

FAQ - häufig gestellte Fragen |
Hier finden Sie einige Antworten auf
Fragen die häufiger gestellt werden:

Kann ich auch ohne Termin in die Sprechstunde kommen?

Um Wartezeiten für alle Patienten möglichst kurz zu halten, haben wir eine Terminsprechstunde. Sie sollten grundsätzlich versuchen einen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie **akut erkrankt** sein und für den aktuellen oder den folgenden Tag kein Termin mehr frei sein, dann dürfen Sie auch ohne Termin in unsere Sprechstunde kommen. Terminpatienten haben abgesehen von lebensbedrohlichen Notfällen in der Sprechstunde allerdings Vorrang, so dass Sie ohne Termin grundsätzlich mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Wenn Sie ohne Termin kommen, dann am besten direkt morgens zu Beginn der Sprechstunde. Hier haben wir vor allem nach Wochenenden und Feiertagen Pufferzeiten freigelassen. Sie können auch gerne morgens anrufen und fragen, zu welcher Zeit es vielleicht besser passt, allerdings handelt es sich bei dieser Auskunft dann **nicht** um einen Termin, so dass Sie immer noch mit Wartezeiten rechnen müssen.

Ohne Termin ist nur eine kurze Konsultation wegen einer akuten Erkrankung/Verletzung möglich.

Für weitere Probleme oder bei Nicht-Notfall-Konsultationen muss dann ein erneuter Termin vereinbart werden. Die Mitarbeiter an der Anmeldung sind angehalten zu prüfen, ob es sich um einen Notfall handelt und Patienten, die ohne Notfall-Grund kommen, mit einem Termin wieder nach Hause zu schicken.

Warum bekomme ich keine Massage verordnet, obwohl mir die so gut tut?

Massagen führen in der Regel nicht zu einer dauerhaften Besserung der Beschwerden und sind daher nur in Ausnahmefällen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig.

Besser hilft oft eine **aktive** Krankengymnastik.

Eine häufige Ursache für Rückenschmerzen sind z.B. Blockierungen der Wirbelgelenke. Diese lassen sich in vielen Fällen manualtherapeutisch lösen. Auch dafür kann ich eine Physiotherapie verordnen.

Warum bekomme ich keine Folgeverordnung für Krankengymnastik mehr?

Die Anzahl einer Heilmittelverordnung ist in der Regel begrenzt. Wird die Grenzzahl der Therapien erreicht, müssen weitere Verordnungen gesondert begründet werden. Dafür ist in der Regel ein Facharzt notwendig. D.h. selbst wenn eine Therapie sinnvoll und begründet ist, kann ich oft nach Verordnung der Regelzahl an Therapien keine weiteren Einheiten verordnen.

Warum kosten manche Beratungen/Untersuchungen/Therapien beim Arzt Geld, obwohl ich gesetzlich krankenversichert bin?

Hier möchte ich §12 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs 5 (SGB V) zitieren:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Konkret bedeutet das: Der Arzt als Leistungserbringer muss vor jeder Beratung/Untersuchung/Therapie prüfen, ob diese die genannten Kriterien erfüllt, sonst darf er sie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten. Einen wirklichen Handlungsspielraum gibt es dabei nicht.

Beispiel: eine **reisemedizinische Beratung einschließlich Reiseimpfungen** mag für die Reise notwendig erscheinen. Die Reise selbst ist aber nicht medizinisch notwendig und damit ist auch die dafür notwendige Beratung nicht zu Lasten der Krankenkasse abrechenbar. Im Bereich der Reisemedizin zeigen sich allerdings sehr viele Krankenkassen kulant und erstatten die Kosten für Beratung und Impfung ganz oder teilweise. Dennoch kann diese Leistung mangels Abrechnungsmöglichkeit nicht direkt zwischen Arzt und Krankenkasse abgerechnet werden. Sie müssen erst die Arztrechnung bezahlen und diese dann bei der Krankenkasse einreichen und um Erstattung bitten.

Ähnliches gilt für unsere **Vitalisierungskur** mit Vitamin-B-Injektionen.

Nach welchen Regeln erfolgt eine private Abrechnung?

Laut Berufsordnung für Ärzte müssen sämtliche Leistungen, die ein Arzt für einen Patienten erbringt und die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden, nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Ferner ist der Arzt verpflichtet den Patienten vorher über die Kosten zu informieren, einen schriftlichen Vertrag zu schließen und dem Patienten eine Bedenkzeit einzuräumen.

Die derzeit gültige GOÄ ist aus dem Jahre 1996 und es wurden seit dem weder die Leistungsinhalte noch die Honorare angepasst. Aktuell wird die Gebührenordnung überarbeitet .

Die in der Gebührenordnung enthaltenen ärztlichen Leistungen werden je nach Aufwand mit einem Faktor zwischen 1,0 und 3,5 multipliziert. Dabei hat der BGH am 8.11.2007 bestätigt, daß der 2,3fache Satz eine durchschnittliche Leistung widerspiegelt (Az. III ZR 54/07). Der Faktor 1,0 darf nicht unterschritten werden. Allerdings ist ein niedriger Faktor als 2,3 unter Berücksichtigung der Inflation und Kostensteigerung seit 1996 häufig noch nicht einmal kostendeckend.

