiten des Koalitionsvertrages – das wird es mit Spahn nicht geben. Markante und populäre Entscheidungen sind sein Anliegen. Will er sich, so wird ihm zumindest unterstellt, doch für höhere Kabinettsweihen qualifizieren. Dazu benötigt er natürlich die Wählergunst. Es wird sich also zeigen, ob Gesundheitsthemen am Ende doch die Wahlen beeinflussen können.

Vom Wirtschaftsliberalen zum Kostentreiber?

Spahn sorgt für einfache Überschriften. Die großen drei Gesetzeskomplexe, die er seit Beginn seiner Amtszeit im März angefasst hat, versteht im Kern jeder Bürger. Mehr Personal für die Pflege, mehr noch als der Koalitionsvertrag vorgesehen hat. Das ist gerade vor dem Hintergrund der immer deutlicher erkennbaren demografischen Entwicklung zweifelsohne populär. Geld zurück aus den Überschüssen der Krankenkassen – die Beitragszahler jubeln. Und mehr Sprechstunden und schnellere Termine beim Arzt. Welcher Patient möchte das wohl nicht? Wie einfach scheint Gesundheitspolitik doch plötzlich zu sein. Klar, dass Spahn von der Großwetterlage in der großen Koalition profitiert. Pflege wurde zum Top-Thema erklärt, die Finanzlage der Sozialkassen ist (noch) gut. Der Minister muss

also nicht zum Sparkommissar werden. Es sind Zeiten, in denen man sich daran machen kann, die Versorgungsqualität zu verbessern. So darf sich Spahn, wie einst sein Vorgänger im Amt Norbert Blüm, stark auf den Ausbau des Sozialsystems konzentrieren. Kritiker, die dem früheren Finanzstaatssekretär und bislang eher als konservativer Wirtschaftsliberaler eingestuften Gesundheitsminister heute Kostentreiben vorwerfen, lassen ihn kalt. Die Rechnung kommt sowieso erst, wenn im kommenden Jahr der Beitragssatz zur Pflegeversicherung angehoben werden muss und vielleicht später auch bei der Krankenversicherung. Klar ist ohnehin, dass für die Gesundheitsversorgung perspektivisch mehr Geld im System sein muss. Jetzt Rahmenbedingungen für eine bessere Versorgung zu schaffen, anstatt dieses später unter Kostendiskussionen zu tun, kann also nicht falsch sein.

Es sind Zeiten, in denen man sich daran machen kann, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Budgetierung muss weg

Was sind aber die wahren Herausforderungen? Mehr Pflegepersonal, wenn die Krankenhäuser dieses denn so schnell bekommen könnten, ist unstrittig. Die erwünschte höhere Verfügbarkeit von Ärzten bedingt natürlich, dass endlich auch attraktivere Rahmenbedingungen, nicht nur, aber auch in der Honorierung zu schaffen sind. Unsinnige Budgetierungsdeckel sind ein Relikt der Vergangenheit. Mehr Freiheit und Vertrauen in die

Veranstaltungen

SEPTEMBER 2018

Mi
26
SEP
SEMINAR GOÄ-Seminar für Pädiatrie
Karlsruhe
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Mi
26
SEP
SEMINAR GOÄ-Basisseminar Fachbereich Gynäkologie
Verden
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Mi
26
SEP
SEMINAR Betriebswirtschaftliche Kennzahlen –
BWA & EÜR
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

OKTOBER 2018

DO
18
OKT
SEMINAR GOÄ/EBM Präventionsleistungen Teil 1
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi
24
OKT
SEMINAR GOÄ-Fachseminar Chirurgie
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

NOVEMBER 2018

FR
09
NOV
SEMINAR Motivationsseminar für MFA-Azubis
Lüneburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Mi
14
NOV
SEMINAR GOÄ-Seminar
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi
14
NOV
SEMINAR Erfolgreich IGeLIn im Team
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

Mi
28
NOV
SEMINAR TCM, Naturheilkunde und Akupunktur
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

DO
29
NOV
SEMINAR GOÄ/EBM Präventionsleistungen Teil 2
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

DEZEMBER 2018

Mi
05
DEZ
SEMINAR Risiko- und Fehlermanagement in einer
Arztpraxis
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 2555539

Selbstverantwortung des Patienten und mehr Selbstbestimmung bei der Gestaltung der Leistungen helfen ebenso die Versorgung zu stabilisieren, wie der Verzicht auf unsinnige Sozialneid-Diskussionen mit Themen wie „Zwei-Klassen-Medizin“ oder „Einheitskasse“, wie man sie noch zu Wahlkampfzeiten und bei den Koalitionsverhandlungen erlebte.

