

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass unsere Verbandsnachrichten nur sehr verkürzt wiedergegeben werden. Insbesondere Tipps zur Abrechnung stellen wir nur unseren Mitgliedern zur Verfügung.



Privatärztliche Praxis aktuell

Privatärztlicher Bundesverband

Geschäftsstelle

Dreisamstr. 1 D - 76337 Waldbronn

Tel.: 07243/715363 Fax.: 07243/65544

Internet: www.pbv-aerzte.de

E-Mail: PBV-Weishaeupl@gmx.de

Ausgabe 6/2017



Tag der Privatmedizin am 14.10.2017 Campus Westend in Frankfurt am Main

Die diesjährige Veranstaltung wurde gebahnt von den vorausgegangenen, die Erfahrung hat dazu beigetragen, den Ablauf "leichter" und noch überzeugender zu gestalten. Fachlich und konzeptiv war alles hervorragend organisiert von Dr. Gepp, dem zweiten Vorsitzenden des PBV sowie begleitet von der überragenden Medienpartnerschaft mit der Ärztezeitung in Person von Herrn Hauke Gerlof, dem stellvertretenden Chefredakteur. Die Teilnehmerzahl ging trotz besten Wetterbedingungen steil nach oben, auch die Unterstützung durch die Stiftung Privatmedizin, die APO-Bank und die PVS wirkten sich positiv darauf aus. Nicht zuletzt gilt unser Dank der Agentur TNP, besonders Herrn Plange, die die Koordination der Tagung hervorragend umgesetzt hat.

PVS-CHEF TILGNER ÜBER DIE DAUERBAUSTELLE GOÄ

Dr. Franz, der erste Vorsitzende, stellte eingangs die Erleichterung heraus darüber, dass uns durch das Wahlergebnis die Bürgerversicherung erspart geblieben ist und sich all die Vorteile unseres dualen Systems für ALLE Bürger weiter auswirken können; denn nach wie vor profitieren auch GKV-Versicherte von den Innovationen, die durch bessere Umsätze bei Privatpatienten ermöglicht werden. Dann wurde über den Stand der GOÄ-Entwicklung berichtet, bevor Dr. Gepp den folgenden Ablauf des



*Dr. Gepp, 2. Vorsitzender des PBV
ärztlicher Hauptorganisator des TDP*



Dr. Gepp mit Dr. Franz – 1. Vorsitzender des PBV

Kongresses vorzeichnete, insbesondere die Einbindung der ausgewählten Industrieaussteller.

Herr Tilgner, Vorsitzender der PVS, übernahm sehr kompetent und gut informiert den Eingangsvortrag über die GOÄ, nachdem Herr Stolaczyk von der Ärztekammer krankheitsbedingt absagen musste. Die "Dauerbaustelle GOÄ" als Abrechnungsgrundlage wurde zunächst in der Historie skizziert, aus der dann hervorgeht, dass eine fundamentale Novellierung dringend notwendig ist, auch um den Ärger bei Abrechnungsmodalitäten zu reduzieren. Aber schon aus den weiterhin wohl sehr komplizierten, aber notwendigen Rahmenbedingungen (" Paragraphenteil") geht hervor, wie schwierig

sich eine rasche Umsetzung der bereits erarbeiteten Novelle gestalten wird.

Immerhin wurden die Fehler der ersten Entwicklung/Legendierung weitgehend beseitigt, auch wenn ein wesentlicher Punkt, der für Ärzte wichtig wäre, weiter außen vor bleibt: der Steigerungsfaktor! (Die Modalitäten über einen "Ausschuss", der entscheiden soll über Ausnahmen, sind viel zu kompliziert, um sich in der Praxis zu bewähren). Ein wenig kann wohl diese Schwierigkeit kompensiert werden durch den Erhalt der Analog-Abrechnung. Herr Tilgner stellte zurecht heraus, dass Ärzte, aber auch die PKV, seit Jahren auf die Unterstützung des Verordnungsgebers gewartet haben, die Regierung also ihre Hausaufgaben (auch durch hoffnungslose Unterbesetzung bei den Personalstellen) sträflich vernachlässigt hat und vermutlich auch weiterhin vernachlässigen wird; sie hätte also die Möglichkeit gehabt, kontinuierlich die GOÄ weiter zu entwickeln ohne ständig auf politische Vorgaben "von noch höherer Stelle" zu warten.

KONSENS BEI DER PODIUMSDISKUSSION: KEINE BEDROHUNG FÜR DAS DUALE SYSTEM NACH DER WAHL

Bei der anschließenden Podiumsdiskussion unter Leitung des stellvertretenden Chefredakteurs der Ärztezeitung, Herrn Gerlof, wurden zunächst die möglichen Konsequenzen unter "Jamaika" erörtert, hinsichtlich unserer Privatärztlichen Arbeitsgrundlage, der GOÄ. Dr. Franz wurde befragt wie er "Jamaika" bzgl der Bürgerversicherung sehe. Er führte aus, dass derart andere Themen bei den Verhandlungen im Vordergrund stünden, dass es zunächst keine "Bedrohungen" gebe. Dass die Gesundheitsthemen eine geringe Rolle spielen werden, war allgemeiner Tenor und wurde auch nicht bedauert. Aus dem Publikum wurde die Frage aufgeworfen, wie sehr denn die PKV Verluste zu beklagen hätte, ob die PKV noch attraktiv genug sei, auch in der Vollversicherung. Der Geschäftsführer der PKV, Dr. Genett, die Branche blicke auf vier sehr gute Jahre zurück, sie möchte außerdem weiterhin ein verlässlicher Partner für die Ärzte sein! (Den Eindruck musste man auch im weiteren Verlauf der Tagung haben, so wie sich Herr Genett präsentierte bei weiteren Themen, das ist ein wichtiger Nebenaspekt bei solchen Veranstaltungen; wir möchten nicht ganz ohne Stolz darauf verweisen, dass wir auch schon früher auf der MEDICA mit dem damaligen PKV-Sprecher Herrn Weber, sehr gute Beziehungen gepflegt hatten!).

Dr. Franz relativierte in der Folge die Negativ-Schlagzeilen (Beitragssteigerungen bei der PKV seien oft "überdimensional"), die nur dadurch zustande kämen, weil rigide Vorgaben im Versicherungsgesetz eine regelmäßige Anpassung, wie sie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erforderten, nicht zuließen, und es so manchmal zu einmaligen hohen Steigerungen käme.



Dr. Genett, Geschäftsführer der PKV

FAIRE WEITERENTWICKLUNG DER GOÄ VON PKV ZUGESAGT

Die Diskussion wurde belebt durch den FDP-Politiker Herrn Lindemann, der von PKV-Geschäftsführer Genett immer wieder ein deutlicheres Bekenntnis zu fairen Bedingungen bei der GOÄ-Entwicklung einforderte, insbesondere

was die sog. GEKO betreffe. Die Furcht der Ärzteschaft sei berechtigt, in komplizierte Situationen zu geraten bei Abrechnungsverweigerungen der PKV bei innovativen Therapien oder aber auch bereits bei beabsichtigten Preisgestaltungen (Stichwort Steigerungsfaktoren, die äußerst restriktiv behandelt werden könnten von dieser Institution)! Dr. Genett betonte dagegen, dass durch die "Verarbeitung" der bisherigen Analogziffern erst einmal sehr viele Unstimmigkeiten beseitigt werden würden.

Dennoch kam in der Podiumsdiskussion die Skepsis zum Ausdruck, dass zuviele Elemente des EBM Eingang finden könnten. Auch bei der Preisgestaltung demnächst müssten Daten und Zahlen aus den bisherigen Abrechnungsmodalitäten von PKV und Beihilfe verfügbar werden, um "Waffengleichheit" zu erzielen bei der Ausarbeitung unter paritätischen Gesichtspunkten.

