

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



Privatärztliche Praxis aktuell

Privatärztlicher Bundesverband

Geschäftsstelle

Dreisamstr. 1 D - 76337 Waldbronn

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

Internet: www.pbv-aerzte.de

E-Mail: PBV-Weishaeupl@gmx.de

Save the
Date

Ausgabe 4/2019

30. November 2019
Tag der Privatmedizin

Aus „zifferdrei – Das Magazin der PVS“ 2/2019

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

Von Stefan Tilgner

Es braucht einen Ruck

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

Mandat der Profession

Das trifft besonders auch die traditionellen Institutionen der Ärzteschaft – allen voran die Bundesärztekammer. Gerade fand der Deutsche Ärztetag in Münster statt. Ein neuer Präsident – ein Programm für die Zukunft. Was daraus wird, sollte man bald sehen. Ein Aufbruchssignal wäre mehr als wünschenswert! Die Ärztekammern

vertreten alle rund 350.000 Ärzte in Deutschland. Sie sind zuständig für Aus- und Weiterbildung, Berufszulassung, alle wichtigen Grundsatzfragen der Berufsausübung, aber auch für die Zukunftsperspektiven des Arztberufes. Dazu sind allein die Mediziner aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Profession befähigt.

Gefahr der Staatsmedizin

Der Staat hat sich über viele Jahrzehnte bewusst zurückgehalten. Nicht ohne Überlegung haben die Väter des Grundgesetzes über ein einfaches Sozialstaatsgebot (Artikel 20 GG) hinaus keine Festlegungen getroffen, welche konkreten Aufgaben der Staat im Sozial- und Gesundheitswesen hat. So wurden lange Zeit allenfalls Rahmenbedingungen definiert, um ein geordnetes Miteinander der Professionen zu gewährleisten. Das hat sich in den letzten Jahren gewaltig geändert. Die von den Vätern der Verfassung vorausgesetzte Freiheit und Verantwortung der heilberuflichen Professionen wird zur puren Theorie und, wenn die Akteure sich ihr Mandat endgültig nehmen lassen, zur reinen Staatsmedizin.

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

Das Monster Bürokratie

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

Ärzte am Scheideweg

Was steht also an, wenn Deutschlands Ärzteschaft die Chance zum Aufbruch wirklich ernst nimmt? Nicht weniger als die konsequente Renaissance der Bedeutung ihrer wichtigsten Institution, der Bundesärztekammer. Wenn auch Positionen, die über Jahre vernachlässigt wurden, oder die öffentliche Wahrnehmung der fachlichen Kompetenz nicht über Nacht zurückzugewinnen sind, so geht es doch darum, klare Ziele festzulegen. Der Ärztetag ist stets ein Tag der Köpfe. Personen, die für etwas stehen und das auch konkret umsetzen wollen. Die Themen sind lange klar. Um nur einige zu nennen: Deutliche Schritte bei der Digitalisierung mit den Ärztekammern als Taktgeber, da es hier ganz konkret um die Berufsausübung geht; stärkere Positionierung bei den Verhandlungen neuer Honorarordnungen, unabhängig davon, was externe Expertengremien im Auftrag des BMG oder anderer

ermitteln, Forderung des Mandats für die Ärzteschaft bei versorgungsrelevanten Entscheidungen, soweit diese nicht ausschließlich Vergütung, sondern medizinische Versorgung betreffen, stärkeres Mandat zur Beurteilung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. Letzteres darf sich die Kammer bei künftigen Betrachtungen nicht vom IQTIG nehmen lassen. Außerdem sollte sie stärker zum Innovationsmotor ärztlicher Praxisführung und auch hier normsetzend aktiv sein. Das sind nur einige Punkte.

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

GOÄ akutell

Aus „der niedergelassene arzt“ 05/2019

Gesundheitsuntersuchung bei Privatpatienten

Die Änderungen im GKV-Bereich wirken sich auch auf privat versicherte Patienten aus.

Privatpatienten sind hinsichtlich des Leistungs- (Erstattungs-)Anspruchs gegenüber PKV und Beihilfe nicht anders versichert als GKV-versicherte Patienten. Das kommt daher, dass die Versicherungsbedingungen beziehungsweise die Beihilferichtlinien sich im Leistungsumfang zur Prävention und Früherkennung auf „gesetzlich eingeführte Programme“ (oder ähnlich ausgedrückt) beziehen. „Automatisch“ erstattungspflichtig sind die Kostenträger deshalb nur für das, was auch Richtlinien-Inhalt ist. Für weitergehende Untersuchungen (z. B. Sonographie oder EKG) muss deshalb - wie im GKV-Bereich eine über die Gesundheitsuntersuchung hinausgehende Indikation (zur „präventiven“ eine zusätzliche „kurative“) vorliegen, damit der Kostenträger auch dafür erstattungspflichtig wird. Manche Kostenträger achten darauf: Ohne eine zusätzliche Diagnose wird die Erstattung dessen, was über den Richtlinien-Inhalt hinausgeht, abgelehnt. Das gilt auch hinsichtlich der Anspruchsberechtigungen (Alter, Zeiträume).

Über eine eventuelle Nichterstattung müssen die Patienten vor der Behandlung schriftlich informiert werden (§ 630c BGB). Das löst sich in der Praxis oft aber dadurch, dass der Patient zwar mit dem Wunsch nach einer Gesundheitsuntersuchung kommt, aber klar wird, dass bei ihm konkrete Beschwerden abzuklären sind (vgl. bei „Abrechnung“).

Gesundheitsuntersuchung neben Krebsfrüherkennung

Durch den Bezug auf die GKV-Richtlinien gilt auch für Privatpatienten, dass sich die Gesundheitsuntersuchung vor allem auf die Erkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises bezieht. Damit bezieht sich die Gesundheitsuntersuchung auf andere Inhalte als die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Wenn die entsprechenden Untersuchungsinhalte in einer Sitzung nebeneinander erbracht werden, sind die Nrn. 27 GOÄ (Krebsfrüherkennung Frau) bzw. 28 GOÄ (Krebsfrüherkennung Mann) auch neben der Nr. 29 berechnungsfähig.

Abrechnung

Nr. 29 GOÄ: Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen - einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung, 440 Punkte, 2,3-fach 58,99 Euro

Neben Nr. 29 sind die Nrn. 1, 3, 5, 6
7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

Der Richtlinien-Bezug der Gesundheitsuntersuchung in der Erstattungspflicht der Kostenträger heißt nicht, dass mit der Nr. 29 GOÄ auch der vollständige Richtlinien-Inhalt abgegolten wäre. Neben der Nr. 29 sind folgende Nrn. berechenbar:

- 3511 (Harnstreifentest, 3,35€)*
- 3560 (Glukose, 2,68€)*
- 3562 (Gesamtcholesterin, 2,68€)
- 3563.H 1 (HDL-Cholesterin, 2,68€)
- 3564.H1 (LDL-Cholesterin, 2,68€)
- 3565.H1 (Triglyceride, 2,68€)
- 250 (Blutabnahme)

* Euro-Beträge jeweils 1,15-fach, Laborziffern in der Laborgemeinschaft
Wird die Gesundheitsuntersuchung mit einer Früherkennung kombiniert, sind bei der Abrechnung eventuell Überschneidungen zu beachten. Zum Beispiel ist Nr. 3511 zwar neben Nr. 29, nicht aber neben Nr. 28 berechnungsfähig. Wird mit der Gesundheitsuntersuchung ein Hautkrebsscreening durchgeführt, ist Nr. 7 GOÄ für die Untersuchung der Haut nicht berechenbar, weil diese bereits im Ganzkörperstatus der Nr. 29 GOÄ inbegriffen ist. Nr. 750 GOÄ für die Dermatoskopie ist aber berechenbar.

Werden zusätzlich zur Gesundheitsuntersuchung weitere Leistungen aus „kurativer“ Indikation erbracht, sollte sich das auch in den Diagnoseangaben widerspiegeln (z. B. Gesundheitsuntersuchung, Belastungsdyspnoe, Ausschluss KHK). Nicht erlaubt ist, die Nr. 29 einfach durch die erbrachten Einzelleistungen (Nr. 8 etc.) zu ersetzen. Wenn aber frühzeitig durch Anamnese oder erhobene Befunde anstelle (!) einer Gesundheitsuntersuchung auf konkrete Erkrankungen hin untersucht werden muss, dann sind statt der Nr. 29 die erbrachten Einzelleistungen ansetzbar. Bei den Diagnosen sollte dann „Gesundheitsuntersuchung“ gar nicht stehen.

