

zifferndrei

Ausgabe 18 · Winter 2019

DAS MAGAZIN DER PRIVATÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLEN



Online-Termine

Lohnt sich die Umstellung für die ärztliche Praxis?

4 Praxismanagement

Ausgegrummelt

Schwierige Mitarbeiter an Bord?
Keine Sorge – der Umgang mit ihnen lässt sich lernen.

24 PVS-Positionen

Analogabrechnung für neue Therapien

Wie muss man die Abrechnung kalkulieren, um auf der sicheren Seite zu sein?

26 Gastkommentar

Unterschätzte Patienten

Sind IGeL Abzocke oder sinnvolle Ergänzung? Das können Patienten sehr wohl entscheiden.

Ausgabe 18 Die Themen in diesem Heft

Titelillustration: Miguel Montaner

Praxismanagement



4

Ausgegrummelt

„Der ist halt so, da kann man nichts machen.“ Schwierige Mitarbeiter an Bord? Nörgler, Widerständler, Zauderer? Ändern werden Sie die Menschen nicht. Aber: Der Umgang mit ihnen lässt sich lernen.

Praxisfinanzen



12

Durst wird durch Bier erst schön

Wie die Weltmarktführer mit dem Trend zu Wellness und Craftbeer Margen erzielen.

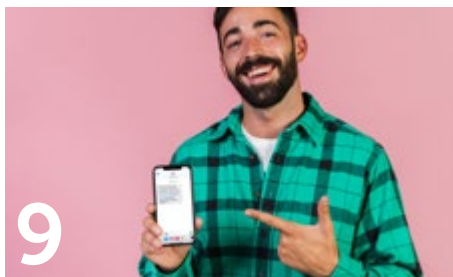
Gesundheitspolitik



19

„Was uns fehlt, ist eine Zukunftsvision, die Optimismus schafft“

Wie müssen sich das Berufsbild des Arztes, die Art und Weise des Praktizierens und die Versorgungsstrukturen ändern, damit der Arztberuf attraktiv bleibt? Ein Interview mit Dr. Kevin Schulte, Sprecher des Bündnisses JUNGE ÄRZTE.



9

TITEL Online-Terminvereinbarung

Termine online vergeben? Davor schrecken immer noch viele Praxisinhaber und Kliniken zurück. Doch die Vorteile sprechen für sich: Weniger Anrufe, geringerer Aufwand, zufriedener Patient.

Praxis & Recht



16

Grundsteuerreform tritt 2025 in Kraft

Letztlich zahlt sie jeder. Sei es als Eigentümer oder als Mieter. Für die Kommunen ist die Grundsteuer eine wichtige Einnahmequelle: Rund 14 Milliarden spült sie alljährlich in die Kassen.

PVS-Positionen

22 TILGNERS BERICHT AUS BERLIN Eine Frage der Wertschätzung

Gesundheitspolitik wird immer mehr zu einem Regulierungsinstrument. Bundesminister Spahn befindet sich offenbar in einem Wettlauf zu neuen Rekorden bei Gesetzen und Verordnungen. Kann das einer guten Versorgung dienen?

24 ABRECHNUNG Analogabrechnung für neue Therapien. Was ist zu tun?

Nach Markteinführung neuer Therapien dauert es oft Jahre, bis geklärt ist, wie sie abzurechnen sind. Bis dahin bleibt nur die Abrechnung via Analogziffern. Doch wie muss man die Abrechnung kalkulieren, damit man auch wirtschaftlich auf der sicheren Seite ist?

Gastkommentar



Unterschätzte Patienten

Die Krankenkassen werfen den Ärzten vor, die Versicherten mit IGeL-Leistungen über den Tisch zu ziehen. Der Generalverdacht ist unangebracht.

zifferdrei

3 | EDITORIAL

23 | VERANSTALTUNGEN

27 | MITTMANN'S KOLUMNE

27 | IMPRESSUM

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

diese Ausgabe unserer zifferdrei ist eine besondere. Denn es die letzte. Schweren Herzens haben wir uns dazu entschlossen, das Magazin einzustellen. Es scheint nicht mehr in die Zeit zu passen. Informations- und Diskussionsangebote müssen heute schneller ihren Weg zum Leser finden, immer passgenauer auf die konkreten Erwartungen zugeschnitten sein. Ihre PVS und auch wir als PVS Verband werden deshalb künftig neue Wege beschreiten.

Wir haben uns trotzdem mit großem Elan an die Gestaltung dieser Ausgabe gemacht und uns noch einmal zum Ziel gesetzt, Ihnen einen bunten Strauß an interessanten Themen zu binden.

Einen Beitrag möchte ich Ihnen ganz besonders ans Herz legen. In ihrem Gastkommentar greift Frau Dr. Siems ein brisantes Thema auf: die IGeL-Leistungen. Sie vertritt die Auffassung, dass Kritiker hier das Bild eines unmündigen Patienten zeichnen, dem ein verantwortungsloser Arzt um des schnöden Mammons willen Nutzloses aufschwätzt. Hier geht es um einen grundlegenden Denkfehler unserer Gesundheitspolitik. Man meint, die Bürgerinnen und Bürger nicht nur beschützen, sondern sogar bevormunden zu müssen. Dieses Motiv zieht sich durch, von der immer weitere Bevölkerungskreise erfassenden Pflicht zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse bis hin zu Sonderregelungen im Datenschutz. Sicherlich ist das alles gut gemeint, geht es doch um einen ganz besonderen Wert. Unsere Gesundheit, ohne die, einem geläufigen Sprichwort nach, alles andre nichts ist. Doch wenn die Gesundheit so ein hohes Gut ist, warum sollten die Bürgerinnen und Bürger gerade da nicht in der Lage sein, für sich selbst zu entscheiden? Ich denke, wir alle können sehr wohl auch in Gesundheitsdingen Entscheidungen treffen. Und wir tun dies nicht allein, sondern gemeinsam mit den Ärzten, den wir vertrauen. Die Ärztinnen und Ärzte verdienen dieses Vertrauen. Auch von Seiten der Politik.

Wir danken Ihnen als unseren Leserinnen und Lesern für die Treue, die Sie uns erwiesen haben. Wir wünschen Ihnen heute ein letztes Mal eine erfrischende und hoffentlich anregende Lektüre Ihrer zifferdrei.

Ihre

Ulrike Scholderer
Chefredakteurin



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

Personalführung „Der ist halt so, da kann man nichts machen.“
Schwierige Mitarbeiter an Bord? Nörgler, Widerständler, Zauderer? Ändern werden Sie die Menschen nicht. Aber: Der Umgang mit ihnen lässt sich lernen.

Text: Romy König

Ausgegrummelt

Jede Ihrer Anweisungen wird diskussionslos und heiter befolgt, von den Mitarbeitern hören Sie nie eine Klage, nie eine Forderung, Meinungsverschiedenheiten sucht man in Ihrer Praxis vergeblich. Stattdessen wird immer gelächelt, oft gelacht, herrscht gute Laune überall. Bei Ihnen ist das so? Dann sind Sie ein Glückspilz. Vielleicht aber, und bitte verzeihen Sie die Zuspitzung, sind Sie auch „unsensibel“ den Befindlichkeiten Ihrer Mitarbeiter gegenüber, oder Sie „lügen sich selbst in die Tasche“. So – zugegeben provokant – formuliert es Hartmut Laufer, Managementtrainer und Buchautor aus Berlin. Zu vielfältig sind heute die Aufgaben, zu knifflig manche Situationen im Arbeitsalltag,

aufbrausend, haben gegenüber Kunden oder Patienten einen harschen Ton – und ihrem direkten Vorgesetzten gegenüber vielleicht auch. Oder aber sie ziehen sich zurück, beteiligen sich nicht am Teamwork, verlieren sich in Eigenbrötlertum.

Grummeln, Maulen, Widersetzen – fast immer eine Frage der Umstände

„Schwieriges“ oder „problematisches“ Verhalten kann also verschiedene Ausprägungen, verschiedene Gesichter haben. Gemein ist diesen meist, dass sie sich negativ auf die Zusammenarbeit im Team, unter Umständen auch auf den Erfolg einer Firma, einer Abteilung, Klinik oder Praxis auswirken können. Da werden Aufträge nicht erledigt, da spüren Patienten die Spannung in der Luft und kommen nicht wieder. Doch wie begegnet man als Praxischef oder -chefin solchen Angestellten? Zunächst ist es wichtig zu erkennen, dass „schwierig“ zu sein kein spezieller, womöglich anormaler Charakterzug ist, sagt Laufer, der in Berlin das MENSOR Institut für Managemententwicklung leitet. „Schwierig“ ist ein Mitarbeiter vor allem dann, wenn er sich nicht so verhält, wie es sein Vorgesetzter von ihm erwartet. Außerdem ist das, was wir an Mitmenschen als nervig oder problematisch empfinden, oft das Ergebnis von Situationen oder Konstellationen, ergänzen die Trainerinnen Andrea Lienhart und Theresia Volk. Warum schließlich, so fragen die Autorinnen in ihrem Ratgeber „Souveräner Umgang mit schwierigen Zeitgenossen“ (Haufe, 2017), haben wir mit Kollegen und Mitarbeitern Probleme, selten aber mit dem Postboten? Oder der

„Veränderungen sind psychologische Verdauungsarbeit.“

als dass es keine Meinungsverschiedenheiten, keinen Unfrieden geben könnte. Spannungen oder zwischenmenschliche Reibereien sind im Prinzip in jeder Firma, auch in jeder Arztpraxis vorprogrammiert – und es ist an dem Chef, der Chefin, sich immer wieder mit neuen Sach- und Beziehungsproblemen auseinanderzusetzen. Das sei sie eben, sagt Laufer, die „ureigene Führungsaufgabe“.

Manchmal aber, und darüber hat Laufer ein Buch (siehe Buchtipps) geschrieben, erscheinen einzelne Mitarbeiter besonders „problematisch“. Geben Widerworte, verhalten sich störrisch und unkooperativ, sind häufig unpünktlich und unzuverlässig oder wollen einen Fehler oder Irrtum nicht einsehen. Ecken bei ihren Kollegen an, sind





Vertrauen aufbauen, versuchen, den anderen kennenzulernen, Achtung entwickeln und entgegenbringen.

Verkäuferin beim Bäcker? Grummelt die Bäckersfrau mal böse vor sich, wenn sie uns die Brötchen über den Verkaufstresen schiebt, finden wir das vielleicht kurz unangenehm, stören uns aber nicht weiter daran. Reicht uns aber die MFA regelmäßig mit mauliger Miene die Patientenakten rüber, irritiert das nicht nur, es stört die Arbeitsbeziehung und verändert das Betriebsklima. Macht- und Abhängigkeitskonstellationen führen dazu, dass wir andere Menschen als schwierig wahrnehmen, vor allem dann, wenn diese Abhängigkeiten asymmetrisch sind. Sich stetig aufbauende Stresszustände oder drohende Veränderungen wirken dann wie Brandbeschleuniger. Die gute Nachricht immerhin ist: Persönlichkeitsmerkmale lassen sich kaum beeinflussen, die Umstände – oder der Umgang mit ihnen – hingegen schon.

Wechseln Sie auf die Beziehungsebene

Sachlich bleiben, auf das Thema, den Patienten konzentrieren, das mag ein erster intuitiver Schritt sein, um einer Situation die emotionale Wucht zu nehmen. Führungspsychologisch – und langfristig – jedoch hilft es, die Beziehungsebene zu betreten: sich also zu fragen, welche Erwartungen man als Chef an seinen Mitarbeiter stellt, und ob diese überhaupt erfüllt werden können, ob gegenseitiges Vertrauen herrscht – und falls nicht, wie es aufgebaut werden könnte. Es sei ein bisschen wie bei Kindern, die mit Bauklötzen einen Turm bauten, sagen Andrea Lienhart und Theresia Volk: Bevor das gelingen könne, ein Kind also die Fertigkeiten entwickle, Stein auf Stein zu setzen, brauche es das Gefühl von Sicherheit und Wärme; eine Bezugsperson muss zunächst durch Vertrauen eine Grundlage schaffen, auf der das Kind eigene Kraft entwickeln kann.

