



Mutterschutz

Seit Anfang des Jahres gilt:
Jeder Arbeitsplatz ist
auf seine Risiken zu prüfen.

8

Praxismanagement

Praxisabläufe auf dem Prüfstand

Von optimierten Arbeitsprozessen profitieren Patienten, Mitarbeiter und Praxisinhaber.

18

Praxisfinanzen

Digitales Gold oder böses Geld?

Warum Bitcoin und Blockchain mehr als ein Trend sind.

28

Gesundheitspolitik

EBM und GOÄ – systematisch inkompatibel

Absage an ein einheitliches
Vergütungssystem.

Ausgabe 12 Die Themen in diesem Heft

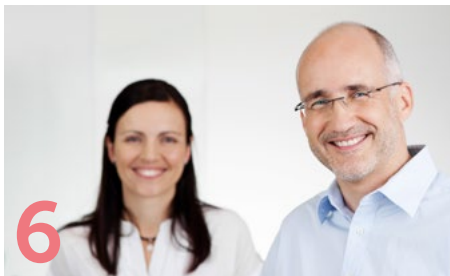
Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



Unentbehrliche Schätze

Die einen schätzen ältere Mitarbeiterinnen als gute Seele, als Perle der Praxis. Die anderen fürchten, dass sie der zunehmenden Hektik nicht standhalten.



Praxisabläufe auf dem Prüfstand

Optimale Arbeitsprozesse in der Praxis bringen mehr Patientenzufriedenheit, ein besseres Arbeitsklima. Und sie sind ein Erfolgsrezept für jeden Praxisinhaber.

Praxis & Recht



TITEL

Um eine Gefährdungsbeurteilung kommt keiner mehr herum

Das Mutterschutzgesetz wurde umfassend novelliert. Die wichtigste Änderung: Anlassunabhängig muss jeder Arbeitsplatz auf seine Risiken für werdende und stillende Mütter geprüft werden.

16 An alles gedacht?

Jetzt gilt die Datenschutzgrundverordnung – auch in Arztpraxen. Ein Überblick über das, was Sie in Ihrer Praxis geregelt haben sollten, damit Ihnen keine bösen Überraschungen drohen.

Praxisfinanzen



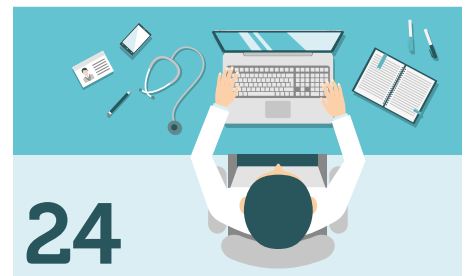
Digitales Gold oder böses Geld?

Der US-Unternehmer Chris Larsen erfindet die Kryptowährung Ripple und katapultiert sich damit auf die Forbes-Liste der Superreichen. Dahinter steht mehr als ein Trend.

PVS-Positionen

22 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN Populismus oder Mut?

Weniger reden, schneller handeln – das ist offensichtlich Spahns Devise. Drei Gesetze will er noch vor der Sommerpause auf den Weg bringen.



ABRECHNUNG

Videosprechstunde

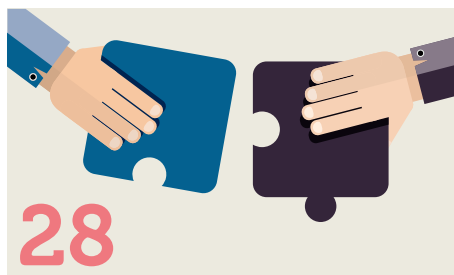
Der Deutsche Ärztetag hat sich für eine Liberalisierung der Fernbehandlung ausgesprochen. Aber wie wird diese korrekt abgerechnet?

26 PVS SCHLESWIG-HOLSTEIN · HAMBURG RKV Neue Räume für die Geschäftsstelle Hamburg

Nur der Wandel hat Bestand

27 PVS NIEDERSACHSEN Wechsel in der Hauptgeschäftsführung

Gesundheitspolitik



EBM und GOÄ – systematisch inkompatibel

Mancher Gesundheitspolitiker glaubt, man müsse EBM und GOÄ nur zusammenführen, dann sei auch die vermeintliche Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten beendet. Doch so einfach ist das nicht.

Gastkommentar



Hart aber fair

Mediziner aus dem Ausland sollen das Staatsexamen nachholen, fordert die Bundesärztekammer. Das geht zu weit. Die derzeitige Regelung ist aber tatsächlich zu großzügig.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

23 | VERANSTALTUNGEN

25 | SCHÄFERS KOLUMNE

25 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Union und SPD haben einen Koalitionsvertrag geschlossen. So weit, so gut. Der Begriff „Vertrag“ mag irreführend sein, eine Absichtserklärung ist die Vereinbarung aber zweifellos. Deshalb wäre es begrüßenswert, wenn die Beteiligten einig darüber wären, welche Absichten sie erklärt haben. In einem zentralen Punkt des Abschnitts zur Gesundheitspolitik ist das offensichtlich nicht der Fall. Nachdem das Regierungsprogramm die Reformbedürftigkeit von EBM und GOÄ konstatiert, formuliert es das Ziel, ein modernes Vergütungssystem für die ambulante Versorgung zu schaffen. Zu diesem Zweck werde eine wissenschaftliche Kommission eingesetzt, die bis Ende nächsten Jahres Vorschläge unterbreiten soll. Karl Lauterbach, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD im Deutschen Bundestag und sicherlich einer der profiliertesten Gesundheitspolitiker seiner Partei, kommentiert diese Aufgabenstellung in einem Interview mit der „WELT“: „Wir haben im Koalitionsvertrag geregelt, dass wir eine Kommission einrichten, die eine gemeinsame Honorarordnung für gesetzliche und private Versicherungen vorbereiten soll.“ Das ist eine erstaunliche, wenn auch nicht überraschende Auslegung.

Zwar ist unserer Ansicht nach schon eine semantische Analyse des Vertragstextes ausreichend, um Lauterbachs Narrativ zu widerlegen. Ganz abgesehen davon, dass, wenn eine Einigkeit der Koalitionspartner dahingehend bestanden hätte, die Gebührenordnungen zu vereinheitlichen, das im Koalitionsvertrag auch explizit vermerkt worden wäre. Dennoch, dabei wollten wir es nicht belassen. Deshalb haben wir den Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Dr. Ralph Ennenbach, gebeten, zu prüfen, was mit der fraglichen Passage gemeint sein kann. Sein Ergebnis: EBM und GOÄ verhalten sich wie Links- und Rechtsgewinde. Sie sind systematisch inkompatibel. Er rät der Kommission daher, sich Überlegungen in diese Richtung zu sparen. Das ist ein kluger Ratschlag. Wir hoffen, dass die Kommission diese Empfehlung beherzigen wird.

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

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Unentbehrliche Schätze

Foto: iStock.com/contrastwerkstatt

Ältere Mitarbeiterinnen Die einen schätzen sie als gute Seele, als Perle der Praxis, preisen ihren Erfahrungsschatz. Die anderen befürchten, dass sie der zunehmenden Hektik nicht standhalten, Abläufe ausbremsen könnten. Fakt ist: Ältere Beschäftigte können für ein Praxisteam sehr wertvoll sein – doch die Ansprache muss stimmen.

Text: Romy König

„Dieses Mütterliche“, schwärmt der Hausarzt sofort, als ihn die Lokalpresse nach den besonderen Eigenschaften seiner ältesten Assistentin fragt. Auf den Tag 50 Jahre arbeitet Gisela Weise bereits in der Landarztpraxis im rheinland-pfälzischen Geldern, es wird gefeiert, ein Pressefotograf ist vor Ort. Das Mütterliche im Umgang mit den Auszubildenden, die Empathie im Umgang mit Patienten, so steht es tags darauf in der Lokalzeitung, das zeichne sie besonders aus.

„Das Mütterliche ist es natürlich nicht allein, was eine ältere Arzthelferin in eine Praxis einbringen kann“, sagt Heike Jänicke, Trainerin und systemischer Coach aus Berlin. Sie informiert in Seminaren über altersbewusste Führung von medizinischem Fachpersonal – und weiß um die Vorzüge der reiferen Generationen. „Sie zeigen meist ein starkes Qualitätsbewusstsein, eine hohe Selbstständigkeit und ein großes Erfahrungswissen.“ Für Unternehmen wie auch für Arztpraxen seien dies gerade deshalb so wertvolle Eigenschaften, weil man sie „den Jungen nicht einfach eintrichern“ könne. Solche Stärken wüchsen mit der Zeit, seien gerade deshalb ein besonderer Schatz. „Aber das haben noch nicht alle Führungskräfte begriffen – auch Praxisinhaber nicht.“

Langsam wird es aber Zeit. Zumindest, wenn man Uwe Loof zuhört. Der Unternehmensberater aus Hannover unterstützt Firmen darin, Personal zu finden und zu halten, berät auch Arztpraxen und medizinische Versorgungszentren. Seine Prognose: Der Fachkräftemangel werde auch in der Arztassistenten voll einschlagen – und das liege nicht nur am vielzitierten demographischen Wandel. „Früher war Arzthelfer oder Arzthelferin mal ein Top-Ausbildungsberuf, doch dieses Image dreht sich. Es wird vermutlich nicht mehr so viel Nachwuchs nachkommen.“

Vorbild

Respektvollen Umgang vorleben! „Wir lernen durch Abschauen“, sagt Trainerin Heike Jänicke. Wenn also der Arzt ungeduldig und herrisch mit einer älteren MFA umspringt, dann machen das die anderen Mitarbeiter rasch nach.

Verständnis

Der größte Balanceakt: auf Ältere und ihre Bedürfnisse eingehen, ihr Alter aber nicht zu sehr zum Thema machen. Wie das gelingen kann? „Das geht mittels einer offenen Gesprächskultur, die in keiner Praxis – egal welcher Altersstruktur – fehlen sollte“, sagt Jänicke.

Vorsorge

Haben Sie ein Auge auf die Ältesten in der Runde. Denn natürlich: Im Alter steigt das Risiko für Rückenprobleme, Gelenkleiden, Venenbeschwerden. Auch das Sehvermögen lässt eher nach. „Hilfsmittel oder passendes Mobiliar wie etwa ein höhenverstellbarer Schreibtisch können helfen“, so Berater Loof. Aber auch hier gelte: „Fragen Sie am besten behutsam: Wie kann ich Sie unterstützen, was würde Ihnen guttun?“

„Wir können auf die Alten nicht verzichten.“

Schon heute lässt sich diese Entwicklung an offiziellen Zahlen ablesen, etwa jenen der Bundesagentur für Arbeit. Ende 2013 waren 19 Prozent der medizinischen Fachangestellten (MFA) in Deutschland jünger als 25 Jahre. Knapp vier Jahre später, im September 2017, sind es nur noch 17 Prozent. Das Interessante: Im selben Zeitraum stieg der Anteil der MFA in der Altersgruppe zwischen 55 und 65 Jahren um drei Prozentpunkte (von 12 auf 15) an. „Hier findet ganz offensichtlich eine Verschiebung statt“, kommentiert Loof. Zwar lässt sich diese Beobachtung nur als eine Momentaufnahme werten – „aber wenn Sie das nun auf die kommenden zwei Jahrzehnte hochrechnen oder eine Altersstrukturanalyse aufsetzen, sehen Sie, worauf wir zusteuern“ – auf Arztpraxen, die es sich bald nicht mehr werden leisten können, auf die älteren Mitarbeiterinnen zu verzichten.

„Wechselnde Ansprechpartner – etwa an der Rezeption – sind selten gut für die Patientenbindung“, so Loof.

