



## Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

# Zukunft braucht Herkunft



Lukas Meindl Senior



*Dr. Rudolf Meindl  
Diplomkaufmann  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
seit über 40 Jahren  
im Dienste der Ärzte*



*Joachim Zieher  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
seit über 13 Jahren  
im Dienste der Ärzte*

### FÄLLT SIE ... ODER FÄLLT SIE NICHT?

#### Ich sage ja (wenn auch nicht ganz)!

Schon vor Jahren habe ich mich in den unterschiedlichsten Vorträgen so weit vorgewagt, zwar nicht zu behaupten, aber als subjektive, damals noch nicht durch Fakten sondern reiner Intuition, basierend auf meiner 35-jährigen Erfahrung gestützten Meinung kund zu tun, die Beschränkung wird ca. 2011/2012 fallen. In der Ausgabe 1/2009 unseres Infobriefes warf ich die Frage auf: ist die Niederlassungsbeschränkung als Perpetuum mobile zu sehen oder fällt sie weg.

Nun ist bereits der Countdown zur Auflassung der Niederlassungsbeschränkung zwar nicht in der Gesamtheit, aber doch in elementaren Auswirkungen angelaufen. Pro grundsätzlicher Auflassung spricht Folgendes:

1. Die KBV will mit einer Bedarfsplanungsreform das Versorgungsproblem lösen, indem sie eine "kleinräumige und sektorenübergreifende Versorgungsplanung" durchführen wird. Köhler bezeichnet richtigerweise die Bedarfsplanung als ein Relikt aus Zeiten der so genannten Ärzteschwämme. Die neue Versorgungsplanung wird die Individualbedürfnisse berücksichtigen. Es werden im überversorgten Gebiet nach dieser Bedarfsplanung Versorgungssitze ausgeschrieben, diese richten sich nach der Morbidität der Wohnbevölkerung und auch nach den regionalen Gegebenheiten. Im Umkehrschluss will die KBV (siehe unten) in überversorgten Gebieten Praxen zum Verkehrswert (!) aufkaufen. Philipp Rösler hat auch bereits ein so genanntes Versorgungsgesetz im Auge.
2. Die Gründung von Teilgemeinschaftspraxen über die KV-Region hinweg, kommt einer Teilentsperrung gleich. Mit der Gründung von Zweigpraxen ist es ebenso. Die die Niederlassungsbeschränkung noch manifestierende, nicht dadurch wegfallende Plausibilität der Leistungserbringung, bezogen auf einen Kassenarztsitz, bleibt in diesen beiden Konstrukten noch erhalten.
3. Die Beschäftigung von in Hochschulen engagierter Mediziner in Praxen in gesperrten Gebieten ist bereits heute schon möglich (gesetzlich definiert).

Fortsetzung Seite 2

### HONORAR FOLGT DER DOKUMENTATION

Nachdem unter dem Deckmantel des Zielleistungsprinzips immer häufiger Private Krankenversicherungen und Beihilfestellen die Erstattung von Leistungen verweigern, kommt der Dokumentation der erbrachten Leistungen eine immer größere Bedeutung zu.

Eigentlich ist der OP-Bericht dafür da, die medizinischen Sachverhalte im Rahmen der Operation zu dokumentieren, vor allem Besonderheiten. Dies war schon immer auch aus haftungsrechtlichen Gesichtspunkten geboten. Hierzu stellte im Jahr 1999 der BGH fest, dass eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, auch aus Rechtsgründen nicht geboten ist. Dennoch werden die Ärzte zunehmend auch von der Gerichtsbarkeit gezwungen, den OP-Bericht so abzufassen, dass ihre berechnigte Honorarforderung auch durchsetzbar ist.

Immer häufiger ist in Klageverfahren das ausschlaggebende Moment, ob aus dem vorgelegten OP-Bericht die eigenständige Indikation der zusätzlich neben einer anderen berechneten und anerkannten Leistung hervorgeht. Zuletzt wurde diese „Herangehensweise“ auch durch das BGH-Urteil vom 21.01.2010 bestätigt.

Um hier also nicht ins Hintertreffen zu geraten, empfehlen wir, im OP-Bericht neben dem „Was“ operiert wurde auch immer das „Warum“ zu beschreiben. Sollte dies im Einzelfall im OP-Bericht nicht „deutlich“ erkennbar sein, bleibt immer noch die Möglichkeit, durch zusätzlich dem Gericht vorzulegende Unterlagen (Befunde, Krankenblatt, Histologie, Röntgenaufnahmen etc.) den Nachweis der eigenen Indikation für diesen zusätzlichen Eingriff zu führen.