WICHTIG

- Privatversicherte haben zur Gesundheitsuntersuchung als versicherte Leistung nur denselben Anspruch wie G KV-Versicherte
Sind konkrete Symptome oder Befunde abzuklären, können zusätzlich zu Nr. 29 die zusätzlichen Leistungen berechnet werden. Gegebenenfalls kann die Situation auch sein, dass direkt die Abklärung konkreter Erkrankungen anstelle der Gesundheitsuntersuchung erfolgen muss. In beiden Fällen ist auf die Diagnoseangaben zu achten
- Die zu Nr. 29 zusätzlich ansetzbaren Ziffern und mögliche Kombinationen mit

Aus „Aerztezeitung“ vom 24.06.2019

Warum wir bei GOÄ-Forderungen deutlich über 10% bleiben müssen

Die GKV holt auf

Von Hauke Gerolf

Das Pendel schlägt zurück. Über viele Jahre stieg der Anteil der Privateinnahmen bei niedergelassenen Ärzten immer weiter an. Die an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelten Honorarsteigerungen nahmen in den mageren ersten Jahren dieses Jahrhunderts jegliche Dynamik aus der Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung.

In diesem Jahrzehnt ist das GKV- System für Ärzte wieder attraktiver geworden: Von 72 Prozent (2011, Destatis) stieg der GKV-Anteil bei niedergelassenen Ärzten nach dem aktuellen Jahresbericht des Zi-PraxisPanels (ZiPP) auf 75,8 Prozent im Jahr 2016. Der Privatanteil sank im Gegenzug wieder ab. Dahinter stehen kräftige GKV-Honorarsteigerungen von im Jahresschnitt über 5,3 Prozent von 2013 bis 2016. Damit sind Fehlentwicklungen teilweise korrigiert worden, die zu viel Frust bei Vertragsärzten geführt hatten.

Da zudem laut ZiPP im selben Zeitraum die Wochenarbeitszeiten leicht gesunken sind, gibt es eigentlich keinen Grund mehr, die Niederlassung als Vertragsarzt schlecht zu reden - wie das lange und ausführlich von Ärztefunktionären getan wurde. Der Trend spricht für die Niederlassung. Es ist höchste Zeit, dies jungen Ärzten auch offensiv zu vermitteln.

Aus „der niedergelassene arzt“ 05/2019

LEIDER NUR EINE OPTIMISTISCHE VISION

GOÄ soll in diesem Jahr fertig werden

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Dauerbaustelle im Gesundheitswesen. Beim SpiFa-Fachärztetag in Berlin zeigte sich Dr. Klaus Reinhardt, Verhandlungsführer der Bundesärztekammer (BÄK), dennoch optimistisch: Noch in diesem Jahr sollen die Leistungen mit den Verbänden bewertet werden. Eine vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Honorarkommission arbeitet parallel an Vorschlägen für ein neues Vergütungssystem.

Wer heute privatärztliche Leistungen abrechnet, greift dazu auf ein reichlich in die Jahre gekommenes Gebührenverzeichnis zurück. Denn die derzeit gültige GOÄ stammt aus dem Jahr 1982. Im selben Jahr wurde Helmut Kohl Bundeskanzler und mit dem Commodore 64 eroberte der erste Heimcomputer die Wohnzimmer. Den Stand der Wissenschaft bildet das Honorarverzeichnis längst nicht mehr ab. Neue Leistungen müssen über Analogziffern abgerechnet werden.

Seit einigen Jahren laufen Verhandlungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und den Vertretern der Beihilfe, die GOÄ zu reformieren. Der Prozess war anfangs von innerärztlichem Streit begleitet. Mit Klaus Reinhardt ist seit 2016 ein niedergelassener Arzt in eigener Praxis mit der Novelle betraut, dessen transparenter Reformkurs von den Verbänden unterstützt wird. Die Debatte ist seitdem von einem sachlichen Stil geprägt. Wenn auch nicht im vorgesehenen Tempo, geht die Arbeit an der Neufassung voran.

5.500 Einzelleistungen, 37 Prozent Plus

Den Fortschritt bekräftigte Reinhardt beim Fachärztetag Anfang April in Berlin. Die neue Gebührenordnung mit über 5.500 Einzelleistungen für alle Tätigkeiten liege vor. Basis der Kalkulation seien die Angaben der Berufsverbände und Fachgesellschaften. Die Bewertung der Leistungen solle im Juni beginnen.

Mit welcher Honorarsteigerung können die Ärzte rechnen? Für viele ist das die zentrale Frage nach 36 Jahren GOÄ-Stillstand. „Wenn wir keine Rücksicht auf den Preiseffekt nehmen, den wir mit der neuen GOÄ erzielen, kommen wir zu einem Plus von 37 Prozent“, rechnete Reinhardt vor. Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, relativierte: „Das Bittere wird sein, dass wir natürlich keine 37 Prozent bekommen.“ Die

zukünftige Gebührenordnung brauche einen Mechanismus, der verhindere, dass wieder 20 Jahre nichts getan werde.

Dr. Frank Schulze-Ehring, der für den PKV-Verband an der Diskussionsrunde teilnahm, zeigte sich nicht verwundert über die Zahl. Gleichzeitig betonte er, dass man die Versicherten nicht überfordern dürfe. Wenn die innerärztliche Abstimmung beendet sei, sei man bereit, weiterzuverhandeln und dann das Preisschild dranzuhängen." Alle drei Diskutanten hielten es für wichtig, dass die neue GOÄ noch vor dem Ergebnis der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) vorliege.

Verhandlungsmandat mit Bedingungen

Die KOMV soll bis Ende 2019 Vorschläge für ein neues Vergütungssystem vorlegen. Dabei soll auch die Zusammenführung der bestehenden Honorarordnungen geprüft werden. Die Einsetzung der Honorarkommission geht auf den Koalitionsvertrag von Union und SPD zurück. Darin ist festgehalten, dass sowohl der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als auch die GOÄ reformiert werden müssen.

Eine eigene Gebührenordnung gehöre per Definition zu einem freien Beruf, unterstrich Heinrich. Das dürfe von der KOMV nicht angegriffen werden. „Wenn irgendeine Regierung daran herumfrickeln will, dann stehe ich draußen auf der Straße mit einem großen Schild!“ Vor diesem Hintergrund betonte er, dass das Verhandlungsmandat des Deutschen Ärztetags nur unter der Bedingung gilt, dass das duale Versicherungssystem aus GKV und PKV erhalten bleibt. Andernfalls wäre der Beschluss hinfällig.

Ärztliche Zuwendung soll aufgewertet werden

Welche konkreten Änderungen die GOÄ-Novelle beinhalten wird, war Reinhardt nicht zu entlocken. Begleitleistungen, die regelmäßig neben bestimmten GOP abgerechnet werden, würden genauer untersucht. Einige Abrechnungsausschlüsse seien vom Tisch. Die ärztliche Zuwendung („Sprechende Medizin“) wolle man angemessen bewerten.

Dennoch habe ein Arzt mit vielen technischen Leistungen nichts zu befürchten. „Wenn eine Kalkulation ehrlich und ernsthaft betriebswirtschaftlich ist, dann wird es keine einzige Leistung in dieser GOÄ geben, bei der ein Arzt Geld mitbringt.“ Es könne höchstens sein, dass „ein sehr auskömmlicher Deckungsbeitrag, der in der einen oder anderen technischen Leistung schlummert, vielleicht zugunsten der persönlichen Zuwendung verwertet wird.“

Aus „der niedergelassene arzt“ 06/2019

Zuschläge bei Leistungen zur Unzeit und/oder bei Kindern

Wenn Beratungen oder Untersuchungen außerhalb der Sprechstunde erbracht werden, können die Zuschläge A bis D berechnet werden, bei Untersuchungen von Kindern ggf. auch der Zuschlag K1.

Aus Platzgründen bitten wir darum, die GOÄ heranzuziehen. Laut GOÄ sind die Zuschläge A bis D nur zu den Nrn. 1, 3, 4 und 5 bis 8 GOÄ berechnungsfähig, der Zuschlag K1 nur zu den Nrn. 5 bis 8 GOÄ. Dafür verlangt K1 keine Leistungserbringung zur „Unzeit“, sondern ist auch

dann berechenbar, wenn ein Kind, welches das 4. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, während der Sprechstundenzeit untersucht wurde.

