

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



## Privatärztliche Praxis aktuell

Privatärztlicher Bundesverband  
Geschäftsstelle

Dreisamstr. 1 D - 76337 Waldbronn  
Tel.: 07243/715363 Fax.: 07243/65544

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

E-Mail: [mail@pbv-aerzte.de](mailto:mail@pbv-aerzte.de)

Ausgabe 06/2019

### **Vierter Tag der Privatmedizin: ein großer Erfolg**

Der am 30.11.2019 in der Frankfurt School of Finance & Management abgehaltene vierte Tag der Privatmedizin stieß auf sehr viel Resonanz, das neue Ambiente gefiel allen Beteiligten sehr gut; die Unannehmlichkeiten bei der Parkplatzsuche bitten wir zu entschuldigen, im nächsten Jahr wird die Organisation noch perfekter sein!

Der Kongreß war nicht nur das "exklusive Forum für Innovation in der Privatbehandlung", wie der erste Vorsitzende Dr. Norbert A. Franz das Grußwort überschrieben hatte, sondern es war v.a. eine Zusammenkunft der wichtigsten "Player" in der Privatmedizin, um der bedrohlichen Lage bzgl. GOÄ öffentlichkeitswirksam entgegenzutreten. (siehe auch Grußwort von Dr. Franz im Programm, unseren Mitgliedern ist es ja zugegangen).



So hatte unser Verband, in Zusammenarbeit mit Herrn Plange von der Kongreßorganisation, im Vorfeld die sog. "Frankfurter Erklärung" verfaßt, in der präzise die Inhalte zusammengefaßt sind, die es für die freie Berufsausübung des Arztes mehr denn je zu fordern gilt. Wir wollen damit die derzeit von der großen Koalition

stillgelegte GOÄ-Novelle noch deutlicher fordern, gleichzeitig aber das Duale System erhalten und einer weiter im Raum stehenden Bürgerversicherung den Kampf ansagen. (Siehe Wortlaut der FRANKFURTER ERKLÄRUNG).

Unser ärztlicher Hauptverantwortlicher für diesen Tag der Privatmedizin, Dr.Christoph Gepp, zweiter Vorsitzender des PBV, hob eingangs die wichtigsten Punkte der Veranstaltung hervor: die Bündelung der Kräfte mit möglichst vielen Fachverbänden, v.a. auch wegen des o.g. "Verschiebebahnhof" von Gesundheitsminister Jens Spahn bzgl unserer Abrechnungsgrundlage GOÄ.

Wenn es nicht wie eigentlich lange versprochen zu einer Umsetzung der mühsam erarbeiteten Novelle kommen sollte (bei Zustimmung durch die Regierung wäre sie in ca.sechs Wochen umsetzbar, so Bundesärztepräsident Dr.Klaus Reinhardt), so fordern wir, der PBV, mit allen uns angeschlossenen anderen Verbänden eine ERHÖHUNG DES PUNKTWERTES DER ALTEN GOÄ.



Das bedrohliche Szenario ergänzte Dr.Gepp dann mit der zum Jahresende erwarteten Analyse der sog. wissenschaftlichen Kommission, die ja bekanntlich prüfen soll, wie EBM und GOÄ zusammengelegt werden könnte (eine solche Kommission war ja im Koalitionsvertrag von der SPD eingefordert worden, um überhaupt mit der CDU koalieren zu können). Ihr gehören nur drei Medizinerinnen an, die restlichen zehn Mitglieder sind Juristen und Ökonominen/Ökonomen. Es muss tatsächlich mit dem schlimmsten gerechnet werden, nämlich mit einem Vorschlag zu einer Zusammenlegung der beiden so unterschiedlichen Systeme. Für die machtpolitischen Spiele unseres Ministers wären solche "Ergebnisse" durchaus denkbar nützlich, bei der Neiddebatte, die in den Oppositionsparteien ständig befüttert wird.

Eine solche Zusammenlegung wäre eine Katastrophe für alle frei arbeitenden Ärztinnen und Ärzte, so Dr.Gepp, ..aber auch für alle Patienten, die damit das Recht und die Möglichkeit verlieren würden, frei und unabhängig ihren Arzt/Ärztin auszusuchen und behandelt zu werden.



Zu der Bewertung unserer Privatärztlichen Leistungen trug er noch einmal vor, wie die Schere zwischen zunehmenden Kosten in unseren Praxen und dem ärztlichen Honorar in den letzten Jahrzehnten auseinander ging (und geht), und sollte sich das nicht ganz schnell ändern, erwägt der Privatärztliche Bundesverband eine Verfassungsklage! Dies ist umso wahrscheinlicher, da Jens Spahn auf einer Veranstaltung am 30.10.2019 gesagt hat, daß er mit einer Neuen GOÄ nicht mehr

in dieser Legislaturperiode rechnen würde. (Wir brauchen uns da keine Vorstellung davon zu machen wie das in einer nächsten aussehen würde..) Dr. Gepp stellte aber auch klar, daß kein Mensch glauben sollte,daß es unter einer Bürgerversicherung zu einer besseren wirtschaftlichen Situation in Kassenpraxen kommen würde, durch Transfers aus dem Privaten Sektor. Vielmehr würde es zu dramatischem Praxissterben kommen, weil viele - gerade jüngere - Kolleginnen und Kollegen ein angestelltes Arbeitsverhältnis bevorzugen würden.

