

zifferndrei

Ausgabe 17 · Herbst 2019

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Magisch anziehend

Mit Praxiswerbung zu mehr Patienten

4

Praxismanagement

Ich bin anders, Du bist anders
Die Kommunikation mit Patienten mit anderen kulturellen Wurzeln birgt Risiken. Doch sie lässt sich lernen.

20

Praxis & Recht

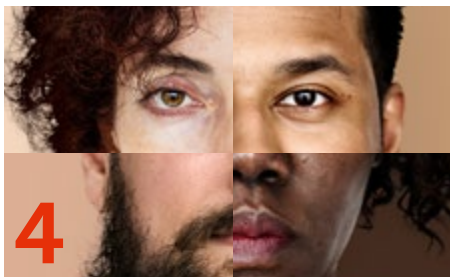
Honorärärzte sind ab sofort sozialversicherungspflichtig
Das BSG-Urteil zu Honorärärzten wurde Anfang Juni erlassen.

24

Gesundheitspolitik

Nicht immer bleiben nur die guten Dinge
Mit zunehmender Digitalisierung nimmt ein altes Thema wieder Fahrt auf: die Direktabrechnung.

Praxismanagement



4

Ich bin anders, du bist anders

Die Versorgung von Patienten mit anderen kulturellen Wurzeln gehört längst zum Alltag vieler Ärzte. Doch immer noch birgt sie Risiken: Missverständnisse und Kränkungen können auftreten, auch die Compliance kann gefährdet sein.

8 Kinderheldin: Ein echter Mehrwert

Kinderheldin ist ein Teleportal, das Schwangeren und jungen Eltern Beratung on demand bietet. **Zifferdrei** sprach mit Gründer und Geschäftsführer Dr. Paul Hadrossek über Chancen und Risiken eines solchen Angebotes.



12

TITEL Werden Sie sichtbar!

Gut die Hälfte der niedergelassenen Ärzte schätzt Werbemaßnahmen für die eigene Praxis als wichtig ein. Doch müssen sich Mediziner für Themen wie Außendarstellung und Onlinereichweite interessieren? Besser wäre es, sagen Marketingprofis.

Praxisfinanzen



16

Förderpaket für E-Mobilität beschlossen

Nachhaltigkeit und Ökologie zu fördern, steht aktuell ganz oben auf der Agenda der Bundesregierung. Das Ende Juli beschlossene Maßnahmenbündel verlängert vor allem Regelungen, die schon seit Anfang des Jahres gelten.

Praxis & Recht

18 Ärztliche Leichenschau soll besser vergütet werden

Ende Juli hat das Bundeskabinett grünes Licht für eine höhere Vergütung der ärztlichen Leichenschau gegeben. Bevor die entsprechende Verordnung in Kraft treten kann, muss noch der Bundesrat zustimmen.



20

Honorarärzte sind ab sofort sozialversicherungspflichtig

Das höchstrichterliche Urteil des Bundessozialgerichtes wurde Anfang Juni erlassen.

Gesundheitspolitik



24

Nicht immer bleiben nur die guten Dinge

Alter Konflikt in neuem Gewand: Mit der zunehmenden Digitalisierung rückt die Direktabrechnung wieder in den Fokus so mancher Versicherung. Damit flammt ein altes Thema erneut auf – das des spannungsreichen Verhältnisses zwischen Versicherern und Ärzten.

PVS-Positionen

22 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN Hexenkessel statt Sommernachtstraum

Ja, es gab sie tatsächlich einmal. Die parlamentsfreien Wochen im Sommer, in denen auch die Gesundheitspolitik ruhte. Deren Akteure durften Gedanken und Strategien für den Herbst sammeln. Alles vorbei: Das heutige gesundheitspolitische Berlin ist ein brodelnder Hexenkessel.

28 ABRECHNUNG Ärztliche Beratung zur Patientenverfügung

Gastkommentar



Die Not mit der Notfallversorgung

Bundesgesundheitsminister Spahn hat ein Konzept für eine integrierte Notfallversorgung vorgelegt. Ist es zu ambitioniert?

zifferdrei

3 | EDITORIAL

23 | VERANSTALTUNGEN

27 | MITTMANN'S KOLUMNE

27 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Werbung für die eigene Praxis – das ist für viele Ärztinnen und Ärzte auch heute noch negativ konnotiert. Kein Wunder, sah das ärztliche Berufsrecht bis zum Jahr 2000 doch ein generelles Werbeverbot vor. Mittlerweile ist Werbung zum Zweck der sachlichen Information seit fast 20 Jahren grundsätzlich erlaubt und nur dann verboten, wenn sie berufswidrig ist. Dennoch tun sich auch heute noch viele Mediziner schwer, ihr Praxisangebot bekannt zu machen. Doch gerade angesichts der immer weiter ausdifferenzierten Leistungsspektren und des sich ändernden Informationsverhaltens der Patienten ist es durchaus angezeigt, „sichtbar“ zu werden. Wie das im Internet oder auch mit klassischen Mitteln wie Werbeflyern bewerkstelligt werden kann, dazu geben wir Hinweise im Titelbeitrag dieser Ausgabe.

Werbung und Marketing haben viel mit Kommunikation zu tun. Um Kommunikation geht es auch in unserem Beitrag „Ich bin anders, Du bist anders“. Hier stehen die Klippen im Vordergrund, die es bei der Versorgung von Patienten mit anderen kulturellen Hintergründen zu umschiffen gilt. Das sind keineswegs nur Sprachbarrieren. Nein, hier geht es auch um das Sagbare und das Unausprechliche, die anderen Bilder, Tabus und Grenzen, Rollenverständnisse. Trainer Dr. Meiko Merda ist zuversichtlich: Interkulturelle Kommunikation kann gelernt werden, davon ist er überzeugt. „Am Ende gelten die gleichen Regeln wie in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit Deutschen auch: empathisch sein, gut zuhören, Verständnis zeigen.“

Das Digitale-Versorgung-Gesetz soll den Einsatz von Gesundheits-Apps und Telemedizin vorantreiben. Kinderheldin ist ein Teleportal, das Schwangeren und jungen Eltern Beratung on demand bietet. Mehr als 50 Krankenkassen kooperieren inzwischen mit dem Portal. Gründer und Geschäftsführer Dr. Paul Hadrossek sieht in telemedizinischen Modellen die Chance, die Gesundheitsversorgung langfristig zu verbessern. Digitale Lösungen könnten dazu beitragen, die eigene Arbeit zu vereinfachen und unnötigen Aufwand zu reduzieren. Dazu müsse aber Wandel als Chance begriffen werden. Das Beispiel Kinderheldin macht Mut, nach vorn zu blicken.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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



Interkulturelle Kommunikation Die Versorgung von Patienten mit anderen kulturellen Wurzeln gehört längst zum Alltag vieler Ärzte. Noch immer birgt sie Risiken: Missverständnisse und Kränkungen können auftreten, auch die Compliance kann gefährdet sein. Doch interkultureller Umgang lässt sich lernen.

Text: Romy König Fotografien: world faces / rawpixel

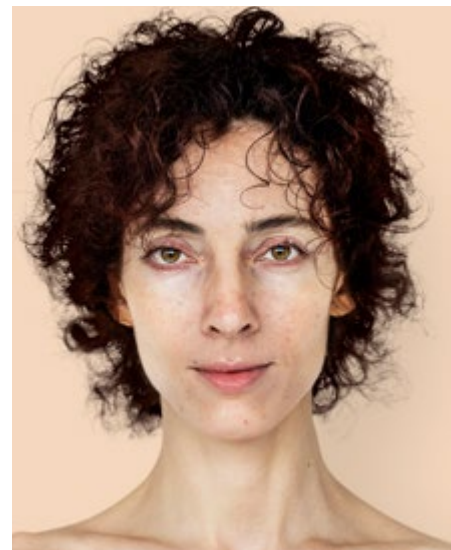
Ich bin anders, du bist anders

Dr. Meiko Merda ist ein Brückenbauer: Behördenmitarbeitern zeigt er, wie sie Antragstellern oder Hilfesuchenden aus anderen Kulturkreisen begegnen können, Sicherheitsfachkräften gibt er Tipps für eine gute Zusammenarbeit mit ausländischen Kollegen, Manager bereitet er auf die Führung multikultureller Teams vor. Als sogenannter „interkultureller Trainer“ bringt Merda Menschen bei, die „eigene kulturelle Brille“ zu erkennen, wie er sagt, offen für Neues zu sein, sich in eine fremde Kultur hineinzusetzen. „Interkulturelle Kompetenz ist als Schlüsselqualifikation unerlässlich, um der wachsenden Vielfalt in unserem Land Rechnung zu tragen“, sagt der Kommunikationsexperte.

Immer häufiger zeigt Merda, der in Gesundheitswissenschaften promoviert hat, auch Ärzten und Pflegekräften, worauf sie achten sollten, wenn sie ausländische Patienten versorgen. „Die Globalisierung verändert unseren Arbeitsalltag: Zunehmend stoßen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Wurzeln aufeinander, und damit andere Wertvorstellungen, Normen und Gepflogenheiten.“ Gerade im Gesundheitswesen ist es nötig, dass die Gesprächspartner, also Arzt und Patient, einander verstehen. Das gilt vor allem im ambulanten Praxisalltag, wie Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein betont: „Die niedergelassenen Ärzte sind bei gesundheitlichen Beschwerden meist die ersten Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten. „Es ist wichtig, von Anfang an kulturelle oder sprachliche Barrieren zu vermindern, um Missverständnissen bei der Diagnose oder bei der Einschätzung des Behandlungsbedarfs vorzubeugen.“

Fehldiagnosen nicht ausgeschlossen

Tatsächlich lauert hier laut Merda eine ganze Fallgrube an Problemen, von möglichen kleineren Irritationen oder Missverständnissen bis hin zu ungewollten Kränkungen. Selbst Fehldiagnosen und -behandlungen sind nicht auszuschließen. Merda gibt ein Beispiel aus seinen Trainings: Menschen mit türkischem Hintergrund sprechen – etwas metaphorisch – von Bauchschmerzen, wenn sie eigentlich seelische Belastungen haben, sie etwas bedrückt. „Ähnlich



„Gerade im Gesundheitswesen ist es nötig, dass die Gesprächspartner, also Arzt und Patient, einander verstehen“, so Merda.



Dr. Meiko Merda ist Soziologe und hat in Gesundheitswissenschaften promoviert. Als interkultureller Trainer arbeitet er selbstständig und hat Lehraufträge u. a. an der AMD und der Hochschule Magdeburg-Stendal.

© Meiko Merda

wie wir von Herzschmerz sprechen, wenn wir doch eigentlich Liebeskummer meinen“, so Merda. Nun könnte man annehmen, dass sich dieses Missverständnis doch schnell auflöse, spätestens bei weiteren Nachfragen nach spezifischen Schmerzen: Oberbauch, Unterbauch? Eher ein Stechen? Eher ein Brennen? Merda aber verneint: In der Eile, in der Hektik des ärztlichen Alltags sei schnell die Überweisung zum Gastroenterologen ausgestellt, wo vielleicht eine andere Behandlung angebracht wäre.

Es sind solche Details, auf die Teilnehmer in seinen Seminaren vorbereitet werden. Denn die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturkreisen, ein sensibleres, hellhörigeres Vorgehen, das lässt sich sehr wohl lernen und trainieren. Das befand auch die KV Nordrhein und hat daher, zusammen mit Partnern wie der Ärztekammer Nordrhein und dem gemeinsam getragenen Institut für

Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), das Projekt InterKultKom initiiert: ein Schulungsmodell, im Rahmen dessen eruiert wird, welche Lehrinhalte Ärzte und Pflegekräfte brauchen, um für interkulturellen Dialog ausreichend vorbereitet zu sein. Austragungsort der mehrmonatigen Probe-Schulungsreihe war das Rhein-Maas Klinikum in Würselen. Auf dem Lehrplan: unterschiedliche Werte und Haltungen, Kommunikation, Krankheitsverarbeitung, Familie und Gender, Gewalt, Trauma, Tod und Trauer. Schon an den Lehrinhalten lässt sich ablesen, auf welche Stellschrauben es im Umgang mit Menschen aus anderen Ländern ankommen kann.

Beispiel Werte und Haltung: „Wir haben in Deutschland verinnerlicht, uns im Miteinander auch ungeachtet unserer Position oder unseres Geschlechts auf Augenhöhe zu begegnen, in den Dialog zu gehen“, so Merda. Viele andere Kulturkreise aber seien stark hierarchisch geprägt, dort hat der Arzt ein anderes Standing als etwa eine Pflegehilfskraft, oft auch der Mann eine überlegene, nach außen stärker repräsentierende Rolle als die Frau. Diese Verhältnisse müsse man nun persönlich nicht guthießen oder unterstützen, wohl aber um sie wissen und entsprechend damit umgehen, so Merda. Das gelte vor allem im Patientenkontakt.

Es wird Patienten geben, gerade im Krankenhaus, die sich nicht von einer Ärztin behandeln lassen wollen, sondern um den Kontakt mit einem männlichen Kollegen bitten. Das mag erschrecken, brüskieren, ist aber meist der kulturellen Prägung geschuldet. „Erst wenn Ärzte und Pfleger das wissen, können sie gut damit umgehen, denn: Aufklärung schafft Toleranz“, so Merda. Er rät Frauen in einem solchen Fall dazu, gut durchzuatmen, sich den Hintergrund der Bitte in Erinnerung zu rufen, um sie nicht zu persönlich zu nehmen – und den Patienten dann ruhig und freundlich über die anderen Verhältnisse in Deutschland aufzuklären. Er habe sich hier, in diesem Krankenhaus, damit anzufreunden, dass er von einer Frau behandelt werde. „Das hilft meist schon“, versichert Merda. Nur selten müssten dann noch männliche Kollegen geholt werden.

