

Achten Sie (auf) sich!

Wege zu mehr Arztgesundheit



4

Praxismanagement

... und dann bin ich auch noch Chef

Mitarbeiterführung ist mehr als Aufgabenverteilung und das Führen von Gehaltsgesprächen.

16

Praxis und Recht

Selbstzahlerleistungen richtig abrechnen

Vom Angebot bis zur Abrechnung – was bei IGeL-Leistungen zu beachten ist.

20

Gesundheitspolitik

Die Tücken der Demografie

Der Bundesgesundheitsminister treibt die Sozialausgaben in die Höhe. Ein riskanter Kurs.

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



... und dann bin ich auch noch Chef

Ob in Klinik oder Arztpraxis – Mitarbeiter anzuleiten gehört zum Arbeitsalltag. Doch Personalführung bedeutet, mehr als Aufgaben zu verteilen oder einmal im Jahr in Gehaltsgesprächen zu sitzen.

Praxisfinanzen



Die „Geld-Roboter“ kommen

Robo-Advisor versprechen mehr Vermögen durch weniger Emotion. Einfach, transparent und günstig sollen sie sein. Aber stimmt das wirklich?

Gesundheitspolitik



Jens Spahn und die Tücken der Demografie

Der Bundesgesundheitsminister treibt mit seinen zahlreichen Vorhaben die Sozialausgaben in die Höhe. Wie das alles langfristig finanziert werden soll, sagt er nicht. Angesichts der rasanten Alterung der Gesellschaft ist dieser Kurs hochriskant.



TITEL

Achten Sie (auf) sich!

Ärzte – die unverwundbaren, stets einsatzbereiten Heiler. Sie machen Überstunden, überarbeiten sich, gehen trotz Krankheit in die Praxis oder Klinik. Schluss damit, fordern Experten. Und bieten Lösungen an.

Praxis & Recht

16 Selbstzahlerleistungen richtig abrechnen

Was beim Angebot und der Abrechnung von IGeL-Leistungen zu beachten ist, erläutert Peter Gabriel, Geschäftsführer der PVS Südwest.



Mehr verdienen im Midijob

Ab Juli können Midijobber bis zu 1.300 Euro verdienen. Dadurch profitieren künftig mehr Arbeitnehmer von günstigeren Sozialabgaben und erwerben trotzdem volle Rentenansprüche.

PVS-Positionen

24 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN Explosive Mischung

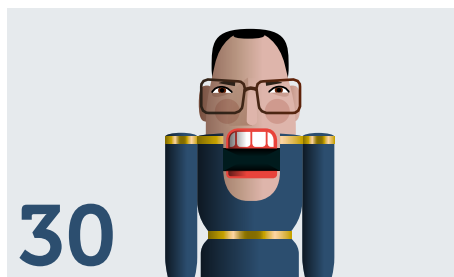
2019 könnte ein Jahr entscheidender gesundheitspolitischer Veränderungen werden. Grund sind der medizinisch-technische Fortschritt, die Überfälligkeit von Entscheidungen zur Digitalisierung und der Tatendrang des Bundesgesundheitsministers.

26 ABRECHNUNG Verschenken Sie kein Geld bei Gesprächsleistungen

28 PVS INTERN Stabwechsel in der PVS Sachsen

29 PVS INTERN Branchentreff zu Forderungsmanagement und Abrechnung

Gastkommentar



Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck

Bundesgesundheitsminister Spahn ist offensichtlich mit seiner Geduld am Ende. Die Selbstverwaltung scheint das Gesundheitssystem nicht voranzubringen, sondern eher zu blockieren. Dennoch ist sie ein hohes Gut. Sie muss sich aber auf ihre Aufgabe, den Patienten zu dienen, besinnen. Und effizienter werden.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

25 | VERANSTALTUNGEN

27 | MITTMANNS KOLUMNE

27 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“, heißt es im Genfer Gelöbnis. Studien zeigen aber, dass Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, sich selbst hintanzustellen. In Klinik und Praxis dreht sich alles um die Patienten mit ihren Leiden, Hoffnungen, Ängsten und Sorgen. Stets für diese da zu sein, ist ein wesentlicher Teil des ärztlichen Selbstverständnisses. Und jetzt, da sich in immer mehr Regionen zeigt, dass es viel zu wenig Medizinerinnen und Mediziner gibt, um den Behandlungsbedarf erfüllen zu können, nimmt die Belastung für jeden praktizierenden Arzt spürbar zu. Um so wichtiger wird es, gegen die selbst auferlegte Verpflichtung, bis über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit hinaus zu arbeiten, anzugehen. Unsere herzliche Bitte an Sie ist: Bitte achten Sie auf sich. Denn wir alle brauchen Sie.

Ein optimal funktionierendes Praxisteam, eine gute Arbeitsatmosphäre auf der Station können einen erheblichen Teil dazu beitragen, Sie zu entlasten. Aber wie bekommt man das hin, dass alles wie am Schnürchen läuft, alle wissen, welche Funktion sie im System Praxis oder Klinik haben, und vor allem gern zusammenarbeiten? Mitarbeiterführung ist nichts, was auf dem Lehrplan des Medizinstudiums steht. Vielmehr ist sie eine zusätzliche Herausforderung, die meist mit einem Sprung ins kalte Wasser beginnt. Doch es gibt Hilfe. Die Bundesärztekammer hat ein Curriculum entwickelt, das Schlüsselkompetenzen vermitteln soll. Im Mittelpunkt stehen Führungsansätze, vor allem aber die Entwicklung eines eigenen Führungs- und Kommunikationsstils.

Besondere Aufmerksamkeit möchte ich auf den gesundheitspolitischen Beitrag von Dr. Dorothea Siems lenken. Sie arbeitet klar heraus, welche Finanzierungsprobleme durch den demografischen Wandel auf die Sozialversicherungen zukommen. Jens Spahns Politik der Spendierhosen mag zwar aktuelle Notlagen lindern, ist aber langfristig gefährlich. Deutlich wird: Umlagefinanzierung und Steuerzuschüsse werden schon bald an ihre Grenzen stoßen.

Es ist also wieder ein buntes Portfolio an Themen, das wir für Sie zusammengestellt haben. Wir wünschen Ihnen eine anregende und informative Lektüre!

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Mitarbeiterführung Ob in Klinik oder Arztpraxis – Mitarbeiter anzuleiten gehört zum Arbeitsalltag. Doch Personalführung bedeutet mehr, als Aufgaben zu verteilen oder einmal im Jahr in Gehaltsgesprächen zu sitzen. Kluges Führen beinhaltet viel Reflexion – und führt nicht selten zu persönlichen Aha-Momenten.

Text: Romy König

... und dann bin ich auch noch Chef

Wagen Sie einmal den Versuch und lauschen Sie, nur kurz, den Gesprächen Ihrer Mitarbeiter: Kommunizieren sie direkt miteinander, offen? Ist der Ton zugewandt, kollegial? Und: Arbeiten sie eigenständig, kommen auch gut ohne Ihre Anweisungen aus? Spüren Sie, für Momente nur, in die Atmosphäre hinein: Wie wird zwischen Empfang, Untersuchungsraum und Wartezimmer gearbeitet: hektisch, angestrengt, gar übel-launig? Oder konzentriert – und dennoch entspannt?

Es sind kurze Eindrücke wie diese, an denen man ein gut funktionierendes – und damit auch gut geführtes – Praxisteam erkennt, meint Sabine Neuwirth, Kommunikationstrainerin aus München. Seit Jahren suchen Ärzte ihre Seminare auf, um Führungsverhalten und Kommunikation zu lernen – laut Neuwirth eine durchaus gute und vorausschauende Investition in die eigene Niederlassung: „Wenn es innerhalb des Praxisteams zu Konflikten kommt, gehen immense Ressourcen verloren“, davon ist sie überzeugt. „Hier ist der Arzt als Führungskraft gefordert.“

Der Arzt als Führungskraft. Neben allem, was ohnehin schon von einem Mediziner gefordert wird – fachliche Exzellenz, stete Qualität, Empathie für Patienten, wirtschaftliches Handeln – nun also auch noch dies: Chef sein. Manager von Personal, Steuermann von Prozessen, vielleicht gar Mentor und Vorbild, Ansprechpartner bei Problemen der Angestellten allemal.

Für Sabine Neuwirth ist diese Anforderung an Mediziner ein Ausdruck unserer Zeit: Effizienz und Wirtschaftlichkeit stünden heute auch in den Praxen stärker denn je im Vordergrund, Patienten avancierten zu Bezahlern; Arztpraxen mithin zu modernen Dienstleistungsunternehmen, die – und das ist der Punkt – lediglich mit gutem

„Wenn es innerhalb des Praxisteams zu Konflikten kommt, gehen immense Ressourcen verloren“, meint Sabine Neuwirth.



Augen und Ohren auf

Was passiert vor der Tür Ihres Arztzimmers? Tauschen MFA misstrauische Blicke aus? Fallen zynische Kommentare? Gibt es Spannungen? Bleiben Sie empfänglich für die Stimmung im Team – dann können Sie rechtzeitig gegenlenken.

Praxispersonal funktionieren und erfolgreich sein können. „Im Zuge dieser Entwicklungen gewinnt der Arzt als Führungskraft eine, wenn auch häufig noch ungewohnte, doch auf jeden Fall tragende Rolle.“

Nicht nur aufs Bauchgefühl verlassen

Im stationären Sektor sieht es kaum anders aus: „Auch hier sind Führungskompetenzen mehr denn je gefordert“, so Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin. In den Kliniken habe bislang die Figur des Chefarztes Stabilität und Kontinuität in die einzelnen Abteilungen gebracht, auch für deren Ausrichtung und Weiterentwicklung gesorgt. Heute sei aber zunehmend die mittlere Leitungsebene gefragt. „Hier gewinnt ärztliche Führung eine neue Dimension“, so Jonitz. Es gehe nicht mehr nur um die fachliche und personelle Weiterentwicklung einer Abteilung, sondern um die „effektive Gestaltung des Organisationswandels und um das bestmögliche Zusammenspiel aller beteiligten Berufsgruppen“. Gefragt sei eine „professionelle Führungskompetenz“, die all das im Blick habe und sich nicht ausschließlich auf das Bauchgefühl verlasse. Problem nur: Im Studium werden solche Strategien oder Kniffe nicht gelehrt, in Praxen und auf Klinikfluren regiere, so Jonitz, ein „Learning by doing“. Unter seiner Mitwirkung hat die Bundesärztekammer deshalb vor einigen Jahren auf Basis einer Bedarfsanalyse ein Curriculum entwickelt, das sowohl ambulant als auch stationär arbeitenden Medizinern Schlüsselkompetenzen beibringen soll. Hier wird vermittelt, was in Aus- und Weiterbildung fehlt: Führungsansätze, die Entwicklung eines eigenen Führungsstils, das Herausschälen von Kommunikationskills.

Erster Schritt: Führungsrolle annehmen

Wer sich bei Sabine Neuwirth ins Seminar setzt, lernt erst mal eines: Für ein gutes Team braucht es eine starke Führung, klare Absprachen und nahtlose Kommunikation. „Wenn die Zusammenarbeit im Praxisteam nicht stimmt, trägt der Arzt die Verantwortung“, so Neuwirth. Nun kennt die Managementliteratur mehrere unterschiedliche Führungsmodelle: Der autoritäre Führungsstil setzt auf Anweisungen und Kontrolle – eine klassische Methode, auf die nach Neuwirths Beobachtung vor allem ältere Ärzte noch setzen. Kooperativ führen Ärzte hingegen, wenn sie ihre Mitarbeiter in das Geschehen einbeziehen, auch Diskussionen erlauben oder sogar anstoßen. Ein hohes Maß an Freiheit genießen wiederum Mitarbeiter, deren Chefs dem Laissez-faire-Stil folgen: „Lasst sie machen“, lautet hier das Motto, eigenständiges Arbeiten wird verlangt, Individualität geschätzt. Vor allem jüngere Praxisinhaber zögen sich gern mal aus der Organisation des Alltags zurück, beobachtet Neuwirth, und vertrauten darauf, dass die Praxis auch ohne ihren Druck und ihre Aufsicht reibungslos läuft.

Viel wichtiger aber, als nun einem bestimmten Managementmodell nachzueifern, ist es laut Neuwirth, authentisch zu führen. Dafür gilt es zunächst, die eigene Führungsrolle zu akzeptieren. Man sollte also nicht hoffen, dass sich Prozesse und Rollenverteilungen schon auf mysteriöse Weise selbst regeln, sondern sich aktiv als Vorgesetzte begreifen – und dies unabhängig davon, ob man sich nun als Teil des Teams betrachten oder eher einen distanzierteren Führungsweg einschlagen will. „Wichtig ist, dass ein Arzt seine Aufgabe als Leiter der Praxis wahrnimmt, sie ernst nimmt – oder aber in Teilen delegiert, etwa an eine Praxismanagerin oder Ersthelferin.“ Für Aha-Effekte sorgen kann dann eine Analyse, wie sie häufig zu Beginn von Führungskräftecoachings durchgeführt wird: Jeder Vorgesetzte hat schließlich einen anderen Stil, fühlt sich in einem anderen Gebaren oder Handlungsmuster wohl, sollte dies aber bewusst reflektieren: Wie gebe ich Anweisungen? Gebe ich überhaupt gern Anweisungen? Und wie werden diese Anweisungen verstanden? Bin ich eher der Kumpeltyp, Vertrauensmann, mehr Freundin denn Chefin? Oder brauche ich einen gewissen professionellen Abstand zu meinen MFA?



Individuelle Ansprache

Der Personalexperte und Autor Horst-Joachim Rahn empfiehlt, gruppenorientiert zu führen: Schüchterne ermuntern, Außenseiter einbinden, Leistungsstarke fördern, Faule anspornen, Unruhestifter bremsen. Auch hier gilt: beobachten, einfühlen, handeln.

Sabine Neuwirth: betreibt das Kommunikations- und Trainingsstudio „München Coaching.“
www.muenchen-coaching.de

„Die Haltung oder Position des Arztes als Führungskraft spiegelt sich ja am Ende auch im Auftreten und Agieren seiner Mitarbeiter wider“, so Neuwirth.

Prägen und gestalten – Führung als Chance für Praxis und Klinik

Eine psychologische Reise also? Führungsverhalten zu lernen, bedeutet tatsächlich immer auch, die eigene Position zu beleuchten, die eigenen Werte abzuklopfen. Neuwirth: „Die Haltung oder Position des Arztes als Führungskraft spiegelt sich ja am Ende auch im Auftreten und Agieren seiner Mitarbeiter wider.“ Wer sich also auf den Weg der Personalführung begibt, unternimmt dafür zwangsläufig auch eine Reflexion der eigenen Persönlichkeit. Und muss sich spätestens dann die Frage stellen: Was will ich repräsentieren? Und wofür soll meine Praxis stehen?

