

Praxis digital

Wie IT und Medizin verschmelzen

04

Praxismanagement

Chancen und Risiken abwägen

Nichts geht mehr ohne Social Media. Doch wie wichtig sind Facebook, Twitter und Co für ein erfolgreiches Praxismarketing wirklich?

14

Praxis & Recht

Auf unsicherem Terrain

Wann sind Patientenverfügungen tatsächlich bindend? Und wer entscheidet darüber?

28

Gesundheitspolitik

Zukunft der Privatmedizin

„Quo vadis privatärztliche Tätigkeit“ – PVS-Veranstaltungsreihe im Vorfeld der Bundestagswahl

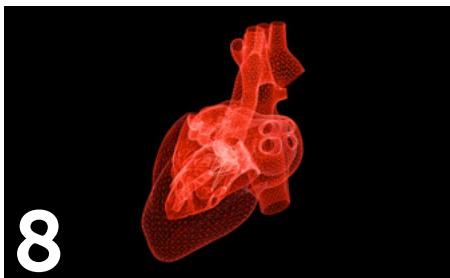
Ausgabe 9 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement

4 Chancen und Risiken abwägen

Praxismarketing mit Social Media liegt voll im Trend. Wie wichtig ist die Kommunikation über die neuen Kanäle?



TITEL Im Aufbruch

Zögerlich öffnen sich Ärzte der Digitalisierung. Erste Vorreiter unter den Medizinern demonstrieren bereits die Vorteile – für ihre Praxen, aber auch für die Patienten.

Praxisfinanzen

18 Nein zur Bürgerversicherung

In einer Online-Erhebung haben KV und PVS in Schleswig-Holstein nachgefragt, wie die niedergelassenen Ärzte im Norden die Zukunft der Gesundheitsversorgung einschätzen.



Finanzspritzen für Digital Health

Junge Gründer im Gesundheits-IT-Sektor arbeiten vorwiegend mit Investorengeldern: Risikokapitalfirmen, Pharmakonzerne oder Versicherungen gehören zu den Finanzgebern. Künftig können aber auch Privatanleger in Digital Health investieren.

PVS-Positionen

22 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN Lasst die Salamitaktik!

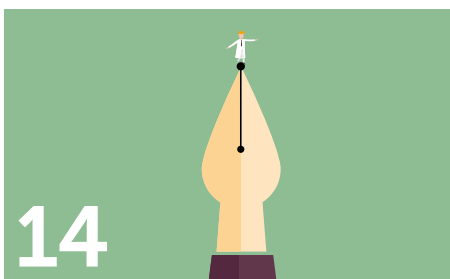
Alle Jahre wieder im Bundestagswahlkampf wird ein alter Geist aus der Flasche gelockt: die Bürgerversicherung. Doch mit der ist heute kaum noch Staat zu machen. Deshalb heißt es jetzt: Salamitaktik. Scheibchenweise soll das Gesundheitssystem demontiert werden.

Abrechnung

24 Beratung des Patienten oder der Bezugsperson?

So kurz die Leistungslegende der Ziffer 4 GOÄ auch ist, führt ihre Auslegung doch immer wieder zu Schwierigkeiten. Wann darf neben der Beratung des Patienten auch die Beratung einer Bezugsperson abgerechnet werden?

Praxis & Recht



Auf unsicherem Terrain

Ärzte stecken im Arbeitsalltag nicht selten in einer Zwickmühle: Wann ist ein schriftlich erklärter Patientenwille tatsächlich bindend? Sind die beschriebenen Situationen konkret genug formuliert? Und wer entscheidet das?

Gesundheitspolitik



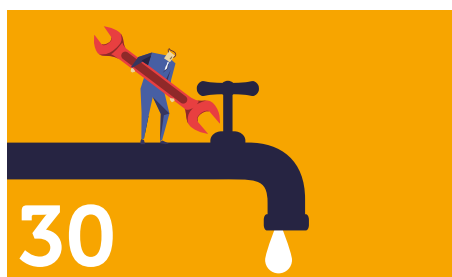
Staatssache Gesundheit

Der National Health Service ist Großbritanniens ganzer Stolz. In Deutschland wäre die Einführung einer Bürgerversicherung ein wesentlicher Schritt in diese Richtung. Was steht damit auf dem Spiel?

28 Quo vadis privatärztliche Tätigkeit?

Wird es nach der Bundestagswahl eine schöne neue Gesundheitswelt unter dem Stern der Bürgerversicherung geben? Was wird aus der Privatmedizin? Eine PVS-Veranstaltungsreihe im Vorfeld der Wahl.

Gastkommentar



Am Gängelband der Politik

Die soziale Selbstverwaltung erlebt zunehmend Eingriffe von Seiten des Staates. Mit einer „Bürgerversicherung“ droht die vollkommene politische Kontrolle der Krankenversicherung.

zifferdrei

3 EDITORIAL

25 SCHÄFFERS KOLUMNE

25 IMPRESSUM

23 VERANSTALTUNGEN

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Gesundheitspolitik spielte im Wahlkampf zunächst keine Rolle. Zwar wiederholte das linke Parteienspektrum in seinen Wahlprogrammen mantraartig die Forderung, eine einheitliche Krankenversicherung für alle einzuführen. Dennoch blieben die Themen Gesundheitspolitik und Bürgerversicherung lange Zeit im Hintergrund. Das änderte sich jäh, als der Hamburger Senat eine Gesetzesinitiative platzierte. Den Beamten der Freien und Hansestadt soll die Mitgliedschaft in der GKV schmackhaft gemacht werden. Auf Wunsch soll ihnen ab August nächsten Jahres der hälftige Beitrag zur GKV ausgezahlt werden können. Umworben wird das Vorhaben von Gesundheitsministerin Prüfer-Storcks mit den wohlfeilen Attributen „Gerechtigkeit“ und „echte Wahlfreiheit“.

Dahinter steht nichts anderes als ein entscheidender Vorstoß in Sachen Bürgerversicherung. Geschickt platziert, um dem Wahlkampf eine andere Richtung zu geben. Der PVS Verband ist überzeugt, dass unser Gesundheitssystem von dem Nebeneinander von GKV und PKV profitiert. Ja, dass die Qualität und Leistungsfähigkeit, die heute unser Gesundheitssystem auszeichnen, der Dualität der Versicherungssysteme zu verdanken sind.

Bundestagswahlen sind immer auch Entscheidungen über die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Deshalb geht es in dieser Ausgabe im Schwerpunkt um Gesundheitspolitik. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit insbesondere auf das Interview mit Dr. Kristian Niemiets vom Londoner Institute of Economic Affairs lenken. Er berichtet von seinen Erfahrungen mit dem staatlichen Gesundheitssystem in Großbritannien.

Ein zweiter Schwerpunkt dieser Ausgabe ist die Digitalisierung. Ist sie in den Praxen schon angekommen? Wie sehen Ärzte die Zukunft der Medizin? Diesen Fragen geht der Titelbeitrag nach. Wie wichtig ist es, Facebook, Twitter und Co im Praxismarketing zu nutzen? „Chancen und Risiken abwägen!“, rät unsere Autorin Nicola Sieverling. Und wir fassen uns mit der Frage, ob in den aktuellen technischen Entwicklungen vielleicht auch eine Möglichkeit schlummert, Geld gewinnbringend anzulegen. Dazu mehr in der Rubrik „Praxisfinanzen“.

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

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin

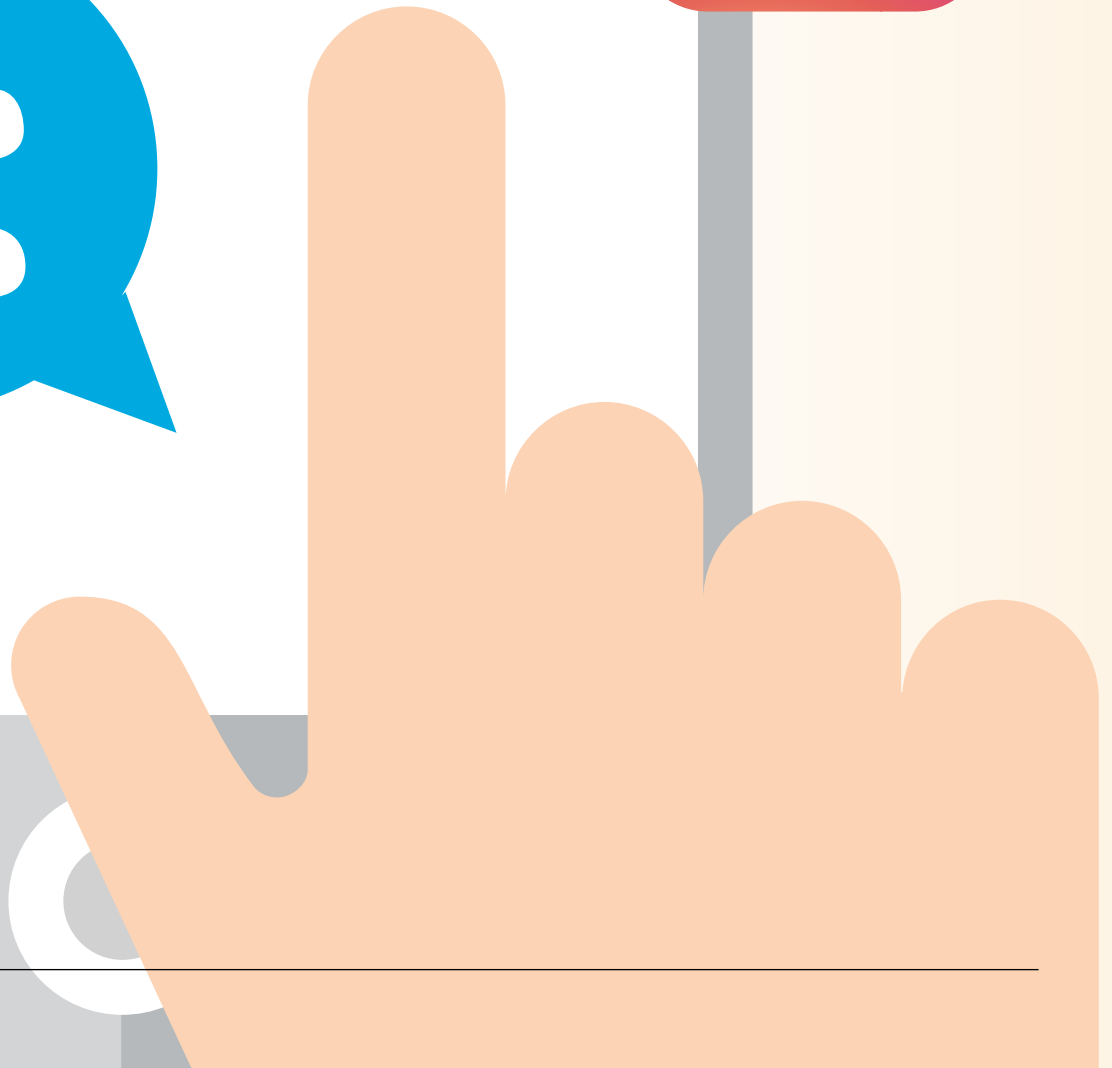
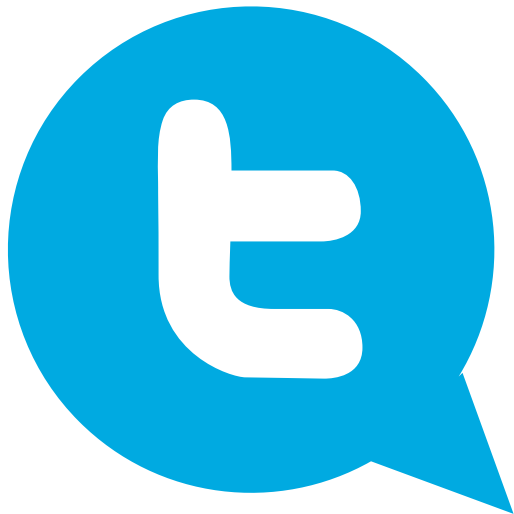


Ulrike Scholderer
ist stellvertretende
Geschäftsführerin des
PVS Verbandes und
verantwortlich für den
Bereich Kommunikation.

Facebook, Twitter und Co: Praxismarketing mit Social Media liegt voll im Trend. Wie wichtig ist die Kommunikation über die neuen Kanäle?

Text: Nicola Sieverling

Chancen und Risiken abwägen



Erfolgreiches Praxismarketing via Social Media braucht verantwortlichen Umgang mit den veröffentlichten Inhalten, Diskretion und gute Anwendungskennntnisse.

Facebook, Instagram, Twitter und Youtube sind beliebte Kommunikationskanäle. Inzwischen nutzen zunehmend auch Ärzte die sozialen Medien für ihr Praxismarketing. Ein risikobewusster Umgang mit der digitalen Welt ist jedoch Voraussetzung, wenn rechtliche Komplikationen vermieden werden sollen.

