

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 3/2018

Der Privatärztliche Bundesverband hat gewählt



Bei seiner Jahreshauptversammlung am 21.4.2018 wurde ein neuer Bundesvorstand gewählt: Dr. Norbert Alexander Franz, erster Vorsitzender, Dr. Christoph Gepp, zweiter Vorsitzender und Schatzmeister, Dr. Heinz Oehl-Voss zweiter Vorsitzender, Dr. Thomas Ems, Geschäftsführer.

Der Privatärztliche Bundesverband ist als korporativer Verband wie zahlreiche andere Verbände mit dem Hartmannbund assoziiert und sein Vorstand ist zum wiederholten Male als Vertreter aller korporativen Verbände in den geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes gewählt worden, so dass die Interessen der Privatmedizin dort hervorragend dargelegt werden können, und andererseits Unterstützung von vielen Seiten erwartet werden kann.

Der Verband fühlt sich verpflichtet, auch nach erneuter Abschmetterung der Bürgerversicherung nach der letzten Koalitionsbildung, klare Position zu beziehen gegen eine systematische Unterwanderung der GOÄ. Man wird die Arbeit der neuen "Kommission", die eine Einheitliche Gebührenordnung erarbeiten soll (als "Opfer" für die von der SPD "fallengelassenen" Bürgerversicherung) kritisch und skeptisch verfolgen und an vorderster Stelle den Finger in Wunden legen, so sie denn entstehen sollten, z.B. bei den bereits angedachten Versuchen, Beamte in die Gesetzliche Krankenversicherung zu lotsen. Dies sieht der Verband weiterhin als Versuch, die Bürgerversicherung doch noch durch die Hintertür einführen zu wollen. Die Vorsitzenden Franz und Ems sind in die Arbeit der Bundesärztekammer stets involviert. Man achtet u.a. darauf dass die Beschlüsse der Parteien tatsächlich erhalten bleiben, wie z.B. der Beschluss der CSU vom 15.12.2017, das Duale System erhalten zu wollen, erneuert im Januar 2018. Auch bei der Bepreisung der Neuen GOÄ, die aktuell ansteht, und die auf dem Deutschen Ärztetag im Mai zur Debatte steht, wird man Einfluss nehmen.

Dr.med.Heinz Oehl-Voss
2.Vorsitzender des PBV
Schriftführer Privatärztliche Praxis

Bundesgesundheitsministerium

Auf wen Jens Spahn in der Gesundheitspolitik setzt



Inzwischen ist das neue Kabinett seit einem Monat im Amt und Jens Spahn (CDU) zum neuen Bundesgesundheitsminister berufen. Das Personalgerüst der Hausleitung steht. Beamteter Staatssekretär bleibt Lutz Stroppe (CDU), der vor vier Jahren gemeinsam mit Amtsvorgänger Hermann Gröhe (CDU) ins Haus kam. Mit Stroppe, der das Ministerium mit öffentlicher Zurückhaltung und großer Ruhe geführt hat, setzt Spahn auf Kontinuität.

Zu Parlamentarischen Staatssekretären hat die CDU-Vorsitzende Angela Merkel die Sozialpolitikerin und Bundesvorstandsmitglied der CDU Sabine Weiß aus Duisburg sowie den südpfälzischen Thomas Gebhart an die Spitze des Gesundheitsministeriums befördert. Gebharts Berufung hat überrascht, da er bisher weniger mit Gesundheits-, als mit Umwelt- und Klimapolitik zu tun hatte.

Die drohende Vakanz der wichtigen Abteilung 2 „ Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung“ ist vorerst abgewendet. Deren langjähriger Leiter Jürgen Orłowski hat, wie es heißt, auf Wunsch der Hausleitung, seinen Vertrag um ein Jahr verlängert, obwohl er das Ruhestandsalter erreicht hat.

Quelle: FAZ hgs

Neuer Gesundheitsminister

WAS KANN DIE PRIVATMEDIZIN ERWARTEN?

Seit 14. März 2018 steht die neue deutsche Bundesregierung. Mit dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist die Bürgerversicherung erst einmal vom Tisch. Das Bundesgesundheitsministerium verantwortet jetzt Jens Spahn, der nicht nur mit Aussagen zu Hartz IV von sich Reden macht.

Dr. med. Heinz Oehl-Voss

Der 1980 in der 40.000 Einwohner zählenden Stadt Ahaus im Regierungsbezirk Münster geborene Jens Spahn kommt ähnlich wie Emmanuel Macron in Frankreich oder Sebastian Kurz in Österreich frisch-dynamisch daher. Er verfolgt seine Ziele entschlossen, mutig und hat ein Gespür für Macht. Vorerst muss er in der „zweiten Liga“, dem Gesundheitssystem, spielen; wo er sich aber profilieren kann. Dieser Anschein drängt sich auf, wenn man ihn dieser Tagen erlebt.

Ein konservativer Minister

Schon auf dem CDU-Parteitag 2016, als auf Spahns Betreiben und gegen Merks Willen ein Beschluss zur Überprüfung der Doppelten Staatsbürgerschaft durchgesetzt wurde, kam sein Machtstreben zum Vorschein. Nun ist er nach 16 Jahren als Minister im Bundestag quasi im Zentrum der Macht angekommen. Aufgrund seiner Kritik an der Flüchtlingspolitik der Kanzlerin – oder weil er Merkel überhaupt kritisiert hat – stufen ihn viele als konservativ ein.

In der vergangenen Großen Koalition war er gesundheitspolitischer Sprecher der CDU. Schon 2013 setzte er sich klar gegen die Bestrebungen von Karl Lauterbach zur Etablierung einer Bürgerversicherung durch.

Nun sind Gesundheitsminister in Deutschland per definitionem wandelnde Vermittlungsausschüsse – Durchregieren findet in diesem Politikfeld nicht statt. Neu erfinden muss Spahn die Gesundheitspolitik jedoch nicht. Sein Vorgänger, der bei Ärzten durchaus beliebte Hermann Gröhe, hat bis zuletzt die Geschehnisse im Gesundheitsmarkt eher begleitend moderiert. Das etwas andere Naturell seines Nachfolgers scheint besser geeignet, die privatmedizinischen Belan-

ge zu schützen, wenn es bei den Forderungen der SPD innerhalb der Koalition zur Sache gehen sollte, denn Spahns Bekenntnisse dazu sind eindeutiger.

Versorgungsengpässe gibt es kaum

Öffentlich hat Spahn bereits gezeigt, dass er sich gegen Bestrebungen einer Einheitsversicherung mit voller Überzeugung zur Wehr zu setzen weiß. Er bezeichnete das duale System als gut untermauert und als eines der besten Systeme der Welt, was nicht heißen sollte, dass nicht noch an einigen Stellschrauben zu drehen wäre. So wurde beispielsweise der Fall einer jungen Frau bekannt, die mit drei Kindern nach Dresden gezogen war und wochenlang keinen Kinderarzt fand, gleichwohl aber angemahnt wurde, die Vorsor-

Spahn stellt das bisherige System
nicht infrage und befürwortet
den Wettbewerb.

geuntersuchungen für die Kinder endlich durchführen zu lassen. KV-Vorstand Dr. Andreas Gassen betonte aber, dass dies Einzelfälle und ein weiterer Ausbau sog. „Terminservicestellen“ nicht notwendig sei und es sich schon gar nicht um den „Auswuchs einer Zweiklassenmedizin“ handle.

Versorgungsengpässe gibt es in unserem System nach Ansicht von Spahn kaum! Wie die Versorgung außerhalb der „Speckgürtel“ verbessert werden kann, müsse gemeinsam mit allen Ärzten angegangen werden. Eine Systemfrage stelle sich überhaupt nicht, es gebe weit dringlichere Bereiche in seinem neuen Tätigkeitsbereich, so Spahn. Allein die Eindämmung der uferlosen Wünsche nach höheren Leistungen der Gesundheits- und Pflegeversicherungen bei vollen Kassen verlangt nach einer starken Hand, die die langfristigen Finanzierungsmöglichkeiten einer alternden Gesellschaft im Auge behält. Auch die vielfach und immer wieder verlangte Aufhebung

der Budgetierung (die er in Aussicht stellt!) benötigte großen Fachverstand, Kenntnisse über die Historie derselben sowie einen Sinn für das Machbare.

Spahn wird im neuen Ministerium unterstützt von z. T. gestandenen Experten, aber auch von neuen. Lutz Stroppe (CDU), der vor vier Jahren zusammen mit Gröhe kam, bleibt Staatssekretär. Neue parlamentarische Staatssekretärin wird die Sozialpolitikerin und CDU-Vorstandsmitglied Sabine Weiß aus Duisburg. Hinzukommt noch der südpfälzische Abgeordnete Dr. Thomas Gebhardt, der bisher mit Umwelt- und Klimapolitik zu tun hatte. Die „drohende Vakanz der wichtigen Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung“ ist somit vorerst abgewendet. Deren langjähriger Leiter Jürgen Orłowski hat zudem anscheinend seinen Vertrag um ein Jahr verlängert – trotz Erreichens des Ruhestandsalters. Man kann davon ausgehen, dass es unter Spahn zu wesentlichen Umstrukturierungen kommen wird, v. a. bzgl. der Themen Digitalisierung und Pflege.

