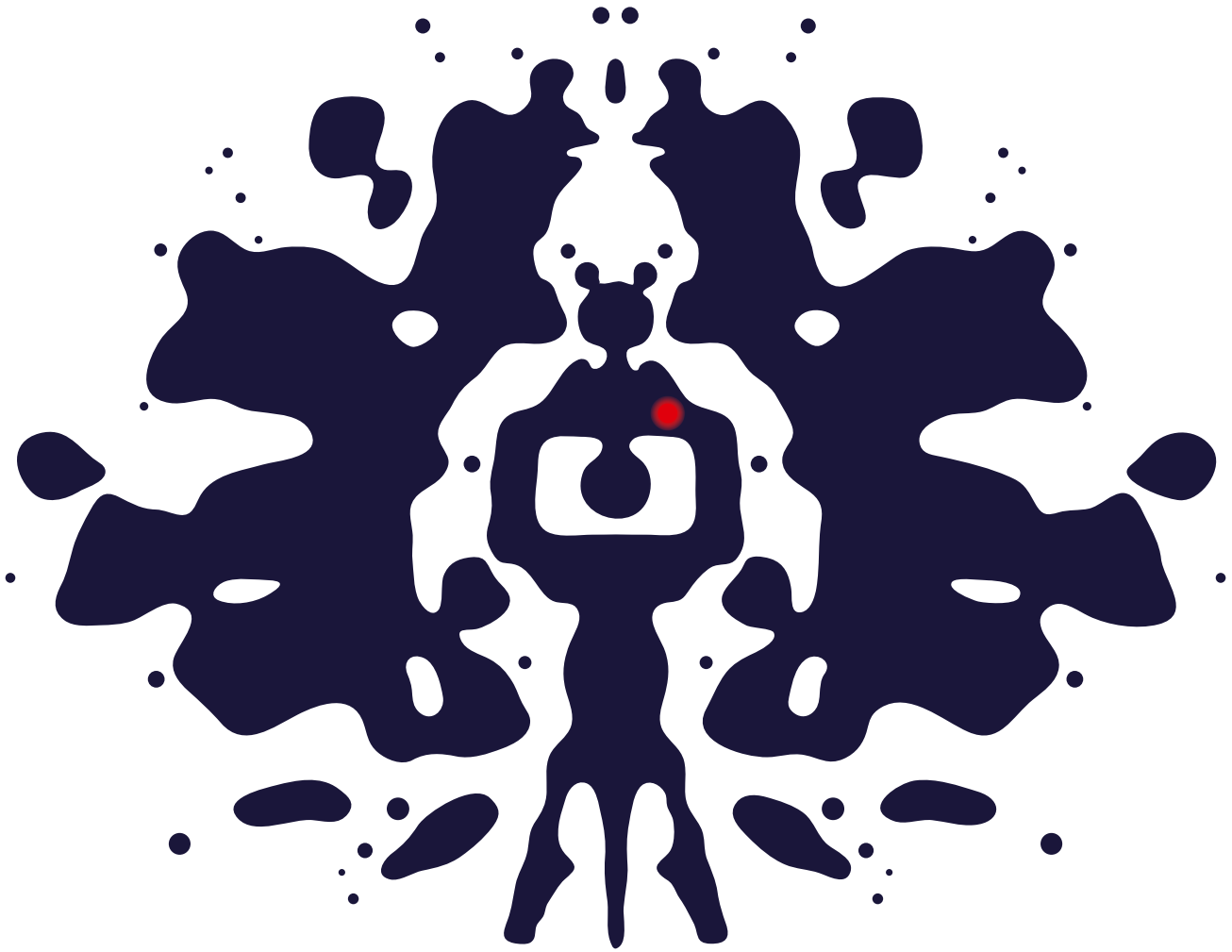




Heimlich gefilmt in der Psychiatrie

Welche Rechte gelten für Patienten und Ärzte?

8

Praxismanagement

Mitarbeiterbindung als größte Herausforderung

Wie schafft man es, gutes
Personal zu halten?

19

Praxisfinanzen

Einfach ist nicht immer leicht
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz:
Das Ziel ist klar, der Weg dorthin
nicht.

26

Gesundheitspolitik

Das Trojanische Pferd
Präzedenzfall „Hamburger
Modell“ – Vorstoß in Richtung
Bürgerversicherung?

Ausgabe 16 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



Empfangsbereit!

Der Empfangsbereich gilt als Visitenkarte einer Arztpraxis: Eine moderne, aufgeräumte und freundliche Gestaltung wirkt positiv auf Patienten. Doch das funktioniert nur als Gesamtpaket: Zugewandte, freundliche Mitarbeiter leisten einen entscheidenden Beitrag.



Mitarbeiterbindung als größte Herausforderung

Immer mehr Medizinische Fachangestellte suchen sich anderswo eine neue Herausforderung, mit weniger Stress und besserem Gehalt. Ein Interview mit der Vizepräsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe, Carmen Gandila, darüber, wie es gelingen kann, gutes Personal zu halten.

Praxis & Recht



TITEL

Reine Staffage

Das Team Wallraff hat wieder zugeschlagen: schleuste sich in Krankenhäuser ein, filmte Pflegekräfte und Psychatriepatienten. Das erklärte Ziel: für Aufklärung sorgen. Gegenwehr kommt von einem Rechtsexperten, für den Wallraff einst ein Held war.

Praxisfinanzen



Cyber-Risk-Versicherungen – sinnvoll oder nicht?

55 Milliarden Euro. Auf diese Summe beziffert der Bitkom den Schaden für Unternehmen durch Hackerangriffe im Jahr 2017. Auch Arztpraxen und Krankenhäuser stehen im Visier der Angreifer.

19 Einfach ist nicht immer leicht

Schon in den 70er-Jahren gab es einen Pflegekräftemangel in Deutschland. Die damaligen Maßnahmen sind verpufft: Pflege ist so rar wie nie. Nun hat Gesundheitsminister Spahn das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz aufgelegt.

Gesundheitspolitik



Das Trojanische Pferd

Mit dem „Hamburger Modell“ hat der rot-grüne Senat der Freien und Hansestadt einen Präzedenzfall in der Krankenversicherung für Beamte geschaffen.

PVS-Positionen

22 TILGNER'S BERICHT AUS BERLIN Es braucht einen Ruck!

Die Schlagzahl an Gesetzen und Verordnungen des Turbo-Gesundheitsministers Jens Spahn ist rekordverdächtig. Es entsteht der Eindruck, als wolle er in nur einer Legislaturperiode das gesamte Gesundheitswesen umkrempeln und mit einer staatlichen Aufsicht versehen.

24 ABRECHNUNG Basistarif, Standardtarif und Notlagentarif

29 PVS INTERN Gralshüter der Dualität

Gastkommentar



Gesundheit lernen

Arme Menschen sterben früher. Das hat allerdings weniger mit dem Geldbeutel als vielmehr mit der Bildung zu tun. Gute Vorsorge kombiniert Aufklärung und materielle Anreize.

zifferdrei

3 EDITORIAL

23 VERANSTALTUNGEN

25 MITTMANN'S KOLUMNE

25 IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Meinungs- und Pressefreiheit zählen zu den unabdingbaren Grundfesten der Demokratie. „... freie geistige Auseinandersetzung [ist] ein Lebenselement der freiheitlich demokratischen Grundordnung in der Bundesrepublik und für diese Ordnung schlechthin konstituierend. Sie beruht entscheidend auf der Meinungs-, Presse- und Informationsfreiheit, die als gleichwertige Garanten selbständig nebeneinander stehen“, heißt es in einem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1972. Reflektieren wir die Rolle insbesondere des investigativen Journalismus, tauchen unweigerlich Bilder der großen „Affären“ vor unserem geistigen Auge auf. Watergate, Palme, Flick, CDU-Schwarzgeld, Kießling und Barschel. Diese von den Medien aufgedeckten Skandale haben sich ins Gedächtnis eingebrannt. Missstände wurden öffentlich gemacht, Konsequenzen eingefordert. Die Schranken der Pressefreiheit liegen in den Gesetzen, die allgemeine Rechtsgüter schützen. Wie schmal der Grat ist, der Zulässiges von Unzulässigem scheidet, zeigt das jüngste Projekt des Teams Wallraff, mit dem wir uns in unserem Titelbeitrag befassen. Es ermittelte undercover in psychiatrischen Einrichtungen, filmte Mitarbeiter und Patienten. Das hehre Ziel: Missstände aufdecken. Doch geht das? Die Kamera auf Patienten richten, die womöglich unter Angstzuständen und Wahnvorstellungen leiden? Nein, ist Jan Mönikes überzeugt. Er arbeitet als Fachanwalt für Urheber- und Medienrecht in Berlin und vertritt einige der Betroffenen und auch der Mitarbeiter der Einrichtungen vor Gericht. Sie klagen auf Unterlassung. Ich persönlich halte es für nicht hinnehmbar, wenn Medien in Bereiche vordringen, die mit Absicht und Umsicht dem öffentlichen Blick entzogen sind. Das Patientengeheimnis wird durch die Verfassung geschützt. Aus gutem Grund. Denn zusammen mit der ärztlichen Schweigepflicht ist es Voraussetzung dafür, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt entstehen kann. Medizinische Behandlung braucht einen auch im übertragenen Sinne geschützten Raum. Wie die Gerichte entscheiden, wird sich zeigen. Für Sie jedoch ist es vielleicht hilfreich zu erfahren, mit welchen Argumenten man sich zur Wehr setzen kann.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Der Empfangsbereich gilt als Visitenkarte einer Arztpraxis: Eine moderne, aufgeräumte und freundliche Gestaltung wirkt positiv auf Patienten. Doch das funktioniert nur als Gesamtpaket: Zugewandte, freundliche Mitarbeiter leisten einen entscheidenden Beitrag.

Text: Romy König

Empfangsbereit!

Ein kurzes Zögern beim Eintreten: Bin ich hier richtig? Das elegante Ambiente, die warmen Farbtöne, das angenehme Licht, das Lächeln der Mitarbeiter – werden hier Hotelgäste erwartet oder tatsächlich Menschen auf der Suche nach Diagnose und Therapie?

Durch Deutschlands Arztpraxen weht ein neuer Chic: Raumgestalter und Architekten haben sich auf die Klientel der Heilberufler spezialisiert, eine Dental-Fachzeitschrift vergibt sogar jährlich einen Designpreis für Deutschlands schönste Zahnarztpraxis. Besonders im Blick der Gestaltungsprofis: der Eingangsbereich. Ein „anlockender“, aber zugleich funktionaler Empfangstresen gehört zum Beispiel für Jens Schumacher ebenso zu einem gelungenen Entree wie sorgfältig ausgewählte, möglichst dezente und einladende Farben. Der Innenarchitekt aus Aachen versteht sich auf die Gestaltung von Arztpraxen und weiß um die besondere Wirkung des Empfangs: „So wie eine Visitenkarte Rückschlüsse auf den Besitzer zulässt, vermittelt der Empfangsbereich einen ersten Eindruck von der gesamten Arztpraxis“, zitiert er aus einem Handbuch des Architekten und Verlegers Philipp Meuser, einem Standardwerk, das Praxisplaner wie er für ihre Arbeit heranziehen (siehe auch Buchtipps).

Hier greift also ein gewisses Pars-pro-Toto-Prinzip: Verströmt der Empfang ein altbackenes, angestaubtes Flair, traut man dem Arzt kaum Kenntnisse moderner Therapiemethoden oder neuester Studienergebnisse zu; wirkt es auf oder hinter der Anmelde-theke chaotisch und schmutzig, vermutet man auch im Arzt einen eher unstrukturierten Geist. Eine Wirkung, die sogar langfristig nachhallen kann. „Der Empfang ist der erste und der letzte Eindruck, den der Patient mit nach Hause nimmt“, sagt Schumacher. Deshalb sei es besonders wichtig, dass der Bereich Ruhe, Ordnung und eine freundliche Stimmung ausstrahle.

Einmal Hotelchic, bitte

Hotels – vor allem jene für etwas gehobeneren Ansprüche – haben es vorgemacht. Hier herrschen zwar nicht überall prunkvoller Stil und Eleganz, doch zumindest eine meist aufgeräumte, einladende Atmosphäre. Für Praxisplaner und designbewusste Ärzte durchaus ein Vorbild. Hubert Günther vom Kölner Planungsbüro pd raumplan berichtet etwa von einer Frankfurter Zahnarztpraxis, die bei der Auftragsvergabe ausdrücklich einen Empfangsbereich wünschte, der bloß nicht wie eine typische Arztpraxis aussehen sollte. Stattdessen bitte: Hotelchic, Loungeatmosphäre. „Die Grundidee war, dass der Patient ankommen soll, freundlich empfangen wird und die ersten Eindrücke genießt, damit sich keinesfalls der Eindruck bei ihm festsetzt: Hier steht mir gleich eine äußerst unangenehme

„Verströmt der Empfang ein altbackenes, angestaubtes Flair, traut man dem Arzt kaum Kenntnisse moderner Therapiemethoden zu.“

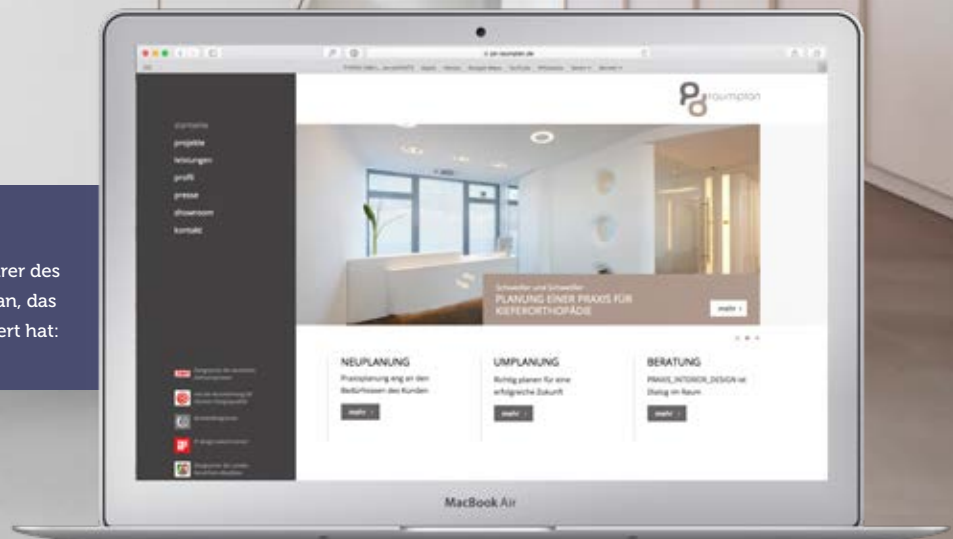
Zahnbehandlung bevor“, so Günther. Er und sein Team setzten die Vorgaben um, verlegten Parkett aus geräuchertem Eichenholz, entwickelten eine Lichtführung, die die Patienten vom Empfang bis in die Wartebereiche leitet, stimmten alle verwendeten Materialien gut aufeinander ab – und wurden dafür prompt mit einem Designpreis ausgezeichnet.

Persönlichkeit zählt

Günther sieht eine gelungene Praxiseinrichtung als Marketinginstrument für den Arzt, aber auch als Ausdrucksmittel dessen eigener Persönlichkeit: „Mit einer vom Durchschnitt abweichenden, außergewöhnlichen ästhetischen Charakteristik seiner Räumlichkeiten signalisiert ein Arzt seine inneren Werte.“ Am Anfang einer Umgestaltung, möge sie umfassend sein oder nur im Kleinen stattfinden, steht daher im optimalen Fall erst einmal die Eigenanalyse: Was will ich transportieren, welchen Eindruck sollen die Patienten bekommen? Jens Schumacher ließ etwa in einer der von ihm gestalteten Arztpraxen Sinnsprüche anbringen:

pd raumplan

Hubert Günther ist Geschäftsführer des Kölner Planungsbüro pd raumplan, das sich auf Praxisplanung spezialisiert hat: www.pd-raumplan.de



„Die über unsere Auftraggeber zurückgespielte Resonanz von Patienten ist durchweg positiv“, sagt Praxisplaner Günther.