Nun sind Mitarbeiter erwachsene, eigenständige, ausgebildete Menschen, sicher. Das Prinzip jedoch bleibt: Vertrauen aufbauen, versuchen, den anderen kennenzulernen, Achtung entwickeln und entgegenbringen – all dies fördert und stärkt das Miteinander. Gerade für faktenorientierte Menschen sei das oft ein schwerer Schritt, schreiben die Buchautorinnen. Solche Menschen seien „der Meinung, im Job sollte man sich allein von sachlichen Aspekten leiten lassen“, sie hielten eine Beziehungsebene für einen Ort „allzu großer Vertraulichkeiten“. Doch hier gehe es wahrlich nicht darum, private Details abzufragen; selbst das berühmte Feierabendbier mit womöglich gekünstelter Kumpelei sei nicht nötig. Schon ein bewusstes Zuhören, ein Wahrnehmen von Zwischentönen hilft, ein Band zu knüpfen, ein Signal zu setzen: Du bist hier wer, ich sehe dich, du bist wichtig.

„Mit mir nicht!“

Dies gilt besonders, wenn Veränderungen anstehen: die Digitalisierung der Praxis, die Hinzunahme eines neuen



Mut zur Beziehung!

Es braucht drei Säulen, um eine stabile Beziehung zu „schwierigen“ Menschen aufzubauen oder zu verhindern, dass sie sich problematisch verhalten.



Schaffen Sie Anerkennung.

Und zwar durchaus im Wortsinne: Erkennen Sie Ihr Gegenüber, mit all seinen Zielen, Wünschen, Zweifeln, Problemen. Wie arbeitet der andere? Was wünscht er sich von seinem Arbeitsplatz, seinen Aufgaben, seinem Chef? Warum tut er, was er tut?

Praxispartners, vielleicht auch nur kleinere Abweichungen im täglichen Ablauf. Die mögen Sie gut angekündigt und durchdiskutiert haben – wenn es dann so weit ist, spüren Sie dennoch, wie sich ein oder mehrere Mitarbeiter sträuben. Meist liegt das daran, dass Veränderungen emotionale Arbeit bedeuten. Man muss Altes, Vertrautes loslassen, sich auf Neues einstellen – das ist anstrengend. Die Buchautorinnen raten dazu, sich nun nicht zu einem Rückzieher verleiten zu lassen, sondern stattdessen auf „Verständnis, Ermutigung, gutes Zureden“ zu setzen: „Veränderungen sind psychologische Verdauungsarbeit.“ Doch Obacht: Widerstand kann auch auf Fehler im Prozess hindeuten. Vielleicht ahnt der Mitarbeiter bereits, was durch die Veränderungen in der Praxis schiefliegen könnte, vielleicht sieht er Verbesserungsbedarf, der Ihnen als Praxiseigner bislang verborgen blieb. Suchen Sie das Gespräch, fahnden Sie nach dem Grund für die Gegenwehr. Schwieriger wird es, räumen Lienhart und Volk ein, wenn der Widerstand des Mitarbeiters offenkundig gar nichts mit den Veränderungen an sich zu tun hat, wenn die Person zum Beispiel von vornherein mauert. Vielleicht schlummert hier ein ungelöster Konflikt, der betrachtet werden muss. Auch und besonders in diesem Fall gilt: zuhören, nachfragen, sprechen, den anderen mit seinem Wissen, seiner Erfahrung, seinen Zweifeln achten.

Ich bin dann schon mal weg

Oder haben Ihre Mitarbeiter vielleicht einfach schon ihren Job geschmissen, Ihre Praxis schon verlassen? Nach dem Engagement Index 2018, einer Studie, die das Beratungshaus Gallup einmal jährlich unter 1000 zufällig ausgewählten Angestellten durchführt, hat ein Siebtel der Befragten seine Arbeitsstelle in Gedanken schon gekündigt. Weitere 75 Prozent fühlen sich nur noch gering an ihren Arbeitgeber gebunden. Auch innerlich distanzierte Mitarbeiter könnten zu „schwierigen“ Mitarbeitern werden, sagt Laufer. Sie wirkten dann resigniert, verschlossen und unausgeglichen, verweigern Engagement und Eigeninitiative. Ausgelöst werde ein solcher innerer Job-Abschied oft dadurch, so Laufer, dass Leistungen nicht gewürdigt werden, die betreffende Person sich missachtet fühlt, vielleicht gekränkt oder auf verletzende Weise kritisiert wurde. Diese Angestellten wieder zu motivieren ist eine der schwierigsten Führungsaufgaben, so der Managementtrainer. Entgegenwirken lässt sich der Tendenz zur inneren Kündigung nur durch ein verständnisvolles Gespräch, das möglichst „freimütig“ ablaufen sollte. Das bedeutet: keine Vorwürfe machen, schon gar nicht drohen, dem Mitarbeiter vielmehr klar machen, dass man ihn nicht verlieren will und gemeinsam nach einer Lösung suchen möchte.

Ich bin so – und wie bist Du?

Was für ein Cheftyp sind Sie eigentlich selbst? Sie werden überrascht sein – aber die Art, wie Sie veranlagt sind und welche Bedürfnisse Sie haben, hat Einfluss darauf, wie Sie auf andere, und so auch auf Ihre Angestellten, reagieren. Trainer greifen dabei gern auf ein psychologisches Modell



Dafür braucht es: Interesse.

Und zwar ernst gemeintes Interesse, kein schnell hingeworfenes „Wie geht es Ihnen heute?“. Hören Sie zu, hören Sie auf Zwischentöne. Erfragen Sie die Meinung des Mitarbeiters, etwa zum täglichen Arbeitsablauf. Was könnte besser gemacht werden, vielleicht hat er gute Ideen?



Schaffen Sie Verlässlichkeit.

Agieren Sie nach einer klaren – und klar erkennbaren – Linie, bleiben Sie Ihren eigenen Aussagen und Vorgaben treu, leben Sie Stabilität vor, legen Sie Ihre Motive, wenn möglich, offen. Warum führen Sie ein IT-System ein, warum stellen Sie einen Prozess um? Erklären Sie, seien Sie Ihren Mitarbeitern ein verlässlicher Partner.

aus den 1960er Jahren zurück, das auf den Attributen Nähe, Distanz, Dauer und Wechsel beruht: Wie sehr brauchen Sie die Nähe zu anderen Menschen? Und wie sehr die Abwechslung? Halten Sie Menschen lieber auf Distanz, brauchen Sie Ihren Freiraum? Und wie wichtig ist Ihnen eine stets gleiche Abfolge von Abläufen? Nehmen Sie ruhig noch weitere Kriterien hinzu, das raten auch Lienhart und Volk: Wie emotional oder rational sind Sie, wie detailgenau oder aber auf das große Ganze ausgerichtet? Sind Sie eher ein Freund der direkten Worte – oder ein ausgewiesener Diplomat? Werden Sie sich Ihrer Position, Ihrer „Homebase“, wie die Autorinnen schreiben, bewusst – und dann wissen Sie auch meist, warum Ihnen bestimmte Menschen eher Schwierigkeiten bereiten als andere: Es sind meist jene, die das Gegenmodell leben. Was tun? Nach Lienhart und Volk hat es noch keinem geschadet, sich von dem „Anti-Typ“, wie sie es nennen, eine Scheibe abzuschneiden. Ein wenig die emotionale Seite an sich auszubauen, wo sonst Sachverstand und Logik herrschen; etwas direkter zu sein, wo man sonst um den heißen Brei herumredet.

In der Führung bietet es sich außerdem an, Mitarbeiter auf Basis der von ihnen favorisierten Art der Zusammenarbeit zu behandeln. Nachahmertypen schätzen etwa den Kontakt, mögen Gespräche, Lob, gemeinsames Entwickeln von Lösungen. Bei einer distanzierten Chefin, die ausschließlich im Sprechzimmer sitzt und nur die nötigsten Worte mit den Mitarbeitern wechselt, fühlen

sie sich unwohl. Der Ausprobierer hingegen braucht vielleicht zunächst eine klare Aufgabe, auch erste Impulse, will dann aber alles möglichst selbstständig erledigen. Wer diesen Typus ständig kontrolliert und ausfragt, riskiert bald ein Grummeln und Maulen. Und schließlich machen Lienhart und Volk den sogenannten „Konflikttypen“ aus: Dieser sucht die Auseinandersetzung, scheut auch Reibung nicht, von ihm hören Sie öfter Kritik an bestehenden Arbeitsprozessen, er will neue Lösungen entwickeln. Ein schwieriger Mitarbeiter? Auf den ersten Blick vielleicht. Aber bei Lichte betrachtet auch nur für solche Chefs, die Konflikte scheuen oder gar Angst vor Auseinandersetzungen haben. Für andere ist er ein wichtiger Sparringspartner, der einer Praxis viel Gutes bringen kann. Diese Besonderheiten seiner Angestellten zu erkennen, sich – nach ehrlicher Selbstreflexion – darauf einzustellen, die Stärken herauszukitzeln und für die Praxis zu nutzen, das macht den Umgang mit Mitarbeitern, ja, auch mit den vermeintlich „schwierigen“, aus.

Führungskompetenz, das sagt auch Hartmut Laufer, zeigt sich wahrlich nicht darin, mit hochqualifizierten und stets leistungswilligen Mitarbeitern Erfolge zu erzielen. Sie zeigt sich dann, wenn man es schafft, aus Maulern motivierte Mitarbeiter zu machen, aus Zauderern Zupackende. Sie zeigt sich dann, wenn man sich wundert, dass es plötzlich so still ist.

Weil das Grummeln verstummt ist. ■

Buchtipps



Hartmut Laufer **Problematische Mitarbeiter erfolgreich führen**

Springer Gabler Verlag 2018
ISBN 978-3-658-20357-3



Andrea Lienhart und Theresia Volk **Souveräner Umgang mit schwierigen Zeitgenossen**

Haufe Verlag 2017
ISBN 978-3-648-09419-8

Online-Terminbuchung Termine online vergeben? Davor schrecken immer noch viele Praxisinhaber und Kliniken zurück. Sie fürchten, die Kontrolle über ihre Termine zu verlieren, vielleicht auch zu viel über ihre Auslastung preiszugeben. Doch die Vorteile sprechen für sich: weniger Anrufe, geringerer bürokratischer Aufwand, zufriedенere Patienten. Ein Blick lohnt sich.

Text: Romy König

Termin per Mausklick



Der Sound klingt ungefähr so: „Können Sie am Mittwoch? – Hm, dann vielleicht am Donnerstag, da hätte ich noch ... – nein? – Ja, Freitag ginge auch. – Ach so, nein, nein, ich meinte natürlich am Vormittag, Freitagmittag schließt die Praxis. – Na, dann vielleicht doch besser gleich in der kommenden Woche?“

Es ist der Sound des Termin-Ping-Pongs, täglich zu hören in den Arztpraxen dieser Republik: ein Hin und Her möglicher Zeitslots, ein Ausloten realisierbarer Zusammenkünfte zwischen Arzt und Patient. Das kann mal schnell gehen, mal mehrere Minuten dauern. Lästig ist es in jedem Fall – für die Arztassistenten, aber auch für die Patienten: 59 Prozent der Patienten wünschen sich, ihre Arzttermine online vereinbaren zu können. Das ergab eine Befragung der Ärzte- und Apothekerbank (apoBank). Es sei für diese Menschen sogar das „wichtigste digitale Instrument“, das ein Arzt ihnen anbieten könne. Längst werde „die Wahl des Arztes vom Angebot einer Online-Terminbuchung beeinflusst“, so die Beobachtung des auf medizinische Einrichtungen spezialisierten Finanzdienstleisters.

Tatsächlich ist es für die Patienten ein bequemer Service: Wann immer ihnen danach ist, wann immer sie Zeit und Ruhe haben, ob nach Feierabend, in der Nacht, am Wochenende, können sie online gehen, auf die Seite ihres Arztes oder eines Ärzteportals klicken und nach freien Terminen schauen. Diese Slots mit ihrem eigenen Kalender abgleichen, auswählen, festmachen – erledigt.