Zusammenführung von EBM und GOÄ

Streit scheint vorprogrammiert durch die Forderung in den Koalitionsverhandlungen, eine Kommission solle bis Ende 2019 über ein „modernes Vergütungssystem“ beraten, also ob und wie eine Zusammenführung von EBM und GOÄ möglich wäre. Von einer Angleichung der beiden Gebührenordnungen steht aber nichts im Koalitionsvertrag, betont der Verbandsdirektor der PKV, Volker Leienbach. Stattdessen gehe es darum, EBM und GOÄ jeweils für sich zu reformieren. Welche Entwicklung dieser Punkt nimmt, wird für Privatärzte der spannendste Teil der Neustrukturierung im Gesundheitsministerium, denn letztendlich geht es um eine Weichenstellung für eine Bürgerversicherung. Wir sind jedoch der festen Überzeugung, dass Karl Lauterbach sich auch diesmal nicht durchsetzen wird. Denn Spahn stellt unser bisheriges System nicht im geringsten infrage, sondern befürwortet mit seiner Grundhaltung den Wettbewerb.



www.pbv-aerzte.de



www.aerzliche-privataerzte.de



Pressemitteilung

09.05.2018

FDP begrüßt Diskussion zur Telemedizin und Digitalisierung im Gesundheitswesen

Der 121. Ärztetag diskutiert in dieser Woche unter anderem die Chancen der Digitalisierung und die zukünftige Nutzung von Telemedizin. Die Freien Demokraten begrüßen in diesem Zusammenhang den Vorstoß der Ärztekammer, das sogenannte Fernbehandlungsverbot abzuschaffen.

Der stellvertretende Vorsitzende der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag, Frank Sitta sagt dazu: „Telemedizin wird zukünftig als unterstützende Maßnahme in der medizinischen Versorgung eine große Rolle spielen. Sie vereinfacht die Betreuung, weil sie beispielsweise eine schnelle Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient ermöglicht.“

Auch Sittas Landesverband Sachsen-Anhalt hat sich auf seinem Parteitag im April entsprechend positioniert. „Wir sehen hier klar die Chancen im Vordergrund, denn Telemedizin kann als Teil eines Maßnahmenbündels einer Unterversorgung im ländlichen Raum entgegenwirken. Der Zugang zu medizinischem Expertenwissen muss dann keine Frage des Wohnorts mehr sein“, stellt Sitta fest.

Nach Einschätzung der Freien Demokraten droht Deutschland, wie in vielen anderen Bereichen der Digitalisierung auch, im Gesundheitswesen den Anschluss zu verlieren.

„Uns hilft keine Flickschusterei oder einzelne Lösungsansätze. Wir brauchen ein Gesamtkonzept und ein gemeinsames Vorgehen der Krankenkassen. Modellversuche in anderen Bundesländern und im europäischen Ausland zeigen die Notwendigkeit dafür“, erklärt er abschließend

Aus „Der Allgemeinarzt“ 9/2018

ENTLASTUNG DER ARZTPRAXEN

Telemedizin offensiv angehen

Preisfrage: Welches war während der Fußball-WM 2006 in Deutschland die am häufigsten heruntergeladene App? Falsch! Es gab damals noch gar keine. Das erste iPhone ist erst Ende 2006 /Anfang 2007 auf den Markt gekommen. Die Fußball-WM mit ihrem Sommermärchen ist noch nicht so lange her. In relativ kurzer Zeit hat sich hier eine Technik entwickelt, die heute alle Bereiche des Lebens durchzieht. Heute ist kaum noch eine hochwertige Kaffeemaschine zu kaufen, die nicht auch über eine App gesteuert werden kann. Und die Entwicklung ist schon wieder weiter. Was bis vor kurzem noch über Apps abgebildet wurde, wird immer mehr von Siri oder Alexa, den Diensten von Apple bzw. Amazon, die auf Sprache reagieren, bearbeitet. Es gibt also viele gute Gründe, sich seitens der Ärzteschaft mit Telemedizin zu befassen.

Telemedizinischen Behandlungen steht heute noch das Berufsrecht entgegen. Jeder, der das Fernbehandlungsverbot heute noch für unverzichtbar hält, möge sich bitte vor Augen halten, woher das Verbot stammt: In den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts ist das Fernbehandlungsverbot im Zuge einer damals grassierenden Syphilis-Epidemie eingeführt worden. Daraus ein Verbot bis ins heutige Zeitalter des Internets abzuleiten, ist kaum plausibel zu argumentieren. Jeder möge bitte zudem berücksichtigen, dass es in anderen Ländern kein Fernbehandlungsverbot gibt und nicht bekannt ist, dass sich das negativ auf die Gesundheit der Menschen ausgewirkt hätte. Umso erfreulicher ist der Mut, den die Landesärztekammer Baden-Württemberg aufgebracht hat und der dazu geführt hat, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ihr Telemedizin-Projekt

docdirekt an den Start bringen kann. Seit Mitte April können Patienten aus den Modellregionen Stuttgart und Tuttlingen sich im Rahmen der GKV telemedizinisch behandeln lassen.

Natürlich ist immer klar, dass die Telemedizin nicht den Arzt ersetzen kann. Der Arzt vor Ort bleibt unverändert erforderlich. Auch mit den besten telemedizinischen Verfahren bleiben viele Behandlungen und Untersuchungen

dem unmittelbaren Kontakt mit dem Arzt vorbehalten. Sicherlich könnte aber erreicht werden, dass verstärkt nur noch diejenigen Patienten in den Wartezimmern auftauchen, die auch wirklich direkt einen Arzt sehen müssen. Das wäre eine echte Entlastung für die Arztpraxen, die durch den Ärztemangel dringend erforderlich ist. Es gibt eine Reihe von Ärztinnen und Ärzten, die aktuell ohne Tätigkeit sind. Aus verschiedenen Gründen werden sie nicht in einer Praxis tätig sein. Aber von zu Hause telemedizinisch schon. Die werden benötigt, um auf den Ärztemangel zu reagieren.

Die Ärzteschaft sollte daher das Thema Telemedizin offensiv annehmen. Das bedeutet, eigene Angebote vorzuhalten und selbst Akteur zu werden. Sonst besteht die Gefahr, zum Spielball politischer und wirtschaftlicher Interessen anderer Akteure zu werden.



Dr. med. Johannes Fechner

Facharzt für Allgemeinmedizin
Stv. Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
70567 Stuttgart

Datenschutz - Strenge Neuregelungen ab 25.5.2018

Zahlreiche Alltagstätigkeiten unterliegen ab dem Stichtag 25.5.2018 in den Praxen völlig neuen Regulierungsvorschriften. Es müssen einige Modalitäten überprüft werden, z.B. welche Verträge bzgl. Datenverarbeitung mit dem Labor oder mit Privatärztlichen Verrechnungsstellen fortbestehen können und welche nicht. Die Weitergabe von Patientendaten muss auf jeden Fall ausführlicher gegengezeichnet werden als bisher.

Natürlich werden Sie auch von Ihrem Labor darauf hingewiesen, welche Änderungen vorgenommen werden müssen, weil ja auch die Betreiber erheblichen neuen rechtlichen Risiken ausgesetzt sind. Nichts desto trotz müssen wir nun selbst alle Abläufe in der Praxis neu "justieren", auch wenn bereits viele Vorgaben nach DSGVO umgesetzt werden, wie es nun die EU vorgibt. Auch die Rechtsanwälte müssen sich an die neuen Vorgaben "gewöhnen", wie unsere Justitiarin auf der Jahreshauptversammlung betonte. Zunächst einmal sollte man restriktiver mit alltäglichen Abläufen umgehen: eine tägliche Datensicherung sollte die Regel sein, nicht mehr evtl. nur alle paar Tage. Und wenn irgendein Verdacht besteht, z.B. ein Patient sei evtl. an irgendwelche Praxis-Daten herangekommen, besteht die Pflicht, innerhalb von 72 Stunden Meldung zu machen an die Aufsichtsbehörde der Landesärztekammer. Man muss sich auf diesem Weg auch vor Schadensersatzforderungen von Patienten schützen.

Man darf auch keine USB-Sticks mehr verwenden am Praxiscomputer, auch das Verschicken von Befunden per Fax sei quasi verboten, immer mit der Befürchtung verbunden, Unbefugte könnten sich Zugang zu Daten/Befunden verschaffen. Es wird dauern bis wir von solchen Gepflogenheiten ablassen!

Außerdem ist es künftig Pflicht, bei mehr als zehn Mitarbeitern eine(n) Datenschutzbeauftragte(n) zu etablieren; weitere Details werden wir veröffentlichen. (Siehe auch die Hinweise aus dem "niedergelassenen Arzt" des NAV-Virchow-Bundes).

Die Datenverarbeitung insgesamt soll ja neu geregelt und sicherer gemacht werden bis zum Jahresende mithilfe von Konnektoren, die jede Praxis ca. 3260 € kosten werden, anstelle der bisher fehlgeschlagenen Gesundheitskarte. Nun: das betrifft rein den gesetzlichen Bereich, und die Konnektoren werden dementsprechend von den Kassen bezahlt. Aber auch die Umsetzung dieses Projektes steht noch auf wackligen Beinen, und es klemmt auch noch an der rechtzeitigen Bereitstellung der Geräte.

Wie bei so einigen bürokratischen Neuerungen sind wir als Privatärzte glücklich, dass uns solche Vorgaben zuerst einmal nicht treffen, die viel strengeren Regelungen des Datenschutzes an sich aber schon.