Die Zuschläge sind nicht steigerungsfähig. Die Abrechnung ist nur mit dem jeweilig angegebenen Euro-Betrag möglich. Ein Zuschlag darf je Inanspruchnahme des Arztes (je „Sitzung“) nur einmal berechnet werden. Ein Mehrfachansatz desselben Zuschlags (z. B. A sowohl zu Nr. 1, als auch Nr. 7) ist nicht erlaubt. Eventuelle Kombinationen

Daraus ergeben sich folgende Kombinationsmöglichkeiten von Zuschlägen:

	A	B	C	D	K1	E-K2
A	∅	∅	∅	∅	+	∅
B	∅	∅	∅	+	+	∅
C	∅	∅	∅	+	+	∅
D	∅	+ oder C	+ oder B	∅	+	∅
K1	+	+	+	+	∅	∅

der Zuschläge B bis K1 sind jedoch möglich (s. unten). Nicht kombinierbar sind die Zuschläge A bis K1 mit den für andere Leistungen (Besuche etc.) zutreffenden Zuschlägen E bis K2.

In der Rechnung müssen die Zuschläge unmittelbar im Anschluss an die Leistung, die den Zuschlag auslöst, angeführt werden. Der Zuschlag muss also zum Beispiel nach der Nr. 7 GOÄ als nächstes angeführt werden, bevor andere Leistungen in der Rechnung folgen.

Kombinationsmöglichkeiten

Zuschlag „A“ (außerhalb der Sprechstunde) entfällt, wenn einer der Zuschläge B bis D berechnet werden kann. Das ist sachlogisch, denn diese Zuschläge berücksichtigen ja schon die Leistung zu in aller Regel sprechstundenfreien Zeiten. Eine Ausnahme ist der Zuschlag D. Der kann auch in einer Samstagsprechstunde berechnet werden, dann jedoch nur mit dem halben Satz (6,41 €). Auch dann ist Zuschlag A aber nicht neben Zuschlag D berechnungsfähig, denn die Leistung ist dann nicht „außerhalb der Sprechstunde“.

Abgesehen davon, dass die GOÄ bei den Zuschlägen jeweils darauf hinweist, welche Zuschläge nicht neben dem entsprechenden Zuschlag berechnet werden dürfen, ist auch die Nicht-Kombinierbarkeit der Zuschläge B und C offensichtlich, denn die Leistung fand ja entweder zu den für Zuschlag B oder für Zuschlag C vorgegebenen Zeiten statt.

Weitere Hinweise

Zuschlag A heißt „für außerhalb der Sprechstunde erbracht“. „Sprechstunde“ ist die angekündigte Sprechstundenzeit. Wenn aber die Behandlung aus organisatorischen Gründen des Arztes schon vor der Sprechstunde erfolgt, ist Zuschlag A nicht berechnungsfähig. Ebenso, wenn der Patient noch zur Sprechstundenzeit kam, aber erst später behandelt werden kann. Eine Anwesenheit des

Arztes außerhalb dieser Zeiten in der Praxis ist für die Berechenbarkeit des Zuschlags unschädlich, er muss nicht extra seine Praxis aufsuchen. Zu den Zuschlägen B und C gilt hinsichtlich „Sprechstunde“ gleiches wie zum Zuschlag A.

Der Samstag (Zuschlag D) beginnt um null Uhr, der Sonntag endet um 24 Uhr. Als „Feiertage“ im Sinne des Zuschlags gelten nur gesetzliche Feiertage, nicht Tage, an denen lediglich „üblicherweise“ die Arbeit ruht. Überschreiten Leistungen die Zeitgrenzen der Zuschläge, ist für Leistungen am Abend der Abschluss

der Leistungserbringung und für Leistungen am Morgen der Beginn der Leistungserbringung maßgeblich. Beispiel: Werktag, Beginn um 19.50 Uhr, Abschluss

um 20.05 Uhr: Zuschlag B statt A.

Ein Zuschlag kann auch dann berechnet werden, wenn eine zuschlagberechtigte Leistung erbracht wurde, die aber nicht in Rechnung gestellt werden kann. Beispiel: Nr. 1 und/oder 5 kann nicht angesetzt werden, weil sie wegen der Bestimmung „nur einmal im Behandlungsfall neben...“ zugunsten anderer Leistungen entfallen müssen. In der Rechnung kann dann die Nr. 1 oder 5 GOÄ als „erbracht, aber nicht berechnet“ vor dem Zuschlag angeführt werden.

- Wichtig**
- Zuschlag K1 kann auch dann berechnet werden, wenn die Leistung, die den Zuschlag auslöst, innerhalb der Sprechstunde erbracht wurde
 - Ein Zuschlag kann auch dann berechnet werden, wenn die Leistung, die den Zuschlag auslöst, aufgrund von Abrechnungsbestimmungen der GOÄ selber nicht (mehr) berechnet

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

Text: **Brigitte Siebert**

Basistarif, Standardtarif und Notlagentarif

Basistarif

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

Standardtarif

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

Notlagentarif

Der Notlagentarif wurde im August 2013 gemäß § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingeführt. Versicherungsnehmer sind Nichtzahler von Versicherungsprämien. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwundererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige

Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten. Gemäß § 75 Abs. 3a SGB V haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die ärztliche Versorgung für die im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Soweit nichts anderes geregelt ist, werden die Leistungen nach den Gebührensätzen des Standardtarifes vergütet.

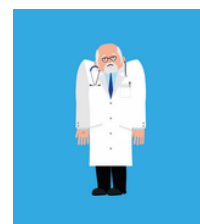
Aus „der niedergelassene arzt“ 05/2019

Was Sie zur Berufshaftpflichtversicherung wissen sollten

Wie in jedem anderen Berufsfeld kann auch bei der ärztlichen Tätigkeit nie ganz ausgeschlossen werden, dass einem Menschen Fehler unterlaufen. Ist so ein Fall eingetreten, muss der Arzt dem Geschädigten den Schaden ersetzen. Aus diesem Grund sollte jeder Arzt eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Was Sie im Zusammenhang mit dieser Versicherung wissen sollten, wollen wir im Nachfolgenden darlegen.

Eine Entschuldigung beim Patienten führt nicht unweigerlich zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Illustration: Top Vector Studio/Shutterstock



Versicherungspflicht

In § 21 der Musterberufsordnung (MBO) ist Folgendes bestimmt:

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

Anders als bei manchen Freiberuflern, wie z. B. Rechtsanwälten, ist der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aber keine zwingende Voraussetzung für die Berufserlaubnis. Ein Rechtsanwalt bekommt ohne den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung beispielsweise keine Zulassung für seine Anwaltstätigkeit. Bei einer Kündigung ohne Neuabschluss kann einem Rechtsanwalt nachträglich die Zulassung entzogen werden.

All das ist bei Ärzten nicht der Fall. Eine Praxis kann also auch ohne eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung eröffnet werden. In der Regel wird von den Ärztekammern auch nicht kontrolliert, ob ein Arzt einen entsprechenden Versicherungsschutz hat. Tritt aber ein Schadensfall ein und der Arzt kann diesen nicht begleichen, kann die Approbationsbehörde einschreiten und es können berufsrechtliche Sanktionen gegen den Arzt verhängt werden. Daher ist jedem Arzt dringend zu raten, sich zu versichern.

Höhe der Berufshaftpflicht

§ 21 MBO sieht lediglich die berufsrechtliche Verpflichtung vor, für einen hinreichenden Versicherungsschutz zu sorgen. Wie der Begriff „hinreichend“ zu verstehen ist, hängt vom jeweiligen Fachgebiet und den damit verbundenen fachspezifischen Risiken ab. Für viele Fachgruppen, insbesondere für die operativen Fächer, werden Deckungssummen für Personenschäden in Höhe von mindestens 2,5 bis fünf Millionen Euro, für Sachschäden in Höhe von mindestens 150.000 Euro und für Vermögensschäden in Höhe von mindestens 50.000 Euro empfohlen.

Bitte überprüfen Sie auch regelmäßig die Höhe Ihrer Deckungssummen, damit Sie nicht unterversichert sind. Tritt ein Schadensfall auf, kann die Versicherung die Berufshaftpflichtversicherung kündigen. Sie müssen dann aber in jedem Fall eine neue Versicherung, ggf. auch mit höheren Prämien, abschließen.