Ein möglichst erfolgreiches Honorarklageverfahren sollte also immer gut vorbereitet sein.

Joachim Zieher

4. Die de facto-Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in jedem auch noch so verdichteten, gesperrten Gebiet für die im § 116 b SGB V im GMG definierten Krankheiten ist eine klassische Teil-Entspernung.

5. Die Teilung der Sitze bis zur Viertelung.

6. Die Ausschreibung eines sich durch die Teilung ergebenden halben Arzt-Sitzes.

7. Die Hereinnahme von angestellten Ärzten in die MVZ ist trotz der Notwendigkeit, Sitze dafür zu haben, ein weiteres Teilindiz.

8. Die teilweise Berufsausübungsmöglichkeit von in Krankenhäusern angestellten Ärzten in Kassenarztpraxen bzw. umgekehrt.

9. Die Etablierung von ausgelagerten Praxisteilen (vorab einmal zur rein privat-ärztlichen Leistungserbringung) in gesperrten Gebieten.

10. Die gebetsmühlenartig immer wieder dargelegten Forderungen des Gesundheitsministers nach mehr Wettbewerb im Gesundheitsmarkt.

11. Quasi Wegfall des Verbotes werblicher Darstellung von Praxen (noch vor Jahren unvorstellbar, die Leistungsmerkmale und Kernkompetenzen der leistungserbringenden Ärzte publik zu machen).

12. Lockerung der zeitweise sehr stringent behandelten Sonderbedarfszulassung.

13. Auch die verstärkende Einbindung der Krankenhäuser über die spezialisierte ärztliche Versorgung gem. § 116 BSGB V, gefordert sowohl von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wie auch vom Gesamtverband der GKV'en, setzt eine grundsätzliche Neuformulierung der Niederlassungsbeschränkung voraus (siehe Punkt 3).

Mag diese bevorstehende umfangreiche Umgestaltung der Niederlassungsbeschränkung für viele niedergelassene Ärzte (insbesondere für die älteren, siehe unten) eine sehr problematische Konstellation kreieren – typisch für die Entscheidungsverantwortlichen ist wieder einmal der respektlose Umgang der (KV) Verantwortlichen mit den niedergelassenen Ärzten. Vor nicht allzu langer Zeit wurde immer wieder

marktschreierisch proklamiert, an der Niederlassungsbeschränkung wird sich nichts ändern.

Die mit dieser Diskussion einhergehenden weiteren Vorhaben sind jedoch äußerst bedenklich. Nicht nur, weil Gesundheitsminister Philipp Rösler und KBV-Vorsitzender Köhler "vereint" marschieren, sondern weil wieder einmal (wie bei der Einführung des GSG 1996 von Seehofer) die verfassungsgemäßen Grundrechte in Frage gestellt werden.

#### Was will unser Gesundheitsminister?

Er will in überversorgten Gebieten einen Verkauf der Praxen nicht mehr ermöglichen, d.h. ihn verbieten und überlässt KBV-Chef Andreas Köhler die Arbeit. Dieser soll nämlich die überschüssigen Arztsitze aufkaufen! Zu welchem Preis, nach welcher Preisfeststellungsmethode (ich bin seit über 15 Jahren öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen und kenne die äußerst schwierige Interessenslage bei der Bewertung der "Lebensleistung Arztpraxis") muss einer in einer Gemeinschaftspraxis aus Altersgründen aufgebender Arzt an die KBV verkaufen? Was tut der Partner? Was ist mit überörtlichen Gemeinschaftspraxen? Was ist mit frei werdenden Arztsitzen in MVZ's?

Unterstellen wir, "Köhler" kauft in einem überversorgten Gebiet eine Arztpraxis zu einem garantiert nicht gerechten Marktwert (hierzu fehlen einfach die Kenntnisse, dies zu bewerten). Und nehmen wir an, dass durch diesen Aufkauf die Überversorgung nicht mehr gegeben ist. Der Gemeinschaftspraxispartner verkauft dann seinen Sitz am freien Markt, was möglich ist, weil sein Kollege vorher seinen Sitz zwangsweise abgekauft bekommen hat. Dieser Preis dürfte vermutlich um Einiges höher sein!