Gesundheits-IT ja, aber nicht zu Lasten der Ärzte

Die große Chance dieser Tage ist aber, endlich Innovationen zu etablieren, die schon lange diskutiert werden. Die großen Themen „Gesundheits-IT“ und „digitale Vernetzung“ schweben dabei über allem. Der faktische Crash der Gesundheitskarte sollte dabei nicht darüber hinwegtäuschen, welchen Vorteil beispielsweise gut geführte Patientenakten haben. Vorteile für Versorgungsforschung, Patient compliance und ökonomische Versorgungssteuerung liegen auf der Hand. Was nur nicht passieren darf, ist, dass die Einführung digitaler Strukturen dann zulasten der Ärzte geht, die zudem für erbrachte Zusatzleistungen nicht einmal gerecht honoriert werden. Hier bedarf es einer neuen Denkweise. „Digital Health“ ist eben kein reiner Verwaltungsakt, sondern eine echte Versorgungsleistung, die eine gerechte Erstattung rechtfertigt. Beispielsweise im gesamten Bereich Fernbehandlung, der besonders in unterversorgten Gebieten neue Perspektiven eröffnet. Bei den notwendigen hohen Investitionen in die digitale Infrastruktur ist zudem das gesamte System gefragt, sie sind sozusagen eine gesamtgesellschaftlich zu erbringende Leistung. Und wann, wenn nicht jetzt, soll diese denn endlich angegangen werden?

Digitalisierungs-Strategie ist wichtig

Digitalisierung ist der Schlüssel zu einer größeren Patientenorientierung des Systems. Individueller Nutzen im Sinne einer besseren Ergebnisqualität auch aufgrund neuer Möglichkeiten intersektoraler und interdisziplinärer Kooperationen sind Basis für eine zukunftsorientierte Medizin. Zudem kann eine richtig verstandene Digitalisierungsstrategie auch dafür sorgen, dass der Arzt von Tätigkeiten entlastet wird, die nicht seiner eigentlichen Profession entsprechen. Die elektronische Arztkarte mit allen behandlungsrelevanten Daten kann ein Segen sein, die Ärzte wehren sich aber in den Diskussionen zurecht dagegen, dass die Praxis über zu restriktiv ausgelegten Datenschutzvorgaben am Ende faktisch zu einem Aktenverwaltungsbüro der Patienten wird. Weniger das Technische als diese praktisch-organisatorischen Dinge sind also Lösungsaufgabe der Politik in den nächsten Monaten. Denn die Politik ist für die Rahmenbedingungen verantwortlich. Sowohl der Koalitionsvertrag als auch zahlreiche Äußerungen Spahns lassen erwarten, dass hier endlich praktikierbare Schritte in eine vielversprechende Zukunft mit „eHealth“ gegangen werden. Gesundheitspolitisch ist in den kommenden Wochen und vielleicht Monaten also vieles in Bewegung. ■

Abrechnung Abrechnungsausschlüsse, Analogabrechnung, das alles macht die Rechnungsstellung nach GOÄ nicht gerade übersichtlicher. Gabriele Fischer, Leiterin des Gebührenreferates der PVS Südwest, erläutert, was beim Hautkrebs-Screening zu beachten ist.

Text: Gabriele Fischer

Hautkrebs-Screening – richtig abrechnen

Das isolierte Hautkrebs-Screening mit Anamneseerhebung, Untersuchung der gesamten Haut, Befundung und Beratung ist mit den Ziffern 1 oder 3 und 7 GOÄ berechnungsfähig.

Wird zur weiteren diagnostischen Abklärung eine Dermatoskopie erforderlich, ist diese mit der Ziffer 750 GOÄ liquidationsfähig. Aufgrund der Abrechnungsausschlüsse

zur Ziffer 3 (nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit 5, 6, 7, 8, 800 oder 801) ist eine Nebeneinanderberechnung der Ziffern 3 und 750 nicht möglich. In diesem Fall empfehlen wir anstelle der Berechnung der Ziffer 3 die Abrechnung der Ziffer 1 mit erhöhtem Faktor (max. 3,5) und der Begründung „zeitaufwändige, eingehende Beratung“ vorzunehmen.

Erfolgt das Hautkrebs-Screening im Zusammenhang mit einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach Ziffer 29 GOÄ (einschließlich Erhebung des Ganzkörperstatus) können aufgrund der Leistungsüberschneidung die Gebührennummern 1 und 7 nicht neben Ziffer 29 abgerechnet werden. Der zeitliche Mehraufwand aufgrund der kombinierten Beratungs- und Untersuchungsleistung kann in diesem Fall nur über einen erhöhten Gebührensatz der Ziffer 29 (max. 3,5) berücksichtigt werden. Die Abrechnungsfähigkeit der Ziffer 750 neben Ziffer 29 bleibt davon unberührt.

Die gegebenenfalls notwendig werdende „videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und Auswertung“ kann gemäß einem Beschluss des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer mit dem analogen Ansatz der Ziffer 612 GOÄ berechnet werden. Allerdings ist dieser Beschluss nicht mit den Kostenträgern konsentiert. Folglich werden diese Abrechnungen gelegentlich moniert. Es empfiehlt sich, mit dem Steigerungssatz moderat umzugehen. Wie der Berufsverband der Deutschen Dermatologen empfehlen auch wir die Anwendung eines gestaffelten Steigerungssatzes.