Zum Abschluss der Podiumsdiskussion kam es zu lebhaften Fragen aus dem Publikum mit sehr individuellen Problemen mit der PKV, denen sich Herr Genett sehr positiv stellte bzw. sich öffnete (restriktive Abrechnung bei Ernährungsmedizin/Schmerztherapie als Beispiele), auch der Ombudsmann der PKV, Herr Lanfermann derzeit, sei eine gute Einrichtung zur Schlichtung bei Differenzen, so Genett,

der noch besser genutzt werden könnte/sollte, im übrigen gäbe es bei 100 Mio. Fällen pro Jahr vergleichsweise nur minimale Beanstandungen mit der PKV. Der Vorsitzende der Fachärzteschaft, Dr. Jonitz, befürchtet dennoch ein "Hauen und Stechen" was einsetzen wird, wenn die neue GeKO ihre Arbeit aufnehmen wird, auch wenn er selbst bspw. nicht einsehe, dass Laborabrechnungen bei PKV-Versicherten sechsmal höher seien als bei der GKV, aber auch nicht, dass Kernleistungen krass unterbewertet sind. Auch er betonte, man bräuchte Zahlen von den Leistungserstattern!

In diesem Zusammenhang berichtete der Vorsitzende der Privatzahnärzte, dass deren Novelle keine Zufriedenheit bei Ihnen ausgelöst habe, im Verhältnis zu den Kosten sei die Steigerung von 5,8% bei der Gebührenordnung viel zu wenig.



Die Vorstände des PBV

Der erste Teil der Plenumveranstaltung wurde beschlossen mit der Vorstellung der zehn Aussteller:

1. BioMerieux Tests, u.a. ImmunoEssays, Vit.D
2. VNS-Analysen STADA (Verträglichkeit von Statinen, Tamoxifen, Clopidogrel usw.)
3. SMT-Medical, kardiovaskuläre Risikoeinschätzung, AGE-Reader.
4. Patientibus: Installation von Videosprechstunden, Daten-gesichert
5. Himosystems: Voice-over IP-Telefonanlagen, Auslegung IT-Infrastruktur
6. Deprexis 24, Servier: kognitive Verhaltenstherapie per Internet
7. Somnotouch + Somnomedia: Home-Sleep-Test
8. Dr.Kade Besins: Transdermale Hormongabe
9. VNS Analyse Commit
10. Physiokey:bioadaptive Impulse bei der Schmerztherapie usw.

GOÄ-Novelle: PKV bekennt sich zur Innovationsoffenheit

Wird es mit der neuen GOÄ erschwert. Privatpatienten neue Leistungen anzubieten? Vom PKV-Verband kommt dazu ein klares Dementi. Für neue Leistungen gen soll auch in Zukunft die Analogabrechnung möglich sein, hieß es beim Tag der Privatmedizin

Von Marco Hübner

FRANKFURT/MAIN, Die privaten Krankenversicherer wollen auch in der novellierten Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Möglichkeit der Analogabrechnung beibehalten. „Das wesentliche Merkmal der heutigen GOÄ ist ihre Innovationsfreiheit, und die wollen wir auch in Zukunft erhalten“, stellte Dr. Timm Genett, Geschäftsführer im Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), vor Kurzem beim Tag der Privatmedizin in Frankfurt am Main klar.

Die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden nach GOÄ analog abzurechnen, habe in der Vergangenheit dafür gesorgt, dass Innovationen in der Privatmedizin teils zehn bis zwölf Jahre früher eingesetzt werden konnten als im System der GKV. Dort definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Leistungen, die Ärzte später nach EBM abrechnen können.

Neue Methoden können in der ambulanten Regelversorgung also erst genutzt werden, wenn sie den GBA passiert haben. Nach GOÄ können Ärzte hingegen analog eine gleichwertige Ziffer für die neue Methode nutzen, um mit dem medizinischen Fortschritt auf Augenhöhe zu bleiben.

„GeKo ist eine Bedrohung“

Momentan grassiert unter Ärzten jedoch die Befürchtung, dass die für die neue GOÄ vorgesehene Gemeinsame Kommission (GeKo) die bisherige Innovationsoffenheit abwürgen könnte. „Die GeKo ist eine Bedrohung für den privat abrechnenden Arzt“, kritisierte auch Dr. Günter Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, in einer Diskussion über Perspektiven der Privatmedizin nach der Bundestagswahl beim Tag der Privatmedizin. Diese Institution werde in Anlehnung an den GBA in der GKV gestrickt.

Nach Willen des Gesetzgebers soll die aus Ärzten und Vertretern der Versicherungswirtschaft zusammengesetzte GeKo für neue innovative Leistungen in möglichst kurzer Zeit neue Positionen in der Gebührenordnung für Ärzte schaffen. Das soll dem Modernisierungstau der alten Gebührenordnung, die zuletzt 1996 in Teilen aktualisiert wurde, vorbeugen. Das könne Jonitz zufolge aber dazu führen, dass Versicherer erst dann erstatten, wenn die GeKo final über die Leistung entschieden hat. „So eine GKV-Denke gehört nicht in die neue GOÄ“, betonte Jonitz. „Die GeKo ist nicht der GBA“, hielt Genett dagegen. Ziel sei nicht, ein bürokratisches Verfahren der Zulassung und Genehmigung von neuen Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, das dann die Erstattungsfähigkeit richte. Maßgeblich dafür sei der Vertrag, den der PKV-Patient mit seiner Versicherung geschlossen habe und der sich normalerweise an den Spielregeln der GOÄ ausrichte. Nach diesen Spielregeln sei zum jetzigen Stand auch in der novellierten GOÄ die Analogabrechnung möglich.

Analogabrechnung selten nötig

Genett stellt allerdings auch klar, dass die Analogabrechnung mit der neuen GOÄ nur noch selten nötig sei, da sie den aktuellen Stand der Medizin abbilden werde. „Analogien sollen kein Dauerzustand mehr sein. Die GeKo soll zügig Ziffern schaffen und Streit zwischen Ärzten, Patienten und Versicherungsunternehmen zur Arztrechnung vorbeugen“, erklärte Genett. Die Entscheidung über die Therapieauswahl liege weiter zwischen Arzt und Patient.

Tag der Privatmedizin

PKV-Verband will E-Akte bereitstellen

Im kommenden Jahr will der PKV-Verband eine App zu einer E-Gesundheitsakte anbieten. Bei der Digitalisierung will die Branche „mindestens mithalten“ können.

FRANKFURT/MAIN. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) ist nicht glücklich mit dem Stand der Digitalisierung in Deutschland. Das hat Dr. Timm Genett, Geschäftsführer im PKV-Verband, beim Tag der Privatmedizin in Frankfurt am Main gesagt. Die Branche sei „zu Recht 2009 aus der Gematik ausgetreten“, fuhr Genett fort.

Mittlerweile sei bei E-Health ein großer Rückstand im Vergleich zu Ländern wie der Schweiz, den USA, Österreich oder vor allem Estland feststellbar. Der Ertrag der elektronischen Gesundheitskarte, die seit 13 Jahren eingeführt werde, sei doch „sehr bescheiden“. Über eine E-Health-Gesetzgebung müsse man „schnell zu einem Neuanfang durch Revision des Kartenprojekts kommen“, so Genett.

Auch gesetzliche Krankenkassen wie TK und AOK gingen mittlerweile mit eigenen E-Gesundheitsakten auf den Markt, und genau das habe jetzt auch die PKV vor: „Wir wollen für die Privatmedizin und die PKV zeigen, dass wir mindestens mithalten können“, sagte Genett.

Der Verband wolle im nächsten Jahr eine App fertigstellen, die Grundfunktionen einer E-Gesundheitsakte enthalte, etwa Stammdaten, Notfalldaten, Medikamente, Medikationsplan, Arztbrief und Impfpass sowie ein Gesundheitsfach „für Diverses“. Die Akte solle zentriert auf den Versicherten sein, der auch allein entscheide, wer Einsicht in seine Daten bekommt. Die Nutzung sei zudem freiwillig. Im Kontakt mit der Versicherung, glaubt der PKV-Geschäftsführer, würden die Versicherten vor allem ihre Rechnungen digital weiterleiten wollen, um die Erstattung schneller zu erhalten. (ger)

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

Text: Georg Plange Foto: Dr. Kristian Niemiets

Staatssache Gesundheit

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Dr. Kristian Niemietz

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

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

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



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

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

Quo vadis privatärztliche Tätigkeit?

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

Der Wiedergänger

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

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

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



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

Stefan Tilgner, Geschäftsführer des PVS Verbandes



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

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



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

Schlüsselrolle GOÄ-Novelle

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

Gleiches Geld für gleiche Leistung?