Dr. Gepp verwies abschließend zu diesem Themenkomplex auf die Verhältnisse in Großbritannien, den Niederlanden oder der Schweiz. Von außen betrachtet würden uns vielmehr all diese Länder um unser duales

System beneiden, eine Zweiklassenmedizin entstehe gerade dann, wenn der Zugang zu medizinischer Versorgung immer mehr staatlich reguliert werde.



Frankfurter Erklärung, anlässlich des Tags der Privatmedizin am 30. November 2019:

#### **Für den Erhalt einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung**

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen weltweit. Entscheidender Grund dafür ist das bewährte duale System von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung. Nur dieses System bringt die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit des Patienten als Momentum in die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Die freiberufliche Leistungserbringung von Ärzten und Zahnärzten bringt ständig neue Impulse im Streben nach der bestmöglichen Behandlung hervor. Letztlich profitieren alle Patienten – ob kassen- oder privatversichert – im Ergebnis von diesem dualen System, dabei sollte die Entscheidung für eines der Versicherungssysteme dem mündigen Patienten überlassen werden.

Die ärztliche und zahnärztliche Therapiefreiheit trägt den medizinischen Fortschritt stetig in die deutsche Gesundheitsversorgung. Sie bewahrt das Gesundheitssystem insgesamt verlässlich vor Erstarrung und Stillstand, weil die Entscheidung über die jeweils bestmögliche und sachgerechte Therapie allein in der Verantwortung des Behandlers liegen muss und frei von der Erfüllung von politischen Zielvorgaben, Beeinflussung durch den Staat oder Versicherungen sein sollte. Sie befördert auf diesem Weg jeweils beste medizinische Diagnose- und Therapiekonzepte. Das Ergebnis für den Patient ist individuelle Fürsorge und Versorgung, die frei ist von Reglementierungen und Sachzwängen und vom behandelnden Arzt nur den Patienten gegenüber zu verantworten ist.

Grundlage für die freiberufliche Tätigkeit des Arztes ist dabei eine Gebührenordnung (GOÄ), die den Fortschritt der Medizin sachgerecht abbildet und die Honorierung fair und transparent ausgestaltet. In diesem Sinne gewährleistet die GOÄ nicht nur die Rechtsstaatlichkeit und Verfassungsmäßigkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland, sondern ist gleichzeitig aktiver Verbraucherschutz, der durch klare Rahmensetzung den Patienten vor finanzieller Überforderung schützt.

Die derzeit gültige GOÄ stammt aus dem Jahr 1996 und wurde aufgrund jahrzehntelanger, schuldhafter Verweigerung der Politik nicht aktualisiert. Diese Aufgabe hat die Ärzteschaft auf ausdrücklichen Wunsch der letzten Bundesgesundheitsminister selbst geschultert und im Vertrauen darauf, dass die Politik ihrerseits auf dieser Grundlage ein Verordnungsverfahren in Gang setzt, sobald die Vorarbeiten abgeschlossen sind, überdies eine Verständigung sowohl mit der PKV als auch der Beihilfe über Leistungsinhalte und Bewertungsfragen vorangetrieben-

Die Unterzeichner dieser Erklärung fordern den für den nächsten Schritt verantwortlichen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf, die gegebene Zusage des CDU-geführten Bundesgesundheitsministeriums einzuhalten und das geplant zum Jahresanfang bereitstehende Leistungsverzeichnis ohne Verzögerung auf den Weg zu bringen, um die Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung zu sichern. Die neue GOÄ bildet den Stand der modernen Medizin ab und wurde unter Beteiligung der ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften entwickelt. Die Ärzteschaft hat als freier Berufsstand einen Anspruch auf eine aktuelle Gebührenordnung!






















Der Tag der Privatmedizin wird herausgegeben vom Privatärztlichen Bundesverband PBV [www.pbv-aerzte.de](http://www.pbv-aerzte.de)

Medienpartner:

**Veranstalten:** TNP Agentur für Kommunikation GmbH Dulsburg Winckweg 15 • 47119 Dulsburg  
**Fachbeirat des Kongresses:** Dr. med. Thomas P. Ems • Dr. med. Christoph Gepp • Dr. med. Wolfgang Grebe

**ÄrzteZeitung**

Im Vorfeld des offiziellen Beginns der Tagung wurden die innovativen, unterstützenden Firmen vorgestellt, nach dem Motto "Zehn Innovationen in 15 Minuten". In dieser fokussierten Präsentation der Produkte wurde zum Besuch an den Ausstellungsständen eingeladen. (Die Resonanz anschließend, über den ganzen Tag verteilt, war allgemein sehr zufriedenstellend). Hier die Kurzfassung der einzelnen Firmen:

<b>MEDIZINISCHE INNOVATIONEN</b>	
 	<p><b>MOLEKULARE DIAGNOSTIK</b></p> <p>Mit der universellen Plattform Vivalytic können verschiedene diagnostische Anwendungen schnell und vollautomatisch durchgeführt werden. Die einzelnen Verfahrensschritte werden dabei in einem System integriert. Vivalytic vereint ein breites Spektrum an Tests auf einem Gerät und ist offen für Tests von verschiedenen Anbietern.</p>
 	<p><b>HYPOXIETRAINING</b></p> <p>Mit dem Hypoxietrainingsystem MITOVIT® können durch den Einsatz von sauerstoffarmer Luft die Effekte des vom Leistungssport bekannten Höhentrainings erzielt werden. Ziel ist es, die erschöpften Mitochondrien des Patienten zu zerstören und die Vermehrung gesunder, physiologisch „jüngerer“ Mitochondrien zu beschleunigen.</p>
 	<p><b>DIREKTE ORALE ANTIKOAGULANZIEN</b></p> <p>Einfache und schnelle Ausschlussdiagnostik für die Frage, ob ein Patient noch Wirkungen einer DOAK-Medikation zeigt, ermöglicht der DOAC Dipstick von Hitado. Er umfasst dabei alle auf dem Markt verfügbaren DOAK-Medikamente. Die Anwendung ist analog der eines Urinteststreifens und das Ergebnis kann bereits nach zehn Minuten visuell abgelesen werden – schneller und kostengünstiger als ein quantitativer Labortest.</p>
  	<p><b>FACHPORTAL TESTOSTERONTHERAPIE</b></p> <p>Das neue Fachkreis-Angebot „Hormonspezialisten.de“ unterstützt Sie als Arzt mit gezielten Informationen rund um die Diagnose Testosteronmangel in der Behandlung betroffener Patienten. Die Therapie eines Testosteronmangels kann als ideales Portal zur Männergesundheit folgenschwere Erkrankungen lindern, bei bestehenden Komorbiditäten zu einer Besserung der Grunderkrankung führen und in bestimmten Fällen auch einen präventiven Charakter haben.</p>
 	<p><b>MBST-THERAPIEGERÄT</b></p> <p>Das Ganzkörpertherapiesystem „OSTEO-SPIN“ hilft bei der Behandlung von ossären Strukturen, Osteoporose sowie Verletzungen des Bewegungs- und Stützapparates. Darüber hinaus wird es bei Störungen des Knochenstoffwechsels sowie zur Beschleunigung von Heilungsprozessen genutzt.</p>
 	<p><b>PROSTATAKREBS FRÜHERKENNUNGSTEST</b></p> <p>Mit dem präzisen, blutbasierten Mitomic Prostate Test soll eine Prostatabiopsie zunächst vermieden werden. Arzt und Patient erhalten Hinweise für oder gegen eine mögliche invasive Biopsie als Teil der Diagnosefindung bei Patienten mit Verdacht auf Prostatakrebs.</p>
<b>PRAXISABLAUFE</b>	
 	<p><b>PRAXISEINRICHTUNG</b></p> <p>Das besondere Praxis-Know-how des Praxiseinrichters ist Grundlage für die gemeinsame Entwicklung passgenauer Einrichtungslösungen, die den Ablauf im Praxisalltag optimieren, die Konzentration auf das Wesentliche erleichtern und Patienten dabei eine echte Wohlfühl-Atmosphäre in den Praxisräumen bieten. Dabei ist die Planung der entscheidende Faktor für eine gelungene Umsetzung – egal ob Neubau, Umbau oder Renovierung.</p>
 	<p><b>PLANUNGSSICHERHEIT</b></p> <p>Mit der Papershift Cloud verfügt die Praxis über einen Online-Dienst, der sowohl Raumplanung als auch Arbeitszeiterfassung und Auswertungen für Arztpraxen verwaltet, um frühzeitig Engpässe zu erkennen und die Planung entsprechend anpassen zu können. Das gesamte Praxisteam spart Zeit, Kosten und profitiert von mehr Planungssicherheit im Praxisalltag.</p>
<b>WIRTSCHAFTLICHKEIT</b>	
 	<p><b>PRIVATBEHANDLUNG ALS ERGÄNZUNG</b></p> <p>Mitarbeiter von teilnehmenden Unternehmen – also auch der eigenen Arztpraxis – erhalten als freiwillige Sozialleistung über den Arbeitgeber Zugang zur medizinischen Behandlung auf Privatpatienten-Niveau, inklusive Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Privatmediziner haben damit die Möglichkeit, über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus medizinisch zu behandeln und abzurechnen.</p>
 	<p><b>KONZEPT FÜR MEDIZINISCHE VORSORGE</b></p> <p>Das Konzept „GESUND bleiben“ sichert die Kommunikation zwischen Arzt und Patient mit dem Ziel, Gesundheitswissen an die Patienten zu vermitteln sowie die Notwendigkeit von Vorsorgemaßnahmen zu erläutern. Die Patienten werden so qualifiziert und umfassend kompetent über Möglichkeiten der Früherkennung und über Erkrankungen informiert.</p>

**IMPULSVORTRAG DR. HANS-FRIEDRICH SPIES** (Spitzenverband der Fachärzte, Internist und Kardiologe):

Dr. Spieß betonte gleich zu Beginn seiner Einschätzungen über das künftige Gebilde der medizinischen Versorgung in Deutschland, daß es die GOÄ natürlich weiter geben werde, trotz aller Verzögerungen in der Weiterentwicklung; nur in welcher Form, das sei völlig offen, je nachdem was diese neue Kommission am Ende des Jahres vorlegen werde. Auch er betonte, daß die derzeitige Gerechtigkeitsdebatte eher eine Neiddebatte sei, Gerechtigkeit könne aber niemals Gleichheit bedeuten! Und auch er betonte, daß die Umbildung der Systeme in der Schweiz und auch in den Niederlanden gerade erst zum Aufschwung einer Privatmedizin geführt habe.

