INFOBRIEF Mitteilungen für Mediziner und Geschäftspartner Ausgabe 3 · 2012

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
Öffentlich bestellter und vereidigter
Sachverständiger für die Bewertung von
Arzt- und Zahnarztpraxen
Seit 45 Jahren im Dienste des Arztes

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

QUO VADIS DUALES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM

Immer wieder flackern im Zusammenhang mit der Forderung nach Wettbewerb im Gesundheitswesen Diskussionen aus unterschiedlichsten Interessensgruppen auf, die sich mit den Vor- und Nachteilen des deutschen dualen Krankenversicherungssystems befassen.

Nunmehr hat kein geringerer als der Deutsche Juristentag plötzlich und auch für Insider eigentlich unerwartet die Diskussion angestoßen, und zwar nicht, indem er die Frage nach Für und Wider dieses dualen Systems gestellt hat, sondern im Sinne des Mehrwettbewerbs gleich einen völligen Systemwechsel ins Gespräch brachte. Weg vom dualen System der Krankenkassen, hin zu einem monistischen System nach niederländischem Vorbild, so lautet die Forderung.

Der Verband der Privaten Krankenkassen (PKV) witterte hinter diesem Vorschlag einen Frontalangriff auf die privaten Krankenversicherer, und zwar nicht deshalb, weil es ein Gutachten der Abteilung Sozialrecht gibt, sondern weil sich Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Professor an der Regensburger Universität, durch ein ergänzendes Gutachten in die Diskussion einschaltete und dieses Gutachten weit über den Ursprungsauftrag hinausging, der die Frage "dual oder monistisch" noch ausgeklammert sah.

Ich habe mir das Gutachten "**Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?**" von Prof. Dr. Thorsten Kingreen besorgt und möchte dazu wieder einmal – wie bereits beim Prognos-Gutachten (s. Sonderinfobrief Juli 2011) – meine kritische Meinung abgeben. Ich verweise wiederum darauf, dass ich dies auf Basis meiner über 45-jährigen Tätigkeit im Dienste der Ärzte tue und nicht als Jurist und schon gar nicht – da ich dazu auch nicht die profunden Kenntnisse habe – als Professor für Rechtswissenschaft.

Ich glaube, dass die duale Krankenversicherungsordnung auch über einen weiteren großen Zeitraum hinaus bestehen bleibt:

1) Obwohl der Gesetzgeber, gestützt auf das Grundgesetz, ein einheitliches Krankenversicherungssystem für die Bevöl-

Fortsetzung Seite 2

ABGESANG AUF DIE PRIVATMEDIZIN

An allen Fronten bläst man mittlerweile Attacke gegen die Private Krankenversicherung. Sei es, wenn es um die Reformierung der Gesetzlichen Krankenversicherung hin zu einer "Bürgerversicherung" geht, in der die PKV "überflüssig" scheint. Oder man in dem Zugeständnis, auch der PKV die gesetzlichen Arzneimittelrabatte zu gewähren, eine weitere Annäherung an das GKV-System sieht. Oder wenn Meldungen die Runde machen, dass "Private" bei Organtransplantationen bevorzugt würden, natürlich aus rein monetären Gründen. Oder die PKV massiv die Beiträge erhöht.

Jetzt mischt sich in diesen Kanon auch noch die Unfähigkeit von BÄK und PKV-Verband, eine – längst überfällige – Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf den Weg zu bringen. Auf dem diesjährigen Kongress für Privatmedizin in Köln haben sich jedenfalls sowohl Vertreter der Ärztekammer als auch des PKV-Verbandes klar positioniert, dass eine Einigung in dieser Legislaturperiode kaum mehr zu erwarten sei. Und vielleicht ist ja nach der nächsten Bundestagswahl eine "neue GOÄ" auch nicht mehr erforderlich, mag da der ein oder andere erschrocken oder schmunzelnd, je nachdem welcher Ideologie er folgt, denken.

Das heute existierende duale System in der ärztlichen Versorgung hat unser Gesundheitssystem zu einem der innovativsten und leistungsfähigsten der Welt gemacht, um das uns viele Länder, vor allem aber deren Patienten, beneiden. Doch was aktuell von Politik, Ärzteschaft und vor allem der PKV an Signalen kommt, erweckt den Eindruck, dass man sich mit der drohenden "Einheitskasse" bereits abgefunden hat. Kampfgeist sieht in meinen Augen jedenfalls anders aus.

