

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](http://www.pbv-aerzte.de)**

E-Mail: [PBV-Weishaeupl@gmx.de](mailto:PBV-Weishaeupl@gmx.de)

*Ausgabe 1/2018*

### ***Die Bürgerversicherung - Hausärzte und "Demokratische Ärzte" dafür?***

Nicht nur der verbliebene Teil der geschrumpften SPD, sondern sogar auch durchaus welche aus unserer ärztlichen "Mitte" plädieren immer noch für eine Bürgerversicherung (der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zumindest, aber auch ein nicht ganz so kleiner Teil der Hausärzte). Sie bezeichnen die letzten Berichte über all die hinlänglich bekannten irreversiblen negativen Konsequenzen einer BV als "Propagandaoffensive eines Teils der organisierten Ärzteschaft gegen eine BV" (Leserkommentar von Dr. Peter Friemelt in der ÄrzteZeitung vom 22.1.2018). Die ärztlichen Interessenverbände würden den Patientinnen und Patienten Angst machen aus billigem Eigeninteresse vor etwas "was unser Gesundheitssystem gerechter machen wird"...(die BV, die Red.)

Da es tatsächlich solche Meinungen auf etwas breiterer Front zu geben scheint, müssen wir uns wohl oder übel weiter damit beschäftigen, auch weil die SPD in ihren Koalitionsverhandlungen ständig weiter auf ihrer Meinung besteht, das bisherige System setze "erhebliche Fehlanreize". So muss dann wieder der KV-Vorsitzende Gassen energisch davor warnen, "gefährliche Experimente einzugehen", und der Präsident der Ärztekammer Montgomery muss gebetsmühlenartig betonen, "die enorme Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens dürfe nicht durch Ideologie-geleitete Forderungen nach Pseudoreformen infrage gestellt werden" (DÄ 26.1.2018).

Andreas Mihm klärt in der FAZ vom 10.1.2018 im Rahmen seiner sehr konstruktiven Kritik in vielen Einzelbereichen des deutschen Gesundheitswesens darüber auf, was es in Zukunft besonders zu beachten gäbe, würde man beginnen, das duale System abzuschaffen: zunächst würden bei einer Öffnung der Privatversicherung zuerst die "schlechten Risiken" Löcher in die gesetzlichen Kassen reißen. Auch teure Kunden mit beitragsfreien Kindern oder chronischen Erkrankungen kämen...Auf Jahre hätten Gerichte darüber zu urteilen, ob das gesellschaftspolitische Großprojekt Bürgerversicherung mit der Verfassung vereinbar wäre.

"Als gäbe es keine dringenderen Aufgaben im überbezahlten deutschen Gesundheitssystem, das über viel zu viele Krankenhäuser verfügt, das zu wenig Pflegekräfte hat,...das eine gewaltige Bürokratie unterhält, aber seine Patienten nicht so steuern kann, dass sie schnelle Hilfe zu möglichst geringen Kosten erfahren...Dies alles wären Themen, groß genug für eine große Koalition. Eine Verstaatlichung gehört nicht dazu."

Er vergleicht in dem Artikel v.a. das britische System mit unserem, mit seinen "miserablen Leistungen", nachdem dort verstaatlicht wurde. Weitere Artikel in der FAZ befassten sich mit der "Tragödie in Großbritanniens Krankenhäusern", als weitere Auswirkung von Verstaatlichungen.

Und weiter: "Wenn das Versagen staatlicher Einheitssysteme so offenkundig ist, bleibt eine Generation seit dem Zusammenbruch des einen sozialistischen deutschen Staates die Frage: Wer würde von einer Bürgerversicherung profitieren, außer jenen Ideologen, die ihr Herzblut in die angeblich gerechtere Bürgerversicherung investieren? Die Antwort lautet: niemand".

Derweil verkündet der immer noch amtierende Gesundheitsminister Gröhe aktuell, für ihn sei eine BV nicht machbar, und die bayrische Gesundheitsministerin Melanie Hume bestätigt ebenso aus Sicht der Schwesterpartei: "es wird keine Strukturdebatte geben in den Koalitionsverhandlungen", sondern es werde über eine Verbesserung der ländlichen Versorgung verhandelt und über eine deutliche Aufwertung der sprechenden Medizin!

Bei einer BV, könnte ergänzt werden, wären die Strukturen des dualen Systems derart zerstört, dass dieser Schaden irreparabel wäre. Schon der Versuch einer Honoraranpassung von GKV und PKV käme einer Mammutaufgabe über mehrere Legislaturperioden gleich, so der NAV-Virchow-Vorsitzende Heinrich in einer Mahnung an CDU-Fraktionschef Kauder Mitte Januar, der der SPD bei den Koalitionsverhandlungen diesbzgl entgegen kommen wolle. Man solle eher die Budgetierung aufheben, das ginge schnell und würde viel wirksamer den Ärztemangel bekämpfen. "Wer bei 90% der Menschen in Deutschland die Arzthonorare willkürlich drosselt und gleichzeitig Stimmung gegen eine Mehrheit von Privatpatienten mache, handele angesichts des Ärztemangels unverantwortlich", so Heinrich.

Natürlich wollen wir auch aktuell nicht unterschlagen, dass die PKV eigene Probleme hat, die für ihre Mitglieder hier und da Probleme aufwerfen; dies ist Teil einer Extra-Thematisierung, sie sind aber kein Grund, die Systemfrage zu stellen! Klaus Reinhard als Chef des Hartmannbundes weist umgekehrt darauf hin, dass die gegenwärtige Prosperität des GKV-Systems "konjunkturell bedingt" sei (DÄ 8.1.2018, Interview mit dem HB-Chef) "Das System wird aber unter Druck geraten, wenn die Babyboomer-Generation in den nächsten Jahren in Rente geht und als Zahler aus dem Umlagesystem GKV ausscheidet. Das ist der Grund, warum Herr Lauterbach von den Rücklagen der PKV profitieren will. Er will das alles in einen Topf schmeißen. Dann hat er vielleicht für noch einmal zehn bis fünfzehn Jahre das System prolongiert, aber nicht auf Dauer gerettet."

Nach all diesen Systemdebatten hat man sich quasi in letzter Minute bei den GroKo-Verhandlungen am 7.2.2018 entschieden, zahlreiche Verbesserungsvorschläge im Gesundheitssystem abzarbeiten, allerdings ohne Zeitdruck, und vor allem ...ohne Bürgerversicherung!

---

## ***Der Hartmannbund, der Privatärztliche Bundesverband (PBV) und weitere große Ärzteverbände (s.u.) fordern 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 zwischen der CDU, CSU und SPD im Ergebnis der Bundestagswahlen vom 24. September 2017 und gescheiterten Jamaica-Verhandlungen, appelliert der Hartmannbund, der PBV und korporative Verbände an CDU, CSU und SPD, das Duale System aus Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen zu erhalten und verantwortungsvoll fortzuentwickeln.

Die im Wesentlichen gut funktionierenden kapitalgedeckten Krankenversicherungen mit 280 Mrd. Altersrücklagen, sollten nicht durch ein schon oft an seine Grenzen gekommenes System aus einer oder mehreren umlagefinanzierten Zwangsversicherungen ersetzt werden. Die derzeit gute Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherungen ist der seit geraumer Zeit anhaltenden Hochkonjunktur und dem Zustand der Beinahevollbeschäftigung 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.

Die durchaus wettbewerbliche Koexistenz von Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen und die deutlich überproportionale Mittelbereitstellung aus dem PKV-System sorgt darüber hinaus seit Jahrzehnten dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich „spitze“ ist – und zwar für alle Patientinnen und Patienten und unabhängig von der Art der Versicherung. Dies betreffe insbesondere den niedrigschwelligen Zugang für Jedermann zu medizinischen Leistungen auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik, die mit Abstand kürzesten Wartezeiten, den direkten Zugang zum freigestellten Facharzt und das höchste Tempo bei Arzneimittel- und medizintechnischen Innovationen. Im Gegensatz zu anderen Ländern muss 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.

Es gibt auch eine Bringschuld bei den Privaten Krankenversicherungen: 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.“

Angesichts der zu erwartenden Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen wäre ein Umdenken in der Struktur dringend notwendig. Der Ansatz eines innovativen Kostenerstattungsmodells sollte in diesem Zusammenhang vorrangig diskutiert werden. Dieses Modell würde sich an den Strukturen der PKV orientieren und nicht eine Bürgerversicherung favorisieren. Für weiteren vertiefenden Austausch stehen wir sehr gern zur Verfügung.

Der wohlklingende Name Bürgerversicherung verdeckt den Blick auf eine Mogelpackung für alle Versicherten. Es wird, wie in anderen ähnlichen Systemen zu einer Rationierung und Verschlechterung der Leistung für alle Versicherten kommen. In der Folge werden sich nur noch die Privilegierten mit höherem Einkommen mit Zusatzversi-

cherungen oder als Selbstzahler eine gute ärztliche Versorgung leisten können. Dann bekommen wir eine echte 2 Klassenmedizin.

Folgende Verbände unterstützen diese Aufforderung:

Der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) der mehr als 10% der deutschen Privatärzte vertritt.

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP e.V.)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.

Privatärztlicher Bundesverband e.V.

Hartmannbund

sowie weitere korporative Verbände des HB unterstützen diese Forderung ausdrücklich.