Isoliertes Hautkrebs-Screening:

Leistungslegende	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Faktor:		
			1,0	2,3	3,5
Beratung	3	1	8,74 €	20,11 €	30,60 €
Untersuchung der Haut	7	1	9,33 €	21,45 €	32,64 €
Gesamtsumme:			18,07 €	41,56 €	63,24 €

Isoliertes Hautkrebs-Screening mit Aufsichtdermatoskopie:

Leistungslegende	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Faktor:		
			1,0	2,3	3,5
Beratung	1	1	4,66 €	10,72 €	16,32 €
Untersuchung der Haut	7	1	9,33 €	21,45 €	32,64 €
Aufsichtdermatoskopie	750	1	6,99 €	16,09 €	24,48 €
Gesamtsumme:			20,98 €	48,26 €	73,44 €

Isoliertes Hautkrebs-Screening mit Videodokumentation der Muttermale:

Leistungslegende	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Faktor:		
			1,0	2,3	3,5
Beratung	3	1	4,66 €	10,72 €	16,32 €
Untersuchung der Haut	7	1	9,33 €	21,45 €	32,64 €
Videodokumentation von Muttermalen *	A 612	1	44,12 €	79,42 €	110,31 €
Gesamtsumme:			58,11	111,59 €	159,27 €

(* reduzierter Gebührenrahmen (1,0–2,5, Schwellenwert 1,8))

Beispiel:

- 1,2-fach bei einer Untersuchung von bis zu 3 Naevi
- 1,5-fach bei bis zu sechs Naevi
- 1,8-fach bei mehr als sechs Naevi

Die Nebeneinanderberechnung der Ziffern 612 analog und 750 ist aufgrund des Zielleistungsprinzips problematisch und führt zu regelmäßigen Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern. ■

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.

Widerspruchshinweis

Soweit Sie der Nutzung Ihrer Adressdaten und der Zusendung der Zeitschrift für die Zukunft widersprechen wollen, senden Sie bitte eine kurze Nachricht und eine Kopie des Adressfeldes der Zeitschrift, die Ihnen zugesandt wurde, an die Redaktion per E-Mail unter redaktion@zifferdrei.de, per Fax an + 49 30 28049635 oder per Post an die oben genannte Anschrift der Redaktion.

Erscheinungstermin

10.09.2018

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN'S

Kolumne

„Wir müssen aufhören, uns als Erziehungsberechtigte des Patienten aufzuspielen.“ Mit diesem Satz überraschte Dr. Gottfried Ludewig, Leiter der neu geschaffenen Abteilung Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium, unlängst in einem Interview mit der „Ärzte Zeitung“. Dieser Satz überrascht, weil die Gesundheitspolitik der letzten Jahre, ja Jahrzehnte, nichts anderes atmete als den Geist der zunehmenden Entmündigung der Versicherten durch den Staat. Überspitzt formuliert wird der Patient im System behandelt. Fragen der Umgestaltung von Finanzierungs-, Vergütungs- und Versorgungsstrukturen haben die Patientenorientierung ins Abseits gedrängt.

Das ist die große Chance, unser Gesundheitssystem neu zu fokussieren – auf den Patienten zu fokussieren.

Umso mehr lässt Ludewigs Äußerung aufhorchen. Offensichtlich beginnt die Politik umzudenken. Dank der Digitalisierung. Genauer: Dem Smartphone sei Dank. Es löst im Gesundheitswesen nicht mehr und nicht weniger aus als eine Revolution. Eine „Revolution von unten“ gewissermaßen, in der Logik der Politik. Der Patient ist plötzlich in der Lage, seine Gesundheitsdaten einzusehen, zu speichern und zu verwalten. Er hält sie wortwörtlich in den Händen. Und er selbst kann Gesundheitsdaten erfassen, sich beobachten, kontrollieren. Aus der passiven Rolle des behandelten Patienten wird eine aktive. Er ist unmittelbar eingebunden, macht mit. Das ist die große Chance, unser Gesundheitssystem neu zu fokussieren – auf den Patienten zu fokussieren. Und genau das ist notwendig. Medizin funktioniert nicht über den Kopf des Patienten hinweg. Der Patient muss aktiv in das Behandlungsgeschehen eingebunden sein, eigenverantwortlich handeln können. Digitalisierung ist zweifellos ein schwieriger Prozess, den wir Schritt für Schritt gehen müssen. Der bestmögliche Datenschutz eine *conditio sine qua non*. Digitalisierung ist aber auch ein Schlüssel zur Verbesserung der Qualitätssicherung. Vor allem aber hilft sie, Patientenorientierung im Zielsystem der Gesundheitsversorgung zu verankern und den Patienten zum Souverän zu machen. ■

PVSocial zeichnet erneut Alltagshelden aus

Wie heißt es so oft: Es kann nur einen geben. Bei der PVS Westfalen-Nord nicht. Denn hier gab es gleich zehn glückliche Gewinner.

