



Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Zukunft braucht Herkunft



Lukas Meindl Senior



*Dr. rer. pol. Rudolph Meindl
Diplom-Kaufmann
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Seit über 46 Jahren im Dienste des Arztes*



*Joachim Zieher
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Abrechnungsexperte
Seit 1996 im Dienste des Arztes*

■ QUO VADIS ARZTPRAXIS?

Fortsetzung des Leitartikels aus dem Infobrief 2/2014

Die Arztbewertungsportale

Eine steigende Bedeutung messe ich auch den Arztbewertungsportalen bei. Die **Internet-Abhängigkeit** der deutschen Patienten wird sich progressiv erweitern. Dies zeigt auch eine aktuelle Studie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg in Kooperation mit dem Arztbewertungsportal Jameda, welche bei 1.500 Teilnehmern durchgeführt wurde und (auszugsweise) zu folgenden Ergebnissen gelangte:

63 % der Teilnehmer der Umfrage suchen ihren Arzt über das Internet, 32 % kannten bereits eines der Bewertungsportale, wogegen weitere 32 % noch nie von einem solchen gehört haben.

Über 35 % haben bereits bei der Suche nach einem Arzt auf mindestens eines der Portale zurückgegriffen und 11 % der Studienteilnehmer haben eine Bewertung durchgeführt. Äußerst interessant ist dabei, dass 65 % der Befragten, **die bereits ein Portal bei der Arztsuche genutzt haben**, sich schon aufgrund einer Bewertung auf einem Arztbewertungsportal für einen Arzt entschieden und diesen auch aufgesucht haben.

Ein weiterer, sehr interessanter Aspekt, der die **Gefährlichkeit** dieser Arztbewertungsportale dann aufzeigt, wenn – aus welchen Gründen auch immer – Negatives aufgeführt wird, ist die aus dieser Studie gewonnene Erkenntnis, dass 52 % der Teilnehmer der Studie sich aufgrund der Negativbewertung eines Arztes schon einmal dahingehend haben beeinflussen lassen, dass sie sich gegen diesen Arzt entschieden und diesen dann auch nicht aufgesucht haben.

Ich halte es angesichts dieses eindeutigen Trends für absolut sinnvoll, sich **professionell** im Netz zu präsentieren, denn die Gesundheitsansprüche der Bevölkerung wachsen, obwohl eine Studie von Deloitte aufzeigt, dass 62 % der deutschen Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen zufrieden sind (warum also hackt die Journaille immer auf den Ärzten herum?), aber gleichzeitig erwarten diese zufriedenen Patienten deutliche Verbesserungen in der Versorgung ¹⁾.

Fortsetzung Seite 2

■ NEUE GOÄ: ZWÖLF KERNANFORDERUNGEN

Die neue GOÄ bleibt weiterhin ein heiß diskutiertes Thema. Im Rahmen des bayerischen Fachärztetages durften wir die zwölf wichtigsten Anforderungen an eine kommende GOÄ aus Sicht einer privatärztlichen Abrechnungsstelle vorstellen. Diese wurden vor allem aus den vielen Gesprächen mit unseren Mandanten gezogen und unserer Erfahrungen im Umgang mit der PKV/Beihilfe:

Anforderung 1: Das "Überhaupt" und damit Erhalt einer eigenen Privat-GOÄ:

Wichtig ist ein Signal der Politik, dass es auch in Zukunft eine eigenständige Gebührenordnung für Selbstzahler geben wird. Die GOÄ ist für Privatpatienten und für Selbstzahler-Leistungen da! Eine starke, verlässliche Gebührenordnung, auch auf eine mögliche Bürgerversicherung hin, ist deshalb unabdingbar.

Anforderung 2: Erhalt der Einzelleistungsvergütung und nur "sinnvolle" Leistungskomplexe:

Die Einzelleistungsvergütung muss erhalten bleiben. Leistungskomplexe müssen die Ausnahme bleiben und nur dort Einsatz finden wo dies absolut sinnvoll und nachvollziehbar ist.