---

***Das sind die Punkte, die bis 2019 von der GroKo „in Auftrag gegeben“ worden sind.***

*Aus „ergo“ Ausgabe 1/Januar 2018*

### ***EBM & GOÄ = EGO?***

*Was wäre, wenn es eine Einheitliche Gebührenordnung gäbe...*

**Für Propheten sind Koalitionsverhandlungen ein schlechtes Betätigungsfeld. Zum Redaktionsschluss von ergo war noch unklar, wie die Regierung für die nächsten vier Jahre aussehen wird. Davon sind - natürlich - auch einzelne Themen betroffen. So sind im GroKo-Sondierungsergebnis weder eine Bürgerversicherung noch explizit eine Einheitliche Gebührenordnung erwähnt. Dennoch ist die Diskussion darüber noch immer virulent und noch lange nicht abgeschlossen.**

In den Diskussionen der letzten Monate war ein Großprojekt Gegenstand, das unter Ärzten und Psychotherapeuten zum Teil auf heftigen Widerstand und Existenzängste stößt. Die Rede ist von der Einheitlichen Gebührenordnung (EGO).

Das bedeutet: GOÄ und der EBM sollen zusammengelegt werden. Nur noch für Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, gäbe es noch die GOÄ. Die Einführung der EGO würde das Gesundheitswesen gravierend verändern und hätte weitreichende Konsequenzen für Ärzte und Psychotherapeuten. Sie wäre unabdingbarer Bestandteil einer Bürgerversicherung.

Zwar lehnt die Union mehrheitlich eine Bürgerversicherung ab, eine EGO genießt aber bei einzelnen CDU-Mitgliedern - wie natürlich auch mehrheitlich in der SPD - durchaus Sympathien. Damit wäre die EGO die ideale Kompromisslösung in der Auseinandersetzung um eine Bürgerversicherung. In der Praxis würde der EBM angehoben werden, um die Verluste aus der bisherigen GOÄ zu kompensieren. Hört sich einfach an, ist es aber nicht. Und die Frage bleibt: Geht es überhaupt?

### **Woher kommt das Geld?**

Die Befürworter der EGO behaupten, dass die Mittel aus den Privateinnahmen im System bleiben. Wie das gehen soll, sagen sie nicht. Wenn der EBM angehoben wird, heißt das, dass die Gesetzlichen Krankenkassen für eine Behandlung mehr bezahlen müssten als bisher, die Privatversicherungen entsprechend weniger.

Doch woher bekommt eine Gesetzliche Krankenkasse das dafür notwendige Geld? Das würde nur gehen, wenn ein Mittelfluss von der PKV in die GKV stattfinden würde. Oder wenn die Mehrausgaben aus Steuermitteln finanziert würden. Ergibt das einen Sinn?

Systematisch richtig wäre es, wenn die Privaten Kassen ihre Beiträge ebenfalls in den Gesundheitsfonds einzahlen müssten. Doch das hätte zur Folge, dass sie faktisch abgeschafft werden, denn dann gäbe es keinen Unterschied mehr zu den Gesetzlichen Kassen. Und das wäre dann die Bürgerversicherung in Reinform. Doch ob das rechtlich überhaupt gehen würde, ist unklar.

Eine der wahrscheinlichsten Lösungen ist daher, dass das Geld aus den Reserven des aktuell üppig gefüllten Gesundheitsfonds genommen wird. Damit entstünde eine absurde Situation: Die Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenkassen subventionieren die PKV.

### **Umverteilung**

Die EGO würde zu Umverteilungen führen. Zunächst einmal zwischen den Fachgruppen. Diejenigen mit höheren PKV-Einkommen würden zu den Verlierern gehören. Selbst innerhalb der Fachgruppen gäbe es Gewinner und Verlierer. Tendenziell wären Fachärzte stärker betroffen als Hausärzte und Psychotherapeuten. Kalkulierbar ist das nicht. Niemand weiß, wie das System künftig ausgestaltet sein würde und welche Auswirkungen das auf die eigene Praxis hätte. Es würde zu ganz massiven Umverteilungen zwischen den Bundesländern kommen, wobei Baden-Württemberg verlöre, da die Privateinnahmen hier höher sind als in anderen Bundesländern. Ob und wie die Politik das ausgleichen würde, ist völlig unklar.

### **Was ist das Ziel?**

Mit der EGO soll die von Patienten „gefühlte“ Ungleichbehandlung zwischen Privat- und GKV-Versicherten, insbesondere bei der ambulanten Terminvergabe, abgebaut werden. Die einfache Rechnung: Wenn Privat- und GKV-Patienten gleich vergütet werden, bekommen sie auch gleich schnell einen Termin.

Die Grenze zwischen einfach und falsch ist dabei fließend. Denn hier werden zwei Faktoren nicht berücksichtigt: Für die Privatpatienten gibt es keine Budgetierung. Und der Leistungskatalog ist in der PKV größer als in der GKV. PKV-Patienten werden so auch in der EGO weiterhin attraktiv für den Arzt bleiben. Und trotzdem gilt: In der Qualität der medizinischen Behandlung besteht keinerlei Unterschied für GKV- und PKV-Patienten.

### **Fazit**

Für alle Befürworter der EGO muss klar sein: Die Gründe, sich niederzulassen und die unternehmerische Verantwortung für eine Praxis zu übernehmen, werden mit der EGO nicht zahlreicher. Im Gegenteil: Die anhaltenden politischen Auseinandersetzungen nehmen dem Nachwuchs die finanzielle Gründerperspektive. Neuniederlassungen werden immer schwieriger, die ambulante Versorgung wird damit immer schwieriger.

ks

---

## **GOÄ aktuell**

*Aus „der niedergelassene arzt“ 12/2017*

### **Privatabrechnung bei Akupunkturbehandlungen**

**Bei der Privatabrechnung von Akupunkturbehandlungen muss man auf einige Dinge zusätzlich achten.**

Kernziffer der Akupunkturbehandlung ist in der GOÄ die Nr. 269a: „Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung“. Akupunkturen von geringerer Zeitdauer sind seltener, dann ist die Nr. 269 GOÄ anzusetzen.

Die Nrn. 269/269a beziehen sich ausdrücklich auf die Schmerzbehandlung und die Nadelstich-Technik. Eine bestimmte Art von Schmerzzuständen ist nicht vorgeschrieben. Liegt eine andere Indikation als „Schmerzbehandlung“ vor, muss die Nr. 269a beziehungsweise 269 GOÄ analog herangezogen werden. Gleiches gilt, wenn die Akupunktur nicht mit der Nadelstich-Technik, sondern mit einer anderen Technik erfolgte.

### **Qualifikation ist Voraussetzung**

Auch in der Behandlung von Privatpatienten muss der Arzt über eine entsprechende Qualifikation verfügen und im Streitfall auch nachweisen können. „Genehmigungen“ wie im Kassenärztliche Vereinigung (KV)-System gibt es dazu aber nicht. Einer Zulassung im KV-System kommt im Zweifel aber eine auf die Privatbehandlung übertragbare Beweiskraft zu. Eine Zusatzqualifikation beziehungsweise Zertifizierung der Ärztekammer oder anerkannter Fachgesellschaften ist ebenso beweisend wie eine KV-Zulassung.

Indikationsstellung und Durchführung der Akupunktur sind nicht delegierbar. Die Überwachung des Patienten während der Sitzung und die Entfernung der Nadeln können jedoch an einen Helfer delegiert werden.

### **Abrechnung**

Die Nrn. 269 beziehungsweise 269a GOÄ sind nur jeweils einmal pro Sitzung und nicht nebeneinander berechenbar. Die Zahl der berechenbaren Sitzungen richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Eine Verweilgebühr (Nr. 56 GOÄ) ist für die Dauer der Akupunktur nicht berechnungsfähig. Sie wäre es nur dann, wenn der Arzt, zum Beispiel wegen eines Kreislaufereignisses, die Mindestzeit von einer halben Stunde verweilt, ohne dass er in dieser Zeit andere berechenbare Leistungen, auch nicht bei anderen Patienten, erbringt. Die Kosten für die Nadeln können nach 5 10 GOÄ als Auslagenersatz berechnet werden, aber nur wenn sie den Betrag von einem Euro überschreiten (würden). Sonst sind sie nicht berechenbares „Kleinmaterial“ nach § 10 GOÄ. Ein höherer Faktor (bis 3,5-fach) kann zur Akupunktur zum Beispiel bei Moxaerwärmung, Verwendung überdurchschnittlich vieler Nadeln oder hohem Zeitaufwand berechnet werden.

Eingangs- und Abschlussdiagnostik, Beratungen, Therapiepläne und Berichte (sofern erforderlich) sind mit den entsprechenden Einzelleistungen der GOÄ zusätzlich berechenbar. Eigenständig berechenbar sind auch neben der Akupunktur erfolgende Zusatzbehandlungen, zum Beispiel die alleinige Moxabehandlung mit der Nr. 532 analog. Die führende Kommentarliteratur zur GOÄ sieht die Akupunktur unter Wärme-(Moxa-) Anwendung oder Elektrostimulation als nur zur Wahl eines höheren Steigerungsfaktors berechtigend. Für die Elektroakupunktur (nach Dr. med. Reinhold Voll) wird die Analogabrechnung mit der Nr. 832 GOÄ empfohlen. Für Laser-Akupunktur wird meist die Analogabrechnung mit Nr. 269a GOÄ empfohlen.