Die Zahl der deutschen Internetnutzer ist nach der ARD/ZDF-Onlinestudie 2016 auf insgesamt 58 Millionen gestiegen. 40 Prozent der Nutzungszeit entfallen auf die regelmäßige Nutzung von Online-Communities, allen voran Facebook: Das sind 6 Prozent mehr als bei der letzten Erhebung. Schnell ist eine Praxis-Fanpage bei Facebook angelegt und eine Google+-Seite eingerichtet – Ärzte, die diese sozialen Netzwerke nutzen möchten, sollten sich jedoch vorher über das gewünschte Ziel im Klaren sein. Sollen der Bekanntheitsgrad gesteigert und das Image ausgebaut werden? Dient der Auftritt in den sozialen Medien der Mitarbeitergewinnung? Oder sollen mehr Patienten für die Praxis gewonnen und langfristig gehalten werden? „Zu einem erfolgreichen Praxismarketing gehört eine Strategie. Sie dient auch dazu, einen Redaktionsplan mit Terminen für Veröffentlichungen festzulegen. Die gewünschte Reichweite und die Gewinnung von Fans auf Facebook erreicht ein Arzt nur durch regelmäßige Postings“, sagt Oliver Löw, Inhaber der Social-Media-Agentur Docrelations mit Sitz in Düsseldorf.



Vorsicht ist geboten

Doch was sollten Ärzte auf Facebook posten? Die Kommunikation über soziale Netzwerke wirft auch immer Fragen des Datenschutzes auf. Das betrifft unter professionsethischen Gesichtspunkten vor allem die ärztliche Schweigepflicht. So ist eine aktive Antwort auf die Behandlungsfrage eines Patienten problematisch. Dritte sollten diese Kommunikation nicht lesen, denn patientenbezogene Informationen dürfen nur mit Einverständnis des Patienten veröffentlicht werden. Die Vertraulichkeit muss auch auf diesen Kanälen gewahrt bleiben. Wer was und wie lesen kann, ist eine Frage der gewählten Grundeinstellungen. Eine Schulung über die Nutzung von Facebook ist daher ratsam. Das Medium ist schnell und vergisst nichts. Mit nur einem Klick ist der weltweite Zugriff auf die Daten möglich. Es ist mehr als unangenehm, wenn gar die Identität des Patienten durch die Inhalte der Beiträge ermittelt werden kann. Eine individuelle ärztliche Beratung via Facebook als eine Art Fernbehandlung ist nach dem Berufsrecht untersagt. Die Bundesärztekammer warnt in einer aktuellen Handreichung für Ärzte im Umgang mit Social Media vor einer Selbstoffenbarung des Patienten, der durch entsprechende Postings aus der Praxis zur Preisgabe persönlicher Informationen verleitet werden könnte.

Informationen müssen aktuell sein

Oliver Löw, der sich mit seiner Agentur auf Praxismarketing für Ärzte, Zahnärzte und Kliniken spezialisiert hat, rät dazu, die auf Facebook, Twitter und Google+ gesetzten Beiträge kontrolliert im Blick zu haben. „Ärzte sollten entweder dafür eine Agentur beauftragen oder eine zuständige Person in der Praxis bestimmen, die eine regelmäßige Pflege der digitalen Kanäle sichert.“ Wenn die letzte gepostete Veranstaltung aus dem Jahre 2015 stammt oder sich die Mitarbeiter im laufenden Sommer noch immer in den Weihnachtsurlaub 2014 verabschieden, zeugt das nicht von Professionalität. Die Nutzer



Oliver Löw berät mit seiner Agentur Ärzte, Zahnärzte und Kliniken im Bereich Marketing

Prof. Dr. Karsten Knobloch aus Hannover postet nur ausgewählte Veranstaltungen und achtet auf Aktualität.



Facebook, Twitter und Instagram sind längst nicht nur beliebte Informationskanäle der jüngeren Generation.

wollen vor allem „menschelnde“ Geschichten aus dem Praxisalltag lesen und sich an Bildern begeistern, die Emotionen transportieren. „Das können beispielsweise Ausflüge mit den Praxismitarbeitern sein. Der Vorteil sind viele Likes von deren Familien, Freunden und Bekannten.“ Aber auch hier drohen Fallstricke, wenn die Bild- und Persönlichkeitsrechte nicht vorab geklärt wurden.

Zwei Paar Schuhe: Beruf und Privates

Ein schwieriges Feld ist die notwendige Trennschärfe zwischen dem beruflichen und privaten Profil. Professor Dr. Karsten Knobloch aus Hannover hat von vornherein zwei Accounts für sich angelegt, die er beide selbst pflegt. So vermeidet der Sportmediziner die Vermischung von privaten und beruflichen Interessen. „Freundschaftsanfragen von Patienten lehne ich grundsätzlich ab“, sagt er. Für Knobloch gehören Bilder von der Party auf Ibiza oder von der ersten Spritztour mit dem neuen Sportwagen nicht auf eine Praxisseite. „Das ist natürlich eine Geschmacksfrage, ob ein Arzt seinen Patienten und Kollegen diese privaten

Einsichten gewähren möchte. Aber es könnte sein, dass mit dieser Darstellung von Lebensgenuss auch Neider aktiviert werden“, so der Inhaber der SportPraxis.

Grenzen des Werberechts beachten

Mit seinem selbstproduzierten Youtube-Video über die Belastung des Knies bei exzentrischem Krafttraining hat der Privatarzt gute Einstiegserfahrungen in die Welt der digitalen Medien gemacht. „Serviceorientierte Filme mit Mehrwert sind gut, scheitern aber oft am Budget“, ergänzt Oliver Löw von Docrelations. Nicht nur das ist eine Hürde: Ärzten, die sich nicht im vorgegebenen rechtlichen Rahmen bewegen, droht Ärger von der zuständigen Ärztekammer. Das für sie speziell geltende Werberecht untersagt irreführende, anpreisende oder vergleichende Werbung. Wer in seinem Video stolz behauptet, er sei der Beste in seinem Fach und der Konkurrent ein Kunstbanause, begibt sich auf gefährliches Terrain. Produktbezogene Äußerungen können zu Unterlassungsklagen führen.



**58 Millionen
Internetnutzer
gibt es in
Deutschland**

Trotz dieser Risiken tummeln sich erstaunlich viele Ärzte mit ihren Informationsbotschaften auf Youtube. Fast alle Fachdisziplinen sind vertreten, um sich in „Sprechstunden“ zu präsentieren – oder melden sich sogar direkt aus dem OP mit dem Skalpell in der Hand. Die Berufsgruppe der ästhetisch-plastischen Chirurgen ist dabei auffällig häufig vor der Kamera vertreten. Das mag zum einen an der offensiven Außendarstellung nach dem Vorbild ihrer amerikanischen Kollegen liegen, zum anderen an dem großen Aufklärungsbedürfnis ihrer Patienten. Von „Vampirlifting“ über Brustvergrößerung bis zu Liposuction: Schönheitschirurgin Dr. Barbara Kernt aus München-Grünwald liefert ihrer stetig wachsenden Fachgemeinde auch blutige Bilder und Filmchen aus dem Operationssaal. Jenseits der Grenze des guten Geschmacks? „Wir machen sehr gute Erfahrungen und gewinnen dadurch viele neue Patienten“, sagt Dr. Barbara Kernt. Patienten wollen wissen, wie die Schönheitsverfahren genau ablaufen. Das von Jameda verliehene Top-5-Siegel für höchste Patientenzufriedenheit im Raum Grünwald gibt ihr Recht.

Weniger ist mehr

Der Facebook-Ableger Instagram, ein kostenloser Online-Dienst zum Teilen von Fotos und Videos, wird nicht nur von Dr. Barbara Kernt intensiv genutzt. Die verlinkte Kombination beider Kanäle sichert einer Praxis einen noch höheren Bekanntheitsgrad – ist jedoch auch mit Vorsicht und Bedacht einzusetzen. „Weniger ist mehr“, lautet auch hier die Devise. „Das ist ein günstiges Instrument zur Eigenwerbung als Ergänzung zu Zeitungsanzeige und Artikel“, sagt Prof. Dr. Karsten Knobloch. Social Media ist nach Ansicht von Agenturchef Oliver Löw Taktgeber und eine Innovationskraft im stetigen Wandel – wenn auch die Printmedien ihre Bedeutung nicht verlieren.

Fazit: Um den Anschluss zu behalten, sollten Ärzte sich den sozialen Medien nicht verschließen. Sonst droht ihnen ein „Kommunikationsloch“, denn Facebook, Twitter und Instagram sind längst nicht nur beliebte Informationskanäle der jüngeren Generation. Der mündige Patient sitzt auch jenseits des 60. Lebensjahres vor dem PC und holt sich sein Wissen aus den sozialen Netzwerken. Social Media als ein Modul für gezieltes Praxismarketing funktioniert jedoch nur dann, wenn die Grundregeln eingehalten werden. Mit Eigenverantwortung für veröffentlichte Inhalte, Diskretion und guten Anwendungskennntnisse überwiegen klar die Vorteile. ■

„Wir machen sehr gute Erfahrungen und gewinnen dadurch viele neue Patienten“, sagt Dr. Barbara Kernt.

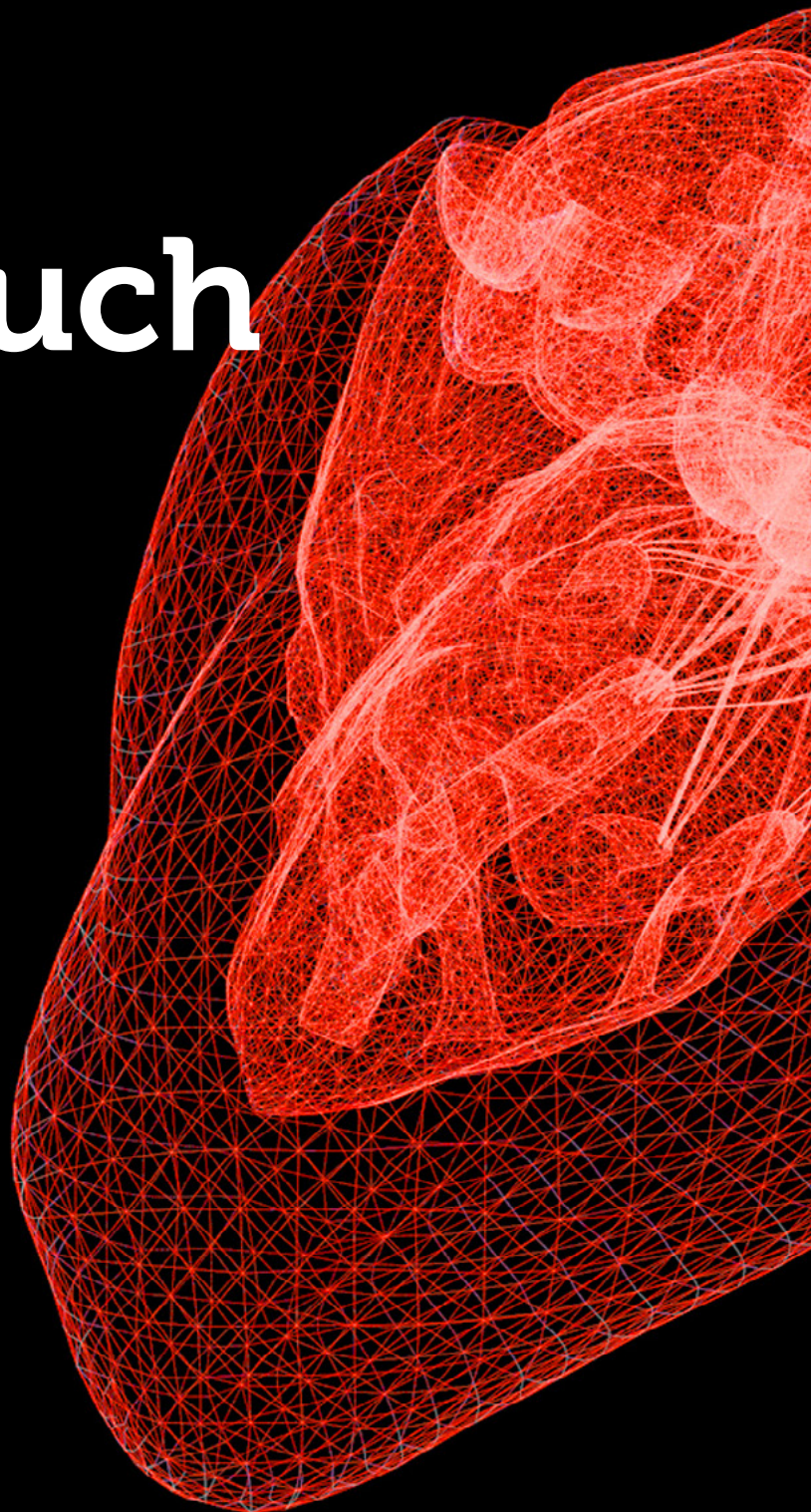
Dr. Barbara Kernt nutzt Facebook und Instagram intensiv für ihre Arbeit: Gerade zu schönheitschirurgischen Eingriffen herrscht ein großer Aufklärungsbedarf.