„Schon genaues Beobachten und aktives Zuhören hilft im Umgang.“

Interessant, gerade für Mitarbeiter in Kliniken, ist etwa auch das Wissen darum, dass Pflegekräfte in vielen anderen Ländern keine direkte Arbeit am Patientenbett erledigen. Wenn ein ausländischer Patient also beobachtet, wie eine Pflegekraft den Zimmernachbarn wäscht oder ihm Essen anreicht, dieselbe Fachkraft ihm aber später Medikamente geben will, kann es passieren, dass er sich weigert. „Er wird glauben, sie sei eine Hilfskraft – und ihr keine fachliche Expertise zutrauen.“ Auch hier hilft: Aufklären, geduldig erläutern, mit welchen Aufgaben Pflegekräfte in Deutschland betraut sind.

Das klingt alles nach viel Zeitaufwand, nach langen Gesprächen, die in der Hektik nicht immer möglich sein dürften. Doch auch schon genaues Beobachten und aktives Zuhören hilft im Umgang. Kommt beispielsweise eine

kleine Familie in die Praxis, vielleicht aus Syrien oder dem Irak, heißt es: das Verhalten gut studieren. Wer spricht zuerst? Wie ist die Körperhaltung der Eltern zueinander? Meist sind es die Männer, die nach außen hin die Familie repräsentieren, nicht selten aber die Frauen, gerade in syrischen Familien, die innerhalb des Verbunds das Sagen haben. Hier ist Aufmerksamkeit angeraten: aufnehmen, was von den Patienten kommt, das Gesehene „bedienen“, wie Merda sagt, sich also responsiv verhalten.

Starke Familienbande

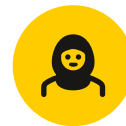
Häufig lässt sich zudem auf Krankenhausstationen beobachten, dass Patienten aus anderen Ländern von Angehörigen geradezu umlagert werden: Über Stunden wachen sie am Bett ihres kranken Verwandten, oft in großen Gruppen, bringen Essen mit, unterhalten sich. „Für Ärzte oder Pflegekräfte oder auch Bettnachbarn ist das oft eine Nervenprobe, nicht selten verstopfen die Leute ja auch die Türen oder Gänge“, so Merda. Auch hier kann Wissen um die kulturellen Unterschiede Verständnis fördern. „Es gibt Kulturkreise, da ist die Gesellschaft stark kollektivistisch geprägt, da gehört es zu den Aufgaben einer Familie, füreinander da zu sein, sich im Krankheitsfall nicht allein zu lassen.“ Das gilt nicht nur für Großvater oder Großmutter, „sondern auch für den Cousin dritten Grades“. Vor der Krankenzimmertür mache eine solche verinnerlichte Tradition nicht Halt. Bei muslimischen Patienten könnten Ärzte den Koran heranziehen, sagt Merda: „Darin finden sich Verweise, dass die Wiederherstellung von Gesundheit absolute

Tipps für die interkulturelle Kommunikation zwischen Arzt und Patient



Nehmen Sie sich **Zeit** und hören Sie aufmerksam zu.

Achten Sie darauf, dass die **Diagnose** richtig verstanden wird.



Informieren Sie sich über **kulturelle Unterschiede** und **erkennen** Sie diese. So mindern Sie sprachliche Barrieren und Konflikte.



Klären Sie über **Kultur** und **Arbeitsweisen** in Deutschland auf.



Nehmen Sie an **Fortbildungen zu interkultureller Kommunikation** teil.



Priorität hat, man also alles zu tun hat, um dem Kranken zu helfen“ – die Ärzte und Pfleger ihre Arbeit machen zu lassen, gehöre dann sicher dazu.

Unterdessen konnte das Nordrhein-Projekt schon erste Erfolge verbuchen, wie die Geschäftsführerin des IQN, Martina Levartz, in einem Fachbeitrag mitteilt. So hätten die auf die Schulungen folgenden Erfahrungsgespräche gezeigt, dass die Reflektion der eigenen Haltung und der Einblick in unterschiedliche Kulturen und Lebenskonzepte für neues Verständnis im Umgang mit anderen Kulturen Sorge; auch die Sensibilität sei gewachsen. „Mit Erstaunen wurden auch die vielen Gemeinsamkeiten und Parallelen in den unterschiedlichen Kulturen wahrgenommen“, schreibt die IQN-Chefin. KV-Nordrhein-Vorsitzender Bergmann erhofft sich daher viel von weiteren Schulungen: „Von interkultureller Kompetenz und dem Fortbildungskonzept können sowohl die Patienten als auch die Behandler am Ende nur profitieren.“

Bleiben Sie entspannt

Neben allen Trainings und Schulungen rät Merda aber auch zu einem entspannten, natürlichen Umgang und dazu, nicht alles allzu verkopft anzugehen. „Am Ende gelten doch die gleichen Regeln wie in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit Deutschen auch: empathisch sein, gut zuhören, Verständnis zeigen.“ Auch ein freundlicher Ton hat noch nie geschadet. ■

Weitere Informationen:

Die im Modellprojekt erprobten Schulungsmodule stehen auch anderen interessierten Regionen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Interessenten können sich beim IQN melden.

✉ iqn@aekno.de

Teleportale Kinderheldin ist ein Teleportal, das Schwangeren und jungen Eltern Beratung on demand bietet. **Zifferdrei** sprach mit Gründer und Geschäftsführer Dr. Paul Hadrossek über Chancen und Risiken eines solchen Angebotes und die Versorgungsstrukturen von morgen.

Text: Nicola Sieverling

Kinderheldin: Ein echter Mehrwert

Die telemedizinische Beratung kann das medizinische Versorgungsnetz entlasten und dazu beitragen, Patienten besser, bedarfsgerechter und individueller zu betreuen. Dr. Paul Hadrossek, der 2017 das Fach-Teleportal Kinderheldin für Schwangere und junge Eltern gründete, appelliert, digitale Lösungen als Chance und nicht als Bedrohung zu begreifen. Der Zahnmediziner ermuntert Kollegen, diesen Wandel in der Gesundheitsversorgung sinnvoll für sich zu nutzen und nennt drei Punkte, die für den Erfolg eines solchen Vorhabens entscheidend sind.

Herr Dr. Hadrossek, eines Ihrer Ziele ist, ein unnötiges Aufsuchen von Rettungswegen zu vermeiden. Klappt das und welche Erfahrungen machen Sie?

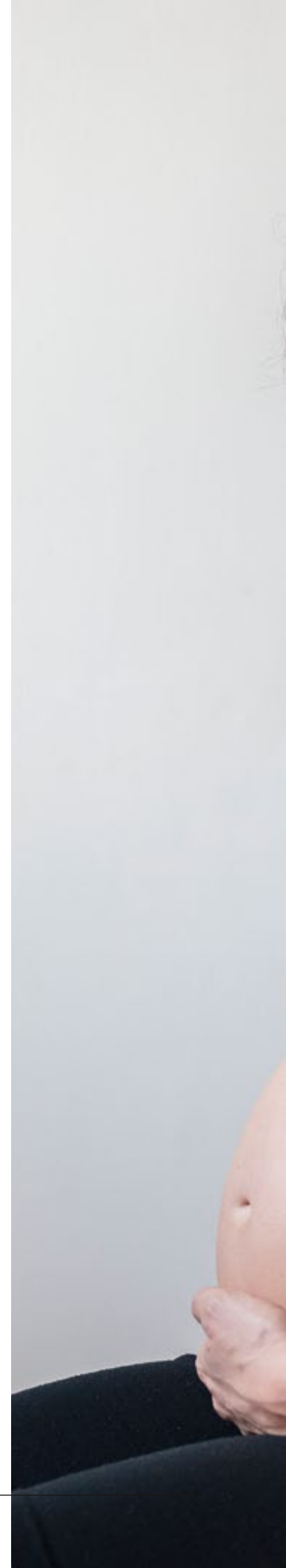
HADROSSEK: Ein spannender Aspekt von telemedizinischer Beratung ist die Chance, eine persönliche Einschätzung einer Fachperson zu erhalten, ohne das Haus verlassen zu müssen. Gerade im Bereich von Schwangerschaft und früher Elternzeit ergeben sich viele gesundheitsrelevante Fragen, die mit Unsicherheiten verbunden sind. Am Abend oder am Wochenende entscheiden sich Eltern mitunter für die sicherste Option, also das Aufsuchen eines Arztes in der Rettungsstelle. An diesem Punkt können wir die Eltern sinnvoll unterstützen und ihnen bei der Einordnung ihrer Probleme helfen. Allerdings sehen wir uns da nicht als Gatekeeper der Notfallambulanz. Es gibt auch die Fälle, bei denen Eltern uns am Wochenende kontaktieren und sich bei einem vermeintlichen Bagatelle-Thema kurz rückversichern wollen. Hier kann es sein, dass wir beispielsweise werdende Eltern auffordern, nicht bis Montag zu warten und unmittelbar ärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. So können Komplikationen oder Folgeschäden verhindert werden.

Welche Fragen tauchen am häufigsten auf?

HADROSSEK: Neben akuten Fragestellungen gibt es viele allgemeine zu Gesundheit und Prävention. Am häufigsten geht es um Stillthemen, Fragen rund um Ernährung und Schlaf sowie allgemeine Beschwerden. Hier können wir vielen Fehlinformationen aus Google-Suchen und Foren entgegenzutreten, um Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen. Wir müssen umdenken und mit medizinischem Wissen näher an den Patienten heranrücken. Der Patient wird wie in allen Bereichen selbstbestimmter und sollte mehr in Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

Mit Ihrem Angebot reagieren Sie auf den Versorgungseingangsengpass. Kann Telemedizin auch in der ärztlichen Versorgung Engpässe reduzieren?

HADROSSEK: Der Versorgungseingangsengpass ist nicht der alleinige Grund für das Bestehen von Kinderheldin. Natürlich gibt es momentan aus verschiedenen Gründen vielerorts eine Unterversorgung durch aktive Hebammen. Daher melden sich viele Leute, die keine Hebamme gefunden haben, um zumindest den Rat einer Hebamme einzuholen. Trotzdem muss man bedenken, dass wir keine aufsuchende Hebamme ersetzen können und dies auch nicht unser Ziel ist. Wir sind kein Eins-zu-eins-Ersatz für eine fehlende Hebamme. Wir können aber grundlegende Fragen klären und werdende Eltern in bestimmten Situationen unterstützen sowie Orientierung bieten. An dieser Stelle können wir das bestehende System entlasten und den Versorgungseingangsengpass an bestimmten Stellen verringern.



Was können Ärzte von Ihnen lernen, die telemedizinische Angebote etablieren möchten?

HADROSSEK: Es gibt in meinen Augen sehr viele verschiedene Chancen, die Gesundheitsversorgung durch telemedizinische Modelle langfristig zu verbessern. Ich kann daher nur jeden Kollegen ermutigen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und sich zu fragen, welchen positiven Impact Telemedizin auf die eigene Tätigkeit haben kann. Wenn man dann selbst ein telemedizinisches Angebot etablieren will, sind aus meiner Erfahrung drei Punkte nicht zu vernachlässigen. Punkt 1: Wenn ich möglichst viele Akteure wie Patienten, Krankenkassen, Kran-

„Trotzdem muss man bedenken, dass wir keine aufsuchende Hebamme ersetzen können und dies auch nicht unser Ziel ist.“

kenhäuser, andere Kollegen und Ärztekammern finde, die in meiner Idee einen Mehrwert sehen, ist die Erfolgswahrscheinlichkeit höher. Punkt 2: Man sollte sich fragen, ob es sinnvoll ist, die Idee allein umzusetzen. Hier ist die Suche nach einem geeigneten Kooperationspartner mit genügend Know-how manchmal der deutlich einfachere Weg zum Ziel. Selbst eine Klinik oder ein großes MVZ, die über gewisse Ressourcen verfügen, können sich so viel Zeit und Mühe sparen. Punkt 3: Es ist immer sinnvoll, in kleinen Etappen zu denken und Ideen schrittweise umzusetzen. Realistische Teilziele stecken, immer wieder rekapitulieren, Erfolg und Misserfolg messen, die gesammelten Erfahrungen einfließen lassen und das Ganze wieder von vorne. So entstehen sinnvolle Modelle, die einen nachhaltigen Mehrwert bieten.

KINDER HELDIN Startseite Themen: Über uns Preise Geschenkpalett FAQ Für Hebammen Für Krankenkassen [Zum Login](#)

Entspannt durch Schwangerschaft und Babyzeit

Du machst Dir Gedanken um Dein Baby? Du hast Fragen, Sorgen oder brauchst einfach ein offenes Ohr?

[Sprich mit uns](#) [Stillratgeber herunterladen](#)

Das erste Gespräch ist kostenlos

BARM

© Rawpixel

Sie arbeiten mit einem On-Demand-Service:

Welche Vorteile bietet das Konzept?

HADROSSEK: In der heutigen Zeit sind wir es in vielen Lebensbereichen gewohnt, schnell und auf Knopfdruck Informationen zu erhalten. Durch unseren On-Demand-Ansatz können wir diesem Wunsch nachkommen und in kürzester Zeit nicht nur allgemeine Informationen, sondern auch fachliche und zugleich persönliche Beratung bieten. Selbst wenn sich ein Patient in einer guten Versorgungssituation befindet, wird er zusätzliche Informationsquellen suchen. Diese unspezifischen Informationen wollen wir durch Telemedizin eliminieren.

Telemedizin und Qualitätssicherung:

Kann das funktionieren?

HADROSSEK: Das funktioniert sehr gut und ist sogar ein sehr wichtiger Aspekt unserer Tätigkeit. Durch unser fest angestelltes Team aus Hebammen und unseren medizinischen Beirat arbeiten wir kontinuierlich und selbstkritisch an den Beratungsinhalten sowie der inhaltlichen und technischen Ausführung unserer Beratungen. Da wir auch hier ein Stück weit Pionierarbeit im deutschen Telemedizinsektor leisten, ist Qualität der wichtigste Parameter, den wir ständig überprüfen. Wir sehen Qualitätssicherung als Chance.

Was waren die größten Hürden, um mit den gesetzlichen Krankenkassen ins Gespräch zu kommen?