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

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



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

Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer

Leistungsgerecht Multiplikatoren und Zuschläge in Ansatz bringen

Es lohnt sich, bis zur tatsächlichen Umsetzung der neuen GOÄ die bisherigen Möglichkeiten auszuschöpfen: schauen Sie sich die Kombinationsmöglichkeiten bei den Zuschlägen genau an. Oft werden die möglichen Kombinationen nicht genügend angesetzt, oder "vergessen", z.B. bei den Leistungen zur Unzeit oder außerhalb der Sprechstunde.

Bitte berücksichtigen Sie aber: Steigerungen oberhalb 2,3-fach bitte so begründen, dass sie bei jeder einzelnen Ziffer genau "passen". Der Patient kann nach §12 GOÄ verlangen, ihm eine Begründung "verständlich und nachvollziehbar" zu erläutern. Immer wieder erreichen uns Nachfragen von Mitgliedern, die sich wundern, warum bestimmte Rechnungen von den Kostenträgern nicht erstattet werden (die bei genauerem Hinsehen zu unübersichtlich oder aber schlecht begründet waren).

GOÄ aktuell

Aus „der niedergelassene arzt“ 09/2017

Kompressionstherapie in der GOÄ

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt es in diesem Zusammenhang keine Komplexleistungen. Basis der hausärztlichen Kompressionstherapie ist die Nr. 204 GOÄ.

Nr. 204 GOÄ lautet: „Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Haiskrawartenverband; Kompressionsverband, 95 Punkte, 2,3-fach 12,74 Euro“. Bitte ziehen Sie für die ganze Leistungslegende ihre GOÄ hinzu.

Nr. 204 GOÄ schreibt keine bestimmte Art des Kompressionsverbandes vor. Der Unterschied zu anderen Verbänden ist das therapeutische Ziel. Der Kompressionsverband muss in Hinblick auf die Berechenbarkeit der Nr. 204 GOÄ auch kein Gelenk umfassen. Im Gegensatz zu anderen Verbänden, die auch unter der Nr. 204 subsumiert sind, wird das für den Kompressionsverband nicht verlangt.

Da Nr. 204 GOÄ nur einen „Kompressionsverband“ fordert und nicht einen „phlebologischen Funktionsverband“, ist Nr. 204 GOÄ auch dann berechenbar, wenn mit nur einer Binde eine Kompression herbeigeführt wird. Nr. 204 GOÄ ist für das Anlegen von Kompressionsstrümpfen nicht berechenbar, auch nicht, wenn diese individuell angefertigt sind.

Nr. 204 gegebenenfalls zweimal abrechenbar

Nr 204 GOÄ ist je angelegtem Kompressionsverband berechenbar. Es gibt keine Beschränkung auf „je Sitzung“. Jedoch ist auch ein unterbrochener Kompressionsverband immer noch derselbe Kompressionsverband. Deshalb ist Nr. 204 GOÄ in diesem Fall nicht zweimal berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit den anderen in Nr. 204 GOÄ angeführten Verbänden, resultiert die Berechenbarkeit der Nr. 204 GOÄ in einer Sitzung je Extremität zum Beispiel bei Kompressionsverbänden an beiden Beinen somit zweimal.

Keine Beschränkung je Behandlung

Es gibt in der GOÄ keine Beschränkung der Berechenbarkeit im Behandlungsfall oder einem „Arztfall“. Über den Zeitraum der Abrechnung können so viele Kompressionsverbände mit der Nr. 204 GOÄ berechnet werden, wie notwendigerweise angelegt wurden. Dokumentationen (auch mit Foto) sind in der GOÄ nicht eigenständig berechenbar. Für die Untersuchung der Beinumfangs kann Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) berechnet werden.

Neben Nr. 204 GOÄ berechenbar

Neben der Nr. 204 ist die Berechnung der Nr. 200 GOÄ für den einfachen Verband auch für dieselbe Region nicht ausgeschlossen. Entscheidend ist, dass es indiziert war, zuerst den abdeckenden Verband nach Nr. 200 GOÄ anzulegen und dann zusätzlich den Kompressionsverband nach Nr. 204 GOÄ. Zu beachten ist aber, dass die Nr. 200 GOÄ nicht neben operativen Leistungen, Injektionen, etc. (s. Bestimmung vor Nr. 200 GOÄ) berechnet werden darf. Nr. 2006 GOÄ (Behandlung sekundär heilender Wunde) fällt aber nicht unter diese Bestimmung. Neben ihr sind sowohl Nr. 200 GOÄ, als auch Nr. 204 GOÄ berechenbar.

Materialkosten für Verbände

Nicht zu vergessen ist, die Materialkosten für Verbände zu berechnen. Wird die Nr. 204 GOÄ (gleiches gilt für andere Verbände) zugunsten der Abrechenbarkeit anderer Ziffern (in der Regel der Nrn. 1 und 5) nicht berechnet, sind die Materialkosten trotzdem berechenbar. Um Nachfragen zu vermeiden, reicht es in der Regel das Material in der Rechnung klar zu benennen und darauf zu achten, dass die Plausibilität sich aus anderen Leistungen und/oder den Diagnoseangaben ergibt.

Mit der Nr. 204 GOÄ ist weder die Berechnung der Behandlung eines Ulcus cruris, noch eine Thromboseprophylaxe, noch „sonstwas“ abgegolten. Selbst neben der Verödung von Varizen (Nr. 764) ist Nr. 204 GOÄ berechenbar. Wird ein Ulcus cruris behandelt, kann dafür gegebenenfalls nicht nur die Nr. 2006 GOÄ berechnet werden.

Wenn an einem Fuß (oder an einer Hand) Nekrosen abgetragen werden, kann anstelle der Nr. 2006 GOÄ die Nr. 2065 GOÄ berechnet werden (2,3-fach 33,52 Euro). Nr. 2065 GOÄ verlangt aber, dass die Nekrose „ausgedehnt“ sein muss. Hier besteht ein weiterer Ermessensspielraum. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass in diesen relativ kleinen Regionen, auch absolut gesehen kleinere Nekrosen als „ausgedehnt“ gelten können.

Wichtig

- Nr. 204 GOÄ kann auch in einer Sitzung mehrfach berechnet werden; einmal je Extremität
- Nr. 204 GOÄ schließt sich weder mit Nr. 200 GOÄ aus, noch - im Gegensatz zu Nr. 200 GOÄ - mit anderen Leistungen

Aus „der niedergelassene arzt“ 10/2017

Nr. 801 GOÄ – wie oft und was daneben?

Zu psychiatrischen Untersuchungen nach Nr. 801 GOÄ gibt es immer wieder Einwände von Kostenträgern, vor allem bezogen auf die Häufigkeit der Abrechnung und daneben berechneter Ziffern.

Da die Nr. 801 GOÄ „eingehende“ und nicht „vollständige“ Untersuchung heißt, reicht für die Abrechnung die Durchführung von mindestens drei Teilbereichen einer vollständigen psychiatrischen Untersuchung (das wäre Bewusstsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf und mnestiche Funktionen). Ist die Untersuchung „vollständig“, kann der Faktor erhöht werden (bis 3,5-fach). Bei psychiatrischen Untersuchungen geringeren Umfangs kann zum Beispiel die Nr. 5 GOÄ berechnet werden gegebenenfalls auch die Nr. 804, die zwar „psychiatrische Behandlung“ heißt, aber auch eine „gezielte Exploration“ beinhaltet.

Nr. 5 GOÄ (ggf. auch die Nr. 6 oder 7) kann auch für somatische Untersuchungen erforderlich sein und dafür neben der Nr. 801 GOÄ berechnet werden. Wenn neben der psychiatrischen Untersuchung auch neurologisch

untersucht werden muss, so ist eine Nebeneinanderberechnung von psychiatrischer Untersuchung (Nr. 801) und neurologischer Untersuchung (Nr. 800) nicht ausgeschlossen.