„Schenken Sie der Welt ein Lächeln“ steht hier etwa auf strahlend blauer Wand, der Aphorismus „Die Zeit vergeht nicht schneller als früher, aber wir laufen eiliger an ihr vorbei“ soll zudem in Oscar-Wilde-Manier geduldig stimmen, falls es etwas länger dauert. Andere Planer ermutigen ihre Kunden dazu, ihren Kunstsinn zu zeigen, Drucke bevorzugter Maler anzubringen. Oder auch Lokalkolorit einzubringen wie das etwa eine Regensburger Zahnärztin getan hat: Sie brachte die Umriss ihrer Stadt – berühmter Dom inklusive – an der Wand hinter dem Empfangstresen an.

Zu Vorsicht vor allzu ausgeprägter Selbstdarstellung raten hingegen die Autorinnen Anne M. Schüller und Monika Dumont, die in ihrem Buch „Die erfolgreiche Arztpraxis“ den Empfangsbereich ebenfalls unter die Lupe nehmen. Über den Look sollten aus ihrer Sicht indirekt die Patienten entscheiden – ihnen muss die Praxis gefallen, sie müssen wiederkommen. Das bedeute manchmal auch, dass das Ergebnis mit dem Geschmack des Mediziners nicht immer konform sei. Die beiden Expertinnen empfehlen Praxisinhabern, eine Zielgruppendefinition zu erarbeiten, um herauszufinden, in welchem Ambiente sich die anvisierte Patientengruppe wohlfühlen könnte. Menschen, die einen Sportmediziner aufsuchen, mögen sich tatsächlich von einer anderen Gestaltung angesprochen fühlen als Patienten eines Kinderwunschzentrums. Eine Hausarztpraxis in einer ländlichen Region mit vorwiegend älteren Bewohnern mag mit einem anderen Ambiente punkten als

etwa besagte Frankfurter Zahnarztpraxis mit geräuchertem Eichenholzparkett. In letzterer wurden zum Beispiel bewusst Bildschirme angebracht, über welche die neuesten Aktienkurse flimmern – zur Patientenschaft zählen viele Angestellte der umliegenden Finanzunternehmen.

Neben Zielgruppenausrichtung achteten die Planer in Frankfurt jedoch noch auf einen weiteren wichtigen Aspekt: Diskretion. Um den Empfang der Praxis von den Wartebereichen räumlich, optisch und auch akustisch zu trennen, zogen sie elegant schimmernde Fadenvorhänge ein – ein praktischer Hingucker, der sowohl Abstand gewährleistet als auch eine gewisse Luftigkeit verspricht, und damit für „abgeschiedene Transparenz“ sorgt, wie die Juroren des Designpreises den Effekt anerkennend beurteilten.

Licht, Blumen, Schirmständer – ausschlaggebende Details

Dass der Eingangsbereich nicht nur ordentlich, sondern auch sauber gehalten werden sollte, mag selbstverständlich sein. Doch gelte das, so die Warnung von Marketingberaterin Schüller, bei jedem Wetter, also auch dann, wenn es draußen stürmt und regnet. Eine Garderobe samt Schirmablage gehöre daher zur Ausstattung dazu. Für „sympathisch“ befindet Schüller zudem einen im Empfangsbereich platzierten Wasserspender oder eine Kaffeemaschine. Auch Blumen oder Pflanzenarrangements sorgen für freundliches Ambiente, doch sollte geklärt werden, wer sich um die Pflege der floralen Schmuckstücke kümmert. Praxishelferinnen seien schließlich „keine Gärtner“. Alternativ eignen sich auch Kunstblumen – mit den spießig wirkenden Staubfängern vergangener Tage haben neuere Produkte nichts mehr gemein, im Gegenteil: Blumengestalter wie etwa Blütenwerk aus Köln arbeiten intensiv daran, ihre Arrangements natürlich und ästhetisch wirken zu lassen; zudem stimmen sie sich mit Arztpraxen ab, beziehen das Design der Räumlichkeiten bei der Kreation ihrer Gestecke mit ein.

Ein Willkommensambiente entsteht zudem durch eine angenehme Beleuchtung. „Licht macht fremde Territorien sicher und schafft eine freundliche Atmosphäre“, so Schüller. Doch Vorsicht vor zu kaltem Kunstlicht: Es fördert Unwohlsein, Angst, lässt gar, so Schüller, „Patienten flüchten“. Im optimalen Fall, sagt auch Innenarchitekt Schumacher, bestehe die Beleuchtung aus Tageslicht, künstliches Licht sollte zumindest warm sein.

© istock.com/ja koska

Tipps für einen einladenden Empfangsbereich



Freundliche Empfangsmitarbeiter mit Kommunikationsgeschick



Ordnung und Sauberkeit



Angenehme Beleuchtung



Freundlicher Look des Tresens



Einladendes Farbkonzept passend zur Praxis



Patienten-Zielgruppe miteinbeziehen

Alles auf Empfang – auch als Credo für Mitarbeiter

Doch ein schicker, freundlicher Look allein reicht für den Willkommenseffekt nicht aus. Die Wirkung des hochwertigsten Tresenmaterials und der fröhlichsten Wandfarbe verpufft, wenn die Empfangsmitarbeiter Patienten missmutig begrüßen, hektisch in Unterlagen wühlen, kein zugewandtes Wort übrig haben. Davon ist auch Praxisplaner Günther überzeugt: „Ein noch so einzigartiges Gestaltungskonzept nutzt dem Praxisbetreiber wenig, wenn seine Mitarbeiter Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Servicebereitschaft nicht verinnerlicht haben.“ Birgit Hickey, Ärztin aus Münster, sagt sogar, dass es die Mitarbeiter am Empfang in der Hand hätten, ob sich Patienten willkommen und gut behandelt fühlen: „Sie tragen entscheidend dazu bei, welche Stimmung das ganze Praxisklima prägt.“

Die Gestaltung kann den Grundstein legen für eine gelungene Kommunikation, etwa, indem die Mitarbeiter am Empfang möglichst so platziert werden, dass sie den hereinkommenden Patienten direkt sehen – und auch von diesem selbst gleich wahrgenommen werden können. Auch sollte der Tresen nicht zu hoch sein, damit die Medizinische Fachangestellte dahinter nicht verschwinde, wie Schüller warnt. Der Rest ist Kommunikationsgeschick, das geschult werden kann – und sollte, etwa in Seminaren, wie sie Birgit Hickey für die PVS durchführt: Welche Erfahrungen oder Erwartungen haben Patienten, wenn sie in die Praxis kommen? Welche sind die häufigsten Fragen, mit denen sie an den Tresen treten? Auf all dies lassen sich Mitarbeiter vorbereiten. Dazu gehört etwa, dass ein eintretender Patient begrüßt werden möchte. Bei Zeitmangel, etwa wenn die Empfangsmitarbeiterin gerade telefoniert oder mit einem anderen Patienten spricht, mag eine umfangreiche Begrüßung nicht immer gleich möglich sein. Doch Blickkontakt, ein Nicken, eine Geste, dass der Neunkömmling wahrgenommen wurde und sich seiner gleich angenommen wird, sollten selbstverständlich sein.

Die Autorin und Kommunikationsexpertin Dumont betont, dass vor allem die Eingangsfrage an Patienten oft entscheidend ist für die Stimmung und das Patientenverhältnis: Also nicht als erstes mechanisch die Gesundheitskarte verlangen, sondern sich zum Beispiel für das pünktliche Erscheinen bedanken oder sich erkundigen, ob der Patient gut hergefunden, gleich einen Parkplatz bekommen habe. Wiederkehrende Fragen wie diese können laut Hickey besonders gut trainiert werden; neben dem Einstieg ins Gespräch gehören auch Fragen nach dem Namen, zur Abklärung des Beschwerdebilds und zur Vereinbarung eines Anstusstermins dazu.

„Ein noch so einzigartiges Gestaltungskonzept nutzt dem Praxisbetreiber wenig, wenn seine Mitarbeiter Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Servicebereitschaft nicht verinnerlicht haben“, sagt Hubert Günther.

Auch wenn am Empfangstresen Beschwerden vorgebracht werden, helfen bestimmte Strategien, wie Traineein Dumont erklärt: etwa aufzustehen, um Interesse zu signalisieren, tief einzuatmen für die eigene Ruhe, die Gesprächssituation wegzuführen von Publikum – Dumont: „Reklamationsgespräche finden immer unter vier Augen statt!“ Schließlich die Erfolgsformel: eine Entschuldigung vorbringen, und zwar immer, auch dann, wenn der Unmut des Patienten nicht auf einen eigenen Fehler zurückzuführen ist.

Doch bringen alle diese Anstrengungen etwas? Das Training der Mitarbeiter, die besondere Gestaltung des Empfangs? Ein Blick in ein Ärztebewertungsportal zeigt zumindest, dass die mit dem Design-Award ausgezeichnete Frankfurter Dentalpraxis mit ihrer Optik punkten konnte: „Mir gefällt besonders, dass sie sehr stilvoll und modern eingerichtet ist“, schreibt hier etwa eine Patientin. Und weiter: „Man denkt gar nicht, dass man beim Zahnarzt ist.“ Reaktionen wie diese seien unter den Patienten seiner Kunden kein Einzelfall, wie Günther bestätigt: „Die über unsere Auftraggeber zurückgespielte Resonanz von Patienten ist durchweg positiv“, sagt der Praxisplaner. So lobten sie etwa, dass die angenehme, positive Atmosphäre ihnen helfe, sich – gerade vor bevorstehenden medizinischen Eingriffen – zu entspannen. Viele seien auch toleranter gestimmt, etwa, wenn sich längere Wartezeiten ergeben. Manche Patienten, und das lässt besonders aufhorchen, seien sogar regelrecht von den optischen Impulsen der Praxisgestaltung „in den Bann gezogen“ worden. Und magischer, das ist sicher, kann Patientenbindung wohl kaum entstehen. ■

Weitere Informationen:



Monika Dumont, Anne M. Schüller: **Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing**
Springer-Verlag 2016
ISBN: 978-3-662-48737-2
(eBook)



Philipp Meuser, Franz Labryga: **Arztpraxen. Handbuch und Planungshilfe**
DOM-Publishers 2016
ISBN: 978-3-869-22338-4

Fachkräftemangel Immer mehr Medizinische Fachangestellte suchen sich anderswo eine neue Herausforderung, mit weniger Stress und besserem Gehalt. Ein Interview mit der Vizepräsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V., Carmen Gandila, darüber, wie es gelingen kann, gutes Personal zu halten.

Text: Nicola Sieverling

Mitarbeiterbindung als größte Herausforderung

Auch wenn die Ausbildungssituation im Bereich der Medizinischen Fachangestellten (MFA) gut ist, zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab. Die Zahl der als arbeitslos gemeldeten Fachkräfte übersteigt die Anzahl der offenen Stellen kaum noch. Um so wichtiger wird es, gutes Personal langfristig an die Praxis zu binden. Und hier zeigt sich: Lob und Anerkennung des Arztes sind und bleiben das zentrale Instrument.

Nach einer aktuellen Studie sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das wichtigste Marketinginstrument und haben das Internet sogar von der Rangliste abgelöst. Eine bemerkenswerte Entwicklung, oder?

CARMEN GANDILA: Für uns ist schon immer klar gewesen, dass motivierte, gut aus- und weitergebildete MFA die wichtigsten Erfolgsfaktoren einer Praxis sind. Als diese müssen sie aber auch wahrgenommen und wertgeschätzt werden. Mitarbeiterwertschätzung ist das entscheidende Stichwort.

„Es besteht Handlungsdruck nicht nur aufgrund der demografischen Entwicklung, sondern auch wegen des Arbeitskräftebedarfs.“



© Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Carmen Gandila

Carmen Gandila ist seit September 2014 Vizepräsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Die 45-Jährige repräsentiert den Verband nach innen und nach außen als Leiterin des Ressorts Tarifpolitik.

Carmen Gandila absolvierte nach ihrem Abitur ein fünfjähriges Studium der Rechtswissenschaft an der „Drăgan“ European University of Lugoj (Rumänien). Im Jahr 2004 beendete sie die Ausbildung als Medizinische Fachangestellte. Ihre Schwerpunkte sind: Implementierung und Organisation eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen, allgemeines Praxismanagement sowie Hygienemanagement.



!

Gründe für den Fachkräftemangel:

- zu viel **Stress**
- **Zeitdruck**
- zu viel **Multitasking**
- zu geringes **Gehalt**
- wenig **Karriereaussichten**
- keine öffentliche **Wertschätzung**

Sie sind selbst als Vollzeitbeschäftigte in einer dermatologischen Praxis tätig. Wie nehmen Sie das Thema Mitarbeiterbindung wahr?

GANDILA: Als Praxismanagerin habe ich Verantwortung in der Personalplanung. Dabei achte ich auch auf die individuellen Bedürfnisse meiner Kolleginnen und Kollegen, um persönliche Balance, die Familie und die Tätigkeit in der Praxis in Einklang zu bringen. Das ist wichtig, damit die MFA in der Praxis in der Lage sind, ihre Kompetenzen und ihr Know-how einzubringen. Dies thematisieren wir auch in den regelmäßigen Teambesprechungen, um entsprechende Lösungsvorschläge gemeinsam zu erarbeiten.

Entscheidend ist eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit. Mit welchen Mehrwertangeboten kann das gelingen?

GANDILA: Die finanzielle Seite muss stimmen. Diese kann ergänzt werden durch betriebliche Altersvorsorge und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie Fahrtkostenzuschüsse. Aber auch dadurch, dass die Praxisleitung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördert und ihnen Fort- und Weiterbildungskurse anbietet, die ihren Fähigkeiten entsprechen.

Haben Sie Best-Practice-Beispiele von erfolgreichen Motivationsprogrammen aus Arztpraxen?

GANDILA: Es gibt nicht die eine Lösung. Jede Praxis hat ihre eigene Philosophie, daher ist es wichtig, auf die Bedürfnisse des Teams einzugehen. Echtes Lob vom Chef ist nach wie vor die beste Motivation. Ich denke, dass zum Beispiel auch eine konstruktive und offene Fehlerkultur in

einer Arztpraxis ein Motivationsprogramm ist. Zudem ist es wichtig, Arbeitsabläufe und Dokumentationen so weit wie möglich über digitale Investitionen zu erleichtern. Das trägt dazu bei, dass eine bessere Praxisorganisation gelebt wird. Mitarbeiterzufriedenheit wird im Bereich der Praxisorganisation aber auch durch kluge Aufgabenverteilung und mehr Selbstständigkeit im jeweiligen Aufgabenbereich erzielt. Gleichzeitig sind Zusammenhalt im Team und Anerkennung der Leistungen durch den Chef, die Patienten und die Öffentlichkeit wichtig. Monetäre Anreizsysteme für die erbrachten Leistungen können, wenn sie gerecht umgesetzt werden, ebenfalls motivierend wirken. Allerdings gilt hier eine gewisse Vorsicht. Eine Umsatzbeteiligung an privaten Zusatzleistungen ist aus meiner Sicht ungünstig. MFAs und Ärzte sind keine Verkäufer.

Brauchen wir mehr flexible Arbeitszeitmodelle für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

GANDILA: Familienfreundlichkeit, Fragen von flexiblen Arbeitszeitmodellen, Wiedereinstieg und Betreuungsplätze für Kinder betreffen viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aber auch generell ist die Work-Life-Balance wichtiger geworden und ein entscheidender Faktor im Wettbewerb um gut ausgebildetes Personal in den Praxen. Ich denke hier beispielsweise an Abendsprechstunden. Gerade bei kleineren Unternehmen wie Arztpraxen sind individuelle und kreative Ideen gefragt, die auf das jeweilige Praxisteam zugeschnitten sind.