HADROSSEK: Mit gesetzlichen Krankenkassen ins Gespräch zu kommen, war gar nicht mal so schwer. Wir haben zu unseren Überlegungen grundsätzlich sehr früh ein gutes Feedback erhalten und Interesse geweckt. Trotzdem war es nicht immer einfach, den richtigen Ansprechpartner in so großen Organisationen zu finden. Hier muss man mit einer Menge Arbeit rechnen und viel Zeit einplanen. Die größten Hürden kamen rückblickend im nächsten Schritt: Die Klärung von rechtlichen Aspekten und die vertragliche Umsetzung. Das deutsche Gesundheitssystem ist extrem komplex organisiert.

Sind weitere Kooperationen mit Krankenkassen geplant?

HADROSSEK: Seit Kurzem sind fast 50 Krankenkassen offizielle Kooperationspartner von Kinderheldin. Um nachhaltig erfolgreich zu sein und möglichst viele Menschen mit einem digitalen Angebot zu erreichen, ist es ganz klar unser Ziel, weitere Kooperationspartner an Bord zu holen. Auch bei den privaten Krankenversicherungen suchen wir nach Partnern und führen bereits erste Gespräche über mögliche Wege einer Zusammenarbeit.

Wie ist es Ihnen gelungen, Krankenhäuser mit ins Boot zu holen?

HADROSSEK: Krankenhäuser haben die Möglichkeit, Kinderheldin zu nutzen und nach der Entbindung ihren Patienten zur Verfügung zu stellen. Wir haben uns in der Entwicklung von Kinderheldin frühzeitig viel mit Kliniken ausgetauscht. Dort finden naturgemäß sehr viele Kontakte zu Eltern rund um die Entbindung statt und uns wurde erklärt, dass Kinderheldin auch für eine Klinik spannend sein

kann. Denn unser Portal bietet einfach zu erreichende Ansprechpartner, und das bedeutet für die Kliniken die Möglichkeit, die eigenen Strukturen zu entlasten. Kliniken können ohne großen Aufwand mit uns zusammen Telemedizin in den eigenen Strukturen testen und sich über aktuelle Entwicklungen austauschen.

Wie sieht es mit der Akzeptanz bei Gynäkologen aus, deren Arbeit Sie ja ein Stück mitmachen?

HADROSSEK: Die Akzeptanz bei Gynäkologen und bei Pädiatern ist sehr hoch. Es besteht reges Interesse, wir bekommen viel positives Feedback. Klar ist: Wir sind lediglich ergänzend tätig. Eine konkrete Überschneidung gibt es nicht. Pädiater und Gynäkologen klagen über hohe Arbeitsbelastung, wünschen sich Entlastung bei einfachen Nachfragen und Aufklärungsarbeit bei Fehlinformationen. Wir sehen viele Chancen, Engpässe in der Versorgung zu reduzieren, Fehlkonsultationen zu vermeiden und fachliche Expertise besser verfügbar zu machen. Wir prüfen daher erste Kooperationsmöglichkeiten mit Praxen.

50

Krankenkassen sind mittlerweile offizielle Kooperationspartner von Kinderheldin.

ZWISCHEN 7-22 UHR

kann man über Chat oder Telefonnummer eine Fachkraft erreichen und sich beraten lassen.



© Unsplash / The Honest Company

Kinderheldin und Heartbeat Labs für digitale Lösungen

Dr. Paul Hadrossek ist Gründer und Geschäftsführer des Telemedizinportals Kinderheldin. Der Zahnmediziner interessiert sich schon lange für die Fragestellung, wie zukünftige Versorgungsstrukturen in der Medizin patientenzentrierter, effizienter und zeitgleich qualitätsorientierter gestaltet werden können. Praktische Erfahrung sammelte er bei der Gründung und dem dreijährigen strukturellen Auf- und Ausbau eines zahnmedizinischen Versorgungszentrums im Kammerbereich Westfalen-Lippe.

Anfang 2017 führte ihn sein Weg nach Berlin, um die Gründung der Digital Health Plattform Heartbeat Labs zu betreuen. Mit einem Team aus erfahrenen Gründern, Branchen- und Digitalexperten treibt das Berliner Unternehmen die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft voran. Um die Patientenversorgung zu verbessern, gründet Heartbeat Labs eigene digitale Lösungen, investiert in bestehende Digital-Health-Unternehmen und ist Partner für etablierte Player im Gesundheitsmarkt.

Zusammen mit Heartbeat Labs gründete Hadrossek Ende 2017 das Telemedizin-Start-up Kinderheldin, bei dem Schwangere und Eltern kleiner Kinder auf einfachem digitalem Wege fachliche Beratung on demand erhalten können.



© Paul Hadrossek

9

HEBAMMEN

stehen Kinderheldin zur Verfügung und beraten die Schwangeren und Eltern.

3

MEDIZINISCHE BEIRÄTE

stehen zusätzlich bereit: eine Gynäkologin, ein Kinder- und Jugendarzt sowie eine Psychologin/ Psychotherapeutin.

Wie hat sich die Frequenz der Nachfragen seit der Gründung verändert?

HADROSSEK: Gestartet sind wir als reines Selbstzahlermodell. Wie immer im deutschen Gesundheitssystem ist die Wahrnehmung bezüglich der Wertigkeit von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung sehr niedrig. Deshalb haben wir uns am Anfang gefragt, ob es überhaupt eine reelle Nachfrage für einen solchen Service gibt. Als wir dann das Angebot zunächst ohne eine Preisbarriere getestet haben, hatten wir eine deutlich steigende Nachfrage und konnten so den Bedarf beweisen. Seit Beginn des Jahres haben wir nun die ersten großen Kooperationspartner und damit ein kostenloses Angebot für die Versicherten an Bord. Die Beratungszahlen entwickeln sich in der Folge sehr positiv.

Herr Dr. Hadrossek, Sie selbst sind Zahnarzt. Ihr Interesse gilt den medizinischen Versorgungsstrukturen von morgen. Welche Vision haben Sie?

HADROSSEK: Wir haben im deutschen Gesundheitssystem viele Leute, die Wahnsinniges leisten, aber Strukturen, die viel zu häufig dafür sorgen, dass Bemühungen einfach verpuffen. Das musste ich selbst sowohl im klinischen Umfeld als auch in der Praxis erleben. Es geht nicht nur um Energieverlust. Viel zu oft leidet auch das Ergebnis. Wir haben die Möglichkeit, durch digitale Lösungen unsere

„Wir sehen viele Chancen, Engpässe in der Versorgung zu reduzieren, Fehlkonsultationen zu vermeiden und fachliche Expertise besser verfügbar zu machen.“

Arbeit zu vereinfachen, unnötige Aufwände zu minimieren, den Patienten noch bedarfsgerechter zu versorgen und die Versorgungsqualität zu steigern. Dazu müssen wir jedoch adaptionsfähiger für Veränderungen werden, Wandel eher als Chance und nicht als Bedrohung begreifen, und auch mal bereit sein, unsere Arbeit und unsere Strukturen selbstkritisch aus der Sicht des Patienten zu betrachten. Es ist ein Irrglaube, dass Medizin unpersönlicher wird, wenn wir Teile unserer Arbeit digitalisieren. Ganz im Gegenteil. Wir werden dadurch jeden Patienten individueller und besser betreuen können. ■

Praxiswerbung Gut die Hälfte der niedergelassenen Ärzte schätzt Werbemaßnahmen für die eigene Praxis als wichtig ein. Doch müssen sich Mediziner für Themen wie Außendarstellung und Onlinereichweite interessieren? Besser wäre es, sagen Marketingprofis.

Text: Romy König Illustration: shutterstock / StonePictures

Werden Sie sichtbar!



Abstoßen. Das war der Plan. Die Praxis noch kurz halten, ein paar Monate vielleicht, ein paar wenige Jahre höchstens, sie dann verkaufen – und sich selbst aufmachen in den Ruhestand. Viel war ohnehin nicht mehr passiert in den letzten Jahren: Die Patienten wurden weniger, er selbst, niedergelassener Zahnarzt seit mehr als 30 Jahren, immer arbeitsmüder, wahrscheinlich bedingte auch das eine das andere: Mit ausbleibenden Patienten sinkt der Spaß an der Arbeit, und einem Mediziner mit wenig Arbeitselan wiederum laufen die Patienten weg. Der Verkauf der Praxis also: beschlossene Sache.

Doch wie das so ist mit Ware, Leistungen, und ja, auch ganzen Geschäften, die feilgeboten werden sollen: Sie haben attraktiv zu sein, annehmbar, bekannt, um für Käufer in Frage zu kommen. Seine Zahnarztpraxis jedoch war trotz Großstadtlage nichts davon. Der Mediziner musste aktiv werden, sein Geschäft für den Verkauf trimmen. „Die Braut aufhübschen“, nennt das Christian Finke, geschäftsführender Gesellschafter der Informationsstelle Gesundheit, einer Düsseldorfer Agentur, die sich auf Praxismarketing spezialisiert hat. Dienstleister wie er kümmern sich um eine gelungene Außendarstellung von Ärzten, polieren die Reputation auf, sorgen auf verschiedenen Wegen dafür, dass niedergelassene Mediziner von interessierten Patienten gefunden werden.

Etwas mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte (51,8 Prozent) in Deutschland stuft Maßnahmen des Praxismarketings derzeit als wichtig oder sehr wichtig ein. Das zeigen die jüngsten Zahlen, die die Stiftung Gesundheit in ihrer Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ jährlich zusammenstellt. Dabei hatte es unlängst durchaus einen Einbruch gegeben: In den Jahren 2014 bis 2016 lag der Anteil der Marketingbefürworter unter den Ärzten nur bei 41,7 (2014), 45,9 (2015) und 44,3 Prozent (2016), was die Wissenschaftler mit einer Korrelation zwischen Konjunktur und Marketingbudget zu erklären versuchen: Nachrichten über eine schwächere gesamtwirtschaftliche Lage oder aber die gefühlte Konjunktur in der jeweils jüngeren Vergangenheit führe – durchaus also retrospektiv – bei Ärzten zu mehr Aufmerksamkeit für das eigene Marketing. Die Zeit scheint nun wieder gekommen.

Für wie viele unterschiedliche Szenarien Marketingmaßnahmen nötig oder hilfreich sein können, lässt sich gut an den Fällen ablesen, die Finke und sein Team betreuen: Da ist etwa die neu gegründete Zahnarztpraxis in mittelmäßiger Stadtrandlage, die vor allem Patienten aus der direkten Umgebung anziehen will; da ist die etablierte, gut laufende Praxis, die sich nicht auf dem Erreichten ausruhen, sondern expandieren will, sowohl räumlich als auch personell. Da ist aber auch die Hautarztpraxis, die sich ausschließlich an Privatpatienten richtet, sich höheren Umsatz wünscht – aber zeitgleich schlechte Bewertungen über sich in diversen Arztportalen lesen muss. Oder die Zahnarztpraxis in prekärer Lage, die mit 120 Patienten pro Quartal kaum über die Runden kommt, sogar Schwierigkeiten hat, den Kredit für die Praxis abzuzahlen.



Sichtbarkeit im Netz ist ein Muss

Marketing sei wertlos, sagt Finke, wenn es kein konkretes Ziel verfolge. Auch gebe es kein universell einsetzbares Allheilmittel, das jeder Praxis sogleich neue Patienten beschere. Die Fachrichtung, die Spezialisierung der Praxis

SEO-Marketing – Beam me up!

Natürlich ist es fein, eine eigene Homepage zu haben, deren Adresse sich auf Visitenkarten drucken und in Arztportale eintragen lässt, die sich gut macht, wenn man auf Medizinkongressen Vorträge hält und zum Abschluss der Präsentation eine Folie mit Kontaktdaten auflegt. Doch eine Homepage kann mehr: Sie kann Patienten überhaupt erst zum Arzt leiten, soll Interessenten, die in der Suchzeile ihres Browsers Begriffe eingeben, zu dessen Webauftritt führen. Dafür muss die Seite in den einschlägigen Suchmaschinen weit oben, möglichst gar an erster Stelle erscheinen. Doch für eine solche Poleposition muss sie entsprechend getrimmt werden – „Suchmaschinenoptimierung“ nennen das Experten (engl. „search engine optimization“, kurz: SEO). Das Onlineverzeichnis Jameda, das freilich sein Geld damit verdient, dass Ärzte sich auf seinen Seiten präsentieren, weist darauf hin, dass eine Verlinkung zwischen Praxishomepage und einem Eintrag im Arztverzeichnis dafür sorgt, dass die Website bei Google und Co. besser gefunden wird. Doch die Macher der Plattform haben noch weitere Tipps parat: So erkennt Google etwa, ob Texte einzigartig sind und „eine gewisse Qualität haben“. Homepagetexte sollten also möglichst einfallsreich und individuell geschrieben, keine gestanzten Phrasen sein. Ebenfalls gilt: Wohnortnähe ist Trumpf. Ärzte sollten natürlich vor allem bei Suchanfragen in ihrer Umgebung gefunden werden. Neben einem Eintrag in einem lokalen Onlineverzeichnis hilft der Trick, Angaben zum Praxisort in der Fußzeile der Homepage, dem sogenannten „Footer“, sowie im Impressum unterzubringen. Schließlich: Nennen Sie alle Ihre Schwerpunkte und Spezialisierungen. Eine Erhebung von Jameda hat gezeigt, dass 97 Prozent der Patienten bei ihrer Onlinesuche ihr Anliegen recht konkret beschreiben, also nicht nur nach einem Mediziner, sondern etwa nach den Stichworten „Internist, Ernährungsberatung, Neustadt-Wicken“, suchen. Je mehr solcher Keywords auf der Homepage erscheinen, desto höher die Chance, bei Google weit oben gelistet zu werden.



und ihre Lage, der Wettbewerb müssten genau analysiert werden. Eines gelte jedoch immer: Die Maßnahmen müssen sich am Patienten ausrichten. Und: Das Internet muss bespielt werden. Und zwar gekonnt.