Doch die Vorbehalte gegenüber älteren Beschäftigten seien noch immer groß: Da wird befürchtet, dass die ältere MFA sich sträubt, wenn ein neues Arzt-Informationssystem oder die Online-Terminvergabe eingeführt wird. Dass sie nicht mitkommt, wenn es zunehmend hektisch wird, es schnell gehen muss. Heike Jänicke bestätigt: „Sicher, in einem Arbeitsumfeld, in dem das Prinzip ‚schneller, höher, weiter‘ regiert, die Arbeitsverdichtung zunimmt, haben es ältere Mitarbeiter meist schwerer. Das Gehirn arbeitet ab einem bestimmten Alter anders, das haben Studien ergeben“ (siehe auch Buch-Tipp: „Jung im Kopf“). Attribute wie lernbereit, flexibel, teamfähig nun aber stets den Jüngeren zuzuschreiben, führe in die Irre: „Es gibt heute so viele hochleistungsfähige Senioren, die zum Beispiel ihren Doktor machen.“

Ältere lernen anders

Wie aber geht man mit den älteren Semestern im Arbeitsalltag um? Wenn etwa ein neuer Ablauf eingeführt werden soll? Wie lassen sich die Mitarbeiter, wie es im Management-Jargon so gern heißt, „mitnehmen“? „Man muss sich bewusst machen, dass sich das Lernverhalten von Jüngeren und Älteren unterscheidet“, sagt Uwe Loof, der vor seiner Beratertätigkeit jahrelang als Personalleiter gearbeitet hat. „Jüngere lernen explorativ, probieren Dinge zwei-, dreimal, wenn es klappt, gehen sie den Weg weiter.“ Ältere hingegen referenzierten mehr, lernten erfahrungsbezogen – glichen also das Gelernte unwillkürlich mit bereits angelegtem Wissen ab. „Sie sind in ihrem Charakter, aber auch in ihren Lernprozessen gefestigtere Persönlichkeiten“, so Loof. „Das heißt auch, dass sie eine andere, eine dezidierte Ansprache brauchen.“ Er rät dazu, Fragen zu stellen und genau zuzuhören. Nachzuforschen, wenn sich etwa Widerwillen gegen ein neues IT-Programm zeige: „Ruhig die direkte Frage stellen: Was genau stört Sie, was können wir tun, was brauchen Sie, damit Sie diesen Weg mitgehen?“ Gleiches empfiehlt auch Heike Jänicke: „Manchmal muss man Lerninhalte didaktisch anders aufbereiten, in kleineren Schritten vorgehen, sich ein bisschen Zeit nehmen.“

Hüten sollten sich Praxisinhaber davor, die älteren Mitarbeiter aufs Abstellgleis zu schieben, ihnen leichtere, ruhigere Aufgaben übertragen zu wollen. Damit täten sie weder den Beschäftigten einen Gefallen – noch ihrer Praxis: „In den Älteren steckt doch sehr häufig das geballte Wissen, die Erfahrung“, so Loof. So könnte man sogar, ganz im Gegenteil zum ersten Impuls, ruhig überlegen, die Koordination der besagten IT-Programm-Einführung ganz bewusst der erfahrensten Mitarbeiterin im Team zu übertragen. „Die weiß doch über alles am besten Bescheid: über Abrechnungen, über die Kommunikation mit Krankenkassen oder Kliniken – seit Jahren macht sie nichts anderes. Dann weiß sie auch, was so ein IT-System können und wie es eingerichtet werden muss.“ Wenn das Interesse passt, die Qualifikation, das Erfahrungswissen, sei das durchaus denkbar. Wie alt die MFA sei, sollte hier keinen Ausschlag geben. „Denn im Grunde“, so Loof, „ist doch das Alter nur ein Merkmal.“

Verwischtes

Altersgemischte Teams können funktionieren, sagt Loof.

Aus einfachem Grund: „Meist ist es egal, wie groß der Altersunterschied zwischen Kollegen ist: Zwischen 25- und 30-Jährigen kann es ebenso knirschen wie zwischen 20- und 50-Jährigen.“ Auch wenn sie vielleicht andere Werte haben, dass sie als Kollegium funktionieren, ist oft nur das Resultat eines guten Teammanagements – eine klare Führungsaufgabe.

Lena Beittler: ist Diplom-Psychologin
an der Goethe-Universität
in Frankfurt am Main.

Foto: Goethe-Universität Frankfurt am Main



Studie zeigt: Ältere sind gute Konfliktlöser

Es herrschen viele Stereotype über ältere Mitarbeiter, im Guten wie im Schlechten. Die Wissenschaft tarnt aber nach und nach die wahren Potenziale der reiferen Beschäftigten aus, untersucht sie in Studien und Forschungsarbeiten. Eine davon hat Lena Beittler im letzten Jahr vorgelegt: Die Frankfurter Psychologin hat untersucht, wie ältere Menschen auf Konflikte im Arbeitsleben reagieren, vor allem im Umgang mit Kunden im Dienstleistungssektor. Sie fand heraus, dass ältere Menschen – dazu zählte sie in der Regel solche im Alter zwischen 40 und 65 Jahren – in schwierigen, interpersonellen Situationen eher konstruktive Strategien anwenden, das heißt ihnen durch Problemlösung begegnen statt mit reinem Durchsetzungswillen. Dadurch erleben „ältere Dienstleister weniger negative Kundeninteraktionen“, schreibt die Psychologin in ihrer Dissertation. Überhaupt, so sagt sie, könnten die Defizite, wie sie älteren Beschäftigten oft unterstellt würden, von der Forschung nicht bestätigt werden: Obwohl das Älterwerden „mit einer Abnahme kognitiver Funktionen und mit sensomotorischen Einbußen“ einhergehe, zeigten Untersuchungen bislang „keine altersbedingten Verschlechterungen der allgemeinen Arbeitsleistung“. Sie mögen älter sein – zum alten Eisen gehören sie noch lange nicht.

Vorzüge

Ältere Mitarbeiter bringen oft Ruhe mit, eine „innere Stabilität“, wie Loof es nennt. Sie haben in ihrem Berufsleben schon viele kritische Situationen erlebt – und gemeistert. „Die wissen etwa, dass die Zertifizierung nicht scheitert, nur weil da im Text vielleicht ein Komma fehlt“, so Jänicke. Das gebe Sicherheit – auch dem Restkollegium. Auch reifere Patienten schätzten es oft, wenn sie sich in der Praxis an einen Ansprechpartner im ähnlichen Alter wenden können. „Das schafft Verbindung“, so Jänicke.

Vorhang frei

Sie erkennen die Kompetenzen Ihrer älteren Mitarbeiter, sind dafür dankbar, schätzen sie als Perle der Praxis? Dann machen Sie diese Wertschätzung sichtbar: Übertragen Sie ihnen – vorausgesetzt, die Bereitschaft besteht – verantwortungsvolle Aufgaben, stellen Sie sie Dienstleistern oder Lieferanten als ersten Ansprechpartner vor. Perlen sollten glänzen.

„... und plötzlich geht Frau Müller in Rente.“

Das wird spätestens dann zum Thema, wenn die Verrentung ansteht – ein Umbruch im Mitarbeitergefüge, der für viele Praxisinhaber überraschend kommt. „Das wunderte mich jedes Mal, wenn ich davon höre“, berichtet Berater Loof. „Dieser Schritt – Mitarbeiterin Frau Müller oder Frau Schulz erreicht das Rentenalter – ist doch nun wahrlich absehbar und entsprechend planbar“ – und doch erwische er manche Führungskraft wie aus heiterem Himmel. „Mindestens fünf Jahre vorher“, so die Mahnung von Heike Jänicke, sollte sich eine Führungskraft Gedanken darüber machen, wie es nach dem Ausscheiden eines älteren Mitarbeiters weitergehen soll. „Denn mit den alten Leuten geht auch deren Wissen in die Rente.“

In großen Unternehmen spricht man von „Knowledge Management“ – ein Begriff, der die Anstrengungen umschreibt, vorhandenes Wissen im Unternehmen zu steuern und zu bewahren. Das brauche es laut Berater Loof auch in einer Arztpraxis. „Klug ist, wer schon frühzeitig eine zweite Frau Müller oder Frau Schulz aufbaut.“ Also – in Absprache – eine andere Mitarbeiterin bestimmt, die der bald ausscheidenden Kollegin über die Schulter schaut, sie gemeinsam Aufgaben erledigen lässt. So entsteht ein wertvoller Wissenstransfer. Auch auf das Außenbild hat die Strategie eine positive Wirkung: „Wechselnde Ansprechpartner – etwa an der Rezeption – sind selten gut für die Patientenbindung“, so Loof. Sein Tipp: Kann die Bald-Rentnerin den Patienten eine Nachfolgerin vorstellen, ihnen kurz erläutern, dass sie selbst in Kürze in den Ruhestand gehen, diese Kollegin ab dann ihre Aufgaben übernehmen werde, stärke das das Vertrauensverhältnis zwischen Praxis und Patient. „Das kommt meist gut an.“

In der Praxis in Geldern ist daran übrigens noch nicht zu denken. Arzthelferin Gisela Weise bleibt noch eine Weile an Bord, nicht zuletzt, da auch ihr neun Jahre jüngerer Chef noch nicht in Rente gehen mag. „Die muss“, so zitiert ihn die Lokalzeitung, „noch ein bisschen bleiben.“ ■

Martin Korte

**JUNG
IM
KOPF**

Erstaunliche Einsichten
der Gehirnforschung in
das Älterwerden

DVA

Martin Korte:

„Jung im Kopf – Erstaunliche Einsichten der
Gehirnforschung in das Älterwerden.“

DVA Sachbuch. 2012.

ISBN: 978-3-421-04434-1

Optimale Arbeitsprozesse in der Praxis bringen mehr Patienten-zufriedenheit, ein besseres Arbeitsklima – und sind ein Erfolgsrezept für jeden Praxisinhaber. Für eine effiziente Praxisführung muss oftmals nur an kleinen Stellschrauben gedreht werden.

Text: Nicola Sieverling

Praxisabläufe auf dem Prüfstand

Die Terminvergabe läuft nicht rund, Patienten warten viel zu lang im Wartezimmer: Viele Ärzte merken zwar, dass die Abläufe in ihrer Praxis haken, aber woran es liegt und was geändert werden müsste, ist einfach nicht richtig klar. Der Praxisalltag ist dafür oft zu hektisch und es fehlt die Zeit, sich darüber intensiv Gedanken zu machen. „Das größte Hindernis ist eine unzureichende Kommunikation im Ablaufsystem der Praxen“, sagt Beraterin und Trainerin Verena Billerbeck. Sie ist bei Kock + Voeste mit Hauptsitz in Berlin für die Kommunikation- und Teamentwicklung sowie das Praxismanagement tätig. „Für optimale Prozessabläufe sind dann die relevanten Weichen gestellt, wenn verstanden und gewertschätzt wird, was jeder Einzelne an seinem Arbeitsplatz braucht, um die Aufgaben bestmöglich zu erledigen“, ergänzt die Beraterin.

Praxisteam mit einbinden

Also steht am Anfang des Verbesserungsprozesses eine gründliche Analyse der Praxisabläufe – unter Einbindung des gesamten Teams. Denn die Angestellten lesen Krankenkassenkarten ein, vereinbaren Termine, erfassen die Leistungen und begrüßen jeden Patienten. Jede Mitarbeiterin ist die absolute Expertin auf ihrem Gebiet.

Von dieser Kenntnis haben Dr. Thomas Freier und Dr. Björn Wachter profitiert. Seit 2006 leiten sie eine Gemeinschaftspraxis im baden-württembergischen Göppingen. Gerade montags ging es in der Praxis der beiden Internisten drunter und drüber, wenn zu den einbestellten Patienten



„Der Arzt ist entlastet, und außerdem trauen sich die Patienten eher, über ihre Erkrankung mit einer Angestellten zu sprechen und Fragen zu stellen.“

die Akut-Patienten hinzukamen. Nach dem Besuch eines Praxis-Manager-Kurses führten Freier und Wachter ein simples, aber hocheffektives System ein: Laufzettel, wie sie in der Industrie für schnellere Abläufe genutzt werden. Laminierter, recycelbarer Karten für jeden Patienten sorgen seit zwei Jahren für die perfekte Übersicht. Meldet sich ein Patient telefonisch an, notiert die MFA an der Rezeption bereits seine Beschwerden, persönliche Daten und Maßnahmen wie Blutdruckmessungen oder EKG. Die Notizen erfolgen als Kreuzchen in vorgefertigten Feldern.

Laufkartensystem schafft Freiräume

Wenn der Patient dann in die Praxis kommt, liegt das Blutdruckmessgerät schon bereit und die MFA nimmt bei Bedarf ohne lange Wartezeiten Blut ab. „Wir haben so einen besseren und schnelleren Austausch und ersparen uns Nachfragen und Arbeitsanweisungen, die laut durch die Räume gerufen werden. Die Kommunikation zwischen Arzt und Angestellter ist klar und jeder kennt seine Aufgaben“, sagt Dr. Thomas Freier. Mehr noch: Das Laufkartensystem verschafft mehr Freiräume für die Behandlung von Akutpatienten, die ebenfalls von den kurzen Wartezeiten profitieren. Das Konzept der Internisten schenkt den Praxisangestellten mehr Lebensqualität durch weniger Überstunden. „Sie kommen abends um 18 Uhr pünktlich raus“, ergänzt Internist Freier. Mit seinem Kollegen Dr. Björn Wachter hat er die Sprechstundenzeiten dank der besseren Koordination so organisiert, dass jeder zwei freie Nachmittage in der Woche genießen kann. „Wir nutzen die Zeit für Sport und kommen bei unseren Patienten authentisch rüber. Man kann als Arzt doch nicht gesunde Lebensführung predigen und es selbst nicht leben“, so Dr. Thomas Freier.

Für Beraterin und Trainerin Verena Billerbeck ist das Laufkartensystem der Schwaben ein Paradebeispiel für optimale Arbeitsprozesse. „Bessere Prozesse steigern die Effizienz, Produktivität und sorgen für ein harmonischeres und gesünderes Praxisteam. Mal angenommen, eine Praxis könnte ihre Reibungsverluste um 20 Prozent mindern, dann würde sie ihre Effektivität um 20 Prozent steigern. Das schlägt sich auch in der wirtschaftlichen Bilanz nieder“, so die freie Mitarbeiterin bei Kock + Voeste, das seit 1989 bundesweit als führendes Beratungsunternehmen im ambulanten Gesundheitswesen aktiv ist.