Auf der Managementebene eines Krankenhauses gilt das einmal mehr: Von „Werthaltungen und Fähigkeiten“ spricht Josef Düllings, Präsident des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). In seinem Buch „Fokus Führung“, das er gemeinsam mit zwei Kollegen herausgegeben hat, beschreibt er Prinzipien personaler



© Sabine Neuwirth

Führung, berichtet von Menschen – er nennt sie „Take-off-Persönlichkeiten“ –, die das Verhalten auch anderer Personen in ihrem Umfeld prägen, von „Multiplikatoren, die zur produktiven Nachahmung motivieren“. Die Kultur, die diese Führungskräfte vertreten und ausstrahlen, werde zwangsläufig zur Kultur der Abteilung, der Klinik, der Arztpraxis. Man denke etwa an familiengeführte Unternehmen, die „traditionell die Prägung ihres Firmengründers in ihre Kultur“ übernommen hätten, so Düllings.

Wissen teilen, Werte vermitteln – so geht Führung heute

Was heißt das fürs Tagesgeschäft? Eine erste Werthaltung wäre etwa, ständig an den eigenen Fähigkeiten zu arbeiten und persönlich zu wachsen, sagt Düllings: Es müsse „also der persönliche Take-off“ erfolgen, bevor die Klinik oder die Arztpraxis aufsteigen könne. Vermitteln sollten Führungskräfte außerdem den Willen, am Ball zu bleiben, einen Misserfolg nur als Zwischenergebnis zu werten. Zudem sollten sie laut Düllings nicht mit Informationen geizen, ruhig auch ihre Ideen weitergeben. „Geheimdiplomatie in Krankenhäusern ist kalter Kaffee“, so der Diplom-Soziologe, der das St. Vincenz-Krankenhaus in Paderborn leitet. Und schließlich müsse sich jeder, der Personalverantwortung trage, darüber im Klaren sein: Auch die besten Mitarbeiter kommen als Gesamtpaket daher, haben also Stärken und Schwächen. „Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, vor allem auf die Stärken



Verdient eine Renaissance: das Leitbild

Wahrlich eine etwas altbacken, verkopft wirkende Maßnahme, doch für das Leitbild bricht der Paderborner Klinikchef Josef Düllings gern eine Lanze: Es sei „eine Art Grundgesetz“ einer Einrichtung, das deren wesentliche Werte – freundlicher Umgang, gegenseitige Achtung und Information, miteinander statt übereinander reden – festhält. Der Vorteil: Verstöße können unter Berufung auf das Leitbild angesprochen werden. Es müsse aber runter von Wand oder Schreibtisch und Teil der alltäglichen Kommunikation werden, gehöre also in Gespräche eingeflochten.

zu achten, diese zu würdigen und gezielt einzusetzen, damit sie wachsen können“, so der Klinikchef. Und hat dabei durchaus ökonomische Hintergedanken: „Wertschätzung ermöglicht auch viel leichter Wertschöpfung.“

Sprecht miteinander!

Hinweise, die auch für die Arztpraxis gelten: „Anerkennung und Wertschätzung sind der Schlüssel für motivierte Mitarbeiter in einer Praxis“, bestätigt Ärzte-Coach Sabine Neuwirth. Sie rät Ärzten dazu, in stetigem Gespräch mit ihren Mitarbeitern zu bleiben. „Und zwar fortlaufend und effektiv.“ Was vor allem eine klare Linie bedeutet: regelmäßige Teamsitzungen einberufen, Themen auf den Tisch bringen, Ziele setzen – und ein Zeitmanagement vereinbaren.

Auch Josef Düllings hält Kommunikation für einen wirklichen Hebel der Mitarbeiterführung, muss aber erkennen, dass sie allzu oft für selbstverständlich gehalten werde. Reden? Kann doch jeder. Zuhören? Aber klar. Nicht alle

„Vermitteln sollten Führungskräfte außerdem den Willen, am Ball zu bleiben, einen Misserfolg nur als Zwischenergebnis zu werten,“ rät Josef Dülling.

Hier gibt es weitere Informationen:

Die **Landesärztekammern bieten Führungsfortbildungen** nach dem von der BÄK entwickelten Curriculum an. Die nächsten Termine des dreitägigen Seminars der Ärztekammer Berlin etwa sind der 9. bis 11. Mai sowie der 13. bis 15. Juni 2019; im sächsischen Leisnig werden Ärzte am 21. und 22. März sowie am 16. und 17. Mai fit für die Führung gemacht (Ärztekammer Sachsen); bayerische Ärzte haben vom 1. bis 6. April 2019 Gelegenheit (Bayerische Landesärztekammer), ihre Führungsskills zu schärfen. Infos bei den jeweiligen Kammern.

Der Ratgeber **„Fokus Führung. Was leitende Klinikmitarbeiter wissen sollten“** wurde herausgegeben von Dr. Josef Düllings, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser und Andreas Westerfellhaus. Erschienen ist er 2016 in der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft (ISBN 978-3-95466-241-8).

Wer weiter in die Materie von (Personal-)Management und Betriebswirtschaft einsteigen möchte, findet Lehrreiches in Horst-Joachim Rahns Buch **„Unternehmensführung“**, dessen neunte aktualisierte Auflage 2015 erschienen ist (Verlag Kiehl, ISBN 978-3-470-43019-5).



Feste feiern!

Josef Düllings schwört darauf, Erfolge gemeinsam „und gebührend“ zu feiern: Betriebsfeste, Jubiläen, Mitarbeiterereignisse, auch Ehemaligentreffs – Anlässe gebe es immer. „Dies alles hilft, sich als Dienstgemeinschaft und als Team zu fühlen“, so der VKD-Präsident.

Ärzte machten sich die Mühe, ihr Kommunikationsgeschick selbstkritisch zu hinterfragen. Die Folge: Kommunikation wird gerade in Kliniken erst dann zum Thema, „wenn sie misslingt“. Wenn also der eine Arzt plötzlich nicht mehr mit dem anderen kann, die Arzthelfer untereinander gräneln oder – sich anschweigen. Und nein, warnt Düllings, das eigene Gesprächsverhalten sei wahrlich keine Privatsache oder etwas rein Persönliches. Dass jemand sich hinter der Ausrede verschanze, er habe schon immer so gesprochen, das sei nun einmal seine Art, könne nicht akzeptiert werden. „Im Job bin ich Rollenträger und muss meine Funktion erfüllen“, so der VKD-Chef. Positives, zugewandtes Kommunizieren gehöre dazu, ebenso reflektiertes Vorgehen, indem man sich frage: „Wie reden wir miteinander – und zwar über Probleme, aber auch über Lösungen?“

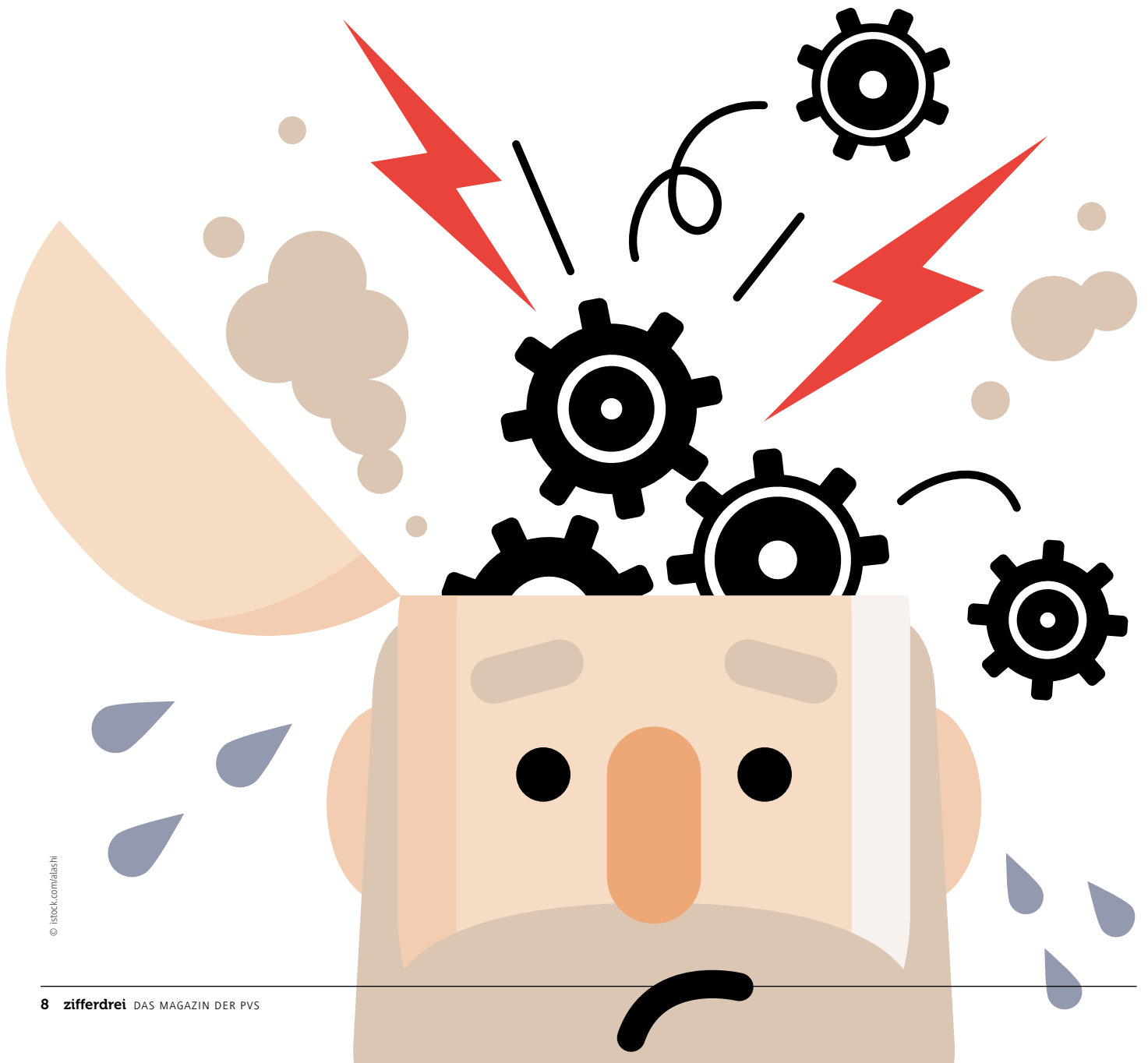
Und schließlich gilt, in Praxen wie in Kliniken: ansprechbar bleiben, nahbar bleiben. „Denn was Ihre Mitarbeiter am Ende wirklich brauchen“, diesen Rat gibt Neuwirth den Ärzten gern zum Abschluss der Coachings mit auf den Weg, „sind Sie.“ ■



Arztgesundheit Ärzte – die unverwundbaren, stets einsatzbereiten Heiler. Sie machen Überstunden, überarbeiten sich, gehen trotz Krankheit in die Praxis oder Klinik. Schluss damit, fordern Experten. Und bieten Lösungen an.

Text: Romy König

Achten Sie (auf) sich!



Prof. Dr. Jörg Braun ist Chefarzt der Inneren Medizin an der Park-Klinik Manhagen. Er engagiert sich schon lange zum Thema Ärztesundheit und macht auf Risiken und Auswirkungen bestimmter Verhaltensmuster aufmerksam. Mit der Gründung der Stiftung „Arztgesundheit“ leistet er einen Beitrag zur Aufklärung dieses Tabuthemas und bietet Hilfe:

<https://arztgesundheit.de/wp/>



© Jan-Rasmus Lippels

An Vorsorgeuntersuchungen erinnern, zu wahlweise mehr Bewegung oder mehr Ruhe raten, mit sanfter Bestimmtheit Suchttherapien oder Kuren empfehlen – es ist das tägliche Geschäft vieler Mediziner, Patienten auf gesundheitliche Risiken hinzuweisen und sie über richtiges, gesundheitsförderndes Verhalten aufzuklären. Doch die Ärzte selbst, das haben Studien gezeigt, übersehen oder missachten oft die Grenzen ihrer Belastbarkeit, steuern sich selbst nicht selten ins gesundheitliche Aus. Hinzu kommt: Sie thematisieren ihre eigene Befindlichkeit kaum, leisten lieber dem Mythos des immer gesunden Helfers und Heilers Folge.

„Ein Arzt gilt als unverwundbar, als allzeit einsatzbereit und beliebig belastbar“, sagt Prof. Dr. med. Jörg Braun von der Park-Klinik Manhagen in Großhansdorf bei Hamburg. Ein kranker Arzt, so die Beobachtung des stellvertretenden Ärztlichen Direktors, sei in etwa so unvorstellbar wie ein Dentist mit künstlichem Gebiss oder ein Metzger, der sich fleischlos ernährt.

Noch mit Fieber zur Arbeit

Braun hat in seiner Laufbahn viele Ärzte erlebt, die sich um alles kümmern, nur nicht um sich: die bis zur Selbstaufgabe arbeiten, die noch Patienten annehmen, obwohl sie selbst längst müde und abgeschlagen sind, sich mit Fieber zur Arbeit schleppen, Krankheitssymptome wie etwa Brustschmerzen ignorieren. Im Podcast einer Kollegin (siehe Hör Tipp) macht er seinen Befürchtungen Luft, berichtet von einem unter Mediziner weitverbreiteten „Präsentismus“, von „kontraproduktiven Verhaltensmustern“, die vor allem eins seien: gefährlich. „Es gibt überhaupt keinen Grund anzunehmen, dass Ärzte mit ewiger Gesundheit gesegnet sind“, warnt der Internist. Doch darüber reden, die Selbstaubeutung thematisieren, das scheuen die meisten Mediziner. Deshalb hat Braun die Stiftung „Arztgesundheit“ gegründet: In Vorträgen möchte er über die Gefahren informieren, sich zudem mit anderen Ärzten vernetzen. Dass er mit diesem Vorstoß ein Pionier ist, hat er spätestens gemerkt, als er eine passende Internetseite einrichten wollte: Um den doch so griffigen Namen „arztgesundheit.de“ hatte sich offenbar noch niemand bemüht – die Domain war noch frei.

„Ein Arzt gilt als unverwundbar, als allzeit einsatzbereit und beliebig belastbar“, sagt Prof. Dr. med. Jörg Braun.

„Lieber zum Medikamentenschrank als zu einem anderen Arzt“

Erst langsam setzt sich in Deutschland ein Bewusstsein dafür durch, dass die Gesundheit von Ärzten besondere Beachtung braucht. Erste Institute strengen Studien an, die den Gesundheitszustand von Mediziner ausloten – und Gefahren durch deren Arbeitssituation aufspüren sollen. Eine der jüngsten Befragungen dazu führte ein Wissenschaftsteam um Martina Minnweg von der Universität Bielefeld durch, dabei im Fokus: Anästhesisten. Das Ergebnis klingt auf den ersten Blick wenig alarmierend: Bis auf Allergien (28 Prozent) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (23 Prozent) gab es kaum Krankheitsbilder zu verzeichnen, im Allgemeinen attestierten sich die über 600 befragten Narkoseärzte sogar „einen guten Gesundheitszustand“.