Doch unter den Ärzten scheint das noch nicht angekommen zu sein. Erst 14 Prozent der Ärzte bieten ihren Patienten einen solchen Online-Service an, wie 2018 das sogenannte „PraxisBarometer Digitalisierung“, eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergab. Zu diesen Vorreitern zählt unter anderem die gynäkologische Gemeinschaftspraxis Dr. Ansgar Pett & Dr. Sohela Jandi in Berlin. Dass ihre Patienten unabhängig von telefonischen Sprechzeiten Termine vereinbaren wollen, haben die Frauenärzte schon früh erkannt und daher bereits vor Jahren die Möglichkeit geboten, per E-Mail freie Zeitplätze anfragen zu können. Für die Patienten war das bereits ein Fortschritt: Eine E-Mail kann schnell am Wochenende oder auch mal wochentags im Pendlerzug aufgesetzt und abgeschickt werden, die Antwort-Mail mit dem vorgeschlagenen Termin ist entspannt nach Feierabend abrufbar. Das Angebot schlug ein, allerdings auch zum Nachteil der Assistenz: In der Gemeinschaftspraxis wuchs die Zahl der hereinkommenden Termin-E-Mails stetig an, sorgte bald für Unübersichtlichkeit und eine steigende Koordinationsbelastung. Entlastung kam schließlich mit einem Onlinetool namens „Samedi“, einer webbasierten Software. Web-basiert bedeutet, dass das Programm über das Internet nutzbar ist, also nicht als zusätzliche Software auf den Rechnern der Praxis installiert, sondern lediglich über eine Schnittstelle an das Arztinformationssystem angeschlossen wird. Das Tool arbeitet mit einer Terminiendatenbank, die auf dem praxiseigenen Kalender aufbaut, sodass die Termine von den Patienten verbindlich gebucht werden können und anschließend im Dienstkalender der Praxis erscheinen.



Die No-Show-Rate sinkt

Einen ähnlichen Online-Terminbuchungsservice bieten auch andere Dienstleister, wie etwa Jameda, Doctolib und Doctena. Ihnen allen ist gemein, dass sich Ärzte mit einem Profil präsentieren, hier zum Beispiel besondere Leistungen ihrer Praxis darstellen können. Als speziellen Patientenservice bieten sie etwa auch an, den Terminbuchern automatisiert und individuell zeitnah eine Erinnerung zuzusenden – ein Service mit Benefit: Der ApoBank liegen Erfahrungsberichte vor, wonach allein durch diesen Erinnerungsservice, der per E-Mail oder SMS verschickt wird, die Zahl der nicht erscheinenden Patienten um durchschnittlich 70 Prozent reduziert werden kann.

Die Assistenzen der Berliner Praxis von Dr. Ansgar Pett schätzen vor allem, dass sie „merklich“ in ihren administrativen Aufgaben entlastet werden: Das schaffe „Freiräume für eine längere und bessere Patientenbetreuung“. Allein durch den Einsatz der Software habe die Praxis eine halbe Arbeitskraft in der Termin-Administration einsparen können.

Onlineterminbuchung: Jetzt entdecken die Kliniken die Vorteile

Auch in den Krankenhäusern setzen sich solche Systeme langsam durch – wenn auch sogar noch zögerlicher als in den Arztpraxen, wie Alexander Alscher, der Chef von Samedi, erklärt. Terminbuchungen auszulagern, den Patienten also die Slots setzen zu lassen, kommt für Kliniken mehr noch als für die Praxen einem Verlust der Terminhoheit gleich: was, wenn sich ein Patient gleich drei Termine zubilligt, um sich Auswahlmöglichkeiten offen zu halten? Was, wenn der behandelnde Arzt zum gewählten Termin eigentlich nicht im Haus ist, vielleicht einen Vortrag halten muss? Bringt eine solche Onlineterminvorgabe nicht ohnehin komplexe Klinikprozesse durcheinander? „Viele Kliniken fürchten anfangs eine gewisse Starrheit, eine Einschränkung ihrer Flexibilität“, beobachtet Alscher. Doch hier greife ein ausgeklügeltes System von Struktur und

Mehr Zeit für die Patienten: Der Online-Terminbuchungsservice schafft Freiräume für eine intensivere Betreuung.

© pch.vector / freepik



70%

geringer wird die No-Show-Rate durchschnittlich, wenn Patienten per E-Mail oder SMS an den Termin erinnert werden.

Regeln. Kliniken wie auch Niedergelassene können in dem IT-Programm Vorgaben setzen und die Terminvergabe nach eigenen Vorstellungen und Abläufen steuern. Erstanlich tiefgreifend übrigens: Sei es die grundsätzliche Anzahl an Terminen, die online vergeben werden sollen, seien es Altersvorgaben, die Unterscheidung nach Kassen- oder Privatpatient – oder eingebaute Zeitpuffer. Alscher berichtet von Kliniken und Praxen, bei denen sich ganz eigene und spezielle Terminvergabe-Mechanismen etabliert hätten, etwa, dass vor 9 Uhr alle zehn Minuten drei Patienten drankommen, anschließend aber nur noch zwei Patienten im selben Intervall. Die heutige Software schaffe es auch, solche Terminspitzenfindigkeiten abzubilden.

Das berichtet auch der Direktor der HNO-Klinik an der Universitätsmedizin Magdeburg, Prof. Dr. Christoph Arens. In seiner HNO-Ambulanz wurde die Software im Herbst 2018 eingeführt und so konfiguriert, dass von 36 der täglich zu vergebenden Termine acht in die Onlinebuchung gehen. Komplette verplanen wollten die Magdeburger die Termine bewusst nicht, denn der Großteil sollte für Notfälle offenbleiben, für wiedereinbestellte Patienten oder auch für Ältere, von denen nach wie vor einige lieber zum Telefon greifen.

Dennoch ist der Effekt deutlich spürbar: Das Telefon klingelt seltener, der Arbeitsaufwand ist geringer; die Klinik spricht von einer Zeitersparnis von gut 30 Prozent. Doch darum geht es dem Klinikchef nicht allein; auch nicht nur um die Terminerinnerungen, die das System automatisch versendet. „Wir schicken über das System auch einen Fragebogen mit, um hinterher eine Zufriedenheitsanalyse unter den Patienten zu machen.“ So lässt sich das Tool auch für das eigene Marketing nutzen.

Auch Alscher betont, seine Lösung sei weit mehr als ein „nettes Termingimmick“. Arztpraxen und Kliniken könnten damit komplette Abläufe und Terminketten planen, über Online-Formulare die Kommunikation mit Zuweisern steuern, Statistiken und Visualisierungen, etwa von Ressourcendaten, auswerten. Das mag für kleinere Arztpraxen vielleicht nicht so relevant sein – aber gerade für Kliniken oder MVZ liefern solche Daten wichtige Anhaltspunkte für die Ressourcensteuerung und das Controlling. Zudem können Kliniken und Praxen mit einer solchen IT-Lösung langfristig eine Art Patienten-Relationship-Management aufbauen.

Das entdecken nun auch bereits die großen Häuser: So hat sich die Asklepios-Krankenhauskette vor zwei Jahren zu einem konzernweiten Roll-out der E-Health-Lösung entschieden. Der dortige IT-Chef Henning Schneider hält die Einbindung des Patienten in klinische Abläufe, wozu er klar auch die Terminbuchung zählt, für eine der „wichtigsten zukünftigen Digitalisierungsaufgaben“ seines Hauses. Er rechnet für seine Klinikette mit rund 100.000 Onlineterminbuchungen im Jahr 2019.

Listung auf Website für „bessere Auffindbarkeit“

Eine weitere Terminsoftware für Ärzte kommt derzeit aus Frankreich: Der dortige Marktführer, Doctolib, versucht seit drei Jahren, sich in Deutschland zu etablieren, zählt hier bereits 5000 Arztpraxen und rund 60 Kliniken und MVZ

zu seinen Kunden. Das Besondere: Doctolib listet alle an sein System angeschlossenen Ärzte und Einrichtungen auf seiner Website auf, Patienten können sich so also einen Überblick verschaffen und einen gewünschten Arzt oder eine Klinik auswählen. „Wir bieten unseren Kunden damit eine bessere Auffindbarkeit“, sagt der Chef des Deutschlands-Geschäfts, Ilias Tsimpoulis. Immerhin monatlich zwei Millionen Besucher zähle der deutsche Doctolib-Webauftritt aktuell. An die Nutzerzahlen von Jameda reichen die Newcomer hingegen noch nicht heran: Die Website hat nach eigenen Angaben monatlich sechs Millionen Nutzer.

Und in noch einem weiteren Punkt unterscheiden sich die beiden Anbieter: Von Ärztebewertungen, wie sie auf Jameda üblich sind, hält Doctolib nichts. Die Ärzte würden auf der Plattform stattdessen objektiv und neutral, das heißt in zufälliger Reihenfolge, gelistet, Bewertungen finden nicht statt. „Unser Ziel ist es sicher nicht, den Wettbewerb unter unseren Kunden voranzutreiben“, argumentiert Tsimpoulis.

Und die Technik? Sorgen um die Installation müssen sich Ärzte jedenfalls nicht machen; in die Praxis- oder Klinik-EDV lassen sich die am Markt verfügbaren Lösungen gut integrieren. Dahingehend beruhigt auch die apoBank: „Die meisten Dienstleister bieten die Integration des Tools in die eigene Software gleich mit an, Ärzte haben keine Arbeit damit.“ Auch die Datensicherheit sei gewährleistet. Samedi etwa arbeitet laut eigener Aussage über eine besondere Verschlüsselungsarchitektur und ist DSGVO-konform konzipiert.

Zudem schicken die Unternehmen bei Bedarf Mitarbeiter in die Praxen und Kliniken, um den Umgang mit dem Tool zu erklären und zu trainieren. Doctolib bietet sogar einen umfassenden Beratungsservice: Zu Beginn der Zusammenarbeit werden Audits in den Praxen und Kliniken durchgeführt, die Prozesse und Patientenflüsse analysiert und die IT-Lösung entsprechend angepasst. Etwa vier Wochen brauchen die Berater, um die Software in einer klinischen Fachabteilung einzurichten und die Mitarbeiter zu trainieren, in einer Arztpraxis entsprechend weniger. „Wir wollen ja, dass sich die Mitarbeiter mit dem Tool wohlfühlen“, so Tsimpoulis.

Zögerliche Ärzte – auch in Zukunft

Eine Online-Terminplanung einzurichten, auch das belegt der KBV-Praxisreport, streben künftig nur etwa 21 Prozent der befragten Ärzte an – womit dieser Service von allen möglichen digitalen Angeboten sogar noch einen der vorderen Plätze belegt (hinter den digitalen Verordnungen und dem elektronischen Medikationsplan). Digitalisierung, so interpretiert denn auch die KBV selbst ihren Befund, treiben einzelne Arztpraxen vor allem in jenen Teilbereichen voran, in denen der Aufwand möglichst gering und der erhoffte Nutzen möglichst groß ist. Vielleicht, so lässt sich vermuten, braucht es auch einfach noch ein paar Runden nervenaufreibenden Ping-Pongs. ■



59%

der Befragten wünschen sich dauerhaft die Möglichkeit einer Online-Terminbuchung.

Anlage-Tipp Bieraktien Wie die Weltmarktführer mit dem Trend zu Wellness und Craftbier attraktive Margen erzielen.

Text: Anne Nürnberger

Durst wird durch Bier erst schön



Gäste auf dem Münchner Oktoberfest: Nach fünf Jahren Flaute wird weltweit wieder mehr Bier getrunken.

© kamisoka / iStock



Die Entwicklung des Biermarktes ist nicht nur zur Oktoberfestzeit ein spannendes Thema. Nach fünf Jahren Flaute wird weltweit wieder mehr Bier getrunken. Die Branchenführer Anheuser-Busch InBev, Heineken und Carlsberg setzen in den ersten sechs Monaten des Jahres nun wieder mehr um als im Vergleichszeitraum 2018. Ein positiver Trend, der auch den Anlegern schmeckt und sich nach den Prognosen der Analysten in den nächsten Jahren fortsetzen soll.

