

INFORMATIONEN ZU CORONA FINDEN
SIE AUCH UNTER **COVID-19** AUF
DER HOMEPAGE DES PBV ([www.pbv-
aerzte.de](http://www.pbv-aerzte.de))



Privatärztliche Praxis aktuell

Privatärztlicher Bundesverband

Geschäftsstelle

Dreisamstr. 1 D - 76337 Waldbronn

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

Internet: www.pbv-aerzte.de

E-Mail: mail@pbv-aerzte.de



Ausgabe 02/2020

Pressemitteilung des Privatärztlichen Bundesverbandes (PBV)



Die Corona Krise stellt die gesamte Bevölkerung vor neue und sehr schwer zu bewältigende Herausforderungen. Insbesondere Krankenhäuser und Arztpraxen müssen sich neuen und umfangreichen Herausforderung stellen um die Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Neben den kassenärztlichen Praxen gibt es in Deutschland etwa 12.000 privatärztlich tätige Ärzte, die nicht an die Kassenärztliche Vereinigung angeschlossen sind. Diese Privatpraxen leisten Tag für Tag einen erheblichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung, da sie abseits jeglicher Budgetierung, ausschließlich am Patientenwohl orientiert, arbeiten.

Die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn angekündigte Versorgung der Arztpraxen mit wichtigen Materialien wird nach Informationen der Landesärztekammern von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Damit sind etwa 10 Prozent der deutschen Arztpraxen von der Versorgung mit den wichtigen Ressourcen zur Bekämpfung von Corona ausgeschlossen und können die Behandlung ihrer Patienten nicht mehr sicherstellen. Dies wird ganz erhebliche Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem haben.

Zudem ist die Behandlung der coronaverdächtigen Patienten mit einem extremen Zeitaufwand verbunden, der in der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in keinsten Weise abgebildet ist. Hinzu kommen enorme Verdienstauffälle in den privatärztlichen Praxen, da reguläre Behandlung verschoben oder abgesagt werden müssen.

Längere Telefonate sind in der GOÄ nicht abgebildet, werden jetzt jedoch eine Notwendigkeit ebenso wie Telemedizin und Videosprechstunden. Dies stellt derzeit eine ernste Behinderung der Versorgung der Patienten dar, da sich privat abrechnende Ärzte so schnell in Grenzbereiche der Legalität bewegen, wenn sie den Vorgaben der Politik folgen.

Deswegen fordert der Privatärztliche Bundesverband:

Auch den Privatärzten muss uneingeschränkter Zugang zu den Ressourcen an Verbrauchsmaterial möglich sein. Ohne die Unterstützung von 10 Prozent Privatpraxen wird das Gesundheitssystem kaum eine Chance haben die Krise zu bewältigen. Alle Ressourcen müssen genutzt werden!

Außerdem fordern wir eine Anhebung des Punktwertes GOÄ, zunächst zeitlich begrenzt bis Ende des Jahres 2020. Damit könnten einen Teil der Einkommensausfälle kompensiert und Praxisschließungen aus wirtschaftlichen Gründen verhindert werden. Die derzeitige, veraltete GOÄ sollte bis dahin durch die - bereits einvernehmlich erstellte - neue GOÄ abgelöst werden.

Video- und Telefonsprechstunden sollten derzeit mit den Ziffern 34 und 800 bis 849 je nach Zeitaufwand abzurechnen sein, dies auch zeitlich begrenzt bis Ende 2020, außerdem muss die Grenze von 20 Prozent der Patienten einer Praxis, die telemedizinisch oder fernmündlich behandelt werden dürfen, gestrichen werden.

Alle Privatpraxen haben ihren Platz als wichtiger Teil des Gesundheitswesens und sind bereit mit aller Kraft für die Bewältigung der Krise zu arbeiten. Dazu brauchen wir Privatärzte die Unterstützung der Bevölkerung, der Ministerien und der Ärztekammern!

Dr.Christoph Gepp

Diagnostik bei COVID-19 (Corona SARS-CoV-2)

Standard bei der Diagnostik bleibt der Rachen-Nasen-Abstrich, der 4 Tage nach Symptombeginn noch positiv ist, beim Sputum eventuell bis zu 8 Tagen.

Im Stuhl, Urin und Blut wird nichts nachgewiesen.

Infizierte entwickeln Symptome in 51 bis 81 % der Fälle, je nach „Falldefinition“, also nach Beurteilung, ob die Person krank ist oder nicht! Die zum Teil restriktive Testung führt dazu, dass es zu einer deutlichen Untererfassung der Krankheitsfälle kommt. Die tatsächliche Infektionszahl ist wohl bis zu zwanzigmal höher als jeweils gemeldet, auch die Todeszahlen weichen stark ab.

Ich selbst bestelle Testmaterial in meinem Labor, bei deutlichem Verdacht holt jemand den Test in der Praxis ab. Der vermeintlich Infizierte macht dann den Abstrich mithilfe unserer genauen Erklärung (Telefon) selbst. Wiederum ein Nicht-Betroffener wirft den Abstrich nach vorherigem Telefonat beim Labor in den Briefkasten, und nach 24 Stunden liegt das Ergebnis vor.

4 Tage dauert es, bis sich (bei schwereren Verlaufsformen) eine Pneumonie entwickelt. Bei den schwersten Formen tritt dann das Lungenversagen nach 8 bis 10 Tagen ein. Wie lange ein Patient ansteckend ist, weiß man nicht genau, vermutlich aber bis zum Abklingen der Symptome. Leider gibt es noch keinen Antikörper-Test, sonst könnte man nach dieser Diagnostik bereits Immunisierte „an die vorderste Front“ schicken, um hilfreich tätig zu werden.

Pneumokokken-Impfung – Corona verursacht Lieferengpass beim Impfstoff

Nachdem Jens Spahn die Pneumokokken-Impfung für fast alle über 60 empfohlen hatte, waren innerhalb von 1 bis 2 Tagen die verfügbaren Chargen vergriffen. Einige Patienten konnten noch durch „Apotheken-Hopping“ erfolgreich sein. Zudem konnte man letzte Woche zum Teil noch Impfstoff in den USA ordern, mit Lieferzeit bis zu 7 Tagen.

Ich selbst warte auf eine Impfstoffbestellung, die über eine Apotheke in Stuttgart organisiert wurde. Wegen der Verknappung des Pneumokokken-Impfstoffs nehme ich bei meinen Patienten unterdessen eine eigene Hierarchisierung vor. Nach Ostern werden größere Mengen aus Japan eintreffen, die wir bedenkenlos verordnen können, auch wenn alles nur in Japanisch beschriftet ist. Der Hersteller übernimmt die Verantwortung, die Apotheken sollten also nächste Woche befragt werden.

Eine Möglichkeit zum Selbstschutz bietet die Videosprechstunde

Einige Praxen haben sich bereits gänzlich aus der Patientenversorgung zurückgezogen, sei es aus Infektionsgründen oder wegen privat notwendigem Selbstschutz. Ein Ausweg, sich selbst zu schützen, bietet z. B. die Videosprechstunde. Hier sind uns etwa 16 Anbieter bekannt, wobei wir derzeit nur CGM Turbomed favorisieren können. Mit anderen Anbietern haben wir bislang keine Erfahrungen gesammelt.

(Link: https://www.cgm.com/de/corona/kostenlose_clickdoc_videosprechstunde.de.jsp)

Aufgrund der aktuellen Krisensituation stellt CGM seine CLICKDOC Videosprechstunde kostenfrei zur Verfügung. Sie können dieses Angebot auch nutzen, um kostenlos Erfahrungen zu sammeln – in einem Jahr wird sicher alles schon wieder anders aussehen.

Wir werden immer wieder gefragt, wie eine Videosprechstunde denn abzurechnen sei – wir empfehlen die GOÄ-Ziffern wie beim persönlichen Kontakt, ggf. mit Analogziffern, also die Ziffer 3, Faktor 3,5, auch die 849 bei all den begründeten Ängsten derzeit.

Ihr Heinz Oehl-Voss, PBV

Corona-Situation Stand 3.4.2020

Die Knappheit an Masken und Schutzkleidung hat dazu geführt, dass auch die Textilindustrie eine Ersatzproduktion aufgenommen hat (z.B. Trigema), auch gibt es sehr erfinderische Bastelanleitungen im Internet. Das RKI hat diese Ersatzlösungen gerade neu bewertet: sie sind wesentlich besser als gedacht! Die professionellen FFP2 - und FFP3 - Masken, die es bis spätestens 7.4. wieder geben soll (über die Kassenärztlichen Vereinigungen auch für Privatärzte, aber auch über Adressen, die wir selbst immer wieder aktuell bekommen), sollten aber nur bei Tätigkeiten zum Einsatz kommen, bei denen die Gefährdung höher liegt als im derzeitigen "normalen" Praxisbetrieb. Es gibt auch Plastik-Schutzschilder aus dem 3-D-Drucker, einige Praxislieferanten bieten gute Lösungen ab 10.-€ an; diese sollten bei Gebrauch entsprechend oft gesäubert/desinfiziert werden.

Situationsbericht Corona 7.4.2020

Corona bei Google ist überall an erster Stelle;
wir fassen dennoch die wichtigsten Neuheiten zeitnah hier zusammen:

Pneumologen, nicht Anästhesisten und Intensivmediziner sind maßgebend

Wie Thomas Voshaar, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, im Interview mit der FAZ am 7.4. betont, gilt es, bei der intensivmedizinischen Behandlung wichtige Dinge zu beachten (die auch bei der katastrophalen Situation in Italien, Spanien und Frankreich zu kurz kommen): Die Künstliche Beatmung werde meistens bei SARS-CoV-2 zu früh eingesetzt, bei vielen Patienten sei sie gar nicht nötig! Pneumologen kämen mit wesentlich kürzeren Beatmungszeiten aus. Terminales Versagen käme oft durch zuviel Überdruck und zuviel Sauerstoff zustande. Es gilt zu bedenken, dass Spontanatmung immer im Unterdruck erfolge, die maschinelle hingegen funktioniert nur mit Überdruck, und das sei für den Körper eine zusätzliche Belastung!