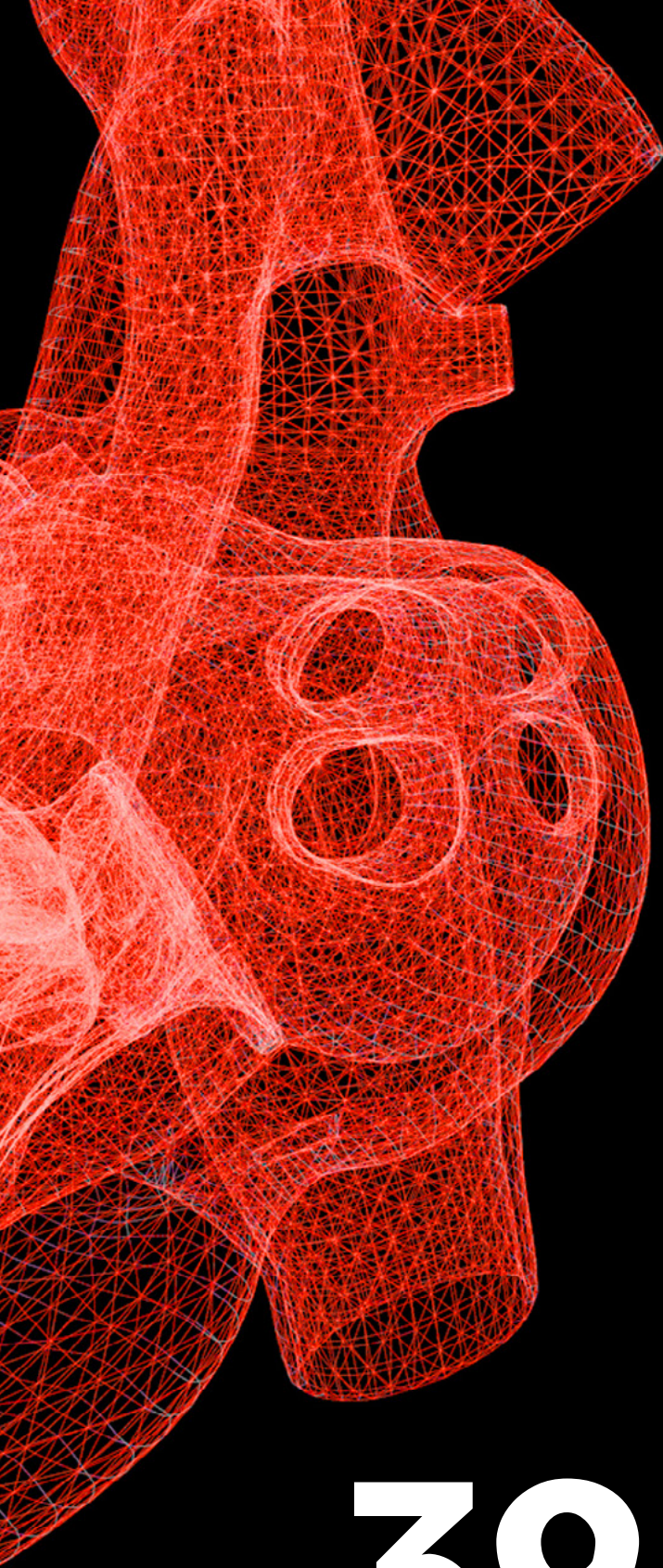


Digitalisierung in der Medizin Zögerlich öffnen sich Ärzte der Digitalisierung. Erste Vorreiter unter den Medizinerinnen demonstrieren bereits die Vorteile – für ihre Praxen, aber auch für die Patienten.

Text: Romy König Fotos: iStock

Im Aufbruch





39

Prozent der Krankenhausärzte tauschen sich untereinander per Telemedizin aus.

Leichte Verstimmung hier, erwartungsvolles Frohlocken dort: Als Wirtschaftsministerin Brigitte Zypries Ende Mai in einem Eckpunktepapier forderte, die Digitalisierung im Gesundheitswesen stärker voranzubringen, rief das sehr unterschiedliche Reaktionen hervor. Amtskollege Hermann Gröhe etwa sah sich – als Verantwortlicher des Gesundheitsressorts – in seiner Kompetenz angegriffen und konterte mit Sarkasmus: Es sei doch gut, „dass das Bundeswirtschaftsministerium zwei Jahre nach dem E-Health-Gesetz auch die Bedeutung der Digitalisierung des Gesundheitswesens erkennt“, so sein – leicht säuerlicher – Kommentar während einer Veranstaltung der Zeitung „Der Tagesspiegel“.

Dem stand die – wenn auch vorsichtige – Freude der Ärzteschaft gegenüber: Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt begrüßte den Vorstoß der Ministerin und wertete ihre „Analyse“ als „richtig und ein wichtiges Signal“. Vor allem ihr Vorschlag, Unikliniken sollten 500 Millionen Euro für den Einsatz digitaler Lösungen erhalten, gefiel dem Ärztevertreter – auch wenn er einräumte, dass sich die Forderung eher als „grundsätzlicher Appell“ denn als „konkrete Ankündigung“ lesen lasse.

Fest steht: So kurz vor der politischen Sommerpause und gut drei Monate vor der Bundestagswahl lenkte Zypries' Katalog den Fokus einmal mehr auf ein drängendes Thema: die Digitalisierung in der Medizin. Nun ist Zypries' Sicht freilich eine wirtschaftliche, ihre Perspektive jene von Unternehmen, die gern Lösungen für den Gesundheitsmarkt entwickeln, launchen oder in der Breite ausrollen wollen, aber auf Hürden stoßen: „Dornenreich“ sei der Weg in die Regelversorgung, so Zypries. Sie fordert daher unter anderem, die Start-ups – ebenso wie Verbände –, an der Festlegung der Gebührenszenarien zu beteiligen und die Beratungen dazu so transparent durchzuführen, dass neue digitale Angebote „auch leistungsgerecht entlohnt werden“. Nicht zuletzt könnten auch Ärzte gerade dadurch motiviert werden, die Innovationen zu nutzen, so ihre Überlegung.

Ärzte brechen auf – wenn auch mit Verspätung

Dabei tut sich in der Ärzteschaft längst etwas: Diesen Eindruck jedenfalls hat Klaus Reinhardt vom letzten Ärztetag mitgenommen. Da habe sich gezeigt, dass die Ärzte sich – wenn auch mit Verspätung – sehr wohl in einer Aufbruchphase befinden „und in hohem Maße bereit sind, die Chancen von Digital Health anzunehmen und aktiv mitzugestalten.“ Immerhin sagen schon zwei Drittel der Ärzte, Praxen und Kliniken, sie könnten mithilfe digitaler Technologien ihre Kosten senken – das ergab eine gemeinsame Umfrage des Hartmannbundes und des Internetverbands Bitkom im Juni.

Und doch werden in den Praxen digitale Angebote noch sehr selten genutzt: Erst 20 Prozent bieten ihren Patienten etwa eine Onlineterminvereinbarung an. Ein regelrechtes Nischendasein fristet derzeit noch die elektronische Patientenakte: Nur drei Prozent der Ärzte setzen sie ein.

Das Eckpunktepapier des Ministeriums für Wirtschaft und Energie

Die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft beschleunigen und innovative Start-ups auf diesem Markt unterstützen – das sind die Ziele des Wirtschaftsministeriums. Dazu soll:

... die Entwicklung digitalisierter, ganzheitlicher Lösungen durch Förderprogramme unterstützt werden.

... der Zugang zu Risikokapital und die Aufstellung eines Business Case erleichtert werden, unter anderem auch dadurch, dass die Start-ups bei der Festlegung der Gebührensätze durch den Bewertungsausschuss im Vorfeld beteiligt werden.

... das Fernbehandlungsverbot nochmals mit der Bundesärztekammer verhandelt und zudem eine bundesweite Anpassung des Fernverschreibungsverbots geprüft werden.

... die Nutzung von Big Data vorangetrieben werden, indem Forschungsdaten, klinische Daten und Daten aus der Patientenversorgung für die Forschung und die Patientenversorgung bereitgestellt und verknüpft werden.

... jeder Patient ein gesetzlich festgelegtes Recht haben, jederzeit auch digital auf seine Gesundheitsdaten zugreifen und das Zugriffsrecht Dritten einräumen zu können. Mittels einheitlicher Standards und Vorgaben soll jedes Unternehmen eine gesetzeskonforme elektronische Patientenakte entwickeln können.

Einzelheiten zur Umsetzung dieser Forderungen nennt das Papier nicht. Auch dazu, wer die Fördergelder für die Klinik-IT bereitstellen soll, macht das Ministerium keine Angaben.



**Prozent der Ärzte sagen, dass
Arztpraxen und Kranken-
häuser ihre Kosten mithilfe
digitaler Technologien
senken können.**

Zu hundert Prozent digital

Einer dieser Vorreiter ist Marc Unkelbach. Als der Hals-Nasen-Ohren-Arzt nach mehreren Jahren als Klinikmediziner im Januar 2015 seine eigene Praxis in München-Pasing eröffnete, war für ihn klar: Sie muss durchdigitalisiert sein – von Anfang an. „Zu einhundert Prozent papierfrei, eine elektronische Patientenakte, alle Geräte – vom Ultraschall über Röntgen bis hin zu Endoskopen – so vernetzt, dass ich die Bilder auf Knopfdruck dem Patienten zuordnen kann – so sollte es sein.“

Er tat bereits vor zwei Jahren das, was als Idee in Zypriens' Neun-Punkte-Plan mitschwingt: Er schloss sich mit einem Start-up kurz. Ein junges Softwareunternehmen aus Jena, spezialisiert auf medizinische Informatik und auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, richtete die IT seiner Praxis ein. Die Arbeitserleichterung oder Zeitersparnis, die Unkelbach durch die Digitalisierung erfährt, könne er zwar nicht konkret beziffern – „schließlich fehlt mir ein Vorher-Nachher-Vergleich“ –, aber allein von der Onlineterminvergabe profitiere er erheblich: „Ich habe in meiner Münchner Praxis in der Woche etwa 200 Patienten, und etwa ein Drittel davon vereinbart seine Termine dankenswerterweise online“, rechnet er vor. „Das bedeutet: 70 Patienten weniger, die anrufen, und mit denen man fünf, manchmal vielleicht zehn Minuten am Telefon gemeinsam nach einem Termin suchen muss.“ Das sorge nicht nur für Ruhe in den Praxisräumen, es schaffe auch Zeit und spare personelle Ressourcen: „Umgerechnet sicher etwa eine halbe Arbeitskraft.“

Mediziner-Skype verringert Krankentransporte

Doch der digitale Umbruch bewirkt mehr als eine höhere Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis. Durch elektronische Vernetzung rücken auch Sektoren näher aneinander, wie ein von Hans-Jürgen Beckmann konzipiertes Programm zeigt: Der praktizierende Chirurg aus Bünde in Nordrhein-Westfalen hatte die Idee zu einer elektronischen Videosprechstunde, über die Ärzte – zumindest in Routinefällen – auch mit alten, bettlägerigen Patienten, etwa Heimbewohnern, sprechen und sie begutachten können, ohne dass diese zwingend den beschwerlichen Weg in eine Praxis antreten müssen. „Für alte, multimorbide, zum Teil auch demente Patienten ist es oft eine Qual, zu Arztterminen gefahren zu werden“, erklärte Beckmann kürzlich auf einer Telemedizinintagung. Zudem seien lange Anfahrten und Wartezeiten für kurze Routinekontrollen auch grundsätzlich vergleichsweise aufwändig.

Gemeinsam mit seinem Sohn, einem Betriebswirt, und drei Informatikern hat Beckmann deshalb „Elvi“ entwickelt, ein Programm zur Videokonsultation: Internetgestützt und über eine Webcam wird vor der Konsultation eine direkte audiovisuelle Verbindung von Arzt zu Pflegekraft und Patienten aufgebaut. Dann können per Video-Chat Fragen geklärt, die Medikation besprochen und über die Kamera Körperstellen und Wunden des Patienten begutachtet werden. „Das funktioniert ohne Download und ohne Installation“, so Beckmann. Das Besondere: Neben der reinen Videotelefonie lassen sich auch Vitalparameter, etwa EKG-Werte, übermitteln.

Am Beispiel der Herzinsuffizienz, der am häufigsten diagnostizierten Erkrankung in Deutschland, rechnet Beckmann vor, wie Telemedizin Gesundheitskosten senken kann: „Insgesamt verursachen Herzinsuffizienzfälle in Krankenhäusern jährlich Kosten in Höhe von etwa drei Milliarden Euro, der Hauptteil davon – über 70 Prozent – in der stationären Behandlung.“ Hier liege der Schlüssel zur Kostensenkung: „Je früher herzinsuffiziente Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Behandlung entlassen werden können, desto niedriger die Kosten.“ Dabei käme „Elvi“ zum Tragen: Der Arzt könne den Fortschritt des Patienten per Videoschleife begutachten – der Krankenhausaufenthalt zur Nachbeobachtung ließe sich so verkürzen oder werde sogar überflüssig. „Wenn dadurch die Kosten der Behandlung auch nur um ein Zehntel gesenkt werden, beträgt das Einsparpotenzial schon 300 Millionen Euro“, so Beckmanns Rechnung. „Und den herzinsuffizienten Patienten wird außerdem eine frühere Rückkehr in die eigenen vier Wände ermöglicht.“

Testmarkt für „Elvi“ war zunächst der regionale Ärzterverbund „MuM – Medizin und Mehr“, ein Netzwerk aus 53 Haus- und Fachärzten, dessen Vorsitzender Beckmann ist. Mittlerweile nutzen das Produkt mehr als 180 Ärzte und acht Seniorenheime in Nordrhein-Westfalen. In den Einrichtungen kommt das Arzt-Patienten-Pfleger-Skype vor allem zur Absprache von Medikationsanfragen zum Einsatz (41 Prozent), wie eine von Beckmann initiierte Umfrage ergab, aber auch für die Beurteilung chronischer Wunden (31 Prozent) sowie für die interdisziplinäre Fallbesprechung

(27 Prozent). Finanziell lohnt sich die Telekonsultation auch: In einem Zeitraum von zehn Monaten konnten die Heime laut Beckmanns Angaben knapp 17.000 Euro an Transportkosten sparen, weil viele Arztbesuche entfielen, zudem Lohnkosten von 8.000 Euro, die für die Begleitung der Patienten zum Arzt angefallen wären.