Tatsächlich lebten Mediziner, verglichen mit Vertretern anderer akademischer Berufe, recht gesundheitsbewusst, rauchten etwa seltener, sagt Braun: „COPD tritt deshalb bei ihnen seltener auf als bei Nicht-Mediziner.“ Doch die große Gefahr liege woanders: Ärzte tendierten dazu, sich selbst zu diagnostizieren und zu behandeln. Und neigten dazu, ihre Erkrankung falsch und ihre Belastungsfähigkeit als zu hoch einzuschätzen: der Chirurg, der trotz Noro-Virus-Infektion noch im Operationsaal steht, auch wenn er den Eingriff immer wieder für seine Toilettengänge unterbrechen muss; der Hausarzt, der auch

92%

der Hausärzte gaben an, sich bei akuten Erkrankungen selbst zu diagnostizieren.

90%

therapieren sich sogar selbst.

© Quelle: „Arztgesundheit“
Universitätsklinik Jena

„Körperliche Untersuchungen funktionieren bei einem selbst nicht gut, und für eine optimale Anamnese fehlt die kritische Distanz.“

noch mit Erkältung seine Sprechstunde abhält „und seinen Patienten liebevoll die Hand zur Begrüßung reicht“ – Braun kennt solche Fälle. Er weiß auch von Ärzten, die bei „Befindlichkeitsstörungen“, wie er es nennt, lieber zum gut gefüllten Medikamentenschrank im eigenen Krankenhaus oder der eigenen Praxis gehen, statt einen Kollegen, zum Beispiel einen Hausarzt, zu Rate zu ziehen.

Das bestätigt Dr. med. Sven Schulz von der Universitätsklinik Jena: Der Wissenschaftler forscht am Institut für Allgemeinmedizin im Rahmen des hauseigenen Projekts „Ärztegesundheit“. Er fand bei Befragungen unter thüringischen und sächsischen Medizinerinnen heraus, dass noch nicht einmal jeder zweite Facharzt bei einem Hausarzt registriert ist. Hausärzte selbst konsultieren sogar noch seltener einen Fachkollegen: Nur jeder fünfte gab an, einen eigenen Hausarzt zu haben. Die große Mehrheit würde sich bei einer akuten Erkrankung selbst diagnostizieren (92 Prozent) und auch therapieren (90 Prozent). Woran das liegt? Braun vermutet, Ärzte hätten in ihrem Studium so viele Krankheitsbilder kennengelernt, dass sie insgeheim befürchteten, es könnte selbst hinter banalen Symptomen Schlimmeres lauern – und denen wolle man, wenn überhaupt, höchstens in Eigenregie auf die Spur gekommen. Viele fahren dann eine Selbstdiagnostik – die aber ihre Tücken hat, wie er im Podcast verrät: „Körperliche Untersuchungen funktionieren bei einem selbst nicht gut, und für eine optimale Anamnese fehlt die kritische Distanz.“ Selbst ein Komplettlabor, welches manche Ärzte dann für sich veranlassen, würde kaum „valide Daten“ bringen. Sich einen Hausarzt zu suchen, ist für Braun deshalb der erste Schritt zu mehr Eigenfürsorge.

Alles geben wollen – bis hin zum Burnout

Stets für seine Patienten da zu sein, fordert seinen Tribut: Schätzungen zufolge leidet ein Drittel aller in Deutschland tätigen Ärzte an einem Burnout-Syndrom. Von einem „Flächenbrand im Gesundheitswesen“ spricht deshalb etwa der Burnout-Experte und Autor („Burnout bei Ärzten“, Schattauer Verlag) Thomas M. H. Bergner. Auch die Bielefelder Anästhesistenstudie förderte zutage, dass sich die befragten Mediziner zwar körperlich recht gesund fühlten, doch auch – in immerhin mehr als einem Drittel der Fälle – ein „hohes Stressniveau“ und ein „eher

schlechtes psychisches Wohlbefinden“ wahrnahmen. Für die Studienautoren ein Warnsignal: Sie lesen die Berichte als ersten Indikator für eine Depression.

Schon früher gaben Untersuchungen Hinweise darauf, dass gerade Mediziner ein höheres Risiko haben, an einer Depression zu erkranken. Dr. Julika Zwack, Psychologin an der Universitätsklinik Heidelberg, hat deshalb mit mehreren betroffenen Ärzten gesprochen: Alle an ihrer Studie teilnehmenden Mediziner hatten sich zuvor an den Oberbergklinien behandeln lassen – einer kleinen, privaten Klinikette, die auf die Therapie von Ärzten ausgerichtet ist; der Klinikgründer, ein Neurologe, war einst selbst psychisch erkrankt. Nach möglichen Auslösern befragt, berichteten diese Ärzte von einer hohen zeitlichen Beanspruchung und vielen Diensten. Niedergelassene Ärzte nannten auch finanzielle Belastungen und bürokratische Anforderungen als große Stressoren. Doch auch die eigenen hohen Ansprüche in Sachen Erreichbarkeit sorgten für Anspannung. „Ständig per Mail oder mobil erreichbar sein zu müssen oder wollen, trägt erheblich zur Erschöpfung bei“, bestätigt Braun. Er empfiehlt Ärzten deshalb, elektronische Medien auch mal auszustellen, sich zurückzuziehen, Pausen einzulegen. „Es kann doch nicht sein, dass die Toilette am Ende der einzige Ort ist, an dem man mal seine Ruhe hat“, so Braun. Und noch einen weiteren

25%

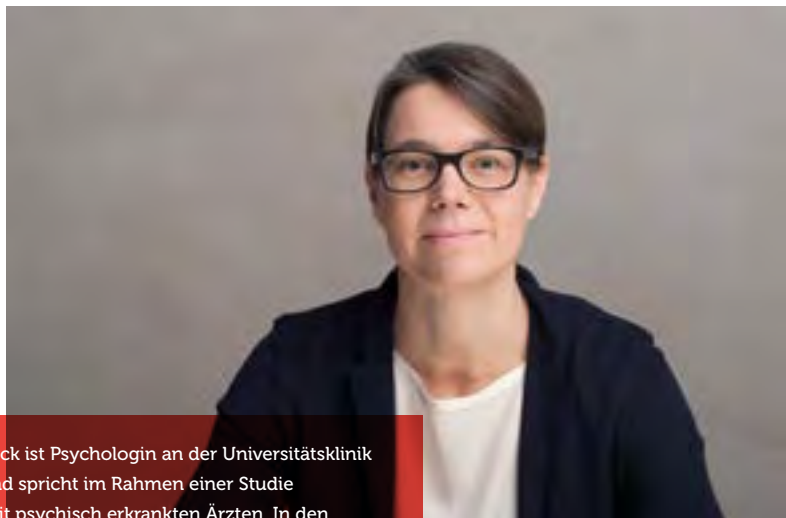
der Ärzte gaben an, sich ausgebrannt zu fühlen.

51
STUNDEN

beträgt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit.

Quelle: Ärztemonitor 2018

© Susanne Lencinas Fotografie



Dr. Julika Zwack ist Psychologin an der Universitätsklinik Heidelberg und spricht im Rahmen einer Studie regelmäßig mit psychisch erkrankten Ärzten. In den Gesprächen mit den Betroffenen fallen immer wieder vier Kernaussagen:

- „Erst die Arbeit“
- „Gut ist nicht gut genug“
- „Durchhalten um jeden Preis“
- „Die anderen gehen vor“

Mit anderen Worten: Pflichterfüllung, Perfektionismus, Aufgeben als tabuisiertes No-Go, Selbstaufopferung – das sind vier Leitsätze, die auch Hinweise auf Präventionsansätze liefern können.

<http://www.julikazwack.de>

**Buch-Tipp:****Dr. Julika Zwack**„Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz statt Burnout“
Thieme Verlag 2015; ISBN 9783131716323**Hör Tipp:**Zwei Ärzte tauschen sich aus: „Healthy Docs“ – Podcast der
Allgemeinmedizinerin **Dr. med. Christina B. Petersen**,
im Gespräch mit **Prof. Dr. med. Jörg Braun**:[https://anchor.fm/healthy-docs/episodes/
HD-002-Arztgesundheit-e1nmkr](https://anchor.fm/healthy-docs/episodes/HD-002-Arztgesundheit-e1nmkr)**Webtipps:**www.arztgesundheit.de (Stiftung Arztgesundheit)www.aerztegesundheit.de (Institut für Ärztegesundheit,
mit Adressen, Tipps und Selbsttest)

© istock.com/serinyapimgam

wichtigen Hinweis lieferte die Heidelberger Studie: In den Gesprächen mit den psychisch erkrankten Ärzten seien immer wieder vier Kernaussagen gefallen: „Erst die Arbeit“, „Gut ist nicht gut genug“, „Durchhalten um jeden Preis“ und „Die anderen gehen vor“. Mit anderen Worten: Pflichterfüllung, Perfektionismus, Aufgeben als tabuisiertes No-Go, Selbstaufopferung – „das sind vier innere Leitsätze, die auch Hinweise auf Ansätze zur Prävention liefern“, so die Psychologin Zwack.

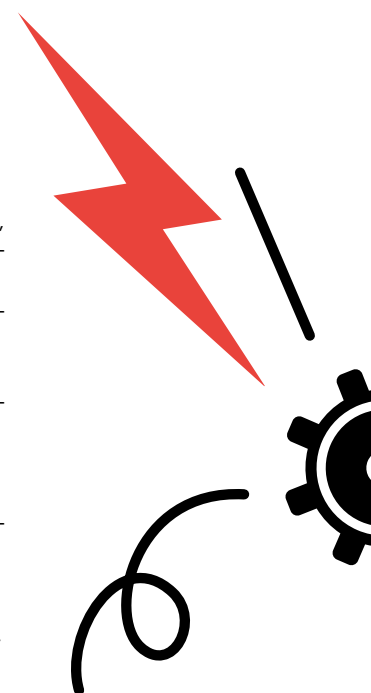
Doch wo lässt sich präventiv ansetzen? Braun plädiert dafür, dass Mediziner eine stärkere Resilienz, also Widerstandsfähigkeit, entwickeln sollten. Dafür brauche es vor allem Achtsamkeit sich selbst und den eigenen Befindlichkeiten gegenüber: einem aufkommenden Hungergefühl nachgeben statt es niederkämpfen, Bewegungsdrang folgen statt ihn wegdrücken, auf die eigene Stimme hören. Eine schlechte Selbstwahrnehmung führe rasch zur Erschöpfung. Einer der Ärzte in der Heidelberger Studie berichtete etwa, für ihn sei es so selbstverständlich gewesen, viel zu leisten, dass er erst spät gemerkt habe, dass er nicht mehr konnte: nichts mehr essen mochte, Schlafprobleme hatte. „Erst als es massiv wurde, habe ich es realisiert.“

Sich selbst helfen – damit man anderen helfen kann

Erst den anderen helfen, bevor man selbst an die Reihe kommt – nachdem der letzte Patient gegangen ist, diese Dokumentation noch fertig gemacht, jene Abrechnung noch abgeschickt wurde. Wie falsch dieser Weg ist, dass

„Ständig per Mail oder mobil erreichbar sein zu müssen oder wollen, trägt erheblich zur Erschöpfung bei.“

es genau genommen sogar exakt umgekehrt laufen muss, zeigt auch ein Blick auf die Genfer Deklaration, den modernen hippokratischen Eid, auf den sich Ärzte weltweit regelmäßig neu verständigen: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten“, heißt es darin. Und weiter: „um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“ Darum nämlich gehe es, sagt Braun: Gesund zu bleiben, sei nicht nur ein Selbstzweck. „Gesündere Mediziner sind auch die besseren Behandler.“ Studien zeigen, dass Ärzte, die sich um ihre eigene Gesundheit kümmern, auch gesündere Patienten haben. Das hängt nicht zuletzt auch mit der Vorbildfunktion zusammen, die ein gesunder, auf sich achtender Mediziner ausübt: Wenn etwa er oder seine Assistenz einen Patienten anruft und diesem erklärt, der morgige Termin müsse verschoben werden, da der Arzt



krank sei und sich zu Hause schonen werde – dann erzeugt das auch im Patienten ein tieferes Bewusstsein dafür, auf die eigenen Befindlichkeiten zu achten.

Im Job kann es helfen, sich im Vorfeld zu organisieren: Sich etwa selbst Richtlinien aufzuerlegen, ab wann man sich erlaubt – sich vielleicht auch zwingt –, zu Hause zu bleiben, statt in der Praxis Patienten zu empfangen. „Das sollte man wirklich bei Gesundheit und klarem Verstand machen“, rät Braun. Habe man erst einmal Fieber, sei die Urteilskraft zu eingeschränkt, um noch eine gute Entscheidung zu treffen. Auch mit seinen Kollegen und Mitarbeitern kann man Absprachen treffen, Vertretungen organisieren, in einer Einzelpraxis ruhig auch mit einer erfahrenen, vielleicht schon langjährigen MFA, der man vertraut: Sie soll den Mediziner, so könnte die Abmachung lauten, sanft darauf hinweisen, wenn sie glaubt, er sei zu krank oder schwach, um weiter zu praktizieren. In anderen Ländern gebe es für Vertretungen im Krankheitsfall ganz konkrete Konzepte und Netzwerke, sagt Braun, in Deutschland müssten sich die Ärzte noch weitgehend selbst behelfen. „Die gegenseitige Fürsorge muss gestärkt werden, wir müssen aufeinander aufpassen“, so der Mediziner.

Was ebenfalls helfen kann, weiß Julika Zwack: Freunde treffen, Hobbys oder Stammtischrunden pflegen, ins Theater gehen – „in außerberufliche Lebenswelten investieren“, wie die Psychologin es nennt. Natürlich sei gerade Zeit eine kostbare Ressource für Mediziner, Familienzeit



© Foto Stress

Astrid Bühren ist Psychotherapeutin und Ehrenvorsitzende des Deutschen Ärztinnenbunds (DÄB), in dem sie sich schon seit Langem ehrenamtlich für die Aufhebung geschlechtsspezifischer Barrieren einsetzt.

Über die Vivantes Akademie bietet sie außerdem Workshops zum Thema Stressbewältigung an.