Nachweis des Erregers in Stuhl und Sputum länger

Interessant ist die Feststellung bei den Corona-Verläufen, dass oft noch ein Nachweis in Stuhl und Sputum möglich ist, wenn bereits die Abstriche negativ sind. Das bedeutet allerdings nicht, dass die Patienten noch ansteckend sind!

Dr. Oehl-Voss, 7.4.2020

Warnung vor Corona-Schnelltests

Geschäftstüchtige Labors bieten derzeit Corona-Antikörper-Tests an. Ich möchte zu bedenken geben, daß sämtliche führende Virologen davor warnen! Die wirklich relevanten Tests wird es nicht vor Mai geben. Die bereits angebotenen basieren auf IgM und IgG-Bestimmungen, die aber wohl frühere Corona-Viren mitmessen, vermutlich entscheidet aber viel genauer eine IgA-Aktivität...

Die Diagnose-Schnelltests werden sich deutlich vereinfachen:

Das Freiburger Start-Up-Unternehmen Spindiag GmbH, in Zusammenarbeit mit dem Freiburger Hahn-Schickard-Institut für Mikroanalysesysteme, geht von bis zu 95% Sicherheit bei seinem Test aus, einem Abstrichverfahren, das innerhalb von 35 Minuten am Gerät ablesbare Diagnosen liefert, und auch anonymisiert an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden kann. "Dieser Schnelltest ist eine Weiterentwicklung des in Laboren üblichen PCR-Verfahrens, wobei zwei Stufen dieser PCR in einem Testträger hintereinandergeschaltet werden." (Geschäftsführer Daniel Mark in der FAZ vom 9.4.20)

Da jedoch die Konformität nach der europäischen IVD-Richtlinie erreicht werden muß, dauert es wohl bis August, bis dieses sehr fortschrittliche Verfahren einsatzbereit ist. Das Gerät leistet 70-80 Tests in 2 Stunden (Das Gerät von Bosch "kann" nur etwa 10 am Tag, erfaßt dafür aber auch andere Viren wie Influenza etc.) Das Spindiag-Gerät wird etw rund 20.000€ kosten, der Test jeweils 40€, ein wahrhaftig fortschrittliches Verfahren, das vom Land BadenWürttemberg mit 6 Mio.€ gefördert wird (FAZ 9.4.20)

Meldepflicht bei Corona

Wir möchten darauf hinweisen, welche Bestimmungen es bzgl. Corona für alle Ärztinnen und Ärzte gibt:

www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Empfehlung_Meldung.html

Es wird unterschieden zwischen konkretem Verdachtsfall und dem Umgang mit Kontaktpersonen, auch gibt es Empfehlungen für die Getesteten; wer muß in Quarantäne usw..was teilweise unterschiedlich gehandhabt wird bei Bezugspersonen von Beschäftigten im medizinischen Bereich.

ANTIKÖRPER-BESTIMMUNG CoVid 19 ALS ORIENTIERUNGSHILFE

Immer noch warten wir auf verlässliche Antikörper-Tests, die uns dabei helfen können, den Immunisierungsgrad von Patienten zu erfassen. Die bisherigen Schnelltests sind absolut nicht aussagefähig genug, unsere führenden Immunologen betonen, dass es erst in 3-4 Wochen so weit sein wird, diesen wesentlichen nächsten Schritt (zur Unterscheidung bereits Infizierter) gehen zu können. Wie lange eine Immunisierung dann bei stattgehabter Erkrankung anhalten wird, lässt sich noch nicht sagen, möglicherweise aber mehr als ein Jahr; danach wird sich auch die Impfstoffentwicklung ausrichten bzw. eine dann notwendige Boosterung!

Eine wesentliche Verhaltensänderung innerhalb der Bevölkerung ist nach derzeitigem Wissenstand erst möglich, wenn es eine verträgliche Impfung gibt; derzeit seien ca. 50 verschiedene Testansätze weltweit in der Entwicklung, die meisten Virologen rechnen damit, dass es "die Impfung" erst 2021 geben wird!

Somit gilt es weiterhin, defensiv mit Abstandsregelungen, einfachen Schutzmasken, reduzierten Veranstaltungen usw. bis hinein ins Spätjahr zu agieren, um zu schauen, wie eine "zweite Welle", die es geben wird, sich "gestalten" lässt. Das öffentliche Leben wird also nur langsam wieder Fahrt aufnehmen, allerdings flacht "die Kurve" (der Neuinfektionen) derzeit bereits etwas ab, die Vorsichtsmaßnahmen scheinen in Deutschland gut zu funktionieren. Die öffentliche Politik muss verständlicherweise sehr defensiv mit Debatten über Lockerungen umgehen, aber jeder kann sich selbst ein Bild machen: bei gut 80.000 gemeldeten Infizierten, und einer Dunkelziffer von möglicherweise 800.000 in Deutschland, bei über 80 Millionen Menschen, ist die "Seuche" längst nicht so infektiös wie z.B. bei Masern, das wird immer gut erklärt in den Medien derzeit. Eine sich relativ langsame Herdenimmunisierung scheint also so möglich zu sein, dass es zu keiner Überforderung des Gesundheitswesens kommen wird. Auch wenn es die Wirtschaft sehr hart getroffen hat: es ist Licht am Ende des Tunnels! So langsam gilt es, die Sekundärschäden mindestens genauso zu vermeiden wie Neuinfektionen mit dem Virus selbst!

Dr.med.Heinz Oehl-Voss

2.Vorsitzender PBV

Entschädigung bei Corona-bedingter Praxischließung

Ärzte fühlen sich von der Politik im Stich gelassen: es gibt zu wenig Schutz für die Praxis, obwohl die Industrie rechtzeitig aufkommende Mangelsituationen hingewiesen hat. Falls es also nicht gelingt, sich entsprechend vor Infizierten zu schützen, kann es passieren, dass Sie als Praxisinhaber (oder eine Ihrer Mitarbeiter/-innen) Corona-positiv werden, und dann müssen Sie in Quarantäne.

Die Kosten laufen weiter, Gewinne werden keine mehr gemacht, evtl. sogar Monate-lang. Die Regierung hat nach §56 Infektionsschutzgesetz verfügt, dass Sie zwar als Arbeitgeber zunächst in Vorleistung gehen bei der Lohnfortzahlung, haben aber Anspruch auf Erstattung durch die zuständige Behörde:

www.kbv.de/media/sp/Praxisinfo_Coronavirus_Entschaedigung.pdf

Sie als Praxisinhaber/-in erhalten Entschädigung in Anlehnung an Ihren Steuerbescheid. Gegebenenfalls ist es auch darüber hinaus in Zukunft sinnvoll, zusätzlich eine Betriebsschließungsversicherung abzuschließen (z. B. wenn man Ersatzpersonal braucht), Vergünstigungen gibt es dafür oft in einem Gruppenvertrag, wenn man Mitglied beim HB oder bei NAV-Virchow ist.

COVID-19 (Corona SARS-CoV-2)

Die Auswirkungen der Pandemie reichen in unterschiedlicher Weise in unsere Praxen, und natürlich gibt es wiederum bei der Bewältigung Unterschiede zwischen kassenärztlichen und privaten Praxen: Kassenärzte erhalten zusätzliche Vorgaben und Hilfestellungen über ihre jeweilige KV, wir Privatärzte haben einerseits wiederum mehr (freiberufliche) Freiheiten bei der Bewältigung, andererseits müssen wir einiges improvisieren, um gleichermaßen unsere Patienten zu informieren und zu versorgen.

Wesentliche Informationen sollte man tagesgenau beim Robert-Koch-Institut beziehen (www.rki.de): Standard bei der Diagnostik bleibt der Rachen-Nasen-Abstrich, der 4 Tage nach Symptombeginn noch positiv ist, beim Sputum evtl. bis zu 8 Tagen.

Im Stuhl, Urin und Blut wird nichts nachgewiesen. Infizierte entwickeln Symptome in 51-81% der Fälle, je nach "Falldefinition", also nach Beurteilung ob krank oder nicht! Die z.T. restriktive Testung führt dazu, dass es zu einer deutlichen Untererfassung der Krankheitsfälle kommt, also die tatsächliche Infektionszahl ist wohl bis zwanzigmal höher als jeweils gemeldet, auch die Todeszahlen weichen stark ab. Ich selbst bestelle Testmaterial in meinem Labor, bei deutlichem Verdacht holt jemand den Test in der Praxis ab, der vermeintlich Infizierte macht den Abstrich selbst (bei genauer Erklärung unsererseits!!), wiederum ein Nicht-Betroffener wirft den Abstrich nach vorherigem Telefonat dort beim Labor in den Briefkasten, nach 24 Stunden liegt das Ergebnis vor.

4 Tage dauert es, bis sich (bei schwereren Verlaufsformen) eine Pneumonie entwickelt, bei den schwersten Formen dann das Lungenversagen nach 8-10 Tagen. Wie lange die Ansteckung dauert weiß man nicht genau, vermutlich bis zum Abklingen der Symptome. leider gibt es noch keinen Antikörper-Test, sonst könnte man nach dieser Diagnostik bereits Immunisierte "an die vorderste Front" schicken, um hilfreich tätig zu werden...

Nachdem Jens Spahn die Pneumokokken-Impfung für fast alle über 60 empfohlen hatte, waren innerhalb von 1-2 Tagen die verfügbaren Chargen vergriffen, ganz vereinzelt konnten Patienten erfolgreich sein durch "Apotheken-Hopping", in der letzten Woche konnte man z.T. noch welche in den USA ordern, mit Lieferzeit bis zu 7 Tagen, ich selbst warte darauf, organisiert über eine Apotheke in Stuttgart, Tel. 0711/72234490. Wegen der Verknappung mache ich bei Patienten eine eigene Hierarchisierung.

Über unsere Verbindungen zum Hartmannbund werden wir weitere Zugänge zu "verknappten" Materialien wie Atemmasken, Schutzmäntel usw. aktivieren, jedes einzelne Mitglied sollte auch womöglich bei Frau Schröter melden, welche Bezugsquellen es gibt, man kann das in dieser besonderen Situation nicht immer von zentralen

Organisationen oder Verbänden erwarten, zumal es bereits bei einer Meldung sofort wieder zu Verknappungen kommt.