Hier steht ein System zur Disposition, das seine Leistungsfähigkeit über Jahrzehnte unter Beweis gestellt hat, das im besonderen Maße dadurch sozial ist, dass es den medizinischen Fortschritt fördert und dadurch – wenngleich häufig auch nur sehr langsam – allen Versicherten zugänglich macht.

Noch scheint alles in Ordnung, doch irgendwie kommt es mir so vor, als ob aus der Ferne schon Glockengeläut zu hören wäre ...

Joachim Zieher

kerung etablieren könnte, wird ihm die Gestaltung des Übergangs innerhalb eines weit gesteckten Zeitraumes nicht gelingen. Der Grund dafür liegt in den historisch gewachsenen Institutionen und hochkomplexen Regelungsstrukturen, die das Vertrauen der Versicherten und ihrer Unternehmen in die Kontinuität einer leistungsfähigen und finanzierbaren Versicherung gegen Krankheit gewährleisten. Dieses duale System besteht mehr als ein Jahrhundert und die eingeschlagenen Pfade erzeugen Besitzstände und Beharrungskräfte, die sich meines Erachtens über einen sehr langen Zeitraum auch gegen – aus der Sicht derjenigen, die dieses System abschaffen wollen – politisch-ökonomische Rationalitäten richten.

2) Die privaten Krankenversicherer haben mittlerweile per Gesetz eine allgemeine Versicherungspflicht über den sog. Basistarif, der schon relativ nahe an den Leistungskatalog der GKV angepasst ist.

3) Aufgrund des nach deutscher Rechtsauffassung bestehenden Vertrauensschutzes für die Privatversicherten, dass an deren Status, d.h. Mitglied einer privaten Krankenversicherung sein zu können, nicht per Gesetz gerüttelt werden kann, ist ein möglicher gewinnbringender Transfer (auch insbesondere der jungen Versicherten mit hohem Einkommen) aus dem PKV-Bereich in den GKV-Bereich nicht möglich – eine weitere große Hürde für die mittel- bis langfristige Umsetzung in ein monistisches KV-System.

4) Das Privatversicherungsrecht stellt mit der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) einen passenden Rechtsrahmen sowohl für die GKV wie auch für die PKV bereit und es kommt in diesem VVaG (wie auch zum Großteil noch bei anderen Versicherungssparten), eine Gefahrengemeinschaft gleichartig Gefährdeter zur Geltung. Der Verein ist durch diese Rechtsform mitgliedschaftlich strukturiert, d.h. Mitglieder können nur Versicherte sein, was einer über 100 Jahre währende Tradition entspricht. [1])

5) Diese Rechtsform des VVaG (in der auch der älteste deutsche Lebensversicherer, die Gothaer Lebensversicherung, gegr. 1827, über 175 Jahre ihr Geschäftsmodell betrieben hat) ist aufgrund ihrer historischen und konzeptionellen Nähe zur Körperschaft des öffentlichen Rechts (die GKV-Versicherer) in der Lage, sozialstaatliche Strukturen zu leben.

6) Wie auch in anderen Wirtschaftszweigen der öffentlichen Vorsorge (Energie, Verkehr, Telekommunikation) ist der Wettbewerb durch das duale System wesentlich stärker gewährleistet und die für den Versicherten gefährliche Entwicklung einer möglichen Mono/Oligopol-Situation, wie wir dies ja jetzt durch die Konzentration der GKV-Versicherer im öffentlichen Versicherungsbereich haben, so gut wie ausgeschlossen.

7) Das für die Beamten geltende Beihilferecht (die Hälfte aller Privatversicherten sind Beihilfe-Berechtigte) ist genauso historisch verankert, wie die oben angeführte Situation im VVaG-Bereich. Eine Abschaffung durch eine angemessene Beteiligung des Dienstherren an den Versicherungsbeiträgen ist in der derzeitigen Währungs- und Wirtschaftskrise unmöglich, da dies alle öffentlich-rechtlichen Institutionen in einem Maße belasten würde, welches die Kommunen respektive der Staat nicht zu tragen in der Lage und auch nicht gewillt sind.

8) Ein weiteres Problem sind die unterschiedlichen Leistungskataloge von GKV und PKV. Grundsätzlich wäre dieses Problem zu lösen im Rahmen der Aufsplittung zwischen solidarischer Basisversorgung und einer (privat zu finanzierenden) Zusatzversorgung.