Dass der Bierkonsum der Deutschen seit Jahren sinkt, spielt für den globalen Wachstumstrend dabei keine Rolle. Und sieht man genauer hin, so hat sich zwar der Absatz der deutschen Brauer in der ersten Jahreshälfte 2019 um 2,7 Prozent auf rund 4,6 Milliarden Liter verringert, wie das statistische Bundesamt mitteilte. Nicht von der Steuerstatistik erfasst werden dabei aber die alkoholfreien Sorten, die sich zu einem bedeutenden Wachstumsmarkt entwickelt hätten, so der Deutsche Brauer-Bund. Jeder fünfzehnte in Deutschland gebraute Liter Bier sei heute schon alkoholfrei.

„Die Nachfrage nach alkoholfreien Bieren im Jahr 2018 hat selbst unsere optimistischen Prognosen übertroffen und sich dank des sehr guten Sommers sensationell entwickelt: Im letzten Jahr wuchs das Segment um fast 13 Prozent im Vergleich zum Vorjahr, alkoholfreie Radler und vergleichbare Biermischgetränke sogar um gut 19 Prozent“, sagt Marc-Oliver Huhnholz, Sprecher des Deutschen Brauer-Bundes.

„Auf Grundlage dieses Trends rechnen wir damit, dass sich der Marktanteil alkoholfreier Biere binnen weniger Jahre von den erwähnten, derzeit gut sieben Prozent, gemessen an einer Gesamtmarktgröße von rund 94 Millionen Hektolitern, auf künftig zehn Prozent entwickeln wird.“

Bier – ein Grundbedürfnis

Wie attraktiv sind also Bier-Aktien insbesondere in Zeiten des Niedrigzinses und bei anziehender Inflation? „Beim Bier geht es, wie beim Essen, um die Grundbedürfnisse des Menschen. Hier wird nicht verzichtet, auch wenn es konjunkturell einmal nicht so gut geht“, sagt Karl-Heinz Geiger, Geschäftsführer der SVA Vermögensverwaltung Stuttgart. Darauf bei der Anlage zu setzen, sei also grundsätzlich erst einmal keine schlechte Idee. Anlegern, die sich für Bier-Aktien interessieren, rät Geiger, diese über eine geringe Beimischung von Aktien der Marktführer ganz nüchtern in einen ausgewogenen Vermögensmix zu integrieren.

„Große Konzerne mit globalen Absatzmärkten können sanfte Schwankungen beim Bierkonsum eher ausgleichen als kleine lokale Anbieter“, so Geiger. „Dort sind Anleger relativ gut aufgehoben.“ Größe sei aktuell alles, der Biermarkt hätte sich zunehmend konsolidiert.

Was momentan genau am Markt passiert, beschreibt der Hopfen-Branchenreport Barth-Bericht: „Das Interesse der etablierten Braukonzerne an schnell wachsenden bzw. namhaften Craftbier-Spezialisten ist nach wie vor groß, da es der einzige Wachstumssektor der Branche ist.“ Die Großen kaufen die Kleinen auf, an den Machtverhältnissen im Markt ändert der Craftbier-Boom also nichts.

Schon jetzt stellen die vier größten Brauereien der Welt bereits mehr als die Hälfte der weltweiten Bierproduktion.



„Beim Bier geht es, wie beim Essen, um die Grundbedürfnisse des Menschen. Hier wird nicht verzichtet, auch wenn es konjunkturell einmal nicht so gut geht.“

Karl-Heinz Geiger

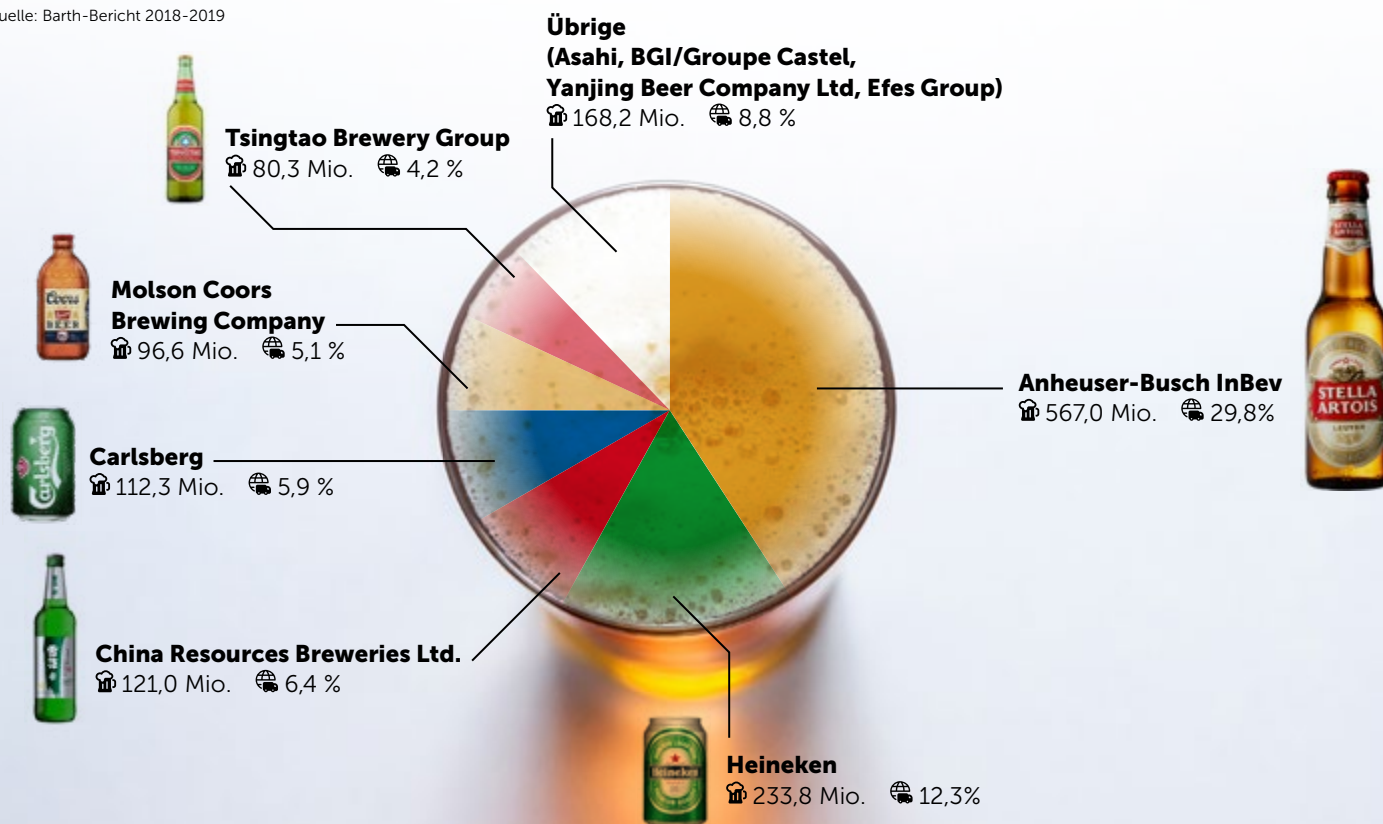
Die Prognosen zum wachsenden Bierkonsum stützen sich auf zwei Trends. Zum einen wird in China und in anderen Schwellenländern teureres Bier in der wachsenden Mittelschicht zunehmend ein Statussymbol und damit beliebter. Zum anderen das Gesundheitsbewusstsein in Europa und den USA dazu geführt, dass die Brauereien sich in Teilen neu erfinden mussten. Abwechslungsreiche Getränke mit wenig oder keinem Alkohol, das wünschen diese Kunden sich. Innovationen seien entscheidend für dauerhaften Erfolg, so die Analyse von Duncan Fox von Bloomberg Intelligence.

Bierausstoß und Weltmarktanteil der größten Brauereien

🍺 Bierausstoß 2018 (in Hektolitern)

🌐 Weltmarktanteil

Quelle: Barth-Bericht 2018-2019





© Heineken

Heineken-Brauerei in Mexiko: In Schwellenländern wird teureres Bier bei der wachsenden Mittelschicht zunehmend ein Statussymbol.

Die Nummer 1: Anheuser-Busch InBev SA

Die Anheuser-Busch InBev SA (AB InBev), mit knapp 30 Prozent Weltmarktanteil der mit Abstand größte Player im Bier-Markt, wird den Anteil alkoholfreier Getränke bis 2025 auf mehr als 20 Prozent steigern, schätzen Experten. Zu den Marken der belgischen Brauereigruppe gehören unter anderen auch Budweiser, Becks, Hasseröder, Löwenbräu, Franziskaner, Stella Artois, Corona und Diebels.

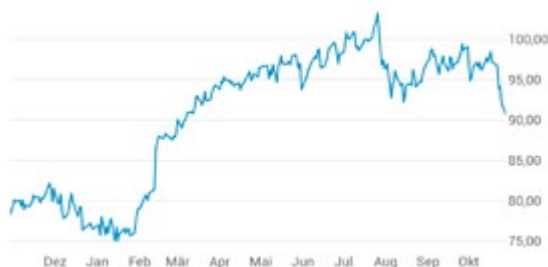
Ihre Größe erreichte AB InBev auch durch den Zukauf des einst auf Rang 2 der Brauereien-Rangliste platzierten Unternehmens SAB Miller (South African Breweries) aus Großbritannien. Gemeinsam produzieren die Brauereien unter dem AB InBev-Dach 567 Millionen Hektoliter Bier pro Jahr.



Kursentwicklung (12 Monate) von Anheuser-Busch InBev SA

Die Nummer 2: Heineken N.V.

Auch den zweitgrößten Bierproduzenten (12,3 Prozent des Weltmarktes), die niederländische Heineken N.V. dürfen Anleger im Blick behalten. 16,5 Prozent der Umsätze und 233,8 Millionen Hektoliter Bier im Jahr fallen auf die Marke Heineken. Auch die Label Amstel und Desperados, das asiatische Tiger sowie anteilig Paulaner und Fürstenberg gehören zur Heineken-Gruppe. Seit 2018 ist Heineken mit 40 Prozent an der China Resources Breweries Ltd. beteiligt.



Kursentwicklung (12 Monate) von Heineken

Die Nummer 3: China Resources Breweries LTD

China ist das Land, in dem weltweit das meiste Bier produziert wird. Im vergangenen Jahr waren das 381 Hektoliter. Davon kamen 121 Millionen Hektoliter, und damit 6,4 Prozent des weltweiten Marktes, aus der China Resources Breweries mit Sitz in Hongkong. Die bekannteste Biermarke des Konzerns heißt Snow und wird fast ausschließlich in China verkauft.

Die Nummer 4: Carlsberg A/S

Die dänische Gruppe setzt in Sachen Wachstum auf teure Craftbiere für eine junge, urbane Zielgruppe in den Metropolen der Welt. Experten der Deutschen Bank schätzen, dass Carlsberg so bald Margen in der Größenordnung von Heineken erreichen kann. Zum Unternehmen gehören Biermarken wie Astra, Duckstein und Lübzer. Im Vergleich der Top 4 der Branche hat Carlsberg die geringste Verschuldungsrate und damit noch einen guten Spielraum für attraktive Zukäufe.

„Diversifizieren“, so lautet die Devise

Aber wie kommt der richtige Bier-Mix denn nun ins Anlage-Portfolio? „Ein Privatanleger kann über ETFs anlegen oder ein Depot aufbauen“, sagt Karl-Heinz Geiger von der SVA Vermögensverwaltung. „Direktanleger sollten für ein sinnvoll diversifiziertes Depot, das natürlich auch Bier-Aktien der Branchenführer enthalten kann, schon 100 000 Euro haben, um sinnvoll streuen zu können.“

Doch auch jenseits der ganz Großen gibt es spannende Möglichkeiten, in den Biermarkt zu investieren und auch regional vom Craftbeer-Boom zu profitieren.