Die Bereitschaft der Ärzte, sich der Telemedizin oder auch anderen digitalen Lösungen zu öffnen, steigt langsam. Doch zweifelt nach der Hartmannbund-Umfrage noch immer jeder zweite Arzt daran, dass die digitalen Anwendungen schon praxisreif sind. Auch der Arzt und Start-up-Gründer Beckmann beobachtete anfangs sowohl unter seinen Kollegen als auch den Pflegekräften eine gewisse Unsicherheit, seine Software zu nutzen. „Unsere Erfahrung zeigt aber: Mit der Gewöhnung an die Technik sinkt die Hemmschwelle, sie anzuwenden.“

Abschied vom Klemmbrett

Kaum noch Berührungsängste beim Umgang mit digitalen Lösungen und entsprechender Hardware gibt es dagegen bei den Patienten. Das macht sich auch Marc Unkelbach zunutze. „Patienten, die neu zu uns kommen, geben wir ein Tablet in die Hand, über das sie, während sie im Wartezimmer sitzen, ihre Daten eintippen können.“ Vom klassischen Prinzip des papierenen Anamnesezettels auf einem Klemmbrett hat sich der HNO-Arzt verabschiedet. „Die Arzthelferin müsste ja dann anschließend die vom Patienten eingetragenen Daten händisch ins EDV-System übertragen – ein Arbeitsschritt, den wir uns sparen.“ Anfangs äußerten Kollegen Bedenken, warnen den Münchener Praxisgründer, er würde mit solch modernen Methoden die älteren Patienten vergraulen. „Aber schauen Sie sich doch die ältere Generation von heute an: Die können alle mit einem Tablet umgehen, nicht zuletzt, weil sie in der Lage sein wollen, sich Fotos von ihren Enkeln anzugucken“, sagt Unkelbach – und schiebt nach: „Wir sollten unseren Senioren mehr Modernität zutrauen.“

Auch Gesundheits-Apps werden immer häufiger von Patienten verwendet, wie diverse Studien, zuletzt etwa der 6. E Patient-Survey 2017, eine Onlinebefragung unter 11.000 Internetnutzern, zeigen. Besonders gefragt sind Gesundheitscoaching-Programme und Apps zum Einholen einer Zweitmeinung, so das Ergebnis der Studie. Bemerkenswert: 70 Prozent der Befragten

sind nicht nur bereit, ihre Vitaldaten mit Arzt und Klinik zu teilen, 75 Prozent wollen die Empfehlungen der App auch ganz gezielt mit ihrem Arzt besprechen, sie also nicht ungefragt übernehmen und umsetzen.

Niedergelassene Ärzte nutzen digitale Angebote sehr selten: Nur drei Prozent verwenden die Online-Patientenakte, sieben Prozent haben einen Auftritt in sozialen Netzwerken.

Folgerichtig wünschen sie sich hierbei, aufgeschlossene Mediziner, die bereit sind, sich auf Ergebnisse einer digitalen Anwendung einzulassen. Ein Viertel der Ärzte gab in der Hartmannbund-Umfrage an, bereits von ihren Patienten auf eine Health-App angesprochen worden zu sein. Schon heute werde das „Smartphone als Stethoskop des 21. Jahrhunderts angesehen“, so der Ärzteverband. Dennoch steht nur knapp etwas mehr als die Hälfte der Mediziner (53 Prozent) diesen Mini-Anwendungen positiv gegenüber. Auch dass sich Patienten vor dem Arztgespräch über das Internet informieren, finden zwei Drittel der Ärzte „anstrengend“. Richtig ist aber auch: Viele erkennen, dass diese aufgeklärten Patienten beim Heilungsprozess oft therapietreuer mitarbeiten und auch ärztliche Ratschläge besser einhalten. Und jeder zweite Arzt räumt sogar ein, dass ihm gerade durch den Austausch mit gut informierten Patienten etwas besonders Wertvolles widerfahren sei: Er habe – dazugelernt. ■



Umfragewerte zur elektronischen Patientenakte:

65

Prozent sagen, dass dank der elektronischen Patientenakte künftig eine einfachere Zusammenarbeit zwischen Ärzten möglich werde.

54

Prozent meinen, dass es so zu weniger Doppeluntersuchungen komme.

75

Prozent sehen die größte Hürde für das Roll-out der E-Akte beim Datenmissbrauch.

Patientenverfügung Ärzte stecken im Arbeitsalltag nicht selten in einer Zwickmühle: Wann ist ein schriftlich erklärter Patientenwille tatsächlich bindend? Sind die beschriebenen Situationen konkret genug formuliert? Und wer entscheidet das?

Text: **Eugenie Ankowitsch** Fotos: **iStock** Illustration: **Martin Schulz**

Auf unsicherem Terrain

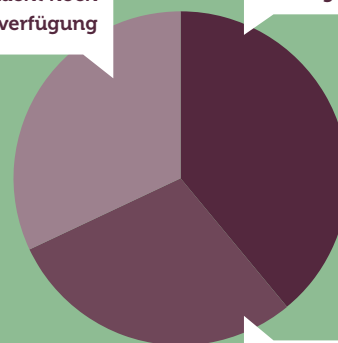




Patienten auf der Intensivstation

32 Prozent haben weder
Vorsorgevollmacht noch
Patientenverfügung

38,6 Prozent
Vorsorgevollmacht



29,4 Prozent
Patientenverfügung

Immer mehr Menschen kümmern sich um ihre rechtliche Vorsorge, damit sie bis zum Lebensende selbstbestimmt bleiben. Im eigenen Interesse regeln sie in einer Patientenverfügung, für welche Krankheitssituation sie in bestimmte medizinische Behandlungen einwilligen oder welche Maßnahmen sie ablehnen. Je konkreter die Vorstellungen formuliert sind, umso einfacher ist es für Ärzte, dem Willen zu folgen. Doch viele Ärzte machen die Erfahrung, dass die Verfügungen – wenn sie denn überhaupt vorhanden sind – oft zu vage verfasst sind.

Eine Studie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), für die 998 Patienten auf elf Stationen der Klinik für Intensivmedizin vor ihrer Verlegung auf eine Normalstation befragt wurden, zeigte, dass selbst auf der Intensivstation nur jeder zweite Patient eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht hat: 38,6 Prozent der Befragten besaßen eine Vorsorgevollmacht und 29,4 Prozent eine Patientenverfügung.

Eine Patientenverfügung muss konkrete Entscheidungen des Patienten über ärztliche Maßnahmen umfassen.

Hinzu kam, dass die vorhandenen Dokumente nur schwer interpretierbar waren. Die Vordrucke der Vorsorgevollmachten waren in 39,8 Prozent, die von Patientenverfügungen in 44,1 Prozent der Fälle fehlerhaft ausgefüllt. Dieses Ergebnis verwundert kaum. Haben doch nur 15,4 Prozent der Patienten angegeben, die Dokumente nach Beratung mit ihrem Arzt ausgefüllt zu haben.

BGH verlangt konkrete Formulierung

Auch acht Jahre nach dem Inkrafttreten des dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, häufig auch als „Patientenverfügungsgesetz“ bezeichnet, sind Formulierungen wie „Wenn keine Aussicht auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht“ nicht selten. Sie sind jedoch nicht konkret genug und beschreiben keine mögliche Situation. Mit solchen Formulierungen können Arzt und Betreuer des Patienten in Gesprächen nur den mutmaßlichen Willen ermitteln. Dabei herrscht nicht immer Einigkeit und oft wird dann auch überhaupt nichts unternommen.

Eine Patientenverfügung muss konkrete Entscheidungen des Betroffenen über ärztliche Maßnahmen umfassen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) bereits in seiner Entscheidung vom 17. September 2014 festgestellt. Nicht ausreichend seien allgemeine Anweisungen, wie die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, wenn ein Therapieerfolg nicht zu erwarten sei. Im vergangenen Jahr haben die Richter dies weiter konkretisiert: Die Formulierung, „lebenserhaltende Maßnahmen“ seien nicht gewünscht, ist nach Ansicht der Karlsruher Richter nicht bindend. Über den Einzelfall hinaus, der durchaus einige wichtige Besonderheiten aufweist, macht die Entscheidung des BGH deutlich, dass sich eine Patientenverfügung beispielhaft aber konkret mit bestimmten Krankheitsbildern auseinandersetzen sollte.

Eigentlich sind die gesetzlichen Vorgaben auf den ersten Blick ganz klar: Der Betreuer oder Bevollmächtigte prüft, ob das, was der Patient in der Patientenverfügung festgehalten hat, auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation passt. Die Indikationsstellung ist Aufgabe des Arztes. Er hat zum einen zu beurteilen, welche ärztlichen

Maßnahmen im Hinblick auf den Zustand, die Prognose und auf das Ziel der Behandlung des Patienten indiziert sind. Zum anderen hat der Arzt zu prüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist.

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patientenvertreter getroffen. Sind sich beide einig, ist entsprechend zu handeln. In diesem Fall ist keine betreuungsgerichtliche Genehmigung erforderlich. Wird dieses Prozedere eingehalten, ist die Bindungswirkung der Patientenverfügung unbestritten.

Unmittelbare Bindungswirkung umstritten

Bis heute bleibt allerdings umstritten, ob die Patientenverfügung unmittelbar bindend ist oder erst der Betreuer oder Bevollmächtigte auf Grundlage der Patientenverfügung entscheidet. Viele Experten sprechen sich inzwischen dafür aus, der Patientenverfügung unmittelbare Bindungswirkung zuzuschreiben. Nach Auffassung des BGH ist eine Entscheidung des Betreuers nicht notwendig, wenn es eine Patientenverfügung gibt. In Rechtsprechung und Literatur überwiegt die Meinung, dass der Betreuer gerade nicht als Vertreter des Betroffenen zu sehen ist und keine eigene Erklärung abzugeben hat. Die Patientenverfügung wirke unmittelbar.

Uneins ist man sich nach wie vor darüber, ob ein Betreuer gegebenenfalls zu bestellen ist, damit die Patientenverfügung überhaupt Wirkung entfalten kann. Dabei geht es allerdings nicht darum, dass der Betreuer eine eigene Entscheidung trifft und eine Einwilligung erteilt, sondern vielmehr darum, dass er derjenige ist, der zusammen mit dem Arzt den schriftlich fixierten Willen des Betroffenen interpretiert.

In der Rechtsprechung ist nicht endgültig entschieden, ob es in jedem Fall notwendig ist, einen Betreuer hinzuzuziehen. Einige Experten meinen, der Wortlaut des § 1901a Abs. 1 BGB setze einen Betreuer voraus. Andere vertreten die Ansicht, die Patientenverfügung sei eine unmittelbar nach außen wirkende Erklärung. Insbesondere wenn Maßnahmen in der Verfügung konkret festgelegt sind, sei nicht einzusehen, warum noch ein Betreuer bestellt werden müsse, so die Argumentation.

Ärzte häufig in der Zwickmühle

Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, stehen Ärzte häufig vor einem Dilemma: Wird in einer – unter Umständen sogar recht eindeutigen – Patientenverfügung eine indizierte lebenserhaltende Maßnahme verboten, müsste der Arzt die Behandlung abbrechen. Denn mit dem Verbot gibt es keine Rechtfertigung für den Eingriff. Geht man aber davon aus, dass ein Betreuer notwendig ist, der die Patientenverfügung interpretiert und ihr Geltung verschafft, so ist genau das Gegenteil der Fall. Die untersagte Behandlung müsste durchgeführt werden, bis zur Prüfung durch den Betreuer, die den Behandlungsabbruch rechtfertigen würde.

Ablauf Patientenverfügung:



Der Patient wählt eine Person des Vertrauens.



Die Patientenverfügung wird gemeinsam mit dem Arzt ausgefüllt.



Dabei werden konkrete Entscheidungen des Betroffenen über ärztliche Maßnahmen besprochen und niedergeschrieben.



Der behandelnde Arzt beurteilt den Zustand des Patienten und prüft, ob dieser einwilligungsfähig ist.



Die Entscheidung über das weitere Vorgehen wird in einem gemeinsamen Prozess von Arzt und Patientenvertretern getroffen.

Ärzte können Patienten beim Verfassen einer Patientenverfügung in medizinischen Fragen unterstützen.