Auch bei der Aufhebung des Verbotes zur Fernbehandlung von Patienten (vom Ärztetag in Erfurt gerade beschlossen) werden die Datenschutzbestimmungen exakt umgesetzt werden müssen. Hierbei werden jedoch die Firmen, die die Zugänge schalten werden, das entsprechende Know-how an uns rechtzeitig herantragen!

Zunächst wurden ausschließlich Fernbehandlungen von Privatversicherten über die Teleclinic GmbH genehmigt (150 Ärzte aus 30 Fachkliniken), dann die Fernbehandlung von Kassenpatienten in den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart. Auch wenn anscheinend noch die Mehrheit der Ärzte skeptisch ist in der flächendeckenden Öffnung solcher Behandlungswege, so ist der Trend im gleichen Maß unumkehrbar wie Landärztemangel zunimmt. Und sowohl in der Schweiz als auch in Großbritannien sind solche Möglichkeiten längst etabliert, außerdem stehen große Firmen wie Google und Amazon in den Startlöchern, um in irgendeiner Form medizinische Versorgung mehr und mehr zu übernehmen. Also ist es besser, selbst das Ruder in die Hand zu nehmen, Jens Spahn ist dieser Meinung sowieso.

Aus „Der Allgemeinarzt“ 7/2018

DATENSCHUTZ

Übersichtliche Informationen und Anleitungen zur Umsetzung der EU-DSGVO bieten die Seiten der KBV. Hier findet man auch eine Checkliste für die Umsetzung der Vorgaben sowie Mustervorlagen für die Patienteninformation und das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten. Ebenso werden hier verschiedene konkrete Maßnahmen für einen internen Datenschutzplan aufgezeigt: <http://www.kbv.de/html/datensicherheit.php>

Die Landesbeauftragten für Datenschutz haben Kurzpapiere zu den einzelnen Themenbereichen erstellt. Eine kurze, aber präzise Auflistung der wichtigsten „To dos“ speziell für Arztpraxen findet man z. B. hier: <https://www.lida.bayern.de/de/kleine-unternehmen.html>

Nehmen Sie außerdem die Informations- und Schulungsveranstaltungen Ihrer KV, Ärztekammer oder Landesbeauftragten für Datenschutz wahr.

Zugriff auf die EU-DSGVO erhalten Sie hier: <http://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

Aus „der niedergelassene arzt“ 4/18

Datenschutz:

Schärfere Regeln für Arztpraxen

Am 25. Mai tritt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung in Kraft. Die Verunsicherung in der niedergelassenen Ärzteschaft ist groß, doch viele Vorgaben werden schon jetzt in den Praxen berücksichtigt. Im Kern geht es bei der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) darum, das europäische Datenschutzrecht weitgehend zu vereinheitlichen und personenbezogene Daten in allen gesellschaftlichen Bereichen zu schützen. Ausgenommen ist die Privatsphäre.

Neu ist, dass Vertragsärzte die Einhaltung des Datenschutzes nachweisen müssen. Zum Datenschutzmanagement gehört unter anderem die Information der Patienten darüber, wie der Schutz ihrer Daten gewährleistet wird. Die wichtigsten Fakten zur Datensicherheit - wie Informationen zur Dauer der Speicherung sowie zum Zweck der Verarbeitung - sollten leicht verständlich und transparent in der Praxis dokumentiert werden, beispielsweise in einem Aushang.

Darüber hinaus muss jede Praxis ihre eigene Datenschutzrichtlinie formulieren. Darin regeln Praxisinhaber, wie sie und ihr Praxisteam die Vorgaben des Datenschutzes einhalten. Außerdem sollen in der Richtlinie die Zugriffsrechte auf die Daten sowie technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Daten dargestellt werden.

Bestandsaufnahme wichtig

Die internen Verarbeitungsvorgänge von Patientendaten müssen auch auf ihre datenschutzrechtliche Konformität überprüft werden. Dazu ist eine Bestandsaufnahme erforderlich, welche Daten in der Praxis auf welcher Rechtsgrundlage verarbeitet werden. Dazu gehören die Patienten- und Personalakten sowie die Software für die Buchhaltung und gegebenenfalls die Terminverwaltung.

Die EU-DSGVO schreibt ferner vor, dass ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss, wenn in einer Praxis mindestens zehn Mitarbeiter mit der automatisierten Verarbeitung von personenbezogenen Daten beschäftigt sind. Dies kann ein entsprechend geschulter Mitarbeiter oder auch ein extern Beauftragter sein. Nicht in Frage kommt dafür der Praxisinhaber, denn er kann und darf sich nicht selbst kontrollieren.

Kontrollen durch Behörde möglich

Bereits heute werden viele in der DSGVO enthaltenen Vorgaben in den Praxen berücksichtigt. Jetzt kann deren Einhaltung allerdings durch die Landesdatenschutzbeauftragten stichprobenartig kontrolliert werden. Bei Verstößen drohen Schadensersatzforderungen sowie Geldbußen - im Extremfall bis zu 20 Millionen Euro. Auch Patienten können Schadensersatzforderungen stellen.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben bereits ihre »Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis« überarbeitet und um die neuen Vorgaben ergänzt. Diese wurden bereits am 09.03.2018 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Der NAV-Virchow-Bund hat auf seiner Internetseite zahlreiche Informationen zum Thema Datenschutz zusammengestellt, die ständig ergänzt und aktualisiert werden: www.nav-virchowbund.de/mitgliederservice/rechtsberatung/datenschutzgrundverordnung.php



Das digitale Erbe per Testament regeln

Praxisinhaber sollten ihr Testament oder ihren Erbvertrag in puncto digitales Erbe auf den Prüfstand stellen und gezielt ergänzen. Gerade in kleinen Praxen verläuft die Grenze zwischen privaten und unternehmerischen Interessen oft fließend. Ohne klare Regelungen drohen Interessenskonflikte. Erben treten als Rechtsnachfolger des Erblassers automatisch auch in dessen Providerverträge ein und übernehmen alle Rechte und Pflichten. Damit verfügen sie grundsätzlich auch über das Zugangsrecht zu allen digitalen Daten. Sind die erforderlichen Passwörter nicht bekannt, können sie diese zurücksetzen lassen. Hierzu zählt womöglich auch der Zugang zu beruflich genutzten Mail-Accounts, Netzwerken oder Domain-Verträgen.

Das digitale Erbe lässt sich per Unternehmertestament, Erbvertrag oder Vollmacht regeln. In vielen Fällen ist auch eine Kombination sinnvoll.

Praxisinhaber können ihren Erben auftragen, wie sie mit dem digitalen Nachlass verfahren sollen. Sie können beispielsweise für bestimmte Daten eine alleinige Nutzung für betriebliche Zwecke oder eine unverzügliche Löschung festschreiben. Eine angeordnete Testamentsvollstreckung stellt sicher, dass diese Verfügungen auch umgesetzt werden.

Allerdings kann es bei der Rechtsnachfolge zu Problemen kommen. Viele Provider prüfen zunächst, ob der Anspruch auf Datenzugang nicht mit dem Datenschutz, Telekommunikationsrecht oder Persönlichkeitsrecht kollidiert. Einige verweigern den Erben jeglichen Datenzugang unter Hinweis auf ihre AGB, andere löschen bei Tod eines Kunden sogar alle Daten, wie etwa Yahoo.

Problematisch ist die Rechtsnachfolge für digitale Daten vor allem dann, wenn nicht die nächsten Angehörigen die Erben sind. In diesen Fällen wirkt der Persönlichkeitsschutz des Erblassers über den Tod hinaus. Noch gibt es hierzu keine gesicherte Rechtsprechung. Der Persönlichkeitsschutz umfasst unter Umständen auch E-Mails und Inhalte in sozialen Medien. Die Folge: Erben dürfen diese Inhalte nicht oder nur eingeschränkt nutzen.

Für den Ernstfall vorsorgen

Eine postmortale Vollmacht stellt im Todesfall den Zugriff auf wichtige digitale Daten sicher. So gehen Firmeninhaber am besten vor:

1. Accounts auflisten: Mehrere Accounts sind keine Seltenheit. Ratsam ist das Anfertigen einer vollständigen Liste, und zwar jeweils mit Benutzernamen und Kennwort. So gewinnen Vertraute einen schnellen Überblick und können gezielt tätig werden.
2. Liste deponieren: Die Liste der Accounts sollte passwortgeschützt auf einem USB-Stick an einem sicheren Ort aufbewahrt werden. Hierfür kommt ein Banksafe oder Tresor infrage. Man sollte die Auflistung regelmäßig kontrollieren und auf den neuesten Stand bringen.
3. Vertrauensperson bestimmen: Firmeninhaber sollten eine Vertrauensperson als digitalen Nachlassverwalter einsetzen. Hierzu informieren sie die Person vorab über ihre Pläne und den Aufbewahrungsort der Liste.
4. Vollmacht erteilen: Durch eine postmortale Vollmacht lässt sich der Umgang mit digitalen Daten detailliert regeln. Hierzu sollten Praxisinhaber vorab fachlichen Rat einholen. Anschließend übergeben sie die Vollmacht an ihre Vertrauensperson

Quelle: BKL Fischer Kühne + Partner

Vollmacht für den Fall der Fälle

Eine schnelle und gezielte Nutzung des digitalen Nachlasses ermöglicht eine sogenannte postmortale Vollmacht. Hierbei bevollmächtigt der Praxisinhaber eine Vertrauensperson, im Todesfall im Rahmen der bestehenden Provi-derverträge über den digitalen Nachlass zu verfügen. Der Bevollmächtigte muss nicht zu den Erben zählen, ihre Interessen aber berücksichtigen. So ist der Fortgang aller unternehmerischen Aktivitäten gewährleistet, ohne Zugangsbeschränkungen in Kauf nehmen zu müssen (siehe „Für den Ernstfall vorsorgen“). Gleichzeitig bleiben aber alle erbrechtlichen Verfügungen gewahrt. Von zentraler Bedeutung ist etwa der jederzeitige Zugang zum Server, zur Cloud oder zum Online-Banking. Gleiches gilt für wichtige E-Mail-Accounts, die oft Chefsache sind.