<https://www.aerztinnenbund.de>

<https://www.vivantes.de>

„Die gegenseitige Fürsorge muss gestärkt werden, wir müssen aufeinander aufpassen.“



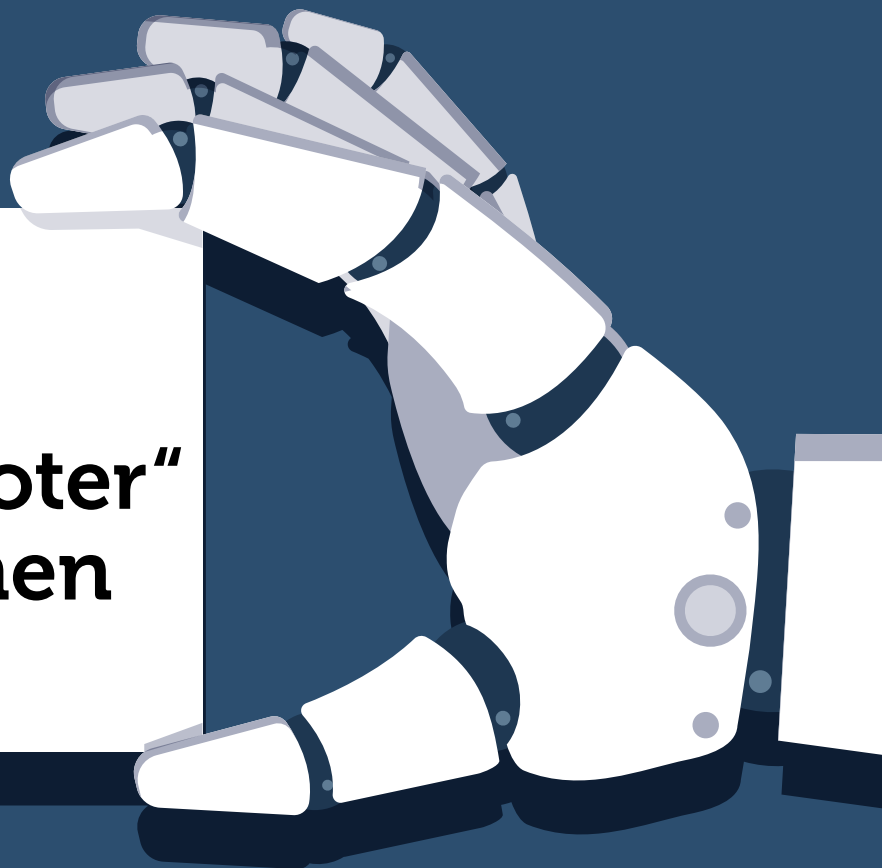
verkümmere oft zu einer Art „Restzeit“, die die „gefräßige Arbeit“ übrig lasse. Doch der Familien- und Freundeskreis sei auch eine „Oase der Stabilität“, in die sich lohne zu investieren.

Wer unsicher ist, wo er beginnen soll, wer vielleicht erst einmal ein Gefühl für die Eigenfürsorge und für Stressoren in seinem Berufsumfeld entwickeln möchte, kann sich auch an die Vivantes Akademie wenden: Astrid Bühren, Psychotherapeutin und Ehrenvorsitzende des Deutschen Ärztinnenbunds (DÄB), und Prof. Dr. Götz Mundle, Psychiater und Geschäftsführungsmitglied der genannten Oberbergklinik, geben Ärzten (auch Nicht-Vivantes-Mitarbeitern) in speziell entwickelten Workshops Tipps zur Stressbewältigung. Überhaupt kann es helfen, fremde Unterstützung anzunehmen: Der DÄB betreibt zum Beispiel eine Burnout-Hotline für seine Mitglieder; einzelne Landeskammern, etwa in Baden-Württemberg und Hamburg, bieten Hilfen zur Suchtbewältigung. Braun wünscht sich dennoch, dass Arztgesundheit an Bedeutung gewinne, nicht länger „stiefmütterlich“ behandelt werde. Gerade hat der Deutsche Ärztetag bekannt gegeben, das Thema für dieses Jahr auf seine Tagesordnung zu setzen. Der Anfang ist gemacht. ■

Robo-Advisor versprechen mehr Vermögen durch weniger Emotion. Einfach, transparent und günstig sollen sie sein. Aber stimmt das wirklich?

Text: Anne Nürnberger

Die „Geld-Roboter“ kommen



An der Börse Geld anzulegen und es dort im besten Falle kräftig zu vermehren – das haben die meisten Deutschen bislang lieber ihrem Bankberater überlassen. Nun gibt es für alle, die sich an Aktien noch nicht herangetraut oder sogar einmal unglückliche Erfahrungen auf dem Kapitalmarkt gemacht haben, einen neuen Trend. Die „Geld-Roboter“ kommen, die Finanzberater der Künstlichen Intelligenz.

Richtige Roboter sind die sogenannten „Robo-Advisor“, denen die Deutschen schon 2021 rund 35 Milliarden Euro anvertrauen werden – wenn es nach den optimistischen Prognosen der renommierten Unternehmensberatung Oliver Wyman geht –, natürlich nicht. Tatsächlich handelt es sich um digitale Vermögensverwalter, die den Kunden auf dem Handy, Tablet oder Computer jederzeit einen transparenten und übersichtlichen Einblick in alle Transaktionen bieten. Eine intelligente Software, die Entscheidungen per Algorithmus kühl nach Zahlen und frei von Emotionen treffen soll. Mehr als 20 dieser Finanzprogramme helfen den Deutschen aktuell beim Geldanlegen mit Strategien, die in der Regel auf den als risikoarm geltenden Indexfonds, den sogenannten ETFs, basieren.

Darunter sind bankenunabhängige Anbieter wie Ginmon, vaamo, Whitebox oder Scalable Capital. Außerdem bieten auch Banken Robos an. Vorreiter war hier die Quirin Privatbank, die ihren Robo Quirion schon 2013 in Deutschland startete. In beiden Varianten sind die Kundendepots als Sondervermögen und das zugehörige Bankkonto durch die Einlagensicherung geschützt, auch im Fall der Pleite eines Robo-Advisors müssen Anleger also nicht um ihr Vermögen bangen.

Aber kann ein Robo-Advisor wirklich besser sein als ein erfahrener Anlageberater?

Erik Podzuweit, Gründer von Scalable Capital, erklärt den Erfolg des größten deutschen Finanz-Robos so: „Bei der klassischen Bankanlageberatung, die 90 Prozent der Anleger nutzen, verdient der Berater ja über den Produktverkauf. Am Ende zahlt der Kunde dann bis zu 5 Prozent Aufgeld und 1,5 bis 2 Prozent laufende Gebühren.“

Die attraktivere Alternative sei deshalb ein Vermögensverwalter. „Das war bislang eine menschliche Dienstleistung für Anlagevermögen ab einer halben Million plus.

Durch die digitale Variante, die Kundenvermögen per Algorithmus umschichtet, steht der Service nun auch klassischen Privatanlegern offen – und das zu wesentlich günstigeren Konditionen als aktive Fonds.“ 0,75 Prozent des verwalteten Vermögens zahle der Kunde an Scalable Capital, also 75 Euro im Jahr, wenn er 10.000 Euro anlege.

Scalable hat in den drei Jahren seit der Gründung weit über eine Milliarde „Assets under Management“, also verwaltete Kundengelder einsammeln können. Nicht zuletzt, weil Partner wie die große Vermögensverwaltung BlackRock, die ING Bank und Siemens mit an Bord sind.

Ist der Robo-Advisor wirklich eine attraktive Anlagealternative für alle?

„Ich glaube, genau das ist es“, sagt André Bajorat, Finanzexperte und CEO des Start-ups figo, das Bankeninfrastrukturen kundenfreundlich vernetzt. „Die Deutschen haben ja immer so eine gewisse Angst vor dem Thema Aktien und Einzelwerten. Nach dem Telekom-Crash 2001 ist diese Angst noch einmal gestiegen.“ Der Robo nehme da noch einmal mehr Risiko raus, weil er nicht nur auf einen Fonds spare, sondern aktiver steuere. „Ich finde es beispielsweise total sinnvoll, den Robo-Advisor in die Altersvorsorge miteinzubeziehen.“

Bajorat lässt deshalb aktuell gleich zwei Robo-Advisor für sich arbeiten. Einen aktiven und einen passiven. Dazu hat er noch ein Depot, das er selbst verwaltet. „Für meine favorisierten Einzelwerte.“

Passive Robos wie zum Beispiel Quirion oder vaamo verändern den Aktienanteil im Depot nach Abschluss kaum noch. Aktive wie Scalable oder Whitebox dagegen schieben das Geld der Anleger um, wenn der Algorithmus dazu rät. Risikosteuerung nennt sich das.

Wenn wenig Risiko im Kapitalmarkt ist, also wenig Schwankung, dann erhöht ein aktiver Robo die Aktienquote sukzessive. Und wenn das Risiko eine Zeitlang anhält, dann fährt er den Aktienanteil auch wieder runter. Alles völlig autonom.

André Bajorat lässt seinen aktiven Robo, der tagesaktuell Wertpapiere kauft und verkauft, einen fünfstelligen Betrag verwalten. Über beide Robo-Advisor lässt er jeweils einen Sparplan laufen, legt dort jeden Monat ein paar hundert Euro an. „Bei mir liegen der aktive und der passive Robo etwa auf demselben Niveau. Das liegt am Sparplan, der das Risiko ja auf eine ganz andere Art und Weise nivelliert.“ In Zahlen heißt das: Beide Robos liefern bislang mehr als 3 Prozent Rendite.

Schneidet der eine einmal besser oder schlechter ab, gleicht der andere es aus und umgekehrt. Es ist die Langfristigkeit der Anlage, die bei den Indexfonds im Regelfall für garantierte Gewinne sorgen soll.



© Wolf Heider-Sawall



Scalable Capital

Das Unternehmen wurde vor drei Jahren von Florian Prucker, Erik Podzweit und Prof. Dr. Stefan Mittnik (v.l.n.r.) gegründet und gehört mittlerweile zu den Marktführern.

Eine App zum Thema interaktive Altersvorsorge gibt es inzwischen auch.

Und was ist mit den Kosten?

Bajorat: „Meine persönliche Erfahrung ist: Sie sind nicht viel günstiger als zum Beispiel eine Direktbank, aber ich zahle eine andere Art von Gebühr als beim Anlageberater. Das finde ich bei den Robos deutlich transparenter für mich.“

Tatsächlich sind die Kosten- und Leistungsprofile der Robo-Advisor so unterschiedlich, dass sie in verschiedenen Tests zum Teil widersprüchlich abschneiden. Die aktuellste und sehr ausführliche Aufschlüsselung findet sich im aktuellen Test des EXtra Magazins, der führenden Publikation des deutschen ETF-Marktes, das im November 26 Robo-Advisor unter die Lupe genommen hat.

„Ich finde es total sinnvoll, den Robo-Advisor in die Altersvorsorge miteinzubeziehen.“

Die Auswahl des individuell sinnvollsten Robos bleibt sicherlich die aufwendigste Entscheidung. Ist diese gefällt, lotst die jeweilige App meist durch einen simplen Onboarding-Prozess. Bei Scalable beispielsweise muss der Kunde zunächst zwei Entscheidungen treffen: Wie viel Geld er



© figo

André Bajorat ist Finanzexperte und CEO des Start-ups figo, das Bankeninfrastrukturen kundenfreundlich vernetzt.

<https://www.figo.io>

anlegen möchte, 10.000 Euro oder mehr, und ob die Anlage durch einen Sparplan ergänzt werden soll. Dann wird er durch einen Fragenkatalog geführt, der Anlagehorizont, Risikotoleranz und Kapitalmarktkenntnisse ermittelt, um die geeignete Risikoklasse zu empfehlen. Diese kann der Kunde noch etwas ändern. Allerdings zu seinem eigenen Schutz nur nach unten.

„Es ist wirklich so einfach“, sagt André Bajorat. „Ich habe meine zwei Robo-Apps. Und kann mal eben meinen Sparplan aussetzen. Oder nochmal eine Einmaleinlage reinpacken. Oder auch, wenn Sie mal schnell Liquidität brauchen: Dann gehen Sie in die App und lassen sich was auszahlen.“ Das ginge zwar nicht in Realtime und brauche die typischen zwei bis drei Banktage. „Aber auch das ist möglich, wenn Sie mal eben 5.000 Euro brauchen. Dieser Self-Service ist einfach ein großer Unterschied.“

Noch sind es überwiegend ausgebildete Kunden, die ihr Geld einem Robo-Advisor anvertrauen, Banker, Wirtschaftswissenschaftler, Informatiker und Ingenieure, darunter 20 Prozent Frauen, ermittelte Scalable Capital in einer Nutzeranalyse.

Dirk Rathjen vom Institut für Vermögensaufbau (IVA) in München hat seine Zweifel an den Robos: „Also diese Hoffnung, dass eine Maschine das besser kann als ein Mensch – bisher hat die sich nicht bestätigt.“ Eine Formel sei eben auch nur so gut wie der Mensch, der sie herstellt habe.

Daraus, dass die Robo-Advisor über die letzten ein bis drei Jahre im Vergleich zu den Mischfonds ganz gut abgeschnitten hätten, sei keine Voraussage für die Zukunft abzuleiten.

Als Beleg verweist er auf eine Studie des IVA aus dem Jahr 2018, die beweise, wie die Portfolios von acht Robos unter den Kurseinbrüchen von Dax und Dow Jones an Wert verloren hätten. „Auf dieses Stressereignis waren sie nicht vorbereitet“, so Rathjen. Die aktiven Robos hätten dabei noch schlechter abgeschnitten als die passiven.

Erik Podzuweit von Scalable Capital kontert gelassen: „Langfristig erzielt ein risikobasierter Ansatz die besseren risikoadjustierten Renditen als ein klassischer „Buy & Hold“-Ansatz. Wenn man einzelne Ereignisse betrachtet, dann geht das am Kapitalmarkt aber mal so oder mal so aus. Anfang 2016 ist der DAX fast 20 Prozent in die Knie gegangen, also eigentlich viel mehr als im Februar 2018. Dann kam das Brexit-Votum, da ist er an einem Tag um 10 Prozent abgestürzt. Beide Ereignisse haben unsere Kunden fast gar nicht getroffen. Am Tag des Brexit-Votums waren wir sogar leicht im Plus, weil wir vornehmlich auf US-Staatsanleihen und US-Aktien gesetzt hatten. In der ersten Hälfte 2018 haben wir dann schlechter abgeschnitten als die rein passiven Robos, weil wir eine deutlich höhere Aktienallokation hatten. Aufs Gesamtjahr gesehen haben wir aber trotzdem besser abgeschnitten als die vergleichbaren Morningstar-Benchmarks, die Tausende von Fonds in den drei wichtigsten Risikokategorien tracken.“

Ohne die Werteentwicklung der untersuchten Portfolios zu berücksichtigen, rückte die Stiftung Warentest im vergangenen Jahr einige Kritikpunkte in den Fokus: die Gebühren für den Service, die Streuung des Portfolios und die Qualität der Kundeninformation. Das nahmen die Tester in vielen Fällen zum Anlass, Robo-Advisor, die in anderen Tests sehr gut abschnitten, strenger zu bewerten.

Am Ende vergab die Stiftung Warentest, größtenteils aufgrund der Gebühren, unter den 14 getesteten Robos mit einer Mindestanlagesumme unter 100.000 Euro nur zweimal das Urteil „gut“ – an Quirion und das Start-up Whitebox.