Patientenpatenschaft als Erfolgsrezept

Dr. Susanne Nolfo aus Elmshorn bei Hamburg punktet mit dem Modell der Patientenpatenschaft. Das von ihr entwickelte System profitiert von der Idee, rheumatologisch erkrankten Patienten einen Helfer zur Seite zu stellen, der mit seiner eigenen Erkrankung gut umgeht, Alltag und Beruf trotz der Einschränkungen meistert. Mit diesem mutmachenden Wissen können die Patienten – die Bereitschaft zur Patenschaft vorausgesetzt – andere Betroffene gut unterstützen. Diese Rheumapatenschaft

Dr. Thomas Freier und Dr. Björn Wachter (v.l.): haben das Laufkarten-System eingeführt.

Foto: Dr. Freier / Dr. Wachter



„Wir nutzen die Zeit für Sport und kommen bei unseren Patienten authentisch rüber. Man kann als Arzt doch nicht gesunde Lebensführung predigen und es selbst nicht leben“, so Dr. Thomas Freier.

ist ein weiteres Erfolgsrezept für eine bessere Patientenversorgung und effizientere Praxisführung.

Auf ein neues telemedizinisches Konsiliararztsystem setzt dagegen Dr. Wolfgang Landendörfer aus Nürnberg. Er gehört zu einem Team von hausärztlich tätigen Kinderärzten, die über eine datengesicherte Umgebung den Rat eines Spezialisten anfordern können. So werden seltene oder schwierige Krankheitsbilder wohnortnah und direkt behandelt. Anschließend wird der Patient gemeinsam von beiden Ärzten betreut. Das Telekonsiliararztsystem „PädExpert“ könnte auch auf andere medizinische Fachdisziplinen übertragen werden.

Nach Ansicht von Verena Billerbeck sollte bei der Optimierung von Arbeitsprozessen die Kompetenz der Praxismitarbeiter stärker berücksichtigt werden. „Die Mitarbeiter verbringen in der Regel viel mehr Zeit mit dem Patienten als der Behandler selbst. Deshalb ist es so wichtig, unter anderem regelmäßige Teamsitzungen abzuhalten und den strukturierten Austausch zu fördern. Auch müssen Prozesse immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden. Manchmal verändern sich Anforderungen“, lautet der Rat der gelernten MFA.

Arztentlastung durch Patientenschulung

Eine innovative Idee aus dem kleinen Böhmenkirch auf der Schwäbischen Alb macht im wahrsten Sinne des Wortes Schule: In der Praxis von Allgemeinmediziner Dr. Josef Brandner entwickelte MFA Edith Biegert ein Konzept zur Schulung von chronisch kranken Patienten hinsichtlich der Selbstvorsorge. Biegert, die seit über 25 Jahren in der Praxis arbeitet, gibt nach Feierabend Ratschläge zu Ernährung, Sport und medikamentöser Behandlung. Das Programm besteht aus vier Modulen in acht Unterrichtseinheiten, die mit einem Handbuch begleitet werden. Patienten mit Asthma, COPD oder Diabetes erhalten in den Kleingruppen ein Bewusstsein für ihre Krankheit und einen alltagstauglichen Wegweiser für mehr Lebensqualität. Das Präventionsprogramm läuft seit 2015 mit viel Erfolg und steigert sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Bindung an die Praxis von Dr. Josef Brandner. „Der Arzt ist entlastet, und außerdem trauen sich die Patienten eher, über ihre Erkrankung mit einer Angestellten zu sprechen und Fragen zu stellen. Das Vertrauensverhältnis ist anders“, lautet das Resümee der engagierten MFA Edith Biegert. Mittlerweile haben viele Praxen im Großraum Stuttgart ihre Projektidee übernommen.

Der Aufbruch zum Perspektivwechsel lohnt sich also. Nach dem Motto „Andere kann man nicht ändern, sondern nur sich selbst“, bietet der selbstkritische Praxisprüfstand viele Chancen für jeden Inhaber. ■

NEUES
Magazin



Abonnieren Sie jetzt:

Ihren Wettbewerbsvorteil durch
Insiderwissen!

sgp INSIDER ist das Leitmedium für Entscheider der Gesundheitspolitik. 14-tägig aufbereitet, gespickt mit Hintergrundinformationen und Analysen ermöglicht er einen schnellen Blick auf die wesentlichen Entwicklungen im Markt.

Ihr Abo: nur 41,25 €* monatlich

Einfach abonnieren unter www.sgp-insider.de



Das Mutterschutzgesetz wurde zum 1. Januar 2018 umfassend novelliert. Die wichtigste Änderung: die Gefährdungsbeurteilung. Anlassunabhängig ist jetzt jeder Arbeitsplatz auf seine Risiken für werdende und stillende Mütter zu prüfen.

Text: **Eugenie Ankowitsch**

Um eine Gefährdungsbeurteilung kommt keiner mehr herum



A pregnant woman with long brown hair tied back, wearing a white lab coat over a dark blue top, is sitting in a chair by a large window. She is looking out the window with a slight smile. The window shows a blurred view of green trees and a building. The lighting is soft and natural, coming from the window.

65 Jahre nach seinem Inkrafttreten wurde das Mutterschutzgesetz (MuSchuG) im vergangenen Jahr reformiert. Die Neuregelungen gelten seit dem 1. Januar 2018. Mit der Novellierung ändert sich zwar nichts Grundlegendes für Praxischefs und die Verantwortlichen in Kliniken. Dennoch gibt es einige Details, die Arbeitgeber wissen und umsetzen müssen. Auch lässt manch eine Formulierung viel Raum für Interpretationen.

Zu den wichtigsten Änderungen gehört sicherlich die Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen, die nun explizit in das Mutterschutzgesetz aufgenommen wurde. Demnach muss jeder Arbeitgeber jeden Arbeitsplatz auf mögliche Gefährdungen für schwangere oder stillende Mitarbeiterinnen prüfen, und zwar anlassunabhängig. Mit anderen Worten: Auch wenn derzeit keine schwangere oder stillende Frau im Betrieb arbeitet, müssen solche Beurteilungen durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Prüfung und der Bedarf an Schutzmaßnahmen müssen nicht nur festgehalten werden, es müssen auch alle Mitarbeiter darüber informiert werden.

Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ist in drei Stufen zu prüfen, ob Schutzmaßnahmen für die werdende oder stillende Mutter erforderlich sind: Genügt eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes nicht oder ist sie nur unter unverhältnismäßigem Aufwand möglich, muss der Arbeitgeber klären, ob ein Arbeitsplatzwechsel in Betracht kommt. Erst wenn beide Maßnahmen nicht in Frage kommen, kann beziehungsweise muss der Arbeitgeber ein – unter Umständen teilweises – Beschäftigungsverbot aussprechen.

Beschäftigungsverbot nur bei „unverantwortbarer Gefährdung“

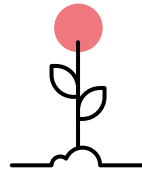
Um es Arbeitgebern zu erleichtern, die Beschäftigungsmöglichkeiten schwangerer oder stillender Frauen korrekt zu bewerten, führt das Gesetz den Rechtsbegriff der „unverantwortbaren Gefährdung“ ein. Demnach ist eine Gefährdung unverantwortbar, wenn „die Eintrittswahrscheinlichkeit angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens für Mutter oder (ungeborenes) Kind nicht hinnehmbar ist“.

Diese Definition ist bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes als sehr schwammig und wenig hilfreich kritisiert worden. Die Befürchtung: Viele Arbeitgeber könnten sich nur schlecht vorstellen, was damit gemeint ist, und würden im Zweifelsfall ein Beschäftigungsverbot aussprechen. Denn dann würde sich vor allem die Hoffnung von Ärztinnen in der Weiterbildung zerschlagen, dass es nun leichter wird, Teile der Weiterbildung trotz einer Schwangerschaft zu absolvieren. Bislang folgte auf die Bekanntgabe einer Schwangerschaft häufig nicht nur ein sofortiges OP-Verbot, sondern auch der Ausschluss von vielen anderen Tätigkeiten.

Katalog unzulässiger Tätigkeiten

Anhaltspunkte dafür, ob eine unverantwortbare Gefährdung für die schwangere beziehungsweise stillende Mitarbeiterin oder ihr Kind vorliegt, liefern die §§ 11, 12 MuSchG. Sie benennen im Einzelnen unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für schwangere beziehungsweise stillende Frauen. So sollte eine Schwangere nicht in Kontakt mit infektiösem Material – beispielsweise bei einer Blutabnahme oder einem Verbandswechsel – kommen. Es sollte auch vermieden werden, dass regelmäßig mehr als fünf Kilogramm, gelegentlich 10 Kilogramm getragen oder gehoben werden. Dazu zählt zum Beispiel auch das Umlagern eines Patienten auf einer Liege oder

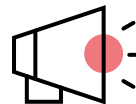
Kurz zusammengefasst



Die **Schutzfristen** wurden verlängert



Anlassunabhängige
Gefährdungsbeurteilung ist Pflicht



Es besteht eine **Meldepflicht** für die
schwängere Arbeitnehmerin



Neue **Arbeitszeitregelungen**



Stillende Mitarbeiterinnen:

Bis zu zwölf Monate nach der Entbindung muss der Arbeitgeber die Mitarbeiterin für die erforderliche Zeit freistellen.

Foto: shutterstock.com / Image Point Fr

Nützliche Informationen

Folgende Unterlagen müssen dem Antrag bei der Aufsichtsbehörde beiliegen

- Einwilligungserklärung der betroffenen Mitarbeiterin;
- ärztliches Zeugnis (Unbedenklichkeitsbescheinigung);
- Gefährdungsbeurteilung;
- Bestätigung, dass keine unverantwortbare Gefährdung, insbesondere durch Alleinarbeit, vorliegt.

Voraussetzungen für Mehrarbeit:

- Einwilligung der Betroffenen;
- Bestätigung eines Arztes, dass von der Mehrarbeit keine Gefahr für Mutter und Kind ausgeht.

Quelle: <https://www.weka.de/arbeitschutz-gefahrstoffe/neues-mutterschutzgesetz-kommt/>





Eine Gefährdung gilt als unverantwortbar, wenn „die Eintrittswahrscheinlichkeit angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens für Mutter oder (ungeborenes) Kind nicht hinnehmbar ist“.

Unverantwortbare Gefährdung: Gemeint ist, dass abzuwägen ist zwischen Eintrittswahrscheinlichkeit und möglichen Gesundheitsschäden.

Foto: iStock.com/fotostorm

die Begleitung eines älteren, wackeligen Patienten auf die Toilette beziehungsweise in den Behandlungsraum.

Der potenzielle Umgang mit Gefahrstoffen, insbesondere Biostoffen der Risikogruppen 2, 3, 4 im Sinne von § 3 Biostoffverordnung, und eine mögliche Infektionsgefahr durch spitze, stechende Gegenstände wird nach Einschätzung von Juristen weiterhin nicht in der Weise eingeschränkt werden können, dass die damit einhergehende Gefährdung als verantwortbar für die werdende Mutter und das ungeborene Kind erscheint.

Als weitere Hilfestellung für Arbeitgeber sind Leitlinien vorgesehen, die vom in § 30 MuSchG vorgesehenen Ausschuss für Mutterschutz erarbeitet werden sollen. Die bis zu 15 Mitglieder aus Gewerkschaften, Fachbehörden, Arbeitgeberverbänden sowie der Wissenschaft sollen Art, Ausmaß und Dauer der möglichen unverantwortbaren Gefährdungen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ermitteln, genauer definieren und bundeseinheitlich verbindliche Standards und konkrete Auslegungs- und Umsetzungshilfen erarbeiten. Darüber hinaus soll der Ausschuss sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und arbeitshygienische Regeln aufstellen.

Änderungen beim Verbot der Nacht- und Sonntagsarbeit

Bisher durften werdende und stillende Mütter an Sonntagen, Feiertagen und nachts generell nicht arbeiten. Das ändert sich mit dem neuen Mutterschutzgesetz. Demnach sind Sonn- und Feiertagsarbeit sowie Nachtarbeit zwischen 20 Uhr und 22 Uhr erlaubt. Beides geht allerdings nur, wenn die Schwangere dem ausdrücklich zustimmt

und aus ärztlicher Sicht keine Bedenken bestehen. Für die Arbeit zwischen 20 und 22 Uhr ist sogar ein behördliches Genehmigungsverfahren notwendig.

Der Arbeitgeber hat dabei alle erforderlichen Unterlagen einzureichen, „die der Behörde eine formelle und materielle Prüfung des Antrags ermöglichen“. Während die Aufsicht den Antrag prüft, kann der Arbeitgeber die Frau grundsätzlich weiterbeschäftigen. Wird der Antrag innerhalb von sechs Wochen nicht abgelehnt, gilt er als genehmigt. Ihr Einverständnis, nach 20 Uhr zu arbeiten, dürfen Schwangere jederzeit widerrufen. Die Nachtarbeit von 22.00 bis 6.00 Uhr bleibt weiterhin verboten.