Ratsam ist das Anfertigen einer vollständigen Liste aller Accounts mit Benutzernamen und Kennwort. So gewinnen Vertraute einen schnellen Überblick und können gezielt tätig werden.

Die Verantwortung des Praxisinhabers geht weit über seinen Tod hinaus. Wer das digitale Erbe mit Weitblick regelt, wahrt nicht nur den weiterbestehenden Erfolg der Praxis, sondern beugt auch privaten Streitigkeiten vor. Schnell werden digitale Nachlässe wie E-Mails, Fotos oder der Facebook-Account zum Zankapfel. Vorausschauende Verfügungen sorgen für klare Verhältnisse unter den Erben und sichern den Fortbestand der Praxis.

Hier noch ein Auszug aus dem Vortrag unserer Justiziarin Frau RA Simon Vogt bei der Fortbildungsveranstaltung am 21.04.2018 zum Thema „Das neue Datenschutzgesetz und seine Auswirkungen auf die Arztpraxis“

Praxisrecht
Dr. Farnenberg & Partner
Hamburg, Berlin, Köln/Bonn

Datenschutzbeauftragten

- Kann fachlich qualifizierter Mitarbeiter oder externer Datenschutzbeauftragter sein
- Darf nicht zur Leitung gehören (Gesellschafter, Praxisinhaber)
- Muss über hinreichend Kenntnisse verfügen, d.h. Lehrgang über rechtliche und organisatorische und technische Details haben
- Frei von Interessenkonflikten (also nicht Leiter EDV, Personalleiter oder naher Verwandter)

© Praxisrecht 22

Praxisrecht
Dr. Farnenberg & Partner
Hamburg, Berlin, Köln/Bonn

Datenschutzbeauftragten

- Kümmert sich um Einhalten der Vorgaben und legt Maßnahmen fest
- Name und Kontaktdaten sind zu veröffentlichen und Landesdatenschutzbeauftragten mitzuteilen
- Ist eine Datenfolgenabschätzung vorzunehmen, ist DSB zwingend zu benennen
- Externe DSB ist zur Geheimhaltung zu verpflichten

© Praxisrecht 23

Praxisrecht
Dr. Farnenberg & Partner
Hamburg, Berlin, Köln/Bonn

Einwilligungserklärung

- Erforderlich, wenn Dritte einbezogen werden z.B. PVS
- In einfacher und klarer Sprache
- Getrennt von anderen Aufklärungsbögen
- Muss jederzeit widerrufbar sein

© Praxisrecht 24

Praxisrecht
Dr. Farnenberg & Partner
Hamburg, Berlin, Köln/Bonn

Aufstellung der Maßnahmen

- DSGVO enthält keine konkreten Vorgaben
- Es geht darum, Missbrauch zu verhindern
- Insbesondere:
 - Keine unverschlüsselte Versendung von Patientendaten
 - Zugriffsberechtigungen vergeben: Klar geregelt, wer wie Zugang zu den Daten hat
 - Diskretion: Rechner am Empfang so aufstellen, dass kein Einblick; Abstand halten, PC passwortgeschützt
 - Arzt-Patienten-Gespräche im vertraulichen Rahmen

© Praxisrecht 25

Aufstellung der Maßnahmen

- Tägliche Sicherung der Patientendaten auf externe Medien
- Zugriffsmöglichkeit des Arztes während der Aufbewahrungsfrist
- Vernichtung nach DIN Norm
- Wartungsverträge mit EDV-Firmen entsprechen gesetzlichen Vorgaben
- Drahtlose Verbindungen in Arztpraxis können Sicherheitsrisiko sein
- Trennung PC mit Patientendaten zu Rechner mit Internetverbindung / verschlüsselte Speicherung und Firewall

Aufstellung der Maßnahmen

- Bei Auskünften wird gesichert, dass es sich um den jeweiligen Patienten handelt (Telefon), Zusatzfragen, Rückruf
- Fax nur, wenn Zugriff Dritter ausgeschlossen und Faxbericht aufbewahren
- Festlegung, was zu tun ist, wenn Verstoß festgestellt wird und wer Meldung übernimmt
- Mitarbeiter wurden über Schweigepflicht und Datenschutz informiert

Datenschutz Internet

- Auf der Internetseite / Facebookseite muss eine Datenschutzerklärung eingestellt sein
- Darin wird u.a. hingewiesen, dass
 - personenbezogene Daten wie Name, Postanschrift, E-Mail, Telefonnummern oder das Geburtsdatum ausschließlich in Übereinstimmung mit dem jeweils geltenden Datenschutzrecht erhoben und genutzt werden
 - Daten werden nur bei aktiver Übermittlung gespeichert
 - Daten z.B. nur zur Beantwortung von Anfragen oder Zusendung Infomaterial verwendet werden

Datenschutz Internet

- Kontaktdaten, die im Rahmen von Anfragen angegeben werden, ausschließlich für die Korrespondenz verwendet werden
- E-Mail Adressen, die Nutzer für den Bezug eines Newsletters angegeben haben, nur dafür verwendet werden

Sicherheit der Daten

- Art 32 DSGVO
- Unter Berücksichtigung des Stands der Technik geeignete Maßnahmen
 - muss Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit auf Dauer sicherstellen
 - Pseudonymisierung und Verschlüsselung personenbezogener Daten
 - Fähigkeit, Verfügbarkeit rasch wiederherzustellen
 - Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung

Sicherheit der Daten

- Firewall, Anti-Virenprogramm
- Keine fremden USB Sticks nehmen: Können schadhafte Softwareprogramme unbemerkt auf die Geräte und in Netzwerk gelangen

TESTOSTERONMANGEL

Vortrag Dr. Sandmann, Lübeck, auf der Veranstaltung des PBV am 21.4.2018 in Frankfurt
(unterstützt von der Fa. Kade)

Wann und wie ist eine Substitution mit Testosteron sinnvoll

Diagnostik

1. **Auf Risikopatienten achten**
(Metabolisches Syndrom, Typ-2 Diabetes, Erektile Dysfunktion usw.)
2. **Allgemeine Anamnese plus Testosteron-Mangel-Beschwerden**
→ mit dem AMS-Fragebogen
3. **Allgemeine körperliche Untersuchung**
Brustuntersuchung (Gynäkomastie?), Körperbehaarung, Muskulatur (Atrophie?), Hodenvolumen, Tastuntersuchung der Prostata (DRU), BMI
4. **Blutabnahme:**
Zweimalige Messung vom Gesamttestosteron, freies Testosteron, SHBG (zwischen 7.00 und 11.00 Uhr), außerdem: Blutbild, PSA, Prolaktin
5. **Diagnosestellung:**
bei Vorhandensein von Symptomen und zweimalig dokumentierten erniedrigten Serumtestosteronspiegeln

Modifiziert nach Leitlinien ISA /SSAM / EAU / EAA / ASA (Wang et al., 2008/ 2010)

Take-Home-Messages

1. Auf Anzeichen eines Hormonmangels sollte bei Männern ab dem mittleren Alter geachtet werden, besonders bei Begleiterkrankungen.
2. Ein behandlungsbedürftiger Testosteronmangel ist durch Werte für Gesamttestosteron < 12 nmol/l (< 3,5 ng/ml) sowie durch Mangelssymptome wie verminderte Libido, verminderter Antrieb, verringerte Muskelmasse gekennzeichnet.
3. Die Behandlung ist ein sinnvolles add on bei der Therapie vieler chronischer Erkrankungen.
4. Die Therapie löst nicht die Probleme des metabolischen Syndroms, aber sie kann die Therapie unterstützen.
5. Bei älteren Männern und Männern mit Begleiterkrankungen sollte eine vorsichtige Behandlungsführung (konstante Testosteronspiegel im unteren bis mittleren physiologischen Bereich) gewährleistet sein, mit der Möglichkeit von individueller Dosisanpassung und rascher Therapiebeendigung im Bedarfsfall.

Testosteronsubstitution Gesteigertes Risiko für Prostatakarzinome?

Metaanalyse von 19 randomisierten Studien

- 651 Patienten mit Testosteron-Substitution
- 433 Patienten mit Placebo
- Patienten unter Testosteron-Substitution werden 14 mal häufiger biopsiert (38,7/2,8 pro 1000 Patientenjahre)
- Inzidenz der diagnostizierten Prostatakarzinome in beiden Gruppen identisch (9,2/9,3/1000 Patientenjahre)
- Studien (>3000 Probanden) zur hormonellen Kontrazeption von Männern mit Testosteron zeigen ebenfalls keine negativen Effekte bezüglich der Prostata

Die Testosteronsubstitution (als Hauptbestandteil) kann nicht als ursächliches Risiko für ein Prostatakarzinom angesehen werden!