Aber dem Unfug wird ja noch eines oben drauf gesetzt:

Finanziert werden soll, nach Informationen der Ärztezeitung (29. April 2010), das verfassungswidrige Aufkaufkarussell aus der ärztlichen Gesamtvergütung! Und um dies noch verträglich den Betroffenen zu erklären, wird argumentiert, "...dass dies für die im Versorgungssystem verbleibenden Ärzte auf Dauer kein Nachteil sein kann...", denn die Leistungen und Vergütungen der ausgeschie-

denen Ärzte würden dann dem in der Versorgung (weiterhin verbleibenden) arbeitenden Ärzten zufließen. Kein Arzt werde enteignet oder müsse um seine Alterssicherung fürchten". (Köhler zitiert in der Ärztezeitung, ebenda)

Über 40 Jahre die ärztliche Versorgungslandschaft und insbesondere die Positionierung der niedergelassenen Ärzte verfolgend, erlaube ich mir zu sagen – und bitte vorab um Entschuldigung – einen größeren Schwachsinn (Pervertierung des verfassungsmäßigen Rechtes auf Eigentum, vermengt mit Negation elementarer kaufmännischer Zusammenhänge) habe ich noch nicht erlebt.

Lieber Herr Gesundheitsminister, ich möchte Sie an Ihr Lieblingszitat "Bambus wiegt sich im Wind, er biegt sich, aber er bricht nicht" erinnern und hoffe, dass auch hier der Bambus trotz kräftigstem Wirbelwind (was die Grundsätzlichkeit dieses Gedanken anbetrifft) nicht bricht. Und ich erinnere Sie an Ihre wortreiche Beschwörung anlässlich des 13. Kongresses "Gesundheit", die Solidarität als Kernelement des deutschen Gesundheitswesens zu bezeichnen. Die niedergelassenen Ärzte, egal in welchen Konstrukten sie ihre Dienstleistung an uns allen erbringen, haben ein Recht, von Ihnen Solidarität zu verspüren, ist sie Ihnen doch durch Schmidt, Lauterbach und Kollegen lange Jahre verwehrt geblieben. (Es gibt eine sehr interessante Broschüre: "Ärzte, warum quälen wir sie?". Ich empfehle sie allen in diesem Metier politisch Verantwortlichen.)

Eine Randfrage beschäftigt mich noch: Wie würden sich derartige Eingriffe bei Patiomed (siehe letzten Infobrief) und bei den von GKV'en gegründeten Versorgungszentren gestalten? Wie wird mit dem meines Erachtens sehr fragwürdigen Interessenskonflikt Aufkauf von Arztsitzen durch die KBV, Steuerung von Fördergeldern durch diese in unterversorgten Gebieten bei gleichzeitiger Eigentümereigenschaft beim "Konkurrenzprodukt" Patiomed umgegangen? Die Techniker Krankenkasse hat sich durch Verträge mit HCM in diesem Metier versucht, Gott sei Dank hat sie dies an mehreren Standorten wieder aufgegeben. Beabsichtigt war Sitze aufzukaufen, um sie in Atrium-Med zu konzentrieren.

Dr. Rudolf Meindl  
Diplomkaufmann

## SCHRIFTLICHE DATENSCHUTZ-ERKLÄRUNG BEI PRIVATPATIENTEN

Die Ärzte unterliegen im besonderem Maße dem Datenschutz. Deshalb dürfen Ärzte auch nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Patienten, deren Behandlungsdaten an Dritte weitergeben. Neben dem Bundesdatenschutzgesetz greift bei Verstoß auch das Strafgesetzbuch und die in der Berufsordnung der Ärzte geregelte Schweigepflicht.

So hat zuletzt das Bezirksberufsgerecht für Ärzte in Stuttgart einen Arzt zu einer Geldbuße in Höhe von 150 € verurteilt, da er die Daten eines Patienten zur Abrechnung an eine privatärztliche Verrechnungsstelle weitergegeben hat, ohne dass der Patient hierüber aufgeklärt wurde. Das Gericht wertete den Vorfall allerdings als

"reine Unachtsamkeit" und sah in der geringen Geldbuße eine angemessene Ahndung.

Ob Datenschutzbehörde oder Staatsanwaltschaft dies auch so werten würden, bleibt indes fraglich.

Unser Tipp:

Um nicht aus "Unachtsamkeit" in den Fokus der Strafbehörden zu gelangen, empfehlen wir dringend, alle Patienten aufzuklären, wenn deren Behandlungsdaten an Dritte weitergegeben werden sollen, und sich deren Einverständnis zur Datenweitergabe schriftlich einzuholen.