Einige Praxen haben sich bereits gänzlich aus der Patientenversorgung zurückgezogen, sei es aus Infektionsgründen, sei es wegen privat notwendigem Selbstschutz. Ein Ausweg kann auch die Videosprechstunde sein. Hierfür sind uns ca. 16 Anbieter bekannt; wir können nur CGM Turbomed derzeit favorisieren, die anderen andererseits gar nicht bewerten.

Jedenfalls kann man dieses auch nutzen, um kostenlos Erfahrungen zu sammeln, in einem Jahr wird alles wieder anders aussehen. Wir werden immer wieder gefragt, wie das denn abzurechnen sei, und wir empfehlen GOÄ Ziffern wie beim persönlichen Kontakt, ggf. mit Analogziffern, also die Ziffer 3 Faktor 3,5, auch die 849, bei all den begründeten Ängsten derzeit.

Ihr Dr.Oehl-Voss, PBV

Hilfestellung zu Corona-Fragen auch unter

www.aerzteblatt.de/nachrichten/SARS-CoV-2

Aus „Der Allgemeinarzt“ 5/2020

Videosprechstunde in Zeiten von Corona

Vor allem Hausarztpraxen sind oft die ersten Anlaufstellen für Patienten mit Corona-Verdacht. Ein Besuch in der Praxis und ein Aufenthalt im Wartezimmer ist dabei aber nicht unbedingt die beste Idee, wenn das Virus nicht weiterverbreitet werden soll. Viele Praxen haben daher schon spezielle Regelungen für Infekt-Patienten eingeführt. Anfang März haben



nun auch drei Anbieter von Videosprechstunden reagiert und wollen ihre Dienste für einige Monate allen Praxen kostenlos zur Verfügung stellen. Allgemeinärzten, die Interesse an der kostenlosen Nutzung der KBV-zertifizierten jameda Videosprechstunde haben, stellt jameda das entsprechende Angebot „Gold Pro kostenlos für 6 Monate zur Verfügung. Interessierte Ärzte wenden sich an den jameda-Kundenservice (089 2000 185 44). Die Deutsche Arzt AG bietet ihren Videodienst zu nächst für 3 Monate kostenlos an. Interessierte Ärzte können sich unter <https://www.sprechstunde.online/> registrieren. Um in die kostenlose 3-Monats-Aktion eingeordnet zu werden, muss man im Feld „Krankheiten“ den Eintrag „Coronavirus (Covid-19)“ auswählen. Und auch die CompuGroup Medical SE stellt Ärzten ihre Clickdoc-Videosprechstunde kostenfrei zur Verfügung. Informationen zur Registrierung findet man unter www.cgm.com/de-corona.



**Reha-Kliniken vor dem Aus:
Statt auf Coronapatienten bereiten sich Kliniken auf Pleite
vor**

Berlin, 22. März 2020 – Stationäre Vorsorge- und Rehakliniken stehen bereit, um während der Corona-Pandemie Krankenhäuser zu unterstützen und einen wesentlichen Beitrag bei der Patientenversorgung zu leisten. Vorbereitungen und Maßnahmen sind bereits dafür getroffen worden. Es ist nach wie vor nicht gesichert, wie die Kliniken in den nächsten Wochen ihre rund 120.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezahlen können. Die Vorsorge- und Rehakliniken wurden im gestern vom BMG veröffentlichten Referentenentwurf des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz nahezu vergessen. Auch der überarbeitete Entwurf sieht keine Lösung vor.

Die vorgesehene Einbindung der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in die Patientenversorgung geschieht nur halbherzig und führt die Kliniken wegen fehlender finanzieller Absicherung innerhalb weniger Tage in die Insolvenz. Es käme zur absurden Situation, dass dringende benötigte Ärzte und Pflegekräfte in der Krise entlassen werden oder in Kurzarbeit gehen müssten. Dabei liegen in der konsequenten Einbindung der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie der Krankenhäuser nach § 30 GewO enorme Chancen: Insgesamt verfügen wir in Deutschland über 167.000 Betten in rund 1.000 Einrichtungen mit rund 120.000 Mitarbeitern (Köpfe). Diese Potentiale werden mit dem Gesetzentwurf nicht erschlossen. Existenzen und vor allem Patientenleben stehen auf dem Spiel.

„Es bedarf einer besonderen gemeinsamen Kraftanstrengung und einer klaren Politik, die alle Behandlungsmöglichkeiten in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken bündelt. Das Gesetz muss unbedingt angepasst werden!“, appelliert BDPK-Präsidentin Dr. med. Katharina Nebel an die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Zum Hintergrund:

Vorsorge- und Rehabilitationskliniken die keine Reha-Patienten mehr behandeln, können mit sofortiger Wirkung keine Abrechnungen mehr stellen und haben keine Einkünfte mehr. Deshalb müssen die Kliniken während der Corona-Krise unbürokratisch mit einer Monatspauschale in Höhe des Durchschnitts der letzten 12 Monate abgesichert werden. Damit wäre eine wichtige Voraussetzung für die Krisenbewältigung geschaffen.

Ihr Ansprechpartner:

Antonia von Randow, Pressesprecherin des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.

Friedrichstraße 60, 10117 Berlin

Tel.: 030 - 2 40 08 99 - 0; [mailto: presse@bdpk.de](mailto:presse@bdpk.de)

www.bdpk.de

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

Psycho-Hygiene-Tipps für Home-Office und Quarantäne

Die COVID19-Pandemie stellt für alle eine neue Situation dar. Wir sorgen uns um nahestehende Personen und nicht zuletzt um die eigene Gesundheit. Wir stehen vor leeren Supermarktregalen. Das öffentliche Leben ist eingeschränkt. Angst ist in dieser Situation eine ganz normale und angemessene Reaktion. Diese Angst zu bewältigen wird schwieriger, wenn gleichzeitig vertraute Routinen verändert werden müssen und der ganze Alltag auf den Kopf gestellt ist – durch ein von Arbeitgeber*innen veranlassenes Home-Office, Schul- und Kindertageseinrichtungen oder gar eine Quarantänemaßnahme des Gesundheitsamtes.

Hier finden Sie einige Tipps, um psychisch gesund durch diese schwierige Zeit zu kommen:

1. Sorgen Sie für eine Tagesstruktur. Vielleicht nutzen Sie die Zeit, die sie sonst mit dem Weg zur Arbeit verbringen, für ein Frühstück in Ruhe – aber setzen sich zur gewohnten Zeit an den Schreibtisch. Legen Sie einen „Arbeitsplatz“ in Ihren Räumen fest, den Sie zu den gewohnten Pausenzeiten verlassen. Wenn Ihre Tätigkeit sonst mit viel Kontakt zu Kolleg*innen verbunden ist, versuchen Sie diese, soweit möglich, über Telefon und digitale Medien aufrechtzuerhalten.

2. Sorgen Sie für Bewegung. Machen sie z. B. regelmäßig Atem- und Dehnübungen, gerne auch bei geöffnetem Fenster. Angst ist vor allem eine körperliche Reaktion. Durch Atmen und Bewegungsübungen signalisieren Sie sich selbst: „Jetzt in diesem Moment ist hier alles in Ordnung.“ Behalten Sie Ihre wöchentlichen Sportzeiten bei, falls Sie so etwas haben und weichen Sie ggf. auf Indoor-Aktivitäten aus. Apps und Videokanäle können dabei unterstützen.

3. Essen Sie gut und trinken Sie ausreichend. Für unsere psychische Stabilität ist die Ernährung eine wichtige Grundlage. Bei hohem seelischen Stress braucht unser Körper mehr Flüssigkeit. Regelmäßige Mahlzeiten helfen außerdem bei der Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur.

4. Neue und angstauslösende Situationen aktivieren unser Bindungssystem: Wir suchen die Nähe vertrauter Personen, bei denen wir Geborgenheit erleben können. Wenn gleichzeitig soziale Kontakte zur Durchbrechung von Ansteckungsketten auf ein Minimum reduziert werden sollen, liegt hier wohl die größte Herausforderung. Ein kleiner Plausch mit ausreichend räumlicher Distanz auf dem Weg in den Supermarkt wird trotzdem möglich sein. Nutzen Sie diese Gelegenheiten bewusst. Lächeln Sie den Menschen, denen Sie begegnen, aus der Distanz zu. Lächeln aktiviert Hirnareale, die für Ihr Wohlbefinden sorgen und vermittelt ein Gefühl von Solidarität. Sprechen Sie mit Ihren Lieben zu Hause über die aktuelle Lage und nehmen Sie die Sorgen anderer ernst. Aber begrenzen Sie diese Gespräche auch bewusst zugunsten anderer Aktivitäten wie gemeinsames Spielen, Musikhören oder Filme anschauen. Sich abzulenken ist erlaubt und wichtig! Denken Sie auch an Alleinstehende in Ihrem Umfeld – jetzt ist die Zeit für regelmäßige Telefonate. Sich um andere zu kümmern, kann eine gute Bewältigungsstrategie sein.

5. Viele Freizeitaktivitäten sind gerade nicht möglich. Sich zu beschäftigen, ist für einige Menschen ohne Anregung von außen (durch Sportverein, Kino, Kneipe, Theater oder Konzert) eine Herausforderung. Manches lässt sich über Mediennutzung ansatzweise kompensieren. Achten Sie dabei darauf, sich maximal zweimal täglich mit Nachrichten zur Pandemie zu versorgen. Sie halten sonst Körper und Seele in einem permanenten Alarmzustand, vermutlich auch mit negativen Folgen für die Schlafqualität. Halten Sie Ausschau nach Beschäftigungsmöglichkeiten in Ihrer Wohnung. Jetzt ist Zeit für den Frühjahrsputz! Nehmen Sie sich für jeden Tag eine kleine Aufgabe vor, die sie

erledigen wollen. Auch das hilft bei der Tagesstrukturierung und beugt depressiven Verstimmungen vor. Unser Gehirn liebt es, etwas geschafft zu haben! Aufräumen ist sehr geeignet für den Erhalt der seelischen Stabilität. Wenn draußen alles ungewiss ist – bei Ihnen ist etwas geordnet. Vielleicht ist jetzt die Zeit, lang vergessene Hobbys zu reaktivieren (evtl. sogar aus Kindertagen: Womit haben Sie sich früher an Regentagen beschäftigt?). Besonders geeignet ist alles, was Ihr Gehirn fordert, so dass Sie gar nicht dazu kommen, sich zu sorgen (z. B. Sudoku, Puzzle, komplizierte Handarbeiten, Programmieren, Sprachen lernen). Probieren Sie aus, was zu Ihnen passt!