Meldepflicht eines Schadens

Sie sind verpflichtet Ihrer Versicherung einen Schaden, der Haftpflichtansprüche begründen könnte, unverzüglich und schriftlich zu melden. Diese Anzeigepflicht besteht bereits dann, wenn Sie Kenntnis von Umständen erlangen, die geeignet sind, Haftpflichtansprüche gegen Sie auszulösen. Sie dürfen also nicht abwarten, bis aufgrund eines Schadensereignisses tatsächlich Schadensersatzansprüche erhoben werden.

Gleiches gilt, wenn gegen Sie ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wird. Sie müssen der Versicherung auch alle Unterlagen zur Verfügung stellen, damit diese überprüfen kann, ob die erhobenen Ansprüche gerechtfertigt sind.

Bitte beachten Sie, dass die Versicherung im Falle einer nicht rechtzeitigen Meldung des Schadensfalls ggf. von der Leistungspflicht befreit ist und Sie den Schaden aus eigenen Mitteln begleichen müssen.

Es kann aber auch die Situation eintreten, in der Sie für den Schaden selbst aufkommen wollen, z.B. weil Sie die Kündigung des Versicherungsvertrages verhindern wollen. In einem solchen Fall besteht für Sie nicht die Pflicht die Versicherung zu informieren. Auch der geschädigte Patient hat keinen Anspruch auf Nennung der Versicherung.

Nachversicherung

Verkauft man die Praxis und geht in Rente, stellt sich die Frage, ob eine Nachversicherung notwendig ist. Verneint wird diese Frage immer mit dem Argument, dass Schadensersatzansprüche wegen eines eventuellen Behandlungsfehlers in der aktiven Zeit des Arztes von der damals abgeschlossenen Berufshaftpflicht gedeckt sein müssen. Schließlich ist der Fehler ja auch in dieser Zeit passiert und damit greift der Versicherungsschutz von damals.

Es gibt aber seltene Fallkonstellationen, in denen der Schaden erst nach Ende der Versicherung eintritt. Als Beispiel sei die Verschreibung eines Medikamentes noch während der Berufstätigkeit genannt. Nimmt der Patient das falsche Medikament erst nach der Aufgabe der Praxis ein und erleidet er aufgrund der falschen Arzneimittelverordnung einen Schaden, so liegt das Schadensereignis zeitlich nach der Beendigung der Praxistätigkeit. Denn erst die Einnahme des Medikamentes hat unmittelbar zur Schädigung geführt. In einem solchen Fall greift die gekündigte Berufshaftpflichtversicherung nicht mehr. Empfehlenswert ist daher eine Nachversicherung für 5 Jahre nach Beendigung der ärztlichen Tätigkeit. In vielen neuen Versicherungsverträgen ist eine fünfjährige Nachhaftpflicht-Versicherung bei Berufsaufgabe enthalten. Bei älteren Verträgen sollten Sie sich vor Aufgabe Ihrer Praxis beim Versicherer erkundigen, ob ein Nachversicherungsschutz besteht. Falls nicht, ist der Abschluss eines zusätzlichen Vertrages sinnvoll. Für Ärzte, die ab und zu noch behandeln, z. B. Bekannte und Familienangehörige, ist eine Nachversicherung in jedem Fall anzuraten.

Angestellte Ärzte

Auch Ärzte, die an Krankenhäusern oder in einer Praxis arbeiten, müssen eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Auch für sie gilt die Versicherungspflicht aus der MBO. Allerdings hat der Krankenhausträger oder der Praxisinhaber in der Regel eine Berufshaftpflichtversicherung, in die der angestellte Arzt eingeschlossen ist. Dieser muss sich dann nur noch für außerdienstliche Schadensfälle versichern. Hat der Krankenhausträger oder Praxisinhaber keine entsprechende Versicherung abgeschlossen, muss sich der angestellte Arzt selbst versichern.

Auslandsschäden

Die Berufshaftpflichtversicherung umfasst zumindest alle Schadensfälle im Ausland, die auf einer Behandlung im Inland oder auf einer Erste-Hilfe-Maßnahme im Ausland beruhen. Manche Berufshaftpflichtversicherungen

decken darüber hinaus Schadensfälle ab, die im Rahmen der internationalen Katastrophenhilfe entstanden sind. Wenn Sie im Ausland arbeiten wollen, beachten Sie aber, dass die Deckungssummen von Land zu Land unterschiedlich sind. So haben z.B. Australien, die USA oder Frankreich hohe Anforderungen. Australische Kliniken verlangen bei der Berufshaftpflichtversicherung eine Deckungssumme von 20 Millionen Australischen Dollar, umgerechnet etwa 12,5 Millionen Euro. In den USA variieren die Deckungssummen von Bundesstaat zu Bundesstaat. Daher müssen Sie sich immer vor Ort erkundigen, welche Versicherung mit welcher Deckungssumme notwendig ist.

Kein Verlust des Versicherungsschutzes durch Entschuldigung

Früher durfte der Arzt einen Haftungsanspruch des Patienten nicht anerkennen. Er lief Gefahr den Versicherungsschutz zu verlieren. Seit dem 1. Januar 2008 sind aber Vertragsklauseln, nach denen der Versicherer bei einem Schuldanerkenntnis des Versicherungsnehmers von seiner Leistungspflicht befreit wird, unwirksam. Sie dürfen und sollten den Patienten also wahrheitsgemäß über alle Tatsachen der Behandlung aufklären.

Sie müssen dabei auch nicht solche Tatsachen unterdrücken, die einen Behandlungsfehler darstellen und einen Haftungsanspruch begründen könnten. Im Gegenteil, Sie sollten mit dem Patienten über den Behandlungsablauf sprechen, denn erfahrungsgemäß wünschen sich die meisten Patienten eine Entschuldigung viel mehr als eine finanzielle Entschädigung. Es ist jedoch davon abzuraten, vorschnell einen Schadensersatzanspruch ausdrücklich anzuerkennen, da Sie damit Ihren Versicherungsschutz verlieren könnten.

Fazit: Auch wenn für den Arzt der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung keine zwingende Voraussetzung für den Erhalt einer Zulassung ist, muss sich jeder Arzt, der ärztlich tätig ist, ausreichend versichern. Bitte überprüfen Sie auch die Deckungssummen Ihrer Versicherung regelmäßig.

Der Privatärztliche Bundesverband steht in engem Kontakt mit einem versierten Versicherungsvertreter, der Sie bei auftretenden Fragen gerne berät.

NOTDIENSTREGELUNG FÜR PRIVATÄRZTE:

Wieder einmal sei darauf hingewiesen, dass die Notdienstregelungen streng nach Landesrecht gehandhabt werden: aktuell arbeiten unsere Rechtsanwälte daran, die Möglichkeiten im Hessischen System zu hinterfragen, wir werden darüber weiter zeitnah informieren.

Aus „der niedergelassene arzt“ 05/2019

Fragen an die Expertin

§ Rechtsanwältin Andrea Schannath gibt Antwort

Auskunft über Haftpflichtversicherung

Herr Dr. W. aus Leverkusen

„Ein Patient, der mir einen Kunstfehler unterstellt, will von mir Auskunft über meine Haftpflichtversicherung. Da ich aber nachweislich keinen Kunstfehler begangen habe, möchte ich die Auskunft über meine Haftpflichtversicherung nicht erteilen. Der Patient vertritt die Meinung, dass er im Wege des „good wills“ von meiner Versicherung eine Schadensersatzzahlung erhalten könnte. Kann mich der Patient zur Auskunft zwingen?“

Frau Schannath:

„Das Kammergericht Berlin hat am 04.10.2018 (Az.: 20 U 113/17) entschieden, dass ein Patient keinen Auskunftsanspruch gegenüber dem behandelnden Arzt hinsichtlich dessen Haftpflichtversicherung hat, auch wenn dieser im Wege des „good wills“ versuchen will, eine Zahlung von der Haftpflichtversicherung zu erhalten, auf die er aber keinen rechtlichen Anspruch hat. Denn der Patient hat kein schützenswertes Interesse an einer unmittelbaren Kontaktaufnahme mit der Haftpflichtversicherung. Auch ist ein Auskunftsanspruch nach Treu und Glauben zu verneinen. Sie müssen also keine Auskunft geben.“