12–15

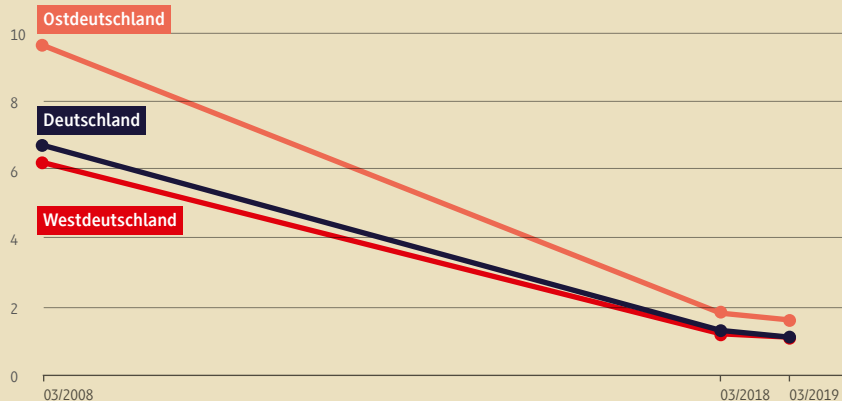
TAUSEND

vorwiegend weibliche Jugendliche beginnen jedes Jahr eine dreijährige Ausbildung als MFA.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Entwicklung Engpassrelation bei den MFA bundesweit

Eine Berufsgattung wird als Engpassberuf deklariert, wenn die Relation aus Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen kleiner oder gleich 2 ist (zwischen 2008 und 2019).



„Die Honorarabschlüsse der letzten Jahre haben die allgemeine Preisentwicklung nicht abgedeckt.“

Wie wichtig sind regelmäßige Teamgespräche und was kann damit erreicht werden?

GANDILA: Regelmäßige Teambesprechungen sind selbst in der aktuellen Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als konkretes Instrument vorgeschrieben. Das ist kein Zufall, denn sie sind ein effektives Instrument, um die Kommunikation zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu fördern. Sie dienen der Information und Diskussion von Aspekten der täglichen Arbeit. Hier können aber auch Praxisziele besprochen und gemeinsam Lösungen gesucht und gefunden werden. Wenn alle Mitarbeiterinnen, auch Teilzeitbeschäftigte, auf diese Weise in die Praxisarbeit einbezogen werden, ist das für sie eine wichtige Wertschätzung.

Wie angespannt ist die Lage? Steuern wir in den Arztpraxen auf einen Fachkräftemangel zu?

GANDILA: Bei der Zahl der Auszubildenden sieht es gut aus: Seit mehr als zwei Jahrzehnten beginnen jedes Jahr zwischen 12.000 und 15.000 vorwiegend weibliche Jugendliche eine dreijährige Ausbildung als MFA. Der anspruchsvolle Gesundheitsberuf gehört damit zu den ausbildungstärksten in Deutschland. Trotzdem wird der Fachkräftemangel immer deutlicher. So gibt die aktuellste Statistik der Bundesagentur für den Monat März 2019 bundesweit insgesamt 6.874 gemeldete freie Stellen an. Dem stehen 7.788 arbeitslose Medizinische Fachangestellte gegenüber. Damit hat sich die Arbeitsmarktsituation für das Fachpersonal in Arztpraxen in den vergangenen 13 Jahren grundlegend verändert. Verglichen mit den Zahlen aus dem März 2009 liegt die Arbeitslosenzahl heute um rund 50 Prozent niedriger.

Woran liegt das?

GANDILA: Diese Entwicklung hängt damit zusammen, dass sehr viele MFA den Beruf verlassen. Bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage finden sie eher außerhalb des niedergelassenen Bereichs eine ruhigere Anstellung mit mehr Gehalt. Eine qualitative Studie unter MFA hat gezeigt, dass der Arbeitsstress im Verhältnis zur Belohnung besonders hoch ist. Viele von ihnen können mit ihrem Gehalt nicht unabhängig von Ehepartnern oder Eltern leben. Auch die Aufstiegsmöglichkeiten sind in der Arztpraxis begrenzt. Außerdem erinnere ich daran, dass in ambulanten Praxen – die ja auch Kleinbetriebe sind – andere arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen herrschen als im stationären Bereich. Dadurch sind die MFA von den Ärzten als Arbeitgeber und den Rahmenbedingungen besonders abhängig.

In welchen Regionen gibt es bereits einen wahrnehmbaren Fachkräftemangel?

GANDILA: Eine Berufsgattung wird als Engpassberuf deklariert, wenn die Relation aus Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen kleiner oder gleich 2 ist. Die Engpassrelation bei den MFA bundesweit ist kleiner als 2. Der Quotient ist bundesweit gesehen vom 6,8 im März 2008 auf 1,1 im März 2019 gesunken. Besonders eng sieht es gegenwärtig in Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland aus. Hier liegt der Quotient unter 1,0.

Welchen Einfluss hat die demografische Entwicklung?

GANDILA: Es besteht Handlungsdruck nicht nur auf Grund der demografischen Entwicklung, sondern auch wegen des Arbeitskräftebedarfs. Wenn nicht entsprechend gegengesteuert wird, besteht mindestens mittelfristig die Gefahr, dass der derzeitige Personalbestand in den Arztpraxen weiterhin sinkt und die anstehenden Aufgaben in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht mehr angemessen bewältigt werden können. Und das wäre fatal. Wir brauchen zeitnah Maßnahmen zur Reduzierung dieser bevorstehenden Fachkräftengpässe.

Mit welchen Maßnahmen kann gegengesteuert werden?

GANDILA: Eine qualitativ bessere Ausbildung, gute Zukunftsperspektiven und Karrieremöglichkeiten im Beruf sowie eine höhere Mitarbeiterbindung sind die Herausforderungen der nächsten Jahre, um aus den derzeit bestehenden Fachkräftengpässen keinen Fachkräftemangel werden zu lassen. Was die Finanzierung angeht, so bleiben wir bei unserer Forderung, dass hier auch die Politik gefragt ist. Genau wie im stationären Sektor sollten in den ambulanten Praxen die Kosten für Gehaltssteigerungen durch Tarifabschlüsse über Steuermittel refinanziert werden. Die Honorarabschlüsse der letzten Jahre haben die allgemeine Preisentwicklung nicht abgedeckt. Nicht zuletzt gilt es auch, die Qualität der Berufsausbildung zu verbessern. Die Verordnung über die Berufsausbildung ist seit dem 26. April 2006 in Kraft. Die Digitalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft stellt die duale Ausbildung vor neue Aufgaben. Die Bundesregierung möchte generell die Berufsausbildung modernisieren und dafür

6.874

freie Stellen wurden im März 2019 gemeldet.

7.788

arbeitslose Medizinische Fachangestellte wurden zur gleichen Zeit gemeldet.

© Quelle: Statistik der Bundesagentur

Tipps:

- Zahlen Sie mindestens nach **Tarif**
- Zeigen Sie **Wertschätzung** für diesen Beruf – auch vor den Patienten
- Stellen Sie **ausreichend Zeit** und **qualifiziertes Fachpersonal** für die Ausbildung zur Verfügung
- Fördern Sie die **Weiterqualifizierung**

Entwicklung der Relation von Arbeitslosen zu gemeldeten offenen Stellen

Eine Berufsgattung wird als Engpassberuf deklariert, wenn die Relation aus Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen kleiner oder gleich 2 ist (zwischen 2008 und 2019).

	03/2008	03/2018	03/2019
Schleswig-Holstein	9,3	1,5	1,2
Hamburg	2,7	1,4	1,0
Niedersachsen	9,1	1,8	1,2
Bremen	7,1	1,9	3,0
Nordrhein-Westfalen	8,3	1,6	1,5
Hessen	4,5	1,3	1,1
Rheinland-Pfalz	6,4	1,1	1,0
Baden-Württemberg	4,8	0,8	0,7
Bayern	4,7	0,8	0,8
Saarland	6,0	1,3	0,8
Berlin	12,2	2,2	1,8
Brandenburg	8,2	1,4	1,2
Mecklenburg-Vorpommern	8,3	1,6	1,9
Sachsen	9,6	1,7	1,2
Sachsen-Anhalt	11,1	2,0	1,8
Thüringen	6,7	1,6	1,7

das Berufsbildungsgesetz novellieren. Wir sind auf die Änderungen sehr gespannt.

Wie lautet Ihr Appell als Vizepräsidentin an die Inhaber von Arztpraxen?

GANDILA: In der Stress-Studie wurden als Hauptaspekte für die hohe Arbeitsbelastung bei MFA benannt: Zeitdruck, Multitasking, ein zu geringes Gehalt, wenig Karriereausichten und keine öffentliche Wertschätzung. Mein dringender Appell an die Inhaber von Arztpraxen kann daher nur lauten: Zahlen Sie mindestens nach Tarif – und beachten Sie dabei die Tätigkeitsgruppen – je nach Qualifikation. Zeigen Sie Wertschätzung für diesen Beruf – auch vor den Augen und Ohren der Patienten. Stellen Sie ausreichend Zeit und qualifiziertes Fachpersonal für die Ausbildung zur Verfügung. Und fördern Sie die Weiterqualifizierung Ihres Personals. So nutzen Sie die Erfahrung und die Kompetenzen Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um gemeinsam das Beste zu erreichen! ■

Enthüllungsjournalismus in Kliniken Das Team Wallraff hat wieder zugeschlagen: schleuste sich in Krankenhäuser ein, filmte Pflegekräfte und Psychiatriepatienten. Das erklärte Ziel: für Aufklärung sorgen. Gegenwehr kommt von einem Rechtsexperten, für den Wallraff einst ein Held war.

Text: Romy König

Reine Staffage

Saskia Vollmer* lächelt nur selten. Langsam nippt sie an ihrem Kaffee, sammelt ruhig Antworten auf die Fragen der Journalistin, in Gedanken ganz in der Klinik, in der sie als OP-Schwester arbeitet; ihre Stirn beständig in Falten gelegt. Es ist ein bedrückendes Gespräch. Um Perspektiven in der Pflege geht es, um ihre Liebe zu ihrem Beruf, um Mitarbeitermangel und Pflegeschlüssel, um Druck und Drill und Schweigegebote. Und dann hellt sich das Gesicht der knapp 50-Jährigen plötzlich auf: „Der Wallraff, wissen Sie, dieser RTL-Typ, der macht es richtig. Undercover in Kliniken einzusteigen, um mal so richtig die Zustände zu zeigen.“

Rechtlos gegen Kameras?

Ärzte und ihre Mitarbeiter, Praxen oder Kliniken genießen **keinen** anderen Schutz gegenüber öffentlicher Berichterstattung als jeder andere Bürger oder Unternehmen auch. Es bleibt bei den allgemeinen Grundsätzen: Sofern kein gesetzliches Verbot besteht, ist jede öffentliche Berichterstattung zulässig, wenn das Schutzinteresse der Person, über die erkennbar berichtet wird, das Interesse des Berichtenden an der Veröffentlichung nicht überwiegt. Die Rechtsprechung hat dabei Fallgruppen ausgearbeitet, in denen von einem Überwiegen des Schutzinteresses auszugehen ist. Die Berichterstattung fällt unter keine dieser Fallgruppen, wenn sie

- wahrheitsgemäß ist,
- keine Schmähkritik darstellt,
- nicht die Privatsphäre des Klägers betrifft,
- und keine Prangerwirkung entfaltet.

Bildmontagen, um eine journalistische These bildlich „belegen“ zu können, sind also selbst dann unzulässig, wenn die Erkennbarkeit der so „Vorgeführten“ etwa durch Verpixelung gering sein sollte.

„Die Zustände“. Das sind, betrachtet durch die Kamera linse manch eines Investigativreporters, oft diese: Hygienemängel in Kliniken, überforderte Pflegemitarbeiter, harter Umgang mit Patienten oder Heimbewohnern. Erst vor wenigen Monaten hat sich ein Team des Journalisten Günther Wallraff in psychiatrische Einrichtungen eingeschleust; die so entstandenen Berichte sollten auf Missstände aufmerksam machen.

Tatsächlich war nach Ausstrahlung der ersten Sendung im März einiges in Bewegung gekommen: Die Kliniken Frankfurt-Höchst wiesen die gezeigte Berichterstattung zwar als „stark verkürzt“ und „aus den individuellen Zusammenhängen sowie Krankheitsbildern gerissen“ zurück, sagten aber auch, „intern intensiv aufklären“ zu wollen, und „Missständen – sollten sie vorhanden sein – vorbehaltlos“ nachzugehen. Auch das hessische Sozialministerium versprach gründliche Aufklärung und, wo nötig, Konsequenzen.

„Heimliches Filmen, sich als Pflegepraktikant ausgeben, um Zugang zu geschlossenen Bereichen zu erhalten – es braucht solche Methoden, um für Veränderungen zu sorgen“, ist Krankenschwester Vollmer überzeugt. Sie, die sich nicht gehört fühlt und nicht gesehen, geschweige denn ernst genommen, hat das Gefühl, hier ist endlich mal einer, der für sie in die Bresche springt, der für sie spricht. Wallraff – der Held einer „Armee der Unsichtbaren“, wie einst die ZEIT über ihn in ähnlichem Zusammenhang schrieb.

Es ist nicht die erste Enthüllungsoffensive, die der heute 76-Jährige im Gesundheitssektor zündet. Schon 2015 schleuste sich eine Mitarbeiterin seines Teams als vermeintliche Pflegepraktikantin undercover in drei Einrichtungen ein, recherchierte auf diese Weise in Kliniken in München, Wiesbaden und Berlin-Buch. Nach Aussage des Senders RTL, bei dem die Berichte anschließend ausgestrahlt wurden, ging das sogenannte „Team Wallraff“ damit „zahlreichen Hinweisen von Krankenschwestern, Pflegern und Ärzten“ nach. Die Recherche dauerte 14 Monate – und brachte Ausbeute: vermeintliche Hygienemängel, Personalmangel, so das Fazit der Berichterstattung.

„Immer mit dem Ziel, die Wahrheit ans Licht zu bringen“

2016 erhielt Wallraff bei der Verleihung des Deutschen Fernsehpreises für seine Arbeit den sogenannten Ehrenpreis der Stifter, die Begründung der Jury: Er recherchiere, dokumentiere und provoziere, „immer mit dem Ziel, die Wahrheit ans Licht zu bringen und nachhaltige Konsequenzen einzufordern“.

Einer, der das anders sieht, ist Jan Mönikes. Der Berliner Jurist ist spezialisiert auf IT-, Medien- und Urheberrecht, und er vertritt Mitarbeiter und Patienten zweier Kliniken bzw. Klinikverbünde, auf deren psychiatrischen Stationen sich die Wallraff-Journalisten im vergangenen Jahr eingeschleust haben. „Natürlich“, sagt er, „habe ich grundsätzlich nichts gegen Berichte, die Missstände aufdecken.“ Im Gegenteil: Kritik an unhaltbaren Zuständen, ob in Firmen oder in Kliniken, brauche es für die Demokratie, für eine offene Meinungsbildung. Und wenn solche Berichte die

„Natürlich habe ich grundsätzlich nichts gegen Berichte, die Missstände aufdecken“, sagt der Berliner Jurist Jan Mönikes.



Jan Mönikes

Rechtsanwalt Jan Mönikes ist Partner der Kanzlei Schalast & Partner Rechtsanwälte in Berlin und auf Fragen des Datenschutzes und Medienrechts und Krisenkommunikation spezialisiert. Er berät zahlreiche Unternehmen und Verbände im Gesundheitsbereich, darunter auch den PVS Verband, und ist u. a. zum Justiziar des Bundesverbandes deutscher Pressesprecher (BdP) und des europäischen Pressesprecherverbandes EACD bestellt.