Zum 90-jährigen Firmenjubiläum suchte die PVS Westfalen-Nord 2016 zum ersten Mal ihre Alltagshelden. Da alle Mitwirkenden von der Resonanz begeistert waren, sollte PVSocial nicht als einmalige Aktion in Erinnerung bleiben. Denn so viele kleine und große Heldentaten bleiben im Alltag oft unbemerkt. Und das, obwohl es viele dieser Projekte ohne das unermüdete Engagement gar nicht geben würde. Projekte, die täglich Menschen helfen – zu überleben, gesund zu werden oder gesünder zu leben.

Mitmachen konnten bei der PVSocial-Aktion alle PVS-Kunden und deren Mitarbeiter, die sich besonders für soziale Projekte rund um das Thema Gesundheit einsetzen. Mitte Mai war es wieder so weit: Die PVS Westfalen-Nord zeichnete insgesamt zehn Gewinnerinnen und Gewinner aus. Dabei hätte jedes der 20 eingereichten Projekt einen Preis verdient, darin waren sich alle einig.

„Durch jahrelange Kontakte und persönliche Gespräche mit unseren Kunden wissen wir, dass sich unsere ärztlichen Mitglieder und deren MitarbeiterInnen über die tägliche Praxis hinaus – in der Freizeit – mit ihrem Wissen, ihrem Können und mit viel Herz sozial und karitativ rund um das Thema Gesundheit engagieren“, so Jörg Matheis, Geschäftsführer der PVS Westfalen-Nord. Die Jury hat sich für folgende Alltagshelden entschieden, die jetzt für die Dauer von zwei Jahren mit insgesamt 6.000 Euro unterstützt werden:



Große Freude bei den Gewinnern der Aktion „PVSocial sucht erneut Alltagshelden“:

Jörg Matheis, Geschäftsführer (1. v. re) und Dr. Christof Mittmann (2. v. li), Aufsichtsratsvorsitzender der PVS Westfalen-Nord, nahmen die Preisverleihung in der Alexianer-Waschküche in Münster vor.

Foto: PVS Westfalen-Nord

- Unterstützung der ambulanten palliativen Betreuung HER, WAN, CAS – Anton B. Preissig
- Eat to fight your disease e.V. – Verena Brekle
- Präventionsprojekt „Schutzkleidung ist cool“ – Prof. Dr. Horst Rieger

Es wurden sechs weitere Projekte ausgewählt, die für zwei Jahre mit insgesamt 2.000 Euro gefördert werden. ■

Nähere Informationen zu allen Projekten:

<https://www.pvs-westfalennord.de/de/soziales-engagement/pvsocial/>



80 Jahre PVS Westfalen-Süd

Es ist eine Erfolgsgeschichte, auf die die PVS zurückschauen kann. Das zeigt ein Blick auf die Mitgliedszahlen. 990 Mitglieder hatte die PVS in Unna im Jahr 1998, 2007 waren es bereits 1220. Heute erstellen 65 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund 760.000 Honorarrechnungen mit einem Gesamtvolumen von rund 138 Millionen Euro für 1625 Ärzte in 1420 Kliniken und Praxen.

„In einem zur Gesundheitswirtschaft transformierten Gesundheitswesen sind die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft und ihre wirtschaftlichen Grundlagen bedrohter denn je,“ stellt Dr. Andree Matern, Vorsitzender der PVS Westfalen-Süd, fest. Insbesondere international agierende Medizinkonzerne werden die ärztliche Tätigkeit verändern und komplexer werden lassen, davon ist Dr. Matern überzeugt. Dieser Herausforderung stellt sich die PVS Westfalen-Süd. Und sie blickt zuversichtlich in die Zukunft. „Wichtig ist, dass wir uns den sich ändernden Markt- und Umfeldbedingungen nicht verschließen, sondern diesen weiterhin aufgeschlossen, flexibel und innovativ gegenüberstehen“, sagt Geschäftsführerin Kerstin Miller. ■

Es ist ein schönes Jubiläum, das die PVS in Unna in diesem Jahr feiern kann: 80 Jahre PVS Westfalen-Süd, 80 Jahre im Dienst der Ärzte. Gegründet wurde die PVS auf Anordnung der Reichsärztekammer im Frühjahr 1938. Zunächst in Dortmund angesiedelt, zog sie kriegsbedingt nach Plettenberg, bis sie 1964 an ihren heutigen Standort Unna ansässig wurde. Lippstadt, Brilon, Siegen und Herne markieren die Region, in der die PVS Westfalen-Süd tief verwurzelt ist. Eine Region zwischen Kohle, Stahl und grünen Feldern.

Seit Juni ist Dr. Christof Mittmann Vorsitzender des PVS Verbandes. Mit der Vorstandswahl hat der Verband seine Strukturen gestrafft. Gemeinsam mit seinen Stellvertretern Dr. Conrad Singe, Internist und Gastroenterologe aus Mannheim, und dem HNO-Arzt Dr. Michael Klinger aus dem schleswig-holsteinischen Neumünster, steht der Orthopäde aus Münster nun als Vorstand an der Spitze des Verbandes. **Zifferdrei** sprach mit Dr. Mittmann über seine Ziele und die Zukunft der Privatmedizin.