Anforderung 3: Erhalt aufwandsabhängige Faktorerrhöhung: Die ärztliche Leistung muss auch weiterhin aufwandsgerecht vergütet werden können – keine starre Gebührenordnung wie beim EBM.

Anforderung 4: Erhalt "Analog-Bewertung" (neue diagnostische Verfahren, Therapien etc.):

Die Gebührenordnung muss weiterhin offen für die Abrechnung neuer Therapien bleiben und damit die Möglichkeit bieten, den medizinischen Fortschritt abzubilden.

Anforderung 5: Erhalt "Honorarvereinbarung/Abdingung": Da die Gebührenordnung verpflichtende (wirtschaftliche) Grundlage der ärztlichen Abrechnung bleiben wird, muss zumindest über die Höhe des Honorars zwischen Leistungserbringer und Zahlungspflichtigen "abweichend" verhandelt werden können, damit auch für sehr aufwendige diagnostische und/oder therapeutische Verfahren eine angemessene Vergütung möglich ist.

Fortsetzung Seite 2

Das Standesrecht / Steuerrecht

Verfehlungen gegen diese Gesetzesvorschriften – sei es durch Falschberatung, Naivität, bedingten oder gar kalkulierten Vorsatz – werden in Zukunft durch dafür speziell ausgebildete Personen stärker und genauer verfolgt. Der Grundsatz "Unwissenheit schützt vor Strafe nicht" gilt insbesondere für die eventuell Betroffenen.

Fazit:

Der Arzt in seinem **bipolaren Spannungsfeld** Unternehmer und Arzt wird weiter bestehen können. Die an diesem Gesundheitsmarkt Interessierten, ob wirtschaftlich motiviert oder politisch

inspiriert, werden immer dafür sorgen, dass (konstruktive?) Unruhe herrscht.

Eines steht jedoch momentan meines Erachtens fest (und dies ist sicherlich kein Nachteil):

- Es wird keine **Bürgerversicherung** geben,
- es werden keine **Last-Minute-Gesetze** verabschiedet (wie dies in der letzten Zeit ja immer wieder der Fall war),
- die **Krankenhäuser** werden bei der ambulanten Versorgung **maßgeblich** an Bedeutung zunehmen
- und die **Verknappung** der ärztlichen

Leistungen durch die geforderte Life-Balance der jüngeren Generation und durch den hohen Anteil der Frauen wird den Arztberuf als solchen weiterhin attraktiv halten,

- Delegation von ärztlichen Leistungen wird es geben, Substitution ist sicherlich ein spannendes Thema, bedingt durch den Ärztemangel aufgrund bekannter Gründe – dies wird auch kommen, aber erst mittelfristig.

Dr. Rudolph Meindl

¹⁾ Quelle: Rebmann, Bernd Dr., Jahrbuch für Ärzte und Zahnärzte 2014 (in Zusammenarbeit mit der Sparkassenfinanzgruppe, Seite 68 ff.)

www.verrechnungsstelle.de

Fortsetzung "Neue GOÄ" von Seite 1

Anforderung 6: Betriebswirtschaftlichen Grundsätzen folgende (laufende) Bewertung der Leistungen (subjektive wie objektive Honorargerechtigkeit): Wenn eine Leistung nachvollziehbar betriebswirtschaftlich bewertet wurde, dann ist sie das wert und braucht weder Mengenbegrenzungen noch andere honorarbegrenzende Regelungen. Wenn eine Leistung medizinisch notwendig war, dann muss sie auch voll berechenbar sein, ohne Abschlüsse!

Anforderung 7: Ausbau von "Helferinnen"- Leistungen bzw. delegationsfähiger Leistungen auch hinsichtlich deren Bewertung und rechtssicherer Anwendung:

Häufige Leistungen, die nicht vom Arzt selbst, sondern von nicht-ärztlichem Personal erbracht werden, müssen in eine GOÄ neu einfließen und entsprechend gekennzeichnet sein, damit auch bezüglich dieser "Delegation" eine rechtssichere Abrechnung der Leistungen möglich wird.