Laut Umfragen des Arztbewertungsportals Jameda suchen 70 Prozent der Patienten ihre Ärzte im Internet; knapp ein Drittel der Interessenten nutzen Arztportale für ihre Suche nach einem für sie passenden Mediziner. Viele Ärzte haben das bereits erkannt: Schon seit Jahren führt die Präsenz im Netz das Ranking der als am wichtigsten erachteten Marketingmaßnahmen an, so die Studie der Stiftung Gesundheit. Aktuell stufen knapp zwei Drittel der befragten Mediziner (64,8 Prozent) die eigene Website oder die Listung in Arztportalen als notwendig ein; einer anderen Umfrage des Bewertungsportals Jameda zufolge haben sogar 82 Prozent eine eigene Homepage. Zum Vergleich: Die klassische Visitenkarte hält nur noch ein Viertel der in der Stiftungs-Studie befragten Mediziner für ein bedeutungsvolles Marketinginstrument (24,8 Prozent, 2012 waren es 44,8 Prozent).

„Ein ansprechender Flyer hilft beim Verkauf von Privat- und Igel-Leistungen“, so Finke.

97%

der Patienten beschreiben bei ihrer Onlinesuche ihr Anliegen recht konkret.

© Quelle: Umfrage Jameda

Internet rules? Ganz sicher. Doch gerade ältere Ärzte scheinen das noch nicht ganz verinnerlicht zu haben, so wie etwa der pensionswillige Zahnarzt, den Finkes Agentur – Stichwort „Braut aufhübschen“ – betreut: Zwar führte der Zahnarzt eine eigene Homepage, doch war diese „nur rudimentär gestaltet, nicht patientenorientiert – und im Netz auch kaum auffindbar“, erinnert sich Finke. Seine Agentur setzte die Webseite neu auf und den Mediziner selbst vor eine Kameralinse – mit professionellen Fotos wirkt eine Homepage einfach persönlicher und ansprechender. Außerdem arbeiteten die Marketingprofis die Behandlungsschwerpunkte der Praxis stärker heraus, trugen sie samt Webadresse in Patientenportale ein. Schließlich rutschte die Homepage im Google-Ranking auf die erste Seite, wurde immer häufiger von Interessenten gefunden.

Auch die Praxis in finanzieller Schieflage konnte sich dank Marketing erholen. Die Texte für die Praxishomepage wurden patientenfreundlicher formuliert, bisher unberücksichtigte Themen und Leistungen eingearbeitet und für Suchmaschinen optimiert (siehe Kasten), sodass sie schneller gefunden, die Reichweite der Seite auch in den umliegenden Städten erhöht werden konnte. Ergebnis? Statt bislang 120 suchten nun 380 Patienten die Praxis pro Quartal auf – eine Steigerung, die innerhalb eines Jahres erfolgte. Der Umsatz erhöhte sich entsprechend, mit der Hausbank konnten neue Kredit-Rückzahlungsmodalitäten vereinbart, die Praxis schneller abbezahlt werden.

Papierflyer: noch lange nicht out

Richtig aus dem Vollen schöpfen können Marketingexperten aber vor allem beim Neustart eines Unternehmens, wie etwa bei der neu gegründeten Praxis am Stadtrand. Da wird am Corporate Design gefeilt und ein Logo erstellt, werden Praxiskleidung und Geschäftsausstattung abgestimmt. Zwei Monate vor Eröffnung ging die Homepage der Praxis online, zwei Wochen vor dem Termin schaltete die Agentur Anzeigen in der lokalen Presse und im Netz, verteilte Flyer vor Ort. Flyer? In Zeiten von Google-AdWords und Online-Reichweitenerhöhung? Durchaus ein adäquates Mittel, sagt Finke. Gerade bei einer Neugründung gebe es schließlich keinen Patientenstamm, sei die Praxis im Umfeld nicht bekannt, müsse sich der Behandler erst „im lokalen Wettbewerb positionieren“. Ein Flyer, ansprechend und informativ gestaltet, gehöre ebenso zur Grundausstattung einer Praxis wie die Homepage oder eben auch Visitenkarten. Und: „Ein ansprechender Flyer hilft beim Verkauf von Privat- und Igel-Leistungen“, so Finke.

Dem Kunden etwas Haptisches, Physisches in die Hand geben zu können, das ist in der Dienstleisterwelt gar keine schlechte Idee, meint Prof. Dr. Thomas Sander, der an der Medizinischen Hochschule Hannover das Lehrgebiet Praxisökonomie aufgebaut hat und in seinem Buch „Meine Zahnarztpraxis – Marketing“ Tipps gibt, wie Zahnärzte, aber auch Ärzte anderer Fachrichtungen ihre Praxen bekannt machen können. Dienstleistungen seien nun einmal immaterielle Güter und damit schlecht greifbar – ein Flyer, eine Praxisbroschüre oder auch anderes papiernes Infomaterial schaffe dazu einen guten Ausgleich, so Sander. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) rät Ärzten

Als Arzt werben – ist das nicht unschicklich?

Vielleicht tun sich manche, vor allem altgediente Ärzte mit Marketingmaßnahmen deshalb so schwer, weil es noch gar nicht so lange her ist, dass es als unlauter galt, für sich und seine ärztlichen Leistungen zu werben. Marketing ist für viele Ärzte noch immer ein „Reizwort“, so die KBV. Doch tatsächlich bedeutet jede Einschränkung der ärztlichen Werbung einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, die wiederum im Artikel 12 des Grundgesetzes verankert ist. Ärzte dürfen auf Praxisschildern genauso werben wie auf Briefpapier, Rezeptvordrucken, Internetseiten und mittels Anzeigen in Medien. Auch Spots in Hörfunk oder TV sind erlaubt. Verboten sind hingegen irreführende oder vergleichende Werbungsinhalte sowie eine anpreisende, das heißt übertreibende, reißerische Aufmachung.



Denken Sie strategisch!

Werbung steht nicht für sich alleine, sondern ist Teil eines Marketingkomplettpakets, das klug und umsichtig geschnürt werden sollte: Schon die Auswahl eines Standorts, die Ausstattung der Praxis, aber auch das Leistungsangebot, Spezialisierungen sowie die Preisgestaltung, etwa bei Igel-Leistungen, sind Teil von Marketingüberlegungen, entscheiden über die Positionierung des Behandlers auf dem Markt. Wichtig sei, rät die KBV, sich „vom Grundlegenden zum Speziellen“ durchzuarbeiten, also „nicht mit Anzeigenkampagnen und Wartezimmer-TV zu beginnen“, sondern sich erst einmal darüber klar zu werden, was die eigene Praxis und das Leistungsangebot ausmacht, was transportiert werden soll. Was sind die Stärken der Praxis oder des Behandlers, was die Schwächen? Welche Patienten sollen angesprochen werden? Wie hebt man sich vom Wettbewerb ab? Und: Welche Zukunftsvision gibt es für die Praxis? „Die Positionierung der Praxis ist die Basis aller Marketingmaßnahmen“, so Praxisökonom Thomas Sander.

„Die Positionierung der Praxis ist die Basis aller Marketingmaßnahmen“, so Praxisökonom Thomas Sander.

70%

der Patienten suchen ihre Ärzte im Internet.

Tipps für ein besseres Marketing hält die **Agentur Informationsstelle Gesundheit** auf ihrer Internetseite bereit: www.informationsstelle-gesundheit.de



Das Buch „**Meine Zahnarztpraxis – Marketing**“ von Thomas Sander (Hrsg.) ist erschienen in der Reihe „Erfolgskonzepte Zahnarztpraxis & Management“ des Springer-Verlags, Berlin, Heidelberg, 2. aktualisierte Auflage 2017, ISBN 978-3-662-52937-9

sogar zu einer eigenen Praxiszeitung – auch diese: ruhig in Papierform statt als elektronische Datei. Auf diesem Wege lasse sich gezielt über die Angebote der Praxis informieren, so der Dachverband. Drei- bis viermal im Jahr könne eine solche Publikation erscheinen, ruhig in einer Auflage von 2000 Stück und vier Seiten umfassend, auf denen etwa die internen Abläufe einer Praxis erläutert, Mitarbeiter näher vorgestellt werden, ein medizinisches Thema behandelt wird. Ja, räumt der Verband ein, ein solches Marketinginstrument sei teuer und koste Zeit – aber eine Praxis, in der eine Empfangsmitarbeiterin dem Patienten ein solches Heft in die Hand geben könne, hebe sich ungemein vom Wettbewerb ab. Selbst wer die Zeitschrift im Wartezimmer vielleicht nicht lese, habe dann aber „trotzdem wahrgenommen, dass seine Praxis ein besonderes Angebot für Patienten schafft“.

Auch der mit seinem Ruhestand liebäugelnde Zahnarzt hat dank des groß angelegten Praxismarketings noch einmal Auftrieb bekommen: Schon einige Jahre ist es nun her, dass er mit Finkes Hilfe seine Praxis stärker beworben hat – die Patientennachfrage ist gestiegen, er hat den Spaß an der Arbeit wiedergefunden, praktiziert weiter. Von Verkauf der Praxis ist keine Rede mehr. Die aufgehübschte Braut – sie hat ihm am Ende selbst am besten gefallen. ■



E-Ladestation: Bis 2030 sollen 10 Millionen E-Autos auf deutschen Straßen fahren.

© shutterstock / Matej Kastelic

E-Mobilität Nachhaltigkeit und Ökologie zu fördern, steht aktuell ganz oben auf der Agenda der Bundesregierung. Das Ende Juli beschlossene Maßnahmenbündel verlängert vor allem Regelungen, die schon seit Anfang des Jahres gelten.

Text: **Ulrike Scholderer**

Förderpaket für E-Mobilität beschlossen



Der Verkehr soll klimafreundlicher werden. Die Bundesregierung will zu diesem Zweck ein milliarden-schweres Steuerpaket zur Förderung der E-Mobilität auf den Weg bringen. Bislang bleibt die Anzahl der E-Autos weit hinter den Erwartungen der Bundesregierung zurück. Das einst ausgerufenen Ziel von 10 Millionen Elektrofahrzeugen bis zum Jahr 2020 ist längst unerreichbar geworden. Ende 2018 waren gerade mal 83.000 Elektroautos auf deutschen Straßen zugelassen. Hinzukommen 341.000 Hybridfahrzeuge, die einen Batteriebetrieb mit einem Verbrennungsmotor verbinden. Jetzt erklärte das Bundesverkehrsministerium, die Marke von 10 Millionen E-Autos solle bis 2030 erreicht werden.

Elektro- und extern aufladbare Hybridfahrzeuge

Trotz des Abgas-Skandals sind nach wie vor die meisten Dienstwagen Diesel. Elektroautos gelten vor allem wegen der höheren Anschaffungskosten schlicht als unattraktiv. Zum 1. Januar 2019 wurde deshalb die Dienstwagenbesteuerung für E-Autos und Autos mit Hybridantrieb auf 0,5 Prozent des Listenpreises gesenkt. Der Steuervorteil zeigte Wirkung: Nach Angaben des Verbandes der Automobilindustrie stieg die Neuzulassung von Dienstwagen mit Elektroantrieb um 58 Prozent auf 16.900 Fahrzeuge. Zunächst sollte diese Steuerbegünstigung 2021 auslaufen. Jetzt hat das Bundeskabinett beschlossen, die Förderung bis 2030 zu verlängern. Das Finanzministerium soll darüber hinaus signalisiert haben, dass man offen dafür sei, die Besteuerung auf 0,25 Prozent des Listenpreises abzusenken. Das parlamentarische Verfahren wird hier die



Entscheidung bringen. Für diejenigen, die den geldwerten Vorteil mit Hilfe eines Fahrtenbuchs ermitteln, gelten die Steuervorteile übrigens sinngemäß.

Erleichterungen sind auch für die Nutzer von E-Autos vorgesehen. Können sie ihre Wagen beim Arbeitgeber aufladen, bleibt der Wert des Stroms für sie steuerfrei. Diese Regelung soll ebenfalls bis 2030 gelten. Weiter hat das Bundeskabinett Sonderabschreibungen von 50 Prozent auf Elektro-Lieferfahrzeuge beschlossen. Diese sollen aber nur für gewerblich genutzte Elektro-Lieferfahrzeuge gelten und beschränken sich auf kleine und mittelgroße Fahrzeuge.

Können Sie Ihren Wagen beim Arbeitgeber aufladen, bleibt der Wert des Stroms für Sie steuerfrei.

Nach wie vor gibt es aber ein Problem mit der Lade-Infrastruktur. Auch hier hat das Verkehrsministerium ein ehrgeiziges Ziel ausgegeben: Bis 2030 soll es bundesweit 300.000 Ladestationen geben. Es gelte, ein Henne-Ei-Problem zu lösen, betonte Ministeriumssprecher Ingo Strater. Bisher seien 300 Millionen Euro in das Förderprogramm der Lade-Infrastruktur geflossen. Ende 2018 gab es in Deutschland 17.400 öffentlich zugängliche Ladepunkte.

Fahrräder

Verlängert werden auch die Steuervorteile für Dienst-räder. Die kostenfreie Überlassung von Dienst-rädern ist ebenfalls seit Anfang des Jahres steuerfrei. Auch diese Regelung war bisher bis 2021 befristet und soll jetzt bis 2030 verlängert werden. Das gilt gleichermaßen für mechanische wie für elektrische Fahrräder. Zu beachten ist, dass die Überlassung nur dann steuerfrei ist, wenn sie zusätzlich zum Arbeitslohn erfolgt. Eine sogenannte „Entgeltumwandlung“ ist nicht möglich.