Fotos: **Stefan Hohloch**

Mehr Eigenverantwortung, weniger Paternalismus

Herr Dr. Mittmann, mit dieser Vorstandswahl wurde das Gremium verkleinert. Bisher waren sieben ärztliche Mitglieder im Vorstand, jetzt sind es nur noch drei. Was ist der Grund?

MITTMANN: Der PVS Verband ist mit seinen elf Mitgliedern ein kleiner Verband. Aber auch ein Verband dieser Größe muss in der Lage sein, schnell auf Herausforderungen reagieren zu können. Die bisherigen Strukturen wurden diesen Anforderungen, gerade auch angesichts des immer weiter anziehenden Tempos in Politik und Wirtschaft, nicht mehr gerecht. Wir haben nach einem Weg gesucht, einerseits alle Mitglieder des Verbandes aktiv in die Entscheidungsfindungen einzubinden, gleichzeitig aber den Vorstand effizienter zu machen. Deshalb haben wir mit dem Gesamtvorstand ein neues Gremium ins Leben gerufen. Diesem gehören die Vorsitzenden aller unserer Verrechnungsstellen an. Hier können wir unsere Entscheidungen im Dialog mit allen Mitgliedern vorbereiten. Der Vorstand selbst hat jetzt sehr kurze Entscheidungswege.

Was haben Sie sich für Ihre Zeit als Vorsitzender des PVS Verbandes vorgenommen, was wollen Sie erreichen?

MITTMANN: Nun, der PVS Verband ist politisch betrachtet eine Interessenvertretung der privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Und damit ist das Ziel des Verbandes, und damit auch das Ziel, für das ich mich mit aller Kraft einsetzen werde, klar benannt: Es geht um die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes. Gleichzeitig ist der PVS Verband aber auch ein wirtschaftlicher Zusammenschluss der Privatärztlichen Verrechnungsstellen. Wir haben uns vorgenommen, noch stärker zusammenzuwachsen und unsere Dienstleistungen und Angebote für unsere Mitglieder und Kunden in enger Abstimmung gemeinsam weiter zu entwickeln.

Gibt es da schon konkrete Projekte?

MITTMANN: Wir haben eine ganze Menge in der Pipeline. Am wichtigsten ist aus meiner Sicht, dass wir gemeinsam neue digitale Angebote aus der Taufe heben wollen. Die Verrechnungsstellen haben hier in der Vergangenheit bereits große Verdienste erworben. Noch vor den Kassenärztlichen Vereinigungen haben sie die Datenübergabe zwischen Arzt und Abrechnungsstelle per elektronischem Datentransfer ermöglicht, Schnittstellen entwickelt und Prozesse aufgesetzt, sodass die Versicherungen die Honorarrechnungen nach der Freigabe durch die Versicherten digital in ihre Systeme einlesen können. In der Digitalisierung liegen große Potenziale, Abläufe schneller, kostengünstiger und transparenter zu machen, Fehler zu verringern. Wir wollen mit neuen Angeboten weiterhin unseren Beitrag dazu leisten, diese Potenziale zu heben, und werden hierfür insbesondere die Bedürfnisse und Erwartungen der Versicherten stellvertretend für unsere Ärzte in den Blick nehmen.

Als politische Ziele haben Sie Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit genannt. Welche Rolle spielt da die Gebührenordnung für Ärzte?

MITTMANN: Die Gebührenordnung ist schlicht und einfach die Grundlage der freiberuflichen Ausübung des Arztberufes.

Und wie bewerten Sie die Aufgabe der unlängst eingesetzten „Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungswesen“?

MITTMANN: Erst einmal hat mich, wie uns alle im PVS Verband, über alle Maßen erstaunt, dass der Auftrag der Kommission darin bestehen soll, Vorschläge zu erarbeiten, wie die Vergütung von privat und gesetzlich erbrachten ärztlichen Leistungen vereinheitlicht werden kann. Das stand im Koalitionsvertrag so noch nicht. Grundsätzlich sind eine Gebührenordnung, die auf einer Einzelleistungsvergütung basiert, wie die GOÄ, und ein Honorarverteilungsmaßstab, wie der EBM es ist, inkompatibel. Das wissen aber auch die in die Kommission berufenen Wissenschaftler. Wir stehen der Kommission gern als Gesprächspartner zu Verfügung und bringen unsere Expertise ein. Denn wir wissen nicht nur, dass die beiden Honorarregularien nicht zusammenzubringen sind, wir wissen auch um die Bedeutung der privatärztlichen Medizin für die Qualität der Patientenversorgung und die Aufrechterhaltung eines flächendeckenden Versorgungsangebotes insgesamt.

Sie haben also keine Sorge, dass es Ende des nächsten Jahres heißt: EBM statt GOÄ auch in der Privatmedizin?