Anforderung 8: Endgültige Absage an eine "Öffnungsklausel":

Die Möglichkeit, das PKV-Unternehmen mit Ärzten, Ärztenetzen oder -verbänden eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung schließen, wäre unseres Erachtens nach fatal und würde früher

oder später vermutlich zu KV/EBM-ähnlichen Verhältnissen auch bei den Privatpatienten führen.

Anforderung 9: Laufende, rechtssichere Anpassung der GOÄ an neue medizinische Möglichkeiten

Anforderung 10: Bereinigung der GOÄ von "unsinnigen" Regelungen oder Abrechnungsbeschränkungen.

Anforderung 11: Keine "Deckelung" durch die Hintertür (s. GOZ-Einführung).

Anforderung 12: Klare, rechtssichere Regeln und keine "Gummi-Paragrafen" wie z. B. das aktuelle Zielleistungsprinzip

Die GOÄ ist eine Vergütungsverordnung und sollte letztlich hierüber auch nur die Vergütung der ärztlichen Leistung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und medizinischen Anforderungen regeln. Es sei die Frage erlaubt, warum bei der Entwicklung einer GOÄ neu die Kostenträger (PKV und Beihilfe), mit ihren diametral dazu stehenden Interessen, aktiv beteiligt werden sollten? Oder dürfen Sie die Preise z. B. Ihrer Öffentlichen Verkehrsmittel mitbestimmen?

Eine Zusammenfassung der einzelnen Forderungen und den Link zum vollständigen Vortrag finden Sie auf unserer Homepage www.verrechnungsstelle.de

Joachim Zieher

■ WAS KOMMT INS DEPOT?

Fünf Jahre nach der Lehman-Pleite haben die Finanzmärkte die Krise hinter sich gelassen. Viele Anleger befinden sich jedoch nach wie vor in ihrem Bann. Dabei hat sich die Finanzwelt durch die entschlossenen Eingriffe der Notenbanken entscheidend verändert. Die neue Realität verlangt nach einem Umdenken im Anlageverhalten.

An Aktien führt kein Weg vorbei

Wer langfristig ein Vermögen aufbauen will, kommt an Aktien nicht vorbei. Das liegt vor allem an dem anhaltend niedrigen Zinsniveau, das viele alternative Anlagemöglichkeiten unattraktiv macht. Zudem sprechen steigende Unternehmensgewinne infolge besserer Konjunkturaussichten für diese Assetklasse. Zwar sind Investitionen in einzelne Aktien grundsätzlich mit Risiko verbunden, und auch der Gesamtmarkt kann in manchen Jahren zweistellig fallen. Durch eine breite Streuung lässt sich das Risiko aber deutlich reduzieren und wird auf lange Sicht immer durch einen Renditeaufschlag entlohnt: Je mehr Jahre der Anlagezeitraum umfasst, desto höher ist nicht nur die Chance, Gewinne zu machen, sondern auch eine Rendite von z. B. 4 % oder 6 % p. a. zu erreichen.

Anleihen: Zinslose Risiken statt risikolose Zinsen

Letzteres ist mit festverzinslichen Wertpapieren heute praktisch unmöglich. Die aktuelle Rendite guter Anleihen von 1-2 % kompensiert gerade einmal die

Geldentwertung in Deutschland. Zudem hat sich die Wahrscheinlichkeit von Kursverlusten deutlich erhöht – wenn die Zinsen dann langfristig wieder steigen und Papiere mit entsprechend höheren Kupons auf den Markt kommen. Insofern gelten Anleihen mittlerweile vor allem als nahezu zinslose Risiken, während früher bei guten Staatsanleihen von risikolosen Zinsen gesprochen wurde.

Was bedeutet das für die Zusammensetzung des eigenen Depots?

Die klassische Anlagestrategie – 80% in Anleihen für eine stabile Basisverzinsung und 20% in Aktien für zusätzliche Ertragschancen – geht heute nicht mehr auf. Um einen nachhaltigen Vermögensaufbau zu ermöglichen, sollte der Aktienanteil deutlich erhöht werden.