Insgesamt dürfen Schwangere nicht mehr als 90 Stunden pro Doppelwoche arbeiten und müssen 11 Stunden Mindestruhezeit einhalten. An Sonn- und Feiertagen dürfen Schwangere nicht alleine arbeiten. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber sicherstellen muss, dass die Frau jederzeit den Arbeitsplatz verlassen oder Hilfe erreichen kann.

Kündigungs- und Schutzfristen ausgeweitet

Daneben hat der Gesetzgeber den Kündigungsschutz für werdende Mütter ausgeweitet. Nach § 9 Abs. 1 MuSchG ist die Kündigung einer Frau bis zum Ablauf von vier Monaten nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche unzulässig. Ebenfalls gilt seit Inkrafttreten des Gesetzes, dass Mütter von Kindern mit Behinderung vier Wochen länger und damit insgesamt zwölf Wochen Mutterschutz nach der Geburt erhalten, um sich um ihre Kinder kümmern zu können.

Auch das neue Mutterschutzgesetz regelt, dass der Arbeitgeber unverzüglich nach Mitteilung der Schwangerschaft durch die Arbeitnehmerin die zuständige Aufsichtsbehörde über die Schwangerschaft informieren muss. Neu ist allerdings die Benachrichtigungspflicht des Praxisinhabers bei Beschäftigung einer stillenden Arbeitnehmerin. Dies betrifft beispielsweise Fälle, in denen eine stillende Frau neu eingestellt wird.

Mit dem neuen Mutterschutzgesetz wird aber auch der geschützte Personenkreis ausgeweitet. Galt das Gesetz bisher nur für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder Heimarbeit ausführen, schützt es nun auch schwangere und stillende Frauen, die in vielen unterschiedlichen Vertragskonstellationen zu Arbeitgebern, Auftraggebern, aber auch zu Institutionen stehen. ■

DSGVO Seit dem 25. Mai gilt die Datenschutzgrundverordnung – auch in Arztpraxen. Sie wartet mit einer Reihe von verpflichtenden Maßnahmen auf. Ein Überblick über das, was Sie in Ihrer Praxis geregelt haben sollten, damit Ihnen böse Überraschungen erspart bleiben.

Text: **Ulrike Scholderer**



An alles

gedacht?

In Kraft getreten ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) schon im Mai 2016. Vor gut drei Wochen, am 25. Mai dieses Jahres, endete die zweijährige Übergangsfrist. Nun sind die Vorgaben verpflichtend. Zugegeben, durch die parallele Geltung von deutschem und europäischem Recht ist der Datenschutz gerade auch für Arztpraxen recht kompliziert. Aber wer die grundlegenden Vorschriften kennt und befolgt, ist schnell auf der sicheren Seite.

Die DSGVO wiederholt im Wesentlichen, was mit dem Bundesdatenschutzgesetz in Deutschland schon seit Langem gilt: Daten müssen sicher aufbewahrt werden, sie sind sparsam zu erheben und dürfen nur für den ursprünglich vorgesehenen Zweck verwendet werden. Neu ist allerdings eine Umkehr der Beweislast. Sie als Arzt unterliegen jetzt Rechenschaftspflichten. Das heißt, dass Ihre Praxis jederzeit in der Lage sein muss nachzuweisen, dass die Grundsätze und Vorschriften der DSGVO eingehalten werden. Am einfachsten lässt sich diese Nachweispflicht mit einem Datenschutzhandbuch erfüllen, das regelmäßig gepflegt wird.

Um welche Daten geht es?

Im Zentrum der neuen Datenschutzregelungen stehen personenbezogene Daten. Sie sollen vor Missbrauch geschützt werden – zum Wohle der Betroffenen. Personenbezogene Daten, das ist ein weit gefasster Begriff. Darunter fallen alle Informationen, die einer konkreten Person – eventuell mit Hilfe Dritter – zugeordnet werden können. Deshalb sind selbst Daten wie die IP-Adresse, die beim Besuch einer Praxiswebsite hinterlassen wird, oder Befunde und Röntgenaufnahmen, auch ohne Angabe eines Namens, von den Vorschriften umfasst. Im medizinischen Kontext fallen zudem viele Informationen an, die das Gesetz als „besondere Kategorie von personenbezogener Daten“ noch stärker schützen will. Dazu gehören unter anderem Gesundheitsdaten, genetische und biometrische Daten sowie Sozialdaten. Neben diesen „sensiblen“ Daten werden in jeder Praxis auch Daten von Beschäftigten, Lieferanten und Dienstleistern verarbeitet.



Das sollten Sie erledigt haben:

- ✓ Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten erstellen
- ✓ Prüfen, ob ein Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss
- ✓ Datenschutzerklärung für Patienten
- ✓ Formulare und Verträge mit Dienstleistern prüfen und ergänzen
- ✓ Sicherheit der IT-Systeme prüfen und dokumentieren
- ✓ Mitarbeiterschulung
- ✓ Interne Datenschutzrichtlinie

Damit der Umgang mit Daten unter den Anwendungsbereich der DSGVO fällt, muss ihre Verarbeitung durch den Arzt veranlasst sein. Das ist grundsätzlich für das gesamte Praxisgeschehen regelmäßig der Fall. Verarbeitung ist wie der Begriff der personenbezogenen Daten ebenfalls sehr weit zu verstehen: Gemeint ist jede Art von Erheben, Ändern, Speichern und Übermitteln. Und das völlig unabhängig von der Art und Weise: Elektronische und analoge Datensammlungen sind gleichgestellt. Damit ist also auch die herkömmliche, auf Karteikarten geführte, analoge Patientenakte gemeint.

Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten

Eine zentrale Vorschrift ist die Erstellung eines Verzeichnisses aller Datenverarbeitungsprozesse. Dieses Verzeichnis dient vor allem dem eigenen Datenschutzmanagement und ist gleichzeitig ein Instrument der Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden. Zwar regelt Art. 30 DSGVO die Inhalte dieses Verzeichnisses, eine verbindliche Formvorschrift gibt es nicht. Sie können das Verzeichnis also einfach als Excel- oder Worddatei aufsetzen. Aufzulisten sind zunächst Name und Kontaktdaten der Praxis und des verantwortlichen Arztes. Sofern ein Datenschutzbeauftragter bestellt ist, kommen dessen Name und Kontaktdaten hinzu. Das Verzeichnis benennt die einzelnen Verarbeitungsprozesse mit dem Zweck, der Beschreibung der Kategorien der betroffenen Personen und der personenbezogenen Daten, die Kategorien der Empfänger soweit möglich, die vorgesehenen Fristen zur Löschung der Daten und, ebenfalls im Rahmen des Möglichen, eine Beschreibung der Sicherheit der Prozesse nach Art. 32 DSGVO. Bitte beachten Sie: Auch die Verarbeitungsprozesse auf beruflich genutzten Smartphones und Tablets gehören in dieses Verzeichnis!

Wann brauchen Sie einen Datenschutzbeauftragten?

Nach Art. 37 DSGVO müssen Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Datenschutzbeauftragten für Ihre Praxis benennen. Das ist immer dann der Fall, wenn in Ihrer Praxis zehn Personen oder mehr regelmäßig mit Datenverarbeitung beschäftigt sind. Hier gilt: Ein Anstellungsverhältnis ist dafür nicht notwendig, Krankheit und Urlaub unterbrechen die Regelmäßigkeit nicht und Sie als Arzt zählen selbstverständlich mit! Auch unabhängig von der Anzahl der mit der Datenverarbeitung in der Praxis befassten Personen kann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden müssen, beispielsweise, wenn Daten in Prozessen verarbeitet werden, die eine Datenschutzfolgenabschätzung notwendig machen. Allerdings wird das die Ausnahme sein.

Betroffenenrechte

Die Patienten haben das Recht zu überprüfen, ob die gesetzlichen Grenzen für die Verarbeitung und Nutzung der zu ihrer Person gespeicherten Daten eingehalten werden. Ein ganzes Bündel von Rechten hält der Gesetzgeber dafür bereit. Es umfasst den Informationsanspruch, das Auskunftsrecht, das Recht auf Berichtigen und Löschen sowie Datenübertragbarkeit und das Recht, der Datenverarbeitung unter bestimmten Voraussetzungen zu widersprechen. Es empfiehlt sich daher, den Patienten eine Transparenzerklärung auszuhändigen, die die Datenverarbeitungsprozesse beschreibt und gleichzeitig den Patienten über seine Rechte aufklärt. Ihr PVS stellt Ihnen die notwendigen Dokumente im Zusammenhang mit Abrechnung der privatärztlichen Honorare gern zur Verfügung.

Was bei Verstößen droht

Grundsätzlich sind Sie verpflichtet, Verletzungen der Vorgaben zum Schutz personenbezogener Daten der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 72 Stunden zu melden. Eine Verletzung liegt vor, wenn personenbezogene Daten vernichtet oder verändert wurden oder es zu einer unbefugten Offenlegung oder einem unbefugten Zugriff auf die Daten gekommen ist. Es drohen hohe Bußgelder – bis zu 20 Millionen Euro oder 4 Prozent des Jahresumsatzes.

Wichtig ist: Der Datenschutz ist als Thema in der Gesellschaft angekommen. Zudem können nicht nur die Betroffenen, also die Patienten selbst, sondern auch Wettbewerber und Verbände Sie mit Abmahnungen und Zivilklagen überziehen, sofern offensichtliche Versäumnisse oder Verstöße gegen den Datenschutz nachweisbar sind. Aber so weit wird es sicherlich nicht kommen. Denn dass ein umsichtiger Umgang mit den Patientendaten für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ebenso existenziell ist wie das ärztliche Berufsethos, versteht sich von selbst. Jetzt gilt es, das ganze Team für die Fragen des Datenschutzes zu sensibilisieren, Prozesse zu überprüfen und zu dokumentieren. Ihre PVS unterstützt Sie gern. ■



Von Ihrer PVS erhalten Sie Informationen:

- zur Patienteninformation zum Datenschutz
- zur PVS-Transparenzerklärung
- aktualisierte Einwilligungserklärungen
- eine Ergänzung zu den bestehenden vertraglichen Vereinbarungen
- und die Broschüre „DSGVO in der Praxis“

Warum **Bitcoin und Blockchain** mehr als ein Trend sind.

Text: **Anne Nürnberger** Illustration: **shutterstock**

Digitales Gold oder böses Geld?



Da erfindet der US-Unternehmer Chris Larsen einfach die neue Kryptowährung Ripple und katalysiert sich damit auf Platz 5 der Forbes-Liste der Superreichen. Dort, wo eben noch Facebook-Gründer Mark Zuckerberg stand. Sagenhafte 36 000 Prozent hatte der Ripple im Bitcoin-Hype an Wert gewonnen.

Deutsche Millenials wie Robert Kiefner (29) haben mit „Bitcoin-Mining“ – der Verifizierung von Transaktionen über ihre Rechner – ein Millionenvermögen verdient. Und bei der Münchner Digitalbank Fidor erzählt man die Geschichte einer 77-Jährigen, die den Verkaufserlös ihres Hauses unbedingt in Bitcoin anlegen wollte und nun wohl Multi-Millionärin ist.

Wie hoch ist das Risiko für Anleger?

Sehr hoch. Eine sichere Anlage sind Kryptowährungen weiterhin nicht. Wer eine Kryptowährung kauft, investiert nicht, er spekuliert. „Bei allen Projekten, die wir unterstützen, weise ich immer darauf hin, dass Totalverlust möglich ist“, sagt Dennis Weidner, Gründer der C³ Crypto Conference und CEO der Krypto-Agentur Paranoid Internet.

„Wir beobachten die Entwicklung von Kryptowährungen wie Bitcoins sehr genau“, sagt Sebastian Kraft, Corporate Strategy & Manager des DLT/Blockchain Lab der Commerzbank. „Diese sind allerdings sehr spekulativ und unreguliert getrieben. Deshalb geben wir dazu auch keine Empfehlungen ab.“ Das wirklich spannende Thema sei für die Commerzbank die darunter liegende Technologie, die Blockchain. Kraft: „Die Blockchain-Technologie kann im Bankgeschäft, aber auch industrieübergreifend, enorme Effizienzgewinne ermöglichen und auch Risiken minimieren.“



Dennis Weidner: der Gründer der C³ Crypto Conference und CEO der Paranoid Internet GmbH bei seiner Eröffnungsrede auf der Konferenz.

Foto: Pressematerial C³ Crypto Conference

Seit der Bitcoin-Kurs im vergangenen Jahr um mehr als 1000 Prozent nach oben raste, fragen sich immer mehr Menschen, ob es ein Fehler ist, nicht zu investieren. In Bitcoin oder eine der mittlerweile mehr als 1500 Kryptowährungen auf Basis der fälschungssicheren Blockchain-Technologie, die nicht nur die Finanzmärkte auf den Kopf stellt.