Mit diesen brandheißen Themen wurde vom Stellvertretenden Chefredakteur Hauke Gerlof von der ÄrzteZeitung, dankenswerterweise Medienpartner für den Privatärztlichen Bundesverband auch wieder für diesen Kongreß, überleitet zur Podiumsdiskussion: Verbände-übergreifende, gemeinsame Schritte sollten gefunden werden zur Perspektivsicherung der Privatbehandlung.

Teilnehmer waren:

Dr. med. Hans-Friedrich Spies, SPIFA e.V.

Dr.med. Christof Mittmann, 1. Vorsitzender Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen

Dr. Ralf Kantak, Vorstandsvorsitzender PKV-Verband

Dr. med.Christoph Gepp, 2.Vorsitzender Privatärztlicher Bundesverband

Johannes Roller,2.Vorsitzender des VOP-Verband operativ tätiger Privatkliniken

Herr Gerlof betonte, daß die Privatmedizin noch nie so politisch gewesen sei wie in diesen Tagen. Über die Bedeutung der Privatmedizin stellte gleich zu Beginn PKV-Chef Kantak fest, daß bei einem gewollten Niedergang des dualen Systems nicht nur die 8 Millionen Vollversicherten der PKV "geopfert" werden würden, sondern auch die zahlreichen Zusatzversicherten von ca. 30 Millionen Bundesbürgern. Praktisch müßten derzeit 40% der Bevölkerung aufstehen und sich beschweren! Die PKV leiste einen erheblichen Beitrag zur Modernisierung des Gesundheitswesens, Innovationen hielten viel schneller Einzug in die Versorgung, Vieles erreiche im EBM erst nach 8-10 Jahren Zugang zu Diagnostik und Therapie, weil dort Evidenz-basierte Vorgaben viel mehr dominieren würden, was Vor- aber auch Nachteile habe.

Dr.Mittmann und Herr Roller konnten ebenso zahlreiche Argumente aufführen, die eine gravierende Ungerechtigkeit zwischen Privaten und gesetzlichen nicht erkennen ließen.

Die nochmalige Nachfrage von Herrn Gerlof bzgl der größer werdenden politischen Bedeutung der Privatmedizin beantwortete Dr.Gepp dahingehend, daß der Druck enorm groß geworden sei, diesen offensiven Weg zu gehen, auch weil Patienten längst nicht mehr so umfassend zufrieden wären mit der Versorgung. Auch Herr Spies brachte den Einwand, daß man nicht mehr von paradiesischen Versorgungsstrukturen sprechen könne, gab vor allem zu bedenken, was passieren würde, wenn die GOÄ-Novelle weiter verschoben oder dem EBM angepasst werden würde: man müßte dann mindestens drei verschiedene GOÄ's für verschiedene Versorgungsbereiche kreieren.

Es schloß sich ein lebhaftes Frage-Antwort-"Spiel" an, da sich doch zahlreiche Teilnehmer mit unterschiedlichen Anliegen zu Wort meldeten; viele vermuteten fälschlicherweise bspw. daß es nach einer Anpassung von EBM und GOÄ vorwiegend zu "Cash-Zahlungen" in den Privatpraxen kommen würde.

Dr. Spies (vormals auch BDI-Präsident) stellte klar, daß es immer eine GOÄ geben werde!



Im nachmittäglichen Podiumsvortrag wurde mit Spannung PKV-Chef Dr.Kantak erwartet, der mit dem Thema Digitalisierung in die Offensive gehen möchte, mit seinen Fachleuten und Investitionen keinesfalls Bremser sein

möchte in diesem Sektor. Damit traf er nicht jedermanns Geschmack, es kam bei diesem Thema naturgemäß zu viel Widerspruch bzw. zu Einwänden bzgl Datentransfer und - mißbrauchsgefahr.

Dr.Pantak ging eher noch einen Schritt weiter: die PKV unterstützt durch die Auflage eines eigenen Start-up-Fonds für Digitalisierung diese Weiterentwicklung "zur



Verbesserung der medizinischen Versorgung". Er stellte in diesem Zusammenhang u.a. die Frage: wie können wir gesundheitsförderndes Verhalten unseres Klientels begünstigen? Wir Ärztinnen und Ärzte werden uns diesen Bestrebungen nicht verschließen (können), sehen uns aber auch veranlaßt, skeptisch zu bleiben, weil wir auch sämtliche Nachteile einer solchen digitalen "Bewegung" im Auge behalten müssen. Er gab durchaus zu verstehen, daß die Branche selbst sich bereits einigen rechtlichen Problemen diesbzgl gegenüber sieht und die Dynamik dieses Themas auch an Schwung verlieren könnte.

Wer bis zum Schluß blieb hat es nicht bereut: wie von Dr.Gepp und Dr.Ems (Geschäftsführer des PBV) angekündigt, wurde die Veranstaltung von einem exzellenten wissenschaftlichen Vortrag gekrönt. Dr.med.Volker Busch aus Regensburg referierte über chronische Schmerzen mit dem Thema "Gekommen um zu bleiben-chronische Schmerzen meistern zwischen Akzeptanz und neuer Hoffnung".