Innerhalb der Aktienmärkte bieten sich Investitionen in Industrieländern an. Nach wie vor sind die Schwellenländer Zugpferde für das langfristige globale

Wachstum. Nach einer deutlichen Korrektur aufgrund der vielfältigen strukturellen Probleme könnten sie, insbesondere bei einem aktiven Risikomanagement, zunehmend attraktiver werden. Bei den Renten lohnen Unternehmensanleihen aufgrund der höheren Verzinsung mehr als die staatlichen Produkte.

Neben Aktien und Renten gehören Immobilien und Rohstoffe in jedes Depot. Gerade Wohnimmobilien werden weiterhin von den niedrigen Zinsen begünstigt. Da Rohstoffe konjunkturabhängig



sind, ist hier mit Blick auf die wirtschaftliche Erholung und dem damit verbundenen Nachfrageschub für 2014 ein Preisanstieg zu erwarten. Doch kommt es auf die Auswahl des Rohstoffes an. Denn bei einzelnen Produkten besteht wegen Kapazitätsausweitungen in der Vergangenheit ein Angebotsüberhang, der eine Verteuerung zunächst verhindern könnte.

Fazit: Für einen nachhaltigen Vermögensaufbau spielen Aktien eine wichtige Rolle. Die damit verbundenen Risiken lassen sich durch eine breite Streuung – auch über verschiedene Anlageklassen – gezielt begrenzen.



Dr. Hanno Kühn
Chief Investment Officer
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank, Düsseldorf
Tel: 0211-59980
www.apobank.de

ANGESTELLTE ÄRZTE: IST DIE 6-MONATS-FRIST DES BSG VERFASSUNGSWIDRIG?

Seit dem 01.01.2004 (mit dem GMG) gibt es den angestellten Arzt mit eigenem Budget im MVZ und seit 01.01.2007 (VÄndG) auch beim Vertragsarzt. Die angestellten Ärzte alten Rechts (genehmigt vor dem 01.07.1997) sind hier auch gemeint, nicht aber die Jobsharing-Angestellten gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V.

Die angestellten Ärzte mit Budget werden in der Bedarfsplanung gemäß dem Anstellungsumfang berücksichtigt, wobei eine Anstellung mit bis zu 10 WoStd mit dem Faktor 0,25, eine mit mehr als 10 bis 20 mit 0,5, eine mit mehr als 20 bis 30 mit 0,75 und mit mehr als 30 Wochenstunden als volle Arztstelle (Faktor 1,0) gewertet wird (§§ 51 I, 58 II BPI-RL). Eine volle Arztstelle wird wie eine volle Zulassung gewertet. Beschränkte Zulassungen gibt es seit 01.01.2007 (VÄndG) auch, allerdings nur solche mit Faktor 0,5.

Die Arztstellen für diese angestellten Ärzte entstehen in gesperrten Planungsbereichen überwiegend durch Verzicht eines Vertragsarztes auf seine Zulassung zum Zwecke der Anstellung (§ 103 Abs. 4a, 4b Sätze 1 SGB V), seltener durch Umwandlung einer Zulassung in einem Nachbesetzungsverfahren (§ 103 Abs. 4b

Satz 2, 4c Satz 1 SGB V). In ungesperrten Planungsbereichen wird einfach eine Anstellungsgenehmigung erteilt und die Arztstelle beim Versorgungsgrad zu den Zulassungen addiert.

Die (übergangsweise) Anstellung des Praxisverkäufers beim Praxiserwerber ist ein häufiges Gestaltungsmittel im Rahmen der Praxisabgabe, weil dabei kein Ausschreibungsverfahren durchgeführt werden muss: kein Problem mit dem neuen Genehmigungsvorbehalt des ZA aus § 103 Abs. 3a SGB V (sog. "Vorkaufsrecht") oder mit konkurrierenden Bewerbern.

Das anstellende MVZ bzw. der anstellende Vertragsarzt (bei Gemeinschaftspraxen erfolgt eine klare Zuordnung der Arztstelle zu einem der Vertragsärzte) zahlt also einen Kaufpreis für die Arztstelle, die "Zulassung" – je nach Lage und Fachrichtung einen hohen. Diese Arztstelle muss dem Anstellenden daher zwecks Amortisierung möglichst lange in Gänze zur Verfügung stehen.