„Viele glauben, dass Robo-Advisor immer günstiger sind“, gibt auch Dirk Rathjen zu bedenken. „Was die Gebühren betrifft, sollte man aber tatsächlich genau hinsehen. Wenn ein digitaler Vermögensverwalter ein Prozent Managementgebühr pro Jahr verlangt, darf man sich schon fragen: Wofür noch einmal genau?“

Verbraucherschützer halten aktive wie passive Robos vor allem für eine risikofreudigere Zielgruppe geeignet, die wirklich langfristig anlegen und die Kurserholung nach Verlustphasen abwarten kann. Allein weil bei einer konservativen Anlagestrategie mit geringeren Renditeaussichten die Kosten einfach mehr ins Gewicht fallen. ■

„Also diese Hoffnung, dass eine Maschine das besser kann als ein Mensch – bisher hat die sich nicht bestätigt.“



© Dr. Dirk Rathjen

Dr. Dirk Rathjen arbeitet beim Institut für Vermögensaufbau in München und hat Zweifel an den Robos. Eine Formel, so sagt er, sei eben auch nur so gut wie der Mensch, der sie hergestellt habe.

35
MRD. EURO

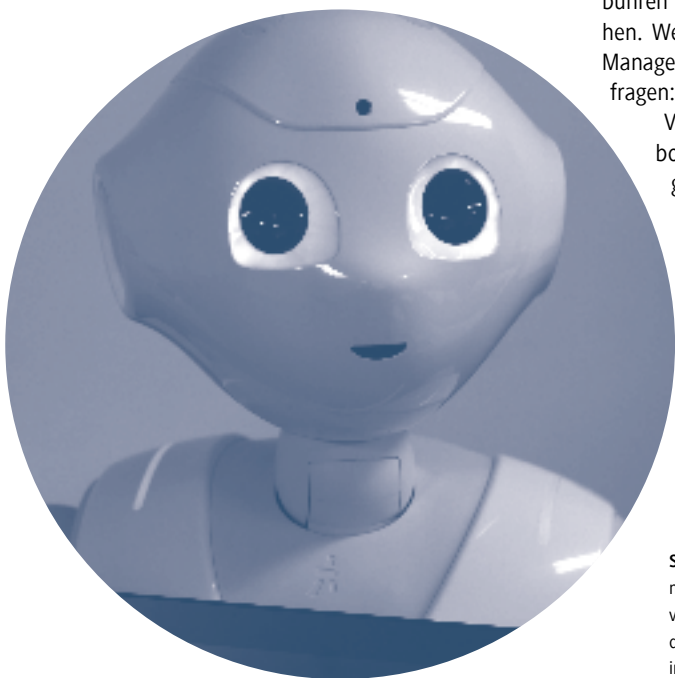
werden die Deutschen bis 2021 in die Robo-Advisor investieren.

© Quelle: Unternehmensberatung Oliver Wyman

20%

Frauen wurden unter den bisherigen Kunden verzeichnet. Insgesamt handelt es sich eher um ausgebildete Nutzer wie Informatiker, Wirtschaftswissenschaftler, Banker o.Ä.

© Quelle: Scalable Capital



Schneller Fortschritt: Roboter werden immer mehr in den Alltag miteinbezogen und die Forschung in diesem Bereich geht schnell voran. Der „Robot Pepper“ zum Beispiel ist der erste Roboter, der menschliche Emotionen einordnen kann und daher sozial interagiert.

IGeL Individuelle Gesundheitsleistungen ermöglichen auf den Patienten zugeschnittene Behandlungsangebote außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen. Was beim Angebot und der Abrechnung von IGeL-Leistungen zu beachten ist, erläutert Peter Gabriel, Geschäftsführer der PVS Südwest.

Text: Peter Gabriel

Selbstzahlerleistungen richtig abrechnen

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden immer wieder öffentlich diskutiert, nicht selten skeptisch. Die gesetzlichen Krankenkassen weisen in ihrem IGeL-Monitor auf fehlenden medizinischen Nutzen oder sogar mögliche Schäden der am häufigsten angebotenen Leistungen hin. Diese Diskussion wollen wir hier nicht führen. Der Hinweis möge genügen, dass die Diskussion die Wünsche der Patientinnen und Patienten nach Sicherheit und besonderen Angeboten außer Acht lässt und das gesetzliche System viel Zeit braucht, um neue Behandlungsmethoden zu prüfen und in den Leistungskatalog zu integrieren. An dieser Stelle soll es vielmehr um die Voraussetzungen dafür gehen, IGeL-Leistungen erfolgreich anzubieten und korrekt abzurechnen. Grundsätzlich gilt, dass die angebotenen IGeL-Leistungen zum individuellen Praxisprofil passen und Sie als Arzt vom medizinischen Nutzen des Angebots überzeugt sein müssen. Für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein offener Umgang mit Selbstzahlerleistungen unverzichtbar. Klare Regeln für das Gespräch darüber sind für beide Seiten vorteilhaft. Sie dienen der Transparenz und schaffen Vertrauen, damit der Patient weiß, was er von der Durchführung der Wunschleistung erwarten kann.

Was sind IGeL-Leistungen?

IGeL-Leistungen sind ärztliche Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert werden und daher von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen.

Warum werden diese Leistungen nicht von der GKV erstattet?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und legt damit fest, was von der GKV erstattet wird.

Wann kann eine IGeL-Leistung erbracht werden?

Ist eine Leistung nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten, kann sie dennoch erbracht und abgerechnet werden, wenn sie als medizinisch sinnvoll beurteilt wird. Es kann sich auch um neuartige Leistungen handeln, die im Genehmigungsprozess des G-BA noch nicht geprüft und abgesegnet wurden. Es können Leistungen sein, die grundsätzlich nicht zum Versorgungsauftrag der GKV gehören, wie beispielsweise medizinische Beratungen zu Fernreisen oder gutachterliche Bescheinigungen zur Flugtauglichkeit. Oder Leistungen, für die kein Nutzenbeleg vorliegt, die aber auch keine bedeutsamen Schäden erwarten lassen, sodass das Verhältnis mindestens ausgeglichen ist. Unter IGeL fallen zudem Leistungen, die keine medizinische Zielsetzung haben, aber nur von Ärzten erbracht werden können. Hierzu zählen Schönheitsoperationen, wenn sie aus ärztlicher Sicht zumindest vertretbar sind. Wenn die Patienten Zweifel am Sinn eines IGeL-Angebotes haben oder es ablehnen, muss das vom Arzt respektiert werden. Die Beurteilung braucht Zeit. Daher ist dem Patienten auf jeden Fall eine Entscheidungsfrist einzuräumen.

Beispiel Mammografie:

Früherkennungsuntersuchungen gehören zu den am meisten abgerechneten IGeL-Leistungen.

Muster zur Vereinbarung von Selbstzahlerleistungen und konkrete Abrechnungshinweise können bei jeder PVS abgerufen werden:



© istock.com/IKChamunee

Checkliste für IGeL-Leistungen

- ✓ Ist die Leistung notwendig oder empfehlenswert für ein spezielles gesundheitliches Problem und wurde das dem Patienten erklärt?
- ✓ Gibt es für den Nutzen der Leistung wissenschaftliche Belege und wie verlässlich sind diese? Wurde der Patient darüber informiert?
- ✓ Fand eine verständliche Beratung zu Nutzen und möglichen Risiken oder Nebenwirkungen der Wunschleistung statt?
- ✓ Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient zur geplanten IGeL-Leistung und deren voraussichtlichen Kosten (siehe Mustervereinbarung)
- ✓ Wurde dem Patienten das Gefühl vermittelt, sich frei für oder gegen eine vorgeschlagene IGeL-Leistung entscheiden zu können?
- ✓ Wurde dem Patienten eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt?
- ✓ Wurde dem Patienten gesagt, dass er darüber eine Zweitmeinung einholen kann?
- ✓ Wurde die Behandlung mit nachvollziehbaren Gebührensätzen berechnet? Eine pauschale Vergütung ist nicht zulässig, vielmehr muss die Leistung nach GOÄ abgerechnet werden.
- ✓ Werden die Grenzen des jeweiligen Fachgebietes beachtet und werden die Qualitätsanforderungen des medizinischen Standards eingehalten?

Welche Arten von IGeL-Leistungen kommen in Frage?

- Früherkennungsuntersuchungen
- Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf
- medizinisch-kosmetische Leistungen
- ärztliche Serviceleistungen (z. B. Atteste, Impfungen, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen)
- Laboruntersuchungen als Wunschleistung, nicht in Verbindung mit einer Erkrankung
- psychotherapeutische Leistungen
- Umweltmedizin
- alternative Heilmedizin
- neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

IGeL-Leistungen auch für Privatversicherte

Auch für die Behandlung von Privatpatienten gilt: Leistungen, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen, darf der Arzt nur abrechnen, wenn der Patient ihnen ausdrücklich zugestimmt hat. Das ist in § 1 der GOÄ festgeschrieben.

Abrechnungsvoraussetzungen

Abgerechnet werden können IGeL-Leistungen grundsätzlich nur, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet werden. Sie als Arzt müssen über die notwendige medizinisch-fachliche Qualifikation verfügen und der Patient muss die Privatbehandlung wünschen. Bei der Abrechnung sind die Bestimmungen der GOÄ zugrunde zu legen. Eine schriftliche Vereinbarung wird aus Beweisgründen dringend empfohlen. ■

Gründe für das Angebot von IGeL-Leistungen

- Angebot einer budgetfreien, individuell optimierten Behandlung
- Angebot einer Behandlung nach modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren
- Einbeziehung individueller Behandlungs- und Komfortwünsche in das diagnostische und therapeutische Vorgehen
- auf Wunsch Einbeziehung bewährter alternativer Heilverfahren in die ärztliche Behandlung
- ausführliche Beratung über die bestmögliche Vorsorge, Diagnostik und Behandlung
- Rechnungslegung exakt nach den Bestimmungen der GOÄ

Erfolgsfaktoren

- * Erkennbarkeit des Produktes und Nutzens für den Patienten
- * Erkennbarkeit der Qualität des Produktes oder der Leistung
- * Der Preis steht für Arzt und Patient im richtigen Verhältnis zu Nutzen und Qualität

Midijobs Ab Juli können Midijobber bis zu 1.300 Euro verdienen. Dadurch profitieren künftig mehr Arbeitnehmer von günstigeren Sozialabgaben und erwerben trotzdem volle Rentenansprüche.

Text: **Ulrike Scholderer**

Mehr verdienen im Midijob

Rund die Hälfte aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen arbeiten in Teilzeit. Für diejenigen, die zurzeit bis zu 850 Euro monatlich verdienen, könnte die zum Juli in Kraft tretende Neuregelung der Midijobs Anreize schaffen, mehr zu arbeiten.

Arbeitnehmer mit einem Gehalt von bis zu 850 Euro – die Midijobber – gehören zur Gruppe der Geringverdiener. Ihr Arbeitsentgelt liegt über 450 Euro und ist damit sozialversicherungspflichtig. Allerdings zahlen sie einen reduzierten Beitrag zu Sozialversicherung. Eingeführt wurde diese Regelung im Rahmen der Hartz-Gesetze von der damaligen rot-grünen Bundesregierung. Mit Beginn des Jahres ist jetzt das Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung in Kraft getreten. Es bringt für Midijobber ab Juli zwei entscheidende Änderungen: Die bisherige Gleitzone zwischen 450,01 und 850 Euro, in der die Arbeitnehmer verringerte Sozialversicherungsbeiträge zahlen, wird zu einem sozialversicherungsrechtlichen Übergangsbereich bis zu einer Grenze von 1.300 Euro weiterentwickelt.

Durch diesen Übergangsbereich wird vermieden, dass der vom Arbeitnehmer zu zahlende Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen abrupt ansteigt.



Für Sie zusammengefasst

1. Gleitzone wird auf ein maximales Monatsgehalt von 1.300 Euro erweitert
2. Verringerte Sozialabgaben
3. Gleiche Rentenansprüche wie bei voller Beitragszahlung
4. Zu beachten: Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld werden mitberechnet

Durch diesen Übergangsbereich wird vermieden, dass der vom Arbeitnehmer zu zahlende Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen abrupt ansteigt. Es werden also für den Arbeitnehmer beim Überschreiten der 450-Euro-Grenze nicht sofort die vollen ca. 20 Prozent für die Sozialversicherungsbeiträge fällig, sondern sein Anteil steigt progressiv an. Zudem sollen Midijobber künftig die gleichen Rentenansprüche erwerben, die sie erworben hätten, wenn sie den vollen Beitrag in die Rentenversicherung eingezahlt hätten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales geht davon aus, dass etwa 3,5 Millionen Beschäftigte von den Neuregelungen profitieren werden.



Beitragsberechnung

Mithilfe einer gesetzlich festgelegten Formel wird für die Beitragsberechnung im Midijob eine verringerte beitragspflichtige Einnahme errechnet. Diese Einnahme entspricht nicht dem tatsächlichen Arbeitsentgelt. Die Beitragsverteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgt dann für jeden Versicherungszweig in drei Schritten:

- Berechnung des Gesamtbeitrages auf Basis der ermittelten reduzierten beitragspflichtigen Einnahme;
- Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers, Grundlage ist hier das tatsächliche Arbeitsentgelt;
- für die Berechnung des Arbeitnehmeranteils wird der Arbeitgeberanteil vom im ersten Schritt berechneten Gesamtbeitrag abgezogen.

Der Arbeitnehmeranteil steigt mit dem Arbeitsentgelt in der Übergangszone progressiv an. Sobald der Betroffene mehr als 1.300 Euro im Monat verdient, zahlt er die üblichen Arbeitnehmeranteile. Grundsätzlich galt für Midijobs seit ihrer Einführung im Jahr 2003, dass die Geldleistungen der Kranken- und Arbeitslosenversicherung, soweit sie von der Höhe des Entgelts abhängig sind, trotz der verminderten Beitragszahlung aus dem tatsächlichen Entgelt berechnet werden. Für die Rentenversicherung wird dies jetzt nachgeholt.

Regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt

Ob die Übergangszonenregelung angewendet werden kann, ist davon abhängig, wie hoch das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt ist. Als regelmäßig gilt das Arbeitsentgelt, wenn der Anspruch darauf insbesondere aus einem Arbeits- und Tarifvertrag oder einem aus der Vergangenheit resultierenden „Gewohnheitsrecht“ erwächst. Zu beachten ist, dass auch Einmalzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld zu berücksichtigen sind, wenn diese zusätzlichen Zahlungen mindestens einmal im Jahr zu erwarten sind.

Wen entlasten die neuen Regelungen?

Im Fokus der Neuregelungen stehen Arbeitnehmer, die heute zwischen 850 und 1.300 Euro verdienen. Ab 850 Euro monatlich werden die Arbeitnehmer aktuell mit Sozialversicherungsbeiträgen in voller Höhe, also rund 20 Prozent, belastet. Ab Juli wird ihr Anteil bei derselben Vergütung unter 18 Prozent liegen. Die volle Abgabenglast trifft Arbeitnehmer dann erst bei einem monatlichen Arbeitsentgelt von 1.300 Euro. Allerdings können die Regelungen zum Übergangsbereich nicht ausnahmslos auf alle Arbeitnehmer angewendet werden. Ausgenommen sind alle diejenigen, deren Arbeitsentgelt aus besonderen Umständen oder durch eine Berufsausbildung in die Übergangszone fallen. Dazu gehören insbesondere Arbeitnehmer, die zum Zweck der Berufsausbildung beschäftigt sind, in Altersteilzeit arbeiten oder sich in einer Wiedereingliederungsmaßnahme nach Arbeitsunfähigkeit befinden.