„Bitcoin ist böse!“, warnte Nobelpreisträger und Ökonom Paul Krugmann noch vor einigen Jahren. Und wie die Bundesbank und die Finanzaufsicht BaFin raten die meisten traditionellen Banker ihren Privatkunden vom Kauf von Kryptowährungen weiterhin ab. Die Wertschwankungen von Bitcoin seien aktuell dreizehnmal höher als die von Gold, gab Bundesbank-Präsident Jens Weidmann erst im Februar zu bedenken. Da brachte es der neue digitale Parallelentwurf einer vermeintlich gerechteren Finanzwelt weltweit bereits auf einen Wert von 500 Milliarden Dollar.

C³ Crypto Conference:

Besucher auf der Messe 2018 in Berlin

Foto: Pressematerial C³ Crypto Conference



Worauf sollte ich unbedingt achten?

Die Kaufgebühren, die Kryptobörsen erheben, sind sehr unterschiedlich und werden oft nicht extra ausgewiesen. Bei Bitcoin.de handeln Nutzer direkt miteinander, so kommt es auch zu Angeboten, die über dem aktuellen Marktpreis liegen.

Wie kann ich einsteigen?

Jeff Gallas (33), Blockchain-Berater, Unternehmer und Gründungsdirektor des Bundesverbandes Bitcoin, glaubt: „Bitcoin ist die Weltwährung der Zukunft. Damit haben wir digitales Gold erreicht.“ Anfängern rät er mit Bitcoin einzusteigen. „Wenn man Bitcoin verstanden hat, kann man auch andere Kryptowährungen handeln.“ Da es bislang kaum professionelle Anlageberatung zum Thema gebe, empfiehlt er: eigene Recherche und Treffen der Bitcoin-Community. „In jeder größeren Stadt gibt es Bitcoin-Meetings. Es lohnt sich, dort hinzugehen, 50 – 100 Euro in Bitcoin zu tauschen und aufs Handy zu packen.“ Ist er denn nun reich? Jeff Gallas lacht: „Auf jeden Fall! Die letzten Jahre haben so viele Abende und Horizonte erweitert.“



Jeff Gallas: Blockchain-Berater, Unternehmer und Gründungsdirektor des Bundesverbandes Bitcoin

Foto: Jeff Gallas

Die Blockchain streicht die Rolle der Bank aus dem Geldverkehr

Traditionelle Geldinstitute sehen ihr Geschäftsmodell in Gefahr. Idealisten träumen schon von einem gerechteren Wirtschaftssystem. Denn Kryptowährungen streichen die Rolle der Bank aus dem Geldverkehr. Die Blockchain, die Verschlüsselungstechnologie hinter dem neuen System, funktioniert wie ein Kassenbuch, das auf unzähligen Rechnern existiert und alle abgeschlossenen Transaktionen enthält. Jede neue Überweisung wird in einem Datenblock angehängt, die vom gesamten Netzwerk abgeglichen wird. Diese dezentrale Datenbank, die Transaktionen transparent, aber Nutzer anonym behandelt, gilt derzeit als absolut fälschungssicher.

Wer gewinnt? Bleiben die legendären Millionengewinne am Ende den Umstürzern der ersten Stunde vorbehalten?

Wenn der Bitcoin erst einmal zum normalen Bestandteil des Vermögensportfolios vieler geworden sei, schrieb Thorsten Polleit, Chefvolkswirt der Degussa Goldhandel



Bedeutet ein niedriger Stückpreis weniger Risiko und mehr Gewinnpotential?

Auch wenn einige Kryptowährungen günstiger zu haben sind als Bitcoin – der Stückpreis eines Coins sagt wenig über seine Entwicklungsmöglichkeiten aus. Denn der Stückpreis ist auch von der Gesamtmenge der im Umlauf befindlichen Einheiten abhängig. Gibt es besonders viele, ist er niedrig. Gibt es wenige (beim Bitcoin sind es aktuell knapp 17 Millionen), ist eine Einheit wertvoller und damit teurer. Insgesamt wird es nur 21 Millionen Bitcoin geben. So ist es im Bitcoin-Algorithmus festgeschrieben.

Foto: Pressematerial C³ Crypto Conference



Wo bewahre ich meine Bitcoins auf?

Ein Konto bei einer Bitcoin-Börse kann gehackt werden. Deshalb empfiehlt es sich, sich für ein privates „Wallet“ zu registrieren. Das ist eine Art virtuelles Portemonnaie und um einiges sicherer. „Wenn man dann mehr investiert, sollte man ein Hardware Wallet haben, einen kleinen USB mit einem privaten Schlüssel, und ihn bei der Bank ins Schließfach packen“, rät Krypto-Pionier Jeff Gallas.

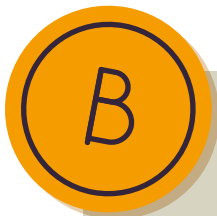
GmbH kürzlich in seiner Kolumne in der „Wirtschaftswoche“, dann dürften sich auch die Nachfrage und die starken Preisschwankungen stabilisieren. Die Preisvolatilität sei lediglich Ausdruck seiner relativen Neuartigkeit.

Was sollte ich jetzt über Kryptowährungen wissen?

zifferdrei hat sich auf Deutschlands bislang größter Messe zum Thema, der C³ Crypto Conference, informiert, die gerade mit 2500 Teilnehmern in Berlin stattfand.

Wichtigste Nachricht: Kryptowährungen und Blockchain sind mehr als ein Trend. Sie sind die Zukunft des Zahlungsverkehrs. ■





Wie investieren die Profis?

Sie investieren in spannende Start-ups, die dazu ihre eigene Währung, sogenannte „Tokens“ herausgeben. Tokens sind so etwas wie die Aktien der Krypto-Welt. Da keine Bank diese Investments kontrolliert, geht alles viel schneller. Die Finanzierung und auch die Umsetzung neuer Projekte. Aktuell gibt es etwa 3000 dieser Initial Coin Offerings (ICOs), die an Firmen gebunden sind.

„Mit unserer Messe als Leuchtturm-Event wollen wir der Builder des Krypto-Ökosystems in Deutschland sein. Und die ICOs sind das Benzin“, erklärt Dennis Weidner. Schließlich sitzen in Deutschland viele „First Mover“ der Szene, darunter die Gründer der Währungen Ethereum und IOTA.

In der Bar „Room 77“ in Berlin-Kreuzberg kann man schon seit 2011 mit Bitcoin bezahlen. Jeff Gallas war einer der ersten Krypto-Pioniere, die sich dort an jedem ersten Donnerstag im Monat trafen. Einmal hätte er damals Biere und Burger mit zwei bis drei Bitcoin bezahlt. Ein teures Vergnügen nach dem Topkurs von 11 000 Euro in diesem Januar.



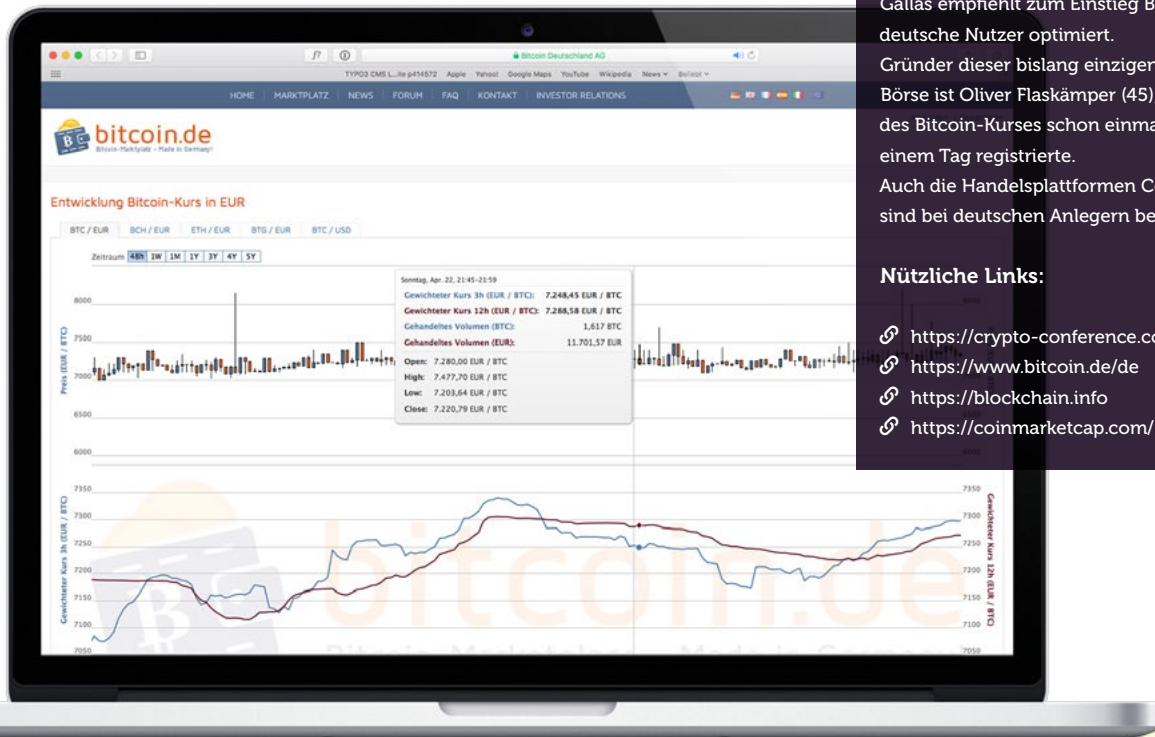
Welche Kryptowährungen sollte ich kennen?

Dianne Raedle (m.):
Börsenmaklerin und
Blockchain-Start-up-Beraterin
auf der Konferenz

Foto: Pressematerial C3 Crypto Conference

„Bitcoin, Ethereum, Ripple, IOTA und Dash“, sagt Dianne Raedle, CEO der Deer Isle Group, einem Börsenmakler aus New York. „Das sind alles echte Kryptowährungen, deren Wert nicht an Firmen gebunden ist.“ Einen Überblick über die aktuellen Kurse gebe die Handelsplattform CoinMarketCap.com. Privaten Anlegern empfiehlt sie: „Investieren Sie erst einmal nicht mehr als in Ihr Schuhbudget. Einfach, um ein Gefühl für den Markt zu bekommen.“

Denn auch, wenn längst klar ist, dass Kryptowährungen die Zukunft des Bezahlens bestimmen werden, kann es durchaus passieren, dass es einmal andere und bessere gibt, als die heute am Markt existierenden.



Wo kann ich Bitcoin kaufen?

Gallas empfiehlt zum Einstieg Bitcoin.de, die Seite sei für deutsche Nutzer optimiert.

Gründer dieser bislang einzigen deutschen Bitcoin-Börse ist Oliver Flaskämper (45), der auf dem Höhepunkt des Bitcoin-Kurses schon einmal 10 000 neue Nutzer an einem Tag registrierte.

Auch die Handelsplattformen Coinbase und Bitpanda sind bei deutschen Anlegern beliebt.

Nützliche Links:

- <https://crypto-conference.com/de/>
- <https://www.bitcoin.de/de>
- <https://blockchain.info>
- <https://coinmarketcap.com/>

Tilgners Bericht aus Berlin Weniger reden, schneller handeln – das ist ganz offensichtlich die Devise von Bundesgesundheitsminister Spahn: Drei Gesetze will er noch vor der Sommerpause auf den Weg bringen.

Text: **Stefan Tilgner**

Populismus oder Mut?



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

Die neue Bundesregierung ist noch keine 100 Tage im Amt. Obwohl es nach zähem Ringen erneut eine große Koalition gibt, scheint eines bereits jetzt sicher: Der Koalitionsvertrag wird nicht die große Leitlinie sein. Allenfalls ein kleines Leitfädchen, über das es sicherlich noch manche Diskussionen geben wird. Insbesondere in der Gesundheitspolitik. Minister Jens Spahn, der bereits in den ersten Tagen klar machte, dass er seine Kompetenzen nicht an den Ressortgrenzen enden sieht, dürfte dafür sorgen, dass politische Auseinandersetzungen in den nächsten Monaten prickelnd bleiben. So die Koalition hält, sogar dreieinhalb Jahre. Der Hebel der Gesundheitspolitik eignet sich vorzüglich, gesellschaftspolitische Diskussionen anzuzetteln. Das hat die SPD mit ihren Themen „Bürgerversicherung“ und vermeintliche „soziale Ungerechtigkeit“ des dualen Krankenversicherungssystems eindrucksvoll zelebriert. Man kann nur hoffen, dass Spahn diese Karte nicht in sein Blatt holt, um besonders „bürgerlich“ zu erscheinen.