### **Aufklärungspflicht**

Neben der selbstverständlichen medizinischen Aufklärung muss auch bei Privatpatienten gegebenenfalls wirtschaftlich aufgeklärt werden. Die privaten Kostenträger erstatten Modifikationen der Nadelstichtechnik meist problemlos. Anders aber zum Beispiel die Elektroakupunktur oder Laserakupunktur. Dazu gibt es häufiger Erstattungsprobleme, besonders in der Beihilfe.

Bei den Indikationen besteht ein Erstattungs Ausschluss, wenn die Behandlung nicht der einer Krankheit diene (z. B. Akupunktur zur Raucherentwöhnung). Manche Versicherungen erstatten aber auch dann wenigstens einen Teil der Kosten. Bei Zweifeln sollten die Patienten auf eventuell zu erwartende Erstattungsschwierigkeiten schriftlich hingewiesen werden - ähnlich der Vereinbarung mit IGeL-Patienten.

### **Wichtig**

- Bei anderen Indikationen als zur Schmerzbehandlung oder anderen Akupunkturformen als der Nadelstichtechnik kommen die Nrn. 269/269a der GOÄ analog zum Ansatz
- Zusätzliche Moxabehandlung (außer der an den Akupunkturadeln) kann mit Nr. 532 analog zusätzlich berechnet werden
- Auch bei der Behandlung von Privatpatienten ist eine entsprechende Qualifikation Voraussetzung.
- Wenn die Behandlung nicht der Behandlung einer Krankheit dient (z. B. zur Raucherentwöhnung) sind auch private Kostenträger nicht erstattungspflichtig

## Kompressionstherapie

### nach GOÄ richtig abrechnen

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt es im Gegensatz zum EBM keine Komplexleistungen, um eine Kompressionstherapie abzurechnen. Die Grundleistung ist dort die Nr. 204 GOÄ (Kompressionsverband, 95 Punkte). Multipliziert mit dem 2,3-fachen Schwellensatz resultiert ein Honorar von 12,74 Euro. Da die Nr. 204 GOÄ nur den einfachen „Kompressionsverband“ abdeckt und nicht den wesentlich anspruchsvolleren „phlebologischen Funktionsverband“, ist ein Multiplikator über dem Schwellensatz unter Hinweis auf den Aufwand möglich. Die Leistung kann man je angelegtem Kompressionsverband und damit mehrfach berechnen.

Die GOÄ beschränkt die Berechenbarkeit im Behandlungsfall nicht: Über den Zeitraum der Abrechnung kann man also so viele Kompressionsverbände nach Nr. 204 GOÄ in Rechnung stellen, wie notwendigerweise angelegt wurden. Für notwendige Kontrolluntersuchungen der Beinumfangs gibt es die Nr.5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung). Die zusätzliche Berechnung der Nr. 200 GOÄ für den einfachen Verband ist nicht ausgeschlossen. Dies ist zum Beispiel in Zusammenhang mit dem großflächigen Auftragen von Externa wie Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen zur Behandlung von Hautkrankheiten wie einer Stauungsdermatitis nach Nr. 209 GOÄ denkbar. Besteht ein Ulcus cruris, wäre zusätzlich die Nr. 2006 GOÄ möglich (Behandlung sekundär heilender Wunde). Eine vorbereitende apparative Kompressionstherapie ist nach Nr. 526 GOÄ berechnungsfähig. Die Materialkosten für die genannten Verbände können zusätzlich etwa über den hier von den Privatkassen in der Regel anerkannten UV-Nebenkostentarif pauschal zum Ansatz gebracht werden (s. Tab.).



GOÄ	Legende	Euro	Kosten (Euro)
1	Beratung	10,72	
5	Klinische Untersuchung	10,72	
2006	Behandlung Ulcus cruris	8,65	
209	Auftragen von Externa	20,10	
204	Kompressionsverband	12,74	1,76
200	Abdeckverband	6,02	1,28
526	Apparative Kompressionsbehandlung	5,78	

So könnte man nach GOÄ die Behandlung eines Ulcus cruris mit Stauungsdermatitis je Sitzung und je Bein berechnen. Bei der Rechnungsstellung wurden jeweils die Schwellensätze zugrunde gelegt. Bei der Nr. 209 GOÄ kann man das verwendete Externum per Rezept verordnen.

## GOÄ Nr.4 (Fremdanamnese oder Beratung von Bezugspersonen)

Kostenträger behaupten ziemlich oft, die Nummer 4 dürfe nur unter außergewöhnlichen Umständen angesetzt werden. Wehren Sie sich dagegen: Weder bei der GOÄ selbst, noch in den gängigen Kommentaren findet sich ein Beleg dafür!

## Basis- und Standardtarifversicherte

Bei Privatpatienten sollten Hausärzte drei Besonderheiten beachten, um späteren Problemen vorzubeugen.

2015 waren etwa 29.400 Personen im Basistarif und 45.800 im Standardtarif versichert. Die Probleme, die auftauchen können, liegen vor allem darin, welcher Behandlungsumfang von der Versicherung gedeckt ist und ob der Arzt verpflichtet ist, sich bei der Abrechnung an die eingeschränkten Erstattungsbedingungen zu halten. Die wichtigsten Punkte sind:

(1) Im Basistarif ist der Patient hinsichtlich des Leistungsumfangs nahezu vollständig so versichert wie es dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entspricht. Im Standardtarif ist auch das der Kern, jedoch hinsichtlich ambulanter Psychotherapie (vorherige schriftliche Zusage wird verlangt), spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Kuren, Rehabilitation, Haushaltshilfen, Krankentagegeld und Soziotherapie ist der Standardtarif eingeschränkt. Sind in der Behandlung solche Bereiche angesprochen, sollte der Patient sich vorher Klarheit über seinen Versicherungsumfang verschaffen.

(2) Ein wesentlicher Unterschied ist de; dass Basistarifversicherte keine freie Arztwahl haben. Sie bekommen nur dann eine Erstattung, wenn der Arzt auch vertragsärztlich tätig ist. Eine Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt ist im Basistarif nur mit einem in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Überweisungsschein versichert. Im Standardtarif besteht diese Pflicht nicht.

Tab. 1: Faktoren bei GOÄ-Liquidation

GOÄ-Abschnitte	Basistarif	Standardtarif
Labor	0,9-fach	1,16-fach
Abschnitte A, E und O	1,0-fach	1,38-fach
Übrige Leistungen	1,2-fach	1,8-fach

(3) Die Abrechnung ist in beiden Fällen nach der GOÄ vorzunehmen. Jedoch sind unterschiedliche Faktoren vorgesehen (siehe Tab. 1).

Die Rechnung ist wie eine normale GOÄ-Rechnung zu fassen. Zusätzlich muss im Basistarif die Vertragsarzt Nummer (LANR) angeführt werden. Zur Erstattung muss der Patient die Rechnung zusammen mit einem Beleg einreichen, dass er die Rechnung bezahlt hat. Fehlt dieser Beleg, kann die Versicherung direkt an den Arzt zahlen. Der Arzt kann die Rechnung auch direkt an die Versicherung schicken, was das Einverständnis des Patienten voraussetzt.

### Behandlungspflicht

Beispiel: Der Patient weist den Arzt darauf hin, dass er mit dem Jahreswechsel in den Basistarif wechsele und schon jetzt den Arzt darauf hinweisen möchte, dass er seine Rechnungen künftig an den Basistarif anpassen müsse. Der Arzt fragte, ob denn wirklich müsse. Er würde gerne, so wie er das von Zahnärzten kenne, vor der Behandlung Vereinbarungen über höhere Faktoren treffen - sonst erfolge eben keine Behandlung.

Das ist nicht so einfach. Trotz verschiedener Meinungen, können wir nur folgende Aussage treffen: 2004 hat das Bundesverfassungsgericht eine Behandlungspflicht für Basistarifversicherte verneint (Zahnarzt). Die „Lösung“ ist für Ärzte eine „pragmatische“: Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sehen vor, dass der Vertragsarzt sich an, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossene Verträge, halten muss. Das betrifft auch den Vertrag der KBV zur Vergütung ärztlicher Leistungen bei Versicherten des Basistarifs von 2010.

Da der Sicherstellungsauftrag der KVen auch die Versorgung von Patienten im Basis- und Standardtarif betrifft, greift die KV hier in die Behandlung von -Privatpatienten ein. Die Möglichkeiten einer Ablehnung der Behandlung müssen aber genauso eng gesehen werden wie bei GKV-Versicherten. Das betonen auch alle KVen.

Durch die vertraglichen Verpflichtungen des Kassenarztes ist eine Vereinbarung höherer Faktoren vor der Behandlung danach nur für Leistungen möglich, die nicht in den Leistungsumfang der GKV fallen. Die aber bekommt der Basistarif-versicherte ohnehin nicht erstattet. So cm Patient wird sich bei Zuwiderhandlungen bei der KV, seiner Versicherung und beim Patientenschutzbeauftragten beschweren. Wir konnten dem betroffenen Arzt deshalb nur raten, unnötigen Ärger zu vermeiden, indem er den Patienten zwar freundlich und zu den niedrigeren Gebüh-



rensätzen behandelt, ihn aber beispielsweise durch Vergabe „unbequemer“ Termine von sich aus zu einem Arztwechsel bewegt.