Der Bundesgesundheitsminister treibt mit seinen zahlreichen Vorhaben die Sozialausgaben in die Höhe. Wie das alles langfristig finanziert werden soll, sagt er nicht. Angesichts der rasanten Alterung der Gesellschaft ist dieser Kurs hochriskant.

Text: **Dr. Dorothea Siems**

Jens Spahn und die Tücken der Demografie

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat einen bemerkenswerten Wandel vollzogen. Bevor er im vergangenen Frühjahr ins Kabinett berufen wurde, galt der Christdemokrat als prominentester Hoffnungsträger der Jungen Gruppe in der Union. Ob als Gesundheitsexperte oder später in seiner Funktion als Finanzstaatssekretär – stets pochte Spahn darauf, bei allen sozialpolitischen Vorhaben das Prinzip der Generationengerechtigkeit zu beachten. Und wiederholt kritisierte er auf das Schärfste, dass die große Koalition Wohltaten auf Kosten der Jungen verteilte und damit die Sozialausgaben kräftig in die Höhe trieb.

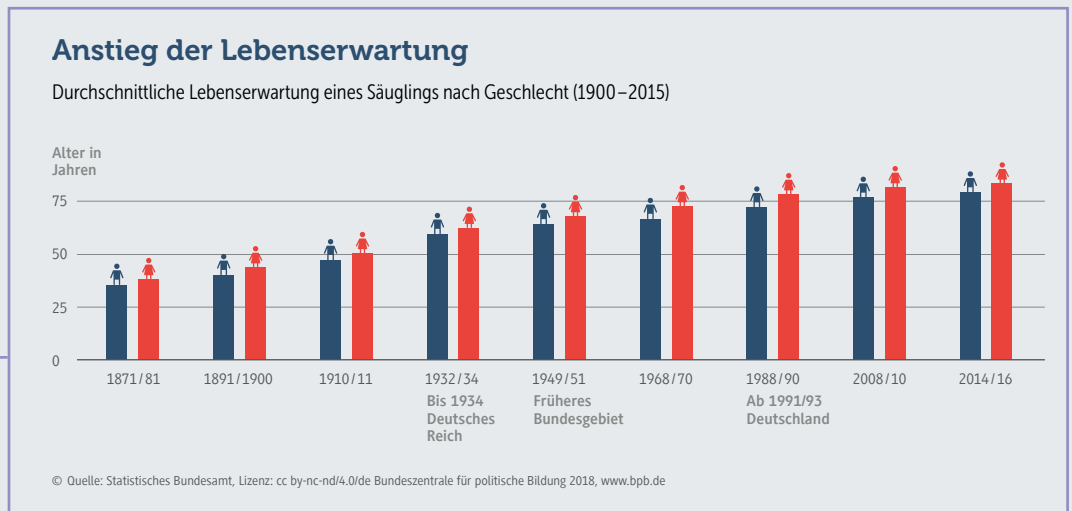
Doch seit der CDU-Mann selbst Minister ist, trägt er nun ebenfalls Spenderhosen. Vor allem für die gesetzliche Pflegeversicherung hat Spahn bereits mehrere kostenträchtige Gesetze auf den Weg gebracht. Und auch im Gesundheitswesen vollzieht er Weichenstellungen, die dauerhaft erhebliche Mehrausgaben bedeuten. Jens Spahn macht somit genau das, was er vor seinem Amtsantritt bei den Sozialpolitikern der großen Koalition gegeißelt hatte: Er baut den Wohlfahrtsstaat aus, ohne die Frage beantworten zu können, wie die gewaltigen Lasten in einer rasant alternden Gesellschaft finanziert werden sollen. Anstatt die Sozialversicherungen auf die tiefgreifenden demografischen Veränderungen vorzubereiten, werden die Probleme sogar noch vergrößert.

Anstatt die Sozialversicherungen auf die tiefgreifenden demografischen Veränderungen vorzubereiten, werden die Probleme noch vergrößert.

34 Mio.
Erwerbstätige

Kommen zurzeit auf 20 Millionen Rentner noch rund 34 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, wird in Zukunft ein Beitragszahler einen Ruheständler alimentieren müssen.

Vor allem die Pflege hat Spahn zur Großbaustelle erklärt, auf der er emsig herumwerkelt. Damit folgt der Christdemokrat dem Kurs seines Vorgängers und Parteifreundes Hermann Gröhe, der mit seiner Pflegereform die Ausgaben mit einem Schlag um mehr als 50 Prozent in die Höhe getrieben hat. Der Finanzwissenschaftler Bernd Raffelhüschen spricht von „einer gewaltigen intergenerativen Umverteilung“ zu Lasten der Jungen. Die Pflegekasse war durch diesen Kostenschub 2017 trotz einer kräftigen Beitragssatzanhebung tief in die roten Zahlen gerutscht. Spahn sah sich deshalb gezwungen, 2019 erneut den Pflegebeitragsatz um einen halben Prozentpunkt



anzuheben. Doch auch dieser Schritt wird nicht reichen, um die Mehrausgaben zu finanzieren.

Während Gröhe dafür gesorgt hat, dass alle Leistungsbezieher mehr Geld bekommen und zudem sämtliche Demenzerkrankte einbezogen werden, verspricht die große Koalition jetzt mit ihrer „Konzertierten Aktion für die Pflege“ Krankenschwestern und Altenpflegern deutlich höhere Löhne sowie eine Entlastung durch einen besseren Personalschlüssel.

Weil die Pflegekasse trotz konjunkturbedingter Rekorderlöse und höherer Beiträge unterfinanziert ist, bürdet die Regierung die Kosten ihres „Personal-Stärkungsgesetzes“ den Krankenkassen auf. Denn AOK, Barmer & Co. sitzen derzeit auf Überschüssen. Doch auch im Gesundheitswesen ist absehbar, dass sich die Zeit voller Kassen dem Ende neigt und dringend langfristig tragfähige Konzepte gefragt wären.

Die Überalterung der Gesellschaft ist schließlich ein Prozess, der Deutschland unausweichlich bevorsteht – mit weitreichenden Auswirkungen auf Arbeitsmarkt, Sozialkassen und Steuereinnahmen. Die Zahl der Beschäftigten wird selbst bei einer gut gesteuerten, starken Einwanderung von Arbeitsmigranten und einer weiter zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit schon in wenigen Jahren kräftig schrumpfen. Parallel steigt die Zahl der Rentner, Pensionäre und Pflegebedürftigen. Im hiesigen Sozialsystem finanzieren die Jungen die Leistungen für die Älteren. Das gilt nicht nur in der staatlichen Rentenversicherung, sondern auch für die gesetzliche Pflegeversicherung und die Krankenkassen. Denn im Gegensatz zu privaten Versicherungen leben die Sozialversicherungen von der Hand in den Mund, Finanzreserven werden hier nicht gebildet. Wenn in den 20er-Jahren nach und nach die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer in den Ruhestand gehen, verschlechtert sich das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern: Kommen derzeit auf 20 Millionen Rentner noch rund 34 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, so wird in Zukunft ein Beitragszahler einen Ruheständler alimentieren müssen. Und dieses Verhältnis wird sich dann auf absehbare Zeit nicht mehr verbessern.

Allein aufgrund der demografischen Entwicklung droht ein Anstieg der Sozialabgaben von derzeit 40 Prozent des Bruttolohns auf weit über 50 Prozent.

Allein aufgrund der demografischen Entwicklung droht ein Anstieg der Sozialabgaben von derzeit 40 Prozent des Bruttolohns auf weit über 50 Prozent. Raffelhüschen, der das Zentrum für Generationenverträge an der Universität Freiburg leitet, geht längerfristig von einer weiteren Verdoppelung des Pflegebeitrags auf rund sechs Prozent aus. In der Krankenversicherung prognostiziert er – falls es nicht zu massiven Einschnitten kommt – bis 2040 einen Beitragssatz von 27 Prozent. Und sollte in der Rentenversicherung die beschlossene Festschreibung eines Rentenniveaus auf dem heutigen Stand nicht korrigiert werden, dann droht auch in der Altersversicherung bis dahin ein Anstieg auf 26 Prozent.

Dass künftige Beitragszahler ein derart hohes Abgabenniveau nicht akzeptieren werden, liegt auf der Hand. Gesundheitsminister Spahn will nun eine Grundsatzdebatte zur Finanzierung der Pflege führen. Für die Rente hat die Regierung eigens eine Kommission aus Sozialpolitikern und Wissenschaftlern eingesetzt, um Vorschläge zu entwickeln. Und auch im Gesundheitswesen wird die Debatte spätestens dann aufflammen, wenn im Konjunkturabschwung die Beiträge steigen. Für die Pflegeversicherung hat Spahn die wichtigsten Stellschrauben bereits selbst genannt: Beitragssatz, Steuerzuschuss und Eigenbeteiligung. Bei der Alterssicherung kommt noch das Renteneintrittsalter hinzu. Überdies wird für alle Sozialversicherungen insbesondere von der SPD das Modell einer Bürgerversicherung ins Spiel gebracht, das eine Ausweitung des Versichertenkreises auf die Gesamtbevölkerung vorsieht.

6% Erhöhung Pflegetbeitrag

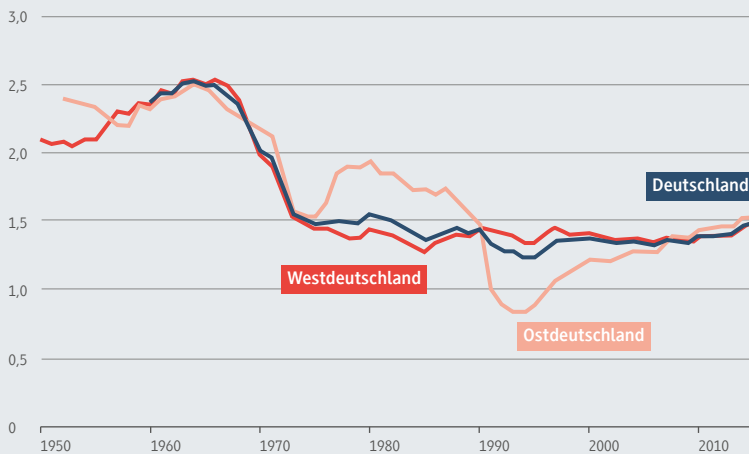
Von einer weiteren Erhöhung des Pflegebeitrags um 6 Prozent geht Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen aus.

Derzeit erfreut sich vor allem der Vorschlag, mehr Steuergelder für die soziale Sicherung bereitzustellen, großer Zustimmung. Allerdings schießt der Finanzminister schon heute knapp 100 Milliarden Euro pro Jahr in die Rentenkasse zu, was rund 30 Prozent des Bundeshaushaltes entspricht. Auch die GKV wird mit einem Zuschuss von 14,5 Milliarden Euro bedacht. Dass die Steuerfinanzierung der Sozialkassen an eine Grenze stößt, weiß der frühere Finanzstaatssekretär Spahn. Denn die Demografie treibt nicht nur die Sozialausgaben in die Höhe. Die Alterung der Gesellschaft wirkt sich auch negativ auf die Entwicklung der Steuereinnahmen aus. Rentner zahlen schließlich weniger Steuern als Erwerbstätige. Eine noch stärkere Steuerfinanzierung träfe also ebenfalls vorwiegend die Jüngeren.

Auch die Idee einer Bürgerversicherung löst nicht das Demografieproblem der Sozialkassen. Im Gegenteil: Die private Kranken- und Pflegeversicherung ist kapitalgedeckt und damit weit besser für die Zukunft gerüstet. Dasselbe gilt für Lebensversicherungen und die berufsständischen Versorgungswerke, über die viele Freiberufler für das Alter abgesichert sind.

Zusammenfassung der Geburtenziffer

Durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Frau (1950–2010)



© Quelle: Statistisches Bundesamt, Eurostat, Berechnung: BIB (BIB 2017, demografie-portal.de)

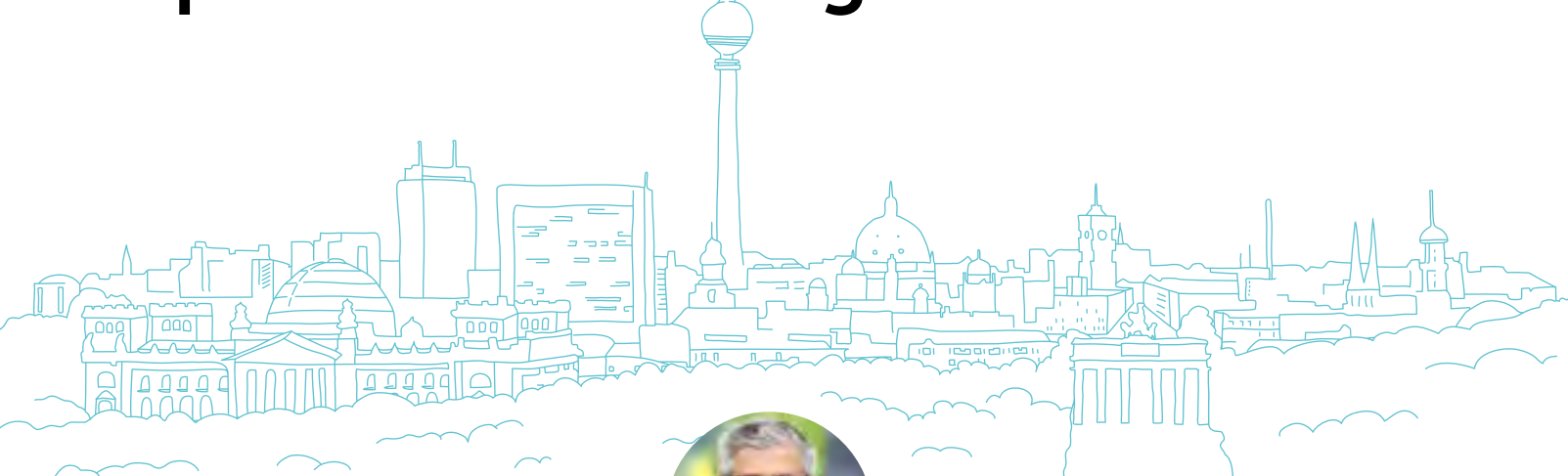
Statt den privaten Versicherern den Garaus zu machen, sehen führende SozialökonomInnen vielmehr in einer Ausweitung der Kapitaldeckung einen Weg, die Sozialsysteme demografiefest zu machen. Mit der Riesterrente, der betrieblichen Alterssicherung oder privaten Zusatz-Krankenversicherungen etwa für Zahnersatz oder Chefarztbehandlung gibt es Ansätze, die ausbaufähig sind. Auch in der Pflegeversicherung, die nie als Vollkasko-Modell konzipiert war, sollte man die Eigenverantwortung stärker betonen und zum Beispiel Karenzzeiten einbauen oder leichte Pflegefälle ganz von den Leistungen ausnehmen. Denn der Sozialstaat darf sich nicht übernehmen, wenn er auf Dauer leistungsstark bleiben will. ■



Tilgners Bericht aus Berlin 2019 könnte ein Jahr entscheidender gesundheitspolitischer Veränderungen werden. Grund sind der medizinisch-technische Fortschritt, die Überfälligkeit von Entscheidungen zur Digitalisierung und der Tatendrang des Bundesgesundheitsministers.