Carril et al., 2009

Anamnese und Dauerdiagnosen bei Testosterontherapie mit Gel-Applikation

1. **Diagnose:** Testosteronmangel, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Dyslipidämie, Osteoporose, Anämie, Bluthochdruck, Nierenschwäche, Hypothyreose

2. **Diagnose:** Testosteronmangel, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Dyslipidämie, Osteoporose, Anämie, Bluthochdruck, Nierenschwäche, Hypothyreose

3. **Diagnose:** Testosteronmangel, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Dyslipidämie, Osteoporose, Anämie, Bluthochdruck, Nierenschwäche, Hypothyreose

4. **Diagnose:** Testosteronmangel, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Dyslipidämie, Osteoporose, Anämie, Bluthochdruck, Nierenschwäche, Hypothyreose

5. **Diagnose:** Testosteronmangel, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Dyslipidämie, Osteoporose, Anämie, Bluthochdruck, Nierenschwäche, Hypothyreose



Jetzt auch noch Testosteron geben bei komorbiden Patienten?

1. Kombination mit Lebensstiländerung anzustreben, da:
 - Beschwerden ↓
 - Stimmung ↑
 - Motivation ↑
2. **Therapeutisches Add-on**, um metabolische Zielparameter (z.B. Hb1C, Lipidprofil u.a.) zu erreichen, weil:
 - Muskelmasse ↑
 - Fettmasse ↓
 - Insulinresistenz ↓
 - LDL-Cholesterin ↓



Bestätigt: Delegation von Speziallaborleistungen ist kein Abrechnungsbetrug

Eine abrechenbare „eigene“ Speziallaborleistung setzt nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ angesichts der unklaren Konturierung des Begriffs der ärztlichen Aufsichtswahrnehmung in der Norm nicht voraus, dass der Arzt während des gesamten vollautomatisierten Analysevorgangs persönlich zugegen ist. Erforderlich ist aber zumindest, dass der anweisende Arzt die notwendige medizinische Validation des Untersuchungsergebnisses persönlich durchführt. Dies hat der 1. Strafsenat des OLG Düsseldorf bestätigt und die sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft Wuppertal gegen den Beschluss, das Ermittlungsverfahren gegen einen Arzt wegen Betrugs nicht zu eröffnen, zurückgewiesen.

Der angeschuldigte Arzt war bzw. ist Mitglied einer Laborgemeinschaft zur Erbringung von Speziallaborleistungen. Diese sog. „M 111-Leistungen“ rechnete der Arzt gegenüber seinen Patienten nach der GOÄ ab, während die Apparatgemeinschaft ihm - ebenso wie den anderen Mitgesellschaftern - lediglich einen deutlich geringeren Kostenaufwand in Rechnung stellte. Die jeweils abgerechnete Laborleistungserbringung betreffend war der Arzt allerdings nicht bei allen Leistungsschritten im Labor persönlich anwesend. Vielmehr delegierte er regelhaft Laborleistungen an geschulte Fachkräfte und ließ sie von diesen ausführen bzw. er ließ den weitgehend vollautomatisierten Betrieb ablaufen und beschränkte sich auf die dargestellte medizinische Prüfung und Freigabe.

Die Staatsanwaltschaft bewertete die Abrechnung dieser Speziallaborleistungen als Betrug zum Nachteil der Patienten. Sie vertrat die Auffassung, dass der Angeschuldigte die Voraussetzungen für eine Liquidation der M 111-Leistungen als eigene Leistungen i.S.d. § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ nicht erfüllt habe. Die Eröffnung des Hauptverfahrens wurde jedoch aus rechtlichen und tatsächlichen Gründen mangels hinreichenden Tatverdachts abgelehnt.

Die dagegen gerichtete Beschwerde der Staatsanwaltschaft Wuppertal blieb erfolglos. Das OLG Düsseldorf sieht keine Notwendigkeit für eine gesonderte fachliche Qualifikation zur Erbringung der verfahrensgegenständlichen Laborleistungen, sondern hält die ärztliche Approbation per se für eine „fachliche Weisung“ i. S. d. § 4 Abs. 2 GOÄ für zureichend. Zudem hält das OLG die durchgängige Präsenz bzw. Einwirkungsmöglichkeit eines Speziallaborleistung abrechnenden Arztes bei der Durchführung vollautomatisierter Analysevorgänge nicht für erforderlich; es sei ausreichend, wenn zumindest die medizinische Validation durch den abrechnenden Arzt erfolgt. Nur wenn sich die ärztliche „Mitwirkung“ auf den bloßen Bezug bzw. Einkauf einer Leistung unter Nutzung der Strukturen einer Laborgemeinschaft erschöpfe, sei die Abrechenbarkeit von Speziallaborleistungen (auch) strafrechtlich untersagt.

Quelle: OLG Düsseldorf, Beschluss vom 20.01.2017 – III -1 Ws 482/15

GOÄ-Zuschläge bei der Sonographie beachten!

Neben Ultraschalluntersuchungen kann man in der GOÄ die Zuschläge nach den Nrn. 401 bis 406 berechnen. Beim Ansatz dieser Leistungen gilt es aber, auf Besonderheiten zu achten.



Der Zuschlag nach Nr. 401 GOÄ (Duplexuntersuchung, ggf. inklusive Farbcodierung) ist mit 23,31 Euro bewertet und kann nur neben den Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 GOÄ berechnet werden. In einer Sitzung ist der Ansatz nur einmal möglich. Ausgeschlossen ist die 401 neben den Nrn. 406,422 bis 424,644,645,649 und/oder 1754 GOÄ.

Die Sonographie-Zuschläge in der GOÄ

GOÄ	Legende	Euro (Schwellsatz)	Kombination	Ausschluss
401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens, gegebenenfalls einschließlich Farbcodierung	23,31	410-418, 420	406, 422-424, 644, 645, 649, 1754
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	26,23	410-418, 420, 422-424	403, 676-692
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	15,73	410-418, 420	402, 676-692
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse, einschließlich grafischer oder Bilddokumentation	14,57	424	422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754
405	Zuschlag zu den Nrn. 415 oder 424 bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler	11,66	424	
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 424 bei zusätzlicher Farbcodierung	11,66	424	

lich graphischer oder Bilddokumentation, ist nur neben der Ultraschall-Kardiographie (UKG) nach Nr. 424 GOÄ berechnungsfähig und neben den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 GOÄ ausgeschlossen.

Die Zuschläge 405 (cw-Doppler) und 406 (zusätzliche Farbcodierung) kann man nur neben Nr. 424 GOÄ ansetzen. Entsprechend ist der Zuschlag nach Nr. 401 GOÄ für die Duplexdarstellung - ggf. inkl. Farbcodierung - neben Nr. 424 GOÄ ausgeschlossen, weil diese Leistung bereits in der Leistung enthalten ist. Kommen zu einer solchen zweidimensionalen UKG-Untersuchung nach Nr. 424 GOÄ noch ein cw-Doppler und eine Farbcodierung hinzu, kann man für beide Zuschläge jeweils 11,66 Euro ansetzen. Bei den Zuschlägen nach den Nrn. 401, 404, 405 und 406 GOÄ ist nur der Einzelsatz ohne Steigerungsmöglichkeit berechnungsfähig.

Aus „zifferdrei“ Das Magazin der PVS

Abrechnung Wie werden flankierende therapeutische und soziale Leistungen bei chronisch Kranken honoriert, bei welchen Sachverhalten kann die Ziffer 849 GOÄ abgerechnet werden, ist der Ansatz eines erhöhten Faktors bei persönlicher Leistungserbringung gerechtfertigt?

Text: Peter Gabriel

Besonderheiten der Honorarabrechnung bei chronisch Kranken

Ziffer 15 richtig abrechnen

Ziffer 15 GOÄ beinhaltet die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Sie darf ein Mal im Jahr abgerechnet werden. Diese Gebührenordnungsposition ist an eine Vielzahl von Vorgaben geknüpft, kein Wunder also, dass ihre Anwendung in der täglichen Praxis immer wieder zu Problemen führt.

Fraglich ist beispielsweise, ob die Ziffer 15 dafür berechnet werden kann, dass therapeutische Maßnahmen durch Arztbriefe und soziale Maßnahmen durch eine spezielle Beratung des Patienten koordiniert werden. Konkret also etwa, wenn etwa vor einer Reise die Dauermedikation sichergestellt wird, indem der Arzt zu den Besonderheiten der Therapie und den Urlaubsbedingungen berät und größere Mengen des Medikamentes verschreibt.

Ein Arztbrief ist eine in sich abgeschlossene Leistung und beinhaltet bei seiner Berechnung selbstverständlich auch gegebenenfalls Empfehlungen zur weiteren Therapie. Ebenso ist die Koordination sozialer Maßnahmen inhaltlich etwas anders als eine Beratung des Patienten. Hier sind beispielsweise pflegerische und soziale Maßnah-

men wie Essensdienst, Wohnungsbetreuung oder die Aufnahme ins Altersheim gemeint. Eine Abrechnung der Ziffer 15 bei dem oben dargestellten Sachverhalt ist daher nicht möglich. Die Leistung nach Ziffer 15 kann sinnvollerweise erst nach Abschluss der einleitenden Untersuchungen und Behandlungen sowie nach Erhebung aller relevanten Befunde und nach Einstellung des Patienten auf eine langfristige Therapie zum Einsatz kommen. Die Leistung nach Ziffer 15 kann auch in Abwesenheit des Patienten erbracht werden. Sie beinhaltet Telefonate bzw. Gespräche und Schriftwechsel mit anderen Ärzten, stationären Einrichtungen, Pflegeheimen, sozialen Einrichtungen, Kureinrichtungen der Krankenversicherung, Physiotherapeuten, Psychologen oder Sozialarbeitern.