Er konnte viele praktische Tipps geben, wie wir im Alltag neuen Zugang finden können zu chronischen Patienten, und es gehe immer um die Zeit: kann man innerhalb der ersten 1-2 Jahre Zugang zu solchen Patienten finden, ist eine Bewältigung möglich; leider dauere es bei den meisten Patienten mit Fibromyalgie und co oft 8-9 Jahre, da sei dann vieles schon verloren, die Behandlung dann ungeheuer schwer. (Keiner der Anwesenden ist vorzeitig gegangen, trotz fortgeschrittener Stunde, die Lebendigkeit des Vortrages war einzigartig).

Die außerhalb des Podiums stattgefundenen Seminare und Vorträge waren ebenfalls sehr gut besucht, das sehr moderne neue Ambiente gegenüber dem in den Jahren zuvor universitären im Frankfurter Westend, ließ den gesamten Kongreß sehr gut gedeihen in allen Belangen. Auch die Vorabend-Veranstaltung mit Dr.Grebe ("warum Männergesundheit") war ausgesprochen gut besucht, so daß insgesamt von uns Veranstaltern, aber auch von der Kongreßorganisation und den Unterstützern ein sehr positives Resümee gezogen werden kann: der Aufwand hat sich gelohnt, die Privatmedizin hat einen weiteren kräftigen Pflock eingeschlagen im Kampf zum Erhalt ihrer selbst!



PBV Vorstand: Dr. Oehl-Voss, Dr. Ems, Dr. Gepp, Dr. Franz

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

---

***Aus „zifferdrei“ Das Magazin der PVS – Unser Abrechnungsexperte von der PVS Südwest (an den wir uns immer vertrauensvoll wenden können, wenn Mitglieder spezielle Abrechnungsfragen haben)***

*Aus „zifferdrei“ Das Magazin der PVS 4/2019*

---

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

---

**Text: Peter Gabriel**

***Analogabrechnung für neue Therapien: Was ist zu tun?***

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

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

### **Ausgangslage: Es gibt keine Garantie für den finanziellen Erfolg**

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

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

### **Zwischenspur: Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser**

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

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

### **Zielgerade: Wenn Sie auf Sicherheit gehen wollen – PVS**

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

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

HONORARVEREINBARUNG

## Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin:

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

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

Leistung	Ziffer x Faktor	Betrag

Die Gesamtkosten betragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin Unterschrift Patient(in)

**Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.**

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient(in)



## **Informationspflicht über Resturlaubsansprüche und möglichen Verfall zum Jahresende bzw. zum 31.03. des Folgejahres**

Das letzte Quartal des Jahres ist angebrochen, daher möchten wir auf das Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) hinweisen, das den Jahresurlaub der Arbeitnehmer betrifft und für das Jahr 2019 erstmals zur Anwendung kommt.

Viele Arbeitnehmer gehen davon aus, dass der Resturlaub erst am 31. März des Folgejahres verfällt. Das aber ist ein Irrtum:

Laut Bundesurlaubsgesetz muss der Urlaub im laufenden Kalenderjahr genommen werden – es sei denn, im Arbeits- oder Tarifvertrag steht etwas anderes. Der Jahresurlaub von 2019 verfällt also am 31. Dezember 2019.

---

### **Informationspflicht des Arbeitgebers**

Das BAG hat dort eine Informationspflicht des Arbeitgebers gegenüber seinen Arbeitnehmern über den Verfall bestehender (Rest-)Urlaubsansprüche zum Jahresende, respektive nach Übertragung ins Folgejahr zum 31.03. des Folgejahres begründet. Diese ist aus dem Bundesurlaubsgesetz nicht ohne weiteres abzulesen.

### **Rechtslage nach Bundesurlaubsgesetz**

Das Bundesurlaubsgesetz sieht grundsätzlich den Verfall von (Rest-)Urlaubsansprüchen zum Ende eines jeden Kalenderjahres vor. Aus „dringenden betrieblichen oder in der Person des Arbeitnehmers liegenden Gründen“ kann der Urlaub bis zum 31.03. des jeweiligen Folgejahres übertragen werden und verfällt dann am 31.03. endgültig.

Das BAG hat nun aber im Anschluss an ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes entschieden, dass diese Rechtsfolge nicht von Gesetz wegen oder wegen einer vertraglichen Regelung von selbst eintritt, ohne dass der Arbeitgeber darüber aufgeklärt hat.

### **Inhalt der Informationspflicht**

Der Arbeitgeber muss demnach „konkret und in völliger Transparenz dafür sorgen, dass der Arbeitnehmer tatsächlich in der Lage ist, seinen bezahlten Jahresurlaub zu nehmen. Er muss ihn – erforderlichenfalls förmlich – dazu auffordern, seinen Urlaub zu nehmen, und ihm klar und rechtzeitig mitteilen, dass der Urlaub verfällt, wenn er ihn nicht „nimmt“.

Wann die Belehrung „förmlich“ sein muss, hat das BAG offengelassen. Arbeitgeber müssen auch nachweisen können – in Form einer schriftlichen Belehrung – dass sie ihre Mitarbeiter entsprechend aufgeklärt haben.

In der Belehrung sind demnach anzugeben:

- die genaue Höhe des noch bestehenden Urlaubs und dessen Herkunft (aktuelles Jahr oder ggf. vorhergehendes Jahr).
- die Rechtsfolge des grundsätzlichen Verfalls des Resturlaubs am Jahresende, wenn der Urlaub nicht beantragt wird, obwohl dies möglich ist, und nicht aus den oben genannten Gründen übertragen wird.
- die Aufforderung, den Urlaub entweder bis Jahresende zu beantragen oder einen Antrag auf Übertragung des Resturlaubsanspruchs bis zum 31.03. des kommenden Jahres zu stellen.