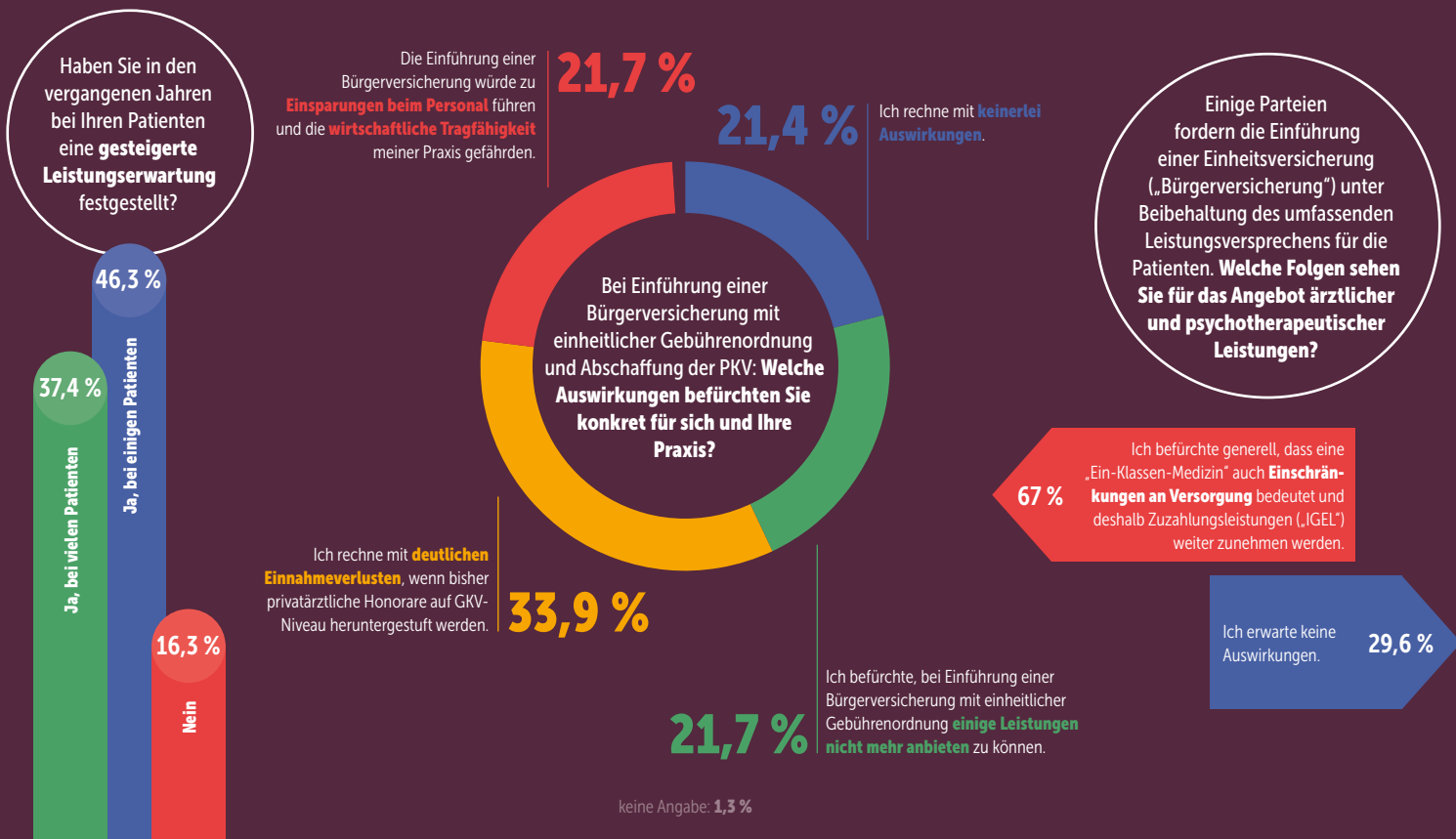


Ist die Patientenverfügung unmittelbar wirksam oder muss der Bevollmächtigte entscheiden?

Die Meinungen, was in solchen Fälle zu tun ist, gehen auseinander. Auf der einen Seite plädieren einige Experten dafür, im Sinne der Rechtsprechung des BGH mit der klar vertretenen Linie der unmittelbaren Bindungswirkung zu entscheiden. So bescheinigte der BGH der Patientenverfügung in einem Verfahren zum Thema Behandlungsabbrüche im Jahr 2010 unmittelbar rechtfertigende Wirkung: Wenn eine Patientenverfügung konkret genug formuliert sei und ihre Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation passten, sei der Verstoß gegen betreuungsrechtliche Normen (§§ 1901a, 1901b BGB) allein kein Grund für eine strafrechtliche Verantwortung. Entscheidend sei, ob derjenige, der die Behandlung abbreche, sich zutreffend oder zumindest in vertretbarer Weise auf einen Patientenwillen berufen könne. Andere halten die Bestellung eines Betreuers für unentbehrlich.

Daher wird letztlich häufig dazu geraten, den betreuungsrechtlich korrekten Weg zu gehen und anzuregen, einen Betreuer zu bestellen. Das ist umso wichtiger, je unpräziser die Patientenverfügung formuliert ist und je mehr der Wille des Patienten der Interpretation bedarf. Das soll den Beteiligten die Sicherheit geben, bei der Ermittlung des Patientenwillens das Richtige getan und sich auch gesetzeskonform verhalten zu haben. ■

Nein zur Bürgerversicherung



In einer **Online-Erhebung** haben KV und PVS in Schleswig-Holstein nachgefragt, wie die niedergelassenen Ärzte im Norden die Zukunft der Gesundheitsversorgung einschätzen.

Text: **Ulrike Scholderer** Grafik: **Martin Schulz** Quelle: **KVSH**

80 Prozent der Ärzte in Schleswig-Holstein stehen den Plänen von SPD, Grünen und Linken, eine Bürgerversicherung einzuführen, negativ gegenüber. Rund 22 Prozent befürchten, ihr Leistungsportfolio einschränken zu müssen, 34 Prozent rechnen mit deutlichen Einnahmeverlusten und mehr als 20 Prozent gehen davon aus, dass ihre Praxis in ihrer wirtschaftlichen Tragfähigkeit gefährdet wäre.

Die KV Schleswig-Holstein hatte ihre 5.500 Mitglieder gebeten, an der Online-Befragung im Vorfeld der Bundestagswahl teilzunehmen. Die Befragung stieß auf große Resonanz – jetzt liegt ein repräsentatives Meinungsbild aus dem nördlichsten Bundesland vor.

Aufgedeckt hat die Umfrage ein grundsätzliches Problem. Mehr als 80 Prozent der Ärzte nehmen wahr, dass die Patienten mit steigenden Leistungserwartungen zu ihnen kommen. In einer budgetierten Versorgung ist das nicht vorgesehen. Das ungebremste Leistungsversprechen der Politik an die Bürger wirkt. Aber: Die Rechnung der Politik kann nicht aufgehen. Denn seit mehr als 20 Jahren wird Leistungssteuerung in der GKV mit Hilfe des Budgets zu Lasten der Ärzte betrieben. Und folgerichtig nehmen fast 70 Prozent der Ärzte an, dass die Bürgerversicherung dazu führen wird, dass die Zusatzleistungen neben dem Katalog an staatlich zugelassenen Leistungen an Bedeutung gewinnen werden. Dank des bisherigen qualitätsfördernden Nebeneinanders von GKV und PKV haben wir heute nach

wie vor eine amtliche Gebührenordnung für alle ärztlichen Leistungen. In einer Bürgerversicherung würde die überflüssig. Die Entstehung eines grauen Marktes für medizinische Leistungen droht.

Die Einschätzungen der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft decken sich mit den Ergebnissen einer Studie, die der PVS Verband im Frühjahr veröffentlicht hat. Die Untersuchung „Experiment Bürgerversicherung“ weist durch wissenschaftliche Analyse genau das nach, was die Ärzte im Norden befürchten. Denn den Niedergelassenen gingen mit der Bürgerversicherung bundesweit betrachtet Honorare in Höhe von rund 6 Milliarden Euro im Jahr verloren. Kompensiert werden könnte das nur durch Personaleinsparungen und eine Abkehr von Investitionen in Qualität und technischen Fortschritt. In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein liefen gerade Facharztpraxen Gefahr, in ihrer Rentabilität an ihre Grenzen zu stoßen. Versorgungsengpässe sind heute schon Realität – eine Bürgerversicherung spitzt die Situation zu.

Die KV Schleswig-Holstein folgert aus den Ergebnissen der Befragung, dass in einem Bürgerversicherungsszenario mehr Patientensteuerung notwendig sein wird. Anders herum heißt das: Sollen Therapiefreiheit und ein vertrauensvolles Verhältnis von Arzt und Patient nicht Geschichte sein, darf die Bürgerversicherung nicht Realität werden. ■

Geldanlage Junge Gründer im Gesundheits-IT-Sektor arbeiten vorwiegend mit Investorengeldern: Risikokapitalfirmen, Pharmakonzerne oder Versicherungen gehören zu den Finanzgebern. Künftig können aber auch Privatanleger in Digital Health investieren.

Text: Conny Meissner Illustration/Fotos: iStock

Finanzspritzen für Digital Health

Ärzte mögen Start-ups, und sie möchten in der Digitalisierung der Medizin mitmischen. Das will der Internetverband Bitkom jüngst herausgefunden haben. „Die Medizin der Zukunft wird heute nicht mehr ausschließlich mit Reagenzglas und Mikroskop erforscht, es geht um Sensoren, künstliche Intelligenz und Codes“, sagt Verbandschef Bernhard Rohleder. Bei dieser Entwicklung wollen Ärzte sich einbringen, zum Beispiel als medizinische Berater junger Gründerunternehmen – das können sich laut einer Bitkom-Studie etwa 38 Prozent der Ärzte vorstellen. Aber auch finanziell sieht sich mancher Mediziner als möglicher Unterstützer: Für rund jeden fünften Arzt wäre es denkbar, in Digital Health, etwa in Start-ups, zu investieren.

Einige der Start-up-Firmen, die Programme oder Lösungen für den Gesundheitssektor anbieten, werden – wie viele andere Gründerunternehmen auch – über professionelle Beteiligungsgesellschaften finanziert. Auf dem internationalen Finanzparkett sind Risikokapitalfirmen wie Rock Health, Khosla Ventures und Qualcomm Ventures die aktivsten Geldgeber für Gesundheits-Start-ups, wie der US-Finanzmarktbeobachter CB Insights ermittelte. Aber auch deutsche oder österreichische Health-Start-ups arbeiten mit Investorengeldern: So brachte das Berliner Investorenhaus Digital Health Ventures den Anbieter der Fitness-App „Yas“ mit Startkapital zum Laufen und agierte zuletzt als Hauptinvestor von „Selfapy“, einem Online-Therapieprogramm für depressive Patienten. Mit der Finanzspritze sollen der Aufbau von Kursen, die technische Umsetzung und die Vermarktung unterstützt werden, hieß es anlässlich der Bekanntgabe der Partnerschaft.





Ebenfalls unter den Investoren: Pharma und Versicherungen

Auch das private Finanzunternehmen Peppermint VenturePartners fokussiert sich auf junge Unternehmen im Gesundheitswesen, ist hier aber vor allem an der Schnittstelle zwischen Medizintechnik und Digital Health interessiert: Emperra, eine Firma, die Lösungen für das Diabetes-Selbstmanagement anbietet, gehört ebenso ins Förderportfolio der Berliner Geldgeber wie Miracor Medical Systems, ein österreichisches Medtech-Start-up, das mithilfe einer neuen Technologie einen neuen Pflegestandard bei der Behandlung von Herzerkrankungen wie Herzinfarkt und Herzversagen etablieren will.

Daneben investieren auch Pharmakonzerne wie Roche oder Bayer in Start-ups: Letzterer etwa über sein Programm „Grants4Apps“, bei dem Gründer aus verschiedenen Ländern sowohl Kapital als auch Büroplätze und Mentoren-Coaching erhalten. Und Roche machte jüngst Schlagzeilen mit der Übernahme von mySugr, Anbieter einer Diabetes-App, den der Schweizer Pharmakonzern bereits seit Jahren unterstützt hatte: Für einen Kaufpreis zwischen 70 und 200 Millionen Euro, so wird kolportiert, wechselte das Start-up Ende Juni den Eigentümer. Und nicht zuletzt hat auch die Versicherungswelt die digitalen Gesundheitsanwendungen entdeckt: So engagiert sich Allianz X, der Accelerator des gleichnamigen Assekuranzhauses, beim Selbstvermessungsdienst Bodylabs.

Jetzt auch für Privatanleger

Digital Health, das machen all diese Finanzierungsaktivitäten und Marktbewegungen klar, wird als Wirtschaftssegment der Zukunft gehandelt. „Der Umsatz mit Digital Health wird bis 2020 um rund 20 Prozent pro Jahr auf über 230 Milliarden US-Dollar wachsen“, so die Prognose der Deutsche Ärzte- und Apothekerbank (Apobank). Durch die Verschmelzung von IT und Medizin entstünden zum Teil „völlig neue Wettbewerber, Geschäftsmodelle und Märkte“, prophezeit das auf Heilberufler spezialisierte Geldinstitut – und wittert bereits den „Beginn einer neuen Ära“.

Doch gerade für Privatanleger sei es nach Aussage der Bank bislang schwierig gewesen, in dieses Segment zu investieren. Ein Umstand, den das Finanzhaus nun ändern will: Anfang Juni brachte Apo Asset Management, eine Tochter von Apobank und Deutscher



38

Prozent der Ärzte können sich vorstellen, Start-ups als medizinische Berater zu unterstützen.

Ärzteversicherung, einen Fonds auf den Markt, in den auch ein breiteres Publikum seine Einlagen einbringen kann: Der Apo Digital Health Aktien Fonds (ADH) ist nach Angaben der Bank der erste in Deutschland zugelassene Publikumsfonds, der auch privaten Investoren den Markt der digitalen Medizin öffnet. Das Besondere: Sie können schon kleine Beträge anlegen, eine Mindestanlagesumme gibt es nicht, der Fonds ist zudem sparplanfähig.