Analoge Bewertung von Aufklärungsgesprächen

Nach Ansicht des Gesetzgebers reichen die Beratungsleistungen in der GOÄ aus, um das gesamte Spektrum an Gesprächen, Beratungen und Erörterungen abrechnen zu können. Eines analogen Abgriffes bedarf es daher nicht. In Abschnitt B der GOÄ finden sich tatsächlich verschiedene Beratungsziffern, die zur Abrechnung herangezogen werden können. Abstufungen qualitativer und quantitativer Art sind über den Ansatz entsprechend erhöhter Multiplikatoren vorzunehmen.

Anders verhält es sich, wenn bei der Beratung oder Planung psychoreaktive, psychosomatische oder neurotische Störungen im Sinne der Ziffer 849 GOÄ im Vordergrund stehen. Hier kann, auch wenn keine „Psychotherapeutische Behandlung“ im Sinne des Leistungsinhaltes der Ziffer 849 GOÄ stattfand, diese Nummer analog angesetzt werden. Der in der Ziffer 849 GOÄ enthaltene Zeitfaktor wird dabei nicht ausgeschaltet. Eine Dauer von mindestens 20 Minuten muss daher erfüllt sein. Von einem regelmäßigen Ansatz der Ziffer 849 analog zu „Ausführliche Erläuterungen zu den Auswirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung“ raten wir ab.

Erhöhter Faktor bei persönlicher Leistungserbringung?

Die eigenhändige Leistungserbringung zählt nicht zu den in 5 5 GOÄ genannten Bemessungskriterien für den Ansatz eines erhöhten Faktors. Sie ist vielmehr nach § 4 Voraussetzung für die Berechenbarkeit der Leistung. Dass delegierbare Leistungen weniger „hochwertig“ sind, findet seinen Niederschlag in der Bewertung der Leistung selbst. So ist die vorwiegende Delegation von Leistungen eines der Kriterien für die Aufnahme einer Leistung in den „kleinen Gebührenrahmen“ nach Abschnitt A der GOÄ. Aber auch wenn der Arzt eine solche Leistung selber erbringt, ist dies kein Grund zu höherer Berechnung. 5 5 sieht dies nicht als zulässiges Kriterium vor. Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein.

Ärztetag 2018

Bekanntnis zur Homöopathie für Ärzte

Erfurt 11. Mai 2018. Die deutsche Ärzteschaft hat sich auf dem diesjährigen Ärztetag in Erfurt explizit für die ärztliche Zusatzbezeichnung Homöopathie ausgesprochen. Anlass war die Verabschiedung der überarbeiteten Muster-Weiterbildungsordnung (WBO) für Ärzte, die Weiterbildungen der Mediziner in unterschiedlichen Facharzt- und Schwerpunktbereichen regelt.

Die WBO gehört zum Kern der ärztlichen Selbstverwaltung: Ihre zentrale Aufgabe ist es, die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses auf hohem Niveau und bundeseinheitlich sicherzustellen. Eine differenzierte und qualifizierte Weiterbildung dient der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung. Die WBO (früher: Facharztord-

nung) ist das sowohl für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die gesamte Bevölkerung bedeutendste Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung.

„Wir freuen uns, dass die deutsche Ärzteschaft den therapeutischen Nutzen und die ärztliche Weiterbildung in Homöopathie bestätigt hat“, erklärt Cornelia Bajic, 1. Vorsitzende des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ). „Qualitativ hochwertige Studien belegen heute die Wirksamkeit der Homöopathie und haben dazu einen entscheidenden Beitrag geleistet“, so Bajic. Die Homöopathie sei kein Allheilmittel, aber sie sei offenbar dazu geeignet, „um den medizinischen Herausforderungen in einer Gesellschaft mit immer mehr chronisch erkrankten und multimorbiden Menschen wirkungsvoll zu begegnen“.

Ärztetag: Auch BÄK-Chef Montgomery sprach sich für die Homöopathie aus

Im Vorfeld der Verabschiedung der WBO hatte sich bereits **Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), für die ärztliche Weiterbildung in Homöopathie ausgesprochen: **"Es ist eine Tatsache, dass Homöopathie vielen Menschen hilft.** Wichtig ist, dass es jemand macht, der weiß, wann sie nicht mehr helfen und dann auf normale schulmedizinische Verfahren umsteigen kann", sagte Montgomery dem Bayerischen Rundfunk, "ich sehe die Homöopathie als eine komplementäre Medizin. In Verbindung mit guter medizinischer Ausbildung ist sie sinnvoll." Nach einer Umfrage der Ärztezeitung hatten sich von über 4000 Befragten mehr als 85 Prozent für die ärztliche Homöopathie ausgesprochen.

„Jetzt werden wir den nächsten Schritt gehen und eine Homöopathie-Debatte nach Schweizer Vorbild auf den Weg bringen“, kündigt Bajic an, "auch in Deutschland brauchen wir zur Integrativen Medizin einen intensiven Austausch zwischen Wissenschaft, Ärzteschaft, Politik und Patienten." Dazu gehöre es auch, den von Kritikern gelegentlich instrumentalisierten Begriff der Evidenz in der Medizin zu diskutieren und sich **„über den Rahmen einer Evidenzbasierten Integrativen Medizin zum Wohle der Patienten zu verständigen. – Die Zukunft der Medizin ist integrativ.“**

In der Schweiz wurde bereits Mitte 2017 bestätigt, dass die Homöopathie die Kriterien der wissenschaftlich belegten Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt. Das ist die gesetzliche Voraussetzung, um in den Leistungskatalog der obligatorischen Schweizer Grundversicherung aufgenommen zu werden (Art. 32, Voraussetzungen des KVG). Für die ärztliche Homöopathie gilt dies nun zeitlich unbegrenzt. Bei der Betrachtung der Studienlage in der Schweiz wurden auch Beobachtungsstudien berücksichtigt.

Der DZVhÄ ist der Berufsverband der homöopathischen Ärzteschaft und der älteste Ärzteverband in Deutschland, gegründet 1829 in Köthen/Anhalt. Seit Jahrzehnten trägt der DZVhÄ zu einer von den Ärztekammern anerkannten, fundierten und praxisorientierten Aus- und Weiterbildung im Bereich Homöopathie bei – der Zusatzbezeichnung Homöopathie.

Aus „Der Hausarzt“ 04/2018

Kopieren, leihen, überlassen: Was tun, wenn der Patient seine Akte haben will?

Paragraf 630g Abs 1 BGB sieht vor, dass jeder Patient die Möglichkeit hat, mündlich oder schriftlich, sofortige Einsicht in die eigene Patientenakte anzufordern, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen (etwa bei psychiatrischen Erkrankungen). Eine weitere Verpflichtung leitet sich aus dem

ärztlichen Berufsrecht ab. Paragraph 10 Abs 2 der Musterberufsordnung (MBO) verpflichtet den Arzt, seinen Patienten Einsicht in die objektiven Teile der Krankenunterlagen zu gewähren. Der Arzt steht somit in der Pflicht, seine Patienten schnellstmöglich die komplette Originalakte einsehen zu lassen, Kopien anzufertigen oder eine Auskunft über einzelne Abschnitte der Akte zu gewähren - je nachdem, was der Patient verlangt.

Der Patient hat jedoch kein Recht darauf, dass man ihm das Original aushändigt, außer Röntgenbilder (Paragraph 28 Abs 8 Röntgenverordnung), die zur Weiterbehandlung notwendig sind. Für die Anfertigung von Kopien kann man eine Kostenerstattung verlangen, die der Patient vorab und ohne Übernahme der Krankenkasse tragen muss. Zusenden muss der Arzt die Kopien nicht.

Auch kann das Zusenden von Kopien nicht die Einsicht in die Originalakte vollständig ersetzen. Sofern der Patient dies wünscht, muss man die Einsicht ermöglichen.

Wechselt ein Patient den Arzt, liegt es an ihm, was er dem neuen Arzt über die bisherigen Krankheitsverläufe und Behandlungen mitteilt. Er kann dem vorherigen Arzt erlauben, dem neuen Arzt die Patientenakte zu leihen, damit er sich einen Überblick über seinen neuen Patienten machen kann. Außerdem kann der Patient Kopien der Akte verlangen, und diese dem neuen Arzt aushändigen. Der neue Arzt hingegen hat kein Recht darauf, die Patientenakte ohne eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten und somit Entbindung von der Schweigepflicht einzusehen. Auch das Praxispersonal ist ohne diese Erklärung nicht befugt, anderen Ärzten Auskunft zu geben. Erlaubt der Patient, die komplette Originalakte an einen neuen Arzt zu geben, so darf dies nur geschehen, wenn die Behandlung seit zehn Jahren beendet ist. Denn der ursprünglich behandelnde Arzt muss die Aufbewahrungsfrist einhalten und darf in dieser Zeit keine Originalakte abgeben, zumal diese Akte als Eigentum des Arztes gilt.



Zur Möglichkeit einer Kostenerstattung von erbetenen Kopien und der dafür in der Regel anzusetzenden Kosten gibt es die unterschiedlichsten Stellungnahmen. Keineswegs können sich Ärzte an den sonst bei Ämtern oder Behörden üblichen Sätzen orientieren. In Analogie zum Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) sind aber für bis zu 50 Seiten 0,50 Euro je Seite vom Patienten zu erstatten, für weitere Seiten 0,15 Euro je Seite.