Sofern der Urlaub ins kommende Jahr übertragen wird, sollte die Belehrung über den Verfall zum 31.03. des kommenden Jahres spätestens Anfang Februar 2020 wiederholt werden.

Wenn eine solche Belehrung nicht erfolgt, droht als Rechtsfolge, dass ein Verfall des Urlaubsanspruchs nicht eintritt, dieser also ohne entsprechenden Antrag des Arbeitnehmers ins kommende Jahr bzw. über den 31.03. des kommenden Jahres hinaus weiter besteht und genommen werden kann. Für die Zukunft genügt grundsätzlich auch eine entsprechende Unterrichtung am Jahresanfang. In größeren Unternehmen, MVZs und Arztpraxen bietet sich auch eine automatisierte Erinnerung-E-Mail an die Mitarbeiter mit Anbruch des letzten Quartals an.

Ob auch im oben angesprochenen Fall einer dauerhaften Erkrankung eine solche (angepasste) Belehrung notwendig ist (Verfall hier in aller Regel erst 15 Monate nach jeweilige Jahresende), hat das Gericht offengelassen. Vom Sinn und Zweck her (Ermöglichung der Realisierung des Urlaubs durch den Arbeitgeber) wäre das nicht gedeckt, weil auch eine Belehrung an der Unmöglichkeit des Urlaubs bei Krankheit nichts ändern würde. Zur Sicherheit kann man aber auch im Fall dauerhaft erkrankter Mitarbeiter eine solche Belehrung machen.

In Fällen, in denen der Urlaub bereits vollständig verbraucht wurde, ist die Belehrung nicht erforderlich.

---

### **INFO**

Was bedeutet es für Arbeitgeber, wenn Arbeitnehmer Urlaub ins neue Jahr übertragen? Für jeden Urlaubstag, den ein Arbeitnehmer mit ins neue Jahr nimmt, müssen bilanzierende Unternehmer, auch bilanzierende Ärzte, Rückstellungen in ihrer Bilanz bilden – für den Fall, dass beispielsweise ein Mitarbeiter mit Resturlaub gekündigt wird. Dies hat Auswirkungen auf den Jahresabschluss: Die Rückstellungen schmälern den zu versteuernden Gewinn. Werden rote Zahlen geschrieben, sollte der Arbeitgeber versuchen, dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter möglichst wenig Resturlaub ins neue Jahr übertragen – sonst fällt das Minus in der Bilanz noch größer aus.

Zudem hat der Arbeitgeber Fürsorgepflichten gegenüber seinen Mitarbeitern. Er müsse dafür sorgen, dass ein Arbeitnehmer zumindest den gesetzlich vorgeschriebenen Mindesturlaub pro Jahr nehme, entschied 2015 das Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg (Az.: 10 Sa 86/15). Andernfalls verletze er seine Schutzpflichten. Entsprechend entschied im selben Jahr auch das LAG München (Az.: 8 Sa 982/14). Das aktuelle EuGH-Urteil bestätigt diese Rechtsauffassung.

Quelle: BAG-Urteil vom 19.02.2019, Az.:9 AZR 423/16

Autor:

Anno Haak, LL.M., Rechtsanwalt

---



## Mittmanns Kolumne

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

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

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

Der Regionalatlas des PKV-Verbandes zeigt, dass Ärzte in ländlichen Regionen stärker von der Be-

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

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

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

## **Ewige Debatte Notdienst**

Auch in diesem Jahr ist die Debatte: Verpflichtung von Privatärzten zum Ärztlichen Notdienst ja oder nein, wieder stark aufgekeimt; für Hessen werden die aktuellen Möglichkeiten, sich befreien zu lassen, von unseren Justitiaren neu überprüft.

Zur Historie: 2007 hatte ein Psychotherapeut geklagt, der seit 1993 immer befreit worden war, dann aber durch die Bereitschaftsdienstreform, nicht mehr. Das Bundessozialgericht räumte ein, dass man nicht verpflichtet werden kann, wenn die fachlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind, dann aber wurde eine Übergangsfrist gesetzt von einem Jahr, in der man sich diese Voraussetzungen erwerben könne. Bei Nicht-Erfüllung droht Zulassungsentzug (zumindest beim Vertragsarzt!!).

Die KVen haben sodann unterschiedlich reagiert, die kleineren setzten auf eher freiwilligen Notdienst. Jedoch greift bei mangelnder Besetzung der Notdienstzentralen schnell das Urteil des BSG, wonach sich jeder hochspezialisierte Arzt innerhalb von einem Jahr qualifizieren MUSS.

Der PBV hat andererseits in zwei verschiedenen Fällen in der Vergangenheit geklagt, mit der Fokussierung auf das Ziel, dass unsere Mitglieder ja nicht dem KV-System unterliegen, somit organisatorische Gegebenheiten (Kartenselektoren usw.) die Zwangsteilnahme nicht rechtfertigen. In beiden Fällen sind wir gescheitert. Zuvorderst muss immer die bestehende landesspezifische Situation beklagt werden; dies machen wir zur Zeit in Hessen, mit noch offenem Ausgang. Derzeit besteht z.B. in Baden-Württemberg eine Befreiung, jedoch mit dem Hinweis, dass kein Rechtsanspruch besteht, und man kann sich andernorts nicht auf diese "Goodwill"-Situation berufen. Was machbar ist, werden unsere Justitiare immer wieder herausfinden, sie sind absolut "am Ball".