### **Wichtig**

- Basis- und Standardtarifversicherte Patienten haben nur Anspruch auf Leistungen, wie sie auch in den Leistungsumfang der GKV fallen
- Standardtarifversicherte bekommen auch Behandlungen durch Privatärzte erstattet, Basistarif-versicherte nicht
- De facto besteht eine Behandlungspflicht. Bei Basistarifversicherten ist eine Vereinbarung höherer Faktoren nur für Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht erlaubt, bei Standardtarif-versicherten wäre sie möglich, spielt in der Praxis aber keine Rolle

---

*Aus „meditaxa83/2017 November“*

## **Neuregelung bei der Abschreibung von geringwertigen Wirtschaftsgütern ab 01.01.2018**

Mit dem Gesetz gegen schädliche Steuerpraktiken im Zusammenhang mit Rechteüberlassungen wurden die Grenzen für selbstständig nutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, deren Anschaffungs- und Herstellungskosten bestimmte Grenzen nicht überschreiten – sog. geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) – angehoben. Danach gilt ab 01.01.2018:

### **Sofortabschreibung**

GWG, deren Anschaffungs- und Herstellungskosten 800 Euro (bis 31.12.2017 = 410 Euro) nicht übersteigen, können im Jahr der Anschaffung oder Herstellung sofort abgeschrieben werden. Wird von dem Recht Gebrauch gemacht, sind GWG, die den Betrag von 250 Euro (bis 31.12.2017 = 150 Euro) übersteigen, in einem laufenden Verzeichnis zu erfassen, es sei denn, diese Angaben sind aus der Buchführung ersichtlich. Entscheidet sich der Unternehmer für die Sofortabschreibung der GWG unter 800 Euro, gelten für Wirtschaftsgüter über 800 Euro die allgemeinen Abschreibungsregelungen.

### **Computerprogramme**

Die in den Einkommensteuer-Richtlinien genannte Grenze für die Behandlung von Computerprogrammen wie Trivialprogramme in Höhe von 410 Euro war an die Grenze für die Bewertungsfreiheit geringwertiger Wirtschaftsgüter angelehnt. Im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Einkommensteuer-Richtlinien ist auch hier eine Anhebung auf 800 Euro vorgesehen.

### **Sammelposten**

Nach wie vor besteht die Möglichkeit, GWG über 250 Euro (bis 31.12.2017 = 150 Euro) und unter 1.000 Euro in einen jahresbezogenen Sammelposten einzustellen und über 5 Jahre abzuschreiben. Sie brauchen dann nicht in ein laufendes Verzeichnis aufgenommen werden. Auch Wirtschaftsgüter unter 250 Euro (bis 31.12.2017 unter 150 Euro) können in den Sammelposten aufgenommen werden und müssen nicht zwingend im Jahr der Anschaffung voll abgeschrieben werden.

### **✓ HINWEIS**

Es gilt zu beachten, dass das Wahlrecht für die Sofortabschreibung oder den Sammelposten für alle in einem Wirtschaftsjahr angeschafften Wirtschaftsgüter nur einheitlich ausgeübt werden kann.

In Hinblick auf diese Neuregelungen lohnt sich – aus steuerlicher Sicht und wenn wirtschaftlich sinnvoll - ggf. die Beschaffung derartiger Wirtschaftsgüter in das Jahr 2018 zu verlagern, um damit die besseren Abschreibungsbedingungen zu nutzen.

**Telemedizin wird demnächst auf von der PKV gefördert. Manche Privatpraxis wird ihr Geschäftsmodell darauf abstimmen**

Aus „Der Hausarzt“ 20/2017

### **Telemedizin kann Attraktivität der Praxis steigern**

Wenn Ärzte offen für telemedizinische Neuerungen sind, so kann das auch die Attraktivität als Arbeitgeber steigern. Dieses Argument brachte Dr. Thomas Aßmann, Initiator der TeleVERAH, beim Tag der Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main in die Diskussion um die Digitalisierung ein. Er beobachtet, dass Medizinische Fachangestellte (MFA) durch das Aufkommen neuer Berufsbilder wie dem Physician Assistant oft verunsichert seien. „Eine zusätzliche Qualifikation kann mehr Selbstbewusstsein geben“, zeigte sich Aßmann überzeugt. Auch sei das Angebot ein Pluspunkt bei der Suche nach neuen qualifizierten Mitarbeiterinnen. Tele-VERAH sind mit einem Technik-Rucksack der Firma Vitaphone ausgestattet und besuchen Patienten daheim, während der Hausarzt über eine Videokonferenz zugeschaltet wird. Der Rucksack kostet pro Quartal 195 Euro. Sechs BKKen unterstützen bereits, Verhandlungen mit Kassen in Hessen, Thüringen und Baden-Württemberg stehen laut Aßmann kurz vor einem positiven Abschluss. Als nächste Stufe stellt er Tele-Fallkonferenzen mit Facharzt-Kollegen in Aussicht. Professor Ferdinand Gerlach, Direktor des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin, zeigte sich überzeugt, dass die telemedizinische Entwicklung künftig an Geschwindigkeit gewinnt. „Ich gehe davon aus, dass E-Health deutlich Fahrt aufnehmen wird“, sagte er in Frankfurt.

So sieht der Einsatz der Tele-VERAH in der Praxis aus: <https://hausarzt.link/kdqSC>

---

Aus „Der Hausarzt“ 01/2018

### **Fernbehandlung: Entwurf für neue Berufsordnung steht fest**

Das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung soll fallen. Das sieht eine neue Formulierung für den Paragraphen 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung vor, die der Berufsausschuss der Bundesärztekammer (BÄK) nun erarbeitet hat. Die Beschlussvorlage soll Anfang des neuen Jahres dem BÄK-Vorstand vorgelegt werden, wie Sprecher Samir Rabbata auf Anfrage bestätigt.

Die Bundesärztekammer war beim 120. Deutschen Ärztetag aufgefordert worden, zu überprüfen, ob die Musterberufsordnung im Hinblick auf Fernbehandlungen ergänzt werden muss.

Inhaltlich wollte Rabbata vor der Entscheidung des Vorstandes noch keine Aussage dazu treffen, wie weit die Lockerung gehen wird. BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Franz Bartmann gibt im Interview jedoch einen Ausblick, dass die Entscheidung zur Fernbehandlung Patient und Arzt gemeinsam tragen müssten, der persönliche Kontakt also die Regel bleiben soll. Der Deutsche Hausärzteverband hatte wiederholt betont, dass das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis – bei aller Offenheit für moderne Kommunikationswege – nicht ausgehöhlt werden dürfe.

Vorbehaltlich der Zustimmung des BÄK-Vorstandes könnte die Formulierung bereits im Mai beim 121. Deutschen Ärztetag zur Abstimmung kommen.

### **"Einige Praxen könnten deutlich entlastet werden"**

Eine Neuregelung der Fernbehandlung soll Ärzten mehr Spielraum ermöglichen. Dr. Franz Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer, erklärt, was das für Hausärzte bedeutet.

*Wenn der BÄK-Vorstand ein Aus des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots beschließt, wird der Kontakt zum Hausarzt dann künftig redundant?*

Im Falle des Hausarztes, der von einem ihm bekannten Patienten kontaktiert wird, relativiert sich bereits heute die in Paragraf 7 Abs. 4 beschriebene Einschränkung der Fernbehandlung. Meines Erachtens ist es in diesem Fall situations- und ermessensabhängig, ob eine spezifische Beratung ohne zwingend erforderliche persönliche Vorstellung erfolgen kann. Allerdings sehen die Juristen einiger Kammern dies restriktiver. Die angestrebte Neuregelung würde ich so interpretieren, dass eine Entscheidung, ob eine abschließende Beratung erfolgen kann, sich erst im Laufe des Kontaktes entwickeln kann und Patient und Arzt gemeinsam den Entschluss tragen.

*Was bedeutet die angestrebte Lockerung für den Arzt im Praxisalltag?*

Diese Frage ist pauschal nicht zu beantworten. In einer Einzelpraxis würden permanent eingehende Telefonate mit jeweils längeren Erörterungen den Praxisablauf empfindlich stören. Bei mehreren Kollegen könnte dagegen in einem arbeitsteiligen Verfahren der Praxisbetrieb durch den Wegfall nicht oder nur bedingt notwendiger Besuche deutlich entlastet werden.

*Wann wird die Lockerung in Kraft treten?*

Prinzipiell kann jede Landesärztekammer unmittelbar nach einem Ärztetagsbeschluss in Verbindung mit der Aufsichtsbehörde die Berufsordnung anpassen. Es ist natürlich möglich, dass ein Beschluss mit solcher Tragweite in einigen Kammern weitere Debatten nach sich zieht. Ich bin aber überzeugt, dass sich die Neuregelung am Ende flächendeckend durchsetzen wird.

(J. Kötter)

---

*Aus „der Allgemeinarzt“ 20/2017*

## **Endlich verständlich Anforderungen an die Videosprechstunde**



Digitalisierung heißt das neue Zauberwort, mit dem der Gesetzgeber versucht, der immer offener zutage tretenden Knappheit im Gesundheitswesen zu begegnen. Eine der Initiativen ist die Videosprechstunde, die jedoch bislang nicht auf sehr viel Gegenliebe bei den Ärzten stößt. Seit April dieses Jahres können entsprechende Leistungen auch für gesetzlich Versicherte abgerechnet werden – welche technischen Anforderungen der Arzt hierfür erfüllen muss, erfahren Sie in diesem Beitrag.