9) Die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit, insbesondere der hochtechnisierten, subspezialisierten Fachärzte – deren medizinisches Equipment Ihre sämtlichen Patienten (inkl. der gesetzlich Krankenversicherten) in den Genuss des technischen Fortschritts und damit in eine eklatante Lebensqualitätsverbesserung und individuelle Lebensverlängerung bringt – wäre garantiert nicht mehr gewährleistet, denn es wird kein Hehl daraus gemacht, dass der selbständige, sich im bipolaren Spannungsfeld als Arzt-Unternehmer befindliche niedergelassene Arzt nur deshalb seine Therapie- und Diagnoseleistungen auf dem hohen technischen Stand erbringen kann, wenn im **dualen Versicherungssystem nach wie vor die Privatversicherten ein Bestandteil seines Klientels sind.**

Anmerkung:
Aus dieser Erkenntnis zu folgern, dass Ärzte sich vornehmlich in Gebieten niederlassen, wo sie ein höheres Privatklientel vermuten, ist völlig falsch und geht an der Realität vorbei. Wenn man dieses Argument dann noch soweit führt, dass der Ärztemangel in strukturschwachen ländlichen Gebieten, insbesondere in den neuen Bundesländern, aus diesem Grund entstanden ist, dann ist diese Argumentation an den Haaren herbei gezogen.

Fazit:

Auch wenn Deutschland das **einzige Land** im europäischen Wirtschaftsraum mit diesem **dualen Krankenversicherungssystem** ist und auch wenn die Niederlande immer wieder als Vorbild für ein monistisches System herangezogen werden, entspricht Deutschland – wie so oft auch dieses Mal – der **gesamteuropäischen Idee**. Mit Recht betont die Europäische Kommission im Rahmen des sog. Lissabon-Prozesses die Notwendigkeit, **gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge** für alle und dies ist in keinem Staat Europas besser als in Deutschland und dies wiederum ist nur möglich aufgrund des dualen Systems, das – zugegeben – natürlich auch Kritikpunkte offen lässt.

Dr. Rudolph Meindl

PS: Grundlage dieser kritischen Betrachtung ist zum einen die Thesenaufstellung (Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?) und das Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.09.2012 durch Herrn Professor Dr. Thorsten Kingreen, dem ich dafür danken möchte, dass er mir die Möglichkeit gab, aus seinem profunden und mit hohem Wissen ausgestatteten Gutachten zu zitieren. **Als "Sachanwalt" des niedergelassenen Arztes fühle ich mich moralisch zu dieser Interpretation verpflichtet.** Meine über 45-jährige Erfahrung hilft mir dabei.

[1]) Aus der Kranken- u. Sterbekasse f. selbständige Handwerker u. Gewerbetreibende wurde 1906 die Nova-Krankenversicherung aG (VVag); aus der Kranken- u. Unterstützungskasse d. selbständigen Handwerker, Bezirk Handwerkskammer Dortmund wurde 1907 die Signal-Krankenversicherung aG (VVag)

WO DER TOD DEM LEBEN HILFT

Vor wenigen Wochen hatten Mitarbeiter unserer Verrechnungsstelle die einmalige Chance, eine exklusive Führung im Anatomischen Institut der Uniklinik Erlangen zu erhalten, die von Herrn Dr. Thomas Buder geleitet wurde. Wer mit dem Wort Anatomie nur das verbindet, was Hollywood uns glauben macht, der erwartet hier dunkle und kalte Kellerräume, ein skurriles Gruselkabinett und kauzige Ärzte.

Umso bemerkenswerter war der Auftritt von dem sympathisch strahlenden Herrn Dr. Buder, der sich viel Zeit genommen hatte, um zunächst auf die ethischen und moralischen Hintergründe einer Körperspende einzugehen. Erst nachdem alle Fragen intensiv beantwortet waren, wurden wir wenig später an den Seziertisch geführt, um anhand eines menschlichen Torsos viel über die anatomischen Zusammenhänge des menschlichen Körpers beigebracht zu bekommen.

Der Saal war bei hellstem Sonnenschein lichtdurchflutet und hatte damit so gar nichts von dem, was ich bis dato mit dem Wort Anatomie verband. Wie sagte Herr Dr. Buder so schön: "Bei uns kommen die Toten ans Licht".

Es war Herrn Dr. Buder ein großes Anliegen, durch sehr gezielte zum Teil schwierige und hintergründige Fragen die Anatomie des Menschen plastisch zu erklären, damit die Veranstaltung keinem Voyeurismus gleichkam. Eben dieser in hohem Maße pietätvolle Umgang mit dem Leichnam war für mich persönlich enorm beeindruckend. Mit Respekt durften wir sogar haptisch die Organe erleben. Es war beeindruckend ein menschliches Herz zu berühren, eine Lunge zu umfassen, Gallensteine zu spüren und den Verlauf eines Herzschrittmachers zu verfolgen.