„Es gibt für Investoren durchaus interessante kleinere Brauhäuser, die zum Beispiel einen etablierten Absatzmarkt und wertvollen Immobilienbesitz bieten“, so Geiger. Hier gelte es, die Fakten gut zu prüfen und die Anlagebedingungen genauestens zu analysieren. Und im Zweifel auf ein Investment lieber zu verzichten.

Bei so vielen neuen Brauspezialitäten – ob mit oder ohne Alkohol – kann es sich abgesehen von Kursgewinnen durchaus lohnen, auf kulinarische Entdeckungstour zu gehen. Eine echte Expertin darin ist Elisa Raus (28) aus Stralsund. Die Pressesprecherin der Störtebeker Braumanufaktur wurde in diesem Jahr als erste Frau Weltmeisterin der Biersommeliers. Neben traditionellen Bieren brauen die Stralsunder, die 2018 einen erneuten Absatzrekord verzeichnen konnten, auch international ausgezeichnete Eigenkreationen und Jahrgangsbiere. Sie sei stolz, das Kulturgut Bier nun auch international repräsentieren zu dürfen, sagt Raus. „Meine Hauptanliegen sind, die feine Sensorik, die bunte Vielfalt der Bierspezialitäten und die hohe Wertigkeit von Bier den Menschen und besonders den Frauen dort draußen nahezubringen und zu vermitteln.“ ■

Grundsteuer Letztlich zahlt sie jeder. Sei es als Eigentümer oder als Mieter. Denn Vermieter können die Grundsteuer auf die Miete umlegen. Für die Kommunen ist die Grundsteuer eine wichtige Einnahmequelle: Rund 14 Milliarden spült sie alljährlich in die Kassen.

Text: **Ulrike Scholderer**

Baulücke in Schwerin:
Für unbebaute Grundstücke kann künftig wieder ein erhöhter Hebesatz festgelegt werden.

© Daniel Rudolf / iStock

Grundsteuerreform tritt 2025 in Kraft

Die Grundsteuerreform ist in trockenen Tüchern. Vorausgegangen war ein monatelanges Ringen um eine Einigung. Nun stimmten letztlich auch die Grünen und die FDP im Bundestag für die Grundsteuerreform, Anfang November gab der Bundesrat sein Placet. Da eine Änderung des Grundgesetzes notwendig ist, war die Regierungskoalition auf die Unterstützung der Opposition angewiesen. Die Grundgesetzänderung sieht vor, dass die Bundesländer künftig abweichend vom Bundesgesetz über eine Öffnungsklausel eigene Grundsteuerregelungen einführen können.

Das Bundesverfassungsgericht hatte eine Reform bis zum Ende dieses Jahres gefordert, denn die Bemessungswerte für Grundstücke sind veraltet. Aktuell werden in Ostdeutschland Grundstückswerte aus dem Jahr 1935 für die Ermittlung der Grundsteuer herangezogen, in Westdeutschland greift man auf Werte von 1964 zurück. Nur wenn bis Ende dieses Jahres ein neues Gesetz beschlossen ist, darf das geltende Recht noch bis Ende 2024 angewendet werden. Wäre es nicht zu einer Einigung gekommen, hätten die Kommunen auf mehr als 14 Milliarden Euro Einnahmen aus der Grundsteuer verzichten müssen.

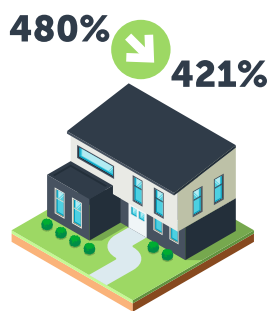
Was sieht das Bundesmodell vor?

Bisher berechnet man die Grundsteuer aus dem Grundbesitzwert der Immobilie, der Steuermesszahl und dem Hebesatz der Kommune. Das soll auch künftig so bleiben, allerdings wird es Änderungen in den einzelnen Berechnungsschritten geben. Das Bundesmodell sieht vor,

für die Berechnung des Grundbesitzwertes den Bodenrichtwert, die durchschnittliche Miete, die Grundstücksfläche, die Immobilienart und das Alter des Gebäudes heranzuziehen. Bei selbstgenutzten Immobilien soll auf Grundlage des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes eine fiktive Miete angesetzt werden. Im zweiten Berechnungsschritt geht es dann um den Ausgleich von Wertsteigerungen, die im Vergleich der aktuellen mit den seit 1935 beziehungsweise 1964 nicht mehr angepassten Werten entstanden sind. Dazu wird die Steuermesszahl von 0,35 auf 0,34 Prozent gesenkt. Gleichzeitig sollen der soziale Wohnungsbau sowie kommunales und genossenschaftliches Wohnen auch weiterhin über die Grundsteuer gefördert werden. Für Gesellschaften, die günstiges Wohnen ermöglichen, ist deshalb ein zusätzlicher Abschlag von 25 Prozent bei der Steuermesszahl vorgesehen. Das wirkt sich steuermindernd aus.

Im dritten Schritt kommen die Hebesätze der Kommunen ins Spiel. Sollte sich in einzelnen Kommunen das Grundsteueraufkommen durch die Neubewertung verändern, besteht für sie die Möglichkeit, ihre Hebesätze anzupassen. Dies soll dazu führen, dass die Kommunen nach der Reform nicht mehr Steuern einnehmen als vor der Reform.

Um das Modell umzusetzen, müssen 35,6 Millionen Grundstücke und Häuser neu bewertet werden. Aus Sicht der SPD ist dieses Modell gerecht. Denn es verhindere, dass Villenbesitzer in teuren Lagen weniger Steuern zahlen als Hausbesitzer in Randlagen, sagte dazu der SPD-Kommunalexperte Bernhard Daldrup. Kritik hingegen kam



Das BMF geht bei den Berechnungen von einem Einfamilienhaus in einer Gemeinde in Hessen aus – Baujahr 1960, 120 m² Wohnfläche, 1000 m² Grundstücksfläche, bisheriger Hebesatz der Gemeinde 480 %, Mietniveaustufe 4 der Gemeinde. Die Gemeinde hat den Hebesatz von 480 % auf 421 % gesenkt, um ihre Einnahmen konstant zu halten.



aus der Wirtschaft. Man habe die Chance verpasst, Bürokratie für Unternehmen und Finanzverwaltung abzubauen. „Stattdessen müssen Betriebe ihre Immobilien jetzt sehr aufwendig für die Grundsteuer bewerten“, heißt es vom Deutschen Industrie- und Handelstag.

Grundsätzlich wird nach wie vor unterschieden zwischen einer Grundsteuer A für agrarisch genutzte Grundstücke der Land- und Forstwirtschaft und Grundsteuer B für bebaute und bebaubare Grundstücke und Gebäude. Mit der jetzt beschlossene Reform wird es künftig wieder eine Grundsteuer C für Bauland geben. Wieder, weil es eine solche Steuer in den 1960er Jahren bereits gegeben hatte. Deren Neuauflage haben Union und SPD bereits im Koalitionsvertrag vereinbart. Die Gemeinden erhalten damit die Möglichkeit, für unbebaute, baureife Grundstücke einen erhöhten Hebesatz festzulegen. Die Grundsteuer C soll dabei helfen, Wohnraumbedarf künftig schneller zu decken.

Bayern setzt auf die Flächensteuer

Bayern sträubte sich gegen das Modell von Bundesfinanzminister Scholz. Das Land bevorzugt ein wertunabhängiges Modell, auch Flächenmodell genannt, das laut Ankündigung via Öffnungsklausel umgesetzt werden soll. Im Flächenmodell wird die Besteuerung allein auf Basis der Fläche des Grundstücks und des Gebäudes berechnet. Im Grundsatz wird hier also eine Wohnung in städtischer Toplage tatsächlich genauso besteuert wie ein kleines Haus in einer Randlage. Für das Flächenmodell hatten sich auch die Verbände der Immobilienwirtschaft und der Eigentümerverband Haus & Grund stark gemacht.

Was andere Bundesländer planen, ist noch nicht bekannt. Allerdings warb Niedersachsen im Gesetzgebungsprozess für eine Weiterentwicklung des bayerischen Modells zu einem „Flächen-Lage-Modell“. Hier soll also zusätzlich die Lage der Immobilie berücksichtigt werden. Die Eigentümer sollen den Steuerbehörden nur einmalig Informationen vorlegen müssen, nicht wie bisher alle sieben Jahre aufs Neue.

Was kommt jetzt auf die Steuerzahler zu?

Wie viel Grundsteuer künftig zu zahlen ist, hängt zunächst vom Bundesland ab. Wenn das Land sich für die Berechnung der Grundsteuer nach dem Bundesmodell und damit dem Immobilienwert entscheidet, müssen die Immobilien bewertet werden. Das wird einige Zeit in Anspruch nehmen, denn Alter, Größe und Nutzung aller Immobilien müssen erfasst werden. Diesen Aufwand müssen die Finanzämter schultern. Von Gesetzes wegen ist ihnen hierfür eine Übergangszeit von fünf Jahren eingeräumt worden.

Wie hoch die Steuer dann konkret ausfällt, hängt ganz entscheidend von den Hebesätzen der Gemeinden ab. Der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städtetages, Helmut Dedy, sagte, dass die Grundsteuerreform aufkommensneutral sein sollte, also die Städte und Gemeinden nicht mehr an Steuern einnehmen wollten als bisher. „Dafür werden die Städte örtlich ihre Hebesätze rechtzeitig anpassen“, kündigte Dedy an. René Geißler, Kommunalfachmann der Bertelsmann-Stiftung, geht hingegen davon aus, dass die Grundsteuer in den Ballungsgebieten steigen wird. Das trübe dann vor allem Mieter, die ohnehin schon hohe Mieten zahlten. Es hänge dann von den Gemeinden ab, ob und wie sie den Hebesatz senkten. Dennoch werde es innerhalb der Städte zu Unterschieden kommen, wenn einige Immobilien einer Gemeinde stärker im Wert stiegen als andere. In fünf Jahren wird es erste Gewissheit geben: Dann erhalten die Bürgerinnen und Bürger die neuen Grundsteuerbescheide. „Das ist ein Systemwechsel und führt zu Verwerfungen“, prophezeit Geisler. ■

Zunächst ist alles ungewiss: Folgt Ihr Bundesland dem Bundesmodell oder nutzt es die Öffnungsklausel?

Berechnung der Grundsteuer

	120 m ² -Einfamilienhaus, Neustadt Zentrum, Bodenrichtwert: 400 €	120 m ² -Einfamilienhaus, Neustadt Randlage, Bodenrichtwert: 200 €
Bewertung Grundvermögen Fläche, statistische Nettokaltmiete, Bodenrichtwert	310,00 €	217,200 €
Steuermesszahl reduziert, zusätzlich reduziert für sozialen Wohnraum	× 0,034 %	× 0,034 %
Hebesatz Kommunen bestimmte Kommunen, Ausgleich von Mehr-/Mindereinnahmen	× 421 %	× 421 %
Summe	443,87 € pro Jahr	310,90 € pro Jahr



Perspektiven Wie müssen sich das Berufsbild des Arztes, die Art und Weise des Praktizierens und die Versorgungsstrukturen ändern, damit der Arztberuf attraktiv bleibt? Ein Interview mit Dr. Kevin Schulte, dem Sprecher des Bündnisses JUNGE ÄRZTE.

Text: Nicola Sieverling

„Was uns fehlt, ist eine Zukunftsvision, die Optimismus schafft“

Exzellente IT-Strukturen, eine konsequente Delegation von nicht-ärztlichen Aufgaben, mehr Mut zur Nutzung Künstlicher Intelligenz zum Wohle von Patienten und Mitarbeitern: Dr. Kevin Schulte, Assistenzarzt und Sprecher des Bündnisses JUNGE ÄRZTE (BJÄ), redet bei seinen Forderungen gern Klartext. Er weiß, wo bei seinen Kolleginnen und Kollegen der Schuh drückt. Beispielsweise bei der Kinderbetreuung und den Karrierechancen.

Eine der ersten Forderungen des BJÄ war eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Job, um den Arztberuf attraktiver zu machen. Hat sich in den vergangenen fünf Jahren etwas bewegt?