In seinem Sachbuch "Five Patients" aus dem Jahr 1970 beschreibt der junge Arzt Michael Crichton (der später den "Jurassic Park" erfand) eine der ersten Videosprechstunden, bei dem die Sanitätsstation des Bostoner Flughafens mittels Fernsehübertragung einen Arzt aus einem Krankenhaus der Stadt zur Behandlung von Patienten hinzuziehen konnte. Wer die Fernsehbilder der Mondlandungen kennt, wird sich vorstellen können, wie verschwommen, schwarz-weiß und körnig diese Bilder waren. Und trotzdem sah man diese Technik seinerzeit als zukunftsweisende Möglichkeit, ärztlichen Rat und Hilfe an Orte zu bringen, an denen keine ärztliche Kompetenz vorhanden war. Fast fünfzig Jahre später haben wir hochauflösendes Video-Streaming über mobile Geräte, überall verfügbar und zu einem Bruchteil des damaligen Preises, und dennoch ist die Video-Kommunikation zwischen Ärzten und ihren

Patienten immer noch kein Standard im ärztlichen Werkzeugkasten. Natürlich kann und soll ein rein visueller Kontakt niemals die umfassende körperliche Untersuchung eines Patienten durch einen erfahrenen Arzt ersetzen. Aber wie ist es in Situationen, in denen eine rein visuelle Inaugenscheinnahme ausreicht oder in denen die beratende Hinzuziehung eines entfernten Spezialisten die Behandlung verbessern kann?

Viele Patienten erhoffen sich von einer Videokonsultation auch Erleichterungen, wenn Anfahrt und Zugang zu räumlich weiter entfernten Ärztinnen und Ärzten schwierig ist, sowie weniger Wartezeiten [1].

### **Technische Voraussetzungen**

Im Bereich der Privatversicherten sind Konsultationen per Videoübertragung schon längst Alltag und können regulär über die GOÄ abgerechnet werden [2]. Für die gesetzlich Versicherten haben GKV und KBV im letzten Jahr mit der Definition der Videosprechstunde erstmalig Anwendungsfälle und technische Anforderungen festgelegt und dazu die Möglichkeit der Abrechnung über den EBM geschaffen. Der Einsatz der Videosprechstunde für gesetzlich Versicherte ist allerdings aktuell auf einige wenige Indikationen, wie visuelle Verlaufskontrollen von Wunden und Hauterkrankungen sowie Beurteilungen des Bewegungsapparates oder der Stimme, beschränkt [3] (siehe auch nächster Beitrag "Videosprechstunde: Die Abrechnung").

Um das über Internet übertragene Arzt-Patienten-Gespräch einer Präsenz-Situation im Behandlungszimmer möglichst anzugleichen, stellt die Vereinbarung zwischen GKV und KBV eine Reihe von Anforderungen an den Ablauf der Videosprechstunde sowie die verwendete technische Plattform. Technisch müssen auf beiden Seiten ein Rechner, Tablet oder Mobilgerät mit Internetanschluss, Kamera (mind. 640 x 480 Pixel), Mikrofon, Lautsprecher und Bildschirm vorhanden sein. Für die Videoverbindung selbst muss ein Dienst eines zertifizierten Anbieters verwendet werden, der Sicherheit und Datenschutz seines Dienstes durch entsprechende Zertifikate nachgewiesen hat [4].

### **Der Ablauf**

Die Patientin oder der Patient muss vor der Videosprechstunde schriftlich in deren Durchführung einwilligen. Arzt oder Ärztin benötigen ein Konto bei einem entsprechenden Videodienstanbieter. Für die Sprechstunde wird, wie bei einer Präsenz-Sprechstunde auch, vorab ein gemeinsamer Termin vereinbart. Zur vereinbarten Zeit melden sich beide Seiten auf der Webseite des Videodienstanbieters an. Dieser verbindet die Gesprächspartner und stellt sicher, dass ihre Verbindung gegenüber anderen Teilnehmern abgeschirmt ist und alle übertragenen Daten Ende-zu-Ende verschlüsselt werden. Wurde die Verbindung erfolgreich hergestellt, übergibt der Videodienstanbieter diese direkt den Geräten der Gesprächsteilnehmer, so dass die übertragenen Videodaten des Gesprächs nur zwischen diesen Geräten ausgetauscht werden (sog. Peer-to-Peer-Verbindung). Der Videodienstanbieter selbst ist nicht in der Lage, den Datenstrom mitzulesen oder zu speichern. Diese Anforderung wird von herkömmlichen Video-Chats wie beispielsweise Skype oder WhatsApp nicht angeboten, da deren Datenströme immer über zentrale Server geleitet werden.

### **Videosprechstunde und Berufsgeheimnis**

Obwohl KBV und GKV sich durch entsprechende Anforderungen an Prozess und Technik bemüht haben, das ärztliche Berufsgeheimnis bei einer Videosprechstunde genauso zu schützen wie bei einem Präsenz-Gespräch, gibt es aufgrund technischer Gegebenheiten gewisse Einschränkungen. Da die Teilnehmer stets nur das Kamerabild ihrer Gegenseite sehen, ist nicht auszuschließen, dass sich weitere Personen außerhalb des sichtbaren Bereichs verbergen. Dass sich, wie gefordert, alle anwesenden Personen vor Beginn des Gesprächs vorstellen und sichergestellt ist, dass keine Unbefugten mithören können, kann daher nicht garantiert werden. Auch kann die Identität der Patienten selbst durch technische Verfahren nicht eindeutig verifiziert werden.

Sind die Patienten dem Arzt nicht persönlich bekannt, etwa bei Anmeldung über Online-Buchung zur privat abzurechnenden Videosprechstunde, kann der Arzt oder die Ärztin nicht prüfen, ob die vom Patienten eingegebenen und vom Videodienstanbieter angezeigten identifizierenden Patientendaten "echt" sind. Zum Schutz der Pri-

vatsphäre des Patienten darf kein Teilnehmer die durchgeführte Videosprechstunde aufzeichnen. Rein technisch kann allerdings nicht verhindert werden, dass der teilnehmende Patient oder die Patientin das Gespräch nicht doch aufzeichnet. Zur Beweissicherung für eventuelle Haftungsfälle sowie für die eigene Patientendokumentation wäre es auch aus ärztlicher Sicht wünschenswert, das Gespräch zu protokollieren – hier muss vom Gesetzgeber nachgebessert werden.

### Geschäftsmodell Videosprechstunde?

Da Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung der Videosprechstunde einen zertifizierten kostenpflichtigen Videodienstleister nutzen müssen, lohnt sich die Durchführung von Videosprechstunden wirtschaftlich nicht unbedingt. Sie erhalten für maximal 47 mögliche Videosprechstunden im Quartal einen Technik- und Förderzuschlag von je 4,21 Euro (GOP 01450). Den durch die Vergütung insgesamt zu erzielenden möglichen Einnahmen von maximal 632 Euro/Quartal stehen Kosten für den Videodienstleister zwischen 90 und 200 Euro im Quartal entgegen.

Ob sich das vor dem Hintergrund des begrenzten Indikationskataloges gerade für Allgemeinmediziner rechnet, muss jeder für sich selbst entscheiden – die Videosprechstunde kostet gerade am Anfang oder wenn die Technik nicht reibungslos läuft, sicherlich mehr Zeit als die reale Sprechstunde [5].

Indikationskatalog und Ausgestaltung der Leistungsziffern zeigen jedoch, dass die Videosprechstunde den direkten Arzt-Patienten-Kontakt nicht ersetzen soll, sondern ein neues, zusätzliches Werkzeug für Ärztinnen und Ärzte bereitstellt, das Patientenkontakte auch zu Zeiten und an Orten ermöglicht, an denen eine ärztliche Präsenz nicht möglich ist und ein Gespräch oder eine Inaugenscheinnahme ausreicht. Hier obliegt es jetzt der Ärzteschaft, dieses Werkzeug zu nutzen und neuen Anwendungsfällen zuzuführen.

Aus „der Allgemeinarzt“ 20/2017

## Videosprechstunde

### Die Abrechnung



Hier erklärt Ihnen unser Abrechnungsexperte, unter welchen Bedingungen Sie die Videosprechstunde abrechnen können und wo die Knackpunkte liegen.

Die Durchführung der Videosprechstunden ist nicht nur an einige technische Bedingungen geknüpft – auch deren Abrechnung erfordert verschiedene inhaltliche Voraussetzungen. So dürfen Videosprechstunden nur von bestimmten Arztgruppen, darunter natürlich auch Haus-

ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, eingesetzt und abgerechnet werden. Weiterhin ist die Berechnung der beiden neuen GOPs nur bei definierten Indikationen zulässig (Tabelle 1).

TABELLE 1

#### Indikationen, bei denen die Videosprechstunde abgerechnet werden darf:

- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle von Dermatose(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
- Visuelle Verlaufskontrolle von akuten, chronischen und/oder offenen Wunden
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle

### Die zwei neuen GOPs

Die Videosprechstunde ist berechnungsfähig mit der neuen GOP 01450 (Tabelle 2). Sie soll eine persönliche Vorstellung des Patienten in der Praxis ersetzen und somit auch eine Erleichterung für beide Seiten darstellen. Es handelt sich dabei nicht um einen persönlichen

Arzt-Patienten-Kontakt, sondern um eine Konsultation. Diese wiederum ist Inhalt der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und damit auch nicht gesondert berechnungsfähig. Es wird jedoch auch Fälle geben, in denen der Patient die Praxis in einem Quartal nicht aufsucht (aufsuchen kann) und somit die Versicherten- bzw. Grundpauschale nicht zur Abrechnung kommt. Für diese Fälle gilt die neue GOP 01439: Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde (gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV-Ä]).