§ § §***Irreführende Bezeichnung mit „Clinic“*****Frau Dr. P. aus Memmingen**

„In meiner unmittelbaren Nachbarschaft führt eine Kollegin eine kleine Privatpraxis. Sie hat keine offiziellen Öffnungszeiten und vergibt Termine nur nach Vereinbarung. Sie ist auch in Notfällen nicht erreichbar, auch wenn eine Mobilnummer auf dem Praxisschild steht. Sie hat sich jetzt im Internet als „Clinic“ bezeichnet. Ist das zulässig?“

Frau Schannath:

„Das Landgericht Berlin hat am 12.07.2018 (Az.: 52 O 135/18) in einem vergleichbaren Fall entschieden, dass die Verwendung der Angabe „Clinic“ irreführend ist, weil die mögliche Zielgruppe bei Verwendung dieses Begriffes, der weitgehend synonym ist mit dem deutschen Wort „Klinik“, eine medizinische Versorgung erwarten, die jedenfalls über das Angebot einer reinen Praxis hinausgeht. Nach Ansicht der Richter kann es offenbleiben, ob die angesprochenen Verbraucher tatsächlich die Möglichkeit einer stationären Aufnahme erwarten. Jedenfalls gehen sie bei einer „Clinic“ davon aus, dass diese in personeller, sachlicher, apparativer und finanzieller Hinsicht besser ausgestattet ist als eine durchschnittliche Arztpraxis. Die Kollegin darf also die Bezeichnung ‚Clinic‘ nicht führen.“

§ § §***Zweifel an Fahreignung*****Frau Dr. V. aus Marburg**

„Ich habe mich an die Straßenverkehrsbehörde gewandt, weil ich der Meinung bin, dass ein Patient von mir nicht mehr die Fahreignung zum Führen eines Pkws besitzt. Ich habe absichtlich keine Diagnose genannt. Wie ich jetzt erfahren habe, hat das Verwaltungsgericht entschieden, dass die Fahrerlaubnis nicht entzogen wird, obwohl nicht mal ein ärztliches Gutachten erstellt wurde. Wie ist das möglich?“

Frau Schannath:

„Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat in einem vergleichbaren Fall am 09.10.2018 (Az.: 11 CS 18.1897) entschieden, dass die Mitteilung einer Hausärztin an die Straßenverkehrsbehörde, dass berechtigte Zweifel an der Fahreignung eines Patienten bestehen, ohne eine Diagnose zu nennen, keine ausreichende Grundlage für den Entzug der Fahrerlaubnis darstellt. Auch kann ein Gutachten zur Überprüfung der Fahreignung nur dann angeordnet werden, wenn Tatsachen vorliegen und nicht nur ein bloßer Verdacht besteht. Daher ist es möglich, dass dem Patienten die Fahrerlaubnis auch nach Ihrer Meldung nicht entzogen wurde.“

Aus „Der Hausarzt“ Ausgabe 10/2019

Fernbehandlung: Noch gibt es Grenzen

Das E-Health-Gesetz II soll auch die Telemedizin in den Praxisalltag bringen. Doch genau ein Jahr nach dem Ende des völligen Fernbehandlungsverbots ergeben sich noch allzu oft rechtliche Fragen. Eine Übersicht:

Ist die Verordnung von Arzneimitteln bei ausschließlicher Fernbehandlung zulässig?

Berufsrechtlich ja. Voraussetzung ist stets eine Einzelfallprüfung, wobei die ärztliche Sorgfalt zu wahren ist (s. Kasten). Aber: Bislang dürfen Apotheker keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel abgeben, wenn zuvor kein direkter Kontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat (Paragraf 48 Abs. 1 Satz 2 Arzneimittelgesetz). Damit ist die Verordnung von Arzneien bei ausschließlicher Fernbehandlung Stand heute grundsätzlich nicht möglich. Im jüngst vorgelegten Gesetzentwurf für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) ist vorgesehen, dies zu ändern.

... und wie schaut es bei Heilmitteln aus?

Auch bei Ergotherapie, Ernährungstherapie und Co. ist aus beruflicher Sicht denkbar, dass diese auf einer ausschließlichen Fernbehandlung basierend verordnet werden. Aktuell beraten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) aber noch, ob die Heilmittelrichtlinie, die den Anspruch von Patienten auf Heilmittel konkretisiert, mit der ausschließlichen Fernbehandlung zu vereinen ist.

Kann eine Arbeitsunfähigkeit (AU) allein per Fernbehandlung festgestellt werden?

Die AU-Bescheinigung ist möglicherweise der rechtlich komplizierteste Fall: Zwar ist auch diese „berufsrechtlich vorstellbar“ Aber: Andere Regelungen wie das Entgeltfortzahlungsgesetz werden in hohem Maße flankiert, der AU kommt mitunter ein hoher Beweiswert zu. Laut Paragraf 31 des Bundesmantelvertrags für Ärzte darf die AU-Bescheinigung daher „nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen“ Vor diesem Hintergrund ist laut Bundesärztekammer (BÄK) davon auszugehen, dass das Vertragsarztrecht keine AU im Rahmen ausschließlicher Fernbehandlung erlaubt.

Was gilt bei Überweisungen?

Berufsrechtlich ist eine Überweisung auch bei ausschließlicher Fernbehandlung problemlos möglich - sofern die Vorgaben aus Paragraf 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä eingehalten sind. Für privatversicherte Patienten können sich jedoch mögliche Einschränkungen aus Tarifbedingungen ergeben.

Darf der Arzt weiterbehandelnde Kollegen über die Fernbehandlung informieren?

Ja, soweit das Einverständnis des Patienten dafür vorliegt oder anzunehmen ist. Über den Umstand, dass eine ausschließliche Fernbehandlung stattfand, darf folglich nicht informiert werden, wenn der Patient nicht eingewilligt hat und keine gesetzliche Auskunftspflicht oder -befugnis besteht.

Paragraf 27 MBO-Ä gestattet Ärzten die sachliche Information und untersagt berufswidrige Werbung,

insbesondere „anpreisende,

irreführende oder

vergleichende Werbung' Das

heißt: Aus berufsrechtlicher

Sicht könnte ein Arzt über sein

Angebot der Fernbehandlung

informieren. Cave: Paragraf 9

Heilmittelwerbe-gesetz untersagt aber die

Werbung für die Erkennung oder

Behandlung von Krankheiten aus der Ferne

ausdrücklich. • jk

So steht es in der neuen Berufsordnung

Paragraf 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä

„Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im **Einzelfall** erlaubt, wenn dies **ärztlich vertretbar** ist und die erforderliche **ärztliche Sorgfalt** (...) gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien **aufgeklärt wird.**“



➔ LINK

Die BÄK hat Hinweise für persönlichen Kontakt und Fernbehandlung in einem **Leitfaden** zusammengestellt. Alle Antworten entstammen diesem. Langversion mit Checklisten und Rechtsquellen unter:

Pressemitteilung vom 12.06.2019



Die Kundenorientierung der Privaten Krankenversicherer

13 Anbieter überzeugen aus Sicht ihrer Versicherten

Der medizinische Fortschritt und die zunehmende Alterung der Bevölkerung haben in beiden Gesundheitssystemen ihren Preis. Doch profitieren Privatpatienten weiterhin deutlich mehr als gesetzlich Versicherte vom medizinischen Fortschritt und erhalten immer noch schneller einen Arzttermin. Um nicht nur im Ernstfall gut versorgt zu sein, spielt bei der Wahl eines privaten Krankenversicherers die Kundenorientierung eine entscheidende Rolle. Welche Privatkassen aus Sicht der Versicherten hierin besonders gut aufgestellt sind, untersucht jährlich das Kölner Analysehaus ServiceValue. Als Gesamtsieger geht in diesem Jahr die Mecklenburgische hervor, gefolgt von LVM und Allianz sowie HUK-COBURG und INTER.

Dies zeigt die aktuelle Wettbewerbsstudie „ServiceAtlas private Krankenversicherer 2019“ mit 2.087 Kundenurteilen zu 27 großen PKVs in Deutschland. Für die Untersuchung werden 26 spezifische Service- und Leistungsmerkmale über sechs Kategorien in der Krankenvollversicherung aus Kundensicht bewertet.