© Katja-Julia Fischer

Kliniken auch empfindlich stören mögen – sie müssten damit leben. „Ganz klar: Investigativer Journalismus ist wichtig“, bekräftigt er. Doch er sagt auch: „Es gibt Grenzen.“

Hochgeschraubte Transparenz

Zumal sich schon so viel bewegt habe: „Ärzte sind doch längst nicht mehr die Halbgötter in Weiß, die Patienten sind doch schon heute mündiger.“ Kliniken hätten Patientenbeiräte etabliert, veröffentlichten Qualitätskennzahlen. „Die Transparenz der Kliniken wurde in den letzten Jahren massiv hochgeschraubt.“ Auch der Gesetzgeber tue einiges dafür, dass Unternehmen und Organisationen, so auch Kliniken, weniger hinter verschlossenen Türen agieren könnten: Der Schutz von „Whistleblowern“ etwa wurde ausgeweitet. „Alles, was Mitarbeitern oder Patienten nicht passt, wird schon heute von den Betroffenen mit ihren Handys aufgezeichnet, wenn sie die Öffentlichkeit suchen.“

Die Grenzen des Arztes sind die Grenzen des Journalisten

Doch gerade im Gesundheitssektor gebe es Bereiche, die sich „ganz bewusst und aus guten Gründen“ den Blicken der Öffentlichkeit entziehen, so Mönikes. Nicht umsonst dürfe etwa im Behandlungszimmer nicht gefilmt werden, dürften Patientendaten nicht frei weitergegeben werden. „Die Schweigepflicht des Arztes ist ein hohes Gut“, so der Jurist. Die habe auch der Journalist zu würdigen. „Die Grenzen, die für den Arzt gelten, hat auch der Journalist zu respektieren.“

Die Einführung der Datenschutzgrundverordnung habe die Situation einmal mehr verschärft: Seither dürften Ärzte zum Beispiel auch im Empfangsbereich ihrer Praxis keine Kameras laufen lassen; selbst im Aufwachraum eines Krankenhauses, wo sie ja eigentlich lediglich der Überwachung der Narkose-Patienten und damit deren Sicherheit dienen, seien die Aufnahmegeräte ohne Datenschutzfolgeabschätzung nun verboten. Mönikes: „Und nun spaziert da jemand, getarnt als Pflegepraktikant, in eine Klinik hinein und lässt permanent, und das über einen Zeitraum von Wochen, heimlich eine Kamera mitlaufen? Das kann nicht legal sein.“ Der Rückgriff auf die Presse- und Meinungsfreiheit – schließlich handelte es sich bei den Filmen um Journalisten – funktioniere hier nicht, argumentiert Mönikes: „In dem Moment, da sich der Reporter als medizinische Kraft einstellen lässt, als solche eine Datenschutzverpflichtung unterschreibt, fällt sein Tun unter die Regeln, nach denen alle medizinischen Angestellten handeln müssen. Das Patientengeheimnis gehört dazu.“

In der Psychiatriestation eines Krankenhauses gelten diese Regeln laut Mönikes besonders. „Wenn sich ein Reporter Zugang zu einem Altenheim verschafft, hier auf den Fluren filmt oder Fotos macht, würde juristisch vielleicht noch abgewogen, könnte dem Artikel 5 des Grundgesetzes, der Meinungsfreiheit, vielleicht Vorrang eingeräumt werden.“ Immerhin seien diese Bereiche auch Besuchern öffentlich zugänglich. Doch eine Klinik, eine geschlossene psychiatrische Station zumal, sei ein besonders schützenswerter Raum. „Schon die heimliche Aufnahme an sich kann hier eine Straftat sein“, sagt Mönikes. „Selbst bei Verpixelung ist ihr Gebrauch verboten.“

Für heikel hält der Rechtsexperte vor allem den Umstand, dass viele der gefilmten Patienten mit Angststörungen und Wahnvorstellungen zu kämpfen hätten. „Die haben ohnehin krankheitsbedingt das diffuse Gefühl, sie würden ständig beobachtet, ständig kontrolliert. Nun scheint sich diese Ahnung auf perfide Weise in der Realität zu bestätigen.“ Psychiatriepatienten lebten nicht in einem Kokon, sondern würden durchaus erfahren, was in der Welt vor sich geht. „Die schauen doch auch fern, checken Youtube-Videos auf ihren Smartphones.“ Von den Wallraff-Recherchen in der eigenen, intimen Umgebung „haben die alle erfahren“, so Mönikes.

Für einige von ihnen sowie für deren Betreuer, aber auch für betroffene Mitarbeiter zieht er nun vor Gericht: klagt auf Unterlassung, hat Strafanträge gestellt und die Datenschutzaufsichtsbehörden informiert. „Viele der

© istock.com/jantova

Patientendaten, Informationen
über Erkrankungen und ihre

Behandlung unterliegen einem besonderen
gesetzlichen Schutz (§ 203 StGB und Art. 9 Abs.

1, Abs. 2 h) DSGVO). Ärzte und Mitarbeiter einer Praxis oder Klinik, aber auch Dienstleister, die ordnungsgemäß auf die Wahrung der Vertraulichkeit verpflichtet wurden, können sich daher persönlich strafbar machen, wenn sie das Patientengeheimnis brechen. Nur in ganz engen Ausnahmen darf ein medizinischer Berufsgeheimnisträger ohne Entbindung von der Schweigepflicht Dritten Informationen über Patienten mitteilen. Ein Journalist, der sich als Mitarbeiter oder Praktikant einstellen lässt, um undercover zu recherchieren, kann sich daher genauso wegen „Patientenverrat“ strafbar machen wie ein Arzt, der etwa die Krankengeschichte eines (berühmten) Patienten

in identifizierender Weise veröffentlichen will.

Schon die bloße Identität des Patienten ist geschützt, auf Details kommt es nicht an.

Hans-Günter Wallraff

Der deutsche Investigativ-Journalist und Schriftsteller ist durch seine Reportagen über diverse Großunternehmen, BILD und verschiedene Institutionen bekannt geworden. Seit 2012 zeigt der Sender RTL eine Sendung unter dem Titel „Team Wallraff – Undercover-Reporter decken auf“. Dort erschien zuletzt seine Dokumentation über Missstände in psychiatrischen Einrichtungen, die bis heute Diskussion und Konsequenzen nach sich zieht.



Betroffenen reagieren auf die versteckte Kamera sehr empfindlich und fühlen sich als Opfer eines „Spitzeljournalismus“, erklärt er gegenüber **zifferdrei**, „besonders, da ihnen das Team Wallraff alle Auskünfte und Betroffenenrechte pauschal abspricht.“ Das Landgericht Leipzig habe einem der Wallraff-Reporter bereits vor Ausstrahlung der ersten Sendung das Gebrauchen heimlicher Aufnahmen eines der Patienten per einstweiliger Verfügung untersagt. „Weitere Verfahren laufen noch.“

Schon einmal trafen sie, Jahre ist es bereits her, in einem Verfahren persönlich aufeinander: Wallraff, der investigative Reporter, Mönikes, der Medienrechtler, der von sich sagt: „Ich stehe grundsätzlich auf der Seite der Meinungsfreiheit.“ Wallraff, auch das erzählt Mönikes, war einst für ihn ein Held: „In meiner Jugend habe ich alle Bücher von ihm gelesen, ich mochte, was er tat, seine Einstellung, seinen Mut.“ Nun aber sei der Reporter seiner Meinung nach zu weit gegangen.

„Wer will nach solchen Berichten noch Pfleger werden?“

Auch in Pflegekreisen freut man sich nicht geschlossen über die vermeintlichen Heldentaten des Wallraff-Teams. Zwar applaudieren in den diversen Social-Media-Kanälen einige Zuschauer, „bedanken“ sich „für die Aufklärung“, unter ihnen auch – nach eigener Aussage – einige Pflegegitarbeiter. Doch gibt es auch andere Stimmen: „Reportagen wie solche helfen uns nicht“, sagt etwa die Stationsleiterin einer rheinland-pfälzischen Klinik (Name der

Redaktion bekannt): „Medienberichte zeigen doch oft nur einen Ausschnitt dessen, was auf einer Station passiert, setzen die Situation nicht in einen Kontext.“ Neulich sei etwa ein Patient mit einer Glasscherbe auf sie und ihre Kollegin losgegangen. Er hatte gerade eine OP hinter sich, war delirant, konnte nicht klar denken. „Den haben wir dann eine Weile zu zweit festhalten müssen.“ Hätte hier ein Journalist die Kamera draufgehalten, so sagt die Pflegerin, und den Zusammenhang nicht erläutert, hätten Zuschauer anschließend falsche Schlüsse ziehen können. Zudem ist die Fachkraft der Ansicht, solche Berichte werfen ein schlechtes Licht auf ihren Beruf, schaden dem Image der Pflege. „Wer will nach solchen Berichten noch den Pflegeberuf erlernen?“

„Die Schweigepflicht des Arztes ist ein hohes Gut. Die Grenzen, die für den Arzt gelten, hat auch der Journalist zu respektieren,“ so Mönikes weiter.

Konstruierte Wirklichkeiten

Doch es ist vor allem auch die Machart der Berichte, die den Juristen Jan Mönikes stört: „Hier werden Situationen skandalisiert, werden Szenen aus dem Kontext gerissen, wird ein Missstand künstlich konstruiert.“ So seien etwa Inhalte montiert und Informationen, die eine Szene für den Zuschauer hätten einordnen können, bewusst unterschlagen worden: „Da gibt es die Szene, in der ein Bewohner in die Ecke eines Raums uriniert und die Pflegerin sich weigert, das wegzumachen – selbst nach Stunden, wie die Aufnahmen suggerieren“, so Mönikes. „Stark verpixelt und mit verfremdeter Stimme herrscht die Schwester den Patienten an, zuckt später teilnahmslos mit den Schultern und erklärt dem als Praktikant auftretenden

Wallraff-Mitarbeiter selbst auf Nachfrage nur, dass sie das nicht wegmachen wolle, weil sie sich vor Urin ekle.“ Die Assoziationskette im Kopf des Zuschauers springt sofort an: unhygienische Zustände, desinteressiertes oder überfordertes Personal. Tatsächlich aber, sagt Mönikes, sei die ganze Szene verfremdet und montiert worden, zeige also nicht die Wirklichkeit: „Die Pflegekraft, die man da mit den Schultern zucken sieht, hat mit dem Geschehen rund um den Urin überhaupt nichts zu tun.“ Und auch eine weitere Mitarbeiterin wehre sich bereits vor Gericht. Der Wallraff-Bericht habe in ihrem Fall suggeriert, sie hätte einem Patienten heimlich eine Tablette aufs Brötchen geschmuggelt. Tatsächlich aber sei diese Maßnahme als Schluckhilfe gedacht gewesen – abgesprochen mit den Angehörigen. Eine Erläuterung, die im Film fehlt.

Mönikes hält dieses Vorgehen, „diese bewusste Montage und das Weglassen von Informationen“ für wahrheitsverzerrend, ausgerichtet auf eines: den bloßen Effekt. „Die Ärzte und Mitarbeiter einer Klinik, aber eben auch die



Patienten selbst geraten so zur Staffage“, so Mönikes. Sie würden benutzt, um einen Skandal zu konstruieren, wo keiner sei. Auch spricht er von Filmsequenzen, die so montiert seien, dass sie Aufnahmen von Missständen suggerierten, die sich aber in Wirklichkeit so nicht abgespielt hätten. „Die sind vielleicht gut für die Einschaltquote, aber weder seriös noch legal.“

„Medienberichte zeigen doch oft nur einen Ausschnitt dessen, was auf einer Station passiert, setzen die Situation nicht in einen Kontext“, sagt die Stationsleiterin einer Klinik.



Das heimliche „Einschleichen“ und Mitschneiden von Bild und Ton ist nach §§ 201, 201a StGB im höchstpersönlichen Lebensbereich strafbar und auch nach den professionellen Maßstäben des Deutschen Presserates grundsätzlich unzulässig. Gerade wenn Informationen auch auf anderem Wege zu beschaffen gewesen wären, ergeben sich für Journalisten Einschränkungen für Recherchen etwa in Krankenzimmern und Arztpraxen. So auch im aktuellen Fall des „Teams Wallraff“ in geschützten Psychiatriestationen (vgl. Beschluss des LG Leipzig v. 15.03.2019, AZ 08 O 503/19 – nicht rechtskräftig). Selbst wo ausnahmsweise erlaubt, sind bei Aufnahme, Weitergabe und Verbreitung solcher Bilder zudem die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen zu berücksichtigen (§ 22, § 23 KUG). Die Person (und andere möglicherweise zu identifizierende Bildinhalte) müssen in der Regel, das heißt, wenn es sich nicht um ein zeitgeschichtliches Ereignis handelt, unkennlich gemacht werden. Für die Erkennbarkeit reicht es aber trotz „Verpixeln“ aus, wenn ein kleiner Kreis die Person identifizieren kann.

Etwaige Unsauberkeiten im Schnitt waren auch schon Journalisten von Spiegel Online aufgefallen: In zwei aufeinanderfolgenden Szenen, die so geschnitten sind, dass der Eindruck entsteht, sie seien auch in der Realität direkt hintereinander erfolgt, liegt in der einen Schnee, in der zweiten plötzlich keiner. Als die Journalisten RTL damit konfrontierten, gab der Sender zu, dass zwischen den zwei gezeigten Szenen tatsächlich eine ganze Nacht liege. Doch für die Dokumentation, so betonten die TV-Macher, sei dieser Umstand unerheblich.

Die nächsten Wochen und Monate werden zeigen, wie die Gerichte über die „Gemengelage aus Pressefreiheit und Datenschutz, Patientengeheimnis und Persönlichkeitsrecht“, wie Mönikes es formuliert, denken. Schon die in früheren Jahren gesendeten Wallraff-Berichte nahmen die betroffenen Kliniken nicht klaglos hin: Zwar räumten die Verantwortlichen teils Nachholbedarf ein, doch kritisierten sie die getroffenen Aussagen der Sendung auch als „zu pauschalisiert“. Der Helios-Konzern und die Marseille-Kliniken gingen im Anschluss an die Sendung gerichtlich gegen RTL und das Produktionsunternehmen vor. RTL ist es seither untersagt, Teile der Sendung erneut zu veröffentlichen oder zu verbreiten.

Was bislang im aktuellen Fall bleibt: Patienten und Klinikmitarbeiter, die sich, so Mönikes, als „Opfer“ sehen statt als Gerettete, und die den Kampf aufnehmen gegen einen Mann, der doch vermeintlich für sie spricht, für sie agiert, für sie aufdeckt. So viele Anwaltsschreiben habe er noch nie bekommen, sagte Wallraff schon vor der Ausstrahlung des aktuellen Beitrags. Mönikes: „Wie sich doch die Zeiten ändern – auch für Helden.“ ■

Cyber-Risk-Versicherungen 55 Milliarden Euro. Auf diese Summe beziffert der Bitkom den Schaden für Unternehmen durch Hackerangriffe im Jahr 2017 allein in Deutschland. Auch Arztpraxen und Krankenhäuser stehen im Visier der Angreifer.

Text: Markus Brakel

Cyber-Risk-Versicherungen – sinnvoll oder nicht?



Nicht nur Prominente oder Wirtschaftsunternehmen, auch Arztpraxen und Krankenhäuser rücken zunehmend ins Visier von Hackern. Obwohl nach einem aktuellen Branchenreport des GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) immerhin 44 Prozent der Ärzte das Risiko eines Cyberangriffs auf Praxen als hoch oder sehr hoch einschätzen, glaubt lediglich jeder Fünfte daran, dass die eigene Praxis wirklich betroffen sein könnte. Im Fall des Falles müssten allerdings acht von zehn Arztpraxen ihren Betrieb einstellen. Nach Hacker-Attacken kann eine sogenannte Cyber-Risk- oder Datenschutz-Versicherung helfen, die entstehenden Kosten für die Datenwiederherstellung oder den Arbeitsausfall aufzufangen. Allerdings werden dafür sicherheitstechnische Voraussetzungen erwartet. Außerdem empfiehlt es sich, die am Markt ständig wachsende Zahl an Angeboten sehr sorgfältig auf ihren Leistungsinhalt zu prüfen.