Häufigkeit des Ansatzes

Hinsichtlich der Häufigkeit des Ansatzes der Nr. 801 GOÄ ist der § 1 Abs. 2 der GOÄ zu beachten, wonach nur medizinisch notwendige Leistungen berechenbar sind (von der Ausnahme der Leistung auf Verlangen abgesehen). Da die GOÄ sonst keine Abrechnungsbeschränkung der Nr. 801 auf Zeiträume bezogen enthält, ist die Notwendigkeit entscheidend. Die können nur Sie, bezogen auf den Patienten und dessen Krankheitsbild beurteilen! Bei schweren oder in der Ausprägung wechselnden Krankheitsbildern kann die Untersuchung auch in dichter zeitlicher Folge erforderlich sein. Unterstützend kann der Kostenträger auf den GOÄ-Ratgeber im Deutschen Ärzteblatt vom 13.02.2009 hingewiesen werden. Dort wird auch das Urteil des Landgericht Berlin vom 03.07.2008 angesprochen, wonach der Kostenträger die Erstattung für die Nrn. 801 und 806 GOÄ nicht auf eine bestimmte Häufigkeit pro Quartal oder gar ganz ablehnen darf.

Nrn. 4, 835, 804 und 806 sowie Testverfahren neben Nr. 801

In Nr. 801 GOÄ steht die Bezugsperson nur in der Einzahl. Dadurch, dass die Nr. 4 GOÄ (Fremdanamnese, Führung der Bezugsperson/en) eindeutig geregelt nicht neben Nr. 801 berechenbar ist, gilt das auch dann, wenn mehrere Bezugspersonen einbezogen werden. Auch ist bei mehreren Bezugspersonen keine Mehrfachberechnung der Nr. 801 GOÄ erlaubt, der Einbezug ist lediglich fakultativ und die Untersuchung der prägende Leistungsbestandteil. Gegebenenfalls kann der Einbezug mehrerer Bezugspersonen aber Grund für eine Faktorerhöhung sein.

Nr. 835 GOÄ (psychiatrische Fremdanamnese) kann wegen inhaltlicher Überschneidung nicht neben der Nr. 801 berechnet werden.

Wie bei den somatischen Erkrankungen unterscheidet die GOÄ auch bei psychischen Erkrankungen zwischen Untersuchungen und Behandlungen (z.B. nach den Nrn. 804 oder 806). Eine Nebeneinanderberechnung der Nr. 801 mit der Nr. 804 oder 806 ist möglich, weil sich die psychiatrische Untersuchung auf mehr als nur die in den Nrn. 804 und 806 beinhaltete „gezielte Exploration“ erstreckt (und mindestens drei Aspekte der Nr. 801 untersucht worden sind). Gegebenenfalls könnten auch andere therapeutische Leistungen infrage kommen (z.B. bei entsprechender Krisensituation die Nr. 812 GOÄ).

Psychometrische Testverfahren (Nrn. 856, 857) sind keine „psychiatrische Untersuchung im Sinne der Nr. 801 GOÄ, sondern spezielle Untersuchungen mit speziellem Instrumentarium. Sie sind deshalb neben Nr. 801 GOÄ (und neben Nr. 800 GOÄ) berechenbar. Nicht umsonst sind die Nrn. 856 und 857 GOÄ in deren Anmerkung ja auch nur neben den Nrn. 715 bis 718 GOÄ (Entwicklungsdiagnostik bei einem Kind) ausgeschlossen.

Wichtig

- Bei einer vollständigen psychiatrischen Untersuchung kann Nr. 801 GOÄ mit höherem Faktor berechnet werden. Die Berechnung der somatischen Untersuchungen (Nrn. 800, 5 bis 7 GOÄ) neben der Nr. 801 ist nicht ausgeschlossen
- Psychometrische Testverfahren (Nrn. 856, 857 GOÄ) sind neben Nr. 801, auch neben Nr. 800 berechenbar
- Nr. 804 oder 806 können neben Nr. 801 berechnet werden, wenn die psychiatrische Untersuchung sich auf mehr als die in den Nrn. 804 und 806 genannte gezielte Exploration erstreckt
- Die Nrn. 4 und 835 GOÄ sind nicht neben Nr. 801 berechenbar
- Die Abrechnung der Nr. 801 in dichter zeitlicher Folge ist dann plausibel, wenn es sich um ein schweres Krankheitsbild oder um ein Krankheitsbild mit rasch wechselnder Ausprägung handelt. In dem Urteil des LG Berlin war das eine bipolare Störung

Rechnung mit Unbekannten

Ein Vorschlag zur Änderung des bewährten Beihilfesystems aus Hamburg käme die Steuerzahler teuer zu stehen

• Der Hamburger Senat hat einen Gesetzentwurf vorgelegt, demzufolge Beamte sich ab August 2018 für einen Arbeitgeberzuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheiden können - anstelle ihres Anspruchs auf Beamtenbeihilfe mit Ergänzung durch eine Private Krankenversicherung (PKV). Dieses Modell ist schon laut einem Gutachten von Professor Josef Franz Lindner von der Universität Augsburg verfassungswidrig. Doch selbst wenn man davon absieht, zeigt sich, dass der Entwurf die Kosten eines solchen Vorhabens zu niedrig ansetzt.

Der Entwurf beziffert die Mehrkosten auf mindestens 5,8 Millionen Euro jährlich. Dabei geht er jedoch von dem kleinen Teil der aktuell 2.400 Beamten in Hamburg aus, die bereits freiwillig GKV-versichert sind. Die tatsächlich zu erwartenden Mehrkosten für den Hamburger Haushalt (also für die Steuerzahler) sind allerdings weitaus höher, wie Berechnungen auf Basis der PKV-Kostenstatistik zeigen: Sollte sich zum Beispiel nur ein Drittel der jährlichen Neubeamten für das Hamburger Angebot entscheiden, würden der Hansestadt innerhalb von zehn Jahren bereits Zusatzkosten von rund 93 Millionen Euro entstehen. Diese Prognose ergibt sich aus folgenden Berechnungsschritten:

- In Hamburg gibt es nach Angaben von Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks jedes Jahr rund 1.500 bis 2.000 Neu-Verbeamtungen. Jeder dieser Neubeamten, der sich für die GKV entscheiden würde, verursacht Kosten von mindestens 2.438 Euro jährlich. So hoch wäre pro Kopf der Arbeitgeberzuschuss zu den GKV-Beiträgen, wofür im Gesetzentwurf der Durchschnittsverdienst der Beihilfeberechtigten zugrunde gelegt wird.
- Diesen Kosten stehen theoretisch Einsparungen durch den Wegfall der im Krankheitsfall zu gewährenden Beihilfe gegenüber. In der Praxis sind die Einsparungen jedoch deutlich niedriger als die Kosten des Arbeitgeberzuschusses zur GKV, weil Neubeamte relativ jung und entsprechend selten krank sind.
- Die finanziellen Auswirkungen lassen sich mit Hilfe der PKV-Kostenstatistik pro Kopf beziffern. Jung-Beamte treten in der Regel im Alter zwischen 25 bis 30 Jahren in den Staatsdienst ein. In dieser Altersgruppe verursachen sie im ersten Jahr ihrer PKV-Zugehörigkeit im Schnitt Leistungen in Höhe von 2.138 Euro pro Jahr, von denen die Beihilfe in der Regel 50 Prozent übernimmt. Die andere Hälfte der Kosten ist durch die PKV versichert. Somit ließen sich durch einen Wegfall der Beihilfe im ersten Jahr im Schnitt 1.069 Euro für jeden Neubeamten einsparen, der sich für die GKV entschieden hat.
- In den Folgejahren würde dieser Effekt zunehmen, da sich die Alterung der Neubeamten auch auf deren Gesundheitsausgaben auswirkt. Die Durchschnitts-Leistungen steigen innerhalb von zehn Jahren für diese Gruppe der dann 35- bis 40jährigen Beamten auf 3.346 Euro jährlich, davon also 1.673 Euro Beihilfe-Anteil.
- Doch selbst nach Abzug dieser Beihilfeleistungen betragen unter dem Strich die Mehrkosten des Modells für Neubeamte durch den Arbeitgeberzuschuss zur GKV zunächst 1.369 Euro jährlich pro Kopf. Im zehnten Jahr nach der Neuverbeamtung lägen die Mehrkosten immer noch bei 765 Euro. Und bei diesen Zahlen sind Gehaltssteigerungen noch nicht einmal berücksichtigt.