### Die Abrechnung im Detail

Die GOP 01450 gilt als Zuschlag zur Versicherten- bzw. Grundpauschale bzw. auch zur GOP 01439 und ist somit für jeden entsprechenden Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Beachten Sie dabei die Forderung, dass es sich um eine Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde im Rahmen einer Folgebegutachtung durch dieselbe Arztpraxis handeln muss, in der die Erstbegutachtung im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist. Bei einigen GOPs (z. B. Behandlung von sekundär heilenden Wunden nach GOP 02310, eines Dekubitus nach GOP 02310 sowie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates), die mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, kann einer dieser Kontakte durch eine Videosprechstunde ersetzt werden.

### Der Fall aus der Praxis

Eine Patientin, 43 Jahre, wird notfallmäßig bei akutem Abdomen in der Klinik aufgenommen. Es erfolgte eine mehrfache Laparotomie bei Ileus und stenosierendem Kolonkarzinom.

Die deutlich geschwächte Patientin wird mit sekundär heilender Wunde nach Hause entlassen. Es erfolgt der Hausbesuch des betreuenden Hausarztes. Im Vorfeld wurde mit dem Klinikkollegen die zu versorgende Situation besprochen und die Betreuung per Videosprechstunde avisiert. Der Ehemann der Patientin verfügt über das technische Equipment zu Hause. Somit wurde das Einverständnis der

**TABELLE 2**

#### Die GOPs der Videosprechstunde

EBM			
GOP	Punkte	EURO	Legende
01439	88	9,27	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
01450	40	4,21	Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5–10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25 und zu den Gebührenordnungspositionen 01439 und 30700 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

#### Obligater Leistungsinhalt für beide GOPs

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck der Beratung und der Verlaufskontrolle bei einem Patienten bei mindestens einem der in **Tabelle 1** aufgeführten Anlässe.
- Überprüfung des Vorliegens einer schriftlichen Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

#### Fakultativer Leistungsinhalt für die GOP 01439

- Dokumentation
  - erneute Einbestellung des Patienten
- Berechenbar einmal im Behandlungsfall**

BMÄ/E-GO		Kontakt	GOÄ	
GOP	EURO	Legende	GO-Nr.	EURO F.: 2,3
03005	22,11	Versichertenpauschale/Beratung	34	40,22
03040	15,16	Vorhaltepauschale	..**	–
03060	2,32	Zuschlag zu GO-Nr. 03040 für NäPA	..**	–
03061	1,26	Zuschlag zur GOP 03060	..**	–
–*	–	Untersuchung	7	21,45
01410	22,52	Hausbesuch	50	42,90
40224		Wegegeld (nach Entfernung)		
03230	9,39	Gespräch >10 min	–***	–
Kontakt – Videosprechstunde				
GOP	EURO	Legende	GO-Nr.	EURO
01450	4,21	Zuschlag zu Versichertenpauschalen, Grundpauschalen und Konsiliarpauschalen sowie zur GOP 01439 (s. Tabelle 2)	3	20,11

\* Dafür gibt es keine GOP im EBM  
 \*\* Dafür gibt es keine Gebühr in der GOÄ  
 \*\*\* Die hier zu berechnende GO-Nr. 3 ist nicht neben der Gebühr nach GO-Nr. 34 zu berechnen.

Patientin im Rahmen des Hausbesuches eingeholt und das weitere Prozedere inklusive der Einschaltung der Sozialstation besprochen. Es werden dreimal wöchentlich die Termine zur Videosprechstunde vereinbart.

### Der Knackpunkt

Die GOP 01439 ist in diesem Fall nicht zu berechnen, da diese nicht neben der Versichertenpauschale im Behandlungsfall abgerechnet werden darf. Findet die Behandlung per Videosprechstunde quartalsübergreifend statt, so kann im neuen Quartal, sofern es nicht zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt, der wiederum die Versichertenpauschale begründen würde, die GOP 01439 abgerechnet werden.

Eine Einschränkung ist die Quotierung der GOP 01450. Dazu lautet die Anmerkung: "Für die GOP 01450 wird ein Punktzahlvolumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der GOP 01450 erbrachten Leistungen im Quartal zu vergüten sind." Der Höchstwert für das Punktzahlvolumen beträgt 1.899 Punkte je abrechnenden Vertragsarzt. Daraus ergibt sich, dass pro Arzt die GOP 01450 insgesamt 47-mal im Quartal berechnet werden kann. Alle weiteren abgerechneten Leistungen nach GOP 01450 werden dann abgestaffelt honoriert.

Die GOP 01439 für die Betreuung eines Patienten ist wie erwähnt dann anzusetzen, wenn in dem Behandlungsfall die Versicherten- bzw. Grundpauschale noch nicht abgerechnet wurde.

Die GOP 01439 kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung. Diese Vorgabe ist notwendig, weil Ärzte sonst gegen das Fernbehandlungsverbot verstoßen könnten.



Dr. Dr. Peter Schlüter  
Am Sonnenhang 19  
76684 Tiefenbach

Aus „Der Hausarzt“ 01/2018

## Typische Fehler bei Bewirtungskosten

**Bewirtungskosten werden bei einer Prüfung der Praxis oft gestrichen, weil Ärzte diese nicht richtig angeben. Mit unserer Checkliste passiert Ihnen das nicht mehr!**



Bernhard Fuchs,  
Kanzlei Fuchs &  
Martin, Würzburg,  
mail@fuchsendmar-  
tin.de, www.fuchs-  
undmartin.de

Immer wieder müssen Ärzte bei Betriebsprüfungen erleben, dass der Prüfer den Abzug von Bewirtungskosten verwirft, weil sie die formellen Voraussetzungen nicht einhalten. Werden hingegen die Vorgaben erfüllt (s. Checkliste), können Bewirtungskosten aus geschäftlichem Anlass zu 70 Prozent als Betriebsausgaben abgezogen werden. Da es keine Obergrenze gibt, kann man auch einen Aufwand von mehreren tausend Euro pro Jahr anerkannt bekommen

### Wann ist es eine Bewirtung?

Eine Bewirtung ist nur gegeben, wenn man „Geschäftsfreunde“ zum Essen oder Umtrunk einlädt. Hierzu gehören nicht rein betriebsinterne Veranstaltungen wie der Betriebsausflug mit den Arbeitnehmern. Ebenso nicht abzugsfähig sind Kosten für Besuche von Varieté, Nachtbar oder Faschingsveranstaltungen, bei denen das Essen und Trinken nur Nebensache sind.

Nicht zu den Bewirtungskosten zählen Aufmerksamkeiten für eine betriebliche Besprechung mit Geschäftsfreunden wie Kaffee, Gebäck oder Fingerfood. Für sie gelten daher auch nicht die Vorgaben der Checkliste. Grundsätzlich gilt, die Aufwendungen für Bewirtungen müssen angemessen sein. Es gibt zwar keine Höchstgrenze, jedoch sollte der Aufwand nicht in einem offensichtlichen Missverhältnis zum geschäftlichen Anlass der Bewirtung stehen.

### TIPP

Oft tauschen sich mehrere Ärzte fachlich aus, etwa bei einem Essen anlässlich eines Stammtisches oder bei Fortbildungen. Wenn dabei jeder seine Rechnung selbst zahlt, können die Kosten nicht abgezogen werden.

Wenn aber reihum jeder abwechselnd die anderen Teilnehmer einlädt, entstehen steuerlich abzugsfähige Bewirtungskosten.

## Häufige Fehler

Typische Fehler sind zum Beispiel, dass der bewirtende Arzt die nötigen Angaben unvollständig oder nicht zeitnah dokumentiert. So vergisst der Bewirtende gerne, seinen eigenen Namen anzugeben oder zu unterschreiben.

Auch wird der Prüfer stutzig, wenn ständig die gleichen Kollegen bewirtet werden, Manche Partner einer Gemeinschaftspraxis kommen auf die Idee, ihre Sozien einzuladen. Das sind in diesem Sinne aber keine Geschäftsfreunde. Eine Bewirtung an Sams-, Sonn- oder Feiertagen hingegen ist unschädlich, da man auch hier geschäftlich miteinander sprechen kann.

Zudem vernachlässigen viele die Angaben zum Anlass der Bewirtung. Notieren Ärzte etwa nur „Erfahrungsaustausch“ oder „Arbeitskreis“, wird der Prüfer die Aufwendungen nicht anerkennen. Sie müssen die besprochenen Aspekte beschreiben, seien es medizinische, finanzielle, organisatorische oder sonstige Themen (s. Tipp). Befolgen Sie diese Ratschläge und machen Sie die notwendigen Angaben gemäß der Checkliste, steht dem Betriebsausgabenabzug nichts im Weg!