Mehr als die Hälfte der Unternehmen in Deutschland waren nach einer Studie des Digitalverbands Bitkom im Jahr 2017 Opfer einer Cyber-Attacke, dabei entstand ein Schaden von 55 Mrd. Euro. „Unternehmen müssen viel mehr für ihre digitale Sicherheit tun. Die Studie zeigt, dass die Gefahr für Unternehmen aller Branchen und jeder Größe real ist. Jeder kann Opfer von Spionage, Sabotage oder Datendiebstahl werden“, erklärt Bitkom-Präsident Achim Berg dazu.

Die fortschreitende Vernetzung und Digitalisierung im Gesundheitswesen macht Ärzte und Krankenhäuser besonders angreifbar. Auch wenn der Report des GDV feststellt, dass die Absicherung der Praxissoftware nach außen gute Standards aufweist, bemängelt er gleichzeitig den schlampigen Umgang mit Passwörtern und ungeschützte Mailserver. Von knapp 1.200 untersuchten niedergelassenen Ärzten waren nur fünf (0,4 Prozent) hinsichtlich der unterstützten Verschlüsselungsmethoden auf dem vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfohlenen Stand der Technik. Einer repräsentativen Forsa-Befragung zufolge glauben jedoch 81 Prozent der Ärzte, ihre Computersysteme seien umfassend geschützt.

Acht Sicherheitsstandards, die Sie unbedingt einhalten sollten:

- Antivirenprogramm auf dem neuesten Stand halten
- wöchentliche Datensicherung machen
- Updates und Sicherheitspatches schnell einspielen
- Praxis-Server mit Firewall sichern
- IT-Administratorenzugänge einrichten und sparsam nutzen
- individuelle Mitarbeiterzugänge einrichten
- komplexe Passwörter erzwingen
- Mobilgeräte sichern

„Jeder kann Opfer von Spionage, Sabotage oder Datendiebstahl werden“, erklärt Bitkom-Präsident Achim Berg.

Cyber-Risk-Versicherung übernimmt Folgekosten

Angesichts solcher Vorzeichen scheint eine Absicherung für den Ernstfall keine ganz abwegige Idee. Eine Cyber-Risk- oder Datenschutz-Versicherung übernimmt nach einem IT-Angriff die Kosten für die Beauftragung Computer-Forensik-Analysten und spezialisierter Anwälte, die Wiederherstellung und Reparatur der IT-Systeme, professionelles Krisenmanagement und PR sowie die notwendigen Mehrkosten zur Fortführung des Business. Doch für wirklichen Schutz vor Bugs verlangen seriöse Versicherer auch entsprechende Prämien, die sich u. a. an der Zahl der Mitarbeiter und am Umsatz orientieren. Leicht wird da eine Jahresprämie im vierstelligen Bereich fällig.

Wie eine solche Attacke aussehen kann, schildert Versicherungsmakler Tassilo Pollmeier an einem Beispiel: „Eine Zahnarztpraxis wurde vergangenes Jahr durch einen Hackerangriff lahm gelegt. Die Täter forderten 15.000 Euro in Bitcoins.“ In vielen solcher Fälle zahlten die Betroffenen lieber, als die noch höheren Kosten für die Datenwiederherstellung und den damit verbundenen Betriebsausfall in Kauf zu nehmen. „Perfid ist dabei die Strategie der Täter, sich ins System einzuschleusen und dann einen Zeitraum von ein paar Wochen abzuwarten, bevor sie in Aktion treten. So zerstören sie nämlich auch die üblicherweise im Wochen-Rhythmus laufende Datensicherung nachhaltig.“

Mehr als 55.000 Euro Schaden pro Fall

Die alle zwei Jahre durchgeführte Untersuchung des Bitkom liefert zwar keine eigenständigen Details speziell zum Gesundheitswesen oder zu medizinischen Berufsgruppen. Aber es ist davon auszugehen, dass auch hier Angriffe in ähnlicher Dichte erfolgen. Üblicherweise geht es dann um Erpressung. Die Hacker fordern also eine Summe X für die Wiederherstellung der Daten und die Arbeitsfähigkeit des IT-Systems. Der Verkauf von erbeuteten Patientendaten kann ebenfalls drohen, aber die Erpressung ist das schnellere und gängigere Geschäft. Laut dem „Hiscox Cyber Readiness Report“ von 2018 wurden bei solchen Hackerangriffen im Schnitt Schäden von mehr als 55.000 Euro pro Schadensfall verursacht. Das kann für eine Arztpraxis existenzbedrohend sein.

Nicht einmal jeder Dritte meldet die Attacke

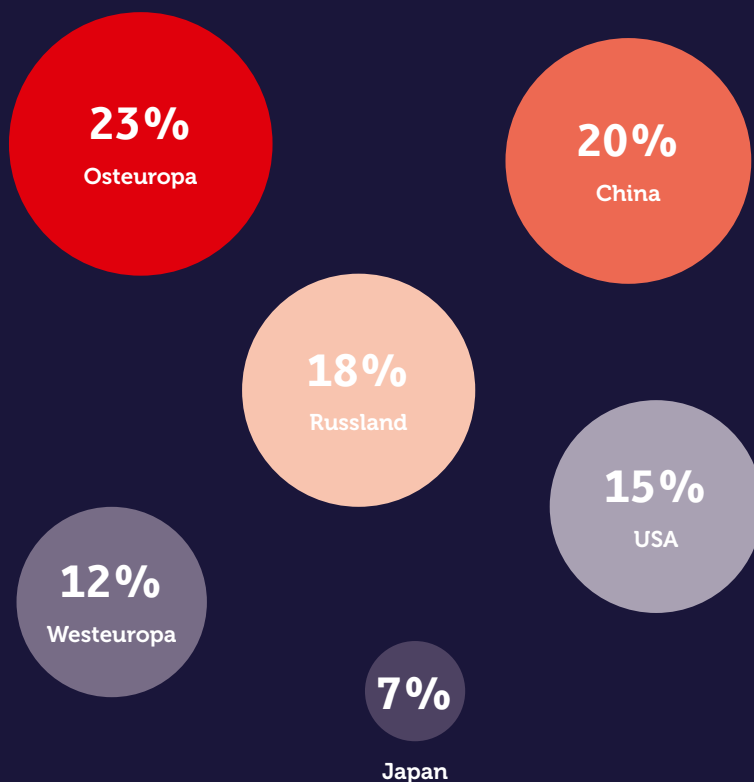
Die Dunkelziffer liegt hoch, viele melden den Schaden gar nicht erst. Das erschwert die reale Einschätzung der Gesamtproblematik. Dazu hat die Bitkom-Studie ermittelt, dass nicht einmal jedes dritte betroffene Unternehmen (31 Prozent) staatliche Stellen einschaltet. Hauptgrund dafür, sich nicht an die Behörden zu wenden, ist die Angst vor Imageschäden. Das geben 41 Prozent der Unternehmen an, die auf das Einschalten staatlicher Stellen verzichtet haben. Fast jedes dritte Unternehmen erklärt, man habe auf eine entsprechende Benachrichtigung verzichtet, weil man Angst vor negativen Konsequenzen habe (35 Prozent), weil die Täter ohnehin nicht gefasst würden (34 Prozent) oder weil der Aufwand zu hoch sei (29 Prozent). Bei Ärzten, MVZ oder Krankenhäusern drohen außerdem noch Geldbußen oder Strafen durch Behörden, falls der Datenverlust auf Fahrlässigkeit zurückzuführen ist.

„Cyberattacken nehmen weiter zu“

„Die Cyberattacken auf kleine und mittlere Unternehmen, zu denen auch Praxen oder Krankenhäuser zählen, haben seit Veröffentlichung der Studie vor eineinhalb Jahren weiter zugenommen, die Bedrohungslage selbst wird größer“, warnt Bitkom-Pressesprecher Christoph Krösmann. Täter sind übrigens besonders häufig aktuelle oder ehemalige Mitarbeiter des Unternehmens. 62 Prozent der Unternehmen, die in den vergangenen zwei Jahren Opfer von Spionage, Sabotage oder Datendiebstahl wurden, haben die Täter in diesem Personenkreis identifiziert. Ein großer Teil der Angriffe aber kommt aus dem Ausland: 23 Prozent der Unternehmen berichten von Tätern aus Osteuropa, 20 Prozent aus China und 18 Prozent aus Russland. Erst danach folgen die USA (15 Prozent), die Summe aller westeuropäischen Länder (12 Prozent) und Japan (7 Prozent).

Die Dunkelziffer liegt hoch, viele melden den Schaden gar nicht erst. Das erschwert die reale Einschätzung der Gesamtproblematik.

Herkunft der Täter



Versicherung sorgfältig prüfen

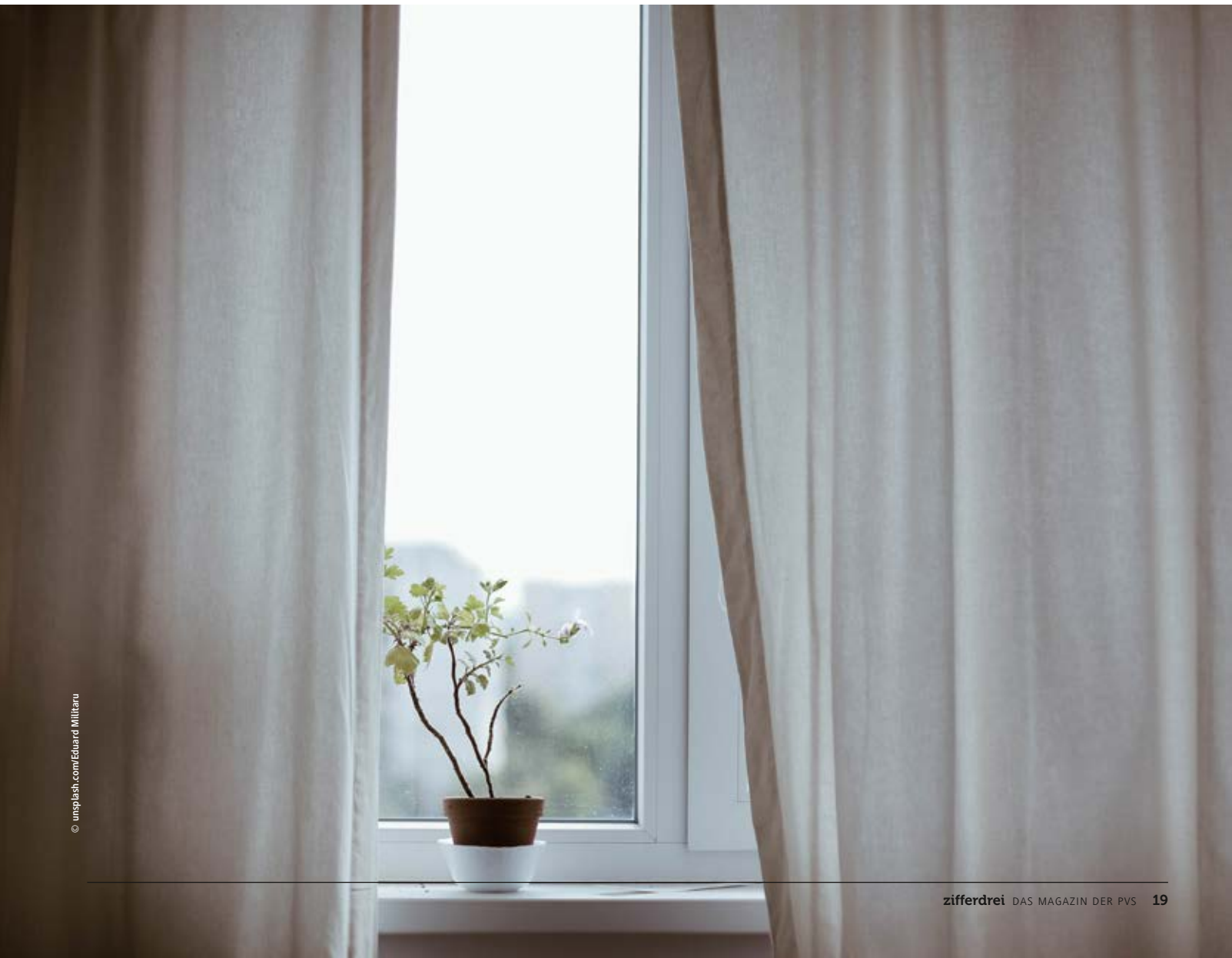
Da Informationen über den gesundheitlichen Zustand einer Person zu den in besonderem Maß dem Datenschutz unterliegenden Daten zählen, sollte jeder, der mit ihnen umgeht, alles dafür tun, dass sie nicht in falsche Hände geraten. Ob Pharmafirmen, Versicherungen oder der Arbeitgeber des Betroffenen – neben den Gangstern, die damit bares Geld erpressen, gibt es viele mögliche Interessenten für solchen Missbrauch. Deshalb bleibt der wirksamste Schutz vor Schäden sicher ein professionelles Datenschutzkonzept sowie die entsprechende Schulung der Mitarbeiter in Praxis, MVZ oder Krankenhaus.

Angesichts der statistisch hohen Wahrscheinlichkeit eines Hacker-Angriffs und der dabei zu erwartenden Folgekosten kann eine Cyber-Risk-Versicherung mit entsprechenden Konditionen aber durchaus ratsam sein. Die sollte allerdings genau dem eigenen Bedarf angepasst werden und die üblichen Folgeschäden berücksichtigen. „Wer hier an der falschen Stelle sparen möchte, sollte lieber erst gar keine Versicherung abschließen. Sonst wiegt man sich im Schein einer Sicherheit, die es nicht gibt“, warnt Versicherungsexperte Pollmeier. ■

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Schon in den 70er-Jahren gab es einen eklatanten Pflegekräftemangel in Deutschland. Die damaligen Maßnahmen sind verpufft: Pflege ist so rar wie nie. Jetzt hat Gesundheitsminister Spahn das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz aufgelegt. Es könnte die Krankenhauslandschaft verändern.

Text: **Simone Hoffmann**

Einfach ist nicht immer leicht



„Man kann nicht einfach die Pflegekosten rausnehmen und der Rest bleibt, wie er ist. Das ganze System wird neu gedacht werden müssen.“

Seit Januar dieses Jahres hält ein Wortungetüm deutsche Krankenhäuser in Atem: Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Und es zielt genau darauf ab: das Pflegepersonal in Krankenhäusern und Altenheimen zu stärken, seine Leistungen und Vergütung transparenter zu machen. Unter anderem soll dies durch eine sachgerechte Abbildung des Pflegeaufwands geschehen. Aber einfach ist bekanntlich nicht immer leicht. Zwar sind die Ziele definiert, der Weg dorthin ist derzeit jedoch noch unklar.

Nur Pflege in unmittelbarer Patientenversorgung soll rausgerechnet werden

Natürlich freut sich die Pflege über diese Fokussierung und Wertschätzung. Vor allem „die neue Finanzierungslogik“, also das geplante Herausrechnen der Pflegeanteile aus den DRG und die Finanzierung über Pflegebudgets, begrüßt der Deutsche Pflegerat in seiner jüngsten Pressemeldung zum Thema – wenn auch mit dem deutlichen Hinweis, dass die Wirkung dieser Vorgaben von der Umsetzung abhängt.

Denn noch weiß niemand, wie das eigentlich genau geschehen soll und was überhaupt herausgerechnet werden darf. Laut Gesetzgeber soll ausschließlich die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ausgegliedert werden. Aber was ist mit den Berufsgruppen, die pflegenahen Arbeiten erledigen, aber eben nicht „Pflege“ sind? Bettentransport, Case-Manager, Essensausgabe, Sozialdienst mit seinem Entlassmanagement – „Pflege“ oder nicht? Diese und ähnliche Leistungen sollen anteilig berücksichtigt werden.