---

Aus „*meditaxa 91*“ November 2019

## **Elterliche Entscheidungsbefugnis bei Behandlung Minderjähriger – wie verhalten sich Mediziner richtig?**



Selten begleiten beide Elternteile ihr Kind in die Sprechstunde – ein Dilemma für Ärzte: Müssen beide Elternteile ärztlichen Maßnahmen zustimmen? Und was, wenn eine sinnvolle oder dringende Behandlung abgelehnt wird? Ärzte müssen in dem Fall das Arzt-Eltern-Kind-Verhältnis korrekt gestalten.

Auch wenn im Praxisalltag die Zeit für rechtliche Fragen fehlt, grundsätzlich ist bei der Behandlung Minderjähriger in den Fällen, in denen die elterliche Sorge beiden Elternteilen gemeinsam

zusteht, auch immer die Einwilligung Beider – ob (unverheiratet) zusammenlebend oder (geschieden) getrenntlebend – erforderlich, denn: Jede indizierte und lege artis durchgeführte Heilbehandlung stellt aus rechtlicher Sicht einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Weshalb eine Einwilligung zwingend erforderlich ist (§ 630d BGB).

Die Strafbarkeit entfällt, sobald der Patient wirksam in die Heilbehandlung eingewilligt hat. Wirksam einwilligen kann dieser, bzw. sein gesetzlicher Vertreter nur, wenn er vorher korrekt aufgeklärt wurde. Ärzte dürfen nicht davon ausgehen, dass derjenige Elternteil ein Alleinentscheidungsrecht hat, der das Kind in die Sprechstunde begleitet, oder derjenige, bei dem sich das Kind die meiste Zeit aufhält.

Die Einwilligung beider Elternteile bei einem simplen Rachenabstrich einzuholen, wäre für die Ärztin oder den Arzt sehr umständlich und nicht zweckdienlich. Das hat auch die Rechtsprechung erkannt: Der Bundesgerichtshof hat daher zur Frage, wer im Einzelfall von einer wirksamen Bevollmächtigung eines Elternteils durch den anderen auszugehen ist, die sogenannte Dreistufentheorie (28.06.1988, Az. VI ZR 288/87) entwickelt:

### **I. Leichte Eingriffe**

Bei Routinefällen können Ärzte davon ausgehen, dass der mit dem Kind erschienene Elternteil vom anderen dazu ermächtigt wurde, in die Behandlung einzuwilligen, solange der Ärztin oder dem Arzt nichts anderes bekannt ist. Er muss nicht explizit rückfragen, sondern darf darauf vertrauen. Leichte Fälle sind: normale Kinderkrankheiten, unproblematische Medikamentengaben, sogar von der STIKO empfohlene Impfungen gelten als Routineuntersuchung.

### **II. Mittlere Eingriffe**

Setzt die Behandlung ein ausführliches Beratungsgespräch voraus, ist auch die Ermächtigung des nicht anwesenden Elternteils erforderlich. Ärzte haben in dem Fall eine Fragepflicht und müssen sich erkundigen, ob und inwieweit der mit dem Kind erschienene Elternteil ohne den abwesenden entscheidungsbefugt ist. Kann die Ärztin oder der Arzt auf die Aussage des Anwesenden vertrauen, müssen keine weiteren Nachfragen erfolgen. Ist allerdings bekannt, dass beide Elternteile uneinig über die medizinischen Maßnahmen sind, darf er nicht auf eine Bevollmächtigung des Anwesenden durch den abwesenden Elternteil vertrauen. Ärztliche Eingriffe müssen daher noch einmal mit dem Partner besprochen werden. Wichtig ist, dass Ärzte bei mittelschweren Eingriffen das Einverständnis des abwesenden Elternteils genauso in der Patientenakte dokumentieren, wie es der anwesende Elternteil schildert.

### **III. Schwere Eingriffe**

Bei schweren und risikoreichen Eingriffen wie beispielsweise einer Herzoperation, muss Ärzten die Einwilligung beider Elternteile vorliegen. Praktisch bedeutet das, dass beide Elternteile zum Aufklärungsgespräch erscheinen müssen. Sollte das Erscheinen eines Elternteils nicht möglich sein, muss der Abwesende der Ärztin oder dem Arzt zumindest telefonisch bestätigen, dass der anwesende Elternteil entscheidungsbefugt ist, bzw. er mit der Behandlung einverstanden ist. Eine telefonische Einwilligung ist nur möglich, wenn vorher eine umfassende Aufklärung über die medizinische Behandlung stattgefunden hat. Die Dokumentation in der Patientenakte ist auch hier zwingend erforderlich, gerade, wenn eine schriftliche Einverständniserklärung bei einem der Elternteile aufgrund von Abwesenheit nicht möglich ist.

Wenn Ärzte sich im Wissen um die Frage, wer bei Minderjährigen in die Behandlung einwilligen darf, korrekt verhalten, genießen sie meist das uneingeschränkte Vertrauen der Eltern und der minderjährigen Patienten. Doch wie verhält man sich als Arzt im Sinne des Patienten, wenn Eltern eine notwendige Behandlung ablehnen? Handelt es sich um eine akute Lebensbedrohung, muss die Ärztin oder der Arzt zur Rettung des Kindes auch gegen den Willen der Eltern die erforderliche Behandlung durchführen und kann sich auf einen übergesetzlichen Notstand berufen. Bleibt noch Zeit, muss er zuvor telefonisch einen Eilbeschluss des Richters am Vormundschaftsgericht erwirken.