# BEWIRTUNG

CHECKLISTE

## MUSTER-FORMULAR\*\*

zum Nachweis der Höhe und der betrieblichen Veranlassung von Bewirtungsaufwendungen (§ 4 Abs. 5 Ziff. 2 EStG)

<b>Tag der Bewirtung</b>	<b>Ort der Bewirtung (genaue Bezeichnung, Anschrift)</b>
18.10.2017	Gasthaus „Zum Anker“ Würzburg

**Bewirtete Person(en)**

Dr. Medicus (= bewirtender Steuerpflichtiger)

Herr Dr. Maier

Frau Lehmann

  

**Anlass der Bewirtung**

Erfahrungsaustausch Preisgestaltung / Recallsystem PZR

  

**Höhe der Aufwendungen** \*Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input checked="" type="checkbox"/> bei Bewirtung in Gaststätten: lt. <del>unseitiger</del> /beigefügter Rechnung	<input type="checkbox"/> In anderen Fällen:
151,00 € + Trinkgeld 9,00 € = 160,00 €	.....€

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
Würzburg	21.10.2017	

\*\*Textbeispiel nicht zur wiederholten Anwendung geeignet!



## KORREKT DOKUMENTIEREN

**JEDE BEWIRTUNGSRECHNUNG MUSS FOLGENDE VORAUSSETZUNGEN ERFÜLLEN UND ANGABEN ENTHALTEN (S. AUCH AUSGEFÜLLTES MUSTER-FORMULAR AUF DER RÜCKSEITE)**

<input type="checkbox"/>	1. Name und Anschrift der Gaststätte = Ort der Bewirtung	
<input type="checkbox"/>	2. Datum der Bewirtung	Das Datum ist auf der Rechnung maschinell auszudrucken, Handschriftliche Ergänzungen oder Datumstempel genügen nicht.
<input type="checkbox"/>	3. Art und Umfang der Leistungen	Menge und handelsübliche Bezeichnung der verabreichten Speisen und Getränke müssen auf der Rechnung maschinell ausgedruckt sein. Bezeichnungen wie „Menü 1“, „Tagesgericht 2“ oder „Lunch-Buffer“ und aus sich selbst heraus verständliche Abkürzungen werden akzeptiert. Die Angabe „Speisen und Getränke“ genügt nicht.
<input type="checkbox"/>	4. Rechnung und Rechnungsbetrag	Die gesamte Rechnung muss maschinell erstellt und registriert sein. Handschriftliche oder nicht registrierte Rechnungen sind nicht ausreichend. Sofern die Rechnung eine Registriernummer enthält, kann auf die ordnungsgemäße Registrierung vertraut werden. Der Preis für die einzelnen verabreichten Speisen und Getränke muss angegeben sein. Für den Nachweis von Trinkgeldzahlungen über die üblichen Aufrundungen hinaus, muss der Empfänger das Trinkgeld auf der Rechnung handschriftlich quittieren.
<input type="checkbox"/>	5. Umsatzsteuerausweis	Falls die Umsatzsteuer als Vorsteuer abgezogen werden soll – das geht bei Ärzten in aller Regel nicht –, ist diese gesondert auszuweisen. Bei Rechnungen bis 250,00 Euro genügt die Angabe des Steuersatzes, etwa durch den Hinweis „inkl. 19% USt!“.
<input type="checkbox"/>	6. Benennung der Teilnehmer sowie des Gastgebers	Jeder Teilnehmer muss hier einzeln aufgeführt werden. Ärzte können sich hierbei nicht auf ihre Verschwiegenheitspflicht berufen. Vergessen Sie nicht, auch Ihren eigenen Namen einzutragen.
<input type="checkbox"/>	7. Anlass der Bewirtung	Aus dem angegebenen Anlass der Bewirtung muss der Zusammenhang mit einem geschäftlichen Vorgang erkennbar sein. Die Angaben „Kontaktpflege, Geschäftsfreundebewirtung, Arbeitsessen, Infogespräch“ oder dergleichen genügen nicht. Sie müssen konkret werden.

Die Vorgaben unter 6 und 7 müssen Sie als Bewirter zeitnah auf der Rückseite der Rechnung oder auf einem separaten Blatt, das der Rechnung angefügt wird, dokumentieren und unterschreiben. Das heißt, sie können bei einer Prüfung nicht nachgeholt werden.

Die Bewirtungskosten sind einzeln und getrennt von den sonstigen Betriebsausgaben zu buchen. Das macht der Steuerberater.

Wenn der **Bewirtungsaufwand mehr als 250,00 Euro** pro Rechnung beträgt, sind zwingend folgende zusätzliche Angaben auf der Rechnung erforderlich:

- zu 1. Zusätzlich zum Namen und der Anschrift der Gaststätte muss man den vollständigen Namen und die Anschrift des Bewirtenden notieren. Dies darf der Gastwirt auch handschriftlich vornehmen, nicht aber Sie (der Bewirtende) selbst.
- zu 4. Die Rechnung muss die Steuernummer oder die Umsatzsteuerevidenznummer der Gaststätte sowie eine maschinell gedruckte, fortlaufende Rechnungsnummer enthalten.

Grundsätzlich gelten die vorstehenden Ausführungen auch bei Bewirtungen im Ausland. In Ausnahmefällen kann hier eine handschriftlich erstellte Rechnung anerkannt werden.

## BUCHVORSTELLUNGEN

Fing, Jason

### **Die Schlankheitsformel**

**Warum Insulin und nicht Kalorien der entscheidende Faktor beim Abnehmen ist.**

Softcover, 352 Seiten

Auflage: 2017

Riva Verlag

19.99 €

ISBN 978-3-7423-0098-0.



Wenn das Körpergewicht gestört wird, sorgt ein "physiologischer Sensor" dafür, dass es schnell wiederhergestellt wird. Bei Übergewicht wird der Grundumsatz angekurbelt, um wieder abzunehmen, bei Untergewicht wird er gedrosselt, bis Sie zugenommen haben. Ein Kalorienüberschuss verursacht keine Gewichtszunahme, eine Kalorienreduktion keine Gewichtsabnahme. Die hormonellen Mechanismen sind wie folgt: mehr zu essen, macht uns nicht dick, Dickwerden bringt uns vielmehr dazu, mehr zu essen (... Wenn der Setpoint über viele Jahre falsch eingestellt ist).

Die meisten Dickleibigen haben kein Leptindefizit (Sättigungshormon), es ist eher zu hoch als Folge einer Leptinresistenz.

Alles entscheidend ist der Insulinspiegel im ZNS: ist er zu hoch, wird jeder dick, egal ob er Sport treibt. (Es soll aber erwähnt werden, dass aktuell Sportmediziner die hier beschriebenen Theorien anzweifeln. Man berücksichtige in den zugrunde liegenden Studien zu wenig die Intensität von Bewegungsprogrammen, bzw diese Studien würden z.T. auf "Rechenfehlern" beruhen;.. Ich empfehle einfach eine weitere Diskussion auf Basis der in diesem Buch aufgeführten Erklärungen!)

Eine Entwicklung von Low-Carb gab es schon lange vor Atkins; der Autor erklärt die zugrunde liegenden Erfolgsrezepte lang und deutlich. Etwa auch mit der Überschrift "das Imperium schlägt zurück- der Misserfolg der fettarmen Kost"...

Die einzige Lösung ist der richtige Umgang mit der Insulinresistenz. Fung gibt viele Tipps, wie man einen zu häufigen Insulinstieg vermeidet, (u.a. auch damit, das nächtliche Fasten (vgl "breakfast") zu verlängern.

Viele Schlagworte ("Diabetes korreliert mit Zucker, nicht mit Kalorien") werden anschaulich und auch unterhaltsam belegt, auch mit der notwendigen wissenschaftlichen Studienlage!

Er geht auch ausführlich auf die neuen Erkenntnisse ein, die Fruktose und Weizen betreffen, natürlich auch auf die Nahrungsmittelindustrie, deren Zusätze, mitsamt den Auswirkungen auf Hunger/Essverhalten.

Sie müssen dieses Buch nicht nur selbst lesen, sondern auch vielen Patienten empfehlen. Es ist desillusionierend für Abnehmwillige, zugleich aber ermutigend, weil auch reichlich Lösungsansätze beschreiben sind.



**...das zweite Buch vom Riva Verlag passt genau zum Thema des ersten:**



Daniel Roth

***Gesund und schlank durch Kurzzeitfasten***

**Wie Sie Ihre Ernährung selbst bestimmen und ganz ohne Diät abnehmen**

Taschenbuch, 176 S.

Auflage: 2017

Riva-Verlag

Taschenbuch 12,99 €

ISBN 978-3-7423-0398-1

Auch dieses Buch knüpft nahtlos an an die "Schlankformel" von Jason Fung, indem es einen Teilaspekt in den Vordergrund stellt bei den Auswirkungen von steigenden Insulinspiegeln. Diese verblüffenden Erkenntnisse wurden auch in einem längeren FAZ-Artikel im letzten Jahr beleuchtet. Sich damit zu beschäftigen ist nicht nur für die vielen Abnehm-Willigen (mit ihren üblicherweise frustrierenden Endresultaten) interessant und wichtig, sondern für alle, die nicht gerne Kalorien zählen möchten und ihre Gesundheit nachhaltig verbessern wollen. Im Kern geht es darum, den Anstieg des Insulins höchstens an acht bis zehn Stunden pro Tag zuzulassen, bei den meisten gelingt das durch Weglassen des Frühstücks.



Tracie Frank Mayer

### **Einen Herzschlag entfernt**

SCM Hänssler Verlag, Auflage: 1 (22. September 2017)

19,95 Euro gebunden

ISBN 978-3-7751-5805-3

Erzählt die wahre Geschichte einer jungen Mutter, die um das Leben ihres Babys kämpft.