Es ist absolut einsehbar, dass es einem angehenden Arzt möglich sein muss, sich ein möglichst realistisches Bild vom menschlichen Körper zu machen. Diejenigen, die sich für eine Körper-/Organspende entscheiden, verdienen in diesem Zusammenhang meinen allerhöchsten Respekt.

Für mich als bekennenden Organspender war die Führung Anlass genug, um sehr ernsthaft über eine Körperspende nachzudenken und sei es nur deshalb, dem Menschen Dankbarkeit zu zollen, der mir für einen Moment einen derart tiefen Einblick in seinen Körper gewährt hat.

Anatomie dient immer einem höheren Zweck und hilft auch über den Tod hinaus, das Leben besser zu verstehen.

Kay Obermüller

UNISEX UND DIE FOLGEN

Der Europäische Gerichtshof hat alle Versicherer verpflichtet, künftig bei Neuabschlüssen von Frauen und Männern gleich hohe Beiträge zu verlangen. Das hat zur Folge, dass ab 21.12.2012 die Beiträge geschlechterneutral kalkuliert werden müssen. Was bedeutet das für Sie persönlich?

Die Beiträge steigen für Männer bei folgenden Versicherungen:
- Berufsunfähigkeits-Versicherung
- Rentenversicherung
- Private Pflegeversicherung
- Krankenversicherung

Für Frauen steigen die Beiträge bei folgenden Versicherungen:
- Risikolebensversicherung
- Unfallversicherung

Sollten Sie in naher Zukunft eine solche Versicherung benötigen und/oder Ihre Absicherung aufstocken wollen, empfehlen wir Ihnen, die entsprechenden Abschlüsse noch in diesem Jahr zu tätigen, da ab 2013 in den genannten Sparten Beitragssprünge von 1 bis 50 % zu erwarten sind.

Für nähere Informationen oder detaillierte Angebote stehen Ihnen unsere kompetenten Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

M&C Assekuranzmakler
Thomas Schiller
Dipl.-Betriebswirt (FH)
Bankkaufmann
Versicherungsfachmann (BWV)
Tel. 0911-234209-42

NEUES PATIENTENRECHTEGESETZ

Der Bundestag hat noch kurz vor Weihnachten 2012 das "Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" verabschiedet. Die in der Rechtsprechung schon länger verankerten Grundsätze werden nun auf eine gesetzliche Basis gestellt und in einem Gesetzestext zusammengeführt.

Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird ausdrücklich der ärztliche Behandlungsvertrag verankert, Patienten müssen verständlich und umfassend informiert werden, etwa über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Diese Informationspflicht besteht auch für die mit der Behandlung verbundenen Kostenfolgen. Auch die wirtschaftliche Aufklärungspflicht findet damit nun ausdrücklich Eingang in den Kanon der vertraglichen Nebenpflichten.

Die schon immer gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung erfordert nun explizit, dass grundsätzlich alle Patienten umfassend über eine bevorstehende konkrete Behandlungsmaßnahme und über die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden müssen. Damit sich der Patient seine Entscheidung überlegen kann, muss rechtzeitig vorher ein persönliches Gespräch geführt werden – eine schriftliche Aufklärung reicht alleine nicht aus.

Ferner werden auch die Dokumentationspflichten bei der Behandlung im Gesetz niedergeschrieben. Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist. Patientinnen und Patienten wird ein gesetzliches Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte eingeräumt, das nur unter strengen Voraussetzungen und künftig nur mit einer Begründung abgelehnt werden darf.

Daneben werden auch die Versichertenrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebaut, so sind die gesetzlichen Krankenkassen nun verpflichtet, ihre Mitglieder bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen zu unterstützen, wie z. B. medizinische Gutachten

Ein Rauch verweht – Ein Wasser verrinnt – Eine Zeit vergeht – Eine neue beginnt (Joachim Ringelnatz)

Das Gesetz schreibt jetzt fest, was seit längerem in der gerichtlichen Praxis Usus ist. Der medizinische Dienst der Krankenkassen war auch vor der Kodifizierung schon in der Unterstützung von Schadenersatzansprüchen der Versicherten aktiv.
Der aufgeklärte und mündige Patient wird nun mehr denn je in der Arztpraxis zu finden sein.

Der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr formuliert es so: Unser Leitbild ist der mündige Patient. Patientenorientierung und Patientenautonomie sind erklärte Ziele unserer Gesundheitspolitik

Weiterführende Informationen:
http://www.patientenbeauftragter.de/

Florian Braitinger

KRAUT UND RÜBEN BEI BESCHWERDEN?