Verantwortlich für das Anlageprodukt sind Fondsmanager, die aus vielversprechenden Unternehmen die 50 bis 60 aussichtsreichsten Kandidaten auswählen werden, so das Versprechen der Bank: „Ob Silicon Valley oder Berlin, Mobile Health oder Big Data“ – der Fächer sei sowohl geografisch als auch thematisch weit geöffnet. Fest steht aber auch: Es wird nicht in Start-ups investiert, sondern auf etablierte Unternehmen gesetzt, die bereits mit der Digitalisierung des Gesundheitssektors ihre Umsatzerlöse oder Gewinne erzielen oder die Forschung und Entwicklung in der digitalen Medizin vorantreiben. Große Branchen-Akteure sollen dabei die „stabile Basis“ schaffen und so zum Beispiel mögliche Schwankungen anderer Projekte ausgleichen helfen; daneben will der Fonds aber auch in Spezialisten investieren, in Firmen also, die sich auf ein besonders aussichtsreiches Feld konzentrieren und „ein größeres Wachstumspotenzial erwarten“ lassen. „Für den Fonds identifizieren wir Unternehmen mit besonders guten Chancen, aus der Fusion von Gesundheit und IT als Sieger hervorzugehen“, sagt Kai Brüning, der den Fonds als Senior Portfolio Manager Healthcare bei Apo Asset

Management verantwortet. Dabei werde nicht auf kurzfristige Hypes gesetzt, sondern auf Unternehmen, die langfristig das größte Potenzial erkennen ließen.

Apo Asset Management investiert schon länger in Gesundheitsunternehmen, setzt dabei „nicht nur auf Pharma-Riesen“, wie eine Sprecherin sagt, sondern auch auf Bio- und Medtech-Firmen, auf Unternehmen aus Logistik und Handel sowie IT. Dass der neue Fonds nun konkret auf die digitale Medizin setzt, damit sieht sich die Apobank im Trend, immerhin investierten auch „Technologie-Riesen wie IBM, Apple oder der Google-Mutterkonzern Alphabet dafür Milliarden“. Und dass nun auch Privatanleger ihr Geld in diesen Markt setzen können, erscheint nur folgerichtig. Es müssen ja nicht gleich Milliarden sein. ■

Ob USA oder Berlin –
der Portfoliofächer des neuen
Fonds ist weit geöffnet.

Prognose: Der Umsatz mit Digital Health wird bis 2020 um rund 20 Prozent pro Jahr auf über 230 Milliarden US-Dollar wachsen.

Tilgners Bericht aus Berlin Alle Jahre wieder wird im Bundestagswahlkampf ein alter Geist aus der Flasche gelockt: die Bürgerversicherung. Doch mit der ist heute kaum noch Staat zu machen. Deshalb heißt es jetzt: Salamiaktik. Scheibchenweise soll das Gesundheitssystem demontiert werden.

Text: **Stefan Tilgner**

Lasst die Salamiaktik!



Im alten Rom gab es einen Feldherrn namens Quintus Fabius, mit Beinamen auch „Cunctator“ – der Zögerer – genannt. Der sorgte seinerzeit dafür, dass Hannibal mit seinen Truppen nicht sofort in Rom einmarschierte. Das Hinauszögern einer Entscheidungsschlacht sorgte aber dafür, dass große Teile Italiens verwüstet wurden. Mit seiner Salamiaktik gab er eine Region nach der anderen preis. Was hat dies mit der heutigen Politik, insbesondere mit dem Gesundheitswesen zu tun? Eine ganze Menge, nimmt man einmal das Thema Bürgerversicherung zum Beispiel, das sich die links des bürgerlichen Lagers stehenden Parteien auf die Fahnen geschrieben haben.

Den Lippenbekenntnissen der Befürworter der dualen Krankenversicherung – bislang eher in der politischen Mitte angesiedelt – mag man nicht mehr so recht trauen. Anstatt einer harten und klaren Linie für den Erhalt von GKV und PKV, sieht man allenthalben ein Verhalten, das schon der römische Feldherr an den Tag legte – die Verzögerungstaktik.

Dabei fehlt es in den jetzt vorgelegten Wahlprogrammen der Parteien durchaus nicht an klaren Aussagen pro und contra Einheitsversicherung. Doch, wenn man die Aussagen genau analysiert, ergibt sich ein anderes Bild. Hat man nicht hierzulande schon einmal die Beteuerung gehört, „Niemand hat die Absicht, eine Mauer zu bauen“? Das Ergebnis ist bekannt. Nun hört man überall die Beteuerung: „Niemand hat die Absicht eine Säule einzureißen.“ Die der PKV nämlich, als eine der Säulen unseres Gesundheitssystems. Im Brustton der Überzeugung bekennt sich beispielsweise Karl-Josef Laumann (CDU), inzwischen Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen und voraussichtlich Mitverhandler bei einem Koalitionsvertrag auf Bundesebene, zum Erhalt der PKV. Nur öffnen muss sie sich, allen Wechselwilligen den Übergang in die GKV unter Mitnahme ihrer



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

Altersrückstellungen ermöglichen. Das ist so etwas wie eine Umarmung, die den Geherzten erdrückt.

„Bürgerversicherung“ – Dampf nur für Talkshows

„Bürgerversicherung“, das hört sich noch immer so gut an, dass man damit Stimmen fangen könnte. Auch wenn man damit bereits bei der letzten Bundestagswahl eine glatte Bauchlandung gemacht hat und selbst erfahrene rote wie grüne Politiker aus dem eigenen Lager die Phantasien von Dampfpedlern wie dem Talkshow-Dauergast Prof. Karl Lauterbach ausbremsten. Lauterbach, der im Gegensatz zu seiner TV-Präsenz mit der Präsenz auf seinem Parlamentssitz keineswegs zu den Spitzenreitern

zählt, macht nun wieder Dampf. Seine Argumente werden sogar von Fraktionskollegen nicht selten mit einem verschämten Blick abgetan oder in der Diskussion übergangen.

Finger weg von Honorarphantasien

Ein Punkt könnte allerdings zu deutlichen Problemen führen, wenn sich in der Union und bei manchen besonnenen anderen Gesundheitspolitikern der Geist des oben zitierten römischen Feldherrn breit macht. Es geht um die Honorarordnungen für Ärzte. Ja, es ist sicherlich etwas Wahres daran, wenn den Medizinern vorgeworfen wird, sich nicht einmal intern über eine neue GOÄ oder auch EBM-Ziffern einig zu werden. Dennoch: Kein Mediziner, dem der Erhalt unseres auf zwei Säulen stehenden Gesundheitssystems wichtig ist, könnte einer solchen einheitlichen Gebührenordnung zustimmen. Ganz klar: Diese wäre ein Turbostart in die Einheitskassen, was

Veranstaltungen

NOVEMBER 2017

Mi 08 NOV	SEMINAR Grundlagen GOÄ und UV-GOÄ – Basiswissen für Arzt und Praxisteam Leipzig PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362
Mi 08 NOV	SEMINAR Praxisüberlassung, Praxisübernahme Bremen PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521
Mi 08 NOV	SEMINAR GOÄ-Grundlagen-Seminar Hamburg PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023
Mi 08 NOV	SEMINAR GOÄ-Intensivseminar Chirurgie/Orthopädie Limburg PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117
Fr 10 NOV	SEMINAR EBM – Abrechnung Ambulantes Operieren Stuttgart PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092
Mi 15 NOV	SEMINAR Mehr Sicherheit für Ihre Honorarabrechnung – speziell für den Bereich Gynäkologie Münster PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126
Mi 15 NOV	SEMINAR Orthopädie Karlsruhe PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208
Mi 15 NOV	SEMINAR GOÄ-Basis-Seminar fachübergreifend Stade PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160
Mi 22 NOV	SEMINAR Souverän trotz Praxis-Stress: Selbst- und Zeitmanagement in der Arztpraxis Unna PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 2555539
Sa 25 NOV	FACHTAGUNG 38. Gynäkologentag Congresszentrum Saarbrücken PVS Mosel-Saar ✉ a.bressan@pvs-mosel-saar.de ☎ 0651 97802320
Sa 25 NOV	FACHTAGUNG Hausärztetag Ärztekammer Saarbrücken PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs-mosel-saar.de ☎ 06821 9191491

zumindest die meisten derjenigen Politiker nicht wollen, denen die komplizierten Mechanismen unseres Gesundheitswesens bekannt sind. Scharfmacher wie Lauterbach mal ausgenommen.

Mengensteuerung oder Top-Versorgung?

Wer das System kennt, dem ist bewusst, dass der EBM für kassenärztliche Leistungen von seiner Struktur her bewusst als Instrument der Ausgaben- und Mengensteuerung für ärztliche Leistungen ausgelegt ist. Das erfordert die solidarische Finanzierung, vor allem aber auch die Tatsache, dass in der GKV keine individuellen Rücklagen gebildet werden. Mehr als im Topf ist, kann eben nicht verteilt werden. Die GOÄ ist von vornherein kein Instrument zur Leistungs- oder Mengensteuerung.

Sozialneid – ein dummes Argument

Nach wie vor sind Sozialneid (angebliche Zwei-Klassen-Medizin) oder vermeintliche Ungleichbehandlung („Gleiches Geld für gleiche Leistung“) die Nebelkerzen, mit denen man versucht, im Wahlkampf Fragen des Gesundheitssystems zu einem Entscheidungskriterium hochzupuschen. Dass dies bei der hohen Zufriedenheit mit unserem Gesundheitswesen voraussichtlich nicht klappt, kann nur teilweise beruhigen. Lässt man sich nämlich von den Protagonisten einer Bürgerversicherung zu einer aus oberflächlich populistischen Gründen akzeptierten „Salamitaktik“ hinreißen, wird man schon bald sehen, wohin das führt.

... und denke an das Ende

Erst im Herbst ist klar, wer künftig Deutschland regiert und die Weichen unseres Gesundheitswesens stellt. Eine „Große Koalition“ wie gehabt oder vielleicht sogar „Jamaika“ oder „Rot-Rot-Grün“? Immer wird die Gretchenfrage mitschwingen: Wie halten wir's mit der Bürgerversicherung? In den Koalitionsverhandlungen sollte man wissen, dass die Taktik „Ich gebe Dir ein Stück von der Salami“ bedeutet, den Abbruchhammer gegen eine der Säulen des Gesundheitswesens zu schwingen. Die Folgen für die Versorgungsqualität, das kann man dem Bürger versichern, würden die Freude an einer möglichen „Bürgerversicherung“ gewiss nicht steigern. Daher kann man nur hoffen, dass unsere heutigen Politiker nicht dem Beispiel des römischen Feldherrn und Diktators folgen werden und sich weder für Verzögerungs- noch für Salamitaktik entscheiden. Quintus Fabius wurde – so viel sei gesagt – nach seinem Einsatz auch im alten Rom nicht mehr geschätzt und schließlich abgewählt. ■

Abrechnung So kurz die Leistungslegende der Ziffer 4 GOÄ auch ist, führt ihre Auslegung doch immer wieder zu Schwierigkeiten. Wann Ziffer 4 neben Ziffer 1 abgerechnet werden darf, erläutert Peter Gabriel, Geschäftsführer der PVS Südwest.

Text: Peter Gabriel

Beratung des Patienten oder der Bezugsperson?

Die geplante Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte soll die sprechende Medizin gegenüber den technischen Leistungen weiter aufwerten. An diesem Ziel hält die Novelle nach wie vor fest, wenn auch noch immer unklar ist, wann es eine neue GOÄ geben wird. Erklärtes Ziel der Bundesärztekammer ist es, bis zum Beginn der Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl eine mit dem PKV Verband abgestimmte GOÄ erarbeitet zu haben, die dann im Laufe der nächsten Legislaturperiode in Kraft gesetzt werden könnte. Wie dem auch sei – wir müssen uns mit der geltenden GOÄ auseinandersetzen, um herauszuarbeiten, wie Beratungen nach Ziffer 1 und 4 abgerechnet werden können.

Die Leistungslegende der Gebührensiffer 4 GOÄ lässt die Abrechnung einer intensiven Beratung der Bezugsperson des Patienten zu, sofern dies medizinisch erforderlich erscheint: „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken.“

Allerdings ergeben sich hier immer wieder Auslegungsprobleme, die eine Erstattung dieser Ziffern durch Beihilfestellen und private Krankenversicherungen erschwert. Daher möchten wir die Entstehungsgeschichte der seit 1996 existierenden Ziffer 4 näher beleuchten. In der Begründung hat der Verordnungsgeber der GOÄ ausgeführt, dass die Anamnese und Besprechung eines Krankheitsfalles in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, beispielsweise bei behinderten Kindern, bewusstseinsgestörten Patienten oder Unfallpatienten, schwierig und aufwendig sein könne. Dieser Aufwand werde durch die Gebühr nach Ziffer 4 berücksichtigt. Die beispielhafte Aufzählung von Anwendungsfällen ist jedoch nicht abschließend. Das liefert einen Hinweis darauf, dass eine

Auslegung, wonach die Abrechnung der Ziffer 4 bei der Behandlung von Kindern generell unzulässig wäre, nur weil hier das Gespräch immer über die Eltern oder sonstige Bezugspersonen erfolgen muss, nicht zutreffend ist. Die Rechtsprechung geht zu-

nächst davon aus, dass eine Abrechnung der Ziffer 4 bei einer schwierigen Führung der Bezugsperson gerechtfertigt ist. Die normale Beratung ist hingegen mit der Ziffer 1 – auch bei Kindern – abgegolten.

Bei der Fremdanamnese findet Ziffer 4 Anwendung, wenn bei komplexen Krankheitsbildern eine aufwendige Fremdanamnese etwa bei den Eltern eines behandelten Kindes durchgeführt werden müsse, die vom Zeitaufwand eine deutliche Abgrenzung zu den allgemeinen Beratungen erlaube. Somit kommt es jeweils auf den konkreten medizinischen Sachverhalt im Einzelfall an. Eine Abrechnung der Ziffern 1 und 4 nebeneinander sei dann nicht möglich, wenn sich bei der Behandlung von Kleinkindern und Säuglingen sämtliche Leistungsbestandteile der Ziffern 1 und 4 (Anamnese, Beratung und Unterweisung) allein auf die Bezugsperson(en) bezögen.