Bus und Bahn

Ebenfalls zum Jahresbeginn wurden Jobtickets steuer- und sozialversicherungsfrei gestellt. Allerdings unter Anrechnung auf die Entfernungspauschale. Künftig soll das Jobticket vom Arbeitgeber pauschal mit 25 Prozent versteuert werden können. Für den Arbeitnehmer entfällt dann die Anrechnung auf die Entfernungspauschale. Zu beachten ist, dass das Jobticket zusätzlich zum Arbeitslohn bezahlt wird. Bisher galt eine Freigrenze von 44 Euro als Zuschuss des Arbeitgebers zur Fahrkarte. Diese Freigrenze kann jetzt für andere Zuschüsse genutzt werden. ■

Auch die Überlassung von Dienst-rädern ist seit Anfang des Jahres steuerfrei.

Leichenschau Ende Juli hat das Bundeskabinett grünes Licht für eine höhere Vergütung der ärztlichen Leichenschau gegeben. Bevor die betreffende Verordnung in Kraft treten kann, muss noch der Bundesrat zustimmen.

Text: **Ulrike Scholderer**

Ärztliche Leichenschau soll besser vergütet werden



Das Bundeskabinett verabschiedete den „Entwurf der fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte“ noch vor der Sommerpause ohne Aussprache. Der Entwurf beinhaltet eine Neufassung von Abschnitt B VII „Todesfeststellung“ der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Damit werden den aktuellen Erfordernissen entsprechend differenzierte Gebührenpositionen der Leichenschau festgelegt. Das Honorar soll in Übereinstimmung mit dem jeweils erforderlichen ärztlichen Zeitaufwand spürbar höher vergütet werden. Darüber hinaus wird mit der Berechnungsfähigkeit von Zuschlägen für besondere Umstände bei der Leichenschau und für die Durchführung zu bestimmten Zeiten (abends, nachts oder an Wochenenden und Feiertagen) und der damit verbundene erhöhte Aufwand berücksichtigt.

Den bereits im April hierzu vorgelegten Referentenentwurf hatte die Bundesärztekammer (BÄK) positiv aufgenommen. Es sei gut, dass das Ministerium im Wesentlichen die Vorschläge der Ärzte aufgegriffen habe, sagte Dr. Klaus Reinhardt, heute Präsident der BÄK. Denn die Vergütung der Leichenschau sei derzeit „nicht einmal annähernd kostendeckend“.

Grundsätzlich orientierte sich der Referentenentwurf an dem Vorschlag einer Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden (AOLG) zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau aus dem Jahr 2011. Die Arbeitsgruppe hatte eine Vergütung in Höhe von 170 Euro im Regelfall für angemessen erachtet. Im Moment bekommen Ärzte rund 33 Euro pro Leichenschau. Werden sie nachts oder am Wochenende gerufen, sind es etwa 51 Euro.

Nach dem jetzt vorliegenden Entwurf soll es für die vorläufige Leichenschau, die der Feststellung des Todes und der Todesart dient, rund 111 Euro geben. Eine sorgfältige, leitliniengerechte Leichenschau nimmt etwa 30 Minuten in Anspruch. Daher werden 20 Minuten als Minstdauer für die Vergütung vorgegeben. Neu ist im Vergleich zum Referentenentwurf, dass 60 Prozent der Vergütung abgerechnet werden können, wenn die Minstdauer von 20 Minuten unterschritten wurde. Jedoch gibt es auch hier eine Grenze: Der Arzt muss mindestens 10 Minuten aufgewendet haben.



Dr. Klaus Reinhardt ist Facharzt für Allgemeinmedizin und seit Mai Präsident der Bundesärztekammer. Die Vergütung der Leichenschau sei derzeit nicht einmal annähernd kostendeckend, so der Mediziner.

© Ärztekammer Nordrhein

Es sei gut, dass das Ministerium im Wesentlichen die Vorschläge der Ärzte aufgegriffen habe, so Dr. Klaus Reinhardt.

Ähnlich soll die Vergütung für die eingehende Leichenschau geregelt werden. Deren Umfang ergibt sich laut Bundesgesundheitsministerium aus dem jeweiligen Landesrecht. Durchschnittlich beträgt die leitliniengerechte Dauer der eingehenden Leichenschau 60 Minuten. Für die Möglichkeit der Abrechnung werden jetzt 40 Minuten vorgegeben. In Rechnung gestellt werden können rund 166 Euro. Dauert die eingehende Leichenschau weniger als 40, mindestens aber 20 Minuten, können 60 Prozent der Gebühr berechnet werden.

In ihrer initialen Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte die BÄK die Streichung der Zeitvorgaben in den Leistungslegenden gefordert. Dem ist das Bundesgesundheitsministerium jedoch nicht gefolgt. Die Bundesärztekammer hat deshalb angekündigt, sich gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium zusammen mit den in den Prozess der GOÄ neu eingebundenen ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften nochmals eindeutig gegen die Aufführung von Mindestzeiten auszusprechen.

Vorläufige und eingehende Leichenschau können nicht nebeneinander berechnet werden. Bei der Untersuchung einer Leiche mit unbekannter Identität kann ein Zuschlag in Höhe von 28 Euro geltend gemacht werden. Zusatzvergütungen gibt es weiterhin für die Entnahme von Körperflüssigkeit, die Bulbusentnahme, die Hornhautentnahme und die Entnahme eines Herzschrittmachers.

Das Bundesgesundheitsministerium rechnet mit Mehrkosten in Höhe von rund 78,9 Millionen Euro im Jahr. Die Kosten tragen meist die Angehörigen und Erben im Rahmen der Bestattungskosten. Für Städte und Gemeinden geht das Bundesministerium von Mehrkosten von rund 3,3 Millionen Euro für ordnungsrechtliche Bestattungen und Sozialbestattungen aus. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates wird sich Anfang September mit dem Verordnungsentwurf befassen. Stimmt der Bundesrat selbst dann zu, treten die höheren Vergütungen um 1. Januar 2020 in Kraft. ■

33€

bekommen Ärzte momentan für eine Leichenschau (am Wochenende sind es etwa 51 Euro).

111€

für die vorläufige Leichenschau (Feststellung des Todes) sieht der neue Entwurf vor.

Honorarärzte In einer vielbeachteten Entscheidung urteilte das Bundessozialgericht am 4. Juni dieses Jahres: „Honorarärzte im Krankenhaus sind regelmäßig sozialversicherungspflichtig.“ Das Urteil (B 12 R 11/18 R) macht wenige zu Gewinnern – viele aber zu Verlierern.

Text: Simone Hoffmann

Honorarärzte sind ab sofort sozialversicherungspflichtig

Deutlichere Worte kann ein Krankenhausmanager wohl kaum finden: „Ich verabscheue diese fahrenden Söldner zutiefst!“, sagt einer, der zwar schon vor einigen Jahren die Beschäftigung von Honorarärzten eingestellt hat, aber – wie die meisten aktiven Manager – nicht namentlich genannt werden möchte. „Welches Krankenhaus am meisten bietet, bekommt eine Anästhesie oder eine Pädiatrie – das kann es doch nicht sein!“ Anfang Juni hat das Bundessozialgericht (BSG) ein Urteil zur Beschäftigung von Honorarärzten erlassen. Demnach sind Honorarärzte, die in Krankenhäusern arbeiten, regelmäßig sozialversicherungspflichtig. Und eben nicht als Selbstständige anzusehen. Aber damit sind sie jetzt noch teurer als zuvor für Krankenhäuser. Zeitweise Ersatz beschaffen können sich nun nur noch die wenigsten Häuser.

Freuen dürften sich die Betriebsprüfer der Deutschen Rentenversicherung: Sie werden ihren Prüfungen künftig diese Rechtsprechung zugrunde legen. Den Krankenhäusern drohen ab sofort hohe Nachzahlungen insbesondere an die Sozialversicherungsträger und gegebenenfalls an die Finanzämter. Außerdem steht der Vorwurf des Sozialversicherungsabgabebetrugs, künftig auch in Form eines neuen Bußgeldtatbestands im Schwarzarbeitsgesetz (SchwarzArbG) mit empfindlicher Geldbuße, sowie der Steuerhinterziehung im Raum.

„Keiner macht sich Gedanken, wie und wo die Bausteine zusammenlaufen. Und ausbaden müssen es die Krankenhäuser vor Ort.“

Satte Managementfees für Leiharbeitsfirmen

„Das Geld, das wir für die Arbeitnehmerüberlassung externer Leihärzte ausgeben müssen, wird dringend an anderen Stellen gebraucht“, sagt der Regionalgeschäftsführer eines großen privaten Anbieters. Ihm fallen da zum Beispiel Gehaltsanpassungen für die Pflege ein. Die Not ist jedoch nach wie vor ein guter Jobmotor für Honorarärzte: Auf dem Land gibt es genug Krankenhäuser, deren Betrieb stillstehen würde, wenn sie nicht zeitweise oder manchmal sogar dauerhaft einspringen würden. Erst recht, wenn es sich um Anästhesisten handelt. Die betroffenen Häuser müssen nun entweder in den sauren Apfel beißen und Sozialversicherungsbeiträge zahlen oder die Ärzte über Gestellung, also über Leiharbeitsfirmen, engagieren. Was das Ganze aber nicht günstiger macht – im Gegenteil. Denn die Leiharbeitsfirmen streichen sich auch eine satte Managementfee ein.

Über das Geld, das ein Krankenhaus im Schnitt für Honorarärzte ausgibt, schweigen sich die Beteiligten aus. Sechs- bis siebenstellig ist der jährliche Betrag jedoch fast immer. Die meisten Krankenhausmanager begrüßen das Urteil als eines, das den Weg in die richtige Richtung weise. Irgendwann, so ein Manager, müsse diese „Freischärlerei“ ja aufhören. Zumal neben den Kosten noch ganz andere Faktoren eine Rolle spielen: „Kontinuierliche Weiterbildung, soziale Integration, Loyalität zum Arbeitgeber oder zum Team – als Kunde bekomme ich das alles nicht, wenn ich einen Honorararzt engagiere.“ Aber bis es so weit ist, wird sich wohl vor allem eine Gruppe freuen: die der Leiharbeitsfirmen.

Schäfer: „Waffengleichheit ab Facharztniveau“

Naturgemäß findet auch der Vorsitzende des Berufsverbandes der Honorarärzte deutliche Worte: „Das Urteil ist eine Katastrophe“, schimpft Dr. Nicolai Schäfer. Im Übrigen lege es Unkenntnis des deutschen Gesundheitswesens bloß. „Ab Facharztniveau herrscht Waffengleichheit“, entretet sich Schäfer. Und damit sei klar: Im Verhältnis zwischen Honorararzt und zuständigem Chefarzt gehe es allenfalls um Anpassung, keinesfalls aber um Unterordnung. „Der Chefarzt ist nicht berechtigt, dem Oberarzt medizinische Weisungen zu geben“, betont Schäfer. Und damit sei auch die Erläuterung des BSG nicht zutreffend. Dort heißt es: „Entscheidend ist, ob die Betroffenen weisungsgebunden beziehungsweise in eine Arbeitsorganisation eingegliedert sind.“ Genau das, so Schäfer, sei eben nicht der Fall. Sicher, ein Honorararzt richte sich zum Beispiel natürlich nach den Arbeits- oder OP-Zeiten, die er vorfinde. Aber



Dr. Jacob Hinze ist Rechtsanwalt in der Wirtschaftskanzlei CMS. Er sieht das jüngste Urteil nur als die konsequente Weiterentwicklung der vergangenen 20 Jahre. Das BSG habe immer restriktivere Maßstäbe an die echte Selbstständigkeit angelegt und sei nun bei den Spitzenverdienern angekommen.

© CMS Deutschland



Dr. Nicolai Schäfer ist Vorsitzender der Honorarärzte und betitelt das Urteil als Katastrophe. Es könne nicht sein, dass sich die Honorarärzte den Chefarzten unterordnen müssten. Die Chefarzte seien gar nicht dazu berechtigt, einem Oberarzt medizinische Weisungen zu geben.

© Bundesverband der Honorarärzte e.V.

unterordnen? Nein: „Ich habe auch schon Dienste abgebrochen“, sagt Schäfer. „Das macht kein Angestellter.“

Kriterium bleibt Eingliederung in die Organisationsstruktur

Dr. Jacob Hinze, Rechtsanwalt im Hamburger Standort der Wirtschaftskanzlei CMS, hat sich besonders mit dieser Abgrenzungsthematik beschäftigt. Zwar sei die vollständige Urteilsbegründung noch nicht veröffentlicht, aus den zwölf für das Urteil zugrunde gelegten Fällen ergebe sich aber, dass das Gericht sehr unterschiedliche Konstellationen betrachtet habe. Hinze: „Teils verblieb das medizinische Letztentscheidungsrecht explizit beim Chefarzt. Unabhängig davon darf nach Ansicht des BSG aus dem grundsätzlich freien und eigenverantwortlichen Handeln der Ärzte nicht geschlossen werden, dass ohne Weiteres, eine selbstständige Tätigkeit vorliege. Wesentliches Kriterium bleibt damit die Eingliederung in die Organisationsstruktur der Klinik, welche im Regelfall vorliegen wird.“

Hinze sagt, das jüngste Urteil sei nur die konsequente Weiterentwicklung der vergangenen 20 Jahre, in denen das BSG immer restriktivere Maßstäbe an die echte Selbstständigkeit angelegt habe. Nicht nur Honorarärzte sind davon betroffen, vor allem in der IT-Branche und im Niedriglohnssektor hat das BSG in den vergangenen Jahren Leitplanken für (vermeintliche) Auftraggeber aufgestellt. Und nun eben auch bei Spitzenverdienern. Weder die Honorarhöhe noch die ärztliche Heilkunde als Dienst „höherer Art“ stünden letztlich einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entgegen.