Dipl.-Psych. Julia Leithäuser

Stv. Landesvorsitzende DPtV-Landesverband NRW-Nordrhein

Jahreshauptversammlung PBV 15.2.2020 in Frankfurt

Der Privatärztliche Bundesverband hatte zeitgemäß zur Jahreshauptversammlung 2020 eingeladen. Sie fand statt in neuem Ambiente Steigenberger Hotel in Frankfurt am Bahnhof.

Der 1.Vorsitzende Dr. Norbert A. Franz eröffnete die Tagung und ließ ordnungsgemäß zunächst den Schriftführer für die Veranstaltung wählen. Einstimmig wurde Dr. Oehl-Voss bestimmt, danach ebenso der Kassenprüfer, Dr. Weber, Mitglied des PBV.



Es folgte der Bericht des Vorsitzenden über das abgelaufene Jahr. Die große Hauptveranstaltung, der "Tag der Privatmedizin", wurde als großer Erfolg dargestellt, der sowohl die wesentliche Weichenstellung für die Privatmedizin der Zukunft hervorbrachte, als auch dem Verband neue Mitglieder brachte.

Die Anwesenheit dort der wesentlichen Beteiligten des (privaten)Gesundheitssektors ermöglichte die Vorstellung und Abhandlung der vom PBV erarbeiteten "Frankfurter Erklärung", sie wurde konsensiert mit dem PKV-Verband, der PVS, aber auch von führenden

Ärzteverbänden, die alle gekommen waren, um sich für den Erhalt der Privatmedizin einzusetzen. Zu diesem Zeitpunkt (Oktober/November 2019) war ja noch nicht abzusehen, mit welchem Ergebnis die von der GroKO eingesetzte Kommission über eine mögliche Zusammenführung der Gebührensysteme EBM und GOÄ hervortreten würde. Auch wenn

n diese Kommission sich im Wesentlichen für den Erhalt des dualen Systems ausgesprochen hat, war und ist diese FRANKFURTER ERKLÄRUNG die Grundlage für den nächsten Schritt, der zwingend notwendig ist: den Bereich der Privatmedizin mit seiner Neuen GOÄ beim Gesundheitsministerium unverzüglich einzufordern. Wie auch in der medizinischen Presse mehrfach kommentiert, hat unser Verband diesen Vorgang nun vorangetrieben, unterstützt von den wesentlichen medizinischen Fachverbänden, die sich mit Ihrem Logo an unsere Forderungen angeschlossen hatten und haben. Diese Erklärung wurde kurz vor unserer JHV am 12.02.2020 von unserem ersten Vorsitzenden Dr. Franz im Gesundheitsministerium in Berlin übergeben. Damit haben ca. 150.000 Ärzte, die sich

unseren Forderungen angeschlossen haben, die Regierung aufgefordert, zügig die von PKV-Verband und Ärztekammer vorgelegte Neue GOÄ nun auf den Gesetzesweg zu bringen und rasch zu verabschieden.

Erstaunlich ist auch, dass die SPD sich nicht mehr total verweigert, nachdem auch ihr bisheriger Hauptverfechter der Bürgerversicherung, Professor Karl Lauterbach, an Profil und Bedeutung verloren hat innerhalb seiner Partei, somit auch als Bremsklotz für eine Neue GOÄ. Das Gesundheitsministerium wird also von der Kommission aufgefordert, beide Systeme unabhängig voneinander zu reformieren, und sie hat das in vielen Punkten natürlich auch konkretisiert ([bit.ly/BMG KOMV](https://bit.ly/BMG_KOMV)).

Dr. Franz stellte den anwesenden Mitgliedern sodann in Aussicht, dass die Vorstandschaft des PBV sich evtl. mit einer Agentur in Verbindung setzt, die unsere Forderungen weiterhin in professioneller Form vorantreiben hilft, denn man erwarte schließlich spätestens vor der nächsten Bundestagswahl ein Wiederaufleben der Forderungen nach einer Bürgerversicherung.

Es folgte der Bericht des Schatzmeisters Dr. Gepp; er konnte durchaus auch finanziell von einem erfolgreichen Geschäftsjahr berichten, v.a. weil gegen den Trend der Zeit unser Verband kontinuierlich wachse, und die Ausgaben (v.a. für den Tag der Privatmedizin) einen großen Gegenwert generierten, der Verband immer mehr wahrgenommen werde und somit die Interessen der Privatärzte sehr gut vertreten werden könnten. Er stellte anschließend heraus, dass die Geschäftsstelle weiter professionalisiert werden konnte und bedankte sich im Namen aller für die herausragende Leistung unserer Sekretärin Frau Schröter.

Ordnungsgemäß wurde nun der Kassenprüfer, Dr. Weber, aufgefordert, seinen Prüfungsbericht vorzulegen: er konnte keinerlei Unregelmäßigkeiten feststellen. Es erfolgte einstimmig die Entlastung des Schatzmeisters Dr. Gepp. Anschließend erfolgte ebenso einstimmig (und ebenfalls unter Enthaltung der Betroffenen) nach Antrag eines Mitgliedes die Entlastung des restlichen Vorstandes.

Dr. Franz berichtete anschließend noch über die Aktivitäten des PBV direkt bei den "Playern" in Berlin: er und Geschäftsführer Dr. Ems, in Zusammenarbeit mit HB-Chef Dr. Klaus Reinhardt, erhielten tosenden Applaus von allen Ärzteverbänden bei der Vorstellung der Arbeit für die Neue GOÄ, v.a. weil ein guter Konsens hergestellt werden konnte mit der PKV, das sei im Ergebnis eine Arbeit über 973 Seiten, am Ende betriebswirtschaftlich berechnet vom Institut Dr. Popp, es mussten 13.000 Ziffern bepreist werden!

Um 12.33 war die Hauptversammlung für die Mitglieder beendet.

Fortbildungsteil der Jahreshauptversammlung 15.2.2020

Die sehr gut besuchte Veranstaltung fand ihre Fortsetzung in der nochmaligen Darstellung der wesentlichen Aktivitäten des Verbandes durch Dr. Norbert A. Franz, des ersten Vorsitzenden. Er wies erneut auf die engen Verbindungen mit dem Hartmannbund hin, die v.a. er und Dr. Thomas Ems in Berlin unterhalten würden, und somit auch die für uns wichtigen Arbeitsgrundlagen wie GOÄ-Entwicklung usw. transparent gemacht werden können. (Dr. Gepp wies in diesem Zusammenhang darauf hin, wie lobenswert der Einsatz der beiden in Berlin zu unser aller Wohl sei, und forderte zu Recht einen besonderen Applaus für sie, (die das ja unentgeltlich erbringen). Dr. Franz gab Details über die neue GOÄ bekannt, die ja vorerst (politisch) "unter Verschluss gehalten" werden soll, bis sie auf den Gesetzesweg kommt, die aber dennoch bereits einigermaßen transparent ist für gewisse Verbandsvorsitzende. Beispiele sind: in Zukunft sind alle tatsächlich erbrachten Leistungen miteinander kombinierbar, der "Fall" ist als solcher nicht mehr definiert. Es wird Raum und Zeit (und Geld) geben für längere Anamnesen, das ist nicht nur

Homöopathen und Psychotherapeuten vorbehalten; körperliche Untersuchungen werden ebenfalls aufgewertet, Labor- und technische Leistungen werden abgewertet, u.a. ja auch deswegen, weil sie durch den technischen Fortschritt "billiger" zu erbringen sind. Bspw. wird es auch eine zusätzliche Gebühr von ca. 90.- € geben für eine hausärztlichen Versorgung einmal pro Jahr. Auch wenn wir Stapel von Befunden einsehen (müssen) bei chronischen Krankheiten wird das honoriert werden, (was bisher höchstens ansatzweise gelingt durch Geltendmachung von z.B. A- 80/85 GOÄ). Analogziffern für nicht abgeleitete Leistungen wird es auch weiterhin geben.

Die Berechenbarkeit in der Gesamtauswirkung wird auch für die PKV schwer werden, man weiß nicht welche Tendenzen die Gesamtkosten haben werden, weshalb ja auch vorgesehen ist, dass jährlich von einer speziellen Gebührenkommission kontrolliert werden wird, wo die Kosten/Leistungen explodieren und wo nicht. Es wird also nicht zu einem Stillstand kommen, sondern eine ständige Fortentwicklung wird dem entgegenwirken. Durch die angeblich sehr gut gelungene betriebswirtschaftliche Kalkulation durch das Institut Popp wird spannend bleiben, wie denn eine durchschnittliche "Arztstunde" berechnet werden wird, bzw. was uns so zugestanden werden wird.

(Bei der JHV war eine Gegenüberstellung mit Juristen etc. interessant).



Prof.dr.med.Dipl.-Psych. Walther Heipertz:

Der gesetzliche Arbeitsschutz- der Bürokratie die Stirn bieten und selbst initiativ bleiben.

Unter dieser Überschrift gab der Referent äußerst amüsan und spitzfindig einen Überblick über die von uns so "abgewehrten", aber notwendigen Vorgänge, die wir zum Schutz von Mitarbeitern und Patienten im Alltag erledigen müssen. Fazit seiner Darstellungen: statt eine teure Firma bzw. externe Arbeitsmediziner zu beauftragen, einen halben Samstag opfern und die Vorgaben selbst erfüllen!