Harte Nüsse vor der Sommerpause

Die „WELT“ hat Spahn kürzlich einen „Gemischtwarenhändler“ in Sachen Politik genannt. Die Mischung, das ist die Strategie, mit der Spahn höheren politischen Weihen entgegenstrebt. Dabei dürfte er es an Dynamik nicht fehlen lassen, wie sein Programm bis zur Sommerpause zeigt. Gleich drei Gesetzesvorhaben will er auf den Weg bringen. Vorgelegt hat er bereits den Entwurf zu einem Versichertenentlastungsgesetz. Ziel: Die Kassen sollen ihre milliardenhohen Überschüsse an die Beitragszahler zurückerstatten. Das ist populär, sorgt für Schlagzeilen. Das zweite Vorhaben, den Personalengpass in der Pflege zu vermindern, dürfte ungleich schwerer fallen. Statt 8.000 – wie im Koalitionsvertrag zugestanden – sollen

sogar mindestens 13.000 neue Kräfte in die Altenpflege kommen. Nur: Bereits jetzt gibt es 30.000 offene Stellen, für die sich kein Personal findet. Möglicherweise nimmt man Spahn hier sogar ab, dass ein guter Weg zum Ziel eine akzeptable Lösung ist.

Bedarfsplanung ohne Spardiktat

Die härteste Nuss, die er bis zur parlamentarischen Sommerpause knacken will, ist, die Wartezeiten in der ambulanten Versorgung zu verringern und Lösungen für die Unterversorgung mit bestimmten Arztgruppen zu schaffen. Lösungen auf dem Papier dürften auch hier wenig helfen. Spahns Vorstoß, die Ärzte sollten zusätzliche Sprechstundenzeiten – auch für Patienten ohne Terminvereinbarung – anbieten, deuten eher auf eine gewisse Praxisferne hin. Der Minister gibt sich aber auch hier dynamisch: Er sei Münsterländer. Und dort gebe es den Spruch „Das Schwein wird durch häufiges Wiegen nicht fatter“. Soll etwa heißen: weniger drüber reden, schneller handeln. Im Münsterland kennt man allerdings auch eine andere Weisheit: „Auf einer Glatze lassen sich keine Locken drehen.“ Will Spahn die Rahmenbedingungen für die Versorgung ändern, wird das nicht funktionieren, indem ärztliche Arbeitsabläufe per Gesetz verordnet werden. Der Weg dahin führt über eine verantwortliche Bedarfsplanung, die nicht von irgendeinem Spardiktat der Kassen beeinflusst ist. Er führt über ein Anreizsystem, bestimmte unterbesetzte Facharztprofessionen besonders zu fördern, und er führt über Anreizsysteme für die Niederlassung, vorzugsweise in unterversorgten Regionen. Völlig kontraproduktiv wären beispielsweise politische Anstrengungen, privatärztliche Honorare an das Niveau kassenärztlicher Leistungen anzupassen, selbst wenn man im Gegenzug tiefer in den kassenärztlichen Honorartopf greifen würde.

Veranstaltungen

JUNI 2018

Mi 20 JUN **SEMINAR** Das 1×1 der Privatliquidation – fachübergreifend
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 2555539

Mi 27 JUN **SEMINAR** IGeL – Individuelle Gesundheitsleistungen
Bad Segeberg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

AUGUST 2018

Mi 22 AUG **SEMINAR** GOÄ-Fachseminar Augenheilkunde
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Mi 22 AUG **SEMINAR** QM in der Arztpraxis
Oldenburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Di 28 AUG **SEMINAR** Rechtssichere und optimale Dokumentation im operativen und stationären Bereich
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

Mi 29 AUG **SEMINAR** IGeL-Seminar für Ärzte und medizinische Fachangestellte
Lüneburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

SEPTEMBER 2018

Mi 12 SEP **SEMINAR** GOÄ-Seminar
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi 12 SEP **WEBINAR** GOÄ – Radiologie
ortsunabhängig
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

Mi 12 SEP **SEMINAR** GOÄ – Kardiologie
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi 19 SEP **SEMINAR** Grundlagen der GOÄ
Neustadt
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

Mi 26 SEP **SEMINAR** GOÄ Basiswissen für Arzt und Praxisteam
Leipzig
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Honorargerechtigkeit schafft Vertrauen

Verbesserungen in der Versorgung und kürzere Wartezeiten lassen sich nur durch organisatorische Regelungen in engem Schulterschluss mit den Ärzten selbst erreichen. Dass die ärztliche Selbstverwaltung in den letzten Jahren an vielen Stellen nicht so funktioniert hat, wie es wünschenswert gewesen wäre, darf nicht zu einem verstärkten Regelungsmandat der Politik führen. Vertrauen in das ärztliche Berufsverständnis, den Patienten schnell und bestmöglich zu helfen, ist zweifelsfrei der bessere Weg. Aber auch ärztlicher Tätigkeit gebührt eine angemessene und gerechte Honorierung. Nur so sind die entsprechenden Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Versorgung zu schaffen. Das weiß natürlich auch Minister Spahn. Wenn er auf der einen Seite bei den Versicherten für gerechte Beitragsentlastung sorgt, müsste er auf der anderen bei den Medizinern die Honorargerechtigkeit in Angriff nehmen. Also: Schluss mit dem Budget und Finger weg von privatärztlichen Honoraren!

Digitaloffensive bietet Chancen

Ein Herzensanliegen von Spahn ist eine schnellere Digitalisierung des Gesundheitswesens. Richtig angewandt, liegt hier sicherlich ein Schlüssel dazu, Versorgung effektiver zu machen und Verbesserungen schneller bei den Patienten ankommen zu lassen. Terminbuchungssysteme, elektronische Arztbriefe und Patientenakten sowie Medikationsplan sind hierfür nur wenige Stichworte. Kein fortschrittlicher Mediziner wird sich diesem Trend verweigern. Nur darf die Einführung nicht dazu führen, dass die notwendige Technik zusätzlich von den Ärzten finanziert wird.

Spahn ist in der komfortablen Situation, dass auch wenn die Kassen Überschüsse an die Versicherten zurückzahlen müssen, immer noch genug Rücklagen im Gesundheitsfonds vorhanden sind, um Innovationen auf den Weg zu bringen. Darüber hinaus ist die Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Finanzierung auch jenseits von Kassen und Versicherungen – ob gesetzlich oder privat – gedacht werden muss.

Spahns angekündigte Digitalisierungsoffensive ist ein großes Projekt mit vielen Chancen. Vor allem aber erfordert sie in vielerlei Hinsicht Mut, manche alten Wirkmechanismen aufzugeben und Dinge nicht nur aus der Finanzierbarkeit der GKV zu betrachten, sondern in die Verantwortung und Freiheit des Bürgers zu setzen. Hierzu würde dann allerdings keineswegs passen, wenn man private und nachhaltige Finanzierung verteuert, um aus der populistischen Sozialphantasie einer Bürgerversicherung politische Vorteile zu ziehen. Das hat in den letzten Wahlkämpfen ja auch nicht überzeugt. Vielmehr wäre eine Stärkung des Zwei-Säulen-Systems ein Weg, der mehr verspricht. Und dazu gehört vor allem auch, die Novellierung der GOÄ – unabhängig von der eingesetzten Kommission zur Entwicklung eines modernen Vergütungssystems – in Angriff zu nehmen. Ärzteschaft und PKV haben gute Vorarbeit geleistet. Minister Spahn ist jetzt gefordert, seinen Mut unter Beweis zu stellen. ■

Abrechnung Der Deutsche Ärztetag hat sich für eine Liberalisierung der Fernbehandlung ausgesprochen. Doch wie rechnet man die eigentlich korrekt ab?

Text: Peter Gabriel



Videosprechstunde

Eigentlich ist das nichts Neues, dass Ärzte per Telefon oder Video-Konferenz Patienten beraten. Das Berufsrecht sah dazu bisher vor, dass vor oder nach einer solchen Fernbehandlung ein persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient stattfinden musste, wenn die Leistungen abrechenbar sein sollten.

Diese Einschränkung hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg aufgehoben, Schleswig-Holstein ist diesem Beispiel gefolgt. Der Deutsche Ärztetag hat jüngst die berufsrechtlichen Regelungen so geändert, dass Fernbehandlungen bald wesentlich leichter möglich werden. Die übrigen Landesärztekammern müssen allerdings noch entsprechende Änderungen in den jeweiligen Berufsordnungen vornehmen.

In einem Pilotprojekt in Baden-Württemberg können Ärzte Behandlungen von Privatpatienten abwickeln, ohne mit ihnen je in einem Raum gewesen zu sein. Allerdings kann eine solche Behandlung den persönlichen Kontakt nicht komplett ersetzen.

Unabhängig von dem Pilotprojekt in Baden-Württemberg kann eine Videosprechstunde und ihre Abrechnung als Privatleistung erfolgen, so lange die Behandlung des konkreten Patienten nicht ausschließlich auf diese Weise geschieht. Die Fernbehandlung ist auch nicht auf bestimmte Indikationen begrenzt.

In diesem Zusammenhang kommen folgende Beratungsziffern insbesondere in Betracht:

- **Ziffer 1:** Beratung, auch telefonisch
- **Ziffer 3:** eingehende Beratung
- **Ziffer 4:** Erhebung Fremdanamnese

Spezielle, auf die Videosprechstunde abgehobene Gebührensätze gibt es in der GOÄ nicht. Es gibt also keine Besonderheit in der Abrechnung, die einen Analogabgriff spezieller Ziffern rechtfertigen würde.

Die GOÄ fordert für diese Beratungsziffern keine persönliche gleichzeitige Anwesenheit von Arzt und Patient, vielmehr ist die Beratung per Telefon und Internet durchaus möglich. Das kommt in der Leistungslegende der Ziffer 1 – Beratung, auch telefonisch – bereits zum Ausdruck. Die Unterrichtung der Bezugsperson nach Ziffer 4 kann ebenfalls telefonisch oder per Video stattfinden. Das kann vor allem vor und nach einer Behandlung des Patienten zur erfolgreichen Therapie beitragen.

Als Untersuchungsziffer kommt die symptombezogene Untersuchung nach Gebührenziffer 5 in Betracht, denn eine körperliche Anwesenheit des Patienten ist – je nach Krankheitsfall – nicht unbedingt erforderlich. Wenn es aus medizinischer Sicht vertretbar ist, die Ziele der symptombezogenen

Untersuchung auch durch eine Videosprechstunde ohne die persönliche Anwesenheit des Patienten zu erreichen, kann die Ziffer 5 auch abgerechnet werden. Als Beispiel könnte man die Kontrolle einer Bindehautentzündung oder eines Insektenstiches anführen.

Ob auch eine Gruppenberatung im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten nach Ziffer 20 abrechenbar ist, hängt von den technischen Gegebenheiten ab. Das würde bedingen, dass nicht nur der Arzt simultan zu allen teilnehmenden Patienten einen Videokontakt herstellen kann, sondern dass auch die Teilnehmer untereinander per Video zugeschaltet sind.

Die Zuschläge zu den Beratungen und Untersuchungen können, sofern die Voraussetzungen und speziellen Abrechnungsbestimmungen erfüllt sind, ebenfalls abgerechnet werden.

- **Zuschlag A:** außerhalb der Sprechstunde
- **Zuschlag B:** in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde
- **Zuschlag C:** in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr
- **Zuschlag D:** an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen
- **Zuschlag K1:** Untersuchung nach Ziffer 5 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

Insoweit ist die Abrechnungsfähigkeit der Ziffer 20 sicher nur in Ausnahmefällen bzw. bei sehr spezialisierten Ärzten möglich, die sich auf die oben genannten technischen Gegebenheiten eingerichtet haben.

Sofern der Arzt Leistungen bei GKV-Patienten per Videosprechstunde erbringt, die im EBM nicht ausdrücklich erwähnt sind, also dort als Leistungsinhalt genannt sind, kann er diese als Selbstzahlerleistungen abrechnen, sofern der Patient über die zu erwartenden Kosten und die Pflicht zur Übernahme dieses Selbstbehaltes ausreichend aufgeklärt wurde und dem vorher schriftlich zugestimmt hat. Muster-Vereinbarungen für Selbstzahlerleistungen können bei der PVS abgerufen werden. ■

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter, Michael Penth

Herausgeber

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

Anschrift Redaktion und Verlag

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

Kontakt

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

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

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

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Widerspruchshinweis

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

Erscheinungstermin

11.06.2018

Schutzgebühr: 6 €



SCHÄFERS

Kolumne

Endlich seien die Ärzte aufgewacht. So kommentiert die Süddeutsche Zeitung die Entscheidung des Deutschen Ärztetages, das Fernbehandlungsverbot zu lockern. Die Ärzte hätten die Augen davor verschlossen, dass immer mehr Patienten ihre Beschwerden bei Google eintippten und auch abends Rat suchten, wenn ihr Hausarzt nicht mehr erreichbar sei. Bundesgesundheitsminister Spahn schlug letztlich in dieselbe Kerbe, als er an die Ärzte appellierte: „Ich möchte am Ende nicht, dass Apple Health dafür sorgt, dass ein Bedürfnis der Patienten beantwortet wird.“

Wir Ärzte sind keine verschlafenen,
weltfremden Technikfeinde.