Prof. Dr. Norbert Roeder, ehemals Vorstandsvorsitzender am Uniklinikum Münster und seit rund zwei Jahren als selbstständiger Berater ein gefragter Restrukturierer, sieht noch viel weitreichendere Herausforderungen auf die Akteure zukommen. „Im Moment sind die Pflegepersonalkosten als eine von mehreren Kostenarten innerhalb einer jeden DRG aufgeführt. Durchschnittlich entfallen 60 bis 65 Prozent auf die Personalkosten – ein Drittel davon auf die Pflege“, erläutert Roeder. Werde die Pflege nun aus den DRG herausgerechnet, seien diese teilweise nicht mehr kostenhomogen. Roeder: „Man kann nicht einfach die Pflegekosten rausnehmen und der Rest bleibt, wie er ist. Das ganze System wird neu gedacht werden müssen. Und das wird sich auch auf die Anzahl der DRG und die Finanzierungswirkung des DRG-Systems auswirken.“ Es bleibt also spannend. Zumal mittlerweile auch schon Ärzte gefordert haben, aus den DRGs herausgerechnet zu werden.



Bis September dieses Jahres soll die Selbstverwaltung auf Grundlage eines Konzeptes des DRG-Institutes InEK darauf eine Antwort finden. „Warten wir’s ab“, ist die meistgehörte Antwort auf die Frage, was da auf Krankenhäuser zukomme.

Personaluntergrenzenregelung mit Sanktionen

Anders als beim Umbau des DRG-Systems gilt eine Neuregelung im PpSG schon heute: die der Pflegepersonaluntergrenze in den pflegeintensiven Bereichen Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie. Pflegepersonaluntergrenzen für Herzchirurgie und Neurologie werden ab Mitte dieses Jahres mit Wirkung ab 2020 folgen. Und diese Neuregelung hat es in sich: Wenn Krankenhäuser einen festgelegten Personalschlüssel pro Patient nicht mehr einhalten, müssen sie als Sanktion entweder Vergütungsabschläge hinnehmen oder Patientenzahlen reduzieren. Natürlich dient diese Regelung auch der Patientensicherheit. Aber: Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft sind derzeit in Deutschland 15.000 Pflegestellen unbesetzt. Daran ändert vorerst auch das PpSG nichts. Zwar bekommen die Kliniken ab 2019 jede zusätzliche Pflegestelle und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett von den Kostenträgern voll finanziert, die über dem Jahresdurchschnitt von 2018 liegt. Aber wo kein Bewerber vorhanden ist, kann auch keiner eingestellt werden.

Prof. Dr. Norbert Roeder ist ehemaliger Vorstandsvorsitzender des Uniklinikums Münster und arbeitet als selbstständiger Berater.

© Roeder & Partner

„Ob durch das PpSG Patienten von mehr Pflege profitieren und es Entlastung für Mitarbeiter gibt, wird im Wesentlichen von der Personalverfügbarkeit in der Pflege abhängen.“

Thermik im angespannten Klinikalltag

„Im Grunde sind die Personaluntergrenzen ein Patientenbegrenzungsprogramm“, sagt Roeder. Konsequenz zu Ende gedacht, so der Krankenhausesperte, werde damit nämlich das Krankenhaussterben beschleunigt. „Die Diskussion, dass es zu viele Krankenhäuser gibt und die Fallzahlen aus wirtschaftlichen Gründen in die Höhe getrieben werden, ist ja nicht neu.“ Der nun durch das PpSG etablierte Zwang, einen bestimmten Personalschlüssel erfüllen zu müssen, bringt also noch mehr Thermik in den ohnehin angespannten Krankenhausalltag. Zwar weiß der Gesetzgeber um den eklatanten Personalmangel und versucht auch hier im PpSG gegenzusteuern. So sieht das Gesetz vor, dass Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Und auch die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte war dem Gesetzgeber ein Anliegen: Krankenhäuser können Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können sie hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken. Aber wer jetzt in die Ausbildung geht, kann erst in drei Jahren dort wirken, wo er heute gebraucht wird. Bis dahin wird manches Krankenhaus mit den Personaluntergrenzen kämpfen – und vielleicht verlieren. Eine Düsseldorfer Fachklinik hat jüngst auf eine ausgeschriebene Pflegestelle gerade einmal eine Bewerbung bekommen. Initiativbewerbungen von Ärzten hingegen liegen einige vor.

Manch einen Insider erinnern die Ziele des PpSG an die 70er-Jahre in Deutschland. Auch damals sollte ein groß angelegtes Projekt die Pflege in den Fokus rücken und stärken. In der Pflegepersonalregelung wurde minutengenau berechnet, was der Patient an Zuwendung von Pflege braucht. Herauskam ein großes Delta zwischen dem eruierten Bedürfnis und den zur Verfügung stehenden Pflegekräften. Also machte man sich auf, die Kräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Nur: Die, die damals nach Deutschland kamen, sind heute in Rente. Und jetzt also das PpSG – welches das Potenzial hat, die Krankenhauslandschaft nachhaltig



© iStock.com/FredFroese

Im Wesentlichen enthält das Gesetz diese Eckpunkte:

Das Pflegestellenförderprogramm wird **2018 ohne Limitierungen** fortgesetzt.

Ab 2020 werden die Pflegekosten aus der **DRG-Vergütung** ausgegliedert.

Es werden **Pflegepersonaluntergrenzen** in sogenannten „pflegeintensiven Bereichen“ eingeführt.

Entsprechende **Untergrenzen** sollen für weitere pflegeintensive Bereiche bestimmt werden.

Ein **Pflegepersonalquotient** wird eingeführt.

Bessere Rahmenbedingungen in der Ausbildungsfinanzierung.

Förderung der **Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**.

„Warten wir’s ab“, ist die meistgehörte Antwort auf die Frage, was da auf Krankenhäuser zukomme.

zu verändern. Insbesondere die Personaluntergrenzenregelungen scheinen die Entwicklung weg von spezialisierten Kliniken in der Peripherie hin zu großen Maximalversorgern in den Städten zu begünstigen – ein Anliegen, das die Bundesregierung schon lange verfolgt.

Klaviatur des Krankenhausmanagements muss erweitert werden

„Ob durch das PpSG Patienten von mehr Pflege profitieren und es Entlastung für Mitarbeiter gibt, wird im Wesentlichen von der Personalverfügbarkeit in der Pflege abhängen“, prognostiziert Roeder. Ein Langstreckenlauf, bei dem viele und vor allem komplexe Stellen angepackt und die Krankenhäuser eigeninitiativ werden müssen. Denn nur den Vorgaben des PpSG zu folgen, wird mutmaßlich nicht mehr reichen im Wettbewerb um Patienten und Mitarbeiter. Die Klaviatur des Krankenhausmanagements muss erweitert, strukturiert und integral umgesetzt werden. Dazu zählen unter anderem virtuoser Personaleinsatz, ein attraktives Gehaltsgefüge, die Attraktivität als Arbeitgeber auch und vor allem in den so genannten weichen Faktoren, eine klare inhaltliche Ausrichtung, die sich Einweisen, Patienten und Bewerbern erschließt, und last, not least eine professionelle interne Kommunikation, die Mitarbeiterbindung und Vertrauen schafft. Damit die Beschäftigten an Bord kommen und vor allen Dingen dauerhaft bleiben. ■



© freepik/rawpixel

Tilgners Bericht aus Berlin Die Schlagzahl an Gesetzen und Verordnungen des Turbo-Gesundheitsministers Jens Spahn ist weiter rekordverdächtig. Es entsteht der Eindruck, als wolle er in nur einer Legislaturperiode das gesamte Gesundheitswesen umkrempeln, regulieren und mit einer staatlichen Aufsicht versehen. Von den Selbstverwaltungsorganen hört man derweil allenfalls ein nervöses Husten.

Text: **Stefan Tilgner**

Es braucht einen Ruck!



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

Natürlich ist nicht alles falsch, was da an Reformen aus dem BMG kommt. Dennoch: In vielen Bereichen hat die Profession der Heilberufe sich inzwischen das Mandat des Handelns aus der Hand nehmen lassen. Das kann nicht ohne Folgen bleiben, die der Gesetzgeber vielleicht so noch nicht kalkuliert hat. Ergo, um ein Wort des ehemaligen Bundespräsidenten Roman Herzog zu bemühen: „Es muss ein Ruck durch die Selbstverwaltung gehen ...!“

Mandat der Profession

Das trifft besonders auch die traditionellen Institutionen der Ärzteschaft – allen voran die Bundesärztekammer. Gerade fand der Deutsche Ärztetag in Münster statt. Ein neuer Präsident – ein Programm für die Zukunft. Was daraus wird, sollte man bald sehen. Ein Aufbruchssignal wäre mehr als wünschenswert! Die Ärztekammern vertreten alle rund 350.000 Ärzte in Deutschland. Sie sind zuständig für Aus- und Weiterbildung, Berufszulassung, alle wichtigen Grundsatzfragen der Berufsausübung, aber auch für die Zukunftsperspektiven des Arztberufes. Dazu sind allein die Mediziner aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Profession befähigt.

Gefahr der Staatsmedizin

Der Staat hat sich über viele Jahrzehnte bewusst zurückgehalten. Nicht ohne Überlegung haben die Väter des Grundgesetzes über ein einfaches Sozialstaatsgebot (Artikel 20 GG) hinaus keine Festlegungen getroffen, welche konkreten Aufgaben der Staat im Sozial- und Gesundheitswesen hat. So wurden lange Zeit allenfalls Rahmenbedingungen definiert, um ein geordnetes Miteinander der Professionen zu gewährleisten. Das hat

sich in den letzten Jahren gewaltig geändert. Die von den Vätern der Verfassung vorausgesetzte Freiheit und Verantwortung der heilberuflichen Professionen wird zur puren Theorie und, wenn die Akteure sich ihr Mandat endgültig nehmen lassen, zur reinen Staatsmedizin.

Wie kam es zu diesem Status quo? Jahrelange Diskussionen über mögliche Auswirkungen der demografischen Entwicklung, bewusst geschürte Ängste vor einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen und eine sich immer weiter aufblähende Bürokratie haben einerseits das gut funktionierende Gesundheitswesen zum Teil gelähmt und andererseits die Politik zum Eingreifen animiert. Klar lässt sich das am Aufbau von Institutionen ablesen, die nur der Form nach noch Teil der Selbstverwaltung sind, längst aber als unterstaatliche Normgeber fungieren. Allen voran der Gemeinsame Bundesausschuss, der seine Befugnisse von Amtsperiode zu Amtsperiode erweitert hat und von einer Konsensplattform zwischen Ärzten und Krankenkassen zum umfassenden versorgungsgestaltenden Gremium geworden ist. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie zahlreiche sogenannte Expertenkommissionen für Entwicklung, Honorare etc. folgten. Sie übernehmen heute faktisch Aufgaben, die streng genommen Sache der Körperschaften, etwa der Ärztekammern oder KVen, sind. Diese nehmen die ihnen aufgrund ihrer fachlichen Profession zugewachsene Funktion als untergesetzliche Normgeber inzwischen aber kaum noch wahr, sondern ordnen sich vielmehr dem vermeintlichen normativen Zwang staatlich initiierten Gremien unter.

Veranstaltungen

JULI 2019

MI 03 JUL **SEMINAR** Perfekt am Telefon – und alles „spricht für Sie“
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

MI 17 JUL **SEMINAR** GOÄ – Urologie
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

AUGUST 2019

MI 21 AUG **SEMINAR** GOÄ – Fachrichtung Gynäkologie
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

DI 27 AUG **SEMINAR** Das Ärzte-MVZ – Der Königsweg?
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

MI 28 AUG **SEMINAR** GOÄ-Fachbereich Innere Medizin –
Schwerpunkt Gastroenterologie
Aurich
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

SEPTEMBER 2019

MI 04 SEP **SEMINAR** GOÄ-Basiswissen
Neunkirchen
PVS Mosel-Saar ✉ n.adam@pvs.email ☎ 0651-97802370

MI 11 SEP **SEMINAR** GOÄ-Fachseminar Augenheilkunde
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

MI 18 SEP **SEMINAR** Kommunikation und Service II
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

MI 25 SEP **SEMINAR** GOÄ-Seminar für Chirurgie/Unfallchirurgie
Karlsruhe
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

OKTOBER 2019

MI 23 OKT **SEMINAR** Personalführung: Wie optimierte Personalstrukturen die Produktivität und Zufriedenheit steigern
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Das Monster Bürokratie

Freilich gibt es auch dafür Gründe. Die überbordende Bürokratie, der hohe Grad der administrativen Professionalisierung der Funktionärssebene sowie die Vielzahl an Themen, die auch aufgrund medizinisch-technischer Entwicklungen sowie der Digitalisierung insgesamt auftreten, macht es gerade niedergelassenen, freiberuflichen Ärzten schon allein aus Zeitgründen nicht leicht, berufs- und fachpolitische Positionen zu vertreten. Zudem kämpft die ärztliche Selbstverwaltung nicht mit gleichlangen Spießen um ihre Themen, wenn Kassen oder staatlich initiierte Gremien jederzeit eine Vielzahl von Institutionen oder vermeintlichen Experten zur Hilfe holen können. Dennoch: Die Alternative zur ärztlichen Selbstverwaltung wäre perspektivisch die faktische Aufgabe ihrer wichtigsten Positionen. Das kann weder im Interesse der Ärzte noch zum Wohle ihrer Patienten sein.

Ärzte am Scheideweg

Was steht also an, wenn Deutschlands Ärzteschaft die Chance zum Aufbruch wirklich ernst nimmt? Nicht weniger als die konsequente Renaissance der Bedeutung ihrer wichtigsten Institution, der Bundesärztekammer. Wenn auch Positionen, die über Jahre vernachlässigt wurden, oder die öffentliche Wahrnehmung der fachlichen Kompetenz nicht über Nacht zurückzugewinnen sind, so geht es doch darum, klare Ziele festzulegen. Der Ärztetag ist stets ein Tag der Köpfe. Personen, die für etwas stehen und das auch konkret umsetzen wollen. Die Themen sind lange klar. Um nur einige zu nennen: Deutliche Schritte bei der Digitalisierung mit den Ärztekammern als Taktgeber, da es hier ganz konkret um die Berufsausübung geht; stärkere Positionierung bei den Verhandlungen neuer Honorarordnungen, unabhängig davon, was externe Expertengremien im Auftrag des BMG oder anderer ermitteln, Forderung des Mandats für die Ärzteschaft bei versorgungsrelevanten Entscheidungen, soweit diese nicht ausschließlich Vergütung, sondern medizinische Versorgung betreffen, stärkeres Mandat zur Beurteilung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. Letzteres darf sich die Kammer bei künftigen Betrachtungen nicht vom IQTIG nehmen lassen. Außerdem sollte sie stärker zum Innovationsmotor ärztlicher Praxisführung und auch hier normsetzend aktiv sein. Das sind nur einige Punkte.

Grundsätzlich sind die Kammern jedoch die führenden Garanten des Prinzips der Freiberuflichkeit ärztlicher Tätigkeit, ein Berufsmodell, das es in europäischen Nachbarländern mit Ausnahme von vielleicht Österreich nicht gibt. In der Angleichung europäischer Normen wird gerade die Freiberuflichkeit und damit letztendlich auch die Existenz von Kammern teils direkt, oft auch indirekt, politisch zur Disposition gestellt. Deutschland hat ein freiberuflich gestaltetes Gesundheitswesen und dieses kann und sollte auch ohne größere staatliche Eingriffe funktionieren. Eine stumpfe Anpassung an einheitliche europäische Normen hingegen würde die gewachsenen Versorgungsstrukturen gefährden, die das deutsche Gesundheitssystem ja immer noch als eines der besten erscheinen lassen. ■

Abrechnung In der PKV gibt es verschiedene gesetzlich verankerte Sozialtarife. Unser Überblick erläutert, was bei der Behandlung von Patienten in diesen Versicherungstarifen und der Honorarabrechnung zu beachten ist. Die nachfolgenden Ausführungen gelten nur für ambulante und belegärztliche Leistungen.