Entsprechende Formulare erhalten Sie selbstverständlich bei uns!

Joachim Zieher

Ähnliches gilt bei der Hinterbliebenenversorgung: Grundsätzlich zahlt das Versorgungswerk ein Altersruhegeld an die Hinterbliebenen. Das Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz stellte mit Urteil vom 26.05.2010 Aktenzeichen 6 A 10320/10.OVG fest, ein Versorgungswerk ist dazu berechtigt, den Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente davon abhängig zu machen, dass die Ehe vor dem Renteneintrittsalter des Mitgliedes geschlossen wurde. Eine Benachteiligung oder Schlechterstellung für nach geheiratete Hinterbliebene sah das Gericht nicht für unverhältnismäßig. Denn ist der Ehepartner deutlich jünger, so hält es das Gericht für zumutbar, sich durch eine Erwerbstätigkeit die Grundlage für eine eigene Altersvorsorge zu schaffen.

Gut verdienende Freiberufler sollten sich somit zusätzlich absichern, ebenso wie den Lebenspartner, da sich auch hier Lücken zeigen. Eine individuell zugeschnittene private Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine gute Empfehlung.

\*) Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.

\*\*) Satzung der bayerischen Versorgungskammer § 42 Abs. 1 Satz 2



Benjamin König  
M & C Assekuranzmakler  
GmbH & Co.KG  
Ostendstraße 196  
90482 Nürnberg  
Tel.: 0911 23 42 09-47  
Fax: 0911 23 42 09-40

## STOLPERFALLEN IM VERSORGUNGSWERK

Versorgungswerke – Erhält ein Arzt überhaupt Leistungen aus dem Versorgungswerk wegen Berufsunfähigkeit oder für die Hinterbliebenenversorgung? Um das Thema Berufsunfähigkeit bzw. Hinterbliebenenleistung näher zu betrachten, sei gesagt, dass ein Arzt sehr wohl Ansprüche aus dem Versorgungswerk hat!

Jedoch ist die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente an strenge Kriterien geknüpft. Wie bereits Herr Michael Jung Hauptgeschäftsführer der ABV \*) hingewiesen hat, handelt es sich beim bayerischen Ärzteversorgungswerk genau genommen um eine Erwerbsunfähigkeitsabsicherung und nicht um eine Berufsunfähigkeitsabsicherung. Diese 100 % Klausel steht in der Satzung, "Der Anspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit entsteht nicht, solange das Mitglied nicht seine gesamte berufliche

Tätigkeit aufgegeben hat". (§ 36 Abs.3 Satz 1). Um es weiter zu konkretisieren schreibt das Versorgungswerk weiter in der Satzung \*\*) "Eine Aufgabe der gesamten beruflichen Tätigkeit liegt nicht vor, solange das Mitglied nicht seine Betriebsstätte für eine selbständige Tätigkeit (z.B. Praxis, Labor) veräußert oder aufgelöst hat und solange für das Mitglied ein Dienstvertrag (z.B. als Freier Mitarbeiter, Praxisvertreter) oder ein Arbeitsvertrag oder ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis besteht."

Das KompetenzNetz Medicus ist ein Zusammenschluss aus Dienstleistern und Beratern im Gesundheitswesen mit einer Rundumbetreuung für Ihr Klientel. Die Netzwerker möchten auf qualitativ höchstem Niveau Ärzte und Heilberufler beraten und unterstützen.



Mehr Infos unter 0911 98 478-59

Jeder Mensch hat etwas, das ihn antreibt.

Wir machen den Weg frei!

\* Studie facit München, Online Befragung bei 1.000 Personen, durchgeführt im August 2009



Volksbanken  
Raiffeisenbanken  
in Mittelfranken

Performance Monitor deutscher Banken 2009

Die Nr. 1 in Kundenloyalität\*



## GEZIELTER VERMÖGENSAUFBAU

### Aktien einbeziehen – Risiken reduzieren

Viele Anleger, die gezielt ihr Vermögen aufbauen wollen, scheuen aktuell vor der zwar generell renditestarken, aber auch potenziell risikoreicheren Geldanlage in Aktien zurück. Dennoch: Aktien gehören ins Depot. Denn der oft zitierte Grundsatz, reine Rentendepots seien die sicherste Anlageform und die Beimischung von Aktien erhöhe automatisch das Gesamtrisiko, ist haltlos. So ist das Risiko einer Renten-/Aktienmischung im Verhältnis 80:20 geringer als das Risiko eines reinen Rentendepots – gleichzeitig erhöht sich die Renditeerwartung. Jedoch sind bei der Geldanlage in Aktien einige Grundregeln zu beachten.

