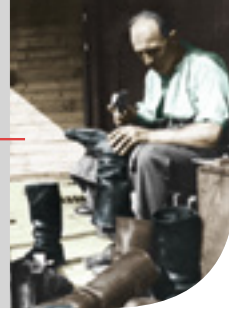




Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Lukas Meindl Senior



gegründet 1.1.1975

Zukunft braucht Herkunft



*Dr. rer. pol. Rudolph Meindl
Diplom-Kaufmann
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Seit über 47 Jahren im Dienste des Arztes*



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

■ SONDERKOMMENTAR ZUM GKV- VERSORGUNGS-STÄRKUNGSGESETZ (GKV-VSG)

Eine kritische Betrachtung

Bisher **konnte** der Zulassungsausschuss unter anderem auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überverorgten Planungsbereich ablehnen, jetzt **soll** er dies tun.

Ich gehe (dieses Mal) mit der KV absolut konform indem ich die "Zwangsaufkaufregelung" als Angriff auf die Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung sehe!!

Dies ist eine der neuralgischsten und gefährlichsten Bestimmungen. Einmal weil es wirklich ins "Eingemachte" geht und zum zweiten, weil es sehr schwer durchführbar ist. Welche Kriterien bestimmen die Entscheidungen des Zulassungsausschusses? Immer den, den es trifft, der ist, was die Verkaufschancen seines Vertragsarztsitzes anbetrifft, in dieser Situation der schlechter Gestellte. Das heißt, wer frei verkauft in einem gesperrten Gebiet, wie dies bisher üblich ist, weil der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung nicht verhindern konnte, wird in den allermeisten Fällen mehr für sein Lebenswerk erzielen. Womöglich passiert im gleichen Planungsbereich für eine andere Fachrichtung die Gesetzesanwendung. Bewertet wird höchstwahrscheinlich nach der Ärztekammermethode, die Praxis wird dadurch in der Regel wesentlich niedriger bewertet, als dies durch die (modifizierte) Ertragswertmethode der Fall ist.

Wie soll das funktionieren?

Folgende Szenarien (SZ1-SZ8) sind vorstellbar:

- SZ 1 Allgemeinmediziner** in Einzelpraxis gibt altersbedingt auf
- SZ 2 Facharzt** in Einzelpraxis wird berufsunfähig bzw. stirbt
- SZ 3 Facharzt** in Einzelpraxis gibt altersbedingt auf
- SZ 4 Facharzt** in Einzelpraxis hat einen **Jobsharing**-Partner
- SZ 5** Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aus zwei Ärzten, insbesondere dann, wenn zwei unterschiedliche Facharzt-richtungen vertreten sind
- SZ 6** Großkonstrukte, insbesondere in investitionsinten-

Fortsetzung Seite 2

■ BGH: NIEDERGELASSENE ÄRZTE KÖNNEN KEINE WAHLÄRZTE SEIN?

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 16.10.2014 (Az III ZR 85/14) ein aus unserer Sicht einschneidendes Urteil gegen stationär operativ tätige niedergelassene Ärzte gefällt, sofern diese im Rahmen ihrer Kooperation mit Krankenhäusern auch "wahlärztlich" tätig wurden und ihre Leistung gegenüber dem Patienten nach GOÄ privat abgerechnet haben.

Der BGH sieht in § 17 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), das die Erbringung wahlärztlicher Leistungen regelt, ein Verbotsgesetz. Dies bedeutet, dass nur die dort genannten "**angestellten** oder **verbeamteten** Krankenhausärzte", die ein eigenes Liquidationsrecht haben, wahlärztliche Leistungen erbringen und privat abrechnen dürfen. Nicht angestellte Ärzte, wie Honorarärzte oder andere niedergelassene Ärzte dürften selbst dann ihre Leistungen nicht gegenüber dem Patienten privat liquidieren, wenn diese im Vorfeld mit dem Patienten hierüber eine gesonderte Vergütungsvereinbarung getroffen haben.

Die in § 17 Abs. 3 KHEntgG mögliche Veranlassung (Beauftragung) von Leistungen durch den (Krankenhaus-)Chefarzt an einen niedergelassenen Arzt wird aber wiederum in dem Urteil als zulässige Möglichkeit gesehen, Teil der "externen Wahlarkette" zu werden. Das Urteil beschäftigt sich aber leider an keiner Stelle mit der Frage, welche ärztlichen Leistungen, auf diesem Weg veranlasst werden dürfen, also ob auf diesem Wege der Chefarzt auch die "Kernleistung", z. B. die Operation, "veranlassen" darf.