In der Kundenorientierung überdurchschnittliche Krankenvollversicherer:

Platzierung / Private Krankenversicherer / Note

1.	Mecklenburgische	sehr gut*
2.	LVM	sehr gut*
3.	Allianz	sehr gut*
4.	HUK-COBURG	sehr gut
5.	INTER	sehr gut
6.	Alte Oldenburger	gut
7.	Debeka	gut
8.	MÜNCHENER VEREIN	gut
9.	Die Continentale	gut
10.	SDK	gut
11.	SIGNAL IDUNA	gut
12.	Württembergische	gut
13.	R+V	gut

* Diese Krankenversicherer sind zugleich Einzelsieger in mind. einer der untersuchten sechs Leistungskategorien

Beratung und Service entscheidend für Kundenbindung

Im Vergleich der einzelnen Leistungskategorien weisen die Kategorien „Kundenservice“ und „Kundenberatung“ die höchste Bedeutung für die Kundenbindung auf. Dabei weisen die jeweils zugehörigen Einzelmerkmale

„Qualität der Anliegenbearbeitung“, „Umsetzung von Kundenbedürfnissen“ und „Beratungsqualität“ die stärksten Kundenbindungswerte in der aktuellen Studie auf.

Im Hinblick auf die Kundenzufriedenheit zeigen sich bei der Kategorie „Produktleistung“ die höchsten Zufriedenheitswerte. Relativ hohe Zufriedenheit zeigt sich auch bei den Leistungskategorien „Erreichbarkeit“ und „Kundenservice“. Auf der Ebene der Einzelmerkmale weisen, den zuletzt genannten Kategorien zugehörig, „Freundlichkeit und Höflichkeit der Mitarbeiter“ sowie „Telefonische Erreichbarkeit“ die höchsten Zufriedenheitswerte innerhalb der Studie auf.

Nachholbedarf bei Preis-Leistung und Kommunikation

Bei der „Kundenberatung“ und „Kundenkommunikation“ besteht aus Versichertensicht vor allem bei den Einzelmerkmalen „Proaktiv bessere Angebote“ und „Angemessener Informationsumfang“ noch Nachholbedarf. Schlusslicht ist die Kategorie „Preis-Leistungs-Verhältnis“. Hier zeigt sich beispielsweise jeder fünfte Kunde mit den Beitragsrückerstattungen unzufrieden.

Die jeweiligen Einzelrankings für die sechs genannten Kategorien werden vom Gesamtsieger Mecklenburgische („Kundenservice“ und „Preis-Leistungs-Verhältnis“) sowie Allianz („Produktleistung“, „Kundenberatung“, „Kundenkommunikation“) und LVM („Erreichbarkeit“) angeführt. Aber auch INTER, HUK-COBURG, SDK, Alte Oldenburger und Debeka erhalten in mindestens zwei Kategorien die Bestnote „sehr gut“.

„Die privaten Krankenvollversicherer haben sich stets zu erklären und im Gesundheitssystem zu behaupten“, kommentiert Dr. Claus Dethloff, Geschäftsführer der ServiceValue GmbH, und fügt hinzu *„umso wichtiger ist es deshalb, insbesondere bei der Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit zu punkten, also Zuspruch aus Sicht der Versicherten zu erhalten.“*

Der über 240-seitige „ServiceAtlas Private Krankenversicherer 2019“ kann über die ServiceValue GmbH bezogen werden. Die Wettbewerbsstudie enthält Rankings sowie detaillierte Einzelprofile zu 27 großen privaten Krankenversicherern: Allianz, Alte Oldenburger, ARAG, AXA, Barmenia, Bayrische Beamtenkrankenkasse, Central, Debeka, Deutscher Ring, Die Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, HUK-COBURG, INTER, LKH, LVM, Mecklenburgische, Münchener Verein, Nürnberger, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA, UKV, uniVersa und Württembergische.

Weitere Informationen zur Studie finden Sie hier:

Pressekontakt:

Ena Sipkar

ServiceValue GmbH

Dürener Straße 341

D-50935 Köln

Tel.: + 49.(0)221.67 78 67 -51

E-Mail: E.Sipkar@ServiceValue.de

„Capitation“: Pauschale für Gesundheit statt einzelne Behandlungen bezahlen...

... würde ein Großteil der Patienten auch in Deutschland begrüßen. „Das Modell belohnt die Qualität einer Betreuung und vor allem präventive Maßnahmen“ nach einer Umfrage der Asklepios Kliniken. „Vor kurzem hat der Bundesverband Deutscher Privatkliniken ein solches Vergütungsmodell für ländliche Regionen vorgeschlagen, um dort die medizinische Versorgung mehr gemäß den Patientenbedürfnissen anpassen zu können“. Es werden Zahlen dargestellt, nach denen die Vorsorge eindeutig zu kurz komme, z. B. hätten 82% der Patienten den Eindruck, Ärzte profitieren mehr von Kranken als von gesunden Patienten.

„Von einem Capitationsmodell erhoffen sich 38%, dass überflüssige Behandlungen vermieden werden...“ u. s. w..

Vor allem jüngere Patienten würden dieses Modell präferieren. Jedenfalls finden wir es spannend, dass solche Ansätze bereits auf breiter Basis diskutiert werden (... und die neue GOÄ auf sich warten lässt).

Dr. Heinz Oehl-Voss
Schriftführer PBV

Telematikinfrastruktur

Es gab mehrere Nachfragen bzgl. der Notwendigkeit, sich auch als Privatarzt möglichst raschen den sogenannten TSVG-Verpflichtungen zu unterwerfen (sich somit auch darum zu kümmern, sich an eine der vielen Versionen der Konnektoren anzubinden.

Wir werden rechtzeitig informieren, was zu tun ist, wenn was zu tun ist. Vorerst genießen wir den Vorteil, die Kinderkrankheiten der Gematik „von außen“ beobachten zu dürfen.

Aus „KV-InfoAktuell“ Nr. 141/2019

Gematik: Ärzte haften nicht für den Konnektor - außerdem: Informationen für Praxen zum sicheren TI-Anschluss

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Diskussion um die sichere Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) hält seit Wochen an und verunsichert die Ärzteschaft. Auf Drängen der KBV hat die gematik jetzt endlich relevante Fragen zur Sicherheit und zum Datenschutz geklärt und dazu schriftlich Stellung genommen. Danach haften Ärzte und Psychotherapeuten nicht für eintretende Schäden, sofern die zugelassenen Konnektoren ordnungsgemäß verwendet, aufgestellt und betrieben werden. Nach Prüfung aller Kritikpunkte hat die gematik zudem bestätigt, dass der Konnektor kein Sicherheitsrisiko für die Praxen darstellt.

Über die Details möchte ich Sie nachfolgend informieren. Außerdem stellen wir Ihnen heute mehrere Informationsmaterialien der gematik sowie eine PraxisInfo der KBV zu den Installationsvarianten „Parallelbetrieb“ und „Reihenbetrieb“ zur Verfügung.

Sicherheit und Datenschutz

Die Gesellschafterversammlung der gematik hatte im Mai auf Antrag der KBV die Betreibergesellschaft aufgefordert, alle offenen Fragen eindeutig und rechtssicher zu klären und unverzüglich darzulegen, wer für die Sicherheit in der TI verantwortlich ist und wer die Datenschutzfolgeabschätzung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vornimmt.

In dem überarbeitenden Informationsblatt zu „Datenschutz und Haftung in der Telematikinfrastruktur“ stellt die gematik nun klar, dass eine Haftung des Arztes oder Psychotherapeuten in jedem Fall ausscheidet, sofern die zugelassenen Komponenten (insbesondere der Konnektor) der TI bestimmungsgemäß verwendet und gemäß den im Betriebshandbuch der Komponenten beschriebenen Anforderungen aufgestellt und betrieben werden.

Nach Auffassung der gematik gilt dies nicht nur nach der Datenschutz-Grundverordnung, sondern auch nach jeder anderen vergleichenden zivilrechtlichen Norm (Vertrags- oder Deliktsrecht). Denn „nach allen haftungsrechtlichen

Tatbeständen muss den Datenverarbeiter ein Verschulden treffen", heißt es weiter. Ein solches Verschulden liegt bei sachgemäßem Anschluss nicht vor. In diesem Zusammenhang weist die gematik auch darauf hin, dass dieses im Übrigen auch für jegliche strafrechtliche Haftung des Arztes bei der Nutzung eines Konnektors gelte.