DR. KEVIN SCHULTE: Klare Antwort: zu wenig! Ärztin oder Arzt zu sein, erfordert ein problemorientiertes Handeln – zu jeder Zeit, nachts wie auch kurz vor Dienstschluss. Wer um Viertel vor fünf mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kommt, den interessiert es wenig, dass die Kindertagesstätte des Kardiologen um fünf Uhr schließt. Dessen Tochter interessiert es aber sehr wohl, ob sie jemand um fünf Uhr abholen kommt. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen zerreiben sich in diesem Spannungsfeld. Der Arztberuf stellt besondere Anforderungen an uns, die durch die zunehmende doppelte Berufstätigkeit in Partnerschaften noch deutlicher zu Tage treten. Wir brauchen endlich entsprechende Rahmenbedingungen, um diesen besonderen Anforderungen gerecht zu werden.

Welche Optimierungsmöglichkeiten sind vorhanden und gibt es aus Ihrer Sicht Vorbildkonzepte in unseren Nachbarländern?

SCHULTE: Wir brauchen flächendeckend exzellente Betriebskindertagesstätten und -kindergärten und Konzepte, die, so gut es geht, zu verlässlichen Arbeitszeiten führen. Ein interessantes Konzept sind beispielsweise Flexidienste, also Dienste, bei denen man sich darauf einstellen muss, dass die Arbeitszeit fließend endet. So wird der unkalkulierbare Klinikalltag für den Einzelnen besser planbar, da klar ist, dass man pünktlich nach Hause kommt, wenn man eben keinen Flexidienst hat. Auch interessant finde ich die Idee von Porsche oder Bosch, ihren Mitarbeitern einen professionellen Service zur Vermittlung von Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegeleistung anzubieten. Meiner Erfahrung nach gibt es Kolleginnen und Kollegen, deren Kompetenzschwerpunkt vor allem im Medizinisch-fachlichen liegt und die es sehr schätzen, wenn ihnen jemand hilft, eine verlässliche Kinderfrau oder Haushaltshilfe zu organisieren.

Junge Ärzte wollen mehr forschen, doch es fehlt die Zeit dafür. Wie können hierfür Freiräume geschaffen werden?

SCHULTE: In dieser Hinsicht hat sich in den vergangenen Jahren – und hier bin ich stolz zu sagen, eben auch wegen des BJÄ – einiges getan. An vielen Hochschulen wurde Clinician-Scientist-Programme aufgelegt, die wissenschaftliches und klinisches Arbeiten strukturiert miteinander verbinden. Das ist eine gute Entwicklung. Klar ist aber auch: Weltklasse ist das alles noch nicht!

Forschung ist die Grundlage für den medizinischen Fortschritt: Verliert Deutschland den Anschluss, wenn unser System diese Arbeit so wenig fördert?

SCHULTE: Ich glaube, die eigentliche Frage ist die, welche Rolle wir als Land in diesem Punkt einnehmen wollen. Wollen wir die Grenzen des Wissens verschieben oder reicht es uns, im hinteren Teil des Innovationszugs zu sitzen? Mein Eindruck ist, dass der fortschreitende demografische Wandel unserer Gesellschaft den Innovationshunger genommen hat. Für mich und meine Kolleginnen und Kollegen trifft das aber sicher nicht zu. Man muss uns nur lassen.

Allseits wird über zu viel Verwaltung und Dokumentation geklagt. Kommt die eigentliche ärztliche Tätigkeit zu kurz?

SCHULTE: Ein Drittel der Zeit verbringen wir mit dem Patienten, ein Drittel der Zeit mit der Organisation von Untersuchungen oder Ähnlichem für unsere Patienten und ein Drittel der Zeit dient dazu, unseren Dokumentationsaufgaben gerecht zu werden. Mein Traum wäre ein Verhältnis von 80:10:10. Hierfür brauchen wir exzellente IT-Strukturen, eine konsequente Delegation von nicht-ärztlichen Aufgaben – vor allem im stationären Sektor – und den gesellschaftlichen Mut, von mancher bürokratischer Dokumentationsanforderung Abstand zu nehmen.

Was kann man tun, um den Frustrationspegel junger Ärzte zu senken?

SCHULTE: Mich stört am meisten, wenn ich meinen Patienten aus betriebs- oder systemimmanenten Gründen nicht gerecht werden kann. Vor allem dann, wenn mein erwünschtes Vorgehen auch noch volkswirtschaftlich sinnvoll wäre. Ich finde es beispielsweise unerträglich, wenn notwendige Operationen oder Behandlungen verzögert werden, um einen neuen stationären Abrechnungsfall für die Klinik zu generieren. Hierfür gibt es den neuen Begriff „moral injury“, der mir gut gefällt. Unser Gesundheitssystem zwingt uns über die gegebenen Spielregeln zu Handlungsweisen, denen wir uns nicht erwehren können, die aber unser moralisches Werteverständnis verletzen. Das müssen wir ändern!

Sind die starren Hierarchiestrukturen im Klinikbetrieb ein großes Problem?

SCHULTE: Ich persönlich habe mir immer gute Chefs ausgesucht (lacht) und die Strukturen nicht als quälend erlebt. Ich glaube, dass wir eher ein Kultur- als ein Strukturproblem haben. Viele leitende Ärztinnen und Ärzte denken, ihre Aufgabe wäre es, fachlich in jeder Hinsicht zu bestechen, und vernachlässigen dadurch oft ihre Aufgabe als Dirigenten des ärztlichen Teams. Gerade in Zeiten, in denen Betriebswissenschaftler in das Gesundheitswesen drängen und uns mit ihren Kennzahlen beglücken, ist es wichtig, dass wir gute ärztliche Führungskräfte haben. Führungskräfte eben, die den Behandlungsprozess patientenorientiert und nicht kennzahlgeleitet organisieren können.

Findet eine Karriereförderung statt oder werden die Aufstiegschancen ambitionierter junger Ärztinnen und Ärzte eher begrenzt?

SCHULTE: Das ist ein interessantes Thema. Wir haben vor Kurzem in einer Umfrage festgestellt, dass kaum noch junge Ärztinnen oder Ärzte das Karriereziel „Chefärztin oder Chefarzt“ haben. Das finde ich alarmierend. Aus meiner Sicht liegt es daran, dass der Einflussbereich von leitenden Ärztinnen und Ärzten in der Vergangenheit deutlich eingeschränkt wurde, während gleichzeitig die Erwartungen an sie gestiegen sind. Dieses Spannungsverhältnis ist kaum noch befriedigend auflösbar.

Welche klassischen Vorurteile begegnen jungen Ärzten?

SCHULTE: Ich kann die Mär, den jungen Ärztinnen und Ärzten von heute ginge es in erster Linie um sich und ihre Hobbies und erst in zweiter Linie um ihre Patienten, nicht mehr hören! Meine Frau und ich arbeiten Woche für Woche mehr als hundert Stunden für unser Gesundheitssystem. Wenn ich dann um 15 Uhr nach einem Frühdienst meine Tochter von der Kita abhole und mir am nächsten Tag von einem älteren Kollegen, dessen Frau wohlgemerkt ihr Leben im Heimischen verbracht hat, anhören muss, früher hätte es so eine Laissez-faire-Einstellung nicht gegeben, dann muss ich schon um meine Contenance kämpfen.

„Die jungen Ärzte“ lautet der Titel einer erfolgreichen ARD-Serie, die mit vielen Klischees spielt. Bekommen Sie davon Kopfschmerzen oder reagieren Sie eher belustigt auf diese Geschichten?

SCHULTE: Arztserien zeigen uns, wie sich unsere Gesellschaft Krankenhäuser wünscht: Immer steht die Menschlichkeit im Mittelpunkt, nie ist der Arzt um ein paar mitfühlende Worte verlegen. Lachen Sie nicht – ich glaube fast „Die Schwarzwaldklinik“ sollte obligater Teil der ärztlichen Weiterbildung werden, weil sie uns hilft, die Perspektive unserer Patienten nicht zu vergessen. Allerdings ist die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit leider groß. Wir kämpfen im Alltag darum, dass unsere Patienten nicht stundenlang auf uns warten müssen und haben kaum Zeit, uns ihrer persönlichen Sorgen anzunehmen. Mein Eindruck ist, dass die aktuelle Situation nicht dem Willen unserer Bevölkerung entspricht – hierüber müssten wir mehr öffentlich diskutieren.

Die Medizin befindet sich durch die Digitalisierung in einem großen Wandel. Gleichwohl drängt sich der Eindruck auf, dass viele Kliniken das Potenzial nicht erkannt haben. Wie sehen Sie das?

SCHULTE: In meiner Klinik basierte das IT-Netzwerk bis vor wenigen Wochen noch auf Kupferkabeln. Nicht, weil unser ärztlicher Vorstand ignorant ist, sondern weil das Land seiner Investitionsverpflichtung nicht nachgekommen ist. Der Hemmschuh in puncto Digitalisierung ist die Politik und nicht die Ärzteschaft. Mit einer guten digitalen Infrastruktur als Basis – das betrifft nicht nur das Gesundheitswesen – müssten wir diese Diskussion überhaupt nicht führen.

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz verändern das Denken und Handeln im Klinikbetrieb. Welche Potentiale sehen Sie?

SCHULTE: Wir werden die zunehmende Komplexität sowie die künftig steigenden Fallzahlen nur mithilfe von schlauen Lösungen bewältigen können. Deswegen darf Innovationsangst keinen Platz haben. Um konkreter zu werden: Ich könnte mir gut vorstellen, dass KI mich bei der Bewältigung von Dokumentations- oder Organisationsprozessen unterstützt oder mir systematisch entscheidungsrelevante Informationen zur Verfügung stellt.

Wie werden Patienten und Angehörige profitieren?

SCHULTE: Ich habe keinen Zweifel: Richtig eingesetzt wird KI die Behandlungsqualität steigern. Wir sehen das doch heute schon, beispielsweise an den IT-Programmen, die die Medikationslisten unserer Patienten auf Interaktionen prüfen. Bestimmte Datenmengen können wir einfach nicht in einer vertretbaren Zeit analysieren. Das gilt auch für sehr komplexe Behandlungsfälle, deren Akten häufig Hunderte von Seiten umfassen. Es ist im Alltag nicht leistbar, sie alle zu lesen, vielleicht aber für den Patienten lebenswichtig. Es wäre ein großer Fortschritt, wenn ein IT-Algorithmus helfen würde, diese Datensätze nach wichtigen Informationen zu filtern. Betrachtet man diese Beispiele, so wird meines Erachtens klar: Wir haben sogar eine moralische Pflicht, uns dem Fortschritt nicht zu verweigern.

Ist eine KI-Medizin mit dem ärztlichen Ethos vereinbar und welche Auswirkungen hat die neue Technologie auf die Rolle des Arztes?

SCHULTE: Medizinische Entscheidungen müssen nachvollziehbar und verantwortbar bleiben. Nachvollziehbar, damit eine nicht im Patienteninteresse liegende Einflussnahme Dritter erkannt werden kann. Das erscheint mir vor allem in der Onkologie relevant, wo die Entscheidungspfade immer komplexer werden und quasi nach KI schreien. Gerade hier ist allein der Verdacht, dass beispielsweise eine Pharmafirma Einfluss auf die Programmierung eines hochkomplexen Entscheidungsalgorithmus genommen haben könnte, unerträglich. Verantwortbar, weil die Qualität von Prozessen steigt, wenn jemand die Gesamtverantwortung trägt und damit rechnen muss, dass er persönlich zur Rechenschaft gezogen werden kann. Diese Verantwortung muss in den Händen der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes bleiben.

Wie muss sich die Mediziner Ausbildung ändern, um die Veränderungen optimal integrieren zu können?

SCHULTE: Aus unserer Sicht muss KI-Kompetenz Inhalt der ärztlichen Aus- und Weiterbildung werden. Neben Anatomie und Biochemie müssen wir zukünftig zumindest in Grundzügen die Prinzipien von KI verstehen, um sie vernünftig anwenden zu können.

Welche Hoffnungen verbindet das Bündnis mit den Errungenschaften der Künstlichen Intelligenz?