MITTMANN: Nein, das wäre ein Ding der Unmöglichkeit. Wir haben im Vorfeld der Bundestagswahl untersucht, welche Bedeutung die Mehreinnahmen durch die privatärztliche Behandlung von Patienten für die niedergelassenen Ärzte haben. Durchschnittlich 49.000 Euro sind das pro Arzt und Jahr. In meinem Fach, der Orthopädie und Unfallchirurgie, ist das noch einmal deutlich mehr. Diese Einnahmen sind eine Quersubvention für die Behandlung



Es geht um die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes.

der gesetzlich Versicherten. Ohne diese Erlöse können wir die technische Ausstattung und das Personal in unseren Praxen so nicht finanzieren. Oft könnte der Praxisbetrieb gar nicht aufrechterhalten werden.

Die SPD hat doch aber angekündigt, diese Einnahmeausfälle gegebenenfalls zu kompensieren?

MITTMANN: Dann müsste über die Beiträge deutlich mehr Geld ins System fließen. Allein in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte geht es um rund 6 Milliarden Euro pro Jahr. Die Folge wären Beitragserhöhungen für alle gesetzlich Versicherten. Ich bezweifle sehr, dass das politisch gewollt ist. Eine einheitliche Gebührenordnung ist außerdem der unmittelbare Einstieg in die Bürgerversicherung. Aber da nehme ich Jens Spahn beim Wort. Bei der Vorstellung seines Terminservicestellengesetzes im Deutschen Bundestag sagte er: „Niemand ist gezwungen, Kassenarzt zu werden.“ Ich verstehe das so, dass die Möglichkeit, privatärztlich zu praktizieren, nicht nur bestehen bleibt, sondern gestärkt wird. Und das heißt unweigerlich auch: Es wird auch weiterhin eine amtliche Gebührenordnung als Grundlage der freiberuflichen ärztlichen Berufsausübung geben.

Am wichtigsten ist aus meiner Sicht, dass wir gemeinsam neue digitale Angebote aus der Taufe heben wollen.



Zur Person:

- **GEB. 1959**
- Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- **1996:** Facharzt für Orthopädie
- **1997:** Niederlassung in Münster
- **2010:** Gründung der Facharztinitiative Münster
- **SEIT 2010:** Vorsitzender der Facharztinitiative Münster
- **SEIT 2013:** Vorsitzender der PVS Westfalen-Nord
- **2015:** Gründung und Mitglied des Vorstandes des Dachverbandes Medis Münster
- **2015:** Berufung in den PVS Verbandsvorstand
- **JUNI 2018:** Wahl zum Vorsitzenden des PVS Verbandes

Jens Spahn hat in der kurzen Zeit, in der er jetzt dem Bundesgesundheitsministerium vorsteht, schon drei Gesetze auf den Weg gebracht und weitere Gesetze angekündigt. Kritiker werfen ihm vor, dass er vom Wirtschaftsliberalen zum Sozialisten mutiert sei. Was sagen Sie zu dieser Kritik?

MITTMANN: Erst einmal möchte ich es Jens Spahn hoch anrechnen, dass er etwas bewegen und voranbringen will. Er hat Mut, will Entscheidungen treffen. Im Einzelnen müssen die eingebrachten Gesetze genauer betrachtet werden. Das Terminservicestellengesetz ist auf den ersten Blick ein ungeheurer Eingriff in die freiberufliche Berufsausübung, ja sogar in die Praxisorganisation, den ich alles andere als gutheiße. Andererseits zeigt sich auch, dass die Politik beginnt einzusehen, dass die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“, die immer wieder an den längeren Wartezeiten für gesetzlich Versicherte für Termine beim Facharzt festgemacht wird, eine Folge der Budgetierung ist. Das lässt hoffen.

Budgetierung heißt, dass Kostensteuerung in der GKV seit dem Kompromiss von Lahnstein auf dem Rücken der Vertragsärzte ausgetragen wird. Gibt es da Alternativen?

MITTMANN: Sicherlich sind die Ressourcen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung begrenzt. Völlig außer Acht gelassen hat die Politik bisher die Rolle des Patienten. Das neue Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit schlägt einen anderen Weg ein. Es hebt hervor, dass der Patient ein Akteur im Gesundheitswesen ist, dessen Entscheidungen die Effektivität des Systems maßgeblich beeinflussen. Gleichzeitig betont das Gutachten, dass der aufgeklärte, mündige Patient Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik sein muss.

Was kann das konkret bedeuten?

MITTMANN: Das muss bedeuten, dass die Politik den Patienten endlich ebenso ernst nimmt, wie wir das als Ärzte tun. Und das wiederum heißt, dass wir Versorgungsmodelle entwickeln, in denen der Patient als Souverän auftreten kann. Er muss über Behandlungsmöglichkeiten genauso informiert sein wie über Kosten. Wir haben im PVS Verband bereits Modelle entwickelt, mit denen das auch im Bereich der GKV realisiert werden kann. Einzelleistungsabrechnung, Kostenerstattung und Selbstbeteiligung sind hier die Schlüsselbegriffe. Aber natürlich eingebettet in ein solidarisches Grundmodell, das keinen Patienten finanziell überfordert.