Das kann man so nicht stehen lassen. Wir Ärzte sind keine verschlafenen, weltfremden Technikfeinde. Wir erkennen die Potentiale der Digitalisierung und sehen, dass sich die Erwartungen der Patienten ändern. Wir setzen uns dafür ein, die Möglichkeiten digitaler Lösungen auszuschöpfen, sofern sie helfen, die Qualität der Behandlung zu sichern. Aber wir warnen zu Recht vor der Gefahr, einer telemedizinischen Primärversorgung den Weg zu ebnet und vor kommerziellen Call-Center-Angeboten. Denn wir wissen um die Grenzen der Fernbehandlung. Es fehlt der Gesamteindruck des Patienten, der für eine gute Diagnostik unabdingbar ist. Und die Medizin selbst bleibt eine Erfahrungswissenschaft. Telemedizin ist zunächst erst einmal ein weiterer Kommunikationskanal, dessen Nutzungsmöglichkeiten sich im Laufe der Zeit herauskristallisieren werden. Das Grundproblem aber bleibt. Denn auch die Telemedizin kann aus einer Arztstunde nicht mehrere machen. Prof. Montgomery hat mit Fug und Recht von der Arztstunde als einem knapp gewordenen Gut gesprochen. Und um genau dieses Gut geht es. Um die Arztstunde für eine gute medizinische Versorgung, überall in unserem Land. Nicht um eine Arztstunde für internetgetriebene Serviceansprüche von Patienten. ■

So erreichen Sie die Geschäftsstelle Hamburg:

PVS Schleswig-Holstein · Hamburg

Geschäftsstelle Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

☎ 040-55 55 487-0 📠 040-55 55 487-30 ✉️ hamburg@pvs-se.de

PVS Schleswig-Holstein · Hamburg

Neue Räume für die Geschäftsstelle Hamburg

Nach knapp dreijähriger Bauzeit wurde das neue Hamburger Ärztehaus in der Humboldtstraße 56 im Juli 2017 durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg bezogen. Im November 2017 konnte dann auch die Hamburger Geschäftsstelle der PVS Schleswig-Holstein · Hamburg, die bis dahin ihren Sitz schräg gegenüber in der Heinrich-Hertz-Straße hatte, in das neue Hamburger Ärztehaus umziehen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geschäftsstelle Hamburg sind damit in moderne, großzügige und freundliche Büros umgezogen, die höchste Umwelt- und Ergonomiestandards erfüllen. Selbstverständlich sind die neuen Büroflächen der PVS Schleswig-Holstein · Hamburg in der Humboldtstraße – ebenso wie das gesamte Gebäude der KVH – barrierefrei und somit auch für Menschen mit Behinderung problemlos zu erreichen.

Neben den neuen Büros verfügt die Geschäftsstelle Hamburg dort über einen modernen Besprechungsraum für bis zu zwölf Personen, in dem auch Seminare für Kleingruppen veranstaltet werden. Für größere Teilnehmerzahlen kann die PVS Schleswig-Holstein · Hamburg auf die insgesamt sechs Säle der KVH zurückgreifen. In diesen mit modernster Ausstattung versehenen Veranstaltungsräumen haben je nach Saal bis zu 315 Teilnehmer Platz. ■

PVS Schleswig-Holstein · Hamburg

Nur der Wandel hat Bestand

Es ist nicht leicht, für einen so erfahrenen Kollegen einen Nachfolger zu finden. Jedoch geht unser langjähriger Geschäftsstellenleiter aus Hamburg, Herr Günter John, zum 30. Juni in den wohlverdienten Ruhestand. In mehr als 22 Jahren und zwei begleiteten Umzügen der Geschäftsstelle Hamburg hat Herr John viel zur Entwicklung der PVS Schleswig-Holstein · Hamburg beigetragen. Dafür schulden wir Herrn John großen Dank und Anerkennung.

Um die weitere positive Entwicklung der Geschäftsstelle Hamburg – sowie der gesamten PVS – zu sichern, ist sein Nachfolger, Herr Thomas Hellmann, bereits seit März für die PVS Schleswig-Holstein · Hamburg tätig. Herr Hellmann war in seiner bisherigen Tätigkeit seit 1996 für unterschiedliche Firmen als Vertriebsleiter, im Marketing und in der Kundenbetreuung tätig. In den letzten fünf Jahren hat Herr Hellmann als Gebietsleiter unserer Tochtergesellschaft PVS dental zahnärztliche Interessenten und Kunden im Norden betreut. Mit seinem Wechsel zur PVS Schleswig-Holstein · Hamburg bringt Herr Hellmann sein fundiertes

Günter John (o.): verabschiedet sich nach 22 Jahren in den wohlverdienten Ruhestand.

Thomas Hellmann (u.): übernimmt ab dem 1. Juli 2018 die Stelle des Geschäftsstellenleiters in Hamburg.

Fotos: PVS Schleswig-Holstein · Hamburg



Fachwissen nun in der Kundenakquise und -betreuung im humanmedizinischen Bereich ein. Darüber hinaus übernimmt Herr Hellmann ab dem ersten Juli die Personalverantwortung für unsere Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle Hamburg. Herr John wird die PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ab Juli auch weiterhin in der Kundenakquise und -betreuung unterstützen – wenn auch in Teilzeit. ■

PVS Niedersachsen

Wechsel in der Hauptgeschäftsführung



Die neue Geschäftsstelle der PVS Niedersachsen in Aurich

Fotos: PVS Niedersachsen



Rolf Mencke: wurde nach 35 Jahren im Dienst der PVS in den Ruhestand verabschiedet.



Friedhelm van Raden: trat zum 1. April die Nachfolge von Herrn Mencke als Hauptgeschäftsführer der PVS Niedersachsen an.



Timo Posnanski: steht Herrn van Raden als stellvertretender Hauptgeschäftsführer zur Seite.

Ende März war es soweit. Rolf Mencke wurde in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Mehr als zehn Jahre hatte er als Hauptgeschäftsführer in der Verantwortung für die PVS Niedersachsen gestanden, für die er insgesamt über 35 Jahre tätig gewesen war. Unter seiner Leitung waren unter anderem die interne Honorarrechtsrevision eingeführt, das Service-Center aufgebaut und ein Qualitätsmanagement verankert worden.

Zu seiner Verabschiedung waren neben dem Vorstand der PVS Niedersachsen, den Kollegen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle auch viele Kollegen des PVS Verbandes sowie weitere Gäste aus der ärztlichen Selbstverwaltung und langjährige Geschäftspartner angereist. Dr. Jochen-Michael Schäfer, Vorsitzender des Verbandes, dankte Herrn Mencke für seine gradlinige und vermittelnde Art auf Verbandsebene. Für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit sowie für seine fachliche Kompetenz sprach Dr. Hans-Joachim Kaiser als erster Vorsitzender der PVS Niedersachsen Herrn Mencke seinen Dank aus. Im Namen der Bezirksstellengeschäftsführer stellte Anton van Munster Herrn Menckes demokratischen Führungsstil und sein stets offenes Ohr für alle Belange der Mitarbeiter heraus.

Die Nachfolge von Herrn Mencke wurde frühzeitig geregelt. Zum 1. April übernahm sein langjähriger Stellvertre-

ter Friedhelm van Raden die Position des Hauptgeschäftsführers. Herr van Raden ist seit mehr als 25 Jahren beruflich mit den Fragen ärztlicher Honorarabrechnung befasst und seit 2010 in der PVS Niedersachsen. Da Herr van Raden, der bis zu seiner Beförderung zum stellvertretenden Hauptgeschäftsführer Geschäftsführer der Bezirksstellen Wilhelmshaven und Aurich war, die PVS Niedersachsen so weit wie möglich vom Standort Aurich aus führen wird, passt es gut, dass die PVS Niedersachsen die bisherige Geschäftsstelle in Aurich durch einen eigenen Neubau ersetzt hat. Die alte Geschäftsstelle in der Burgstraße war schlicht zu klein geworden und konnte technisch nicht adäquat nachgerüstet werden. Künftig werden in der neuen Geschäftsstelle in Aurich, die im Sommer letzten Jahres bezogen wurde, vor allem auch verstärkt Seminare angeboten werden können.

An die Stelle des stellvertretenden Hauptgeschäftsführers rückt Timo Posnanski nach. Seit 2012 ist er für die PVS Niedersachsen tätig, zuletzt als Leiter der Abteilung „Finanzen und Controlling“ und als Referent der Hauptgeschäftsführung.

An dieser Stelle wünschen wir Herrn Mencke viele schöne Momente, Gesundheit und Freude auf seinem zukünftigen Lebensweg. Seinem Nachfolger und dem gesamten Team wünschen wir gutes Gelingen und viel Erfolg! ■

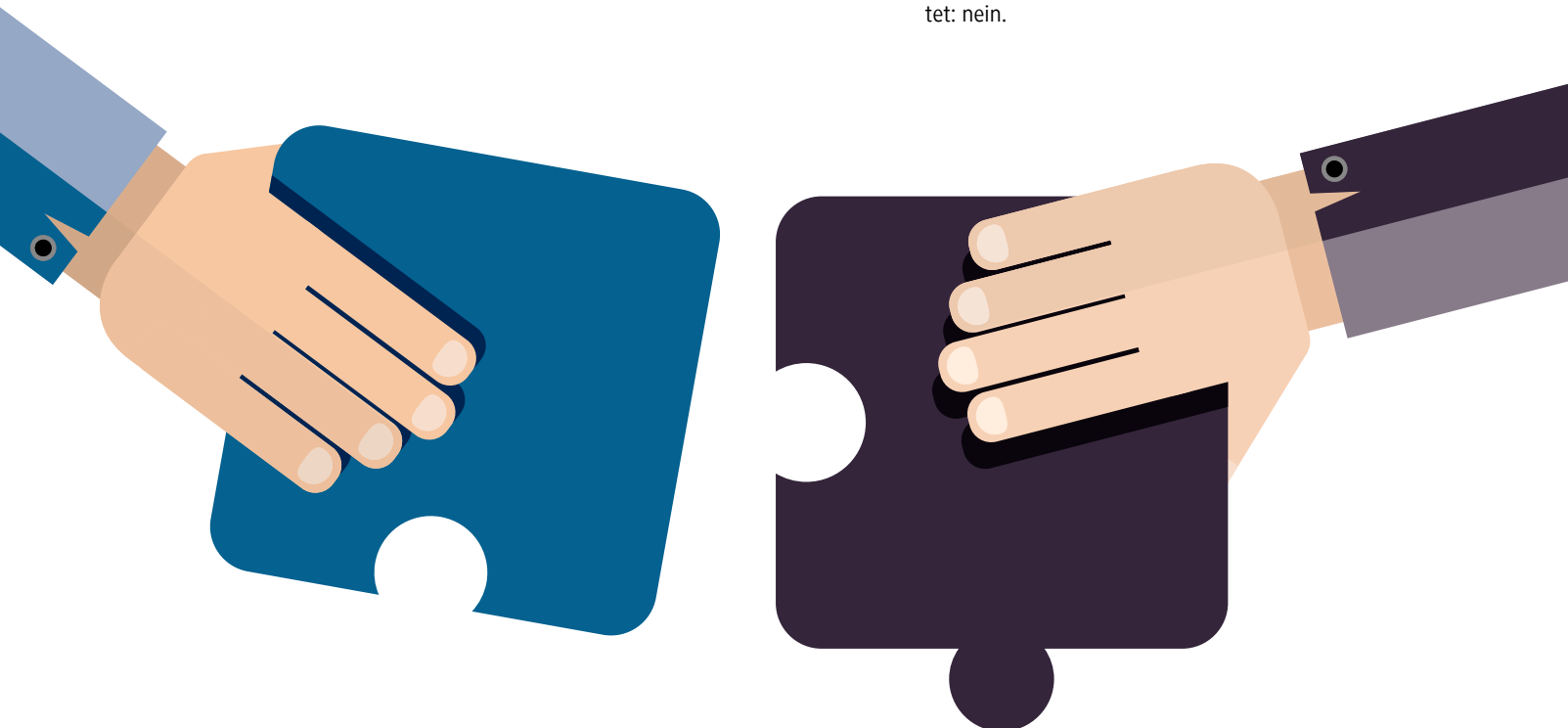
Die Bürgerversicherung ist vom Tisch – erst einmal. Stattdessen soll eine Kommission ausloten, wie ein **einheitliches Vergütungssystem** aussehen könnte. Mancher Gesundheitspolitiker glaubt, man müsse EBM und GOÄ nur zusammenführen, dann sei auch die vermeintliche Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten beendet. Doch ob dies wirklich so simpel ist, muss bezweifelt werden.