Text: **Brigitte Siebert**

Basistarif, Standardtarif und Notlagentarif



Basistarif

Der Basistarif ist gemäß § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz ein branchenweit einheitlicher Tarif, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte entsprechen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen haben für die Versicherten gemäß § 75 Abs. 3a SGB V den Sicherstellungsauftrag. Ferner sind danach derzeit diese Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu vergüten. Als Maßgabe gilt, dass die Rechnung höchstens mit dem 1,2-fachen des Gebührensatzes der GOÄ für ärztliche Leistungen angesetzt sein darf, für medizinisch-technische Leistungen mit dem 1,0-fachen und bei Laborleistungen mit dem 0,9-fachen Satz. Der Patient hat sich vor der Leistungserbringung gegenüber dem Arzt unter Vorlage eines vom Versicherungsunternehmen ausgehändigten Ausweises oder einer vom Versicherungsunternehmen zur Verfügung gestellten elektronischen Gesundheitskarte als Versicherter im Basistarif auszuweisen. Leistungen werden von den Versicherungen nur erstattet, sofern ein Vertragsarzt die Behandlung durchgeführt hat. Deshalb ist die lebenslange Arztnummer auf der Rechnung anzugeben. Leistungen von niedergelassenen Privatärzten sowie liquidationsberechtigten Chefärzten ohne entsprechende vertragsärztliche Ermächtigung werden nicht erstattet.



Standardtarif

Der Standardtarif ist durch § 257 SGB V alter Fassung der erste branchenübliche Versicherungstarif und gilt seit Einführung des Basistarifs nur noch für langjährige Versicherte. Die Leistungen im Standardtarif sind vergleichbar mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, aber nicht damit identisch. In dem jeweiligen Tarif ist vertraglich festgelegt, in welchem Umfang die Versicherung die Kosten für die einzelnen Leistungsarten erstattet. Die für den Standardtarif geltenden Faktoren sind: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,8-fachen des Gebührensatzes GOÄ für ärztliche Leistungen angesetzt sein, für medizinisch-technische Leistungen mit dem 1,38-fachen und für Laborleistungen mit dem 1,16-fachen Satz. Für Privatärzte gilt formal gesehen noch die Regelung des § 5b GOÄ, wonach die Faktoren 1,7-fach, 1,3-fach bzw. 1,1-fach anzusetzen sind. Auch hier empfiehlt es sich, sich vor der Leistungserbringung den Versicherungsnachweis vorlegen zu lassen.



Notlagentarif

Der Notlagentarif wurde im August 2013 gemäß § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingeführt. Versicherungsnehmer sind Nichtzahler von Versicherungsprämien. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten. Gemäß § 75 Abs. 3a SGB V haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die ärztliche Versorgung für die im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Soweit nichts anderes geregelt ist, werden die Leistungen nach den Gebührensätzen des Standardtarifs vergütet.

Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Gräter

Herausgeber

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

Anschrift Redaktion und Verlag

Verband der Privatärztlichen
Verrechnungsstellen e. V.
Marienstraße 30
10117 Berlin

Kontakt

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

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

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

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Widerspruchshinweis

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

Erscheinungstermin

11.06.2019

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN

Kolumne

Wir leben in einer Zeit des rasant beschleunigten Wandels. Schon lange vollzieht sich eine Entwicklung von der klassischen Einzelpraxis hin zu größeren Einheiten. Bereits hinter dieser Strukturveränderung stehen mannigfache Gründe. Heute sind es vor allem der demografische Wandel, die exponentielle Zunahme medizinischen Wissens sowie gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen, die den Möglichkeiten und der Wahrnehmung der Möglichkeiten der Berufsausübung ihr Gepräge verleihen. Der demografische Wandel führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung. Gerade junge Ärzte nehmen die Explosion medizinischen Wissens intensiv wahr. Das führt zu neuen Arbeitsweisen. Strukturen, in denen Wissen und Verantwortung geteilt werden, sind nicht nur attraktiver, sondern schlicht Notwendigkeit, um der hohen Verantwortung des Arztberufes und letztlich auch der Berufshaftpflichtversicherungen Genüge tun zu

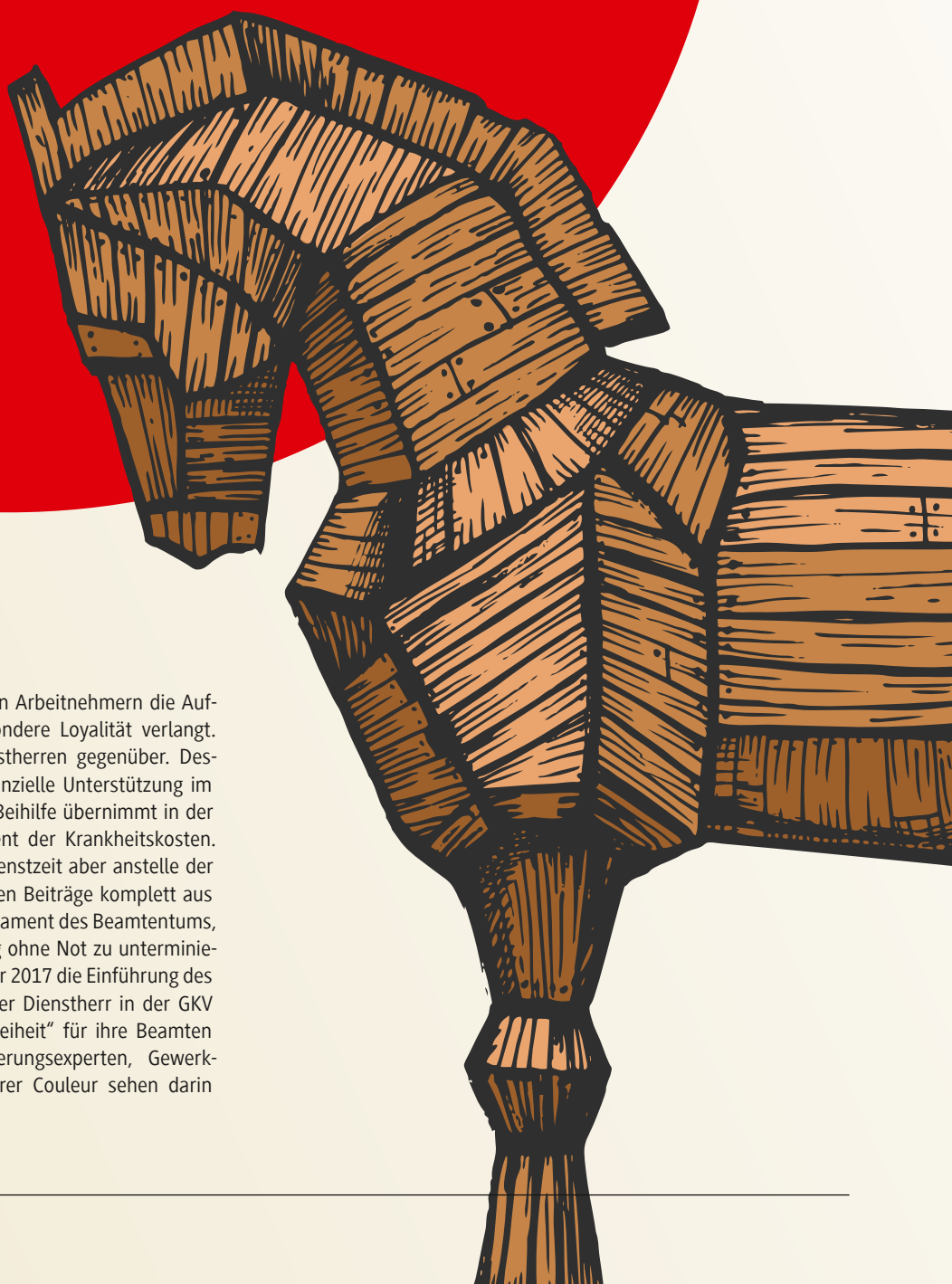
Medizinische Versorgung darf nicht
gewinngetrieben sein.

können. Angebote wie „Ada. Deine Gesundheitshelferin“, die die Bibliothek verfügbaren Wissens mittels künstlicher Intelligenz für den Einzelfall erschließen, werden voraussichtlich in nicht allzu ferner Zukunft Standards zur Vorbereitung der eigentlichen Behandlung sein. Gleichzeitig wandelt sich die Gesellschaft. Damit ist nicht nur die Feminisierung der Medizin gemeint, sondern die Pluralität von Lebensentwürfen und Lösungsstrategien, um Familie und Beruf(ung) miteinander zu vereinbaren. Unweigerlich werden sich die Versorgungsstrukturen weiter verändern müssen. Medizinische Versorgungszentren sind eine Antwort auf den Wandel. Rund 2900 dieser Zentren gibt es heute, die jährlichen Zuwachsraten liegen im zweistelligen Bereich. Zunehmend rücken sie aber in den Fokus von Private-Equity-Gesellschaften, die immer auf der Suche nach lukrativen Investmentmöglichkeiten sind. Doch: Medizinische Versorgung darf nicht gewinngetrieben sein. Die rasanten Veränderungen um uns herum können wir nicht stoppen. Es ist jetzt an uns, aus der Ärzteschaft heraus Angebote zu machen, die den Herausforderungen des skizzierten Wandels begegnen. Damit weiterhin der dem hippokratischen Eid und der Freiberuflichkeit verpflichtete Arzt für die Behandlung des Patienten einsteht und nicht das Kapital. ■

Mit dem „**Hamburger Modell**“ hat der rot-grüne Senat der Freien und Hansestadt einen Präzedenzfall in der Krankenversicherung für Beamte geschaffen. In der Übernahme des Arbeitgeberzuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung sehen Kritiker einen Bruch mit der Fürsorgepflicht und einen politisch motivierten Vorstoß in Richtung Bürgerversicherung.

Text: **Markus Brakel**

Das Trojanische Pferd



Von Beamten wird im Vergleich zu anderen Arbeitnehmern die Aufgabe bestimmter Rechte und eine besondere Loyalität verlangt. Dem steht die Fürsorgepflicht der Dienstherrn gegenüber. Deshalb erhalten Beamten mit der Beihilfe eine finanzielle Unterstützung im Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfall. Die Beihilfe übernimmt in der Regel altersabhängig zwischen 50 und 70 Prozent der Krankheitskosten. Entscheidet sich ein Beamter zu Beginn seiner Dienstzeit aber anstelle der Beihilfe für eine GKV-Mitgliedschaft, muss er deren Beiträge komplett aus eigener Tasche zahlen. Die Beihilfe gilt als ein Fundament des Beamtentums, und das sucht die Freie und Hansestadt Hamburg ohne Not zu unterminieren. Dort beschloss der rot-grüne Senat im Sommer 2017 die Einführung des sogenannten „Hamburger Modells“, nach dem der Dienstherr in der GKV den Arbeitgeberanteil übernimmt. „Echte Wahlfreiheit“ für ihre Beamten nennt das die Landesregierung. Sozialversicherungsexperten, Gewerkschafter, Verfassungsrechtler und Politiker anderer Couleur sehen darin

ein Trojanisches Pferd, mit dem der politisch umstrittenen Bürgerversicherung Tür und Tor geöffnet wird. Bislang haben sich etwa 1100 von rund 2500 Beamten, die schon in der GKV versichert waren, für das neue Modell entschieden. Das wird nicht so bleiben, denn auf den Arbeitgeberbeitrag werden wohl die meisten der Beamten auf Dauer natürlich nicht verzichten wollen. Aber bei den seit 1. August 2018 neu eingestellten Beamten nahmen laut dbb Hamburg lediglich 255 von 1560 diese Möglichkeit in Anspruch. So viel zur Attraktivität dieses „Angebots“.

Verfassungsrechtliche Bedenken und steigende Kosten

Das Hamburger Modell wurde ohne jede Not geboren und verursacht auf mehreren Ebenen massive Mehrkosten für das Land und damit den Steuerzahler. Hinzukommen verfassungsrechtliche Bedenken. Hier steht der Bruch der Fürsorgepflicht (Artikel 33, Abs. 5 GG) an erster Stelle. Außerdem ist es Beamten nicht möglich, bei Veränderungen ihrer Lebensumstände wieder zurück in die PKV zu wechseln. Das alles hat den Hamburger Senat nicht von seiner politisch umstrittenen Entscheidung abgehalten. Bayerns Finanzminister Albert Föderer sieht damit nicht nur das duale Gesundheitssystem in Deutschland gefährdet, falls

255

VON 1560 NEU
EINGESTELLTEN

Beamten nahmend das neue
„Angebot“ in Hamburg an.

6 Mio.

EURO

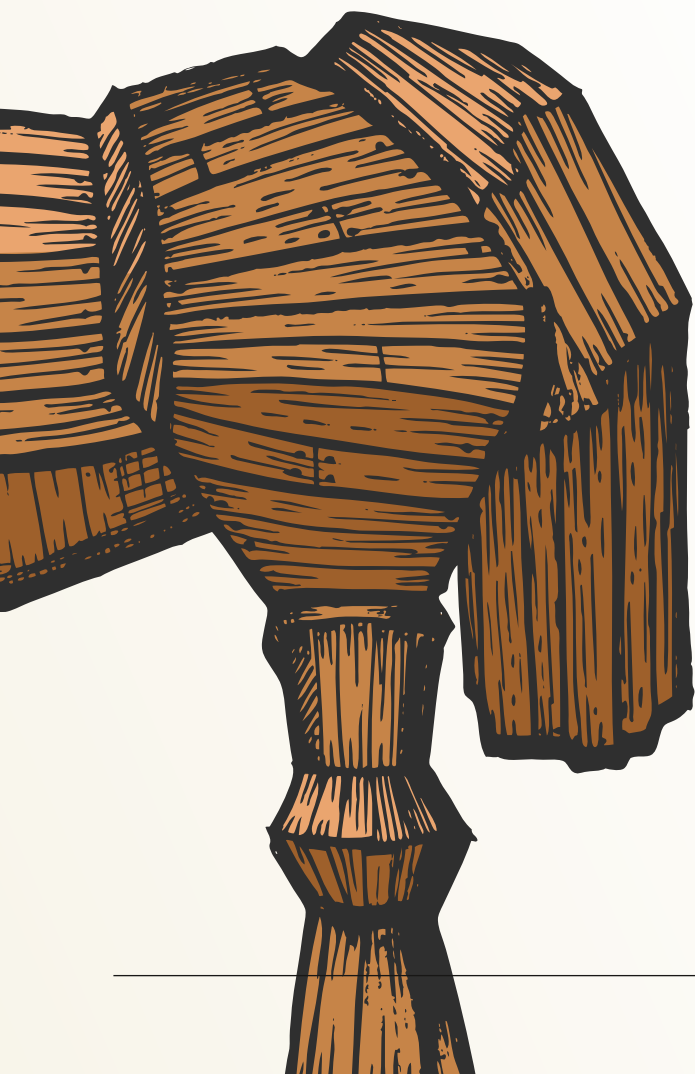
an Mehrkosten fallen für
das Land Hamburg mit dem
neuen Modell an.

andere Landesregierungen mit SPD-Beteiligung dem Beispiel Hamburgs folgen. Er spricht klar von einem „ideologisch motivierten Angriff auf das Berufsbeamtentum“. Widerstand kommt auch vom dbb Hamburg, der die Interessen seiner Mitglieder gegen dieses Experiment verteidigt: „Man sollte so ehrlich sein, den Hamburger Vorstoß als Einstieg in die Bürgerversicherung zu formulieren. Solange dies aber vom Hamburger Senat verneint wird, ist und bleibt die Politik unehrlich, wenn nicht sogar verlogen“, kritisiert Landesbundvorsitzender Rudolf Klüver.