Da nicht alle heute möglichen Verfahren schon 1996 berücksichtigt werden konnten, gibt es manchmal keine passende Gebührenziffer. In diesen Fällen darf der Arzt eine Ziffer wählen, die der Leistung sehr nahe kommt und den Text auf der Rechnung anpassen (Analogabrechnung).

Sachkosten müssen ggf. unter Berücksichtigung von Rabatten zum Einkaufspreis weiterberechnet werden. Hieran darf der Arzt nichts verdienen.

Was kostet eine reisemedizinische Beratung?

Fast alle Krankenkassen übernehmen mittlerweile ganz oder teilweise die Kosten für Reiseimpfungen. Ob auch die Kosten für die Beratung übernommen werden, sollten Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

Eine reisemedizinische Beratung dauert bei mir in der Regel 20 Minuten. Dafür berechne ich 20,11 €. Wird eine weitere Person mit beraten bzw. ein weiterer Impfausweis geprüft, berechne ich dafür jeweils 10,72 €. Reiseimpfungen ohne vorhergehende Beratung gibt es bei mir nicht.

Die Durchführung einer Impfung kostet 8,00 €. Bei zwei Impfungen an einem Termin kosten diese zusammen 14,00 €.

Die Impfstoffe werden auf Privatrezept rezeptiert und müssen in der Apotheke bezahlt werden.

Sie erhalten eine Rechnung mit den entsprechenden Ziffern der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte.

Von der Impfkommision empfohlene Standardimpfungen , z.B. gegen Tetanus, können im gleichen Vorgang auch durchgeführt werden und sind für Sie ohne Kosten, laufen über die Gesundheitskarte.

Aktuelle Infos zu Grippe-Fällen in der Region

Auch Anfang 2017 hatten wir in Deutschland wieder einige Grippe-Infektionen. Die Verläufe waren zum Glück recht milde, aber sie waren vor allem durch eine lange Erkrankungszeit von bis zu 2 Wochen charakterisiert. Die aktuelle Grippeaktivität in Deutschland finden Sie zum Beispiel beim Robert-Koch-Institut. Grippe-Impfstoff ist ausreichend in der Praxis vorhanden, kommen Sie vorbei und lassen Sie sich impfen!

Allgemeine Infos zur Grippe-Impfung

Jedes Jahr ab Dezember kommt es zum Auftreten der „echten“ Grippe in Deutschland. Diese durch Influenza-Viren verursachte Erkrankung der Atemwege wird immer wieder unterschätzt. Auf dem Boden einer Grippe kann sich zum Beispiel eine lebensgefährliche Lungenentzündung entwickeln, vor allem bei Personen aus Risikogruppen.

Menschen mit geschwächten Abwehrkräften sind durch die Grippe besonders gefährdet. Offizielle Risikogruppen sind:

schwängere Frauen

ältere Menschen (ab 60 Jahren)

Patienten aller Altersgruppen mit chronischen Erkrankungen von Atemwegen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD)

Herz-Kreislauf (z.B. koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzschwäche, Bluthochdruck)

Stoffwechsel (z.B. Diabetes Mellitus)

Leber (z.B. chronische Hepatitis)

Niere (z.B. dialysepflichtige Niereninsuffizienz)

Immunsystem (z.B. angeboren oder durch HIV-Infektion, nach Organtransplantation)

Nervensystem (z.B. infektgetriggerte Multiple Sklerose, Schlaganfall, Epilepsie)

Weitere Gruppen, für die die Grippe-Impfung empfohlen wird, sind:

Alle Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen

Menschen mit regelmäßigem beruflichem oder privatem Kontakt zu den oben genannten gefährdeten Personen (Pflegerkräfte, Apothekenmitarbeiter, medizinisches Personal)

Menschen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr und somit erhöhter Ansteckungs- und Verbreitungsgefahr (z.B. Schule, Einzelhandel, Gastronomie, Großraumbüro, Zugbegleiter ...)

Der Impfstoff gegen die Schweinegrippe ist mittlerweile im jährlichen Grippe-Impfstoff enthalten.

Eine Anwendung in der Schwangerschaft gilt als unbedenklich und wird vorzugsweise ab dem 4. Monat vorgenommen. Bei Risikopatientinnen ist diese aber auch schon vorher möglich.

Sollten Sie zu einer der oben genannten Risikogruppen gehören, dann lassen Sie sich impfen! Die Grippe-Impfung wird im Allgemeinen gut vertragen und kann als Totimpfung keine Erkrankung auslösen. Möglich sind allgemeine Reaktionen des Immunsystems (Sie fühlen sich z.B. schlapp und müde), die häufig mit einer Erkrankung verwechselt werden. Doch diese sind in der Regel nach 1-2 Tagen wieder vorbei.

Lassen Sie bei der Gelegenheit auch den Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern und ggf. Lungenentzündung überprüfen. Dazu bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit in die Praxis.