Text: Dr. Ralph Ennenbach

EBM und GOÄ – systematisch inkompatibel

Sie war eine der großen Ideen der SPD: die Bürgerversicherung. Noch vor den Sondierungsgesprächen mit der Union wurden rote Linien gezogen, dazu gehörte auch das Versprechen der Sozialdemokraten an ihre Wähler, eine einheitliche Krankenversicherung einzuführen, mit einem einheitlichen Honorarsystem für Ärzte und einem einheitlichen Beitragssystem für Patienten. Mit der Zwei-Klassen-Medizin und der bevorzugten Behandlung von Privatversicherten beim Arzt sollte endlich Schluss sein, hieß es. Doch im Laufe der Koalitionsverhandlungen schrumpfte die Idee, bis am Ende nur noch ein Prüfauftrag für eine „wissenschaftliche Kommission“ übrigblieb. Diese soll – so steht es im Koalitionsvertrag von Union und SPD – bis Ende 2019 „unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen“ Vorschläge für ein „modernes Vergütungssystem“ vorlegen, „das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet.“

Zwar ergibt sich daraus nicht zwingend, dass die Kommission ein einheitliches Vergütungssystem erarbeiten soll. Und auch ein weiterer Satz aus dem Koalitionsvertrag lässt hoffen: „Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“ Gleichzeitig macht die GroKo allerdings deutlich, dass sich etwas ändern muss: „Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden.“ Mit dieser Formulierung halten sich die Koalitionäre bewusst alle Optionen offen, auch die einer einheitlichen Gebührenordnung. Doch ließen sich EBM und GOÄ mit ihren völlig unterschiedlichen ordnungspolitischen Strukturen überhaupt zusammenführen? Die Antwort lautet: nein.



Im Laufe der Koalitionsverhandlungen schrumpfte die Idee der Bürgerversicherung auf einen Prüfauftrag für eine „wissenschaftliche Kommission“ zusammen.



Dr. Ralph Ennenbach:
ist stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein.

Foto: KV SH

Unterschiedliche Rahmenbedingungen erzeugen andere Abbildungen der Leistungen

Die Kernbestimmung der GOÄ ist eine Abbildung der möglichen ärztlichen Leistungen. Und der Rahmen der Möglichkeiten ist naturgemäß weiter gesteckt als in der GKV. Das ist ein augenfälliger Unterschied, der im Rahmen einer nivellierten Gebührenordnung mit einem „Differenzkatalog“ wohl noch am einfachsten zu beheben wäre.

Ungleich schwieriger und logisch wohl unmöglich ist es aber, tieferliegende Strukturunterschiede anzugehen, die sich im Kern aus zwei Gesichtspunkten ergeben:

- In der GKV gilt das Prinzip „notwendig, zweckmäßig und ausreichend“.
- Der EBM beschreibt die Wertigkeit der Leistungen lediglich im relativen und nicht im absoluten Verhältnis zueinander.

EBM ist ein Kind der Mengensteuerung

Bei der Strukturierung des EBM regiert die Annahme, dass die abzurechnende Leistungstiefe im freien Spiel der Kräfte im Widerspruch zum Prinzip der Notwendigkeit der Leistungen stehen würde. Das führt dazu, dass eine Palette von begrenzenden Elementen eingezogen ist. Beispiele dafür sind Pauschalierungen, Höchstwertregelungen und Abrechnungsausschlüsse. Bei Pauschalierungen werden eine Reihe von typischerweise häufigen und regelhaften Leistungen unabhängig von deren Anzahl in einer Summe zusammengefasst. Höchstwertregelungen kappen die Summe der abzurechnenden einzelnen Leistungen an einer oberen Grenze und Ausschlüsse ziehen unter anderem nach sich, dass im Einzelfall durchaus sinnvoll nacheinander zu erbringende Leistungen nicht innerhalb einer Sitzung abgerechnet werden dürfen.

Im Ergebnis ist der EBM ein komplexes und entsprechend ambivalentes Konvolut, weil es eine Kreuzung aus Leistungsabbildung und Mengenbegrenzung darstellt.

Es fällt relativ leicht, die Philosophie der GOÄ dagegen abzugrenzen, welche dem Prinzip der individuell zu vereinbarenden Möglichkeiten folgt. Das Primat der Versicherten, Anspruch auf eine Leistung zu haben, wenn sie diese rein subjektiv befürworten, mit der Frage nach der Notwendigkeit nicht kompatibel.

Der EBM bewertet relativ

Wenn im EBM Leistungen zu bewerten sind, erfolgt dies auf Basis eines standardisierten Ansatzes, der betriebswirtschaftliche Methoden verwendet. Anders als bei der üblichen Aufgabenstellung einer Kalkulation spielt das Prinzip der Kostendeckung aber nur eine abgewandelte Rolle. Im Rahmen einer Reihe von typisierenden Annahmen erfolgt die Bewertung nämlich so, dass bei einer ausgewogenen Praxisstruktur, die sich im Normbereich der Annahmen bewegt, eine Kostendeckung in der Praxis erreicht werden kann. Es geht also gar nicht primär um den Preis der einzelnen Leistung, sondern um das betriebswirtschaftliche Gesamt-Setting. Da das Gesamtergebnis am Ende auch noch in Punkte umgerechnet wird, deren genauer Geldwert erst im Honorarverteilungsmaßstab ermittelt wird, wird die grundsätzlich gegebene Auflösungsfähigkeit betriebswirtschaftlicher Methoden stark konterkariert.

Es macht einen Unterschied, ob die Kosten für ein Sonographiegerät bei einem fachärztlichen Internisten oder einer Hausarztpraxis auf die einzelnen Leistungen umgelegt werden. Eine EBM-Kalkulation wird dann in der Regel so vorgenommen, die Kalkulation für die Gruppe vorzunehmen, bei der die höchste Auslastung zu vermuten ist. Es handelt sich letztlich wiederum um eine Folge der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung in der GKV.

Das alles führt dazu, dass die Leistungen im EBM mit einem impliziten GKV-Bonus kalkuliert sind, der zu einem fundamentalen BWL-Ansatz nicht passt. Zwar kennt die GOÄ derartige Verrenkungen auch, aber aufgrund anderer Ursachen. Jedenfalls gibt es keinen Zwang, die Kalkulation systematisch auf Prinzipien mit Minimierungsabsicht der Kosten aufsetzen zu müssen.

Wie soll man ein Linksgewinde in ein Rechtsgewinde schrauben?

Diese kurzen skizzenhaften Ausführungen zeigen eine systematische Inkompatibilität von GOÄ und EBM auf, die nicht nur in den konkreten Abfassungen, sondern vielmehr strukturell in den grundsätzlichen Rahmensetzungen verankert ist. Will man eine Vereinheitlichung erzwingen, hieße das eigentlich, diese Rahmenbedingungen zu vereinheitlichen. Da aber der Gang in die Bürgerversicherung zumindest in dieser Legislaturperiode ausgeschlossen ist, kann man der Kommission eigentlich die Empfehlung mitgeben, sich Aufwand und Arbeitszeit zu sparen. Letzteres ist aber wohl zu rational.

Wenn aber GKV-Budgets und PKV-Honorare nicht kompatibel sind, was dann? Die Expertenkommission sollte sich Gedanken über einen Ausstieg aus der Budgetierung machen. Ärzte brauchen – auch im Hinblick auf die nachfolgende Generation – eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Vergütung mit festen Preisen. Diese Transparenz würde auch auf Patientenseite das Kostenbewusstsein schärfen. ■

Mediziner aus dem Ausland sollen das Staatsexamen nachholen, fordert die Bundesärztekammer. Die derzeitige Regelung ist in der Tat zu großzügig.

Text: Dorothea Siems Illustration: Martin Schulz

Deutschland entwickelt sich immer stärker zu einem Magneten für Mediziner aus aller Welt. Mittlerweile sind hierzulande rund 45.000 Ärzte mit ausländischem Pass in ihrem Beruf tätig. Damit hat sich ihre Anzahl binnen einer Dekade fast verdreifacht.

Angesichts der Schwierigkeiten vieler Kliniken, freie Arztstellen zu besetzen, und der steigenden Zahl verwaister Praxen auf dem Land sind die ausländischen Mediziner in Deutschland hochwillkommen. Allerdings gibt es innerhalb der Ärzteschaft zunehmend Sorgen, dass manche Zuwanderer nicht das gleiche Qualifikationsniveau haben wie ihre hier ausgebildeten Kollegen. Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery kritisiert seit Längerem, dass in Deutschland großzügiger als in vielen anderen Ländern die ausländischen Berufsabschlüsse als gleichwertig anerkannt werden und nach einem erfolgreichen Sprachtest

dann die Approbation erteilt wird. Das gilt nicht nur für Migranten aus anderen EU-Staaten, sondern auch für zugewanderte Drittstaatler. Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern, fordert die Bundesärztekammer, dass ausländische Ärzte, die nicht aus der EU kommen, künftig eine Prüfung absolvieren müssen, die dem Niveau des zweiten und dritten Teils des deutschen medizinischen Staatsexamens entspricht. Denn zum einen hält es die Standesorganisation nicht für möglich, die Qualität der Ausbildung in den jeweiligen Heimatländern objektiv zu bewerten. Zum anderen ist die Echtheit der vorgelegten Dokumente nicht immer zweifelsfrei zu klären. Und weil die Anerkennung ausländischer medizinischer Berufsabschlüsse den Bundesländern obliegt, gibt es innerhalb Deutschlands strengere und weniger strenge Behörden.

Dass die Anerkennungspraxis verbesserungsfähig ist, liegt somit auf der Hand. Schon ein Blick auf die Herkunftsländer zeigt, wie schwierig die Aufgabe der deutschen Behörden ist, zumal aus Krisenstaaten wie etwa Libyen, dem Sudan oder Afghanistan kaum verlässliche Informationen zu bekommen sind. Trotzdem geht der Vorstoß der Bundesärzteschaft zu weit. Denn die geforderte umfangreiche Prüfung würde Mediziner, die bereits etliche Jahre ihren Beruf ausgeübt haben, vor eine hohe Hürde stellen. Wer beispielsweise ein erfahrener Augenarzt oder Orthopäde ist, dürfte ohne großen Lernaufwand kaum alle Fragen zur Inneren Medizin oder zur Chirurgie beantworten können. Wohl auch viele deutsche Ärzte, die schon länger im Berufsleben stehen, würden wohl nicht ohne Weiteres ihr einmal erlerntes Wissen in einer solchen Prüfung abrufen können – und machen trotzdem einen guten Job.

Aus Gründen des Patientenschutzes erscheint die Wiederholung des Staatsexamens zumindest für Drittstaatler, die aus einem Land mit einem vergleichbar guten Ausbildungssystem kommen, deshalb übertrieben. Allerdings muss bei der Anerkennung des Berufsabschlusses gelten, dass Sicherheit absolute Priorität hat. Nur bei einem zweifelsfreien Nachweis der Qualifikation darf die Approbation erfolgen. Auch sollte es immer eine praktische Prüfung geben, die nicht nur die sprachlichen, sondern auch die fachlichen Fähigkeiten deutlich macht. Kann die Gleichwertigkeit der Qualifikation nicht nachgewiesen werden, ist ein medizinisches Staatsexamen zwingend.

Deutschland mit seiner alternden Bevölkerung wird auch künftig ausländische Ärzte aus Drittstaaten brauchen und sollte sie deshalb nicht mit einer übertrieben scharfen Regelung abschrecken. Doch gegen die wachsende Personalnot gibt es neben der Zuwanderung zwei weitere sinnvolle Ansätze: die Erhöhung der Medizinstudienplätze und die Verbesserung der hiesigen Arbeitsbedingungen, damit weniger deutsche Ärzte ins Ausland gehen. ■



Hart aber fair



QUO VADIS PRIVATBEHANDLUNG?

Was erwartet Sie? Was dürfen Sie erwarten?
Was ist noch sicher? Womit müssen Sie
oder können Sie rechnen?

Wir schaffen Orientierung!

Namhafte Experten aus Politik, Standes-
organisationen und Wirtschaft zeigen
Entwicklungen auf, kommentieren Chancen,
Risiken und geben Tipps für Ihre Privatbehandlung.

Dazu präsentieren wir zehn ausgewählte
Innovationen für neue wirtschaftliche,
therapeutische und diagnostische Perspektiven
für Ihr privatärztliches Angebot.

Sichern Sie sich Ihr Ticket – jetzt zum
PVS-Mitglieder-Vorzugspreis.*

tag-der-privatmedizin 

TAG DER privatmedizin

**Samstag, 24. Nov. 2018,
Frankfurt / Main**

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

TdP-Satellitenprogramm, Fr. 23. Nov. 2018

TSP-Fortbildung Burn-Out-Berater

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

Herausgeber



Ideeller Sponsor



Profitieren Sie vom PVS-Vorteil:

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

oder:

*** Jetzt PBV-Mitglied werden – und doppelt sparen!**

Werden Sie zu Vorzugskonditionen Mitglied im
Privatärztlichen Bundesverband und erhalten so
kostenfreien Eintritt zum Tag der Privatmedizin!

Mehr erfahren Sie hier: www.pbv-aerzte.de/pvs-vorteil

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

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

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

oder einfach Ihr Praxisstempel

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