Letztlich besagt das BGH-Urteil aus meiner Sicht erst einmal nur, dass externe "Honorarärzte", die stationäre Wahlleistungspatienten behandeln und dabei im Rahmen der zwischen ihnen und dem Krankenhaus bestehenden "Vereinbarung" tätig werden, hieraus grundsätzlich keinen (eigenen) Liquidationsanspruch gegenüber dem Patienten haben, sondern nur gegenüber der Klinik.

Übrigens: Dieses Urteil betrifft **nicht** die Behandlung Ihrer Privatpatienten in Privatkliniken, da für diese das KHEntgG nicht anwendbar ist.

Joachim Zieher

siven Fachrichtungen (Radiologie, Strahlentherapie, Labormedizin), beginnend bei BAGs mit mindestens drei Ärzten

SZ 7 MVZs mit **je einem** Facharzt unterschiedlicher Facharztgebiete

SZ 8 MVZs mit zum Teil **mehrfach** besetzten Fachärzten aus unterschiedlichen Facharztgebieten

Zu SZ 1

Der Kauf wäre überwiegend nicht zum Nachteil, da die Nachfolge schwierig und die Bewertungsmethode wegen kleinerer Summen nicht so dramatisch wäre. Möglich wäre auch, dass kein Kauf stattfindet, da der Sitz ohnehin verfällt, da kein Nachfolger gegeben ist. Die Frage stellt sich auch, ob überhaupt ein Kauf stattfindet, wenn Klarheit darüber besteht, dass der Sitz ohnehin nichts wert ist, weil es an einem Nachfolger fehlt. Muss dann vom Kauf abgesehen werden oder hat der Arzt ein Recht auf den Kauf?

Meines Erachtens muss er dies haben, da er sich einer gesetzlichen Pflicht beugen muss, wenn der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung nicht genehmigt. Wenn ich aufgekauft werde, muss ich ja auch ein Recht haben, aufgekauft zu werden!

Zu SZ 2

Es handelt sich hier um ein unvorhergesehenes Ereignis. Bei Mangel an Vertretern Gefahr des Verfalls der Praxis. Hier wäre der Kauf für die Betroffenen (Arzt bzw. Erben) grundsätzlich kein Nachteil, wenn die Bewertungsmethode stimmt. Auch hier gilt zur Kaufspflicht das unter SZ 1 Gesagte.

Zu SZ 3

Bei einer Nachfrage nach der Facharzttrichtung, d.h. bei einer objektiv feststehenden Verkaufsmöglichkeit, stellt sich die **elementare** Frage der Bewertungsmethode. Wo ist diese gesetzlich geregelt? Ärztekammer- oder Ertragswertmethode? Ein existentieller, eklatanter Unterschied plus preiserhöhende Nachfragesituationen, die sich aus den jeweiligen Konstellationen zwischen Angebot und Nachfrage auf Basis bekannter Marktmechanismen ergeben könnten.

Zu SZ 4

Wie wird der Jobsharing-Partner berücksichtigt? Bei Erreichung der Mindestzeit (10 Jahre) hat er ja einen Rechtsanspruch auf einen Vertragsarztsitz. Wird in so

einem Szenario ein Jobsharing-Partner bessergestellt, als in einer klassischen 2-Mann-BAG?

Zu SZ 5

Wegfall eines Sitzes bedeutet Wegfall der Existenzgrundlage des verbleibenden Partners = **Enteignung**.

Zu SZ 6

Zum Beispiel bei der Radiologie bzw. Strahlentherapie. Der Wegfall eines Budgets und damit einer Fachkraft kann existenzbedrohend sein. Die hohen Fixkosten bleiben. Gemäß der **Lehre vom Grenztrag** (die letzten 100.000 Euro entscheiden über das kaufmännische Sein oder Nichtsein) ist dies eine wesentliche Verringerung des wirtschaftlichen Ergebnisses und damit eine Turboisierung des wirtschaftlichen Risikos in so einer ohnehin schon sehr reglementierten Großpraxis (nichts anderes als ein den kaufmännischen Gesetzgebungen unterworfenen kaufmännisches Unternehmen).

Wie sehen die Banken das? Wie schaut es mit der Nachhaftung des Ausscheidenden aus? (In der GBG-Gesellschaft, die in 99% aller Fälle das Rechtskonstrukt derartiger radiologischer/strahlentherapeutischer Großpraxen ist, haftet auch der ausscheidende Gesellschafter solidarisch bis zur expliziten Freistellung durch die Gläubiger [Banken, Leasingfirmen, Vermieter]).