Wie sehen Sie die Zukunft der PKV? Barbara Steffens, Leiterin der nordrhein-westfälischen Landesvertretung der Techniker Krankenkasse und frühere Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, sagte kürzlich, das Ende der PKV sei doch nur noch eine Frage der Zeit.

MITTMANN: In Zeiten von Niedrigzinsen sind solche Prophezeiungen Legion. Niemand kann mir aber weismachen, dass ein System, in dem Rücklagen gebildet werden, jeder für sich Vorsorge trifft, schlechter ist, als eine Umlagefinanzierung, die durch ihren immanenten Systemfehler angesichts der demografischen Lage in unserem Land unmittelbar vor dem Kollaps steht. Nein, das private System ist dem gesetzlichen eindeutig überlegen, zukunftssicherer und generationengerechter.

Was würden Sie als Erstes tun, wenn Sie Bundesgesundheitsminister wären?

MITTMANN: Ich würde alles daransetzen, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf eine solide Basis zu stellen. Das bedeutet, das System aus Solidarität und Subsidiarität neu zu justieren. Mehr Bürgerinnen und Bürgern ermöglichen, sich privat zu versichern. Kostentransparenz einzuführen und den Patienten aktiv einzubinden. Seit Jahren entmündigt die Politik den Patienten immer mehr und mehr. Das muss ein Ende haben. Der Patient muss seine Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung kennen und für sich entscheiden können. Auf den Punkt gebracht heißt das: Mehr Eigenverantwortung, weniger staatlicher Paternalismus, das ist das Fundament einer patienten- und zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung.

Wir danken Ihnen für das Gespräch. ■

Gesundheitsminister Jens Spahn sucht seine Linie. Islamkritiker und konservativ sein, reicht nicht. Er gilt als Anhänger des CDU-Wirtschaftsflügels. Zweifel daran wachsen. Kommt unter den Spahnschen Häutungen ein neuer Norbert Blüm zum Vorschein?

Text: **Andreas Mihm** Illustration: **istock.com/JJPan**

Was nun, Herr Spahn?

Der Minister erwartet Widerspruch. Dann fingen die grauen Zellen doch erst an zu arbeiten. Zuerst hat Jens Spahn das bei seiner Einführung im Ministerium ausgesprochen, vor der versammelten Belegschaft. Später hat er das Thema variiert: keine Demokratie ohne Debatten- und Streitkultur. Nun liegt es in der Natur der offenen Debatte, dass einem nicht alle Beiträge gefallen. So gefiel auch Spahn zuletzt manch öffentliche Reaktion auf seine Einlassungen nicht. Er, der gut austeilen kann, wenn es sein muss, reagierte dünnhäutig. Zeige die Kritik doch, „dass mit unserer Streitkultur etwas gehörig nicht stimmt“. Sie sei „zu emotionsgetrieben, zu kalkulierend, zu mutlos, zu vorverurteilend und manchmal einfach zu unehrlich“. Was nun, Herr Spahn? Salz in der Suppe oder doch lieber fade Brühe?

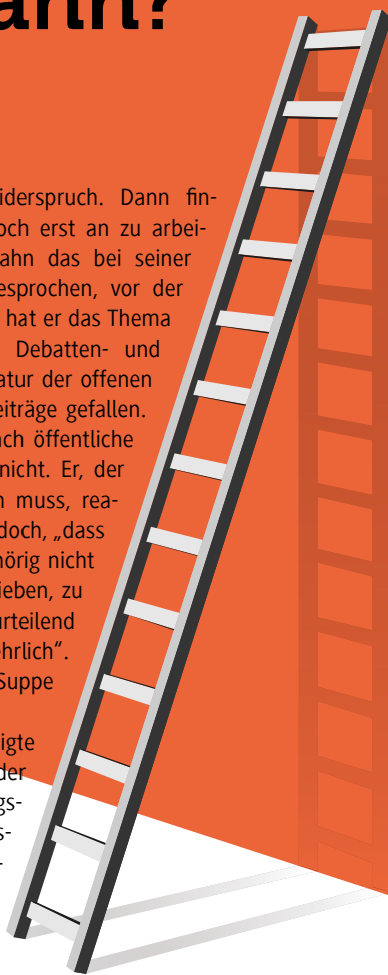
Konkreter Anlass für die beleidigte Reaktion war ein Kommentar in der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ (FAS). Dort war die Einlassung des Ministers aufs Korn genommen worden, „zweistellige

Renditen“ für Altenheimbetreiber seien unsozial und müssten womöglich per Gesetz beschränkt werden. Der Autor nannte Spahn einen „Planwirtschaftler mit populistischen Motiven, der vor Enteignung nicht zurückschreckt“. Mit der Meinung stand die „FAS“ nicht alleine da: „Die Welt“ diagnostizierte mit enttäuschem Erstaunen Spahns Wandel vom „jungen Wilden“ zum „Kostentreiber und Regulierer“, das „Handelsblatt“ notierte besorgt, dass der angebliche Wirtschaftsfreund nichts unternehme, um die private Vorsorge, etwa in der Pflege, zu stärken.