Text: **Stefan Tilgner**

Explosive Mischung



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

Nicht jede Änderung, die das gesundheitspolitische Berlin zurzeit diskutiert, wäre per se eine Versorgungsverbesserung. Selten zuvor war das Engagement der Akteure im Gesundheitswesen – der traditionellen Selbstverwaltung – so sehr gefragt wie jetzt. Nur so kann am Ende auch ein Nutzen für den Patienten stehen und nicht nur mehr Bürokratie. Allerdings ist die Frage berechtigt: Schaffen die das überhaupt?

Milliarden auf der hohen Kante – wofür?

Unter den vielen Gesetzen und Verordnungen, die Minister Spahn im vergangenen Jahr auf den Weg gebracht hat, befindet sich das „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der GKV“. Jeder Versicherte der inzwischen noch 109 aktiven gesetzlichen Krankenkassen spürt es in diesen Tagen auf seinem Konto. Die Überschüsse der Kassen betragen aber dennoch viele Milliarden Euro. Je nach dem, wie man rechnet, an die 30 Milliarden. In der umlagefinanzierten GKV ist das zweifellos ein Systemverstoß. Um sich die Dimension klar zu machen, hilft ein Vergleich. 30 Milliarden sind fast so viel, wie im ganzen Jahr für die ärztliche Versorgung ausgegeben wird. Natürlich beschwert sich kein Versicherter über Rückerstattungen. Aber alle Umfragen zum Gesundheitswesen zeigen, dass eine Mehrheit Angst davor hat, die Versorgung hierzulande könnte perspektivisch schlechter werden. Deutlich ist daher der Wunsch nach attraktiven Zukunftsperspektiven. In Zeiten voller Kassen eigentlich das Mandat der Stunde für die Gesundheitspolitik. Wie sieht es also aus mit der Zukunfts-Pipeline 2019?

Kleinsten Nenner: Regulierung

Die Formel, mit der die Politik diese Frage angeht, lässt sich in den letzten Jahren auf einen sehr einfachen und kurzen Nenner bringen: Regulierung! Gesetze, Institutionen, Sachverständigenräte, Institute. Zumindest gefühlt soll der Patient zufrieden sein. Wird ihm doch wie beispielsweise beim Termindienst- und Versorgungsgesetz (TSVG) suggeriert, er bekäme künftig viel einfacher und schneller einen Arzttermin. Dass bei genauem Hinsehen hierzulande nirgendwo glaubhaft belegt werden kann, dass Patienten in Not nicht zeitnah geholfen würde, spielt keine Rolle. Hier wird ein Thema aus Emotionen konstruiert. Emotionen sind der Stoff, bei dem Politiker instinktiv spüren: Damit lassen sich Stimmen fangen. Werkzeuge der Politik sind hierbei Regulierung und Zentralisierung. Man will schließlich steuern. Regierung und Opposition unterscheiden sich in dieser Frage letztendlich nicht.

Vertrauensmandat der Bürger

Gesundheitsthemen gewinnen, darin sind sich Politikforscher einig, einen immer größeren Stellenwert. Dass Gesundheit aber wesentlich mehr ist als eine politisch zu regulierende und mit möglichst wissenschaftlicher Evidenz parfümierte Gesamtbefindlichkeit, wird in diesen Tagen nur allzu gerne übersehen. Die Gestaltung des Gesundheitswesens ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Steuerung vor Jahrzehnten denen übertragen wurde, die die Versorgung auch aktiv betreiben: den Ärzten, Heilberufen, Kliniken und auch den Kassen und Versicherungen. Dass diese Träger der Selbstverwaltung angesichts der epochalen Änderungen der letzten Jahre teilweise überfordert sind, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie

Veranstaltungen

APRIL 2019

MI 03 APR **SEMINAR** **Aufschieberitis: „Ach, das mach ich morgen?!“**
Wie ich mich und andere für einen aktiven Arbeitsalltag motiviere!
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

MI 10 APR **SEMINAR** **Arbeitsrechtliche Grundlagen und Best Practice (IGeL)**
Trier
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

MI 10 APR **WEBINAR** **GOÄ-Basiswissen Chirurgie**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

MAI 2019

MI 08 MAI **SEMINAR** **IT-Sicherheit in der Arztpraxis**
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

MI 08 MAI **SEMINAR** **Innere und Allgemeinmedizin**
Neustadt
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

DI 14 MAI **SEMINAR** **EBM-Leistungsabrechnung Krankenhaus**
Neunkirchen
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

MI 15 MAI **SEMINAR** **GOÄ-Fachseminar Kinderheilkunde**
Chemnitz
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

MI 15 MAI **SEMINAR** **Perfekt am Telefon und alles spricht für Sie**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 0351-8981362

MI 15 MAI **SEMINAR** **GOÄ-Seminar Fachbereich Gynäkologie**
Aurich
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

MI 22 MAI **SEMINAR** **Das kleine 1 × 1 der GOÄ**
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

MI 22 MAI **SEMINAR** **Praxismarketing: Wie patientenorientiertes Marketing zum Erfolg führt!**
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

das Vertrauen der Bürger haben. Allerdings ist nicht zu bestreiten, dass die Selbstverwaltung, die Körperschaften, vor allem bei den Ärzten, zuletzt nicht durch besonderen Einfallsreichtum und Engagement für eine zukunftsorientierte Versorgung glänzten. Jetzt könnte ihre letzte Chance nahen, das Steuerrad unseres Gesundheitswesens wieder zu ergreifen.

Gefühlter „wind of chance“

Nun befinden wir uns im Jahr 2019. Und wir stehen vor gravierenden politischen Weichenstellungen. In Sorge und Verantwortung um eine patientenorientierte Versorgung darf die Ärzteschaft es sich nicht bieten lassen, dass per Gesetz beispielsweise in die Praxisführung eingegriffen wird. Fadenscheinige Honorarregelungen zur Beruhigung hin oder her – im Grunde geht es hier an die Kernsubstanz der ärztlichen Therapieausübung. Das TSVG ist auch in seinen anderen Regelungen nichts anderes als ein beginnender Feldzug gegen die ärztliche Freiberuflichkeit und damit gegen die Unabhängigkeit von staatlicher Lenkung. Wenn das Gesetz wie geplant in Kraft tritt, ist das auch eine Weichenstellung in Richtung einer Bürgerversicherung.

Die politische Agenda reicht weiter. Die „Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung“ (EAMIV) soll den Druck auf die Ärzte erhöhen, sich an die „Empfehlungen“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zu halten. Dass dies auf Dauer nur für GKV-Versicherte gelten sollte, betrachten Insider ohnehin als Illusion. Die Therapiefreiheit des Arztes wird auch hier eingeschränkt. Dies gilt ebenso für das „Gesetz für mehr Sicherheit bei der Arzneimittelversorgung“ (GSAV). Neben vielen anderen Regelungen soll hier vor allem der Einsatz und die Austauschbarkeit von Biosimilars forciert werden. Anders als seinerzeit bei den Generika ist der Austausch pharmazeutisch sehr umstritten. Der „schwarze Peter“ dafür soll beim Arzt bleiben, die Kassen wollen 300 Millionen sparen. Im Zweifel trägt nicht nur der Patient den Schaden, sondern der Arzt haftet, ohne dass er überhaupt einen Handlungsspielraum gehabt hätte.

Weiter digitale Diaspora?

Gefahr besteht auch im Bereich der Digitalisierung. Unstrittig ist, dass die Digitalisierung und die Einführung zeitgerechter Dokumentationen, elektronischer Medikationspläne und eRezepte längst überfällig sind. Vielfach machen Ärzte die Erfahrung, dass man beim Thema elektronische Patientenakte schon einmal weiter war. Endlose Diskussionen über Datenschutz und die Frage, wer Herr der Daten sein sollte, sorgen dafür, dass Deutschland in diesem Thema inzwischen bereits von Entwicklungsländern überholt wird. 2019 soll es ein zweites „eHealth-Gesetz“ geben. Hier ist das Gebot der Stunde, dass dieses Gesetz maßgeblich von denen mitgestaltet wird, die das Vertrauen der Patienten haben: von der Ärzteschaft. Gelingt dies, könnte 2019 für revolutionäre Fortschritte sorgen. Andernfalls bliebe unser Gesundheitswesen weiterhin eine digitale Diaspora. ■

Abrechnung Das Gespräch mit dem Patienten ist in allen Fachgebieten mit Ausnahme der Pathologie die am häufigsten erbrachte ärztliche Leistung. Dennoch ist die Fehlerquote bei der Abrechnung erstaunlich hoch.

Text: Peter Gabriel

Verschenken Sie kein Geld bei Gesprächsleistungen

Das Gespräch mit dem Patienten ist eines der wichtigsten Instrumente für eine gute Diagnostik und die Stärkung der Compliance. Für die Abrechnung von allgemeinen Beratungsleistungen stehen zwei Gebührenordnungspositionen zur Verfügung, die Nummern 1 und 3 GOÄ. Bei deren Anwendung sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Die Gebührenziffer 1 kann im Behandlungsfall neben den Leistungen aus Abschnitt C bis O nur einmal berechnet werden. Ein neuer Behandlungsfall entsteht durch eine Neuerkrankung oder bei deutlicher Befundverschlechterung. Liegt ein neuer Behandlungsfall vor, kann die Ziffer 1 erneut auch neben sogenannten Sonderleistungen abgerechnet werden. Ein Hinweis auf Neuerkrankung sowie die Diagnose müssen in der Rechnung angegeben werden.
- Wird die Beratung auf Wunsch des Patienten außerhalb der Sprechstunde erbracht, können zusätzlich die Zuschläge A bis D angesetzt werden. Ist aus Gründen des Behandlungsfalles die Leistung nach Ziffer 1 nicht berechnungsfähig, kann der Zuschlag trotzdem mit einem entsprechenden Hinweis angesetzt werden.
- Dauert eine Beratung 10 Minuten oder länger, kann aber aufgrund der Ausschlussregel Ziffer 3 nicht berechnet werden, so kann Ziffer 1 mit einem höheren Steigerungsfaktor bis zum 3,5-fachen des Einfachsatzes mit Angabe der Zeitdauer zum Ansatz kommen.

- Wir empfehlen, eine Staffelung vorzunehmen. Beispiel: 10 min = 3,0-fach; 15 min = 3,2-fach; mehr als 15 min = 3,5-fach.
- Auch bei der Abrechnung der Ziffer 3 empfehlen wir eine Staffelung des Steigerungssatzes vorzunehmen: 15 min = 2,8-fach; 20 min. = 3,2-fach; mehr als 30 min = 3,5-fach.
 - Eine Beratung kann, wenn erforderlich, mehrmals am Tage abgerechnet werden. Notwendig ist dann die Angabe der Uhrzeit. Ein Beispiel ist die telefonische Laborbefundbesprechung.
 - Grundsätzlich gilt, dass die Beratung eine nicht teilbare Leistung ist. Werden in einer Sitzung mehrere Beratungen notwendig, etwa vor und nach einer Untersuchung oder eine kurative Beratung neben Prävention, kann sie dennoch nur einmal abgerechnet werden. Begründet ist dann aber die Anwendung eines Steigerungssatzes.
 - Prüfen Sie, ob möglicherweise die Gebührenziffer 34 „Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung ...“ oder Ziffer 849 „Psychotherapeutische Behandlung ..., Dauer mindestens 20 Minuten“ anstelle einer allgemeinen Beratungsleistung in Frage kommen kann.
 - Für Gebührenziffer 1 gelten Ausschlussziffern. Sie kann neben den Ziffern 2, 3, 21–34, 45, 46, 48, 50–51, 376–378, 435, 448, 449, 804, 806–808, 812, 817, 835, 849, 861–864, 870–871, 886, 887 nicht zum Ansatz gebracht werden.
 - Auch für die Abrechnung von Ziffer 3 bestehen Einschränkungen. Ziffer 3 kann nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 abgerechnet werden.

Wann kommt Nr. 804 GOÄ zum Tragen?

Ziffer 804 bezieht sich auf eine psychiatrische Behandlung. Sie kann deshalb nur bei vorliegender psychiatrischer Diagnose abgerechnet werden. Auch analog kann Ziffer 804 nicht herangezogen werden, da es durch vorhandene Beratungs- und Erörterungsleistungen in der GOÄ dafür an der Voraussetzung der Analogabrechnung einer im Gebührenverzeichnis nicht vorhandenen Leistung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) fehlt. Wir empfehlen, für zeitaufwendige Therapie-Erörterungen Ziffer 3 oder Ziffer 34 anzusetzen. Zu beachten sind allerdings die spezielle Leistungslegende und die Mindestgesprächsdauer der Abrechnungsziffern. Bei Ziffer 3 sind es zehn Minuten, bei der Ziffer 34 werden 20 Minuten vorausgesetzt. ■



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

18.03.2019

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN'S

Kolumne

„**W**arum sind Jungärzte solche Praxismuffel?“, fragte die FAZ kürzlich. Damit griff sie das Ergebnis einer Umfrage der Universität Trier unter rund 15 % der Medizinstudierenden auf. Von denen könne sich nur noch rund die Hälfte vorstellen, sich in einer eigenen Praxis niederzulassen.

Nun sind Medizinstudenten keine „Jungärzte“, die konkret vor der Entscheidung über ihren künftigen Arbeitsplatz stehen. Vor ihnen liegen bis dahin noch einige Semester an der Universität, die Zeit als PJler, die Weiterbildung zum Facharzt und die ersten Schritte als Stationsarzt.

Die jüngsten Eingriffe des Gesetzgebers in die Praxisorganisation werfen die Frage auf, ob man als Kassenarzt inzwischen Angestellter des Staates ist.

Allerdings gibt es zweifellos den Trend, als angestellter Arzt tätig zu sein. 15 % der Hausärzte sind mittlerweile Angestellte, bei den Fachärzten ist es jeder vierte. Rund 2.500 MVZ, mit mehr als 17.000 angestellten Ärzten sind fester Bestandteil der Versorgungslandschaft geworden und zunehmend sind es Finanzinvestoren, die hinter der Gründung von MVZ-Ketten stehen. Setzt sich diese Entwicklung fort, könnte, so steht es zu befürchten, ein renditeorientiertes Versorgungsangebot den freiberuflichen Arzt und die patientenorientierte Medizin verdrängen.