BSG-Urteil ist ein Baustein im Gebilde namens Regulatorik

Auch ein katholischer Träger in Westfalen beschäftigt schon lange keine Honorarärzte mehr. Zu groß ist die Gefahr, in strafrechtlich relevante Bereiche zu kommen. Insofern bedeutet das Urteil keine Veränderung für den Träger, der dennoch nicht genannt werden möchte. Seit drei Jahren stellt man dort Ärztinnen und Ärzte entweder ein oder arbeitet über Gestellung. Zwar ist ein Vorstandsmitglied des Verbundes auch kein Freund von Honorarärzten – zu teuer, zu wenig Identifikation mit dem Arbeitgeber. Aber: „Es gibt den Fachkräftemangel nun mal. Jetzt um ein zusätzliches Mittel beraubt zu werden, mit dieser Situation umzugehen, und damit in seiner unternehmerischen Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu werden, ist nicht schön.“ Dabei ist das BSG-Urteil für ihn nur ein Baustein in einem Gebilde namens Regulatorik. Und das ist wohl die eigentliche Misere für Krankenhäuser: „Als Krankenhausmanager kann man bei jedem Baustein eigentlich gar nicht laut genug schreien. Keiner macht sich Gedanken, wie und wo die Bausteine zusammenlaufen. Und ausbaden müssen es die Krankenhäuser vor Ort.“ Und manch ein Standort verliert den Kampf gegen die Regulatorik: In Oberhausen hat unlängst ein Krankenhaus Insolvenz angemeldet, die mittlerweile vierte Krankenhausinsolvenz in zwei Jahren. Und das, munkt die Szene, ist erst der Beginn. ■

Tilgners Bericht aus Berlin Ja, es gab sie tatsächlich einmal. Die parlamentsfreien Wochen im Sommer, in denen auch die Gesundheitspolitik ruhte. Deren Akteure durften Gedanken und Strategien für den Herbst sammeln. Alles vorbei: Das heutige gesundheitspolitische Berlin ist ein brodelnder Hexenkessel.

Text: **Stefan Tilgner**

Hexenkessel statt Sommernachtstraum



Stefan Tilgner, M.A.

ist geschäftsführendes Mitglied des PVS-Vorstands und vertritt den Verband in allen Angelegenheiten in der Hauptstadt.

So mancher, der auf den Wechsel des mittlerweile als „Polit-Turbo“ bekannten Gesundheitsministers Jens Spahn ins Verteidigungsressort gehofft hatte, mussten schon am Tag nach der Entscheidung zugunsten von Annegret Kramp-Karrenbauer zur Kenntnis nehmen, wie Spahn weiterzumachen gedenkt. Gleich drei Gesetze stellte er vor: Regelungen für die Apotheke vor Ort, verpflichtende Schutzimpfungen vor allem gegen Masern und eine komplette Neuordnung der Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Dass es in diesem Tempo weitergeht, davon kann man wohl ausgehen. Und dabei muss man nicht einmal auf den mittlerweile fast zum Spahn-Freund mutierten SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach vertrauen. Der rieb sich neulich in einer Hintergrundrunde die Hände und freute sich, dass der Koalitionsvertrag, der ja doch eine deutliche sozialliberale Handschrift habe, nun bald abgearbeitet sei. Weshalb ihm jetzt einiges dazu einfallen, wie man die folgende Kür gestalten könne. Nur ran, mag jetzt ein zynischer Zeitgenosse denken. Spahn wird's schon richten. Hauptsache Action und Schlagzeilen.

Das System Spahn

Vielen ist das System Spahn inzwischen unheimlich. Ja, der macht endlich etwas, wo sich seit Jahren nichts bewegt hat, heißt es aus der Ecke derjenigen, die sich jetzt Fortschritte in der Digitalisierung erhoffen. Und in der Tat scheinen einigen Lahmen dort inzwischen Flügel zu wachsen. Auf der anderen Seite fürchtet man ein später kaum noch zu entflechtendes Regulierungswerk, das die Selbstverwaltung quasi entmachtet. Es bahnt einer Staatsmedizin den Weg, die zwar vom Namen her weiter verpönt ist, doch durch die normative Kraft des Faktischen künftig wohl viele

gesundheitspolitische Entscheidungen derart institutionalisieren wird, dass die Heilberufe ausübenden Akteure des Systems nur noch Regeln zu folgen haben. Kurzum: Das Gesundheitswesen könnte durch den schnellen Trend zur streng staatlich kontrollierten, regulierten Versorgung in eine bislang ungeahnte Krise schlittern.

Staatsmedizin heißt Mangelverwaltung

Dabei sind die Anzeichen bei genauem Hinsehen deutlich zu erkennen. Der Blick auf den NHS in Großbritannien zeigt, dass Staatsmedizin gleich Mangelverwaltung ist. Im Inland sehen wir in diesen Wochen gravierende Engpässe bei der Arzneimittelversorgung. Viele Medikamente sind nicht lieferbar, da es unter anderem aufgrund der Rabattverträge nicht mehr genügend Hersteller gibt, die Alternativen zu Präparaten vorhalten. Viele sind inzwischen nur noch im fernen Osten wirtschaftlich herstellbar. Ganz zu schweigen von Qualitätsproblemen. Der Valsartan-Skandal ist nur wenige Monate her. Infolge des TSVG, des Gesetzes, das angeblich die Terminvergabe für gesetzlich Versicherte verbessern soll, sieht man inzwischen bereits Chroniker, die Probleme bekommen, Termine in total überlasteten Arztpraxen zu vereinbaren. Nur ärztlicher Ethik und nicht selten Aufopferung ist es zu verdanken, wenn dieses unsinnige Gesetz bislang nicht größere Versorgungsprobleme auslöst.

Was ist uns unsere Gesundheit wert?

Was läuft schief im Gesundheitswesen? Die oft zurecht kritisierte Untätigkeit der Selbstverwaltung, der Bürokratismus, dem Funktionäre huldigen, die seit Jahren fernab von Patienten arbeiten, sind es gewiss nicht allein. Der medizinisch-technische Fortschritt suggeriert viel zu oft eine

Veranstaltungen

OKTOBER 2019

DI 08 OKT	SEMINAR GOÄ-Basiswissen für Arzt und Praxisteam Dresden PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362
MI 16 OKT	SEMINAR GOÄ-Seminar für Innere und Allgemeinmedizin Karlsruhe PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208
MI 23 OKT	SEMINAR GOÄ-Seminar Pädiatrie Lüneburg PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160
MI 23 OKT	SEMINAR GOÄ-Fachseminar Radiologie Trier PVS Mosel-Saar ✉ n.adam@pvs.email ☎ 06821-9191491
MI 30 OKT	SEMINAR Stressbewältigung im Praxisalltag Unna PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 2555539
MI 30 OKT	SEMINAR Together Forever – Erfolgreiche Kooperation bis zur Praxisabgabe Hamburg PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

NOVEMBER 2019

MI 13 NOV	SEMINAR Fit am Empfang Münster PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126
FR 15 NOV	SEMINAR Gewaltprävention in der Arztpraxis Teil 1: Konflikte erkennen – situationsgerecht handeln Stuttgart PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092
SA 16 NOV	SEMINAR Gewaltprävention in der Arztpraxis Teil 2: Sicherheit gewinnen durch situationsgestütztes Simulationstraining Stuttgart PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092
MI 20 NOV	SEMINAR GOÄ-Seminar Limburg PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117
MI 27 NOV	SEMINAR GOÄ – Fachrichtung Pädiatrie Bremen PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Planbarkeit von Gesundheit und Versorgung, die nicht dem realen Alltag in der Arztpraxis entspricht.

Hinzu kommen rasante Fortschritte in der Digitalisierung, die vor allem eines versprechen: Sie machen Prozesse steuerbar, schaffen übergeordnete Kontrollmöglichkeiten, leben davon, die Medizin immer mehr als rein evidenzbasiert und regelkonform zu betrachten. Die individuelle medizinische Leistung, die der Arzt aus Erfahrungswissen, Intuition und meist aus rein persönlichem Engagement und Miterleiden des Patientenschicksals erbringt, gerät immer mehr ins Aus.

Einerseits geht man vielleicht zu unkritisch mit dem Fortschritt um, andererseits fehlt aber sicherlich auch die Kraft, sich der scheinbaren Übermacht politischer Prozesse entgegenzustellen. Der auch an dieser Stelle immer wieder gegebene Aufruf, sich durch Engagement in der Selbstverwaltung der zunehmenden Bevormundung durch Staat und Institutionen zu erwehren, kann inzwischen sicher nur ein Teil einer Lösung sein. Viel dringender ist es, einen breiten gesellschaftlichen Konsens in folgender Frage zu erzielen: „Welche Gesundheitsversorgung wollen wir für die Zukunft und was ist diese uns wert?“ Dies sollte nicht der Staat entscheiden, sondern der mündige Bürger und Patient.

Dass Letzterer auch beeinflussbar ist, zeigen Beispiele, vor allem aus den USA, wo der Vertrauenspartner nicht selten eher „Dr. Google“ ist als der behandelnde Mediziner. Für Gesundheits-Apps wird dort immer häufiger mehr Geld ausgegeben als für notwendige medizinische Behandlung. Gesundheits-Apps? Ach ja, das ist etwas, was unser Gesundheitsminister auch unbedingt will und die Kassen den Versicherten künftig zusammen mit der elektronischen Gesundheitsakte zur Verfügung stellen sollen. Das hat Spahn übrigens bereits vor drei Jahren – damals noch nicht als Minister – in seinem Buch „App vom Arzt: Bessere Gesundheit durch digitale Medizin“ geschrieben, das bei Amazon inzwischen für weniger als 5 Euro recht wohlfeil zu ergattern ist. Sollte man mal lesen, um die Spahnsche Welt ein wenig besser zu verstehen.

Neuer Konsens erforderlich

Soll unser gutes Gesundheitswesen in eine positive Zukunft geführt und nicht auf dem Staatsaltar der Bürokratie geopfert werden, dann besteht die wirklich große Herausforderung in einem neuen gesellschaftlichen Konsens. Die Diskussion darüber, was ich als Bürger zunächst in Eigenverantwortung für meine Gesundheit tun will, um dann wo nötig auch die solidarische Hilfe der Gesellschaft zu erwarten, ist überfällig. Sie macht viele Dinge, die jetzt durch staatlichen Eingriff bestimmt werden, überflüssig und schafft Ressourcen, die den medizinisch-technischen Fortschritt an der richtigen Stelle in den Versorgungsalltag einbringen. Der Arzt – und das ist eine seiner ureigensten Aufgaben – kann hierbei Ratgeber, Impulsgeber und Vertrauter sein. In dieser Funktion kann und sollte er durchaus Vorreiter einer vernünftigen Digitalisierung sein. Diese Rolle darf nicht Dr. Google oder gar immer häufiger auftretenden Gesundheitsgaulern im Netz überlassen werden. ■



Direktabrechnung Alter Konflikt in neuem Gewand: Mit der zunehmenden Digitalisierung rückt die Direktabrechnung wieder in den Fokus so mancher Versicherung. Damit flammt ein altes Thema erneut auf – das des spannungsreichen Verhältnisses zwischen Versicherern und Ärzten.

Text: **Stefan Tilgner**

Nicht immer bleiben nur die guten Dinge

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bringt Erleichterungen und Fortschritte für Patienten und Ärzte gleichermaßen. Sie hilft bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten, bei der Praxisorganisation und bei notwendigen Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben. So verhilft sie zu mehr Transparenz und Prozesskostensparnissen. Und doch – trotz aller Modernität – treten nun alte Konflikte zutage, die schon lange bedrückt schienen. Das Stichwort lautet „Direktabrechnung“.

Was manchem Patienten oder Arzt unter dem Schlagwort der „Direktabrechnung“ vielleicht zukunftsweisend, praktisch und bequem erscheint, erweist sich bei näherem Hinsehen auch als Chance der privaten Krankenversicherer, endlich „vom Payer zum Player“ zu werden – und damit als eine echte Gefahr für die Zukunft eines freien, von Weisungen unabhängigen Arztberufes in Deutschland. Die „Direktabrechnung“ ist im normalen ärztlichen Verständnis nämlich das Recht, die eigene Leistung „direkt“ und entsprechend der Gebührenordnung dem Patienten in Rechnung stellen zu dürfen und eben nicht gegenüber einer KV nur Leistungspunkte zu melden, um dann auf einen fairen Anteil hoffen zu müssen. Eine erbrachte Leistung ist zu vergüten, losgelöst von der Frage, was der Patient – ggf. auch aufgrund von Einschränkungen in seinem Versicherungsvertrag – von seinem Kostenträger erstattet bekommt.

Direktabrechnung im Verständnis der Versicherungen

Von manch privater Krankenversicherung und auch im politischen Raum wird die „Direktabrechnung“ dagegen oftmals ganz anders verstanden. Nach diesem Verständnis sollen – so wie es schon heute gem. § 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG im stationären Bereich flächendeckend praktiziert wird – die Leistungen des Arztes zukünftig „direkt“ und ohne „Umweg“ einer Rechnung für den Patienten an die private Versicherung des Patienten übermittelt und der Praxis dann direkt von der Versicherung bezahlt werden. Bisher handelt es sich um ein fakultatives Angebot einzelner privater Krankenversicherungen in den gerade entstandenen, in den Kinderschuhen steckenden Patientenportalen. Noch kann der Arzt entscheiden, ob er sich für diese Portale als „E-Rechnungs-Arzt“ einschreiben lassen will. Noch!