Man wird trotzdem nicht umhinkommen, einige Geräte von Externen prüfen zu lassen, aber das muss nicht unbedingt "ins Geld gehen". Aber auch Gefährdungsverhinderung sollte eher anhand eines (im Zusammenhang mit der eigenen Ausbildung) Katalogs erstellt werden, eine beispielhafte Vorlage kann man unter www.bgw-online.de beziehen. Prof. Heipertz konnte dem Auditorium gut vermitteln, dass die BG kein "Feind" ist, der die Praxen gängeln wolle, sondern gemeinsam mit den Praxen umsetzen muss (und will), was Sozial- und Regierungspräsidium vorgeben (müssen), um das Recht auf Unversehrtheit (von Patienten und Personal) sicher zu stellen. Er verdeutlichte, dass der Aufwand überhaupt nicht riesig sein muss, wenn man die Mindestanforderungen einhält. Bei den meisten Dingen reicht auch "es nur zu machen", Sie müssen keine "Ergebnisse liefern". Regelmäßige Wirksamkeitskontrollen und Vorlagen bei den Unfallversicherern ist nicht Pflicht! Im weiteren Verlauf ist eine einmalige Protokollierung im Jahr ausreichend, wenn man den Grundstein einmal gelegt hat. Durch die 1/2 tägige Ausbildung reicht eine Auffrischung alle 3-5 Jahre, je nach Betriebsgröße etc..

Für das vorgeschriebene Prozedere ist bereits verpflichtend, wenn ein einziger Minijob vorhanden ist, andererseits gibt es ab 10 Mitarbeitern etwas umfangreichere Auflagen. Er konnte lebendig veranschaulichen, dass wir es nicht mit einem "Hexenwerk" zu tun haben, und dass es sinnvoll und zielführend ist, "selbst Regie zu führen".

Prof. Heipertz hat angeboten, ihn unter seiner Email-Adresse Kontakten zu können: heipertz-heidelberg@t-online.de

Zum Abschluss der Tagung waren die Ausführungen des Justitiars Herrn Heckenbühler wie immer spannend und unterhaltsam. Es wurden viele Fragen unseres Alltags beantwortet: wie verhalten bei Schweigepflichtentbindung, beim Aushändigen von Befunden/ganzen Akten, bei Ablehnung von Kostenerstattungen in bestimmten Fällen.

Die Veranstaltung wurde sodann von Dr. Franz beendet.

GOÄ aktuell



Liebe Mitglieder des privatärztlichen Bundesverbandes,

Wir möchten Ihnen gerne eine Empfehlung zur Vorgehensweise bei Ablehnung ihre Rechnung durch die privaten Krankenversicherungen an die Hand geben.

Die ist nur eine Empfehlung, das heißt, dass sie nicht in jedem Falle Gültigkeit hat. Die Vorgehensweise, wie wir sie beschreiben, hat sich aber über viele Jahre bewährt.

1. Zunächst ist es wichtig sich die Unterstützung des Patienten zu sichern. Ihm müssen sie erklären, warum die Ablehnung der Versicherung nicht korrekt ist.
2. Der Patient muss Widerspruch gegen die Ablehnung einlegen. Sinnvollerweise begleiten Sie das bereits mit einem Schreiben, in dem Sie ausführlich ihre Therapie und die dazugehörigen Ziffern erläutern.
3. Sollte daraufhin keine Reaktion erfolgen, bitten Sie den Patienten das gleiche Schreiben noch einmal als Einschreiben zu schicken.
4. Erfolgt eine erneute Ablehnung, trotz ihrer gut gewählten Argumente, versuchen sie selbst mit dem Sachbearbeiter Kontakt aufzunehmen und ihm die Situation zu erläutern. Sollte ein Gutachter bemüht worden sein, fordern Sie den Patienten auf, sich von der Versicherung den Gutachter nennen zu lassen. Er hat ein Recht auf die Kenntnis dieses Gutachters. Dann nehmen Sie direkt mit dem Gutachter Kontakt auf und erläutern diesem noch einmal die Situation.
5. Sollte auch das keinen Erfolg haben, bleibt ihren Patienten leider nichts anderes übrig als den Klageweg gegen die Versicherung zu bestreiten. Dieser ist jedoch langwierig und häufig steinig, lohnt sich aber in vielen Fällen.
6. Sollten Sie häufiger Ablehnungen der Erstattung ihrer Rechnungen erleben, kann es sinnvoll sein nicht selbst sondern über eine private Verrechnungsstelle abzurechnen, die seriös arbeitet.

Wir empfehlen in diesem Fall die PVS Südwest (PVS Südwest GmbH, C 8, 9 · 68159 Mannheim, Telefon: 0621 164-0 · Telefax: 0621 164-250, E-Mail: info@pvs-suedwest.de). Diese kann ihnen auch im Vorfeld schon bei Rechnungsstellung Hilfestellung geben, wie sie Fehler oder Ungeschicklichkeiten bei der Abrechnung vermeiden, welche Ziffern normalerweise einen Widerspruch der PKV nach sich ziehen etc.

Wir wünschen Ihnen für die Durchsetzung ihrer berechtigten Forderungen alles Gute!

Ihr Vorstand des pbv

GOÄ-Reform: ist der Weg jetzt frei?

Die Honorarkommission hat empfohlen, beide Gebührensysteme getrennt zu reformieren, damit sollte der Weg für die fertig vorliegende GOÄ-Novelle frei sein; denn konkret bedeutet das "Urteil" dieser Kommission, es soll keine einheitliche Gebührenordnung geben! Das ist eine klare und eindeutige Absage an eine Bürgerversicherung, das müsste nun auch sogar der Opposition (nicht nur der SPD) klar werden. Eine BV würde nach Berechnungen der KOMV 7 Mrd. Euro mehr kosten pro Jahr... "und dennoch keine Versorgungsprobleme lösen", heißt es in dem Bericht (der niedergelassene Arzt 03/20).

"Aus dem Bericht der Kommission kann man völlig richtig schließen, dass es jetzt keinen Hinderungsgrund mehr für eine GOÄ-Reform gibt", bekräftigte der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich im Podcast der ÄrzteZeitung. Da ist er sich mit BÄK-Präsident Klaus Reinhardt (und dem PBV) einig. Wenn es denn im Mai (oder später) zu einem Deutschen Ärztetag kommen sollte, solle entschieden werden, die GOÄ dem Gesundheitsminister vorzulegen. Würde sich die SPD, die schließlich diese Kommission als Voraussetzung für eine Regierungskoalition gemacht hatte, immer noch verweigern, wäre das ein "Casus Belli" für Dirk Heinrich.

Soweit der Ausblick auf eine "geregelte Arbeit" für die Tage nach den "Sonderbedingungen" durch Corona.

GOÄ Nr. 4

Interessant ist, dass sie nicht neben 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817, 835 abrechenbar ist, ... aber einen Tag später schon! Da sie manchmal innerhalb einigen Telefonaten subsumiert wird, ist es durchaus erlaubt, sie am Ende eines Behandlungsfalles (4 Wochen) in Ansatz bringen.

Notdienstumlage bezahlen, auch wenn befreit?

Kassenärzte müssen sich an den Notdienstumlagen beteiligen, auch wenn sie vom Dienst befreit sind! In den LÄK in denen Privatärzte nicht am Notdienst teilnehmen müssen, wie derzeit noch z. B. in Baden-Württemberg, müssen Privatärzte nichts bezahlen.

Das kann sich jederzeit ändern, die dahinterstehende Logik ist nicht wirklich überzeugend, muss aber so hingenommen werden.

GOÄ Update - Privatversicherte im Standardtarif

„Ein Arzt verletzt das ihm vom Ordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechnet“.

Begründungspflicht bei Steigerung

Das Überschreiten des Schwellenwertes ist gern. §12 Abs. 3 GOÄ für den Patienten „verständlich und nachvollziehbar“ zu begründen und zu erläutern. Diese Begründung muss für jede einzelne Leistung und so konkret und differenziert erfolgen, dass das Überschreiten - auch hinsichtlich des Umfangs - nachvollziehbar ist. Die bloße Angabe „besonders schwierig“ oder „besonders zeitaufwendig“ reicht dazu nicht aus; es muss vielmehr dargelegt werden, warum die Leistung gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der überwiegenden Anzahl der Behandlungsfälle „besonders schwierig“ oder „besonders zeitaufwendig“ war. Aus der Begründung muss konkret erkennbar sein, aus welchem Grund ein besonderer Behandlungsaufwand erforderlich war und worin er bestand.

Die Begründungspflicht ergibt sich im Übrigen bereits aus dem §242 BGB als Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag. Von der Rechtsprechung wird dazu immer wieder darauf hingewiesen, dass die Sachverhalte substantiiert und nachprüfbar dargelegt werden müssen.

Organisatorisch sollten Sie sich im Rahmen einer Teambesprechung eine eigene Liste Ihrer praxisspezifischen und häufig vorkommenden Begründungen erstellen. Über die alphanumerische Kennzeichnung lässt sich so per Tastendruck schnell und unkompliziert die Begründung direkt bei der Abrechnung eingeben.

Begründungen für die Faktorerrhöhung:

1. Ungewöhnliche Problematik der Therapiekontrolle
2. Ungewöhnliche Problematik der Differentialdiagnose
3. Ungewöhnliche Problematik der Differentialtherapie
4. Ungewöhnliche Problematik der Stoffwechselsituation
5. Besonderheiten der psychologischen Krankenführung
6. Aus verständlichen Gründen nur nach längerer Zeit herbeizuführende Mitarbeit der Patientin/des Patienten
7. Ungewöhnlich problematisch aufzufindende Gefäße und ungewöhnlich problematisch punktierbare Gefäßverhältnisse
8. Unruhe der Patientin/des Patienten
9. Eingeschränkte Bewusstseinslage
10. Ungewöhnlich erschwerende Umstände bei einem Eingriff
11. Besonderheiten der anatomischen Verhältnisse
12. Abwehrhaltung
13. Komplizierte Begleiterkrankung
14. Multimorbides Krankheitsbild
15. Schwierigkeit der Akuterkrankung in Diagnose und Therapie in Verbindung mit dem Lebensalter
16. Polytrauma
17. Kommunikationsstörungen (Verständigungsschwierigkeiten / Sprachschwierigkeiten)
18. Psychische Behinderung
19. Hörstörung (erheblich)
20. Erhebliche Störungen der Vitalfunktion mit der Notwendigkeit besonders aufwendiger Kontrollen

Aus „BGW magazin 1/20

Wer zahlt für die Hepatitis-Impfung?