Gematik erstellt Datenschutz-Folgenabschätzung

Bewegung kommt auch in die Diskussion um die Datenschutz-Folgenabschätzung. Hierbei geht es um die Frage, wer dafür verantwortlich ist - die gematik oder die Praxen. Am Montag fand dazu ein Gespräch zwischen Vertretern der gematik mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit statt. Dabei wurde deutlich, dass zumindest die Landesdatenschutzbehörden die gematik nicht nur für die zentralen Dienste der TI, sondern auch für die dezentralen Komponenten (Konnektor und Kartenterminals) und Dienste mitverantwortlich nach der DSGVO sehen. Als nächstes soll ein gemeinsamer Termin mit dem Bundesgesundheitsministerium stattfinden, um schnellstmöglich eine Klärung herbeizuführen.

Unabhängig vom Ergebnis weiterer Gespräche will die gematik nunmehr freiwillig eine Datenschutzfolgenabschätzung für die Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements unter Nutzung der zentralen und dezentralen Dienste und Komponenten veröffentlichen. Ein Entwurf soll Mitte August vorliegen. Diese Datenschutz-Folgenabschätzung soll nach Finalisierung veröffentlicht werden.

Zweifel an der TI-Sicherheit durch gematik ausgeräumt

In einer aktuellen Stellungnahme zur Kritik am Konnektor insbesondere durch MEDI GENO legt die gematik ausführlich die umfassenden Sicherheitsmaßnahmen dar, die für die TI gelten. Zusammenfassend stellt sie fest, „dass der Konnektor kein Sicherheitsrisiko für die Arztpraxis darstellt“. Es seien weder formale Fehler im Zulassungsprozess festzustellen, noch seien Angriffspfade bei der Erstellung der Sicherheitsvorkehrungen „vergessen“ oder gar zusätzliche Angriffswege in die Arztpraxis eingebracht worden, heißt es in dem Papier, das wir Ihnen als Anlage beigefügt haben.

Informationen für Praxen

Neben dem Informationsblatt zu Datenschutz und Haftung hat die gematik auch das Informationsblatt zu Betriebsarten des Konnektors angepasst. Darüber hinaus stellt sie nun ein sogenanntes Muster-Installationsprotokoll mit Checkliste und Platz für eine Skizze des Netzplans zur Verfügung. Die darin aufgeführten Informationen sollten Praxen von ihrem IT-Dienstleister anfordern - am Tag der Installation oder auch im Nachhinein. Damit können sie die sach- und fachgerechte Beratung und Installation prüfen, nachvollziehen und dokumentieren. Die Dokumente haben wir diesem Schreiben ebenfalls beigefügt.

Wie im letzten AK KV besprochen, stellen wir Ihnen heute eine Praxisinformation zu den möglichen Installationsvarianten „Parallelbetrieb“ und „Reihenbetrieb“ bereit. Denn hierzu gibt es immer wieder Fragen und auch Unklarheiten. In der Info stellen wir beide Varianten vor und weisen auf die Besonderheiten hin. Auch der Einsatz von Sicherheitsmaßnahmen bei einem Internetzugang in der Praxis, zum Beispiel durch Nutzung einer Firewall und Virenschutz, ist Thema. Sie können die Praxisinformation gerne für die Kommunikation Ihrer Mitglieder nutzen - wir werden sie auch an Ihre Kommunikationsabteilungen versenden.

Die Infoblätter sowie das Muster-Installationsprotokoll der gematik finden Sie hier:

<https://fachportal.gematik.de/erste-schritte/anschluss-medizinischer-einrichtungen/>.

Sollten Sie Fragen rund um das Thema TI-Sicherheit haben, können Sie sich gerne an Kerstin Bieler (Tel.: 030 4005-2061, E-Mail: KBieler@kbv.de) wenden.

Dr. Thomas Kriedel

Cyber-Risk-Versicherungen – sinnvoll oder nicht?

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

Text: **Markus Brakel**

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

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

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

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

Cyber-Risk-Versicherung übernimmt Folgekosten

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

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

bevor sie in Aktion treten. So zerstören sie nämlich auch die üblicherweise im Wochen-Rhythmus laufende Datensicherung nachhaltig.“

Mehr als 55.000 Euro Schaden pro Fall

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

Acht Sicherheitsstandards, die Sie unbedingt einhalten sollten:

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

Nicht einmal jeder Dritte meldet die Attacke

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

„Cyberattacken nehmen weiter zu“

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

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

Versicherung sorgfältig prüfen



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

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

Aus „Der Hausarzt“ 12/2019

5 Tipps für eine sichere Webseite

Keine Chance für Hacker:

Mit wenigen Kniffen können Hausärzte ihre Praxiswebseiten besser vor Angriffen schützen. Das nutzt auch ihren Patienten.

Erst im Januar dieses Jahres ist im Internet ein riesiger Datensatz mit Millionen von gestohlenen Passwörtern aufgetaucht. Der Fall zeigt: Kriminelle entwenden immer wieder Zugangsdaten und stellen sie online. Betroffen sind auch die Webseiten kleiner Unternehmen wie Arztpraxen. Mit den folgenden fünf Maßnahmen können Sie Ihre Praxiswebseite vor unerlaubtem Zugriff schützen:

1

Knacksichere Passwörter

Sichere Passwörter sind das A und O, damit sich niemand unbefugt in Ihre Webseite einloggen kann. Allerdings sind knacksichere Passwörter auch nicht so einfach zu merken. Verschiedene Methoden helfen, Eselsbrücken zu bauen. Eine davon funktioniert folgendermaßen: Überlegen Sie sich spontan einen Satz und kombinieren Sie die Anfangsbuchstaben der einzelnen Wörter zu einem Passwort. So wird beispielsweise „Ich habe seit Jahren eine Arztpraxis in Berlin“ zu „IhJeAiB“. Im zweiten Schritt ersetzen Sie einige Buchstaben durch Sonderzeichen und Zahlen. Je mehr Buchstaben Sie austauschen, desto schwerer ist Ihr Passwort zu knacken - desto schwerer ist es aber möglicherweise auch erinnerbar. Sie könnten beispielsweise das große „I“ am Anfang durch eine „1“ ersetzen, weil sich die Zeichen ähnlich sehen, und das zweite „i“ auf den Kopf stellen und dementsprechend mit einem „!“ tauschen. Dann lautet das fertige Passwort: „1hJeA!B“

Wer sehr viele verschiedene, sehr komplexe oder lange Passwörter einsetzt, kann auch mit einem Passwort-Manager arbeiten, zum Beispiel LastPass oder 1password. Wer sich hier registriert, erhält eine eigene Passwort-Datenbank auf dem Server des Anbieters. Darüber können Nutzer nicht nur ihre Passwörter verschlüsselt speichern und abrufen, sondern auch sichere Passwörter generieren lassen. Zudem synchronisieren die Dienste die Datenbank über mehrere Geräte hinweg. LastPass bietet eine kostenfreie Basisversion sowie eine

Premiumvariante für 2,63 Euro monatlich. ipassword kann man 30 Tage gratis testen, danach fallen bei geschäftlicher Nutzung pro Person zwischen 3,99 und 7,99 US-Dollar an.

2

Sicherheitscheck für Webseiten

Wer zum Opfer von Internetkriminalität wird, merkt oft nichts davon. Dabei sind Hacking-Angriffe an der Tagesordnung: Hierfür prüfen spezielle Computerprogramme Tausende Webseiten auf mögliche Schwachstellen und greifen diese gezielt an. Wie anfällig Ihre Praxiswebseite ist, können Sie online einfach kontrollieren. Es gibt verschiedene Dienste im Internet, die Sicherheitslücken schnell und unkompliziert aufspüren.

Einer davon ist Observatory vom Browser-Hersteller Mozilla (<https://observatory.mozilla.org>). Das Online-Werkzeug prüft Webseiten hinsichtlich ihrer Sicherheit und spricht damit entsprechende Empfehlungen für Verbesserungen aus. Sie müssen dazu lediglich Ihre Internetadresse - also eine URL wie www.hausarzt-meier.berlin - in das bei Observatory dafür vorgesehene Feld eingeben. Nach wenigen Sekunden wird Ihnen das Ergebnis angezeigt.