Wenn der Patient eine CD erhält, um diese einem weiteren behandelnden Arzt vorübergehend zu überlassen, kann keine Rechnung gestellt werden. Der mitbehandelnde Arzt muss allerdings die CD zurückschicken. Anders ist es, wenn der Patient die CD für die eigene Dokumentation erbittet. Auch hier ist in Analogie zum JVEG ein Betrag von 1,50 Euro je Datei (auf der CD) in Rechnung zu stellen. Werden mehrere Dateien, so zum Beispiel mehrere sonographische oder Röntgenuntersuchungen auf eine CD übertragen, beträgt der zulässige Höchstsatz 5,00 Euro.

Bei Privatpatienten kann für das Überlassen einer CD auf Wunsch eine Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer (BÄK) herangezogen werden (<https://hausarzt.link/oyXKg>). Demnach werden auch hier 5,00 Euro als angemessen angesehen.

Aus „der niedergelassene arzt“ 05/2018

Hausärztliche Leistungen bei Patienten in stationärer Behandlung

In der Privatliquidation können von niedergelassenen Ärzten erbrachte Leistungen auch dann berechnet werden, wenn der Patient zur gleichen Zeit stationär im Krankenhaus behandelt wird. Das betrifft nicht nur Leistungen, die vom Krankenhausarzt veranlasst werden.

Vom Krankenhaus ist es vor allem ein Konsil, das angefordert wird. Das ist schon durch das telefonische Gespräch erfüllt, in dem der Krankenhausarzt sich mit dem Hausarzt hinsichtlich der weiteren Behandlung nach Entlassung des Patienten abstimmt. Dafür ist keine eigens erfolgte Untersuchung des Patienten erforderlich.

Konsil kann dem Patienten in Rechnung gestellt werden

Durch die Hinzuziehung des niedergelassenen Arztes wird er gemäß § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zum Bestandteil der „Wahlleistungskette“. Der niedergelassene Arzt kann deshalb die erbrachte Leistung dem

Patienten in Rechnung stellen. Formal ist darauf zu achten, dass das Konsil mit dem Chefarzt oder seinem im Wahlleistungsvertrag genannten Vertreter erfolgt. Wer der Vertreter ist, weiß der niedergelassene Arzt oft nicht. Deshalb geht man davon aus, dass es einer der Oberärzte sein sollte.

Dass ein Hausarzt zur Mitbehandlung im Krankenhaus herangezogen wird, ist selten. Wenn, gilt auch dann, dass die erbrachten Leistungen gegenüber dem Patienten selbst berechnungsfähig sind.

Erfolgt die Mitbehandlung auf akute Anforderung im Einzelfall hin, können nicht nur die beim Patienten erbrachten Leistungen, sondern auch Besuchsgebühr und Wegegeld berechnet werden.

Vom Patienten veranlasste Leistungen

Häufiger ist der Fall, dass der Patient den Rat des Hausarztes zu einer vorgesehenen Behandlungsmaßnahme oder einer Medikamentenumstellung einholt. Das ist dann kein Konsil, sondern eine nach Nr. 1 oder Nr. 3 GOÄ berechenbare Beratung.

Diese Beratung muss nicht unbedingt gegenüber dem Patienten selbst erfolgen. Sie kann als so genannte „mittelbare Beratung“ auch gegenüber Angehörigen oder anderen Bezugspersonen erbracht werden.

Selbstverständlich muss man darauf achten, dass die in Abwesenheit des Patienten erfolgte Beratung in seinem Interesse erfolgt. Man sollte dann daran denken, dass die Nr. 4 GOÄ an die Stelle der Nr. 1 oder Nr. 3 GOÄ treten kann.

Wiederholungsrezept ausstellen

Eine weitere Leistung, die auch während einer stationären Behandlung erfolgen kann, ist die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes. Dafür ist die Nr. 2 GOÄ berechenbar, gegebenenfalls zusätzlich des Portos.

Kein „auf Verlangen“ wenn medizinisch notwendig

Vom Patienten oder den Angehörigen beziehungsweise den Bezugspersonen veranlasste Leistungen müssen in der Rechnung nicht unbedingt als „auf Verlangen“ gekennzeichnet werden. Das müssten sie nur dann, wenn sie nicht medizinisch notwendig gewesen wären. Ohne Notwendigkeit als „Wunschleistung“ gekennzeichnete Leistungen könnten beim Finanzamt das Begehren nach der Umsatzsteuer auslösen.

„Serviceleistungen“

Um berechenbar zu sein, müssen die Leistungen vom Krankenhausarzt, dem Patienten oder den Angehörigen angefordert worden sein. Bloße „Serviceleistungen“ wie zum Beispiel der vom Arzt ausgehende Anruf ohne medizinische Notwendigkeit, sind nicht berechenbar.

Minderungspflicht, Belegärzte

Nach § 6a GOÄ müssen die während einer stationären Behandlung des Patienten erbrachten Leistungen von hinzugezogenen niedergelassenen Ärzten um 15 Prozent gemindert werden. Das sollte man auch bei vom Patienten oder Angehörigen selbst veranlassten Leistungen tun, denn der § 6a GOÄ nennt „privatärztliche“ Leistungen. Die Bestimmung gilt dadurch nicht nur für „wahlärztliche“ Leistungen.

„Wahlärztlich“ sind nur solche Leistungen, die durch am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Liquidationsrecht erbracht werden. Ebenso sind Leistungen „privatärztlich“, wenn der Privatpatient in belegärztlich-stationärer Behandlung ist.

WICHTIG

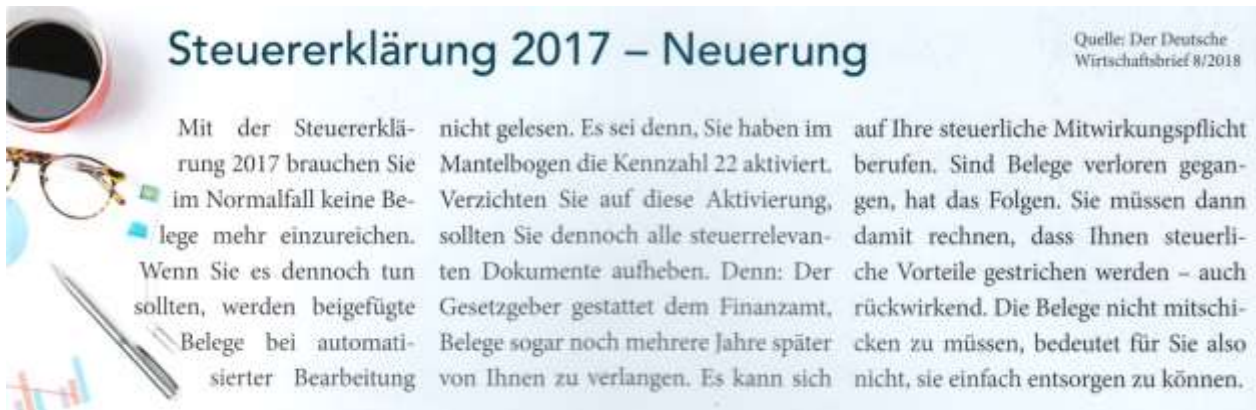
Bei Privatpatienten sind vom niedergelassenen Arzt erbrachte Leistungen auch dann berechenbar, wenn der Patient sich in dieser Zeit in stationärer Behandlung durch Krankenhausärzte befindet

Hausärztlich relevante Beispiele möglicher Leistungen sind

- Konsile,
- Beratungen,
- Unterweisungen von Bezugspersonen und
- Wiederholungsrezepte

Nach § 6a GOÄ müssen die Honorare für diese Leistungen um 15 Prozent gemindert werden

Aus „meditaxa“ 85/Mai 2018



Steuererklärung 2017 – Neuerung

Quelle: Der Deutsche Wirtschaftsbrief 8/2018

Mit der Steuererklärung 2017 brauchen Sie im Normalfall keine Belege mehr einzureichen. Wenn Sie es dennoch tun sollten, werden beigefügte Belege bei automatisierter Bearbeitung nicht gelesen. Es sei denn, Sie haben im Mantelbogen die Kennzahl 22 aktiviert. Verzichten Sie auf diese Aktivierung, sollten Sie dennoch alle steuerrelevanten Dokumente aufheben. Denn: Der Gesetzgeber gestattet dem Finanzamt, Belege sogar noch mehrere Jahre später von Ihnen zu verlangen. Es kann sich auf Ihre steuerliche Mitwirkungspflicht berufen. Sind Belege verloren gegangen, hat das Folgen. Sie müssen dann damit rechnen, dass Ihnen steuerliche Vorteile gestrichen werden – auch rückwirkend. Die Belege nicht mitschicken zu müssen, bedeutet für Sie also nicht, sie einfach entsorgen zu können.

Aus „meditaxa“ 85/Mai 2018



Vorweggenommene Erbfolge: Steueroptimierung durch Vorbehaltsnießbrauch

Häufig besteht in Familien die Absicht, Vermögen zu Lebzeiten auf die nachfolgende Generation zu übertragen und gleichzeitig die übertragenden (z. B. Eltern) wirtschaftlich abzusichern, etwa durch Vereinbarung eines Nutzungsrechts, wonach den Eltern weiterhin die Erträge des übertragenen Vermögens zustehen. Erbschaftsteuerlich mindert das Nutzungsrecht die Bemessungsgrundlage für die Schenkungsteuer; Freibeträge können so ggf. mehrfach genutzt werden, wenn vorweggenommene Erbfolge (Schenkung) und Erbfall länger als 10 Jahre auseinanderliegen.