SCHULTE: Was uns zurzeit fehlt, ist eine Zukunftsvision, die Optimismus schafft. Wie oft höre ich im Krankenhaus: „Früher konnten wir das noch leisten, mit der heutigen Personaldecke ist das aber nicht mehr drin.“ Ich bin der festen Überzeugung, dass ein positives, erreichbares Ziel, wie die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahr 2025 aussehen soll, bei vielen eine große Tatkraft freisetzen würde. Meine Hoffnung ist, dass es uns gelingt, mit den Chancen, die die KI bietet, eine derartige Vision formulieren zu können.

Letzte Frage: Wenn Sie einen Tag lang im Büro von Gesundheitsminister Jens Spahn das Zepter schwingen dürften, was würden Sie als erstes anpacken?

Ich würde eine Kommission gründen, die sich der Frage widmet: „Wie können wir die 370 Milliarden Euro, die in unserem Gesundheitswesen stecken, mit dem meisten Nutzen für die Patienten einsetzen?“ So unangenehm es auch ist, wir müssen endlich die vorhandene Mittelknappheit anerkennen. Das aktuell geltende, stellenweise unbegrenzte Leistungsversprechen ist nicht erfüllbar, was im Alltag zu einer unstrukturierten Priorisierung führt. Dieses Versprechen muss durch eine politisch legitimierte nutzenorientierte Mittelverwendung ersetzt werden. ■

Dr. Kevin Schulte

ist Assistenzarzt der Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Vorstandsmitglied des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI); Mitinitiator und Sprecher des Bündnisses JUNGE ÄRZTE; Studium von Humanmedizin, BWL und betrieblichem Management.

Tilgners Bericht aus Berlin Gesundheitspolitik wird immer mehr zu einem Regulierungsinstrument. Bundesminister Spahn befindet sich offenbar in einem Wettlauf zu neuen Rekorden bei Gesetzen und Verordnungen. Kann das einer guten Versorgung dienen?

Text: **Stefan Tilgner**

Eine Frage der Wertschätzung



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

Seit Jahren wird über Ärztemangel debattiert – besonders in ländlichen Regionen. Parallel dazu ist das Durchschnittsalter der Mediziner in der vertragsärztlichen Versorgung in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich von rund 51,6 auf 54,2 Jahre gestiegen. Insbesondere bei den Hausärzten ist der Anteil der über 60-Jährigen besonders hoch, er liegt bei 34,7 Prozent. Kurzum: Es droht ein Notstand.

Junge Ärzte denken immer weniger an die Perspektive, sich mit eigener Praxis niederzulassen. Die Gründe sind vor allem in einer Politik zu suchen, die dem freien Beruf des Arztes immer weitere Regulierungsmechanismen aufzwingt und gleichzeitig das wirtschaftliche Risiko für angehende Praxisinhaber zunehmend unüberschaubar gestaltet.

Während Gesundheitsminister Jens Spahn versucht, weltweit Pflegekräfte anzuwerben, wirkt sich die Praxis der von ihm auf den Weg gebrachten Gesetze für die Mediziner immer nachteiliger aus. Besonders das Gesetz, das Patienten eine schnellere Terminvergabe in Arztpraxen ermöglichen sollte (TVSG), hat bislang für Patienten keine erkennbaren Vorteile gebracht. Aus ärztlicher Sicht hingegen hat es die Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung nicht unerheblich eingeschränkt. Mit Spahns Drang, die Digitalisierung voranzutreiben, sieht es kaum besser aus. Die nötige Hardware geht zulasten des Arztes. Dabei fehlen noch immer einheitliche Formate und Schnittstellen, die letztendlich die aufgezwungene Investition noch halbwegs rechtfertigen könnten.

Mit der Patientenakte, die der Gesetzgeber ab 2021 zwingend auf den Weg bringen will, verhält es sich ähnlich: „Durch sie erhalten Ärzte mehr Informationen, die Patienten erhalten einen besseren Einblick in ihre Gesundheitsdaten und Doppeluntersuchungen können vermieden werden, was zu einer geringeren Belastung der Patienten führt“, heißt es da so

schön auf der Webseite des Gesundheitsministers. Wie präzisieren eine erfolgreiche Anwendung von Patientenakten ab 2021 ist und wie sehr die Datensammlung zunächst zulasten der Ärzte laufen wird, verschweigt man. Scheinbar geht es immer mehr um politische Effekthascherei. Wenig hört man dagegen von Bemühungen, dem Arzt den entsprechenden Freiraum für die Versorgung zu schaffen.

Was also läuft schief in der aktuellen Gesundheitspolitik? Wie kann es sein, dass einer der schönsten und sozialsten Berufe in unserer Gesellschaft eine problematische Entwicklung zu nehmen droht? Hierzu einige Thesen:

Wertschätzung

Die Notwendigkeit, die Ressourcen des Gesundheitswesens ökonomisch klug einzusetzen, wird von der Ärzteschaft zu Recht als Kernaufgabe erfasst. So ist auch die Frage der Honorare kein Entscheidungskriterium, vielleicht nicht Arzt zu werden. Wertschätzung muss sich in den Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes abbilden. Statt mehr Regulierung mehr Freiheit, das schafft eine Atmosphäre, in der die Ausübung des Arztberufes inklusive aller Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt bietet, wieder attraktiver wird. Diese Wertschätzung ist ein gesellschaftlicher Prozess, der von der Politik angestoßen werden kann. Wenn Ärzte dabei dann als Gestalter in Kooperation mit ihren Patienten gesehen werden, lassen sich viele Probleme lösen.

Finanzierung

Natürlich ist es eine Illusion, dass ein Gesundheitssystem sich vorwiegend aus den ethisch-moralischen Grundsätzen der Ärzteschaft nähren kann

Veranstaltungen

JANUAR 2020

Mi
22
JAN
SEMINAR **GOÄ-Grundlagen**
Mannheim
PVS Südwest ✉ info@pvs-suedwest.de ☎ 0621 164208

FEBRUAR 2020

Mi
05
FEB
SEMINAR **Perfekt am Telefon – und alles spricht für Sie**
Münster
PVS Westfalen-Nord ✉ info@pvs-wn.de ☎ 02533 299126

Mi
12
FEB
SEMINAR **Mit Service Patienten gewinnen und binden**
Unna
PVS Westfalen-Süd ✉ info@pvs-westfalen-sued.de ☎ 02303 255539

Mi
26
FEB
SEMINAR **Beschwerdemanagement / Umgang mit schwierigen Patienten**
Lüneburg
PVS Niedersachsen ✉ info@pvs-niedersachsen.de ☎ 04131 3030160

Mi
26
FEB
SEMINAR **GOÄ Basis Seminar - Fachrichtung Neurologie, Psychiatrie und Psychologie**
Bremen
PVS Bremen ✉ j.meinken@pvs-bremen.de ☎ 0421 3608521

MÄRZ 2020

Mi
11
MÄRZ
SEMINAR **GOÄ – Geriatrie**
Stuttgart
PVS Baden-Württemberg ✉ info@pvs-akademie.de ☎ 0711 63390092

Mi
11
MÄRZ
SEMINAR **GOÄ-Basiswissen für Arzt und Praxisteam**
Dresden
PVS Sachsen ✉ seminare@pvs-sachsen.de ☎ 0351 8981362

Mi
18
MÄRZ
SEMINAR **GOÄ-Basiswissen für Arzt und Praxisteam**
Limburg
PVS Limburg ✉ info@pvs-limburg.de ☎ 06431 912117

Mi
18
MÄRZ
SEMINAR **Grundlagenseminar GOÄ-Basiswissen**
Trier
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

Mi
25
MÄRZ
SEMINAR **GOÄ-Fachseminar HNO**
Neunkirchen
PVS Mosel-Saar ✉ m.rinkes@pvs.email ☎ 06821-9191491

Mi
25
MÄRZ
SEMINAR **Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis**
Hamburg
PVS Schleswig-Holstein · Hamburg ✉ seminare@pvs-se.de ☎ 04551 8099023

und muss. Medizinischer Fortschritt und eine zukunftsorientierte Versorgung müssen und können auch bezahlt werden. Die Frage ist allerdings, ob das enge Korsett der solidarischen Kassenfinanzierung dies auf Dauer allein trägt. Schon jetzt finanzieren die privaten Versicherungen ja deutlich mit, indem sie den Ärzten Investitionen in moderne Versorgungstechnik erst ermöglichen. Das Thema Eigenverantwortung verdiente unter diesem Aspekt einen wesentlich höheren Stellenwert. Das heißt keineswegs, dass der solidarische Grundgedanke aufgegeben wird. Fakt ist jedoch, dass der Bürger bereit ist, mehr in seine Gesundheit zu investieren, wenn er den Rahmen dazu frei gestalten kann. Die Gesundheitspolitik sollte über Anreize nachdenken, mit denen Eigenverantwortung und die Bereitschaft des Einzelnen gestärkt werden, mehr für seine Gesundheit zu tun. Die Formel, dass keiner haben soll, was nicht jeder bekommen kann, ist absolut kontraproduktiv.

Fortschritt

Die von politischer Seite gelegentlich zu hörenden Äußerungen, Ärzte sperren sich zu sehr gegen die digitale Entwicklung, sind schlicht unsinnig. Ja, die Institutionen der Ärzteschaft haben sicherlich dort gebremst, wo es um die Daten der Patienten geht. Diese könnten einer Versorgungsforschung dienen, die am Ende nur weitere Regulierung und Sparmaßnahmen des Systems rechtfertigen soll. Ärzte sind keine Gegner der Digitalisierung. Aber Digitalisierung sollte ausschließlich und unmittelbar der Versorgung dienen. Das kann auch eine Patientenakte, jedenfalls dann, wenn es einheitliche Technik gibt und über einen langen Zeitraum relevante Daten gesammelt werden, über die ausschließlich der Patient in Kooperation mit dem Arzt seines Vertrauens entscheidet. Ideen wie die „App vom Arzt“ sind zwar nett populistisch, im Versorgungsalltag allerdings noch eine Idee mit wenig Relevanz. Die Betreuung via App ist schlicht noch Zukunftsmusik. Dagegen gibt es viele digitale Möglichkeiten, den Praxisalltag effektiver zu gestalten. Hier stellt sich aber meist die Frage der Finanzierung. Könnte die Politik da nicht kreativer sein?

Vertrauenskultur

Krankenversorgung ist in erster Linie eine Frage des Vertrauens zu den Heilschaffenden. Besonders kontraproduktiv ist es deshalb, die Heilberufe einer rein ökonomischen oder organisatorischen Betrachtung zu unterziehen. Die Begriffe „Gesundheitsmanagement“ und „Steuerung von Leistungserbringern“ zeichnen ein Bild, das es vielen angehenden Medizinern und Pflegekräften immer unattraktiver erscheinen lässt, einer gefühlten Berufung zu folgen. Noch ist das Grundvertrauen im gesellschaftlichen Bewusstsein vorhanden. Es macht noch immer eine Besonderheit unseres Gesundheitswesens aus. Allerdings droht es, seinen Wert zu verlieren, wenn den Heilerbringern nicht der entsprechende Rahmen für ihre Berufung erhalten wird. Hier sollte ein erstes Primat der Gesundheitspolitik liegen, nicht aber im Wettlauf um immer mehr Rekorde bei der Verabschiedung von Gesetzen und Vorschriften. ■

Nach Markteinführung neuer Therapien dauert es oft Jahre, bis geklärt ist, wie sie abzurechnen sind. Bis dahin bleibt nur die Abrechnung via Analogziffern. Doch wie muss man die **Abrechnung** kalkulieren, damit man auch wirtschaftlich auf der sicheren Seite ist?

Text: Peter Gabriel

Analogabrechnung für neue Therapien: Was ist zu tun?

Da wird eine neue Therapie auf den Markt gebracht, von deren medizinischen Vorteilen Sie überzeugt sind. Doch bevor Sie daraus ein Angebot für Ihre Patienten machen können, müssen Sie zuerst die Preisfrage lösen: Was rechnet sich für Sie? Was halten die Erstattungsstellen für angemessen? Wieviel bezahlen Ihre Patienten aus eigener Tasche?