Garantiert wesentlich geringerer Kaufpreis, da die Marktmechanismen durch Angebot (gering) und Nachfrage (hoch) durch den Zwangsaufkauf außer Kraft gesetzt sind.

Zu SZ 7

Risiken wie SZ 6 plus wesentlich schnellere wirtschaftliche Schräglage durch den Wegfall des Budgets und der Einnahmen des ausscheidenden, einzigen seine Facharzttrichtung vertretenden Partners.

Zu SZ 8

Hier sind die Auswirkungen im SZ 6 und SZ 7 dargestellt.

Fazit:

Ich rate jedem Arzt, der sich in den SZ 2-4 befindet, sich zu assoziieren, bzw. in dem SZ 5 zu erweitern (und wenn "nur" in Form einer Teilgemeinschaftspraxis bzw. überörtlichen BAG) (siehe auch aktuelles BSG-Urteil: ÜBAG's können zur Steuerung der Nachfolge (noch!) gegründet werden), da ich es mir sehr

schwer vorstellen kann aufgrund der hier dargelegten Szenarien, insbesondere in den SZ 6 – 8, einem mutwilligen Zwangseingriff unterworfen zu sein, wenn ich in einer BAG/MVZ bin.

Aber: Die Verantwortlichen, dann insbesondere auch unser Bundesgesundheitsminister Gröhe, scheinen - so ist es in den Kommentaren zu lesen - **wild entschlossen** zu sein, den Referententwurf dieses GKV-VSG durchzufechten und dies trotz Beschluss aus den eigenen Reihen (FAZ vom 03.11.2014).

Den Ärzten im SZ 1 und 2 (Arzt bzw. Erben) rate ich, **fachmännischen** Rat einzuholen, ob nicht aus der gesetzlich oktroyierten Soll (Aufkaufs)-Bestimmung ein Rechtsanspruch auf Kauf hergeleitet werden kann (siehe SZ 1, SZ 2 und SZ 3).

Im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hatten wir diese Problematik schon einmal. 1996 bestimmte dieses Gesetz, dass alle Praxen, die ab 01.01.1999 in überversorgten Gebieten aufgelöst werden, nicht mehr zu verkaufen sind. Ich habe damals schon klar und deutlich gesagt, dies hat grundgesetzliche Problematiken, denn das **Recht auf Eigentum** ist grundgesetzlich geregelt. Da im Falle des "Zwangsaufkaufs" in den weitaus überwiegenden Fällen weniger bezahlt wird, kommt dies m. E. einer **Teilentzignung** gleich!

Seehofer, als der damalige Gesundheitsminister, der das GSG zu verantworten hatte, hatte nach dem Deutschen Ärztetag 1997 oder 1998 eine absolute Kehrtwendung gemacht und den damals von mir schon als grundgesetzlich unmöglichen Passus des entschädigungslosen Aufkaufs von Praxen in überversorgten Gebieten gestrichen.

Zum Schluss stellt sich natürlich noch die ganz elementare Frage:

Wer zahlt von welchem Geld wieviel und was?

- Für die Sitze/Praxen?
- Für die eventuellen Schadenersatzforderungen?
- Für den Verwaltungsaufwand?

Vielleicht die Ärzte??

Es wäre ein Hohn!

*Dr. Rudolph Meindl
Seit über 47 Jahren im Dienste des Arztes*



■ D-DIMER-SCHNELLTEST

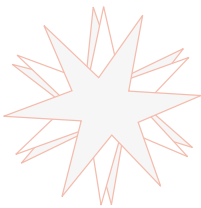
Abrechnungsempfehlung der BÄK für die Protein-Tests

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 14. Februar 2014 folgende Abrechnungsempfehlung beschlossen:

D-Dimer-Schnelltest im Rahmen einer patientennahen Labor-Sofortdiagnostik (POCT)

- Bestimmung apparativ-quantitativ: (entsprechend Nr. A 3732) analog Nr. 3741 GOÄ, um Zeit- und Kostenaufwand sowie Schwierigkeitsgrad gerecht zu werden
- Bestimmung visuell-qualitativ: Nr. 3937 GOÄ

Joachim Zieher



■ FÜR SIE GELESEN:

Anstellungsverhältnis kann Gewerbesteuer auslösen

Ein angestellter Arzt kann dann Gewerbesteuer auslösen, wenn der Praxisinhaber nicht die volle fachliche Verantwortung für die Leistungen des angestellten Arztes übernimmt. Problematisch wird es dann, wenn ein Arzt in einer Außenstelle angestellt wird – noch problematischer, wenn der dort angestellte Arzt im Verhältnis zum Fach des Praxisinhaber fachfremd ist. Hier muss um so mehr gewährleistet sein, dass der Praxisinhaber Ansprechpartner ist.