Auf dieser Datenbasis lassen sich die Kostenfolgen prognostizieren. je nachdem wie viele Neubeamte sich für das Angebot einer freiwilligen Versicherung in der GKV entscheiden würden – zusätzlich zu den genannten Mehrkos-

ten für bereits GKV-versicherte Beamte, die rund 58 Millionen Euro binnen zehn Jahren betragen. Ausgehend von jährlich 1.750 Neue Beamten (also dem Mittelwert der von Senatorin Prüfer-Storcks genannten 1.500 bis 2.000) ergibt sich:

- Falls sich in Hamburg ein Drittel dieser Neue Beamten für die GKV entscheiden würden, lägen die Mehrkosten in den ersten zehn Jahren schon bei insgesamt 92,8 Millionen Euro.
- Falls es zwei Drittel der Neue Beamten wären, stiegen die Mehrkosten innerhalb der ersten zehn Jahre auf 128 Millionen Euro.

Und auch danach wäre für die Staatskasse noch keine Ersparnis in Sicht. Der erste Neue Beamten-Jahrgang nach Beginn des Hamburger Modells verursacht auch dann pro Jahr immer noch mehr Kosten für den GKV-Arbeitgeberzuschuss, als bei der Beihilfe eingespart werden.

Da ist es nicht überraschend, dass etliche andere Bundesländer das Hamburger Modell bereits verworfen haben. Der Finanzminister von Sachsen-Anhalt, André Schröder, warnte in einer Landtagsdebatte: „Die hälftige Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge ist über einen langen Zeitraum hinweg erheblich teurer als die Beihilfe. Ein Ausstieg aus dem Beihilfesystem wäre damit auch aus finanzpolitischer Sicht nicht sinnvoll.“ Ähnlich äußerte sich das Finanzministerium Nordrhein-Westfalen: „Es ist nicht beabsichtigt dieses Modell in NRW zu übernehmen.“ Das hessische Finanzministerium erklärte, eine dem Hamburger Modell vergleichbare Regelung komme „nicht in Betracht“. Auch die Landesregierung von Rheinland-Pfalz stellte fest: „Durch die Zahlung einer pauschalen Beihilfe für die bereits heute gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten würde der Landeshaushalt belastet.“

Die Ökonomie-Professoren Stefan Fetzer und Christian Hagist haben aus Sicht der Beamten Kosten-Nutzen-Vergleiche zwischen einer Versicherung in der GKV oder in der PKV mit Beihilfe berechnet. Ihr Ergebnis: In der PKV lasse sich für einen durchschnittlichen Beamtenhaushalt über alle Jahrgänge und Geschlechter hinweg eine höhere interne Rendite erzielen. Daraus folgern sie, dass „die Kombination aus PKV und Beihilfe für junge Beamte beim Start in die Karriere die erste Wahl bleiben dürfte“. Zugleich warnen die Ökonomen vor negativen Nebenwirkungen des Hamburger Modells zu Lasten der GKV. Denn vor allem Beamtenhaushalte mit niedrigen Einkünften und mehreren (in der GKV beitragsfreien) Kindern würden zur Wahl der GKV motiviert. Dort würden sie jedoch deutlich mehr Kosten als Einnahmen verursachen, was letztlich auf Kosten aller GKV-Versicherten ginge.

Aus „Der Hausarzt“ 18/2017

Patient kommt nicht – was nun?

Mangelnde Termintreue von Patienten erhöht in der täglichen Praxis den Zeitdruck und führt zu unnötigen Wartezeiten. Eine Umfrage der KVB aus dem Jahr 2013 unter 400 Teilnehmern offenbarte bereits damals, dass fünf bis zehn Prozent der vereinbarten Termine pro Woche nicht wahrgenommen werden, jeder fünfte Kollege sprach sogar von Ausfallzeiten bis zu 15 Prozent [1].

Einige Aussagen der befragten Ärzte ziehen sich wie ein roter Faden durch die Ergebnisse der Umfrage:

- „Insbesondere Neupatienten nehmen den Termin oft nicht wahr, obwohl sie im Vorfeld auf einem baldigen Termin bestanden haben.“

- „Besonders ärgerlich ist, wenn für einen Ersttermin keine Absage erfolgt, weil wir hierfür besonders viel Zeit einplanen.“
- „Das Wetter hat einen entscheidenden Einfluss auf die Termintreue: Schönes Wetter im Frühjahr, Sommer und Herbst ist ein Terminkiller, extrem schlechtes und winterliches Wetter auch.“
- „Uns ist aufgefallen, dass insbesondere junge Patienten nicht termintreu sind.“
- Auffällig ist ferner, dass mehr Kassenpatienten ohne Zusatzversicherung unzuverlässig sind (ca. 23 Prozent) als Kassenpatienten mit Zusatzversicherung (1,4 Prozent) und Privatpatienten (1,8 Prozent) [1].

Gerade die letzten beiden Punkte bestätigt jetzt auch eine aktuelle Studie aus 2017 [2]. Besonders unzuverlässig sind demnach junge Patienten; Spitzenreiter ist die Gruppe der 19- bis 30-Jährigen mit fast 45 Prozent. junge Männer scheinen sich am wenigsten an Absprachen zu halten. Die befragten Ärzte fürchten, dass sich dieser Negativtrend noch verstärkt und die Unzuverlässigkeit der Patienten weiter zunehmen wird. Neben erhöhtem Zeitdruck in der Praxis und verlängerten Wartezeiten für termintreue Patienten bedeutet dies für die niedergelassenen Ärzte auch Honorareinbußen bis zu 1.000 Euro und mehr im Monat. Das sind erhebliche Beeinträchtigungen. Ein Terminerinnerungs-Service könnte eventuell eine Verbesserung bewirken, wird aber noch von zu wenigen Praxen eingesetzt [2]. Aber auch hier haben diejenigen, die dies praktizieren, bereits die Erfahrung gemacht, von vielen Patienten am Telefon dann mit unverschämten Antworten abgefertigt zu werden. Insbesondere jungen Leuten fehlt offensichtlich das Unrechtsbewusstsein, etwas falsch gemacht zu haben. Sie sehen deshalb auch keine Veranlassung, sich zu entschuldigen und sich das nächste Mal an Terminabsprachen zu halten. Leider ist es eine allgemeine, bedauerliche Entwicklung in unserer Gesellschaft, sich nicht mehr an Absprachen zu halten und adäquates Verhalten zu zeigen, und das betrifft alle Altersschichten. Das meint Ihre

Dr. Monika von Berg
(Chefredakteurin „Der Hausarzt“)

[1]. www.kbv.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/umfrage-zur-termintreue.von-patienten/?type=98

[2]. Umfrage 2017 von infin - Ingenieurgesellschaft für Informationstechnologien mbH. München

Aus „Der Hausarzt“ 19/2017

Leserbrief

Nr. 8 GOÄ immer begründen?

Betreff: „Die Nr.8 GOÄ gut kombinieren“, HA16, S. 76

Eine Frage an den Kollegen Pasch: Muss ich die Ansetzung der 8 IMMER begründen? Im Albis-System (Anm. d. Red.: ein Praxisverwaltungssystem) ist dies so vorgegeben.

Dr. Wolfram Webe,; Herne

PVS-Hinweis irritiert

Betreff: Antwort des Autoren

Sehr geehrter Herr Kollege Weber,

die Abrechnung der Nr.8 GOÄ bedarf gemäß den Vorgaben der GOÄ nie einer Begründung. Insofern ist der Hinweis Ihres Praxisverwaltungssystems nicht bindend, sondern eher irritierend. Sie sollten sich mit Ihrem Anbieter in Verbindung setzen, ob dieser Hinweis nicht zu entfernen ist.

Grundsätzlich ist die Nr.8 in einem Behandlungsfall so oft zu erbringen und dann auch abrechenbar, wie sie aus medizinischen Gründen sinnvoll und vor allem erforderlich ist. Die Betonung liegt hier ganz eindeutig auf „medizinisch erforderlich“ Ist diese Voraussetzung erfüllt, ergibt sich keinerlei Begründungspflicht. Bei mehrfacher Ab-

rechnung in einem Behandlungsfall (= gleiche Krankheit während eines Monats) sollten allerdings die Abrechnungsdiagnosen so formuliert

Eine Mandanteninformation von Herrn Dr. jur. Frank A. Stebner, Fachanwalt für Medizinrecht vom 08.09.2017

Gesetzesänderung hat wichtige Auswirkungen auf bestehende und neue Arbeitsverträge

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ende vergangenen Jahres ist das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucher-schützenden Vorschriften des Datenschutzrechts in Kraft getreten. Die für Onlinegeschäfte im Internet gedachte Gesetzesänderung wirkt sich mit rechtlichen Problemen auf Arbeitsverträge aus.