So sollten Anleger prinzipiell frühzeitig mit dem Vermögensaufbau beginnen. Schwankungen können so im Zeitverlauf eher ausgeglichen werden. Gleiches erreicht man auch durch die Streuung

der Geldanlage über verschiedene Anlageklassen. Dabei sollte der Aktienanteil in der Regel "100 abzüglich Lebensalter" nicht übersteigen. Das Risiko lässt sich darüber hinaus durch die Investition in Aktienfonds reduzieren, da hier das Geld automatisch über viele Einzelwerte gestreut wird. Dennoch steigt auch bei Aktienfonds das Risiko mit dem Spezialisierungsgrad des Aktienfonds – z.B. durch die Fokussierung auf eine Branche.

Wer zum Zwecke des Vermögensaufbaus in Fondssparpläne investiert, sollte regelmäßig eine gleichbleibende Summe einzahlen, um vom Cost Average Effect (Durchschnittskosteneffekt) zu profitieren. Durch den Erwerb von mehr Anteilen bei niedrigen Kursen bzw. weniger Anteilen bei höheren Kursen verfügt man mittel- bis langfristig über mehr Anteile im Depot als Anleger, die regelmäßig – aber zu unterschiedlichen

Preisen – eine immer gleiche Anzahl an Anteilen erwerben.

Unabhängig von diesen Grundregeln gilt: Das Anlagekonzept muss die individuellen Vorgaben – im Sinne von Risikobereitschaft und Renditeerwartung – berücksichtigen. Aus diesem Grund sollten sich Anleger vor der Investition in Fonds und Aktien individuell und professionell beraten lassen. Hierbei ist es vorteilhaft, wenn die herangezogenen Banken einen Best-Advice-Ansatz verfolgen; also die Papiere und Fonds empfehlen, die am besten den individuellen Zielen entsprechen. Unabhängig davon, wer diese emittiert.



*Jürgen Treuheit  
Vermögens- und Anlageberater  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Nürnberg  
Tel. 0911 2721-108  
juergen.treuheit@apobank.de*

[www.verrechnungsstelle.de](http://www.verrechnungsstelle.de)

## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

### Ziffer 15 GOÄ

Immer wieder kommt es bezüglich der Ziffer 15 zu Missverständnissen. Leider wird diese Ziffer von den Ärzten als bessere Beratungsziffer angesehen, was sie aber nicht ist.

Die Voraussetzung für die Erstattung dieser Ziffer ist, dass sowohl therapeutische als auch soziale Maßnahmen vom Arzt während der Betreuung eines chronisch Kranken eingeleitet wurden. Der Leistungstext lässt darauf schließen, dass an die Ziffer 15 GOÄ hohe und spezifische Anforderungen gestellt werden und eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen soll.

Hier sind z. B. Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausauf-

gehalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern gemeint. Dies muss, wie bereits erwähnt, vom Arzt selbst durchgeführt werden. Ein Gespräch mit dem Patienten, dass er seine Ernährung umstellen sollte oder regelmäßig Krankgymnastik machen soll, genügt nicht. Die Formulierung "während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung" ist im Rahmen einer obligaten Leistungsvoraussetzung zu verstehen. Eine kontinuierliche Betreuung erfordert eine fortlaufende Information des Arztes über den Stand der therapeutischen und sozialen Maßnahmen im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsergebnis.

Um Rückfragen der Krankenversicherung zu vermeiden, empfehlen wir, sofern die Voraussetzungen für die Abrechnung der Ziffer 15 vorliegen,

die durchgeführten Maßnahmen bereits in der Rechnung aufzuführen.



*Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
Christa Engel  
Tel. 0911 98 478-47*

## IMPRESSUM

### Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20  
90402 Nürnberg  
Tel. 0911 98 478-59  
info@verrechnungsstelle.de  
www.verrechnungsstelle.de

80333 München  
Karlstraße 7  
im Haus der Salzburg München Bank

Verantwortlich für den Inhalt dieser Ausgabe:  
Gülnazli Demircan

Der Infobrief basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen.

Eine Haftung kann jedoch auf Grund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.