Vermieden werden könnte dies durch die Beteiligung eines angestellten Arztes; aber wer wird das schon so schnell tun, insb. unter dem Gesichtspunkt der Beteiligung innerhalb einer BGB-Gesellschaft und das sind alle ärztlichen Konstrukte mit ganz wenig Ausnahmen.

Quelle: Deutsche Bank, medNachrichten, Ausgabe 3/2014

Praxisveräußerung wird schwieriger

Bis 2020 werden rund 52.000 Praxen zur Übergabe stehen und nur noch jeder vierte Arzt macht sich aufgrund einer Erhebung der KVB selbständig. In Ballungsgebieten wird es weiterhin lukrative Verkaufserlöse geben, in Mittel- und Kleinstädten wird es dagegen sehr viel schwieriger werden, Nachfolger für eine erfolgreiche Praxisübergabe zu finden.

Der Vorschlag von Herrn Dr. Rudolph Meindl auf Basis seiner über 47-jährigen Erfahrung heißt:

Frühzeitig mit dem Gedanken sich vertraut machen. Frühzeitig heißt unter Umständen schon fünf oder mehr Jahre vorher, wobei ganz wichtig dabei zu beachten ist, Vertraulichkeit nach allen Seiten zu wahren!

Dr. Rudolph Meindl

■ MODERNES PRAXISMARKETING - NEUE PATIENTEN IM INTERNET GEWINNEN

Vier von fünf Deutschen nutzen regelmäßig das Internet. Kein Wunder also, dass es andere Medien bei der Arztsuche schon seit längerem abgelöst hat. Eine aktuelle Studie hat ergeben, dass 42 % der Internetnutzer ihren Arzt über Google suchen, 31 % direkt auf Arztbewertungsportalen wie zum Beispiel jameda, Deutschlands größte Arztbewertung.

Damit auch Sie im Internet gefunden werden, ist es wichtig, professionelles Online-Praxismarketing zu betreiben. Wir stellen Ihnen hier Maßnahmen zur Gewinnung neuer Patienten vor:

1. Eigene Praxis-Homepage mit relevanten Informationen:

Achten Sie darauf, dass Sie Ihren Patienten auf Ihrer Homepage die wichtigsten Informationen zur Verfügung stellen. Dazu gehören Ihre Kontaktdaten sowie eine Anfahrtsbeschreibung: leicht auffindbar und möglichst auf allen Seiten. Wichtig sind auch Fotos, so dass sich die Patienten ein Bild von Ihnen, Ihren Angestellten und Ihrer Praxis machen können. Denken Sie daran: Bilder schaffen Emotionen und verbinden!

2. Aussagekräftiges Profil bei einem Arztverzeichnis:

Arztverzeichnisse oder auch Arztbewertungsportale verzeichnen eine hohe Erfolgsquote bei der Suche: Jeder dritte Patient hat bereits einen Arzt aufgesucht, den er zuvor auf einem Arztbewertungsportal gefunden hat.

Suchen Sie zur Präsentation Ihrer Praxis ein für Sie passendes Arztverzeichnis aus und bereichern Sie Ihr Profil mit ausführlichen Beschreibungen und Fotos. Nutzen Sie die Möglichkeit diverser Portale, Experten-Artikel einzustellen, um Ihre Glaubwürdigkeit zu untermauern, Sie als Experte zu positionieren und zur Abgrenzung vom Wettbewerb.

3. Auffindbarkeit bei Google:

Google ist der wichtigste Kanal, um von Patienten gefunden zu werden; zudem hat Arzt Einfluss darauf, zu welchen Suchanfragen er gelistet wird. Grundsätzlich gibt es für Ärzte drei Wege, um in Google gefunden zu werden:

Suchmaschinenoptimierung der eigenen Website:

Sorgen Sie auf Ihrer Homepage für gute und individuelle Inhalte und setzen Sie Ihren Link bei dem richtigen Arztverzeichnis. Dadurch gewinnt Ihre Homepage für Google an Relevanz, so dass Sie leichter auffindbar sind.

Anzeigen in Google (Suchmaschinenmarketing):

Google-Nutzer finden zu ihren Anfragen auch passende, bezahlte Anzeigen. Die Preise dieser Anzeigen variieren sehr stark und sind unter anderem abhängig von Nachfrage und Wettbewerb des entsprechenden Suchbegriffs.