Ausschlussklauseln können unwirksam sein

In Arbeitsverträgen werden oft Ausschlussklauseln vereinbart, nach denen Ansprüche nach Beschäftigungsende mit Ablauf einer bestimmten Frist verfallen, wenn der Anspruchsteller seine Ansprüche vorher der anderen Vertragspartei gegenüber nicht schriftlich geltend gemacht hat. Das Erfordernis der Schriftform (Originalpapier-schreiben mit Unterschrift) widerspricht jetzt der neuen Fassung von § 309 Nr. 13. BGB und ist damit unwirksam.

Achtung: Ausschlussklauseln sind nur mit vereinbarter „Textform“ wirksam

Die Ausschlussklausel ist nur wirksam, wenn Textform (§§ 126b, 127 Abs. 2 BGB - www.gesetze-im-internet.de) vereinbart ist. Danach reicht als zulässige Geltendmachung auch eine nicht unterzeichnete E-Mail.

Die Aufrechterhaltung der unwirksamen Klausel scheidet aus

Schriftformklauseln können nicht geltungserhaltend ausgelegt werden. Sie sind insgesamt unwirksam. Für ar-beitsvertragliche Ansprüche gilt dann allein die gesetzliche Verjährungsfrist von drei Jahren nach §§ 195, 199 BGB.

Die Auswirkungen auf Altverträge sind umstritten

Zwar ist nach einer Übergangsvorschrift die Neufassung von § 309 Nr. 13. BGB nur auf Schuldverhältnisse (Ar-beitsverträge), die nach dem 30.09.2016 entstanden sind, anzuwenden. Altverträge werden nach der Rechtspre- chung des Bundesarbeitsgerichts aber behandelt wie nach diesem Stichtag abgeschlossene Neuverträge, wenn sie irgendwann während ihrer Laufzeit abgeändert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. jur. Frank A. Stebner
Rechtsanwalt und Fachanwalt

Aus „PKVpublik“ Oktober 2017

Gute Medizin

Wie unser duales Krankenversicherungssystem die Apotheken stärkt

Dass Privatpatienten das gesamte Gesundheitssystem stützen, ist mittlerweile vielen bekannt. Wären sie gesetz- lich versichert, stünden dem Gesundheitswesen jedes Jahr mehrere Milliarden Euro weniger zur Verfügung. Die

Folge: Praxen müssten schließen, Jobs gingen verloren. Dank der Einnahmen aus der PKV können Ärzte und Krankenhäuser investieren und so den hohen medizinischen Standard sichern, von dem alle profitieren.

Weniger bekannt ist, dass auch die Apotheken von den Privatversicherten profitieren. Auf rund 123,2 Millionen Euro beziffert das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) die entsprechenden Mehreinnahmen. Das sind durchschnittlich 6.000 Euro pro Jahr und Apotheke, die zum Beispiel in zusätzliches Personal investiert werden können und damit zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Diese Mehreinnahmen sind im Wesentlichen auf zwei Ursachen zurückzuführen.

Zum einen sieht das Sozialgesetzbuch einen Apothekenabschlag vor. Dieser hat im Prinzip den Charakter eines Großkundenrabatts für die Gesetzliche Krankenversicherung: Die Apotheken müssen den gesetzlichen Kassen einen Rabatt von 1,77 Euro pro Packung eines verschreibungspflichtigen Medikaments gewähren. Laut Rechtsprechung des Bundessozialgerichts soll damit die „finanzielle Stabilität der GKV“ gewahrt bleiben. Offenbar mit Erfolg, denn allein im Jahr 2015 konnte die GKV ihre Kosten für Arzneimittel durch diese Regelung um 1,09 Milliarden Euro senken.

Für Privatversicherte gilt dieser Rabatt nicht. Sie bezogen im gleichen Jahr 58,9 Millionen Packungen an verschreibungspflichtigen Medikamenten. Multipliziert mit dem Abschlag von 1,77 Euro ergibt das eine Summe von 104,3 Millionen Euro. Auf diesen Betrag müssten Apotheken verzichten, wenn es nur gesetzlich Versicherte gäbe.

Zum anderen hat die unterschiedliche Versorgungsstruktur Einfluss auf die Einnahmen der Apotheken. Denn die an Privatversicherte abgegebenen Medikamente sind im Durchschnitt teurer als diejenigen für gesetzlich Versicherte. Das WIP hat für das Jahr 2015 einen Durchschnittspreis eines verschreibungspflichtigen Medikaments von 68,79 Euro in der PKV ermittelt. In der GKV lag er bei 53,22 Euro. Das liegt daran, dass Privatversicherte bei patentfreien Wirkstoffen häufiger das Original und seltener Nachahmerpräparate erhalten und ihr Anteil bei neuen und teureren Medikamenten höher ist.

Der Preis eines Medikaments bestimmt dabei auch einen Teil des Verdienstes einer Apotheke. Dieser Zusammenhang mag in anderen Wirtschaftszweigen banal sein, bei Apotheken ist es wie in vielen Bereichen des Gesundheitssystems aber komplizierter. Eine Verdienstkomponekte der Apotheken ist der sogenannte Apothekenzuschlag bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Er besteht aus zwei Teilen: Einem absoluten Zuschlag von 8,35 Euro je Packung und einem relativen Zuschlag von 3 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis. Um die Mehreinnahmen durch die Privatversicherten zu ermitteln, ist die relative Komponente entscheidend. Ausgehend von den Durchschnittspreisen je Packung und den im Jahr 2015 durch Privatversicherte bezogenen 58,9 Millionen Packungen, hat das WIP zusätzliche Mehreinnahmen von 18,9 Millionen Euro ermittelt.

Daneben existieren noch eine Reihe weiterer Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Versicherten, die Auswirkungen auf die Einnahmen der Apotheken haben, die sich jedoch mit den vorhandenen Daten nicht näher kalkulieren lassen. Dazu gehört etwa das Haftungsrisiko der Apotheken bei gesetzlich Versicherten. Diese müssen nämlich - abgesehen von einer möglichen Zuzahlung - beim Bezug von Medikamenten nicht in Vorleistung treten. Für die Apotheker bedeutet das, dass sie den Rechnungsbetrag später von der entsprechenden Krankenkasse erstattet bekommen. Die Kasse kann allerdings teilweise noch bis zu einem Jahr später Mängel in der Abrechnung, der Verordnung oder der Beratung anmerken und die Zahlung verweigern. Die Liste möglicher Fehlerquellen ist dabei angesichts der zahlreichen Vorschriften lang und das Risiko der Apotheker, auf Kosten sitzen zu bleiben, entsprechend groß. Da Privatversicherte ihre Medikamente in der Regel direkt in der Apotheke bezahlen und die Kosten später von ihrer Versicherung erstattet bekommen, gibt es dieses Haftungsrisiko hier nicht.

Zudem müssen Apotheken im GKV-System zahlreiche gesetzlich vorgeschriebene Steuerungsinstrumente umsetzen. So sind sie etwa verpflichtet, bei gesetzlich Versicherten die kassenspezifischen Rabattverträge mit Pharmaunternehmen zu beachten. Das heißt, sofern der behandelnde Arzt nichts anderes angibt, müssen sie dem GKV-Versicherten das Medikament aushändigen, zu dem die Krankenkasse einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Die Einhaltung dieser Regularien ist nicht nur bezüglich des oben erwähnten Haftungsrisikos nachteilig, sie führt auch zu höheren Kosten durch Lagerhaltung, Logistik und einem höheren Beratungsaufwand bei gesetzlich Versicherten.

Mit anderen Worten: Ohne die Privatversicherten würden auf die Apotheken nicht nur Mindereinnahmen im dreistelligen Millionen-Euro-Bereich, sondern auch höhere Aufwände durch die Umsetzung unterschiedlicher Kostensteuerungs- und Regulierungsinstrumente aus dem Sozialrecht zukommen.