Schon ein paar Wochen zuvor war Spahn öffentlich in die Mangel genommen worden. Von links, weil er gesagt hatte, Hartz-IV-Empfänger seien nicht arm. Den öffentlichen Aufschrei konnte er nur durch seinen Besuch bei einer Hilfebezieherin eindämmen. Offensichtlich war es ihm wichtig, sein Image des vermeintlichen Neoliberalen weich zu spülen. Denn seine persönlichen Zustimmungswerte in der Wählerschaft sind schwach. Allerdings sind die auch kein Grund für ihn, die Kritik an seiner interventionistischen Politik ernst zu nehmen. Das zeigt deutlich, wo Spahn die Mehrheiten für seinen weiteren Aufstieg wittert: Bei den Freunden der Regulierung, nicht jenen der Marktwirtschaft. Manche Personalentscheidung weist die Richtung: Mit Andreas Westerfellhaus als Pflegebeauftragten berief Spahn einen Freund politischer Konzepte, die CDU und CSU seit Jahren scharf bekämpfen. Als Westerfellhaus Instrumente der Bürgerversicherung ins Spiel brachte, gab's vom Minister nicht mal einen Verweis.

Wie aber sieht Spahns Politik aus? Was steht in den Gesetzesplänen, mit denen er zugegebenermaßen Vorgaben der Koalition umsetzt? In der Bezahlung der Pflege soll ein (womöglich verfassungswidriger) Einheitstarif durchgesetzt, die Kassenärzte zu Mindestsprechzeiten von 25 statt 20 Stunden pro Woche gezwungen werden, den Krankenhäusern Mindestquoten für das Pflegepersonal vorgegeben werden. Vermeintlich „zweistellige Renditen“ der Heimbetreiber hat Spahn so oft bemängelt, dass er an einem Plan zu deren Begrenzung wohl kaum vorbeikommt. Doch könnte er in dem Fall nicht auf den Regierungsvertrag verweisen, da steht dazu nichts drin. Andere Themen mit Populismuspotenzial liegen auf der Hand: Was dürfen private Klinikbetreiber verdienen? Sollten nicht auch die Einkommen der niedergelassenen Ärzte begrenzt werden?

In einem Meinungsbeitrag in der linken „taz“ hatte Spahn formuliert: „Können wir nicht besser, klüger und offener über die Fragen streiten, die wichtig sind für unser Land, unsere Zukunft?“ Nur zu! ■





TELEMEDIZIN IN DER PRIVATBEHANDLUNG – CHANCEN, RISIKEN, PERSPEKTIVEN

Mehr und mehr Ärztekammern geben in ihren Musterberufsordnungen der Telemedizin den nach Beschluss des Ärztetages 2018 eingeräumten Spielraum. Die technischen Angebote zum Einsatz in der Praxis stehen bereit. Wie wirkt sich das auf die Erwartungshaltung Ihrer Privatpatienten aus? Welche Chancen, welche Herausforderungen bringt diese Entwicklung für Ihre Praxis mit sich? Lassen Sie sich von kompetenten Experten informieren und diskutieren Sie mit: Im Rahmen des Plenumsprogramms des Tags der Privatmedizin 2018. Als PVS-Mitglied zum Vorzugspreis!

Samstag, 24. Nov. 2018,
Frankfurt / Main


Programm jetzt online:
www.tag-der-privatmedizin.de

TdP-Satellitenprogramm, Fr. 23. Nov. 2018

TSP-Fortbildung Burn-Out-Berater

[www.tag-der-privatmedizin.de/
burn-out-berater-fortbildung](http://www.tag-der-privatmedizin.de/burn-out-berater-fortbildung)

Wir schaffen Orientierung!

 tag-der-privatmedizin

Herausgeber



Ideeller Sponsor



Profitieren Sie vom PVS-Vorteil:

Als PVS-Mitglied nehmen Sie am Tag der Privatmedizin zum Vorzugspreis von 125 EUR statt regulär 165 EUR teil.

oder:

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

- Ich möchte als PVS-Mitglied zum Vorzugspreis von 125 EUR teilnehmen.
- Ich möchte PBV-Mitglied werden und so kostenlos am Tag der Privatmedizin teilnehmen. Bitte senden Sie mir Anmelde- und Beitrittsunterlagen.

Datenschutzhinweis:

Mit dieser Anmeldung stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten zum Zwecke der Durchführung der Veranstaltung speichern.

Bitte den Rückmeldeabschnitt ausschneiden und im verschlossenen Umschlag senden an:
Tag der Privatmedizin c/o TNP GmbH · Vinckeweg 15 · 47119 Duisburg

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

oder einfach Ihr Praxisstempel

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

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

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

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



Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de