Daraus ist zu folgern, dass Ziffer 1 neben Ziffer 4 abrechenbar ist, wenn das Gespräch auch mit dem jeweiligen Patienten erfolgt, beispielsweise bei Kindern ab vier Jahren, und eine Kommunikation mental möglich ist. Eine stereotypische Abrechnung der Ziffer 4 bei jedem Krankheitsfall ist von der GOÄ nicht abgedeckt. Ein außergewöhnlicher Grund muss demnach allerdings nicht vorliegen, damit die Ziffer 4 berechtigt abgerechnet werden kann.

Ein anderer Anwendungsfall der Ziffer 4 liegt vor, wenn eine Fremdanamnese oder Unterweisung einer Bezugsperson im Zusammenhang mit der Behandlung eines älteren Patienten erfolgt, der etwa an Demenz leidet. Wird die Bezugsperson, zum Beispiel der Sohn des Patienten, nach der Erkrankung und dem Verhalten des Vaters befragt, um ihm dann Ratschläge und Handlungsanweisungen geben zu können, kommt auch hier Ziffer 4 zur Anwendung. ■

Kann das behandelte Kind dem Gespräch mit dem Arzt folgen, und führt der Arzt zudem eine zeitaufwändige Beratung der Eltern durch, können Ziffer 1 und 4 abgerechnet werden.



SCHÄFERS

Kolumne

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Penth

Herausgeber

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

Anschrift Redaktion und Verlag

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

Kontakt

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

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

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

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Erscheinungstermin

11.09.2017

Schutzgebühr: 6 €

„So wie der Dienst war, so soll der Lohn sein.“ Es ist ein fürsorglicher Dienstherr, der Hans im Glück nach sieben Jahren Dienst mit einem schweren Batzen Gold entlohnt. Gegenüber den Hamburger Beamten hätte Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks ebendiese Rolle auszufüllen, die des fürsorglichen Dienstherrn. Denn als Mitglied der Landesregierung ist das ihre Pflicht. Doch mit ihrem Vorstoß, den Beamten durch eine Ko-Finanzierung der Beiträge den Weg in die GKV zu ebnen, nimmt sie vielmehr die Rolle derjenigen ein, die Hans beim Tausch übers Ohr hauen, bis ihm nichts mehr bleibt.

Beamte stehen in einem besonderen Dienst- und Treueverhältnis. Dem Dienstherrn obliegt im Gegenzug eine besondere Fürsorgepflicht. Beamte erhalten deshalb eine bevorzugte Behandlung im Krankheitsfall. Unter dem Deckmantel „echter Wahlfreiheit“ und „Gerechtigkeit“ macht sich Hamburgs Gesundheitssenatorin nun daran, den Beamten genau dieses Privileg abzuluchsen.

Ko-Finanzierung des Beitrags zur GKV für Beamte: Hamburg statuiert ein Exempel.

Cornelia Prüfer-Storcks hat ihre Gesetzesinitiative geschickt platziert, ist nicht länger fürsorgliche Dienstherrin, sondern oberste SPD-Wahlkämpferin. Gesundheitspolitik und vor allem die Bürgerversicherung, bisher kaum beachtet, gewinnen im Wahlkampf an Fahrt. Nicht wenige Medien gehen der Senatorin auf den Leim. Sprechen von Hilfe und Unterstützung für Beamte. Es ist ein perfider Schachzug. Die GKV soll ein Gewinn für die Beamten sein? Wohl kaum. Vielmehr stehen Bund und Länder in der Pflicht, die Beihilfe anzupacken, sollten sich Nachteile für bestimmte Beamtengruppen abzeichnen.

Ziel des Gesetzesvorstoßes ist nicht mehr und nicht weniger, als einen Dammbbruch für die Bürgerversicherung einzuleiten. Hamburg hat jetzt als erstes Bundesland und ohne Abstimmung mit dem Bund ein Exempel statuiert. Die möglichen Konsequenzen dieses Vorstoßes sind fatal. Was wir tun können und müssen, um diese Konsequenzen abzuwenden, möchten wir mit Ihnen auf dem Tag der Privatmedizin am 14. Oktober in Frankfurt diskutieren. Denn wir müssen den Fehdehandschuh aufnehmen, viel zu viel steht auf dem Spiel. ■

Staatsmedizin Der National Health Service ist Großbritanniens ganzer Stolz. In Deutschland wäre die Einführung einer Bürgerversicherung ein entscheidender Schritt in diese Richtung. Was steht damit auf dem Spiel?

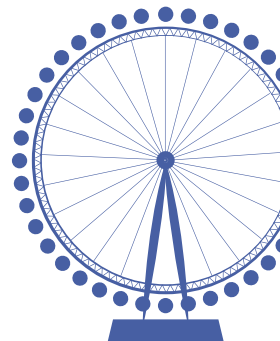
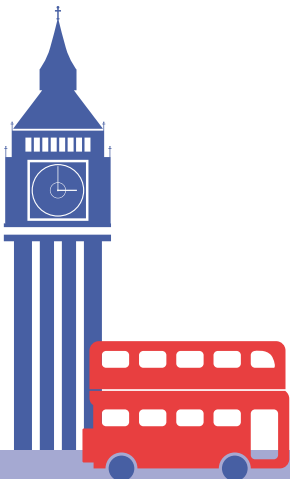
Text: **Georg Plange** Foto: **Dr. Kristian Niemietz**

Staatssache Gesundheit

Herr Dr. Niemietz, in Großbritannien gibt es seit mehr als 70 Jahren das staatliche, aus Steuermitteln finanzierte Gesundheitssystem National Health Service (NHS) mit freiem Zugang zu ambulanter und stationärer Versorgung für jedermann. Was sind die Stärken, wo die größten Schwächen?

NIEMIETZ: In einem solchen System ist die Kostenkontrolle ziemlich leicht, ganz einfach deswegen, weil die Regierung den Gesundheitsetat direkt festsetzt. Wenn die Regierung sagt, „Wir geben dieses Jahr 130 Mrd. Pfund für Gesundheit aus“, dann werden tatsächlich ziemlich exakt 130 Mrd. Pfund für Gesundheit ausgegeben. Das kann man durchaus als Vorteil betrachten.

Premierminister Tony Blair hat nach Protesten gegen eine zunehmende Unterfinanzierung zur Jahrtausendwende beschlossen, die Gesundheitsausgaben zu erhöhen. Für mich als Deutschen war das etwas irritierend. Ich dachte: Gesundheitsausgaben steigen doch sowieso ständig, man muss doch nicht eigens beschließen, sie zu erhöhen. Aber das ist im britischen System eben nicht so. In der Vergangenheit hat Großbritannien daher auch deutlich weniger für Gesundheit ausgegeben als die meisten anderen OECD-Länder. Das hat sich inzwischen etwas angeglichen, aber das war, wie gesagt, eine bewusste politische Entscheidung.



In Deutschland kann man sich für Geld mehr, aber nicht unbedingt bessere Gesundheitsleistungen kaufen. In Großbritannien schon.



Dr. Kristian Niemietz

Head of Health and Welfare im renommierten Londoner Institute of Economic Affairs und am 14. Oktober 2017 in Frankfurt für den Eröffnungsvortrag auf dem Tag der Privatmedizin vorgesehen.

Je nach politischer Faktenlage nach der Bundestagswahl wird sich der Eröffnungsvortrag des Tags der Privatmedizin mit dem Thema Bürgerversicherung (Vortrag Dr. Niemietz) oder dem Sachstand der GOÄ (Vortrag Dr. Stolaczyk) beschäftigen.

Die aktuelle Programmplanung und Anmeldung finden Sie unter: www.tag-der-privatmedizin.de

Der große Nachteil ist natürlich, dass es an Wettbewerb und Wahlfreiheit fehlt. Die Ergebnisse, die dieses System liefert, sind dementsprechend schlecht bis mittelmäßig. So hinkt Großbritannien zum Beispiel bei den Überlebenschancen bei Krebs und Schlaganfall sowie bei den vermeidbaren Todesfällen deutlich hinterher.

Wenn trotz „Nulltarif für Gesundheit“ mehr als 20 Prozent der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung besitzen, welche Rolle spielen privatmedizinische Angebote in der Versorgung?

NIEMIETZ: Die Zusatzversicherung spielt hier eine andere Rolle als im deutschen Sozialversicherungssystem. In Deutschland deckt die Pflichtversicherung gewisse Grundleistungen ab; wer über diese hinausgehen will, muss sich zusätzlich versichern. Hier dagegen deckt die Privatversicherung Dinge ab, die der NHS durchaus auch anbietet, aber eben mit längeren Wartezeiten und einem geringeren Niveau an Komfort. Es ist also nicht wirklich eine Zusatzversicherung, sondern eher eine Ersatzversicherung. Das ist insofern ineffizient, als der private Sektor vieles dupliziert.

Also gibt es eine de facto-„Zwei-Klassen-Medizin“?

NIEMIETZ: Auf jeden Fall. In Deutschland kann man sich für Geld mehr, aber nicht unbedingt bessere Gesundheitsleistungen kaufen. In Großbritannien schon.

Wie ergeht es den Leistungserbringern – insbesondere der Ärzteschaft – in einem solchen System?

NIEMIETZ: Die Leistungserbringer sind in hohem Maße auf die Launen der Politik angewiesen, etwa bei der Vergütung und den Arbeitsbedingungen. Ich habe darüber häufig mit Ärzten diskutiert. Die sagen in der Regel: „Der NHS ist toll, das Problem ist die konservative Regierung; wir brauchen eine linke Regierung.“ Die würde mehr Geld ins System bringen. Ich dagegen meine: Wer ein komplett politisiertes Gesundheitssystem will, der kann sich dann nicht wirklich beschweren, wenn ihm die Regierung nicht passt. Wer weniger Politik will, muss insgesamt weniger Staat fordern. Alles andere ist inkonsistent.

Welche Lehren können verantwortliche Gesundheitspolitiker hierzulande aus dem „Langzeitversuch und Praxislabor NHS“ ziehen?

NIEMIETZ: Im früheren Ostblock gab es folgendes Sprichwort: „Es ist leicht, aus einem Aquarium eine Fischsuppe zu machen, aber es ist weitaus schwieriger, eine Fischsuppe wieder in ein Aquarium zurückzuverwandeln.“ Das „Aquarium“ stand hierbei für ein marktwirtschaftliches Wirtschaftssystem: leicht zu zerstören, viel schwieriger wieder aufzubauen. Was ja letztendlich auch gestimmt hat.

Mit Gesundheitssystemen verhält es sich ähnlich. Seit den 90er Jahren haben mehrere britische Regierungen versucht, das System wettbewerbler, sprich effizienter zu gestalten. Teilweise durchaus mit Erfolg, aber es geht nur sehr zäh voran. Wenn man ein System der Staatsmedizin einmal hat, kommt man nur schwierig wieder heraus. Deutschland wäre besser beraten, sich an der Schweiz und den Niederlanden zu orientieren, also an Systemen, die dem deutschen im Grunde ähnlich sind, die aber in stärkerem Maße auf Wettbewerb und Wahlfreiheit vertrauen. ■



Zukunft der Privatmedizin Im Bundestagswahlkampf wird die Bürgerversicherung vom linken Spektrum zum wiederholten Male als Garant einer gerechten medizinischen Versorgungswelt bemüht. Würde sie Realität, hätte das gravierende Konsequenzen für privatärztliche Strukturen. Welche Perspektiven zeichnen sich ab? Welche Gestaltungsmöglichkeiten hat die Ärzteschaft?

Text: Ulrike Scholderer Fotos: Georg Lopata, PVS Baden-Württemberg, PVS Westfalen-Nord

Quo vadis privatärztliche Tätigkeit?

Mit dieser Fragestellung lädt der PVS Verband in Zusammenarbeit mit den Privatärztlichen Verrechnungsstellen vor Ort im Vorfeld der Bundestagswahl zu einer Reihe von Diskussionsveranstaltungen ein. Gemeinsam mit Vertretern der Bundesärztekammer und des PKV Verbandes diskutiert die PVS die Zukunftsperspektiven der Privatmedizin. Eine wie auch immer ausgestaltete Bürgerversicherung würde die Privatmedizin existentiell bedrohen. Gleichzeitig war die Wahrscheinlichkeit, dass Ärzteschaft und PKV Verband sich auf einen gemeinsamen Vorschlag für die GOÄ-Novelle einigen, noch nie so hoch wie heute. Das ist eine große Chance, die Zukunft aktiv mitzugestalten.

Der Wiedergänger

Seit 15 Jahren geht das Gespenst der Bürgerversicherung um. Zum ersten Mal ins Spiel gebracht wurde das Konzept einer Einheitskrankenversicherung im November 2002 durch die von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte Rürup-Kommission. Vor allem die SPD propagierte damals den Systemwechsel. Wenn sich seitdem mit diesem Vorschlag auch keine Wahl gewinnen ließ, feiert das Modell vor jeder Bundestagswahl doch uhrwerksartig seine Auferstehung. Grüne, Linke, SPD fordern unermüdlich die Einführung einer Bürgerversicherung als Weg zu einer einheitlichen und deshalb gerechten Gesundheitsversorgung für alle. Allerdings hat man aus den Niederlagen gelernt und bemüht sich jetzt, Widerstände abzubauen. „Man versucht den Ärzten weiszumachen, dass es keine Risiken gäbe. Ihr Verdienst solle gleich bleiben“, sagte Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes und

Verhandlungsführer der Ärzteschaft bei der GOÄ-Novelle, im Rahmen der Veranstaltung in Münster. Das produzierte unweigerlich die Gegenfrage: „Wozu brauchen wir dann die Bürgerversicherung?“, so Reinhardt weiter.