Aber es kommt vor, dass ein Angestellter durch Kündigung wegfällt, oder seinen Tätigkeitsumfang auf Teilzeit redu-

ziert. Ein Nachfolger wird nicht selten erst verspätet oder nur mit geringerem Stundenumfang gefunden. Was passiert dann mit der Arztstelle?

Zunächst kann sie für die Leistungserbringung und -abrechnung nur im Umfang der aktuell bestehenden Anstellungsgenehmigung genutzt werden, also nur teilzeitig oder gar nicht mehr. Unzulässig ist ab Beendigung/Reduzierung des Arbeitsverhältnisses die Beschäftigung von Vertretern auf der Arztstelle oder gar das "Umlabeln" eigener Leistungen. Soweit und solange keine Genehmigung mehr vorliegt, liegt die Arztstelle brach.

Wie lange kann eine brach liegende, eine sog. vakante Arztstelle noch nachbesetzt werden? Das Gesetz bestimmt in § 103 Abs. 4a, 4b Sätze 3 SGB V ausdrücklich keine Frist.

Die Zulassungsgremien in weiten Teilen Deutschlands, wenn nicht in allen 17 KV-Bereichen gehen aber seit Jahren davon aus, dass eine vakante Arztstelle nach sechs Monaten verfällt – fehlt ein Angestellter, fällt sie ganz weg, gibt es nur einen z. B. 10-Stunden-Angestellten entfallen 3/4 der Arztstelle usw.! In Härtefällen

gestatten die Gremien den Anstellenden zwölf Monate Nachbesetzungsfrist.

Das BSG hat in einer ungewöhnlich emotionalen, aber dennoch schlecht begründeten Entscheidung diese Frist gegen die Auffassung des vorinstanzlichen LSG NRW bestätigt (B 6 KA 23/11 R, 19.10.2011): "MVZ dürfen freie Arzt-sitze nicht bunkern", Zitat Ärztezeitung vom 03.11.2011.

Weil das Gesetz den Fall aber in Gänze und zudem anders regelt (§ 95 Abs. 6 SGB V sieht vor, dass Zulassungen (und analog dazu die insoweit gleich-zustellenden Arztstellen) zu entziehen oder zu beschränken sind, soweit sie nicht ausgeübt werden) und gerade kein automatisches Entfallen kennt, ist jetzt in Karlsruhe eine Verfassungsbeschwerde gegen diese Verwaltungs-

praxis und Rechtsprechung anhängig, Az. 1 BvR 1989/14. (Wird fortgesetzt.)



Bernhard Brauns
Fachanwalt Medizinrecht,
Wirtschaftsmediator
LBB u. Partner, Nürnberg
Tel: 0911/30036-0
www.lbbpartner.de
kanzlei@lbbpartner.de

■ ERKENNE DICH SELBST - IM ZUSAMMENHANG MIT MENSCHENFÜHRUNG

Stellen Sie sich vor, Sie kommen morgens in Ihre Praxis oder Klinik und es empfängt Sie folgende Stimmung: entspannte Betriebsamkeit, fröhliches Miteinander und Patienten, die sich bestens versorgt fühlen – am Empfang, im Wartezimmer, bei der Behandlung. Diese angenehme Atmosphäre bleibt auch dann bestehen, wenn es Notfälle gibt, schwierige Patienten in der Praxis sind und es Abend wird.

Ihnen gefällt diese Vorstellung? Aber gleichzeitig denken Sie: "ja, das wäre toll, aber wie soll denn das gehen?" oder "so ist es aber nicht, das ist echt naiv!".

Ja, es ist möglich. Manchmal nur in kleinen und manchmal in großen Schritten – je nachdem, wie mutig Menschen sich den Anforderungen stellen, um dieses Wunschdenken in die Tat umzusetzen.

Als Dipl. Kontextual Coach (nach Prof. Dr. Peter Warschawski, exInz Institute, Baltimore), arbeitet Andrea Geuder seit Jahren erfolgreich mit Teams der oberen und mittleren Führungsebenen zusammen, die bereit sind, sich mit sich selbst und anderen Menschen konstruktiv auseinanderzusetzen. Mit dem erklärten Ziel, das tägliche Zusammenspiel von

Teams so zu optimieren, dass alle davon profitieren: Sie selbst, die MitarbeiterInnen und besonders auch die Patienten. Das Augenmerk liegt darauf, sich wechselseitig zu ergänzen, zu unterstützen und zu beflügeln, anstatt sich gegenseitig ins Wort zu fallen oder sich untereinander die Laune zu verderben.