Aus „PKVpublik“ Oktober 2017

Öffnungsaktion für Beamte

Aufnahme auch mit Behinderung oder Vorerkrankung

Emely Faber* freut sich: Die 25-Jährige hat kürzlich erfahren, dass sie in die Private Krankenversicherung (PKV) aufgenommen wird und damit einen für sie passenden Versicherungsschutz erhält. Damit hatte die frisch verbeamtete Diplom-Finanzwirtin nicht unbedingt gerechnet, denn seit einem Verkehrsunfall im Kindesalter ist Faber auf den Rollstuhl angewiesen. Doch schnell zeigte sich, dass ihre Bedenken unbegründet waren.

Auch Mark Willke* hatte sich zwischenzeitlich Sorgen um seine Aufnahme in die PKV gemacht. Denn als Student war der junge Gymnasiallehrer für Sport und Biologie nach einer privaten Stress-Situation längere Zeit in psychotherapeutischer Behandlung. Dennoch hält auch Willke mittlerweile seinen PKV-Vertrag in den Händen.

Dass die beiden trotz Behinderung beziehungsweise Vorerkrankung problemlos Aufnahme in der PKV gefunden haben, hängt mit den erleichterten Zugangsbedingungen zusammen, die eine Vielzahl privater Krankenversicherungsunternehmen speziell für Beamtenanfänger, langjährig gesetzlich versicherte Beamte sowie ihre beihilfeberechtigten Angehörigen anbietet. Im Rahmen dieser sogenannten Öffnungsaktion garantieren die Versicherer nicht nur die Aufnahme, sie verzichten auch auf Leistungsausschlüsse und begrenzen eventuelle Risikozuschläge. Voraussetzung ist lediglich, dass ein entsprechender Antrag bei einem der teilnehmenden Krankenversicherer innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung gestellt wird.

Die Bedingungen dieser freiwilligen Selbstverpflichtung der Branche wurden dabei im Laufe der Jahrzehnte mehrfach zugunsten der Antragsteller verbessert. So betragen etwaige Risikozuschläge aufgrund von Vorerkrankungen heute maximal 30 Prozent. Zudem gab es immer wieder zeitliche „Wechselfenster“, in denen auch diejenigen Beihilfeberechtigten in die PKV aufgenommen wurden, die zunächst freiwillig gesetzlich versichert geblieben waren oder vielleicht auch nicht rechtzeitig von der Öffnungsaktion Gebrauch gemacht hatten.

Um letzteres weitgehend auszuschließen, hält der Verband der Privaten Krankenversicherung umfangreiche Informationen zum erleichterten Zugang für den berechtigten Personenkreis bereit: Im Internet unter www.pkv.de finden sich immer die aktuellen Bedingungen und Fristen sowie die teilnehmenden Unternehmen. Ganz neu gibt es nun ein zusätzliches Merkblatt, in dem häufig gestellte Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung für Beamtenanfänger mit Behinderungen oder Vorerkrankungen beantwortet werden. Idealerweise erhalten neue Beamtinnen und Beamte diese Information auch gleich bei der Einstellung über ihre Dienstherren oder die Personalvertretungen.

Mit der Öffnungsaktion tragen die privaten Krankenversicherer dem besonderen Verhältnis zwischen dem Beihilfeanspruch der Beamten und dem PKV-Schutz Rechnung. Denn die Private Krankenversicherung ist das passende System für Beamte: Zusammen mit der Beihilfe, die ihnen der Dienstherr gewährt, stellt sie eine optimale Kostenerstattung im Krankheitsfall dar.

Unter diesen Voraussetzungen ist es natürlich besonders wichtig, den passenden Versicherungsschutz auch wirklich angeboten zu bekommen. Dank der Öffnungsaktion können sich die Beamten darauf verlassen. Mit der Aufnahme auch von behinderten oder gesundheitlich vorbelasteten Beihilfeberechtigten erfüllt die Private Krankenversicherung damit gleichzeitig eine wichtige sozialpolitische Funktion.

Dass die Private Krankenversicherung diese Öffnungsaktion zu den genannten Bedingungen anbieten kann, hängt damit zusammen, dass sich quasi das gesamte Kollektiv der Beamten privat versichert. Auf diese Weise entstehen größere Tarifgemeinschaften, in denen sich vereinzelt höhere Risiken ausgleichen lassen. Ein Blick auf die Versi-

chertenstruktur der PKV macht dies deutlich: Die Beihilfeberechtigten machen nahezu die Hälfte aller privat Vollversicherten aus. Emely Faber und Mark Willke gehören jetzt auch dazu.

*Namen von der Redaktion geändert

Alle Informationen zur Öffnungsaktion finden Sie unter: www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher

Aus „Info Praxisteam“ 3/September 2017

ONLINE - VIDEOSPRECHSTUNDE

Technische und rechtliche Voraussetzungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der GKV haben sich über die technischen und rechtlichen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst geeinigt. Dazu gehören unter anderem:

- Ärzte müssen für die Videosprechstunde eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholen.
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten.
- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen, wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden, auch nicht vom Patienten.
- Der Name des Patienten muss für den Arzt erkennbar sein.
- Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.
- Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein. Diese Zertifikate muss er dem Arzt vorweisen können. Er muss gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.

Stellenausschreibung

Dr. med. Hans-Joachim Petersohn

Arzt

Chirotherapie / Sportmedizin /
Naturheilverfahren / Umweltmedizin

Dr. med. Annemarie Petersohn

- Ärztin -

Naturheilverfahren

Unser Angebot:

- Mitarbeit in einer ärztlichen Gemeinschaft mit einem Angebot, z.B. in Baubiologie, manueller Therapie, Osteopathie und Physiotherapie
- Etablierte Praxis mit privater Abrechnung
- Familiäre Atmosphäre mit dem Angebot einer persönlichen, zeitintensiven und individuellen Behandlungsweise
- Partnerschaftlicher Austausch mit Kollegen
- Einarbeitung in spezifische Anwendungen

Ihr Profil:

- Approbation als **Arzt/in** mit Spezialisierung in einem Fachbereich und/oder Weiterbildung in Bereichen der Naturheilverfahren und/oder Komplementärmedizin oder Erfahrung in ergänzenden wissenschaftlichen Behandlungsmethoden
- Empathie mit hohem Einsatz für Patienten und Leidenschaft für den Beruf
- Motivation und Engagement zum Ausbau des Patientenstamms
- Interesse an beständiger Weiterbildung

Stellenbeschreibung

Ärztin / Arzt für unser privates Gesundheitszentrum Salutomed in Düsseldorf gesucht.

Sind Sie Arzt aus Leidenschaft? Sind Sie engagiert im Bereich der wissenschaftlichen Schulmedizin und haben Interesse an ergänzenden Anwendungen und Verfahren (auch im Bereich Komplementärmedizin und Naturheilverfahren), um umfassend die Ursachen der Krankheiten Ihrer Patienten zu behandeln?

Dann richten Sie bitte Ihre Bewerbung an info@salutomed.de oder wenden Sie sich unter der Tel.-Nr.: 0211-929085-14 an

Fr. Monika Bodewig, sie freut sich auf Ihre Nachricht und beantwortet jederzeit gerne weitere Fragen! - www.salutomed.de

Für einen reibungslosen Ablauf benötigen wir immer Ihre aktuellen Daten. Bitte teilen Sie uns Adress- oder Kontoänderungen umgehend mit.

Herzlichen Dank

Die Arztsuche des Privatärztlichen Bundesverband e.V.

Hier finden Patienten in Ihrer Nähe den für sie passenden Privatarzt.

Als Mitglied im pbv ist der Eintrag für Sie kostenfrei. Senden Sie uns einfach eine Nachricht per E-Mail an mail@pbv-aerzte.de.

Die möglichen Fachrichtungen und Zusatzbezeichnung finden Sie unter <http://www.arztsuche-privataerzte.de>.

PBV WEITERHIN STELLVERTRETEND FÜR ALLE KORPORATIVEN VERBÄNDE IM HARTMANNBUND IN FÜHRENDER POSITION VERTRETEN (DR.FRANZ GAB DIESES AMT AN VORSTANDSMITGLIED DR.THOMAS EMS AB)

"Nachruf" auf die Bürgerversicherung vom HB Nordrhein, ..mit ernsthafter Ermahnung

Der Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein, Dr. Stefan Schröter, fordert den Erhalt und die verantwortungsvolle Fortentwicklung des Dualen Systems aus Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen als Garant für Selbstbestimmung des Einzelnen, Versorgungssicherheit, Therapiefreiheit, Qualität und Innovation im deutschen Gesundheitssystem

Anlässlich der aktuellen Sondierungs- und voraussichtlichen Koalitionsgespräche im Ergebnis der Bundestagswahlen vom 24. September 2017 appelliert der Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein, Dr. Stefan Schröter, an CDU, CSU, Bündnis90/Die Grünen und FDP, das Duale System aus Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen zu erhalten und verantwortungsvoll fortzuentwickeln.