Geht man davon aus, dass die privatärztlichen Leistungen künftig nach dem EBM vergolten werden, verlieren allein die niedergelassenen Haus- und Fachärzte Honorare in Höhe von 6 Milliarden Euro jedes Jahr. Das ist das Ergebnis der Studie „Experiment Bürgerversicherung“, die der PVS Verband im Frühjahr vorgelegt hat. „Diese Honorareinbußen führen unweigerlich zu Qualitätsreduktionen und Personalabbau bis hin zu Praxisaufgaben und damit zu Versorgungsengpässen“, warnt Stefan Tilgner, Geschäftsführer des PVS Verbandes. Die Versicherten müssen in einer Bürgerversicherung mit Leistungsrestriktionen, mengenmäßiger Budgetierung und erschwerem Zugang zu Innovationen rechnen. „Im privaten System können Innovationen schnell eingeführt werden“,



„Gleiches Geld für gleiche Leistung – das ist gefährlicher Populismus.“

Stefan Tilgner, Geschäftsführer des PVS Verbandes



Get-together nach der Diskussionsrunde in der PVS Akademie in Stuttgart.

v. l. n. r.: Dr. Volker Leienbach (PKV Verband), Stefan Tilgner (PVS Verband), Helmut Laschet (Ärzte Zeitung) und Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer) bei der Podiumsdiskussion im Zwei Löwen Klub in Münster.



hebt Reinhardt hervor. Grund dafür sei die privatärztliche Gebührenordnung. „Vergleicht man GOÄ und EBM, so sehe ich ein schlankes Sportboot und ein Ruderboot vor mir.“ Denn die GOÄ bietet die Möglichkeit der Analogabrechnung, künftig soll die Gebührenordnung kontinuierlich aktualisiert werden. Ist eine Leistung Element der GOÄ, kann sie auch erbracht und abgerechnet werden. Im Gegensatz dazu dauert die Zulassung über den G-BA unverhältnismäßig lange. „Anders als die GKV kennt die PKV keinen Erlaubnisvorbehalt“, erläutert Dr. Volker Leienbach, Direktor des PKV Verbandes. „So erfüllt die PKV oft die Rolle eines Türöffners für Innovationen, weil sie neue Therapien und Geräte frühzeitig erstattet. Das treibt dann auch die GKV an, diese neuen Angebote aufzugreifen. Auf diese Weise schützt der Systemwettbewerb vor medizinischem Stillstand und kommt damit allen Patienten zugute.“ Die GKV hat im Gegensatz zur PKV ein starkes Steuerungsinstrumentarium, sie regiert in die Therapiefreiheit hinein. „Wir als PKV garantieren die ärztliche Therapiefreiheit“, führt Leienbach aus. „Die Kehrseite sind Anreize zur Leistungsausweitung. Dieses System erfordert also einen verantwortlichen Umgang aller Beteiligten.“

Schlüsselrolle GOÄ-Novelle

„Eine gute GOÄ mit zeitgemäßer Leistungsbeschreibung ist ein guter Schutz gegen die von einigen Parteien betriebene allmähliche Aufweichung der PKV“, betont Dr. Florian Reuther, Geschäftsführer und Leiter der Rechtsabteilung im PKV Verband, bei der Diskussionsveranstaltung in Frankfurt. Und tatsächlich haben Ärzteschaft und PKV die größten Hürden für einen gemeinsamen Novellierungsvorschlag aus dem Weg räumen können. „Es gibt keine Sollbruchstellen mehr“, fasst Leienbach den Verhandlungsstand zusammen. Bis zum Beginn der Koalitionsverhandlungen soll der Entwurf fertig sein. Aktuell geht es um letzte Abstimmungen bei den Leistungsbeschreibungen und um die Leistungsbewertungen. Pauschal in den Raum gestellten Forderungen nach einem Inflationsausgleich über 30 Jahre erteilt Hartmannbund-Chef Reinhardt eine deutliche Absage. „Wenn wir ein zweigliedriges Versicherungssystem erhalten wollen, dann müssen alle, auch Beihilfe und Patienten, Akzeptanz dafür aufbringen können.“ Deshalb gelte es, bei der Bewertung der neuen GOÄ-Leistungen Augenmaß walten zu lassen. Genauso betont Leienbach die Notwendigkeit, jetzt eine für alle Seiten akzeptable Lösung hinzubekommen. Denn ein Scheitern der Novelle werde von den Gegnern des dualen Systems als Einfallstor für die Bürgerversicherung ausgenutzt.

Gleiches Geld für gleiche Leistung?

Während die Bürgerversicherung in Reinform sich vor allem in den Wahlprogrammen findet, zeichnet sich inzwischen eine neue Strategie ab, eine Reform der Versicherungssysteme voranzutreiben. PVS-Verbandsgeschäftsführer Tilgner warnt vor einer Salamtaktik, bei der es darum gehe, mit kleinen Schritten bis zur großen Lösung zu kommen. Einer dieser Schritte ist die Idee der Vereinheitlichung der Gebührenordnungen. Statt EBM und GOÄ also gleiches Honorar für gleiche Leistung, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten. Das klingt plausibel. Vorgetragen werden solche Überlegungen sogar von Gesundheitspolitikern aus Unionskreisen. Wie das vorstatten gehen soll, dazu bleiben die Politiker Antworten schuldig. „Die Vorstellung, eine Vereinheitlichung der Gebührenordnungen liefe darauf hinaus, dass am Ende alles auf Ebene der GOÄ abgerechnet würde, ist irrig“, betonte Tilgner bei der Veranstaltung im Haus der PVS Akademie in Stuttgart. Vielmehr werde das Ergebnis eine „Einheits-GOÄ zu EBM-Konditionen“ sein. „Gleiches Geld für gleiche Leistung – das ist gefährlicher Populismus“, so Tilgner. Mit der Vereinheitlichung der Gebührenordnung wäre ein wesentlicher Schritt in Richtung Einheitsversicherung gemacht. Denn mit den Unterschieden in der Vergütung gehen notgedrungen auch Qualitätsanreize und Therapiefreiheit verloren. Im Kern geht es darum: Der Staat wird immer tiefer in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingreifen, der Arzt gerät immer mehr ans Gängelband. Mit der Vereinheitlichung der Gebührenordnung schwinden damit die letzten Freiheitsgrade in der medizinischen Versorgung.

Ein anderer kleiner Schritt in Richtung Bürgerversicherung ist der Vorstoß des Hamburger Senats, seinen Beamten die Entscheidung für GKV statt Beihilfe und PKV künftig zu „erleichtern“. Dazu erklärt sich der Senat bereit, den Arbeitgeberanteil zu den GKV-Beiträgen auf Wunsch auszubehalten. Allerdings: So klein der Schritt auch scheint, auch er könnte zum Dammbuch führen. Umso mehr gilt es jetzt, eine für alle Beteiligten akzeptable neue GOÄ auf den Weg zu bringen. Einen besseren Schutzwall gegen die Bürgerversicherung gibt es nicht, so das Fazit der Veranstaltungen. ■



„Vergleicht man GOÄ und EBM, so sehe ich ein schlankes Sportboot und ein Ruderboot vor mir.“

Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes

Die **soziale Selbstverwaltung** erlebt zunehmend Eingriffe von Seiten des Staates. Mit einer „Bürgerversicherung“ droht die vollkommene politische Kontrolle der Krankenversicherung.

Text: **Andreas Mihm** Illustration: **iStock**



Am Gängelband der Politik

Freunde der Einheitsversicherung begründen ihre Fundamentalkritik an der Dualität der deutschen Krankenversicherung gerne damit, dass die Trennung in einen privaten und einen gesetzlichen Zweig einmalig auf der Welt sei. Zumindest ungewöhnlich ist im internationalen Vergleich auch die hiesige Autonomie der Sozialversicherung vom Staat. Zumindest nominell verwaltet sie sich selbst. 51 Millionen Bürger waren dieses Jahr aufgerufen, bei den Sozialwahlen ihre Kandidaten in die Verwaltungsräte von Kranken- und Rentenkassen zu berufen. Ein Drittel hat die Chance zur basisdemokratischen Legitimierung dieses subsidiären Prinzips genutzt. Es geht zurück auf die von Bismarck vor mehr als 130 Jahren eingeführte Versicherung: Der Staat schreibt den Versicherungsschutz vor, aber die Beteiligten regeln die Details möglichst autonom.

Allerdings ist von der Autonomie heute nicht viel geblieben. Unter dem Vorwand, es diene dem Schutz des Verbrauchers, der Patienten und Beitragszahler, schränkt die Politik die Möglichkeiten der Kassen zum selbstständigen Handeln immer weiter ein. 95 Prozent der Leistungen sind normiert. Auf die „freiwilligen“ Leistungen hat die Staatsaufsicht ein wachsames Auge. Über angebliche Verschwendung sollen nicht die Vertreter der Beitragszahler urteilen, sondern von der Regierung mandatierte Bürokraten. Die Gehälter der Kassenchefs sind gedeckelt, unlängst wäre es beinahe so weit gekommen, dass die Bundesvereinigungen der Kassen, Ärzte und Zahnärzte ihre Etats dem Gesundheitsminister vorab zur Genehmigung hätten vorlegen sollen. Ende Juni lehnte der Gesundheitsausschuss gar mit 36 zu null Stimmen die beiden

Kandidaten der Selbstverwaltung für die Spitze des G-BA ab. Begründet werden musste das nicht, aber es war offensichtlich, dass die hinter der Hand geäußerte Kritik – kein Mediziner, keine Frau, schwierige Persönlichkeit – nicht durch das Gesetz gedeckt war. (Jetzt hat die Selbstverwaltung zwei Ärztinnen vorgeschlagen.)

Natürlich müssen sich Ärzte und Kassen die gesundheitspolitische Gängelung zum Teil selbst zuschreiben. Zu viel ist zu oft schief gelaufen, bei den internen Grabenkämpfen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder es wurde unzureichend kontrolliert, wie Missmanagement bei Krankenkassen.

Nachdem der Gesetzgeber die Professionalisierung der Vorstände angestoßen hat, sollte die Selbstverwaltung nun ihre Verwaltungsräte professionalisieren. Doch schützt auch das nicht davor, dass die Regierung, die sich durch Steuern zu finanzieren hat, sich der Beitragsgelder bemächtigt – sei es, um Aufgaben ihrer Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung zu finanzieren, Mittel für die Sanierung von Kliniken („Strukturfonds“) aus dem Gesundheitsfonds zu nehmen, oder dort 1,2 Milliarden Euro für die Erprobung „innovativer Versorgungsformen“ zu entnehmen.

Wer so mit der Selbstverwaltung umspringt, der dürfte im Falle eines Falles auch wenig Skrupel haben, die in Kammern verfasste Selbstverwaltung (nicht nur) der Ärzte hart anzufassen. Wenn es dann auch nur noch eine „Bürgerversicherung“ gäbe, wäre die vollkommene politische Kontrolle auf dem Weg in ein staatliches Gesundheitssystem absehbar. ■



politik



medizin



praxis

Workshops, Plenum,
Innovationsforum

TAG DER
privatmedizin



INNOVATIONEN UND IMPULSE FÜR IHRE PRIVATBEHANDLUNG

Der einzige Querschnittskongress für die Privatmedizin: **Von Ärzten – für Ärzte!**

Diskutieren Sie unmittelbar nach der Wahl mit namhaften Experten über die Folgen für die Privatmedizin. Holen Sie sich wichtige Impulse für Ihre tägliche Praxis: Zu den politischen Optionen, zur aktuellen Entwicklung der GOÄ und zu ausgewählten Konzepten für die privatmedizinische Diagnostik, Therapie und Prävention.

Profitieren Sie von Expertentipps für Ihr Praxismanagement und die Wirtschaftlichkeit Ihrer Privatbehandlung.

**Samstag, 14. Oktober 2017,
Frankfurt / Main**

Infos und Anmeldung unter:
www.tag-der-privatmedizin.de



[tag-der-privatmedizin](https://www.facebook.com/tag-der-privatmedizin)

**Fortbildungspunkte
beantragt! ***

* Der Kongress in 2016 wurde
mit 12 Fortbildungspunkten
zertifiziert.



PROFITIEREN SIE VOM PVS-VORTEIL:

Jetzt PBV-Mitglied werden und doppelt sparen! *

* Wenn Sie jetzt zu Vorzugskonditionen Mitglied im PBV werden, erhalten Sie **kostenfreien Eintritt** zum Tag der Privatmedizin!

Mehr erfahren Sie hier:

www.pbv-aerzte.de/pvs-vorteil

Ja, ich möchte kostenlos teilnehmen. Senden Sie mir Anmelde- und PBV-Beitrittsunterlagen.

Ich melde mich kostenpflichtig an.

Teilnehmer

Ihr Praxisstempel

Bitte ausschneiden und im verschlossenen Umschlag senden an:

Tag der Privatmedizin TNP · Vinckeweg 15 · 47119 Duisburg, oder **per Fax an: 02 03 / 800 79 99**

Herausgeber



Ideeller Sponsor



**Stiftung
Privatmedizin**

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

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

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

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



Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de