Die Tatsache, dass sich der medizinische Fortschritt in Deutschland in der seit Jahrzehnten nur gering überarbeiteten GOÄ nicht widerspiegelt, führt dazu, dass Sie sich mit dem Ansatz einer analog herangezogenen Gebührensatz helfen müssen, die aber möglicherweise nicht der Art, dem Umfang und dem Inhalt der Leistung entspricht. Denn der abrechnungstechnische Klärungsprozess nach Markteinführung einer neuen Therapie dauert einige Jahre. Und genauso lange bleiben alle Beteiligten – vom Therapie-Innovator über die ärztlichen Anwender bis zu den bereits behandelten Patienten und ihren Erstattungsstellen – weitgehend im Ungewissen, was ihre wirtschaftlichen Risiken angeht.

Ausgangslage: Es gibt keine Garantie für den finanziellen Erfolg

Wer trotzdem neue Therapien frühzeitig zur Anwendung bringen will, ist deshalb gut beraten, zunächst äußerst vorsichtig zu kalkulieren. Sie sollten sich Ihre Investition in Innovation leisten können, ohne auf der Ertragsseite gleich unter Druck zu geraten. Konkret: Solange die Abrechnung noch unsicher ist, müssen Sie finanziell gegenüber Ihren Patienten und deren Erstattungsstellen jederzeit flexibel sein können – im Extremfall bis zu einer deutlichen Reduzierung Ihrer Forderungsansprüche und Rückzahlung monierter Beträge.

Welcher Sicherheitsspielraum dabei einzusetzen ist, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Die generelle Empfehlung lautet hier: Je höher der vorausgesetzte Erstattungsanteil, umso vorsichtiger die Kalkulation. Umgekehrt steigen mit dem Anteil schriftlicher Behandlungsverträge die Chancen zur Durchsetzung Ihrer Forderungen.

Zwischenspur: Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser

Im Weiteren gilt es dann, die von jedem Anbieter neuer Therapien im Sinne der Überzeugungsarbeit mitgelieferten Evidenznachweise und Abrechnungsempfehlungen näher unter die Lupe zu nehmen. Obwohl sich die meisten Anbieter dabei heute wirklich um Seriosität und Ausgewogenheit bemühen, ist eine gewisse verkaufsfördernde Schönfärberei doch auch immer mit an Bord.

Dazu kommt, dass sich die Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen der Anbieter nur selten um die besonderen Nebenkosten kümmern, die bei der Abrechnung ihrer Therapien anfallen. Denn gerade für diese Leistungsangebote müssen Sie natürlich davon ausgehen, dass es in der Praxis vermehrt zu Patientenrückfragen und -reklamationen kommt. Gleiches gilt für den hier anfallenden Korrespondenzbedarf mit Erstattungsstellen. So ganz falsch liegen Sie deshalb nicht, wenn Sie als Ausgleich für diesen Aufwand Ihre Ertragswartung um 10 Prozent kürzen.

Zielgerade: Wenn Sie auf Sicherheit gehen wollen – PVS

Noch mehr Licht ins Dunkle dürfte darüber hinaus erst das fachliche Gutachten eines neutralen Abrechnungsspezialisten bringen. Die Experten der PVS halten dabei einen besonderen Trumpf in der Hand: Die Erfahrung, welche Interpretationen der GOÄ-Anwendung kompromissfähig sind und wie die verschiedenen Erstattungsstellen damit umgehen. In Kombination mit einer wirklich praxisnahen betriebswirtschaftlichen Aufwandsschätzung kommt das einer verlässlichen Kalkulationsgrundlage schon ziemlich nahe.

Und mehr, denn auch wenn strittige Abrechnungsfragen nicht am runden Tisch geklärt werden können, bleibt die PVS am Ball. Unsere Rechtsexperten stehen selbst bei juristischen Auseinandersetzungen bis zur endgültigen, notfalls gerichtlichen Entscheidung an Ihrer Seite. Als letztes Mittel, versteht sich, – aber als durchaus starke, erfolgreiche Anwälte privatärztlicher Interessen, die im Ergebnis für alle Beteiligten mehr Sicherheit in der Abrechnung und damit die Nutzung neuer Therapien bringen. ■

HONORARVEREINBARUNG

Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin:

Ich,

Name

Nachname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Arbeitgeber

erkläre mich einverstanden, die nachfolgend auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhobene Rechnung zu zahlen, falls meine Private oder Gesetzliche Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle diesen Betrag nicht erstattet.

Leistung	Ziffer × Faktor		Betrag

Die Gesamtkosten betragen: _____

Ort

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient(in)

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Die Krankenkassen werfen den Ärzten vor, die Versicherten mit **IGeL-Leistungen** über den Tisch zu ziehen. Der Generalverdacht ist unangebracht.

Text: Dr. Dorothea Siems

Unterschätzte Patienten

Für die einen sind es Zusatzangebote, die eine bessere Versorgung vieler Patienten ermöglichen, für die anderen ist das Ganze reine Abzockerei: die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Das Thema ist zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens umstritten wie kaum ein anderes. Während vor allem die Krankenkassen, aber auch etliche Politiker gebetsmühlenartig kritisieren, dass ein Großteil der angebotenen Leistungen nutzlos bis schädlich sei, sieht man das in der Ärzteschaft ganz anders. Die Mediziner fühlen sich zu Unrecht an den Pranger gestellt und werfen ihrerseits den Kassen vor, die IGeL-Leistungen mit Absicht unvollständig und einseitig negativ darzustellen.

Die Selbstzahler-Angebote sind ein Wachstumsmarkt, der schon heute ein Volumen von über einer Milliarde Euro pro Jahr umfasst. Das Spektrum der von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten angebotenen Leistungen reicht von Reiseimpfungen über Paartherapien bis hin zu Schönheitsoperationen oder dem Entfernen von Tätowierungen. Der größte Teil aber sind Vorsorgeuntersuchungen wie etwa ein Ultraschall der Brust oder die Glaukom-Früherkennung. Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten, doch im Normalfall muss der Patient die Leistung aus eigener Tasche zahlen.

Für AOK & Co. liegt das Grundproblem bei IGeL darin, dass die Patienten nicht auf Augenhöhe mit dem Arzt verhandeln könnten: Zum einen habe der Mediziner einen Wissensvorsprung, zum anderen sei den meisten Versicherten die eigene Gesundheit naturgemäß viel Geld wert. Auch wenn dieses Argument nicht von der Hand zu weisen ist – es sticht trotzdem nicht. Denn das Bild vom unmündigen Patienten, das die Kassen hier zeichnen, entspricht keineswegs der Realität. Im Regelfall sind es überwiegend die besser situierten Menschen, denen die Ärzte Zusatzleistungen anbieten. Diese Personen sind auch in anderen Lebenslagen in der Lage,

sich zu informieren, Angebote auf Kosten und Nutzen zu prüfen und dann zu entscheiden. Gerade weil es bei IGeL nicht um Leben und Tod geht, sondern um Leistungen, die über den allgemeinen Katalog der Krankenkassen hinausgehen, sollte der Gesetzgeber hier keine Einschränkungen erwägen. Selbstverständlich dürfen die angebotenen Behandlungen nicht gesundheitsschädigend sein, denn dann müssten sie schließlich gänzlich verboten sein. Doch allein die Tatsache, dass ein medizinischer Nutzen (noch) nicht eindeutig nachgewiesen werden kann, reicht nicht. Schließlich gibt es etliche Beispiele dafür, dass einstige IGeL-Leistungen Jahre später zu Kassenleistungen wurden, wie dies etwa seit kurzem für die Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz geschehen ist. Auch über den Nutzen von Akupunktur oder Homöopathie lässt sich trefflich streiten – die Kassen aber übernehmen die Kosten inzwischen dennoch oft. Dagegen hat man rezeptfreie Medikamente 2003 im Zuge von Sparmaßnahmen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen, obwohl einige dieser Arzneien eindeutig wirksam sind. Wenn der Patient über Erkältungsmittel und Magenpillen eigenverantwortlich entscheiden darf, warum soll dies bei ärztlichen Zusatzleistungen ein Problem sein?

Sich in dem Dschungel der über 300 IGeL-Leistungen zurecht zu finden, ist manchen Patienten zu mühsam. Sie vertrauen bei ihrer Entscheidung ihrem Arzt. Wenn Mediziner das ausnutzen, um den Menschen Überflüssiges aufzuschwatzen, laufen sie – gerade in Zeiten des Internets – Gefahr, dass sie ihre Patienten an seriöser arbeitende Kollegen verlieren. Krankenkassen und Gesundheitspolitiker sind gut beraten, Patienten nicht zu unterschätzen, sondern sie als mündige Bürger zu akzeptieren, für die IGeL einfach ein Stück mehr Wahlfreiheit bedeutet. ■



Impressum

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

Peter Gabriel, Heinrich H. Grüter

Herausgeber

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

Anschrift Redaktion und Verlag

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

Kontakt

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

Auflage

25.000

Grafik / Layout

FGS Kommunikation

Bildnachweis

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

Druck

Königsdruck Berlin

Leserbriefe

leserbriefe@zifferdrei.de

Erscheinungsweise

Viermal im Jahr im Eigenverlag
ISSN 2364-4850

Bezugspreis

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

Haftungsausschluss

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

Widerspruchshinweis

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

Erscheinungstermin

02.12.2019

Schutzgebühr: 6 €



MITTMANN'S

Kolumne

Der Landarztmangel ist bittere Realität. Die hellrosa Flächen, die im Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schlecht bis unterversorgte Regionen kennzeichnen, werden immer größer.

Die SPD hat die Schuldigen schnell ausgemacht. „Die meisten Ärzte zieht es dorthin, wo es viele Privatversicherte gibt, an denen sie deutlich mehr verdienen. Und das ist vornehmlich in den Metropolen der Fall“, behauptete der Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion, Karl Lauterbach, gegenüber der Saarbrücker Zeitung. Die Bertelsmann-Stiftung stößt ins gleiche Horn. Für die Stiftung twitterte Stefan Etgeton: „Der PKV-Mehrumsatz täuscht darüber hinweg, dass davon nur Ärzte mit vielen Privatversicherten profitieren. Gerade Regionen, die es nötig hätten, gehen leer aus.“

Richtig ist, dass die Behandlung von Privatpatienten deutlich besser vergütet wird als die Behandlung von GKV-Patienten. Falsch ist jedoch die Behauptung, Ärzte zögen dieser Verdienstmöglichkeiten wegen in die Städte.

Der Regionalatlas des PKV-Verbandes zeigt, dass Ärzte in ländlichen Regionen stärker von der Behandlung Privatversicherter profitieren als ihre Kollegen in den Städten. Das weist die kostenadjustierte Bereinigung dieser Mehrumsätze nach. Exemplarisch für Bayern heißt das: In München beläuft sich der Realwert der Mehrumsätze auf 37.851 Euro pro niedergelassenem Arzt, im Landkreis Wunsiedel hingegen auf 67.565 Euro. Spricht sich das herum, dann müssen wir nach SPD-Logik mit einer Stadtfucht der Ärzte rechnen.

Aber dazu wird es nicht kommen. Denn alle Umfragen zeichnen ein anderes Bild. Ausschlaggebend für die Ortswahl der jungen Ärztinnen und Ärzte sind Fragen der Infrastruktur. Findet mein Lebenspartner einen Job? Wie weit sind die Wege zu Kita und Schule? Da sind die Gemeinden und Kommunen gefragt. Der Trend zum Leben und Arbeiten in Ballungszentren ist keineswegs ein allein deutsches Phänomen. Junge Ärzte zieht es in allen OECD-Ländern mit vergleichbarer Wirtschaftskraft in die Metropolen.

Dennoch haben auch wir Ärzte eine Aufgabe. Wir müssen den jungen Ärztinnen und Ärzten die Angst vor der Niederlassung nehmen. Wir müssen sie begeistern für unsere Arbeit, den Arztberuf als einem Freien Beruf! ■

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

Auf dem neuesten Stand

Zum 1. Januar tritt die Fünfte Verordnung zur Änderung der GOÄ in Kraft. Mit iGOÄ 1.5.0 haben Sie alles im Griff.