Letzteres sollte allerdings der letzte Ausweg sein. Das Vormundschaftsgericht ist das Amtsgericht am Wohnsitz der Eltern und kann die elterliche Sorge einschränken, wenn keine Einigung bezüglich einer notwendigen Therapie besteht und dem Kind ein Schaden droht. Das Gericht entscheidet dann auch gegen den Willen der Eltern zugunsten der Therapie. Die Ärztin oder der Arzt darf die notwendigen Maßnahmen auch ohne elterliche Zustimmung durchführen. Dies gilt bei vital bedrohlichen Erkrankungen oder wenn dem Kind irreversible Schäden drohen. Kann ein Eingriff aufgeschoben werden, darf die Ärztin oder der Arzt das Kind nicht ohne die elterliche Zustim-

mung behandeln, sondern muss dafür sorgen, dass der Behandlungsplan mit den elterlichen Vorstellungen übereinstimmt oder diese ihre Zustimmung für den Behandlungsplan der Ärztin oder des Arztes geben. Diese Umstände zeigen einmal mehr auf, wie wichtig ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt, Eltern und Kind ist.

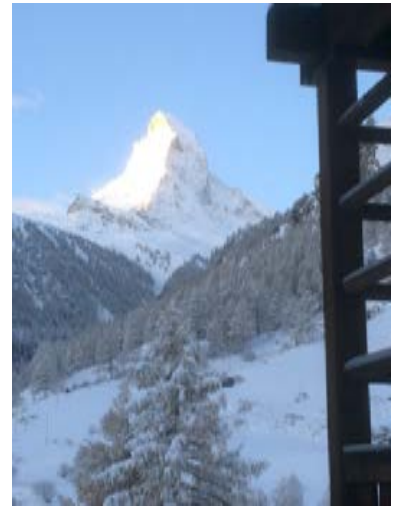
Quelle: meditaxa Redaktion

---

### ***Besuch der "Miss Schweiz" in Zermatt***

Das Matterhorn in seiner schönsten Erscheinung konnte ich während der Pfälzer Skiwoche erleben: Beste Schnee- und Wetterverhältnisse vor der offiziellen Eröffnung im Nobelort Zermatt! Seit Jahrzehnten tummeln sich Hunderte von Pfälzern (früher waren es sogar schon über 1000 !) in der Woche um den Buß- und Bettag am Fuße der "Miss Schweiz", wie das Matterhorn wegen seiner einzigartigen Exposition oft genannt wird. Mit der Schwarzsee-Bahn, dann weiter mit Matterhorn Glacier & Paradise-Bahn, der höchsten ihresgleichen in Europa, schwebt man in atemberaubende Gletscher-Sphären, oben mit Rundumblick auf 29 Viertausender, dann hinab auf den bestens präparierten Pisten von Zermatt, oder auch - bei diesjährigen Schneeverhältnissen - 22 km hinunter auf die italienische Seite nach Cervinia.

Diese gigantischen Bedingungen rechtfertigen für begeisterte Skifahrer allemal die nur geringfügig höheren Kosten gegenüber "einfacheren" Skigebieten, das Preis-Leistungs-Verhältnis ist in Ordnung, die Gastfreundschaft lädt zum Besuch im nächsten Jahr wieder ein. Nähere Auskünfte über: Dr. Heinz Oehl-Voss, Tel. 0172/6262769



---

### ***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.



---

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

***Herzlichen Dank***

---

## **Die Artsuche des Privatärztlichen Bundesverband e.V.**

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

*Als Mitglied im PBV ist der Eintrag für Sie kostenfrei. Senden Sie uns einfach eine Nachricht per E-Mail an [mail@pbv-aerzte.de](mailto:mail@pbv-aerzte.de).*

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

---

### **Schlusswort**

*Die Wahlen der neuen SPD - Vorsitzenden haben die Gefahr für das duale System noch größer gemacht. Die Vorschläge der Gebührenkommission werden ebenfalls nicht für unser System sprechen. Deshalb ist es umso wichtiger, alle ärztlichen Verbände zu mobilisieren, um eine klare Position zu beziehen. Das hat der PBV gemacht und mit der „Frankfurter Erklärung“ viele Verbände inklusive der Bundesärztekammer hinter sich gebracht. Die Erklärung wird in der Ärztezeitung veröffentlicht und in einer zweiten Phase findet eine Mitteilung an alle wichtigen Printmedien statt, die sich in einer kurzen prägnanten Form an die deutsche Bevölkerung wendet und die eindringlich vor der Zerschlagung dieses weltweit geachteten Gesundheitssystems warnt mit extrem negativen Folgen für alle Versicherten. Denn englische Verhältnisse will auch kein GKV - Patient. Das muss man in einfachen eindringlichen Worten darstellen, dann verliert sich auch der Neidgedanke. Daran arbeiten wir mit voller Energie.*

*In diesem Sinne wünschen wir Ihnen trotzdem Frohe Feiertage und ein gutes Neues Jahr!*

*Der Vorstand des PBV*