Bei der Gestaltung (siehe Beispiel) steigt der Kapitalwert des Nutzungsrechts und somit auch der schenkungsteuerliche Vorteil, je jünger der Übertragende ist. Verstirbt der Nutzungsberechtigte und erlischt somit der Nießbrauch, führt dies zu keiner (nachträglichen) Steuerkorrektur; die bei Vereinbarung des Nießbrauchs vorgenommene Minderung der Steuer durch das Nutzungsrecht bleibt regelmäßig erhalten.

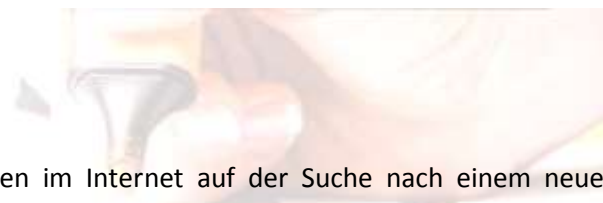
Einkommensteuerlich ist darauf hinzuweisen, dass sich durch die (weitere) Zurechnung der Mieteinkünfte bei den Eltern Vorteile ergeben können, wenn der persönliche Einkommenssatz der Eltern niedriger ist als der Steuersatz der Kinder.

Beispiel:
Mutter M (65 Jahre) überträgt eine seit 12 Jahren in ihrem Eigentum befindliche vermietete Immobilie auf ihren Sohn. M behält sich ein lebenslanges Nutzungsrecht an dem Gebäude vor. Nach den Vereinbarungen stehen M weiterhin die laufenden Mieten aus dem Objekt zu.

Maßgeblicher Steuerwert Gebäude	1.000.000 €
Der Jahreswert der Nutzung ist niedriger als die Mieteinkünfte und beträgt gemäß § 16 BewG 54.000 €.	
Kapitalwert der lebenslänglichen Nutzung Immobilienquote	./ 680.000 €
Schenkungssteuerliche Bemessungsgrundlage	320.000 €
Persönlicher Freibetrag (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 ErbStG)	400.000 €
Steuer	0 €
Ohne Vereinbarung eines Nießbrauchs: (1.000.000 € ./ 400.000 €) x 15 %	90.000 €

Quelle: BFH Urteil vom 29.08.2017 VIII R 32/15

Praxishomepage -alles fehlerfrei?



Mehr als 60 Prozent der Patienten sind über Suchmaschinen im Internet auf der Suche nach einem neuen Hausarzt, so das Ergebnis einer Umfrage des Arztbewertungsportals Jameda. Im Zuge der Digitalisierung überrascht dieses Ergebnis nicht: Wenn „Dr. Google“ bereits zu den Symptomen eines Patienten guten Rat wusste, kann er auch gleich einen guten Arzt empfehlen. Demzufolge ist es auch keine Überraschung, dass immer mehr Ärzte auf die Nutzung der eigenen Praxishomepage setzen. Eine aktuelle Studie der Agentur Reif und Kollegen ergab, dass besonders Homepages von Arztpraxen häufig rechtliche Mängel aufweisen: Bei 400 untersuchten Praxiswebsites wurde mindestens ein kritischer Fehler entdeckt. Die Konsequenz, wenn jemand genauer hinschaut, beispielsweise ein verärgerter Patient: Ein fehlerhaftes oder sogar fehlendes Impressum kann eine Geldstrafe in Höhe von bis zu 3.300,00 Euro nach sich ziehen. Abmahnungen aufgrund fehlerhafter Platzierung und Lücken innerhalb der Datenschutzerklärung - viele inhaltlich Verantwortliche fassen das Impressum und die Datenschutzerklärung gerne auf einer Seite zusammen. Beide Bereiche sollten allerdings klar voneinander getrennt und gut auffindbar (auf zwei eigenen Seiten der Webpräsenz) sein. Des Weiteren kann es auch zu Zivilklagen wegen unlauteren Wettbewerbs kommen. Einige Ärzte verstießen sogar gegen geltende Gesetze: das Telemediengesetz und das Heilmittelwerbegesetz. Auch die Berufsordnung wurde teilweise außer Acht gelassen. Die am häufigsten vermutete Ursache für solche Fehlerquellen: Webdesigner. Diese kennen in den seltensten Fällen die werberechtlichen Einschränkungen der Ärzte. Eine von 400 Praxishomepages, die unter die Lupe genommen wurden, konnte eine fehlerfreie Datenschutzbestimmung aufweisen. Bei 30 Prozent fehlte sie gänzlich. Inhaltlich müssen wichtige Richtlinien der Datenschutzerklärung beachtet werden - der Grund für die Erhebung der Daten, Speicherung der Daten und u. a. natürlich, wer für den Datenschutz verantwortlich ist. Letzteres fehlte bei über 70 Prozent der Praxiswebsites. Seit 2017 müssen alle Internetauftritte die Zustimmung der Besucher zur Verwendung von Cookies einholen. Dies sollte am besten über ein PopUp-Fenster erfolgen, welches beim Aufrufen der Homepage zuerst erscheint. Die Fehlerquelle „Impressum« führte den Siegeszug der Umfragewerte an: Bei 90 Prozent aller Auftritte war es gar nicht oder fehlerhaft vorhanden. In den meisten Fällen fehlte die Steuernummer oder die Umsatzsteueridentifikationsnummer, welche bei Behandlungen ohne medizinische Indikation angegeben werden muss, sofern diese angeboten werden - sonst wird abgemahnt. Ein weiterer rechtlicher „Aufhänger“ sind Bildrechte - eine fehlende oder fehlerhafte Angabe der Urheber- und Nutzungsrechte sowie eine fehlerhafte Verwendung aufgrund der „falschen“ Lizenzierung kann schnell teuer werden.

Die voranschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen lässt die sogenannten 24/7-Aushängeschilder im Netz nicht außer Acht. Es ist also ratsam die eigene Praxiswebsite unter die Lupe zu nehmen und regelmäßig auf dem neusten Stand in Sachen Recht und Gerecht zu bringen.

meditaxa Redaktion 1 Quelle: Arzt & Wirtschaft 03/18

Stellenausschreibung

ervorragend etablierte **internistische Privatpraxis mit breitem Spektrum im Zentrum Münchens** sucht ab sofort erfahrene/n Internisten/in oder Allgemeinmediziner/in für 1 Tag. Attraktive Gestaltungsmöglichkeiten. Kein Hausarzt

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen unter 0172-5123330 gerne zur Verfügung

Langjährig etablierte **internistische Privatpraxis am Tegernsee** sucht ab sofort erfahrene/n Internisten/in oder Allgemeinmediziner/in.

Attraktive Gestaltungsmöglichkeiten, Teilzeit oder Vollzeit. Kein Hausarzt.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen unter 0172-5123330 gerne zur Verfügung

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

Herzlichen Dank

Schlusswort

Einheitliches Vergütungssystem statt Bürgerversicherung?

In einem ausführlichen Interview in der ÄrzteZeitung mit dem Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem (14.3.2018) wurden die Aufgaben der neu zu schaffenden "wissenschaftlichen Kommission" zur Schaffung eines "Einheitlichen Vergütungssystems" analysiert. Dabei sei der Koalitionsvertrag gar nicht unbedingt im Sinne eines solchen "einheitlichen" Systems zu lesen, so Wasem. "Das kann auch so gelesen werden, dass es zwei reformierte Vergütungssysteme geben wird...Auf welche Datenbestände kann sie zugreifen? Bekommt die eine arbeitsfähige Geschäftsstelle? (die Kommission). "Ich denke nicht, dass sie legitimiert sein wird, sich für ein konkretes Modell zu entscheiden. Sie wird Vor- und Nachteile alternativer Gestaltungsoptionen aufzeigen können."

Vertragsärzte könnten sich erhoffen, von der Budgetierung befreit zu werden durch eine neue Vergütungssystematik. Probleme könnten aber besonders im Bereich der Zusatzversicherungen entstehen: für Innovationen mehr Geld? Für schnellere Termine beim Facharzt? Für mehr Komfort? "Damit würde aber das Ziel, eine klassenlose Medizin zu schaffen, auch nicht erreicht." Wasem sieht trotz evtl wissenschaftlichen Ansatzpunkten eine große Notwendigkeit der Politik, hier mitzugestalten, auch um EU-Recht nicht außer acht zu lassen!

Derweil bleibt alles beim Alten, wir müssen mit Analogziffern gestalten, was uns aus der uralten GOÄ nicht zur Verfügung steht. Hier noch einmal die wichtigsten Listen hierzu (fragen Sie aber auch Ihre Private Verrechnungsstelle nach ihren Analogziffern-Listen). Der Kommentar der PKV, der ja auch Ablehnungsbegründungen enthält, umfasste 2015 noch 15 Seiten, inzwischen sind es 44.

bit.ly/2 BraC5I (PKV)

bit.ly/2 Hb3iet (BÄK)

bit.ly/2 BXaVp (Verzeichnis Analogziffern BÄK)

DIE VORSTANDSCHAFT WÜNSCHT IHNEN EINE SCHÖNE SOMMERZEIT