Hepatitis-B-Impfungen sind im Gesundheitsdienst vielfach Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge, insbesondere in der ambulanten und stationären Pflege. Die BGW wird dabei oft gefragt, wer die Kosten übernimmt. Die Kurzfassung der Antwort: in der Regel die Unternehmen.

Von: Dr. Johanna Stranzinger

Die Rechtslage ist klar: Unternehmen müssen immer dann Hepatitis-B-Impfungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge anbieten, wenn Tätigkeiten ausgeführt werden, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zum Kontakt mit infektiösem oder potenziell infektiösem Material, Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann. Insbesondere geht es hierbei um Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr durch Verspritzen. Das ist im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu ermitteln und in der Pflege meist der Fall.

Die Kosten für die arbeitsmedizinische Vorsorge und Impfungen dürfen nicht den Beschäftigten auferlegt werden. Sie sind vom Unternehmen selbst zu tragen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht zuständig. So umfasst deren Leistungskatalog zwar die Hepatitis-B-Impfung für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Bei beruflicher Veranlassung sieht es aber anders aus: Sofern die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge greift, besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung.

COVID-19-News des PBV

Aktuelle Informationen für unsere Mitglieder

Auf der Homepage möchten wir alle Mitglieder im Privatärztlichen Bundesverband mit Informationen versorgen, die an uns herangetragen oder vom Vorstand des PBV initiiert wurden.

Aktuelle Informationen finden Sie hier:



Aus „Der Hausarzt“ 04/2020

KOMMISSION WILL EBM UND GOÄ HARMONISIEREN - NICHT VERSCHMELZEN

GOÄ und EBM sollen auch künftig nebeneinander bestehen bleiben. Die Leistungslegenden und die Kostenkalkulation sollen aber angeglichen werden. Diese „partielle Harmonisierung“ der Vergütungsstrukturen hat die Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) in ihrem Abschlussbericht von Mitte Januar vorgeschlagen.

Ein weiteres verbindendes Element sollen gemeinsame Mindestqualitätsstandards sein. Auf dieser Basis könnten für gesetzlich und Privatversicherte aber weitere unterschiedliche Qualitätsvorgaben vereinbart werden. Zudem sollten künftig Bundesärztekammer (BÄK) und PKV die GOÄ verhandeln, meint die Kommission. Denn der jetzige Weg per Rechtsverordnung sei langwierig und behindere somit oft, dass neue Leistungen zeitnah abgebildet werden.

Im Sommer 2018 hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) das 13-köpfige Gremium eingesetzt und sich deren Arbeit rund 846.000 Euro kosten lassen. Die SPD hatte diese Kommission bei den Koalitionsgesprächen durchgesetzt und sich dadurch einen ersten Schritt hin zu einer Bürgerversicherung erhofft. Nach Auffassung der Honorarkommission wäre eine komplette einheitliche Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen zwar mit einer Reihe von Vorteilen im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem verbunden, zugleich aber mit erheblichen Herausforderungen belastet. So würde eine Umverteilung von Arztgruppen mit eher technischen zu Arztgruppen mit eher nicht-technischen Leistungen stattfinden.

Daher schlagen die Experten nur eine teilweise Angleichung vor: Diese greife die positiven Aspekte einer Vereinheitlichung des Vergütungsrechts partiell auf, trage dabei den geschilderten Herausforderungen jedoch Rechnung.

GWZ

Februar 2020, MT

Weniger Klagen über PKV

Veraltete GOÄ macht allerdings Ärger

» Pressemitteilung - PKV

BERLIN. Im vergangenen Jahr gingen beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) HEINZ LANFERMANN 5953 Schlichtungsanträge ein. Dies geht aus dessen Tätigkeitsbericht hervor.

Dabei wurden im Jahr 2019 knapp 20 % weniger Fälle gezählt als 2018. Bei 40 Millionen Versicherungsverträgen liegt die Beschwerdequote bei gerade einmal 0,02 %. Das spreche für eine hohe Zufriedenheit seitens der Versicherten, so Lanfermann. Bei der Krankheitskostenvollversicherung nahmen Beschwerden über Gebührenstreitigkeiten mit 20,4 % den Spitzenplatz ein. Dazu gehören z.B. Fälle, in denen die Versicherung ärztliche Forderungen nicht nachvollziehen kann und deshalb ihren Versicherten auffordert, diese selbst zu tragen.

Das sei auch auf die „überalterte Gebührenordnung“ zurückzuführen, mit der die Ärzte ihre Leistungen bis zu einem gewissen Teil nach eigenem Ermessen auslegen, meint Lanfermann. Er rät, solche Streitigkeiten direkt zwischen Versicherung und Arzt austragen zu lassen. Meistens müsse der Arzt die „zu viel geforderten Kosten“ zurückzahlen.

Leb

PKV-Patienten haben schlechtere Karten

Ärzte müssen auch Privatpatienten über Mehrkosten informieren, die möglicherweise nicht übernommen werden. Im Versäumnisfall muss aber der Patient nachweisen, dass ihm ein Schaden entstanden ist.

Von Martin Wortmann

Karlsruhe. Bei nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethoden müssen Ärzte auch Privatpatienten informieren, dass ihre Krankenversicherung die Kosten möglicherweise nicht oder nicht voll übernimmt. Um Schadenersatz zu bekommen, müssen aber die Patienten beweisen, dass sie sich richtig informiert gegen die

Behandlung entschieden hätten, wie der Bundesgerichtshof in einem aktuell veröffentlichten Urteil entschied. Eine umfassende wirtschaftliche Aufklärung ist danach nicht nötig.

Im Streitfall hatte die Patientin Krampfadern ambulant behandeln lassen. Der Chirurg wandte eine neue Methode an, bei der die erkrankten Venen von innen mit einem Bioklebstoff verschlossen werden („VenaSeal closure System“). Die Behandlung kostete 3500 Euro. Der private Krankenversicherer lehnte jedoch die Kostenübernahme ab. Es handele sich um ein „wissenschaftlich nicht etabliertes Verfahren“.

Eine Klage hiergegen blieb ohne Erfolg: Die Methode sei jedenfalls im Behandlungszeitpunkt nicht anerkannt gewesen, anerkannte Alternativen habe es aber gegeben. Mit der nun vom BGH entschiedenen Klage verlangt der Ehemann der Patientin für diese das Behandlungshonorar von dem Chirurgen zurück.

Pflicht zur Information

Die Karlsruher Richter betonten zunächst die „Pflicht zur wirtschaftlichen Information der Patientin“. Laut Gesetz müsse ein Arzt seine Patienten „in Textform“ und „vor Beginn der Behandlung“ über die voraussichtlichen Kosten informieren, wenn eine Kostenübernahme durch die Versicherung fraglich ist. Eine „umfassende Aufklärung“ über die wirtschaftlichen Folgen verlange das Gesetz aber nicht. Gegenüber Kassenpatienten dürfe erwartet werden, dass der Arzt den GKV-Katalog kennt. Bei Privatversicherten hingegen „liegt die Kenntnis vom Umfang des Versicherungsschutzes grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Patienten“, so der BGH.

Schaden entstanden?

Im konkreten Fall habe der Chirurg seine Informationspflicht zwar verletzt. Er hätte die Patientin wenigstens dazu anhalten müssen, sich bei ihrer PKV zu vergewissern, ob sie für die neue Behandlungsmethode auch aufkommt. Ein automatischer Schadenersatzanspruch ist daraus aber nicht abzuleiten. Denn dazu sei zu klären, ob überhaupt ein Schaden entstanden ist. Das sei nur dann der Fall, wenn sich die Patientin gegen die Behandlung entschieden hätte. Die Beweislast hierfür legte der BGH - arztfreundlich - den Patienten auf.

Anders als bei unzureichender medizinischer Aufklärung komme eine Umkehr der Beweislast zugunsten der Patienten hier nicht in Betracht. Denn die wirtschaftliche Information lasse mehrere, gleichermaßen • „vernünftige“ Reaktionen zu - auch die, sich trotz der Kosten für die Behandlung zu entscheiden. Das Landgericht Berlin muss nun klären, ob der Kläger einen Schaden nachweisen kann.

Bundesgerichtshof Az. VI ZR 92/19

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Patientendatenschutzgesetz: „Gläserne“ Patienten müssen verhindert werden

Am 30. Januar 2020 hat das BMG einen Referentenentwurf zum Patientendatenschutz vorgelegt. In diesem Entwurf werden detaillierte und weitgehende Vorgaben zum Datenschutz im Rahmen der sogenannten Telematikinfrastruktur („Digitale Datenautobahn“ im Gesundheitswesen) und der elektronischen Patientenakte (ePA) gemacht. In der ePA sollen ab 2021 neben Notfalldaten auch sehr sensible Daten, wie die Diagnose einer psychischen Erkrankung, Befundberichte etc. gespeichert werden können. „Innerpsychische Zustände von Menschen und insbesondere Erkrankungen sind persönliche Geheimnisse und bedürfen besonderer Beachtung. Dabei ist das Vertrauen in die Schutz- und Aufklärungsmechanismen im Gesundheitssystem von hoher Bedeutung“ stellt Dr. Meltem Avci-Werning, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) heraus.

In der Zukunft sollen Versicherte mit mobilen Endgeräten alle Dokumente selbst verwalten können und auch Betriebsärzte die Möglichkeit erhalten, auf Datenautobahn und ePA zuzugreifen. Der BDP begrüßt einerseits die Detailliertheit des Gesetzentwurfs, der in zentralen Punkten im Sinne der DSGVO formuliert ist. Andererseits soll

2021 zunächst eine Vorversion der ePA – ohne die Möglichkeit der Verwaltung selektiver Zugriffsrechte – auf den Markt kommen. Erlauben Versicherte bereits in der Vorversion den Einblick (z.B. in einer Apotheke, bei Krankenhausaufenthalten), so kann künftig alles in ihrer Akte eingesehen werden. Dies entspricht nicht der DSGVO. Versicherte erhalten nur einmalig Unterstützung in Arztpraxen bei der „Befüllung“ der Akte. Lehnen Versicherte die ePA ab, werden sie im Diskriminationsparagrafen nicht geschützt und erleiden ggf. Nachteile in der Versorgung.