Schwere Bedenken erhebt auch der Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), Dr. Florian Reuther: „Wegen des Bruchs mit der Fürsorgepflicht ist der Hamburger Sonderweg auch verfassungsrechtlich umstritten. Namhafte Verfassungsrechtler kommen jedenfalls zu dem Schluss, dass der Dienstherr seine verfassungsmäßig vorgegebene Fürsorgepflicht nicht gänzlich auf ein anderes System delegieren darf, indem er die Beihilfe durch den Arbeitgeberzuschuss unwiderruflich ablöst. Die Alternative liegt auf der Hand, denn sie ist seit Jahrzehnten bewährt – und 94 Prozent der Beamten in Deutschland haben sich längst dafür entschieden: für die klassische Kombination aus Beihilfe und einem passgenauen Beihilfetarif der Privaten Krankenversicherung.“

Die finanziellen Folgen des Hamburger Modells zeigen sich nicht nur in den Mehrkosten für das Land, die der Senat selbst aktuell mit etwa 6 Mio. Euro jährlich beziffert, sollten alle circa 2500 derzeit in der GKV freiwillig Versicherten den Wechsel vornehmen. Denn es kommt noch dicker: Die Mehrkosten für Neubeamte hält der Senat selbst nämlich für „nicht prognostizierbar“. PKV-Verbandsdirektor Reuther schon. Er ist sich sicher, dass für jeden Neubeamten mit GKV-Zuschuss insgesamt über 30 Jahre lang höhere Kosten als in der Beihilfe entstehen und kann das mit konkreten Zahlen untermauern: „Wir wissen aus den langfristigen PKV-Daten, dass junge Beamte (25 bis 30 Jahre) Krankheitskosten von durchschnittlich 2.138 Euro pro Jahr verursachen. Die Hälfte davon zahlt die Beihilfe (1.069 Euro), den Rest trägt die PKV. Der Zuschuss für Beamte in der GKV kostet das Land nach eigenen Angaben im Schnitt mehr als 2.400 Euro im Jahr. Das sind also über 1.300 Euro mehr, als die Beihilfe das Land gekostet hätte. Selbst für einen 35- bis 40-Jährigen Beamten mit

„Man sollte so ehrlich sein, den Hamburger Vorstoß als Einstieg in die Bürgerversicherung zu formulieren. Solange dies aber vom Hamburger Senat verneint wird, ist und bleibt die Politik unehrlich, wenn nicht sogar verlogen“, kritisiert Rudolf Klüver.





Rudolf Klüver ist seit 2005 Landesbundvorsitzender des dbb Hamburg.

© dbb hamburg

„Infolge der ‚Abwanderungen‘ aus dem System der PKV dürften die Versicherungsbeiträge tendenziell steigen“ so Rudolf Klüver.

94%

der Beamten in Deutschland entschieden sich für die klassische Kombination aus Beihilfe und einem passgenauen Beihilfetarif der PKV.

altersbedingt höheren Krankheitskosten zahlt das Land in der GKV immer noch über 700 Euro pro Jahr mehr, als wenn er Beihilfe erhielte.“ Hier wird also eindeutig Steuergeld für eine ideologisch verbrämte Vision verbrannt, deren offensichtliches Ziel die Etablierung einer sonst politisch nicht durchsetzbaren Bürgerversicherung ist.

Höhere Kosten sind aber auch im System selbst zu erwarten. Rudolf Klüver prangert diese Folgewirkungen an: „PKV-Tarife müssen langfristig geplant und kalkuliert werden. Das vorgesehene Modell wird die Zusammensetzung der Risiken und den Altersaufbau in den Systemen verändern. Infolge der ‚Abwanderungen‘ aus dem System der PKV dürften die Versicherungsbeiträge tendenziell steigen. Zwar würde sich für die PKV die Zahllast verringern, aber unter der Voraussetzung einer ausgaben- und budgetneutralen Ausgestaltung bei allen GKV-Versicherten würde der Beitragssatz in der GKV um 1,5 Prozent steigen, so das Kieler Institut für Mikrodaten-Analyse. Mit einer schleichenden Erosion des PKV-Bereiches steht es zu befürchten, dass sich das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland verschlechtern wird, da – wie hinlänglich bekannt – die PKV einen hohen Teil zur so genannten ‚Querfinanzierung‘ des Gesundheits-Gesamtsystems leistet.“ So könnten SPD-Ideologen und Befürworter dieses Modells, wie Prof. Karl Lauterbach, das ihnen verhasste duale Gesundheitssystem doch noch ins Wanken bringen. Kein Wunder, dass die FAZ das Hamburger Modell nach seiner Verabschiedung als ein „Stück Sozialgeschichte“ bezeichnet hat. Der Zusatz „ein trauriges“ wäre angesichts der Fakten durchaus angemessen.

„Mehr Wahlfreiheit“ statt Fürsorge

Die Antwort auf die Frage nach dem Sinn und Zweck des Ganzen bleibt der Hamburger Senat schuldig. Das Argument von „mehr Wahlfreiheit“ ist doch arg dünn. Und es kommt alle Bürger Hamburgs teuer zu stehen. Und wohl auch die Beamten selbst. Im Vergleich der Beitragszahlungen führt PKV-Direktor Reuther eine aktuelle Studie der Beisheim School of Management an, nach der „die PKV für den durchschnittlichen Beamtenhaushalt über alle Jahrgänge und Geschlechter hinweg“ günstiger ist. Wenn man die medizinischen Leistungsansprüche hinzunehme, sei die Kombination aus PKV und Beihilfe für die Gruppe der jungen Beamten sogar „mehr als doppelt so rentabel wie eine gesetzliche Absicherung“. Als weitere Begründung für das Hamburger Modell nenne der Senat die Bedürfnisse von Beamten mit Kindern und Behinderungen. Reuther: „Tatsache ist jedoch, dass hier gar kein Handlungsbedarf besteht. Denn im Rahmen der ‚Öffnungsaktion‘ der PKV wird bereits heute jeder von ihnen in die PKV aufgenommen – unabhängig vom Gesundheitszustand. Und seit dem 1. Januar 2019 beziehen PKV-Unternehmen darüber hinaus auch die Beamten auf Widerruf in diese Öffnungsaktion ein.“

Die einzige Gruppe von Beamten, für die dieses Modell zunächst sinnvoll sein könnte, um Beiträge zu sparen, sind junge Beamtenfamilien mit Kindern. Hier wären dann alle Familienangehörigen über den Alleinverdiener familienversichert und müssten nicht einzeltariflich ergänzend versichert werden. Aber wenn sich die Familienverhältnisse ändern, gibt es keinen Weg mehr zurück, auch wenn die PKV dann günstiger wäre. Dieser Ausschluss der Rückkehr in die Beihilfe widerspricht nicht nur dem in Artikel 33 GG verankerten Fürsorgeprinzip. Er kann sich für die Betroffenen sogar als echte Falle erweisen, aus der es dann keinen Ausweg mehr gibt.

Insgesamt lässt sich also festhalten: Das Hamburger Modell ist nicht nur verfassungsrechtlich bedenklich, weil es die besonderen Fürsorgepflichten des Dienstherrn verletzt. Es verursacht darüber hinaus erhebliche und unnötige Mehrkosten, gefährdet den Beamtenstatus und das duale Gesundheitssystem. Das politische Kalkül dahinter ist leicht zu durchschauen. Über die Chuzpe kann man allerdings nur staunen. ■

Auszeichnung Im Rahmen seiner diesjährigen Hauptversammlung zeichnete der PVS Verband Herrn Dr. Volker Leienbach mit der Harald-Titze-Ehrenmedaille aus. „Dr. Leienbach hat wie wohl kein zweiter an der vordersten Linie der gesundheitspolitischen Front gekämpft, um die politisch intendierte Vereinnahmung des privaten Krankenversicherungssystems abzuwehren“, begründete der Verbandsvorsitzende Dr. Christof Mittmann die Entscheidung.

Text: **Ulrike Scholderer**

Gralshüter der Dualität

Von 2002 bis zum März dieses Jahres bekleidete Dr. Volker Leienbach das Amt des Direktors des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV Verband). Seine Amtszeit war geprägt von einer nicht endenden Reihe von Angriffen auf das private Krankenversicherungssystem. 2002 regierte eine rot-grüne Koalition. Ulla Schmidt war Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung. Sie setzte eine Kommission ein, die sich mit der Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme befassen sollte. Diese Kommission, die schon bald nach ihrem Vorsitzenden kurz Rürup-Kommission genannt wurde, forderte die Einführung einer Bürgerversicherung – eine Forderung, die seitdem vor jeder Bundestagswahl vonseiten des rot-grünen Parteienspektrums wieder aufs Tapet gebracht wird. Ulla Schmidt selbst schloss sich dieser Forderung auf das Vehementeste an. So wurde es zur zentralen Aufgabe von Dr. Leienbach, die nachteiligen Auswirkungen einer Einheitsversicherung sowohl für die Patienten als auch die Leistungserbringer zu verdeutlichen. Das tat er offensichtlich mit Erfolg – denn bis heute wurde eine Bürgerversicherung nicht realisiert. In der Diskussion um das Wettbewerbsstärkungsgesetz drohte die Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich der GKV. Das wäre ein entscheidender Schritt in Richtung einer Einheitsversicherung gewesen. Doch das konnte politisch abgewehrt werden. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz verpflichtete die PKV, einen systemwidrigen Basistarif einzuführen. Der PKV Verband klagte daraufhin vor dem Bundesverfassungsgericht. Die Klage wurde zwar abgewiesen, gleichzeitig stellte das Bundesverfassungsgericht aber klar, dass GKV und PKV zwei selbstständige Systeme sind, die nebeneinander Bestand haben.

Dr. Leienbach hat sich all diesen politischen Angriffen auf die private Säule des dualen Krankenversicherungssystems mit großem Engagement entgegengestellt. Sein Einsatz galt stets dem Erhalt dieses Systems, das, so zeigen es internationale Vergleiche, als Garant des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland gesehen werden muss. Mit der Verleihung der Harald-Titze-Ehrenmedaille dankt der PVS Verband für dieses Engagement, das immer auch ein Engagement für ein privatärztliches Versorgungsangebot war.

Der PVS Verband verleiht die Harald-Titze-Ehrenmedaille auf Beschluss des Vorstandes an Personen, die sich in besonderer Weise um die Bedeutung der privatärztlichen Medizin, die Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte und die zukunftsfähige Gestaltung des Gesundheitssystems verdient gemacht haben. Vergeben wird diese Auszeichnung in Gedenken an Dr. med. Harald Titze, der von 1988 bis 2000 Vorsitzender des PVS Verbandes war. ■



Für besondere Verdienste ausgezeichnet: Dr. Christof Mittmann (li.) verleiht Dr. Volker Leienbach (re.) feierlich die Harald-Titze-Ehrenmedaille.

© Anika Dollmeyer

Arme Menschen sterben früher. Das hat allerdings weniger mit dem Geldbeutel als vielmehr mit der Bildung zu tun. Gute Vorsorge kombiniert Aufklärung und materielle Anreize.

Text: Dr. Dorothea Siems

Gesundheit lernen

Acht Jahre sind eine lange Zeitspanne. Acht Jahre stirbt ein armer Mann in Deutschland im Durchschnitt früher als sein Geschlechtsgenosse aus gut situierten Verhältnissen. Bei Frauen beträgt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensschicht immerhin viereinhalb Jahre. In einem Land, das fast ein Drittel seiner gesamten

„Information, Bildung und Präventionsangebote sind notwendig, aber oftmals nicht ausreichend für eine gute Gesundheitsvorsorge.“

Wirtschaftsleistung für Soziales aufwendet, wiegt der Vorwurf schwer, dass die Gesundheit noch immer vom Geldbeutel abhängt. Bei genauer Betrachtung ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung allerdings viel komplexer. Und einfache Lösungen für das Problem gibt es nicht.



Denn es hängt nicht zuletzt vom individuellen Lebensstil ab, wie lange ein Mensch lebt. Wer raucht, übermäßig Alkohol oder andere Drogen konsumiert, stark übergewichtig ist und sich wenig bewegt, der setzt seine Gesundheit aufs Spiel. Zwar kennt jeder Beispiele, in denen trotz eines riskanten Lebensstils ein hohes Alter erreicht wird. Denn die genetische Veranlagung spielt ebenfalls eine große Rolle. Doch über die gesamte Bevölkerung gesehen, rächt sich auf Dauer ein selbstschädigendes Verhalten. Gerade einkommensschwachen Menschen mangelt es oft an Gesundheitsbewusstsein. Und das wiederum liegt weniger an knappen Geldmitteln als vielmehr an einer unzureichenden Bildung – und mitunter auch an mangelnder Selbstdisziplin.

Das familiäre Umfeld, in denen Kinder aufwachsen, prägt sie für ihr ganzes Leben. Hier werden Essgewohnheiten, Körperpflege oder der Spaß an sportlicher Aktivität eingeübt. Eine vorbeugende Gesundheitspolitik muss deshalb frühzeitig intervenieren, um Erfolg zu haben, und wo nötig, familiäre Versäumnisse auszugleichen. Kindergärten und Schulen sind gefordert, noch viel umfassender als bisher über die Gefahren eines ungesunden Lebensstils zu informieren und verstärkt auch Koch- und Sportkurse anzubieten. Außerdem sollten die für Minderjährige vorgesehenen Vorsorgetermine bei Kinderärzten durch weitergehende Hilfs- und Förderangebote für bedürftige Kinder ergänzt werden. In Fällen, in denen die Eltern von solchen Möglichkeiten nicht Gebrauch machen, müssten die Jugend- und Gesundheitsämter von sich aus die Familien aufsuchen.

Wie die Erfahrung lehrt, sind Information, Bildung und Präventionsangebote notwendige, aber oftmals nicht hinreichende Elemente einer guten Gesundheitsvorsorge. Auch finanzielle Anreize sind sinnvoll, um einen gesünderen Lebensstil zu fördern. Dies zeigt sich exemplarisch bei der zahnärztlichen Prävention, die sich über die Jahrzehnte zu einer echten Erfolgsgeschichte entwickelt hat. Denn hier funktioniert die Kombination von Aufklärung und finanziellen Anreizen. Die regelmäßige Zahnkontrolle ist ein Vorsorgeprogramm, das die meisten Menschen auch deshalb verinnerlicht haben, weil sie wissen, dass sie dann weniger zahlen müssen, wenn sie später einmal Zahnersatz benötigen.

Dieses Modell ließe sich durchaus auf andere Bereiche ausweiten. So könnten die Krankenkassenbeiträge reduziert werden, wenn Versicherte an den empfohlenen Untersuchungen zur Krebsvorsorge und Früherkennung teilnehmen. Zumal diese Angebote von der Bevölkerung noch viel zu wenig angenommen werden.

Denkbar wären auch Beitragsrabatte oder andere materielle Anreize etwa für eine Raucherentwöhnung, eine Gewichtsreduktion oder regelmäßigen Sport. Allerdings ist dies ein schmaler Grat, denn niemand kann wünschen, dass jeder Bürger permanent von seiner Sozialversicherung kontrolliert wird. Und selbstverständlich dürfen in einer freiheitlichen Gesellschaft keinem Menschen medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten werden, nur weil er zuvor Raubbau mit seiner Gesundheit getrieben hat. ■



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

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

FORTBILDUNG 490,00 €

PLENUM

Politik, Wirtschaftlichkeit, Medizin: Wissenswertes für Ihre Privatmedizin!

WORKSHOPS

Wertvolles Know-how für die Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis und Privatbehandlung!

INNOVATIONSFORUM

10 Impulse für Ihre Privatbehandlung – ausgewählt vom Ärztlichen Fachbeirat!

TSP-FORTBILDUNG

Alles rund um die Männergesundheit – zertifiziert für Ihren neuen Tätigkeitsschwerpunkt!

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

PROFITIEREN SIE VON DEN PVS-VORZUGSKONDITIONEN: JETZT ANMELDEN!



TELEFON 0203 800 79 55
INFO@TAG-DER-PRIVATMEDIZIN.DE

Unser Kongressteam beantwortet gerne Ihre Fragen und nimmt Ihre Ticketbestellung entgegen:

Eva Seuken, Georg Plange, Hava Güntay, Celina Cronenberg

oder: www.tag-der-privatmedizin.de/tickets

ÜBRIGENS:

PBV MITGLIEDER ERHALTEN IHR TICKET FÜR DEN KONGRESS KOSTENLOS.

Werden Sie jetzt Mitglied und profitieren Sie sofort! Geben Sie Ihren Mitgliedswunsch einfach bei der Buchung an.

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