„Eine kraftvolle Geschichte voller Hoffnung, die ermutigt, nie aufzugeben - komme was da wolle“ steht im Untertitel und genauso ist das auch.

Dieses Buch gewährt uns einen anderen Blick, eine andere Sicht, eine neue Perspektive auf das uns scheinbar vertraute System.

Absolut lesenswert und berührend.

Auch zum Verschenken geeignet.

Die Autorin Tracie Frank Mayer, reist aktuell durch Deutschland und hält Vorträge, ist Bloggerin und engagiert sich in vielen Charité-Organisationen.

---

## **Wodurch werden Atemwegsinfektionen verursacht?**

Die Ursache für eine einfache Erkältung, oder auch grippaler Infekt genannt, sind Atemwegsviren oder „respiratorische Viren“. Bei einer echten Grippe sind es Influenzaviren, die diese ernsthafte Erkrankung auslösen.

Bei beiden Infektionen wird die Schleimhaut der Atemwegsorgane geschädigt, so dass zudem Bakterien der eigenen Schleimhautflora eindringen und sich vermehren können. So kann sich aus der einfachen viralen Erkältung abhängig von der Art der Bakterien eine Nebenhöhlenentzündung, eine Bronchitis oder gar eine Lungenentzündung entwickeln. Auch die echte Grippe nimmt bei einer solchen zusätzlichen bakteriellen Infektion („Sekundärinfektion“) einen schwereren Verlauf.

Quelle: <https://www.infektionsschutz.de/infektionskrankheiten/krankheitsbilder/atemwegsinfektionen/>

---

**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](mailto:mail@pbv-aerzte.de).**

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

---

## Manschettenfreie, kontinuierliche Blutdruckmessung mit der SOMNOtouch™ NIBP

**SOMNO**  
medics

MEDIZINTECHNIK FÜR INNOVATIVE DIAGNOSTIK



**Zuverlässige und effiziente Diagnostik mit hervorragender Patientencompliance**

Langzeit-Blutdruckmessungen werden meist mit einer konventionellen Manschette durchgeführt. Bedingt durch das Aufpumpen zeigt diese jedoch gerade in der Schlafphase Schwächen. Der Schlaf des Patienten wird gestört. Es kommt zu Aufwachreaktionen und Falschmessungen des Blutdrucks von bis zu  $\pm 35$  mmHg. Nächtliche Blutdruckabsenkungen (Dipping/Non-Dipping) werden nicht diagnostiziert und Fehldiagnosen sind die Folge.

Abhilfe schafft die neue SOMNOtouch™ NIBP (Non Invasive Blood Pressure). Basierend auf der Pulswellenlaufzeit wird der systolische und diastolische Blutdruck ganz ohne Manschette kontinuierlich, rückwirkungsfrei und beat to beat, bestimmt. Das patentierte Messprinzip ist nach dem Internationalen Protokoll der Europäischen Gesellschaft für Hypertonie (ESH) validiert und beruht auf der synchronen Erfassung von EKG und Fingerpuls.

**Das Verfahren beeinträchtigt den Schlaf nicht und bestimmt den nächtlichen Blutdruck zuverlässig.**

Die SOMNOtouch™ NIBP wird vom Patienten wie eine Armbanduhr **komfortabel am Handgelenk** getragen. Der eingebaute Bewegungssensor ermöglicht eine Korrelation des Blutdruckverlaufs mit der motorischen Aktivität, sowie eine Schlaf-Wach-Bestimmung. Neben dem Langzeit-Blutdruck werden in einer Messung weitere diagnostisch relevante Informationen erfasst: Langzeit-EKG, Oximetrie, Aktivität und die PWV als Maß für die Gefäßsteifigkeit.

### Ein Gerät - 5 Messungen!

- 1 24h-Blutdruck
- 2 Holter-EKG
- 3 Oximetrie
- 4 Aktigraphie
- 5 Pulswellengeschwindigkeit

Wir freuen uns über Ihr Interesse und stehen Ihnen gerne unter 0931 3590940 zur Verfügung.



Validiert nach dem ESH Protokoll:

Bilo, G., Parati, G. et al., Validation of SOMNOtouch™ NIBP noninvasive continuous blood pressure monitor according to the European Society of Hypertension International Protocol revision 2010. Blood Pressure Monitoring 2015.

**SOMNO**  
medics

SOMNOmedics GmbH | Am Sonnenstuhl 63 | 97236 Randersacker  
Tel.: +49 (931) 3590940 | info@somnomedics.de | www.somnomedics.de

# EINER FÜR ALLE

Das Messgerät concile®  $\Omega$ 100 für Ihr Prvatlabor



**JETZT SELBST MESSEN.  
INTERESSIERT?**

# ALLE FÜR EINEN

Quantitative Schnelltests für viele Indikationen

PSA, fPSA, CA 19-9, CA 15-3, CA 125, AFP, CEA,  
UBC® *Rapid* (Blasen-Ca)

Testosteron, Vitamin D,  $\beta$ -HCG, FSH, LH, TSH

cTnI, h-FABP, sPLA2-IIA

CRP, Neopterin

## Schlusswort

### Zurück in die Mottenkiste

Die Würfel sind (vorerst) gefallen: das Wort "Bürgerversicherung" kommt wieder in die Mottenkiste, mit kleineren Lösungen (einer Angleichung der unterschiedlichen Systeme) versucht man, der verzweifelten SPD entgegen zu kommen, und erfindet neue Begriffe dafür. Wir können im Moment noch nicht beurteilen, ob es für die weitaus größte Mehrzahl der Ärzte - siehe Eingangs-Statement- besser wäre, die Mitglieder der SPD würden die Gefolgschaft verweigern und die GroKo platzen lassen. Als erste Reaktion aber auf die Ergebnisse der GroKo-Verhandlungen sagte Ärztechef Montgomery, es sei zunächst am allerwichtigsten, den Zeitdruck heraus zu nehmen bei den System-Debatten, man werde zunächst eine Kommission einsetzen, die eine von der SPD geforderte Einheitliche Gebührenordnung bis 2019 prüfen solle. Ich gehe davon aus, dass mit dieser Verhandlungstaktik sowohl der Mitgliederentscheid der SPD gelingen kann, als auch die Bürgerversicherung - wie so oft schon in den Jahrzehnten zuvor - vorerst wieder verhindert werden konnte. (Dr. Oehl-Voss, Schriftführer).

Zu einem absolut passenden Zeitpunkt hatte die FAZ in der Sonntagszeitung vom 4.2.2018 die Historie der BV "aufgerollt". Der Wirtschaftshistoriker Prof. Werner Abelshauer hat aufgezeigt, wie seit Bismarck immer wieder versucht wurde, eine einheitliche Versicherung einzuführen. "Bisher ist das jedoch stets gescheitert". Selbst im Dritten Reich sollte "an die Stelle von GKV und PKV ein einheitliches nationalsozialistisches Volksversorgungswerk treten, für dessen Einrichtung die Deutsche Arbeitsfront (DAF) eintrat", ...die Rhetorik änderte sich, aber letztlich wollte Hitler dem deutschen Volk nach der Zerschlagung der Gewerkschaften nicht noch mehr Einschnitte zumuten...und beließ die PKV! ...und nach dem Krieg, 1947, konnten sich die PKV's wieder zu Verbänden zusammenschließen.

So ging es weiter über Adenauer, Ehrhardt, dann aber mit zunehmendem Wohlstand wurde von den Genossen angestrebt, möglichst alle bei der Schaffung eines Wohlfahrtsstaates in die Finanzierung eines solchen einzubeziehen. ("Zwischen 1968 und 1972 verloren zwischenzeitlich die PKV-Unternehmen über zwei Millionen Mitglieder, ein Drittel ihres Vollversicherungsbestandes", FAZ, Prof. Abelshauer). Bei der weiteren Auflösung der dualen Verhältnisse machte dann aber Helmut Schmid als Bundeskanzler einen Schlusstrich unter solche Absichten, er nannte parteiintern die große Koalition der Sozialpolitiker "Sozialhysteriker" und wollte dann lieber das soziale Netz von "überflüssigem oder von zu teurem Rankenwerk" entlasten (vermied also weitere Gleichmacherei). Eine wohlfahrtsstaatliche Einheitsversicherung hat man in Deutschland weitsichtig immer vermieden, bisher war es zu niemandes Schaden. "Im Zweifel setzten sie auf Stabilität und die Verankerung in der DNA des Erfolgsmodells der deutschen Wirtschaft!" (Abelshauer).

Es ist leider zu befürchten, dass niemand der derzeitigen GroKo-Verhandlungsführer diese Historie gelesen hat bzw. vorgehalten bekommt: es würde wohl vieles vereinfachen. Es würde die Einsicht wachsen, dass das sportliche Motto "Never Change a winning Team" auf unser duales System übertragbar wäre.

Mit dem neuen Gesundheitsminister Jens Spahn sehen wir optimistisch in die Zukunft.

Also, liebe Mitglieder, wir denken wir können nach den aufregenden Monaten nach der Wahl nun wieder unseren Alltag planen, und auch die Neue GOÄ wird weiter entwickelt werden, da ihr nicht der Boden unter den Füßen weggerissen worden ist.

In diesem Sinne ein erfolgreiches Neues Jahr 2018

Ihre Vorstandschaft PBV