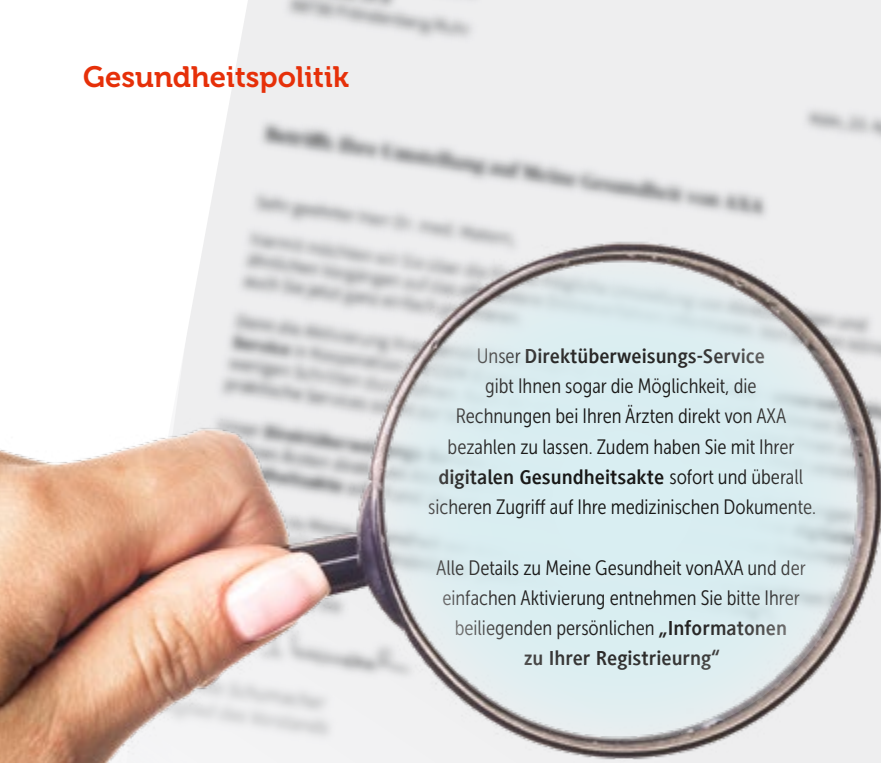
Was als Ausnahme von der Regel im stationären Bereich vielleicht Sinn macht und „unbürokratisch“ klingt, weil es im besten Falle den Verzicht auf die „lästige“ Rechnungserstellung beim Arzt und die Verauslagung und Erstattung durch die Versicherung beim Patienten verspricht, erweist sich bei näherem Hinsehen jedoch als trojanisches

Noch kann der Arzt entscheiden, ob er sich für diese Portale als „E-Rechnungs-Arzt“ einschreiben lassen will.

Pferd. Doch man muss gar nicht bis in die Antike zurückgehen, um den Konflikt wiederzuerkennen, der bereits vor gut hundert Jahren einer der wesentlichen Gründe dafür war, warum sich freie Ärztinnen und Ärzte zur Gemeinschaft der privatärztlichen Verrechnungsstellen zusammengefunden haben. Auch damals sah sich der einzelne Arzt als Spielball von schier übermächtigen Kassen- und Versicherungsunternehmen. So schrieb Fritz Ballhorn in seiner Dissertation „Die Ärztlichen Verrechnungsstellen für die Privatpraxis“ bereits im Mai 1931 über die Notwendigkeit der Gründung einer PVS:



„Einmal wollen sie dem Arzt die Arbeit und Mühe abnehmen, die für ihn mit der Einziehung seines Honorars verbunden ist, und ihn freimachen für seinen eigentlichen ärztlichen Beruf. Zweitens wollen sie der Ärzteschaft eine angemessene Bezahlung ihrer Tätigkeit sichern. Durch Bestimmung von festen Gebührensätzen einerseits, durch die korporative Aufnahme von ganzen Ärztevereinigungen andererseits sind sie bestrebt, die Unterbietung zwischen den Ärzten untereinander aususchließen. Ihr Ziel ist es dabei auch, den Druck abzuwehren, den die sogenannten Mittelstandsversicherungen auf den Arzt ausüben. Die Privatversicherungsgesellschaften, bei denen sich der heute verarmte Mittelstand gegen Krankheit versichert hat, versuchen oft auf Veranlassung der Versicherungsnehmer, den Arzt dazu zu veranlassen, sich unter Aufgabe eines Teiles des ihm zustehenden Honorars mit den Beträgen zu begnügen, die die versicherten Kranken von den Versicherungsgesellschaften ersetzt erhalten.“



Unser **Direktüberweisungs-Service** gibt Ihnen sogar die Möglichkeit, die Rechnungen bei Ihren Ärzten direkt von AXA bezahlen zu lassen. Zudem haben Sie mit Ihrer **digitalen Gesundheitsakte** sofort und überall sicheren Zugriff auf Ihre medizinischen Dokumente.

Alle Details zu Meine Gesundheit von AXA und der einfachen Aktivierung entnehmen Sie bitte Ihrer beiliegenden persönlichen „**Informatoren zu Ihrer Registrierung**“

Direktüberweisungs-Service:

Erste Versicherungen bieten ihren Kunden an, Arztrechnungen direkt an den Arzt zu bezahlen.

Denn damals wie heute ist es genau diese „Mittlerstellung“, die den niedergelassenen Bereich davor schützen kann, nicht auch im privatärztlichen Bereich in ähnlicher Weise zwischen Mahlsteinen zerrieben zu werden, wie wir das bereits im GKV-Bereich erleben können. Denn: Natürlich wäre es grundsätzlich möglich, auch für ambulante Leistungen eine Direktabrechnung zu vereinbaren.

Bleibe es jedoch lediglich dabei, dass die Rechnung des Arztes anstatt an den Versicherten direkt an seine Versicherung geschickt würde, ergäbe sich kein Vorteil – im Gegenteil wären Abtretungserklärungen und Mechanismen zum Schutz vor Doppelleistungen zu schaffen. Zudem müssten rechtliche und organisatorische Lösungen für Beihilfeberechtigte gefunden werden. Denn auf die „dienstliche Erklärung“ des Beihilfeberechtigten, dass die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung vorliegen, können die Beihilfetragende nicht verzichten.

Es droht noch mehr Verwaltungsaufwand

Ein System, das mit Hilfe der neuen digitalen Möglichkeiten also Entbürokratisierung verspricht, dürfte am Ende sogar noch mehr Aufwand und eine Vervielfachung der Zahlungsströme und rechtlich notwendigen Erklärungen zwischen Ärzten, Beihilfestellen und Patienten erzeugen. Wer dagegen zusichern will, dass man sich doch die „lästige“ Rechnungsstellung zumindest für vollversicherte Privatpatienten sparen könnte und private Leistungen stattdessen an die private Krankenversicherung melden könnte, die dann „ganz unbürokratisch und direkt zahlt“, verliert nicht nur das Vertrauen seiner Patienten, sondern auch seine eigenen Interessen als Arzt. Denn so klar, wie es schon 1931 Ballhorn herausgearbeitet hat, besteht der Grundkonflikt in seinem Kern auch rund hundert Jahre später immer noch: Sobald der einzelne Arzt unmittelbar der Marktmacht einer Krankenversicherung gegenübersteht,

wird diese im eigenen wirtschaftlichen Interesse versuchen, die Erstattungsbeträge für Leistungen zu „optimieren“. Das Argument von Effizienz und die Hoffnung auf geringere Prämien erweist sich dabei auch insoweit als vorgeschoben, als die Versicherer die mit einer Direktabrechnung verbundenen höheren Verwaltungsaufwände dann als Abzugspositionen bei den Ärzten liquidieren würden, um höhere Prämien zu vermeiden. Mehr noch: Es ist anzunehmen, dass die Option der Direktabrechnung zur Pflicht werden könnte, wenn sich erst genügend Ärzte und Patienten für das Verfahren entschieden haben und somit der Verwaltungsaufwand klassischer Erstattungsverfahren für die übriggebliebenen, der Direktabrechnung widerstehenden Patienten und Ärzte nicht mehr zu rechtfertigen wäre.

Eine sachliche Notwendigkeit dieser Form der „Direktabrechnung“ im privatärztlichen, ambulanten Bereich gibt es nicht. Weder besteht erhöhtes Inkassorisiko, noch ist in der Beschleunigung der Abläufe und damit einem schnelleren Liquiditätszufluss irgendein Vorteil zu erkennen, wird dies doch schon heute über die intelligente Steuerung von Zahlungszielen und die Option von Vorauszahlungen über die PVS erreicht. Auch die unkomplizierte Einreichung von Rechnungen mittels mobiler Applikationen ist bereits erprobter Standard (und, nebenbei bemerkt, ein von der PVS entwickelter). Das Hin- und Her von Papier ist vor diesem Hintergrund also schon heute eher ein Auslaufmodell als grundsätzliche Problemstellung.

Angriff auf die Patientensouveränität

Entscheidend ist aber noch etwas anderes: Nämlich das Verständnis davon, welche Rolle dem Patienten im Geschehen zugewillt wird. Bislang ist der Patient der eigentliche „Souverän“. Er erhält vollständige Transparenz hinsichtlich der in Anspruch genommenen Leistungen. Er allein bestimmt, welche Informationen Versicherer oder Dienstherr erhalten sollen. Er ist Vertragspartner sowohl seiner privaten Krankenversicherung als auch seines Arztes. Kurz: Er entscheidet. „Vom Payer zum Player“, die Strategie der Versicherungen, zeugt jedoch von einer grundsätzlich anderen, paternalistischen Sicht auf den Patienten und auf den Arzt.

Wenn aus einem Recht eine Pflicht wird

Machen wir uns nichts vor: Die Verheißungen von „elektronischen Versichertenkarten“, „Gesundheits-Apps“ usw. können schnell dazu führen, dass Stimmen lauter werden, die ein „Recht“ der Privatpatienten auf die Direktabrechnung einfordern wollen. Über diesen Umweg könnte aus dem „Recht“ jedoch rasch eine „Pflicht“ des niedergelassenen Arztes werden, die „bürokratische“ Rechnung durch eine „unbürokratische“ Übermittlung seiner ärztlichen Leistungen an die Versicherung zu ersetzen. Das würde faktisch dazu führen, dass sein Einfluss auf die eigene Honorierung beschnitten wird. Nichts würde das Ende des Arztberufes als eines freien Berufes deutlicher dokumentieren. ■

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter

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.
Marienstraße 30
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

11.09.2019

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN'S

Kolumne

„Die Versicherungspflichtgrenze ... gestattet es den gut verdienenden Arbeitnehmergruppen ..., die Solidargemeinschaft der GKV zu verlassen und sich privat zu versichern ...“: So erläutert die Bundeszentrale für politische Bildung (BdP) einen der zentralen Begriffe des deutschen Gesundheitssystems. Und weiter heißt es: „Sie können in diesem Fall ihre Beitragshöhe ausschließlich an ihrem individuellen Krankheitsrisiko ausrichten, das zumeist geringer ist als das der schlechter verdienenden GKV-Pflichtversicherten.“

Die BdP ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums des Inneren, ihr Auftrag klar definiert. Sie soll zunächst und vor allem Verständnis für politische Sachverhalte fördern und das demokratische Bewusstsein festigen. Mit ihrer Erläuterung der Versicherungspflichtgrenze tut sie alles andere als das. Sie stellt denjenigen, der sich privat versichert, ins moralische Aus. Es handelt sich schlicht um einen Generalangriff auf seine moralische Integrität.

Sicherlich ist es richtig, dass die GKV als Solidargemeinschaft definiert ist. Richtig ist auch, dass private Krankenversicherungen Risikogemeinschaften sind. Aber dies ist nicht der Gegensatz, um den es hier geht. Die GKV wurde für besonders Schutzbedürftige eingeführt. Zur Zeit ihrer Entstehung waren das etwa 10 Prozent der Bevölkerung, heute sind bereits 88 Prozent gesetzlich versichert. Sind diese 88 Prozent alle schutzbedürftig?

Das entscheidende Instrument, durch das sich die Anzahl der GKV-Versicherten kontinuierlich erhöht, ist die von der Beitragsbemessungsgrenze nach oben abweichende Versicherungspflichtgrenze. Ulla Schmidt führte diese in wirtschaftlichen Krisenzeiten ein. Damals zeigte sich, wie abhängig eine umlagefinanzierte GKV von der Wirtschaftslage ist. Die GKV hängt aber auch vom demografischen Aufbau der Gesellschaft ab. Dieser wirkt sich keineswegs nur auf die Rentenkassen aus, sondern fordert zunehmend auch in der GKV seinen Tribut. Gleichzeitig sind aber mehr Bürgerinnen und Bürger als zuvor durchaus in der Lage, sich privat zu versichern. Und damit kehren sich die Werte um. Es ist unsolidarisch, die GKV aufzublähen, indem man sie durch eine immer weiter steigende Versicherungspflichtgrenze zu einer Arbeitnehmer-Bürgerversicherung macht. Die „solidarische“ und zukunftsorientierte Forderung heißt jetzt: Senkung der Versicherungspflichtgrenze, Stärkung der privaten Vorsorge! ■

Abrechnung Patientenverfügungen müssen noch nicht eingetretene medizinischen Situationen und die gewünschten Konsequenzen konkret bezeichnen. Das ist für Patienten nicht einfach, ärztliche Beratung ist hilfreich. Damit stellen sich folgende Fragen: Welche GOÄ-Ziffern können berechnet werden? Und: Welche rechtlichen Voraussetzungen müssen zuvor erfüllt sein?

Text: Peter Gabriel

Ärztliche Beratung zur Patientenverfügung

Mit einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigt nach deutschem Recht eine Person eine andere Person, im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben für den Vollmachtgeber zu erledigen. Mit der Vorsorgevollmacht entscheidet der Bevollmächtigte anstelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers.

Die Vorsorgevollmacht hat einen anderen Regelungsgehalt als die Patientenverfügung, in der nicht verfügt wird, wer handeln soll, sondern der Verfügende regelt hier selbst, was etwa im Fall unheilbarer Krankheit geschehen soll. Die Patientenverfügung bezieht sich also auf medizinische Maßnahmen wie ärztliche Heileingriffe und steht meist im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen. Sie ist nur dann anzuwenden, wenn der Patient nicht entscheidungs- oder einwilligungsfähig ist.

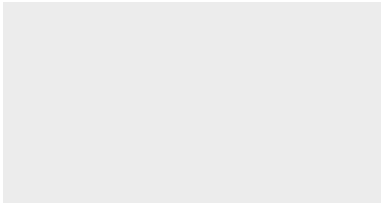
Patientenverfügungen müssen die noch nicht eingetretenen medizinischen Situationen und ihre gewünschten Konsequenzen hinreichend konkret bezeichnen. Es empfiehlt sich daher, möglichst genau zu beschreiben, in welchen Situationen die Behandlungswünsche aus der Patientenverfügung greifen sollen.