Menschen zu führen beginnt immer bei der eigenen Person und setzt die unbedingte Bereitschaft voraus, Schwächen und Stärken erst einmal zu bemerken und dann natürlich auch "bearbeiten" zu wollen. Und dafür gibt es kein Rezept, das ist allein vom einzelnen Menschen abhängig! Eine spannende Aufgabe, sich dieser Herausforderung zu stellen – die darin investierte Zeit und Energie gibt es mit Zins und Zinseszins zurück.

Parallel dazu andere Menschen führen zu dürfen, ist ebenfalls ein hochinteressantes Spannungsfeld, denn die Eigendynamik, die sich bei Teams in der täglichen Zusammenarbeit entwickelt, ist nicht immer vorhersehbar und oft niemandem nützlich: weder der eigenen Person, noch den MitarbeiterInnen, noch den Patienten. Es schleichen sich störende Dinge ein, es "menschelt" nicht zu knapp und

das wächst sich oftmals zu einem Durcheinander und Gegeneinander aus, ohne dass es den Beteiligten voll bewusst ist.

Andrea Geuder hat sich auf die Herausforderungen rund um das Thema "Menschenführung" in Arztpraxen spezialisiert und bietet ein gezieltes Portfolio an:

- Einzelcoaching für Ärzte, Führungskräfte und MitarbeiterInnen
- Seminare für "Teamentwicklung und Teamtraining"
- Kommunikationsworkshops zur Steigerung der individuellen Fähigkeit, (auch schwierige) Gespräche souverän meistern zu können.
- Konfliktklärungsgespräche für Teams, die in Schwierigkeiten stecken



Andrea Geuder
Kontextual Coach
GoldenCoach
Kleinweidenmühle 29
90419 Nürnberg
Tel: +49 179 457 65 65

UNSERE NÄCHSTEN VERANSTALTUNGEN

| | |
|--|--|
| Hamburg 23.09.2014 ab 19:00 Uhr Verrechnungsstelle | Thema: "Ich sehe was, was Du nicht siehst und das ist:" Joachim Zieher , Geschäftsführer Verrechnungsstelle: Der finale prüfende Blick auf die Privat abrechnung Claudia Horstmann , Praxisberatung für Heilberufe: Änderungen in der KV-Abrechnung seit Einführung des ILB Dr. Birgit Schröder , Fachwältin für Medizinrecht: Chancen und Risiken von Bewertungsportalen im Internet |
| Schweinfurt 15.10.2014 ab 18:30 Uhr Verrechnungsstelle HypoVereinsbank | Joachim Zieher , Geschäftsführer Verrechnungsstelle: "Ich sehe was, was Du nicht siehst und das ist:" Der finale (Experten-) Blick auf die Privat abrechnung Dr. Lars Lindenaus , Fachanwalt Medizinrecht ETL Rechtsanwälte: Social Media – Patientenbewertungen: was geht, was geht nicht? Weitere Referenten: Dr. Oliver Hermes , "Web 2.0 und der Patient der Zukunft" und Holger Scholz , "Finanzierung – ja, aber richtig!" |

Anmeldung unter 0911 98478-34 • Fax: 0911 98478-43
Mail: marketing@verrechnungsstelle.de

IMPRESSUM

Dr. Meindl u. Partner Wirtschaftsberatung GmbH

Willy-Brandt-Platz 20
90402 Nürnberg
Tel. 0911 98 478-52
marketing@verrechnungsstelle.de
www.verrechnungsstelle.de

HRB 10748
Geschäftsführender Gesellschafter:
Dr. Rudolph Meindl

Verantwortlich für den Inhalt dieser Ausgabe:
Gülnazli Demircan

Der Infobrief basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen. Eine Haftung kann jedoch aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.