Susanne Berwanger, Vorstandsmitglied des VPP im BDP, fordert weitere Maßnahmen, die einen realistischen, datenschutzorientierten Umgang mit sensiblen Dokumenten der Versicherten fördern: „Je stärker Versicherte gesundheitlich belastet sind, desto weniger werden sie die Ressourcen haben, auf z.B. ihrem Tablet Zugriffsberechtigungen differenziert anzulegen bzw. sensible, redundante Dokumente zu löschen. Versicherte brauchen hier mehr Anregung und Unterstützung – z.B. durch regelmäßige Reflexion mit den Behandlern, was sinnvollerweise in der ePA stehen soll und was gelöscht werden kann. Nur so können wir „gläserne“ Patientinnen und Patienten verhindern und selbstbestimmten Datenschutz ermöglichen.“

„Der aktive Schutz der Gesundheit und der Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten muss für alle Beteiligten klar im Vordergrund stehen und auch von der Politik intensiv gefördert werden“, betont Dr. Meltem Avci-Werning.

Aus „*meditaxa*“ 92/Februar 2020

Befunde faxen - ist das noch datenschutzkonform?

Wer heute noch ein Fax benutzt, sieht sich oftmals mit der Frage konfrontiert „Was, Sie faxen noch?!“. In der Tat besitzen unter anderem sehr viele Arztpraxen noch ein Faxgerät - denn Digitalisierung hin oder her, es gibt schließlich einige öffentliche Einrichtungen, die tagtäglich auf ihr Faxgerät zurückgreifen (müssen). Die Initiative #faxendicke setzt sich zwar weiterhin für die Abschaffung der Faxgeräte ein - Auszug *meditaxa* Ausgabe 89: „Faxen ist eine veraltete Technologie, die unterschätzte Sicherheitsrisiken birgt. Faxgeräte bieten Hackern leichten Zugang - 80 Prozent sensibler Patientendaten, wie Arztbriefe, Befunde, Bescheinigungen und Auskünfte gegenüber Krankenkassen werden auf diesem Weg kommuniziert. Bisher galt das Faxen als rechtssicherer Weg, doch das ist ein Irrtum: Der Sendebericht mit dem Vermerk „ok“ bestätigt nicht das Erhalten des Faxes beim Empfänger, sondern nur, dass eine Verbindung von Fax zu Fax zustande gekommen ist. Die Datenübertragung ist dem Fall außen vor.“ Aber selbst bei Patienten kommt es noch vor, dass diese darum bitten, ihre Befunde per Fax zu erhalten. Was also tun? Lässt sich der Weg zum Fax nicht umgehen, sollte ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass dieser Übertragungskanal nur in Ausnahmefällen für sensible Patientendaten genutzt werden darf. Ärzte müssen sichergehen können, dass wirklich nur die betroffenen Patienten von ihrem Fax Kenntnis erlangen. Vom Schicken eines Faxes in ein Großraumbüro ist abzuraten. Es empfiehlt sich, parallel zum Faxen des Dokuments mit dem Patienten zu telefonieren und sich den Erhalt des Faxes bestätigen zu lassen.

meditaxa Redaktion

Aus „*meditaxa*“ 92/Februar 2020

Sorgfaltspflichten der Betreiber eines Arztbewertungsportals

Das OLG Braunschweig hat die gerichtliche Feststellung bestätigt, dass der Betreiber eines Ärztebewertungsportals im Rahmen der ihm obliegenden Sorgfaltspflichten gehalten sein kann, von dem Verfasser einer anonymen Arztbewertung im Internet zu verlangen, eine Auskunft der Krankenkasse nach § 305 SGB V vorzulegen - um zu prüfen, ob der Patient tatsächlich bei dem bewerteten Arzt in Behandlung war.

Quelle: Oberlandesgericht Braunschweig, Urteil vom 18062019 - 2 U 97/18

Aus „meditaxa“ 92/Februar 2020

Hier Energiespar-Tipp

(Außerdem: Auch bei Wärmepumpen lohnt es sich, via App Energie-Anpassungen vorzunehmen)

Der Router-Trick: Energiesparen leicht gemacht - auch für die Praxisräume

Die Herbst- und Wintermonate bedeuten nicht nur in den eigenen vier Wänden aufgedrehte Heizungen - auch in Arztpraxen laufen die Heizkörper bei niedrigen Temperaturen auf Höchststufe und die Beleuchtung darf an trüben Tagen auch schon mal acht bis zehn Stunden eingeschaltet bleiben. Energiepreise und Umweltbewusstsein machen es umso lohnenswerter für Praxisinhaber, einen genaueren Blick auf den Energieverbrauch geschäftlich genutzter Praxisräume zu werfen. Befindet sich die eigene Praxis nicht gerade in einem modernen Neubau mit zentralem Energie-Management können Praxisinhaber, die ihre Praxis in einem älteren Gebäude führen, zu wirksamen Tricks greifen, um Kosten zu senken und das Klima zu schonen. Ursprünglich für private Haushalte entwickelt, ist die „Smart Home“-Technik eine gute und relativ preiswerte Lösung. Die benötigten Komponenten können den Energieverbrauch senken und unerkannte Energiefresser aufspüren. Dafür werden vernetzte Schaltsteckdosen benötigt, die elektrische Geräte wie Drucker, Fax und Labortechnik außerhalb der Praxiszeiten vollständig vom Stromnetz trennen, denn selbst im „Stand-by-Modus“ verbrauchen elektrische Geräte weiterhin Strom. Das klingt erstmal nach „wenig“ in Summe kommt übers Jahr aber einiges an Kosten zusammen, die man sich hätte sparen können. Ein weiterer Vorteil der vernetzten Zwischenstecker ist ein eingebauter Verbrauchszähler, der misst, wie viel Energie welches Gerät verbraucht. Auch hier kann vielleicht im Nachgang das ein oder andere überholte Gerät gegen ein neues energiesparendes Gerät ausgetauscht werden. Um ein solches „Netzwerk“ umzusetzen wird für jeden zu regelnden elektrischen Verbraucher eine Schaltsteckdose benötigt.

Analog zur Stromregulierung durch vernetzte Steckdosen können mit einem Raumtemperatursensor vernetzte Thermostat-Regler die Heizleistung an den tatsächlichen Bedarf anpassen. Anbieter dieser Regulierungslösung versprechen eine Kostenreduktion von bis zu 30 Prozent. Hierbei ist zu beachten, dass für jeden Heizkörper ein vernetzter Thermostat-Regler angeschafft werden muss.

Sind alle Geräte und Heizkörper mit den entsprechenden Reglern und Steckdosen ausgestattet, wird natürlich noch eine Steuerungsbasis benötigt, mit der alle Regler und Steckdosen gesteuert werden können. Wichtig ist, dass eine solche SmartHome-Basis alle eingesetzten Komponenten unterstützt. Und da kommt in den meisten Fällen der Praxis-Router ins Spiel, über den bereits Internetzugang und Telefonverbindung geliefert werden: Einige Telekom-Modelle, aber insbesondere die „Fritzbox“-Modelle besitzen bereits Smart-Home-Funktionen, über die die angeschafften Komponenten steuerbar sind. Es lohnt sich also zu prüfen, ob der Praxis-Router Smart-Home-Funktionen besitzt, dann ist für den Einstieg in eine vernetzte Licht-, Elektro- und Heizungssteuerung nur noch mit geringen Mehrausgaben zu rechnen, deren Amortisation durch eingesparte Energiekosten nicht lange auf sich warten lässt.

Weitere Einsparpotentiale:

- Umrüsten auf LED-Leuchten
- Bewegungsmelder installieren, um unnötige Beleuchtung zu vermeiden
- Einsatz von tageslichtabhängiger Lichtsteuerung, um Tageslicht optimal zu nutzen

INFO

Mess-Steckdosen gibt es bereits ab ca. 40 Euro, Smart-Home-Thermostatregler ab ca. 40 Euro pro Stück und, sollte der Router keine Smart-Home-Funktionen integriert haben, Smart-Home-Basen ab ca. 100 Euro.

meditaxa Redaktion

Exklusiv für PBV-Mitglieder: CGM PRIVATE jetzt 12 Monate lang kostenfrei nutzen



Arztinformationssystem

EXKLUSIV FÜR PBV-MITGLIEDER:

Nutzen Sie **CGM PRIVATE** 12 Monate lang kostenfrei*



| | |
|---|------------------|
| Gleich online bestellen auf: cgm.com/private | |
| Genau auf die Bedürfnisse einer Privatarztpraxis abgestimmt | Kein GKV-Ballast |
| Intuitive und komfortable Bedienbarkeit | |

* Den ersten 50 PBV-Mitgliedern erlassen wir bei Abschluss eines Zweijahresvertrages über die Nutzung von CGM PRIVATE ein 12-monatiges kostenfreies Nutzungsrecht. Dieses ist kombinierbar mit anderen Angeboten. Bezieht sich nur auf die Software, umfasst und nicht auf eventuell anfallende Dienstleistungen oder das Bezahlen von Hardware. | CGMCOM-10863_PRIV_0320_SWI

Um den spezifischen Bedürfnissen einer Privatpraxis gerecht zu werden, hat CompuGroup Medical Deutschland AG (CGM) mit CGM PRIVATE eine Software entwickelt, die sich in jedem Detail ganz auf den Bedarf reiner Privatpraxen fokussiert. Ein neues Aktionsangebot richtet sich nun speziell an die Mitglieder des PBV.

CGM PRIVATE wurde mit Privatärzten für Privatärzte entwickelt. Das Programm enthält keine überflüssigen GKV-Funktionalitäten und auch das Einspielen unnötiger Updates, die für die privatärztliche Praxis keine Rolle spielen, ist nicht mehr nötig. So behalten Privatärzte einen klaren Blick für das, was wirklich wichtig ist: eine individuelle und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Auch sonst bietet CGM PRIVATE alle Funktionen, die den Praxisalltag leichter machen. Standardfunktionen, wie eine einfache und schnelle Diagnoseerfassung, übersichtliche Tagesprotokolle und natürlich auch die GOBD-konforme Abrechnung der erbrachten Leistungen, stehen ebenso zur Verfügung, wie ein aufgeräumter Terminkalender mit der Möglichkeit zur Online-Terminvergabe für die Patienten.