Ein Eintrag bei Google+ Local:

Google+ Local ist eine Art Branchenbuch von Google, mit dem Sie die lokale Sichtbarkeit Ihrer Praxis in Google stärken können. Die (kostenlosen) Profile werden bei einer exakten lokalen Suchanfrage nach dem Namen des Arztes angezeigt. Zudem können die Profile bewertet werden.

4. Empfehlungsmarketing durch zufriedene Patienten:

89% der Patienten finden bei der Arzt-suche die Meinungen anderer hilfreich.

Sprechen Sie die Patienten darauf an, online eine Empfehlung für Sie abzugeben oder legen Sie in Ihrer Praxis Kärtchen aus, die darüber informieren, in welchem Portal Sie gelistet sind.

Haben Sie eine kritische Bewertung erhalten? Versuchen Sie gelassen zu bleiben – vereinzelte kritische Kommentare machen ein Arztprofil glaubwürdiger. Nutzen Sie die Möglichkeit, direkt auf Kritik zu reagieren und bedanken Sie sich für das Feedback: Das kommt gut an bei

Patienten; der Bewerter fühlt sich wertgeschätzt und revidiert möglicherweise sogar seine Meinung.

5. Erfolgsmessung:

Analysieren Sie dazu die Besucherzahlen auf Ihrer Homepage und befragen Sie neue Patienten, wie sie auf Ihre Praxis aufmerksam geworden sind. Zudem bieten manche Portale regelmäßige Reportings, die Ihnen einen Überblick zu Profilaufrufen, Anzahl von Empfehlungen und vieles mehr geben.

Weitere Informationen und hilfreiche Tipps zur Optimierung Ihres Online-Praxismarketings finden Sie auf unserer Homepage unter Praxismarketing.



Markus Reif
Mitglied Geschäftsleitung
und Gründer von jameda
Tel.: 089 / 2000 185 44
www.jameda.de

■ GOÄneu - MEHR GELD FÜR "SPRECHENDE MEDIZIN"?

Glaubt man den Bekundungen der Teilnehmer an den Verhandlungen zur GOÄneu und den verschiedenen Publikationen im Internet, so soll eine neue GOÄ vor allem auch die sprechende Medizin stärken und damit entsprechend wirtschaftlich besser abbilden, als dies aktuell der Fall ist.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder auch von "konkreten Vergütungserhöhungen" gesprochen, ganz so, als ob hierüber bereits Einigkeit (zwischen wem?) bestünde.

Ein dabei kolportierter Betrag ist der für die Beratung von mind. einer Stunde, der mit **183,- €** beziffert wird. Dies würde gegenüber der Bewertung der aktuell in der GOÄ enthaltenen, dem Zeitanatz entsprechenden Ziffer 30 (Homöopathi-

sche Erstanamnese, mind. 60 Minuten) eine Erhöhung um fast 52 % bedeuten.

Oder anders formuliert: Eine "Arzt"-Stunde (bei ungeteilter Aufmerksamkeit des Arztes!) wird mit **maximal 183,- €** kalkuliert. "Maximal" deshalb, da vermutlich keine minutengenaue Abrechnung möglich sein wird, sondern – wie bisher – dieser Betrag überhaupt erst ab einer vollen Stunde berechnet werden kann. Dauert die tatsächliche Beratung aber 70 oder 80 Minuten oder länger, wäre vermutlich dennoch nur dieser Betrag berechnungsfähig, wodurch sich der "Stundenlohn" wieder entsprechend verringert.

Auch für andere Beratungsleistungen werden bereits "konkrete Vergütungshöhen" genannt:

- Kurzberatung bis 10 min. (bislang Ziffer 1): 12,24 € statt 10,73 €
- Beratungen zwischen 10 und 20 min (bislang Ziffer 3): 34,97 € statt 20,11 €
- Beratungen mehr als 20 min. (bislang Ziffer 34): 61,20 € statt 40,22 €

Doch gerade bei der **sprechenden Medizin** kommt es nicht nur darauf an, ob die einzelne Leistung in ihrer Bewertung angehoben wird, sondern vielmehr auch darauf, ob es künftig möglich sein wird, notwendige Gespräche dann auch wirklich abrechnen zu dürfen!

Warten wir also erst einmal ab, wie die tatsächliche Ausgestaltung der "sprechenden Medizin" in einer GOÄneu sein wird.

Joachim Zieher



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.