Die im Wesentlichen gut funktionierenden kapitalgedeckten Krankenversicherungen sollten nicht durch ein schon oft an seine Grenzen gekommenes System aus einer oder mehreren umlagefinanzierten Zwangsversicherungen ersetzt werden, so Schröter. „Die derzeit gute Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherungen ist der seit geraumer Zeit anhaltenden Hochkonjunktur und dem Zustand der Beinahe-Vollbeschäftigung in Deutschland zu verdanken, wobei es sich aber ebenso um eine historische Sondersituation handelt wie die andererseits seit einigen Jahren anhaltende Niedrig- bzw. Nullzinsphase, unter der die kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherungen zu leiden haben. Eine ausschließlich umlagefinanzierte Einheitsversicherung wird darüber hinaus mittel- und langfristig die Anforderungen im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel nicht bewältigen können,

weil in Analogie zur Deutschen Rentenversicherung die viel zu geringe Anzahl von erwerbstätigen Beitragszahlern in Relation zur Anzahl der Leistungsempfänger die Rechnung nicht aufgehen lassen wird.“ – führt der Vorsitzende eines der größten Landesverbände des Hartmannbundes weiter aus.

Die durchaus wettbewerbliche Koexistenz von Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen und die deutlich überproportionale Mittelbereitstellung aus dem PKV-System Sorge darüber hinaus seit Jahrzehnten dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich „spitze“ sei – und zwar für alle Patientinnen und Patienten und unabhängig von der Art der Versicherung. Dies betreffe insbesondere den niedrighschwelligen Zugang für Jedermann zu medizinischen Leistungen auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik, die mit Abstand kürzesten Wartezeiten, den direkten Zugang zum freigewählten Facharzt und das höchste Tempo bei Arzneimittel- und medizintechnischen Innovationen. Auch müssten im Gegensatz zu anderen Ländern in Deutschland für ärztliche Behandlungen keine Zuzahlungen von den Patienten geleistet werden.

Für den Einzelnen bedeuteten die Privaten Krankenversicherungen individuelle Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung sowie eine tatsächlich freie Arzt- und Krankenhauswahl und ein vom Denken in den Kategorien limitierter Budgets befreites individualisiertes Behandlungsverhältnis mit echter Therapiefreiheit.

Schröter sieht aber auch eine Bringschuld bei den Privaten Krankenversicherungen: „Die PKVen müssen ihre ‚Hausaufgaben‘ machen: Diversität und Wettbewerb zwischen den Privaten Krankenvollversicherungen erfordern unter anderem faire und für den Versicherten komfortable Regelungen zur verlustfreien Übertragbarkeit von Altersrückstellungen beim Wechsel des Versicherungsanbieters.“

GEMEINSAM STARK FÜR DIE PRIVATMEDIZIN



Privatärztlicher
Bundesverband e. V.

Geschäftsstelle
Dreisamstraße 1
76337 Waldbronn
T 0152 02146178 | F 07243 65544
mail@pbv-aerzte.de
www.pbv-aerzte.de

Warum Mitglied im PBV sein?

- Wir sind der einzige Berufsverband, der vor allem die niedergelassenen Privatärzte vertritt und dabei auch die Interessen der Kassen- oder Krankenhausärzte im Blick behält, die ja ebenfalls zum Teil nach GOÄ abrechnen.
- Wir setzen uns in Berlin bei Entscheidern für die Sache der Privatmedizin ein.
- Bei uns bekommen Sie politische Informationen aus erster Hand.
- Wir veröffentlichen alle für die Privatpraxis wichtigen aktuellen Informationen sowie Originalbeiträge über medizinische und wirtschaftliche Aspekte zur Führung einer Privatpraxis in unserem Organ „Privatärztliche Praxis“, das unsere Mitglieder kostenlos erhalten.
- Wir haben mehr als drei Jahrzehnte Erfahrung in der Führung und Entwicklung von Privatpraxen und bieten deshalb Unterstützung bei Praxisgründung oder Umstellung.
- Wir unterstützen Sie bei Abrechnungsfragen und Versicherungsfragen.
- Wir können Ihnen Fachärzte aus Ihrem Gebiet vermitteln, die privatärztlich arbeiten, wenn Sie spezielle Informationen benötigen.
- Wir ermöglichen die mündliche Beantwortung von kurzen Rechtsfragen direkt und kostenlos durch unsere Justitiarin.
- Wir vermitteln juristischen Beistand bei allen mit der Praxisführung zusammenhängenden Rechtsfragen, insbesondere auch Gebührenfragen. Dies geschieht durch freiberuflich tätige Rechtsanwälte mit spezieller Erfahrung auf diesem Gebiet.
- Wir haben regelmäßig durch den PBV organisierte Mitgliederveranstaltungen an verschiedenen Orten, mit kontinuierlichem Meinungsaustausch der Mitglieder untereinander.
- Wir bieten regelmäßige, für unsere Mitglieder kostenlose, zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen an. Diese finden unter Einbeziehung qualifizierter Referenten zu aktuellen Themen aus der Praxis, Abrechnung, Qualitätssicherung, Rechtsfragen, Marketing und medizinischen Themen statt.
- Wir können Ihnen versierte, auf die privatärztlichen Themen spezialisierte Steuerspezialisten empfehlen.
- Über den PBV haben Sie die Möglichkeit, erhebliche Rabatte beim Erwerb eines Kfz zu bekommen.
- Alle Mitglieder des PBV sind gleichzeitig korporative Mitglieder des Hartmannbundes und können zu einem stark reduzierten Mitgliedsbeitrag Vollmitglieder des Hartmannbundes werden.

Falls Sie Fragen oder Anregungen haben, senden Sie uns bitte einfach eine E-Mail oder rufen Sie uns an.

Liebe Mitglieder,

*Die Aufmerksamkeit, die uns anlässlich des 4.Tags der Privatmedizin entgegen gebracht wurde von den ärztlichen Verbänden und Medien, ermuntert uns, die Vorstandschaft, unsere Aktivitäten mit der bisherigen Ausrichtung beizubehalten. Wir möchten weiterhin, soweit es möglich ist, Einfluss nehmen auf die Politik bzw. auf die ärztlichen Organe, die dabei sind, unsere Zukunft (GOÄ) zu gestalten und sehen uns aufgrund unserer guten Vernetzungen dazu in der Lage. Auch das Jahr 2018 ist bereits sehr gut konfiguriert, am **21.4.2018** findet die **Jahreshauptversammlung** statt, bis dahin wissen wir auch, welche Regierungskonstellation uns begleiten wird im ärztlichen Alltag. Ob gebetsmühlenartig die Bürgerversicherung in den letzten Tagen des Jahres wieder einmal aus dem Hut gezaubert wird, steht in den Sternen; nach gescheiterter Jamaika-Koalition wäre das eine Ablenkung von den wirklichen Problemen dieser Welt!*

*Wir werden im kommenden Jahr unseren **Tag der Privatmedizin** unmittelbar nach der MEDICA ansetzen, am **24.11.2018**. Jeder der in diesem Jahr dabei war, wird wohl auch anstreben wieder zu kommen. Nirgends werden die täglichen Arbeitsbedingungen besser abgebildet und Problemfelder behandelt als auf solch einer Veranstaltung. Auch von Neumitgliedern unseres Verbandes haben wir sehr positive Rückmeldungen diesbezüglich.*

In diesem Sinne möchten wir ganz viel positive Energie verbreiten am Jahresende: irgendwie hat sich alles gelohnt, was wir angegangen sind! Für unsere Privatärztliche Arbeit bestehen trotz zwischenzeitlicher Befürchtungen weiterhin gute Bedingungen.

Wir wünschen Ihnen eine wunderbare Adventszeit und schöne Feiertage

Ihre Vorstandschaft des PBV

Dr. Norbert A. Franz, Dr. Heinz Oehl-Voss, Dr. Christoph Gepp, Dr. Thomas Ems