Damit das nicht passiert, müssen wir die Wünsche der nachfolgenden Ärztegeneration ernst nehmen. Im Vordergrund stehen da die Förderung kooperativer Arbeitsformen und das Angebot lebensphasenorientierter Arbeitszeitgestaltung. Hier ist schon vieles in Bewegung geraten, neue Möglichkeiten der Berufsausübung sind geschaffen worden. Dennoch muss die Politik sich den Vorwurf gefallen lassen, selbst die Axt an die ambulante Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte in der Niederlassung zu legen. Budgetierung, EBM und die ewige Diskussion um die Bürgerversicherung gehen auf Kosten der Planungssicherheit, die für den Schritt in die Niederlassung unerlässlich sind. Der bürokratische Aufwand spricht für sich und die jüngsten Eingriffe des Gesetzgebers in die Praxisorganisation werfen die Frage auf, ob man als Kassenarzt inzwischen Angestellter des Staates ist. Hier hilft nur ein radikaler Kurswechsel. Sonst wird es niemandem mehr gelingen, junge Kollegen für die Niederlassung zu begeistern. Die wohnortnahe Versorgung durch freiberufliche Praxen wird Vergangenheit sein. Das kann niemand wollen. ■

PVS Sachsen „Wir können uns glücklich schätzen, einen so guten ersten Vorsitzenden gehabt zu haben!“ Michael Penth, Geschäftsführer der PVS Sachsen, anlässlich der offiziellen Verabschiedung von Dr. Johannes Baumann Mitte Januar in Dresden.

Stabwechsel in der PVS Sachsen

Blickt man auf die alten Bundesländer, stellt man fest, dass es in nahezu jedem davon eine eigene PVS gibt. In den neuen Ländern sieht das jedoch anders aus: Nur in Sachsen existiert eine eigenständige PVS. Die PVS Sachsen GmbH wurde am 11. September 1990 gegründet, noch vor der offiziellen deutschen Wiedervereinigung am 3. Oktober. Die PVSen Limburg, Westfalen-Nord und Westfalen-Süd unterstützten die Gründung. Deren Geschäftsführer hatten erkannt, dass es auch in den neuen Bundesländern großen Bedarf an abrechnungstechnischer Entlastung der Ärzteschaft geben würde, und bauten folgerichtig die PVS Sachsen systematisch auf.

Mit der Übernahme der GmbH durch den PVS Sachsen e. V. im April 1998 stand die PVS Sachsen dann auf eigenen Beinen. Seit der Vereinsgründung Vorstandsmitglied, war Dr. Baumann schon damals der Impulsgeber für die gute Entwicklung des Unternehmens. Mit Helmut Reimann und dessen Nachfolger Michael Penth fand er Geschäftsführer, die die Arbeit der Gründer nicht nur verwalteten. Vielmehr entwickelten sie die PVS Sachsen entscheidend weiter und sorgten dafür, dass sie sich den Herausforderungen des Marktes gewachsen zeigte.

Vorstand der PVS Sachsen:

Dr. Meisel, Dr. Baumann und Prof. Herrmann (im Uhrzeigersinn)

© PVS Sachsen



Dabei war die Unterstützung durch den Vorstand stets von großer Bedeutung. Dr. Baumann, ab 2002 erster Vorsitzender des PVS Sachsen e. V., war insbesondere durch sein berufspolitisches Engagement – u. a. als einer der Gründungsväter der KV Sachsen und Leiter der Dresdner Bezirksgeschäftsstelle – besonders gut vernetzt und wusste, wo die sächsische Ärzteschaft der Schuh drückt. Seine eigene Tätigkeit als Hausarzt mit dem Anspruch, für seine Patienten immer ein offenes Ohr zu haben, bestärkte ihn in seiner Überzeugung, die PVS Sachsen stabil und auf Wachstumskurs zu halten.

Unerlässlich für ein gesundes und leistungsfähiges Unternehmen ist dessen Zukunftsfähigkeit. In Dr. Baumann hatte die PVS Sachsen einen Vorstand, der Innovationen nicht nur zuließ, sondern forderte, und damit erst ermöglichte, dass die sächsische PVS regionaler Marktführer in der privatärztlichen Honorarabrechnung wurde. Angesichts der großen Herausforderungen durch die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen kann man die Leistung des Vorstandes nicht hoch genug schätzen.

Große Investitionen waren und sind notwendig, um den Anschluss an die technische Entwicklung nicht zu verlieren. Häufig lässt sich nur erahnen, wie groß der Nutzen ausfallen wird. Mut zum Risiko ist genauso wichtig wie kritisches Abwägen. Dr. Baumanns große Stärke war es, die Balance zwischen diesen beiden Polen zu finden.

Und noch etwas zeichnete Dr. Baumann aus: das Wissen, dass in einem komplexen, sich in stetigem Wandel befindlichen Umfeld wie der ärztlichen Leistungsabrechnung Kontinuität und zufriedene Mitarbeiter entscheidende Erfolgsfaktoren sind. Er selbst gab mit seiner 27 Jahre währenden Vorstandstätigkeit das beste Beispiel. Ebenso wichtig war jedoch, dass es bei Geschäftsführung und Belegschaft kaum Fluktuation gab. Das Wohl der Mitarbeiter lag Dr. Baumann und dem Vorstand stets am Herzen, was sich unter anderem am regelmäßigen Lob und Dank für die geleistete Arbeit zeigte. Auch die Anwesenheit bei Betriebsausflügen und allgemeine Nahbarkeit trugen ihren Teil dazu bei, ein positives Betriebsklima zu schaffen und eine außerordentlich hohe Identifikation der Belegschaft mit „ihrer“ PVS zu erreichen.

„Besser hätte es kaum sein können. Doch ich bin zuversichtlich, dass die Zukunft genauso erfolgreich sein wird.“ Mit diesen Worten schloss Michael Penth seine Rede zum Abschied von Dr. Baumann. Die Nachfolge im Amt des ersten Vorsitzenden hat im Herbst letzten Jahres Dr. Eckhard Meisel angetreten. Dr. Meisel ist bereits seit 2002 Mitglied des Vorstandes. Er praktiziert als Kardiologe in Dresden. ■

Forderungsmanager, Factoring-Unternehmen und Honorarabrechner im Gesundheitswesen trafen sich im November letzten Jahres zu einem ersten Erfahrungsaustausch. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen die Themen Digitalisierung, Datenschutz und Compliance.

Branchentreff zu Forderungsmanagement und Abrechnung

Dass es viele Anforderungen und Regelungen gibt, die den Deutschen Factoring-Verband, den Bundesverband Deutscher Inkasso-Unternehmen und den Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen gleichermaßen betreffen, hatten die Verbände in gemeinsamen Gesprächen seit Langem herausgearbeitet. Grund genug, zu einem Erfahrungsaustausch einzuladen. Im Mittelpunkt standen bei diesem ersten Branchentreffen Fragen der Digitalisierung, des Datenschutzes und der Compliance im Gesundheitswesen.

Den Auftakt machte Prof. Dr. Tobias Gantner. In seinem Keynote-Vortrag „Nahtlosigkeit fürchtet in der Medizin nur der Chirurg“ eröffnete er einen ungewöhnlichen Blick in die Zukunft. Der digitale Wandel wird vieles auf den Kopf stellen. Die Beziehungen zwischen Produkten, Dienstleistungen, Patienten, Ärzten und Technik werden sich von Grund auf ändern, so lautet seine Prognose. Ein gutes Beispiel ist die Apple Watch. Deren EKG-App ist in den USA schon heute zugelassen. Damit kann der Träger einer solchen Uhr also jederzeit die Aktivität seines Herzmuskels messen. Andere Geräte werden es Patienten ermöglichen, Labor- und Vitalwerte zu Hause zu erfassen und mit dem behandelnden Arzt zu teilen. Bestimmte Messungen werden damit zukünftig nicht mehr zwangsläufig in der Arztpraxis durchgeführt. Darin sieht Gantner durchaus eine Chance, um den drohenden Ärztemangel in ländlichen Regionen zu lindern. Das größte Problem bei

Die Initiatoren des Branchentreffs (v.l.):

Stefan Tilgner (PVS Verband), Dr. Alexander M. Moseschus (Deutscher Factoring-Verband) und Kay Uwe Berg (Bundesverband Deutscher Inkasso-Unternehmen).

© BDIU

der Digitalisierung bestehe darin, deren Chancen zu ignorieren. Denn: „Die Patienten werden sie einfordern.“ Und wer Lösungen für die Patienten anbiete, regle letztlich der Markt.

Datenschutz

Das Thema, das in den Mitgliedseinrichtungen der einladenden Verbände im vergangenen Jahr die meisten zusätzlichen Ressourcen einforderte, war das Inkrafttreten der Europäischen Datenschutzgrundverordnung. Wolfgang Hahn von der Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft berichtete aus der Umstellungspraxis. Dabei zeigte sich, dass noch längst nicht alle Fragen rund um die Vertragsgestaltung, die Abgrenzung zwischen Auftragsdatenverarbeitung und der Tätigkeit als Verantwortlichem für die Datenverarbeitung abschließend geklärt sind. Aus Sicht der PVS rückt mit der Datenschutzgrundverordnung vor allem die Frage in den Fokus, ob es nach wie vor notwendig ist, dass die Patienten explizit in die Weitergabe der Daten an die Privatärztlichen Verrechnungsstellen zum Zweck der Honorarabrechnung einwilligen. Dr. Tim Arenz, Vorstand der PVS Baden-Württemberg, sieht diese Notwendigkeit im ambulanten Bereich nicht mehr als zwingend gegeben. Diese Frage wird mit den Datenschutzbeauftragten von Bund und Ländern diskutiert werden müssen.

Anti-Korruptionsgesetz

Zum Juni 2016 trat das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Kraft. Auf den ersten Blick hat das mit der Branche, die sich hier zum Erfahrungsaustausch traf, wenig zu tun. Doch das täuscht. Denn Forderungen, die im Zusammenhang mit Korruption entstehen, führen auch für die mit dem Forderungs- und Abrechnungsmanagement beauftragten Unternehmen schnell zu Ärger. Die Staatsanwaltschaften gehen regelmäßig davon aus, dass bei ihnen alle Daten zu einem Verdachtsfall vorliegen und setzen hier mit ihren Untersuchungen an. Julia Bette, Fachanwältin für Medizinrecht, brachte eine gute Nachricht mit: Laut Bundeskriminalamt seien die Fallzahlen allerdings inzwischen rückläufig. Der Grund sei, dass die Unternehmen das Problem erkannt und verschärfte Compliance-Strukturen eingeführt hätten.

Die intensiven Gespräche im Anschluss an die Vorträge machten allen Teilnehmern deutlich: Forderungsmanager, Factoring-Unternehmer und Honorarabrechner im Gesundheitswesen eint sehr viel mehr, als sie trennt. ■



Bundesgesundheitsminister Spahn ist offensichtlich mit seiner Geduld am Ende. Die Selbstverwaltung scheint das Gesundheitssystem nicht voranzubringen, sondern eher zu blockieren. Dennoch ist sie ein hohes Gut. Sie muss sich aber auf ihre Aufgabe besinnen, den Patienten zu dienen. Und effizienter werden.

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

Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck

Die Trennung der Aufgaben in der Gesundheitspolitik geht zurück bis auf Bismarcks Sozialgesetzgebung. Schon die 1883 gegründete Krankenversicherung sorgte für Mitspracherecht der Akteure. Die zum Ende der Weimarer Republik gegebene Zusage der Ärzteschaft, Versorgung sicherzustellen und alleinverantwortlich die Honorare der Kassen zu verteilen, war ein Eckstein eines staatsfern organisierten Gesundheitssystems – auch wenn wenig später Selbstverwalter freudestrahlend ihre Selbstentmachtung beschlossen. Die Gleichschaltung in der NS-Zeit hat so viel Unrecht erzwungen und unethisches Verhalten ermöglicht, dass das Gesundheitssystem nach dem Krieg dem direkten Zugriff der Politik entzogen wurde. Von Arbeitgebern und Gewerkschaften kontrollierte Krankenkassen sowie die Ärzte steuern die Versorgung. Der Tradition sollte sich bewusst sein, wer an dem speziellen Beziehungsgefüge im Gesundheitssystem herumschraubt.

Deutschland hat eines der besten Versorgungssysteme der Welt. Jeder Patient hat Anspruch auf gute Versorgung, er wird auch erfüllt. Doch das System droht in seinen eigenen Abläufen zu ersticken. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss immer mehr Entscheidungen treffen. Prüf- und Zulassungsverfahren dauern Jahre, Streitigkeiten unter den Beteiligten blockieren neue Prozesse, wie die Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten oder die Einführung des Digitalnetzes. Beteiligte erwecken allzu oft den Eindruck, dass es ihnen um Eigennutz geht, wo Allgemeinwohl draufsteht.

Deshalb kann man Verständnis dafür haben, dass dem Bundesgesundheitsminister der Geduldsfaden reißt. Sichtbares Zeichen dafür ist die Übernahme der Stimmenmehrheit in der Gematik, die für den Aufbau der digitalen Infrastruktur zuständig ist. Noch mehr Resonanz fand ein Änderungsantrag, mit dem Jens Spahn (CDU) seinem Haus die Möglichkeit geben wollte, selbst den Kassen vorzuschreiben, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sie in den Erstattungskatalog aufnehmen müssen. Begründet hatte er das mit den jahrelangen Verzögerungen bei der

Entscheidung über die Behandlung des Lipödems – und den Protesten der Patientinnen bei ihm. Genau das aber zeigt, weshalb Spahn mit dem Vorschlag auf dem Holzweg war: Es kann und darf nicht passieren, dass Politiker, die unter dem Druck von Lobbyisten und Öffentlichkeit stehen, darüber entscheiden, was mit den Geldern der Beitragszahler geschieht. Deshalb war es gut, dass Spahn den Antrag wieder kassiert hat, nachdem die Selbstverwaltung sich erstaunlich flexibel zeigte und kürzere Fristen zugesagt hatte. Das enthebt alle Beteiligte aber nicht der Aufgabe, künftig flexibler, schneller und besser zu werden. Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck, sie muss dem Patienten dienen. Der Grundsatz ist in der Vergangenheit zu oft zu kurz gekommen. Deshalb sollten sich auch die Ärzte nicht über die Gängelung durch den Gesetzgeber bei der Terminvergabe beschweren, haben doch auch ihre Körperschaften über Jahre verschlafen, sich des Themas anzunehmen. ■





HAUPTSTADT KONGRESS 2019

MEDIZIN UND GESUNDHEIT

**DEUTSCHES
ÄRZTEFORUM**

**21.-23. MAI 2019
CITYCUBE BERLIN**

Dabei sein. Mitreden. Mitentscheiden.

Die Plattform für ärztliche
Fortbildung und gesundheits-
politische Diskussion.

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

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