3

SSL-Zertifikat

Wenn Sie die Internetadresse www.hausarzt.digital in Ihren Browser eingeben, passiert Folgendes: Vor der Adresse erscheint ein Schloss-Symbol sowie die Abkürzung „https“. Dieses „https“ zeigt an, dass unbefugte Dritte übertragene Daten nicht einfach mitlesen können, weil der Datenaustausch verschlüsselt stattfindet. Um bei Ihrer Praxiswebseite denselben Schutz zu gewährleisten, benötigen Sie ein sogenanntes SSL-Zertifikat. Damit zeigen Sie auch Ihren Patienten, dass Sie Wert auf Sicherheit legen, zum Beispiel wenn Patienten über Ihre Webseite persönliche Daten eingeben, um Termine zu buchen oder Wiederholungsrezepte zu bestellen. Das SSL-Zertifikat ist eine Art Vertrag, der bestätigt, dass die Datenübertragung vertraulich ist. Registrieren Sie Ihre Internetadresse neu, können Sie das SSL-Zertifikat gleich dazu buchen. Es kann aber auch im Nachhinein gekauft werden.

4

Regelmäßige Updates

Veraltete Webseiten sind besonders anfällig für Angriffe. Ihr eigener Internetauftritt sollte daher stets auf dem neuesten Stand sein. Wenn Sie Ihre Webseite mithilfe eines Homepage-Baukastens erstellt haben, haben Sie Glück: Sicherheitsupdates werden automatisch installiert. Betreiben Sie Ihre Webseite allerdings mit einem Content-Management-System, müssen Sie Ihre Webseite selbst regelmäßig aktualisieren.

Das Gleiche gilt für etwaige Plugins, die Sie verwenden. Plugins sind kleine Programme, mit denen Sie die Funktionen Ihrer Webseite individuell anpassen oder erweitern. Sind sie veraltet, sind auch sie anfällig für Angriffe. Nicht zuletzt sollte auch der Browser immer auf dem neuesten Stand sein. Aktualisieren Sie Internet Explorer, Google Chrome oder Mozilla Firefox regelmäßig, sind auch Sie selbst sicherer im Internet unterwegs.

5

Sicherungskopien für den Notfall

Für den Fall, dass doch einmal etwas schiefgeht, benötigen Sie Sicherungskopien. Theoretisch können sich mögliche Angreifer nämlich nicht nur Zugang zu Ihrer Webseite verschaffen, sondern sie auch komplett überschreiben oder löschen. Mit Sicherungskopien können Sie Ihre Webseite wiederherstellen. Wichtig ist, dass Sie Ihre Sicherungskopien sorgfältig speichern.

Das bedeutet: Sie sollten nicht auf demselben Server liegen, über den auch Ihre Webseite läuft. Viele Betreiber von Webseiten hinterlegen ihre Daten online in einer Cloud. Alternativ können Sie Ihre Daten auf einem Backup-Server speichern. Bei vielen Internetdiensteanbietern - also etwa i&i oder Strato - können Sie diesen Service dazu buchen..

Ann-Kathrin Gräfe, www.dot.berlin

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

Herzlichen Dank

Die Arztsuche des Privatärztlichen Bundesverband e.V.

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

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

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

Sonja Schroeter -

Ihre Ansprechpartnerin bei allen Fragen rund um den PBV

Sie können Frau Schroeter unter **0152-02146178** am Dienstagnachmittag von 15.00 – 18.00 Uhr, am Mittwochvormittag von 9.00 – 12.00 Uhr und freitags von 15.00 – 19.00 Uhr oder unter sekretariat@pbv-aerzte.de erreichen.

Unter **07243/715363** erreichen Sie einen Anrufbeantworter. Hier haben Sie die Möglichkeit, auf Band eine Nachricht zu hinterlassen. Der Anrufbeantworter wird täglich abgehört.



Schlusswort

Ausblick zweite Jahreshälfte 2019 Privatärztlicher Bundesverband

Liebe Mitglieder,

im ersten Halbjahr 2019 gab es erneut größere "Umwälzungen" im Gesundheitssystem, allein schon durch die Tempovorgabe unseres Gesundheitsministers; allerdings fast ausschließlich wieder auf die Kassenmedizin bezogen sowie auf zahlreiche Krankenhäuser, die ja auch vermehrt in die Notdienst-Versorgung einbezogen werden sollen. Man merkt dem neuen Ärztepräsidenten Klaus Reinhardt auch an, dass er "von der Basis" kommt als nach wie vor praktizierender Hausarzt, und er bringt die Überlegung ins Spiel, Patienten sollten für Bagatellerkrankungen bezahlen, zumal deutsche Patienten den Hausarzt viel zu häufig "unnötig" konsultierten. So gesehen wird er auch von Jens Spahn gerne gehört.

Auf die einzig große Neuerung, die ansteht, nämlich die Neue GOÄ, müssen wir in der Privatmedizin nach wie vor warten. Jeder von uns muss sich strecken, mit den Gebührensätze von 1996 !! zurecht zu kommen. Analogziffern müssen weiter erhalten, um die damals noch gar nicht existierende Medizin einigermaßen abzubilden. Vor allem bei zuwendungs-intensiven Leistungen müssen wir ständig sog. 800- er Ziffern textlich "umgestalten", um zu vermeiden, dass Patienten psycho-stigmatisiert werden, immer am Rande der Legalität, wie wir häufig bei Abrechnungs-Seminaren mit unseren Partnern von der PVS veranschaulicht bekommen. Solange keine Neue GOÄ anwendbar ist (die ja in Teilen durchaus deutliche Aufwertungen vorsieht) müssen wir "in die Verlängerung" mit der alten gehen...

Nicht vergessen wollen wir am Ende, dass eine Ärztin neue EU-Kommissionspräsidentin geworden ist. Ursula von der Leyen ist die erste Frau im Chefsessel der wichtigsten Brüsseler Behörde. Sie bringt eine Traumbiographie als Europäerin mit: 1958 in Brüssel geboren, als ihr Vater unter dem ersten deutschen Kommissionspräsidenten Hallstein diente; sie ging dort auf die Europaschule, und deshalb spricht sie fließend Englisch und Französisch. Bevor sie 1980 mit dem Medizinstudium begann, studierte sie an der Londoner School of Economics and Political Science. 1987 erhielt sie die Approbation als Ärztin in Hannover, 1991 promovierte sie an der Frauenklinik. Nach der Geburt von Zwillingen 1994, als sie bereits Mutter von drei Kindern war, führte sie ihre Facharztausbildung nicht fort, sondern lebte von 1992-96 mit ihrer Familie in Kalifornien, als ihr Mann dort an der Stanford University tätig war. Von 1998 bis 2002 arbeitete sie im Bereich Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, wo sie 2001 schließlich den Master of Public Health erwarb. Der weitere Weg in der Politik ist uns schließlich ziemlich geläufig. Sie scheint nun in ihrer neuen Position überaus geeignet, ihr "Ministerium" zu formen, mit ihrer Sprachgewandtheit wird sie die gewählten gesundheitspolitisch fähigen Abgeordneten sicher sehr gut in entsprechende Ausschüsse koordinieren, u.a. ist ein Gynäkologe aus Lampedusa gewählt, der sich 25 Jahre um ankommende Flüchtlinge gekümmert hat. Die für die gesundheitspolitische Kompetenz zuständigen Ausschüsse wurden in der ÄrzteZeitung vom 26./27.7. aufgeführt, Frau von der Leyen wird diese sicher mit Leben füllen, keine andere Person wäre in diesem Bereich besser geeignet wie sie. Ihr wird es gelingen, die Ausschüsse aus den unterschiedlichsten politischen Lagern zu motivieren. Wollen wir hoffen, dass es auf nationaler Ebene für die notwendigen Veränderungen der Zukunft ähnliche Kompetenzen gibt, wobei Herr Spahn im Alltag "einfacheres Spiel" hat, da er nicht wie von der Leyen alle Parteien in Einklang bringen muss.

*Mit diesen spannenden Aussichten möchten wir Sie in die zweite Jahreshälfte schicken, zugleich noch einmal nachdrücklich auf unseren großen **Tag der Privatmedizin** am **30.11.2019** verweisen, an dem wir Sie gerne zahlreich begrüßen möchten. Also: einen schönen Restsommer!*

Ihre Vorstände

Dr. Franz, Dr. Oehl-Voss, Dr. Gepp und Dr. Ems

30. November 2019

**Save the
Date**

Ein Kongress – vier Möglichkeiten

Der Tag der Privatmedizin hält Besonderes für Sie bereit: Auf vier Bühnen erleben Sie Fachwissen, praktische Tipps und Anregungen aus den Bereichen Politik, Wirtschaft und Medizin. Dazu der Austausch miteinander und der Blick über den Tellerrand. Und das mit einem einzigartigen Fokus – Ihre privatärztliche Tätigkeit!