Um den Privatpraxen den Weg in die digitale Zukunft zu erleichtern, bietet CGM PRIVATE darüber hinaus mit der CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE eine integrierte und zertifizierte Lösung für Videosprechstunden an. Denn durch den Wegfall des Fernbehandlungsverbots ist es Ärzten seit 2018 unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, Patienten ausschließlich über Kommunikationsmedien zu beraten oder zu behandeln. Privatärzte können mit Hilfe von Videosprechstunden beispielsweise therapeutische Erfolge, Medikationsanpassungen oder auch Patientenschulungen vertraulich via PC, Laptop oder Tablet besprechen.

Exklusiv für PBV-Mitglieder hat die CGM nun ein vergünstigtes Angebot zusammengestellt: Die ersten 50 Privatärzte, die CGM PRIVATE bestellten, erhalten das System für 12 Monate zur kostenfreien Nutzung. Genügend Zeit, um sich selbst von den Vorteilen dieser, ganz auf die Bedürfnisse von Privatärzten zugeschnittenen, Software-Lösung zu überzeugen.



Privatärztlicher Bundesverband
Dreisamstr. 1
76337 Waldbronn

www.privataerztlicher-bundesverband.de
Tel.: 07243 – 71 53 63 Fax: 07243 – 6 55 44
mail@pbv-aerzte.de

Tag der Privatmedizin 2019

FORUM FÜR DISKUSSION UND INNOVATION

Dr. med. Heinz Oehl-Voss

Aus „Der
Privatarzt“
Ausgabe
1/Januar 2020

Der Tag der Privatmedizin bot auch im vergangenen Jahr wieder eine Plattform für den Austausch von Fachwissen, praktischen Tipps und Anregungen aus den Bereichen Gesundheitspolitik, Wirtschaft und Medizin. Im Mittelpunkt der Jahrestagung stand die seit Langem geforderte Reformierung der GOÄ.

§ Dr. med. Christoph Gepp, 2. Vorsitzender des PBV, hob zu Beginn der Veranstaltung die wichtigsten Inhalte hervor. Unter dem Motto „Privatmedizin auf dem Abstellgleis? Freie Berufsausübung in Gefahr“ unterstrich er die Wichtigkeit der raschen Umsetzung einer reformierten GOÄ.

Im Vorfeld der Jahrestagung hatte der privatärztliche Bundesverband in Zusammenarbeit mit der Kongressorganisation die sogenannte **Frankfurter Erklärung** (online abrufbar unter: www.pbv-aerzte.de/der-pbv/frankfurter-erklarung) verfasst. Darin forderten die Ärzte nicht nur nachdrücklich eine Umsetzung der mühsam erarbeiteten GOÄ, sondern auch den Erhalt des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Sollte dies nicht geschehen, so drängen PBV und andere ärztliche Verbände zumindest auf eine Erhöhung des Punktwertes der alten GOÄ.

Eine eventuelle Zusammenlegung von GOÄ und EBM wäre, so Gepp, nicht nur für alle frei arbeitenden Ärzte katastrophal, sondern auch für die Patienten, welche damit die Möglichkeit verlieren würden, sich ihren behandelnden Arzt frei und unabhängig auszusuchen. Gepp stellte zudem heraus, dass es unter einer Bürgerversicherung zu keiner besseren wirtschaftlichen Situation in Kassenpraxen kommen würde. Vielmehr wäre ein dramatisches Praxissterben die Folge, weil viele (gerade jüngere) Kollegen ein angestelltes Arbeitsverhältnis bevorzugen. Gepp verwies abschließend zu diesem Themenkomplex auf die Verhältnisse in Großbritannien, den Niederlanden oder der Schweiz. Von außen betrachtet würden diese Länder uns um unser duales System beneiden, denn eine Zweiklassenmedizin entstehe gerade dann, wenn der Zugang zu medizinischer Versorgung immer mehr staatlich reguliert werde.

Gesundheitspolitische Perspektiven

In einem Impulsvortrag betonte der Internist und Kardiologe Dr. med. Hans-Friedrich Spieß vom Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands e.V., dass es die GOÄ trotz aller Verzögerungen zwar weiterhin geben werde, jedoch in welcher Form

sei noch völlig offen. Im Rahmen einer anschließenden Podiumsdiskussion wurden Verbändeübergreifende, gemeinsame Schritte zur Perspektivsicherung der Privatbehandlung erörtert. Zur Bedeutung der Privatmedizin stellte der PKV-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Ralf Kantak fest, dass bei einem Niedergang des dualen Gesundheitssystems nicht nur die acht Millionen Vollversicherten der PKV „geopfert“ werden würden, sondern auch die etwa 30 Millionen Zusatzversicherten. Die PKV leiste einen erheblichen Beitrag zur Modernisierung des Gesundheitswesens, Innovationen hielten viel schneller Einzug in die Versorgung. Viele Neuerungen im EBM erreichen dagegen erst nach etwa acht bis zehn Jahren Zugang zu Diagnostik und Therapie, weil dort evidenzbasierte Vorgaben dominieren würden, was Vor- und Nachteile habe.

„Eine mögliche Zusammenlegung von GOÄ und EBM wäre nicht nur für alle frei arbeitenden Ärzte katastrophal, sondern auch für die Patienten.“

Dr. med. Christoph Gepp

Dr. med. Christof Mittmann, 1. Vorsitzender des Verbands der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, und Johannes Roller, 2. Vorsitzender des VOP-Verbandes operativ tätiger Privatkliniken, führten nachfolgend Argumente auf, die gegen eine gravierende Ungerechtigkeit zwischen privat und gesetzlich Versicherten sprachen. Gepp erklärte, dass der politische Druck auf die Privatmedizin enorm groß geworden sei, auch weil Patienten mit der Versorgung längst nicht mehr umfassend zufrieden seien. Spieß gab zu Bedenken, was passieren könne, wenn die GOÄ-Novellierung weiter verschoben oder dem EBM angepasst werden würde. So müssten in diesem Fall drei verschiedene GOÄs für verschiedene Versorgungsbereiche kreiert werden.

eHealth und Digitalisierung voranbringen

In einem Podiumsvortrag hob Kantak hervor, wie wichtig eine Offensive der privaten Krankenversicherung in der Digitalisierung des Gesundheitswesens sei. Diese Weiterentwicklung unterstützt die PKV nun durch die Auflage eines eigenen Start-up-Fonds für Digitalisierung, um zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Privatpatienten beizutragen. In diesem Zusammenhang stellte er unter anderem die Frage, wie Privatärzte gesundheitsförderndes Verhalten ihres Klientels begünstigen könnten? Wir 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. Kantak gab zu verstehen, dass sich die Branche bereits einigen rechtlichen Problemen diesbezüglich gegenüber sieht und die Dynamik dieses Themas auch an Schwung verlieren könnte.

Zugang zum Patienten finden

Die Tagung wurde am Ende mit einem wissenschaftlichen Vortrag beschlossen: Dr. med. Volker Busch referierte zum Thema „Gekommen, um zu bleiben – chronische Schmerzen meistern zwischen Akzeptanz und neuer Hoffnung“. Der Vortrag erläuterte den schmerzvollen Weg in die Chronizität, zeigte einen neuen Umgang mit Symptomen auf und beschrieb, wie Ärzte ihre Patienten zu Zufriedenheit und Motivation anleiten können. Um Zugang zu einem Patienten mit chronischen Schmerzen zu finden, sei vor allem der Zeitfaktor entscheidend, so Busch. Gelingt es innerhalb der ersten ein bis zwei Jahre solche Patienten aus ihren negativen Gedanken und Ängsten zu holen, sei eine Bewältigung der Schmerzen möglich. Bei den meisten Betroffenen, etwa mit Fibromyalgie, dauere dies jedoch oft acht bis neun Jahre.



www.pbv-aerzte.de



www.arztuche-privataerzte.de

Sonja Schroeter -

Ihre Ansprechpartnerin bei allen Fragen rund um den PBV

Sie können Frau Schroeter unter 07243-715363 am Montagnachmittag von 15.00-18.00 Uhr, am Mittwochvormittag von 09.00-12.00 Uhr und Freitagnachmittag von 15.00-19.00 Uhr oder unter sekretariat@pbv-aerzte.de erreichen. Außerhalb der Telefonsprechzeiten 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 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>.

SCHLUSSWORT

Die Coronakrise dominiert auch das Geschehen in den Privatpraxen. Ärger gab und gibt es wegen Benachteiligungen gegenüber Kassenpraxen, nicht nur was die Verteilung von Hilfsmitteln wie Atemmasken betrifft. Wir stehen in engem Austausch mit anderen Berufsverbänden und auf unserer Website weisen wir aktualisiert auf Bezugsquellen hin. Es wurde und wird von Landesärztekammern und vom Gesundheitsministerium das Blaue vom Himmel

versprochen, und immer noch warten die meisten Praxen (schlimmer noch die Kliniken und Pflegeeinrichtungen) auf lebensnotwendige Unterstützung. Wir sehen die Lage unmittelbar nach Ostern jedoch wieder entspannter; es wird ja an verschiedenen Stellen nachgebessert und produziert.

Auch wird für manche Praxen die wirtschaftliche Situation durch das Wegbleiben der "Normalpatienten" kritisch. Das Beantragen von Kurzarbeit ist nur eine Möglichkeit, seine Kosten etwas auf die "Allgemeinheit" abzuwälzen, auch wenn bei manchen von uns die Schamschwelle dafür höher liegen dürfte wie in anderen Branchen. Weitere wertvolle Tipps findet man darüber hinaus auch unter www.durchblick-macher.de, die für andere Kleinstunternehmen gedacht ist, aber auch für einige von unseren Mitgliedern interessante Hinweise liefern dürfte.

Wir wünschen trotz allem schöne Osterfeiertage

Ihre Vorstandschaft des PBV