Ein typisches Beispiel könnte lauten: „... sind meine Lebensfunktionen derart beeinträchtigt, dass ich aufgrund schwerer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, verloren habe ...“, dann möchte ich nicht künstlich beatmet werden, es soll keine Reanimation erfolgen oder keine Antibiotika verabreicht werden ...“.

Mögliche Abrechnungspositionen

GOÄ-Nummer	Leistungslegende	Faktor 1,0	Faktor 2,3	Faktor 3,5
34 analog	1. Beratungsgespräch über das Erstellen einer Patientenverfügung, mind. 20 Minuten	€ 17,49	€ 40,22	€ 61,20
34 analog	2. Beratungsgespräch: Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung, mind. 20 Minuten	€ 17,49	€ 40,22	€ 61,20
5	Symptombezogene Untersuchung	€ 4,66	€ 10,72	€ 16,32
801*	Psychiatrische Untersuchung	€ 14,57	€ 33,52	€ 51,00
75 analog	Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung	€ 7,58	€ 17,43	€ 26,52
80 analog	Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung (je nach Umfang entweder 75 oder 80)	€ 17,49	€ 40,22	€ 61,20
50	Hausbesuch auf Wunsch des Patienten	€ 18,65	€ 42,90	€ 65,28
§ 8	Wegegeld bei Hausbesuch, je nach Entfernung und Tageszeit	mind. € 3,58		mind. € 25,56

* (bei Zweifeln des Arztes an der Einsichtsfähigkeit)



**Muster
für eine Honorarvereinbarung**

Zwischen (Arzt/Ärztin) und (Patient/in),
ggf. gesetzlicher Vertreter) wird gemäß § 2 GOÄ folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Bezeichnung der Leistung	GOÄ-Nr.	Steigerungssatz	Betrag
Beratungsgespräch über das Erstellen einer Patientenverfügung, mind. 20 Minuten	34 analog	4,0	69,96 €
		5,0	87,45 €
		6,0	104,94 €

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt /Ärztin

Unterschrift Patient/in

Fazit: Worum es geht

In der Patientenverfügung bestimmt der (spätere) Patient, welche Handlungen durchgeführt oder unterlassen werden sollen. Die Patientenverfügung regelt dagegen nicht, welche Personen die sich daraus ergebenden Entscheidungen treffen dürfen bzw. dafür sorgen sollen, dass der Patientenwille in die Tat umgesetzt wird. Die Auswahl dieser Personen kann in einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung vorgenommen oder zumindest beeinflusst werden.

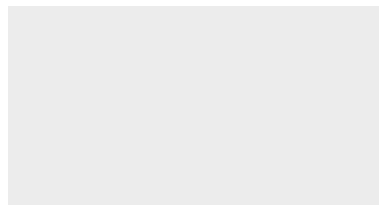
Wie können Sie aktiv werden?

Sie können eine ausführliche Beratung des Patienten zum Inhalt der Patientenverfügung vornehmen und die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung, auf den individuellen Gesundheitszustand des Patienten bezogen, aufzeigen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Kassenleistung oder eine Leistung, die von einer privaten Krankenversicherung regelhaft ersetzt wird, sondern um eine typische Wunschleistung des Patienten, die nach der GOÄ vergütet wird. Darüber hinaus kommen verschiedene

Abrechnungsmöglichkeiten in Betracht, die sich nach dem Einzelfall richten. Zuvor sollte der Patient eine Erklärung unterschreiben, dass er ausdrücklich bestimmte Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen wünscht.

Wir haben für Sie ein Muster einer Erklärung vorbereitet und zeigen Ihnen gerne die verschiedenen Möglichkeiten der Abrechnung auf.

Die jeweiligen Steigerungsfaktoren sind nach den Vorgaben der GOÄ unter Berücksichtigung von Schwierigkeitsgrad und Zeitumfang der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bestimmen. Regelsatz für eine durchschnittliche Leistung ist der Faktor 2,3. Die Bewertung der Nummer 34 GOÄ stellt auf eine Gesprächsdauer von 20 Minuten ab. Bei der Anwendung des Höchstsatzes von 3,5 umfasst die Nummer 34 ein Gespräch von ca. 30 Minuten Dauer. Wird davon ausgegangen, dass das Beratungsgespräch länger als 30 Minuten dauert, kann vor Beginn des Gesprächs eine Honorarvereinbarung abgeschlossen werden. ■



Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ich wünsche die Durchführung folgender individueller Gesundheitsleistungen:

- Ärztliches Beratungsgespräch über das Erstellen einer Patientenverfügung (1. Beratungstermin)
- Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung (2. Beratungstermin)
- Untersuchung und Feststellung der für die Erstellung der Patientenverfügung geforderten Einsichtsfähigkeit und freien Willensbildung

Für gesetzlich versicherte Patienten

Mit ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechend der angeschlossenen Aufstellung zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Für Privatpatienten und Beihilferechtigte

Mir ist bekannt, dass die Kosten für diese Leistungen von privaten Krankenversicherung und Beihilfestellen nicht übernommen werden und somit von mir selbst zu tragen sind.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Patientensteuerung Bundesgesundheitsminister Spahn hat ein Konzept für eine integrierte Notfallversorgung vorgelegt. Ist es zu ambitioniert?

Text: **Andreas Mihm**

Die Not mit der Notfallversorgung

Was ein medizinischer Notfall ist, das entscheidet zu allererst der Patient. Deshalb sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser selbst an Wochentagen mit zu vielen Kranken verstopft, von denen viele beim niedergelassenen Allgemein- und Facharzt um die Ecke nicht schlechter, aber oft wohl schneller behandelt würden als in der Klinik. Dort ist die Versorgung in der Regel nicht nur teurer. Vor allem blockieren die scheinbaren Notfälle die schmalen Kapazitäten für die wirklichen Notfälle, in denen es um Leben oder Tod geht.

Das Problem liegt also in der Patientensteuerung. Der einfachste Weg dafür wäre eine Bezahlschranke. Wer mit einer leichten Erkrankung in die Notaufnahme der Klinik geht, müsste nicht nur lange Wartezeiten einkalkulieren, sondern auch eine Art Eintrittsgeld zahlen, zum Beispiel 20 oder 30 Euro. Die Politik schreckt vor so einer einfachen, aber sicherlich wirkungsvollen Steuerung zurück. Zu leicht würde sie sich des Vorwurfs der sozialen Ausgrenzung aussetzen. Deshalb wählt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) einen anderen, sehr viel komplexeren und herausfordernden Weg.

Spahn will eine integrierte Notfallversorgung schaffen, bei der der Patient möglichst digital durch das System gesteuert wird. Das fängt an bei der Notfalloffnummer 112 und der des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116.117, die beide zusammengelegt werden sollen. Am anderen Ende säßen künftig geschulte Spezialisten, die anhand eines Fragenkatalogs telefonisch eine medizinische Erstbeurteilung vornehmen und die Anrufer dann an die passenden Ärzte weiterleiten. Entweder schicken sie den Patienten zu einem Haus- oder Facharzt, der online noch freie Sprechzeiten aufweist, oder sie schicken dem Patienten den Rettungswagen mit Blaulicht und Martinshorn nach Hause. Nicht anders wäre die Situation in der Klinik selbst. Dort würde am Tresen entschieden, ob der Patient von einem Klinikarzt oder von einem niedergelassenen (Kassen-)Arzt vor Ort behandelt wird. Das klingt plausibel und schlüssig.

Das einzige, was der neuen schönen Notfallwelt im Wege steht, ist die Realität. Die fängt bei den Rettungsdiensten von DRK bis Feuerwehr an, die von den Ländern organisiert

werden. Es braucht eine Änderung des Grundgesetzes, um die sicherlich wünschenswerte und sinnvolle Harmonisierung der Rettungsdienste zu erreichen. Aber Verfassungsänderungen bedürfen in der Regel langer Beratungen im Bundestag und intensiver Abstimmungen mit den 16 Bundesländern. Stolpersteine liegen auch an anderer Stelle auf dem Weg. So sollen Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen die neuen Notfallzentren an den Kliniken gemeinsam betreiben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft findet das „absolut unverständlich“. Die Ärzte wiederum wollen die heute schon existierenden gut 600 Bereitschaftsdienst- oder Portalpraxen in das neue System integrieren. Und die bekannten Schwierigkeiten der Digitalisierung des Gesundheitswesens seien hier nur am Rande aufgeführt.

Das alles spricht nicht für eine zügige Lösung. Es steht eher zu befürchten, dass die Not mit der Notfallversorgung trotz oder gerade wegen des ambitionierten Spahn-Konzeptes noch eine geraume Zeit anhalten wird. ■





FÜR IHRE PRIVATBEHANDLUNG: EIN KONGRESS. ZWEI EVENTS. VIER VORTEILE.

KONGRESS für PVS Mitglieder 145,00 € (statt regulär 185,00 €)

FORTBILDUNG 490,00 €

PLENUM: POLITIK, MEDIZIN, WIRTSCHAFTLICHKEIT

Was bewegt die Privatmedizin

- Aktuelles zum Stand der Arbeit der Gebührenkommission
- Chancenbewertung der GOÄ-Reform
- Digitalisierungsstrategie der PKV: Das dürfen Arzt und Patienten erwarten.
- Zuwendungsmedizin als Schmerztherapie

WORKSHOPS: PRAKTISCHE TIPPS FÜR IHRE PRAXIS

Mehr Wirtschaftlichkeit Ihrer Privatbehandlung

- Praxiskommunikation mit System: die richtigen Patienten gewinnen
- Praxisexpansion als Zukunftsstrategie
- Praxiskompatible Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie
- Leistungsdelegation richtig abrechnen
- Endokrinologische Diagnostik bei metabolischem Syndrom
- Einstieg in die Privatpraxis: Tipps und Erfahrungen von PBV-Vorständen

INNOVATIONSFORUM: IMPULSE FÜR IHRE PRIVATBEHANDLUNG

Zehn Aussteller ausgewählt vom Ärztlichen Fachbeirat

- Osteoporose-Therapie unter Einsatz von Kernspinnresonanz
- Bestimmung oraler Antikoagulantien am Point-of-Care
- Elektronische Befundermittlung der Laborergebnisse: Endbefunde an Patienten
- Online-Dienstplanung: Sicherheit im Praxismanagement, Zeitersparnis und Kosteneffizienz
- Mitochondrien-Stimulanz zur Selbstheilung und Regeneration
- Fachportal zur Männergesundheit: neuartige Detektion von Prostatakrebs
- Molekulardiagnostik in der Praxis

TSP-FORTBILDUNG: MÄNNERGESUNDHEIT IM FOKUS

Nur 25 Plätze Jetzt anmelden!

- Die zertifizierte TSP-Fortbildung berechtigt zur Führung des Tätigkeitsschwerpunktes unter anderem auf dem Praxisschild.

Die Inhalte

- Biologische, sozioökonomische sowie psychische Faktoren
- Andrologie-Update 2019: aktueller Stand der Forschung und Therapie zur erektilen Dysfunktion und metabolischem Syndrom
- Praktische Anleitungen zur Integration in Praxisorganisation und Abrechnung

KOMBITICKET für PVS Mitglieder 570,00 € (statt regulär 610,00 €)

PVS-VORZUGSKONDITIONEN: JETZT ANMELDEN! WWW.TAG-DER-PRIVATMEDIZIN.DE

VPVS; Marienstraße 30; 10117 Berlin
PVSt. Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt; A47175



30. NOVEMBER

2019 **KÖLN**

NH COLLECTION KÖLN MEDIAPARK

PROGRAMM-HIGHLIGHTS

- I. PRAXISPRÄSENTATION & -MARKETING
- II. PRAXISALLTAG & PATIENTENFÜHRUNG
- III. ABRECHNUNGS- UND RECHTLICHE FRAGEN
- IV. BEWERTUNGSPORTALE

+ WIE GESTALTE ICH MEINE PRAXIS PATIENTENFREUNDLICH? + WIE SICHER IST MEIN IT SYSTEM? + WELCHEN EINFLUSS HAT DAS ANTIKORRUPTIONSGESETZ? + LOHNT SICH SOCIAL MEDIA FÜR MICH UND WAS MUSS ICH DABEI BEACHTEN? +

Diese und weitere Fragen beschäftigen viele Ärzte, werden bei Fachkongressen aber nur wenig behandelt. Mit dem Innovations-Symposium sprechen wir ganz bewusst übergreifend relevante Themen an, die den Praxis- und Klinikalltag aller Fachbereiche betreffen und Ideen aufzeigen, wie man den Praxis- und Klinikalltag modernisieren, optimieren und innovative Möglichkeiten nutzen kann.

TEILNAHMEGEBÜHR BEREITS AB 135 €

Online-Anmeldung & weitere Informationen unter www.innovations-symposium.de



innovations
SYMPOSIUM
PRAXISMARKETING & ALLTAG

WIR FREUEN
UNS AUF

- › **THOMAS CIESLA (Weyhe)**
Berater für Praxisgründung & -organisation,
Geschäftsführer Medicus | Mercatus
- › **PROF. DR. BERND KLEINE-GUNK (Nürnberg)**
Leiter des Anti-Aging Metropol Medical Centers und Präsident der
Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin (GSAAM)
- › **MARIE-LUISE KLIETZ (München)**
Dermatologin & Bloggerin, Gründerin der Plattform „Doctor Aesthetics“
- › **TOBIAS KRAFT (Mühlheim)**
Rechtsanwalt bei der PVS Holding GmbH
- › **MELINA PROIKAS (Frankfurt)**
Laser-Expertin & Praxismanagerin – Hautarztpraxis Dr. Thomas Zimmermann
- › **STEFAN TILGNER M.A. (Berlin)**
Geschäftsführendes Mitglied des Vorstandes des PVS Verbandes
- › **ASTRID TOMCZAK LL.M. (Pemmering, Isen)**
Spezialistin für Pharmarecht und Geschäftsführerin Doctor's Delight

...und weitere