Verbesserungspotenziale...

...aus Beschwerden werden in der Arztpraxis häufig zu wenig genutzt. Schuld daran kann die inhomogene, individuelle Zählpraxis der Beschwerden sein. Wie definieren Sie eine Beschwerde? Welche Bezugsgröße verwenden Sie für Beschwerdequoten und welchem Zweck dient deren Erfassung?

Beschwerden gelten als wertvolle Quellen für Prozessverbesserungen. Zuerst muss klar definiert werden, was eine Beschwerde ist und wann und wie sie erfasst wird. Bei Produkten ist das weitaus einfacher als im Dienstleistungsbereich und im Gesundheitswesen. Klassische Beschwerdethemen in der Arztpraxis sind: lange Wartezeiten, falsche Privatrechnungen, unzureichende Informationen, verspätete Berichte für Zuweiser und schlechte Erreichbarkeit.

Eine wesentliche Rolle bei der Berechnung der Beschwerdequote spielt die Bezugsgröße. So kann die Anzahl der Beschwerden auf die Anzahl der Patienten bezogen werden. Eine reine Gegenüberstellung der Anzahl der Beschwerden pro Zeitraum ist nicht immer aussagekräftig.

In der Praxis soll die Beschwerdestatistik zur Qualitätsverbesserung genutzt werden. Außerdem ist die Beschwerdequote auch ein Maß für Kundenzufriedenheit. Zwischen der externen Sichtweise (Kundenzufriedenheit) und der internen Sichtweise (Fehlerstatistik) wird unterschieden.

Die interne Fehlerstatistik zeigt direkte Verbesserungspotenziale auf, die Kundenbeschwerden müssen erst interpretiert werden, um das Verbesserungspotenzial sichtbar zu machen. Nicht nur Patienten sondern auch überweisende Kollegen sind Kunden.

Wichtig ist vor allem auch die Außenwirkung: die Beschwerden werden nicht nur intern erfasst und bearbeitet, sondern nach Beseitigung des Problems auch publik gemacht. Entweder der Beschwerdeführer wird direkt informiert oder es geht eine Info an alle Patienten oder Zuweiser z.B. über ein Rundschreiben, die Homepage oder die Praxiszeitung. Der Kunde muss sehen, dass Sie stets an einer Qualitätsverbesserung interessiert sind und Anregungen aufnehmen.

Gaby Hergenröder

NEUE RICHTLINIE DER BÄK

für individuelle Gesundheitsleistungen

Um Diskussionen zu versachlichen und ausgewogen über die aktuellen Selbstzahlerleistungen zu informieren, haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen überarbeiteten IGEL-Ratgeber vorgelegt.

Der gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin entwickelte Ratgeber wird von allen Ärzteverbänden unterstützt. Näheres finden Sie unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/IGELcheck2Aufl20121113.pdf

Florian Braitinger
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Ainmillerstr. 28
D-80801 München
Tel.: 089-55 0 55 89-0

FORTBILDUNG UNSERER MITARBEITER

Um sich auch im Bereich der GOÄ-Abrechnung operativer Leistungen stetig fortzubilden, nehmen unsere Mitarbeiter gerne Angebote zur Hospitation bei Operationen an.

Unter anderem durften unsere Mitarbeiter im Bereich wirbelsäulenchirurgischer Leistungen bei einem unserer Kunden Einblick erhalten. Hier bot sich die Gelegenheit, bei ventralen Cageimplantationen im Bereich der HWS, bei Nukleotomien, Dekompressionen sowie der operativen Behebung von Spinalkanalstenosen teilzunehmen.

Neben den optischen Einblicken konnten die Mitarbeiter viele Fragen stellen, die im Abrechnungs-Alltag bei der Auswertung von OP-Berichten auftauchen und die von unserem Kunden aus medizinischer Sicht sehr ausführlich beantwortet wurden.

Durch die Zusammenführung des medizinischen Wissens unseres Kunden und der Kenntnisse im Bereich der GOÄ-Abrechnung unserer Mitarbeiter sind solche Hospitationen eine ausgezeichnete Fortbildungsmöglichkeit, um die Abrechnungen optimal zu erstellen. Diese Fortbildung ist Teil einer komplexen Weiterbildungsstrategie in unserem Hause.

Manuela Böhner und Monika Mendl

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:
Gabriele Popp, Dipl.-Ing. (Univ.), MHBA

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

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