



Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

INFOBRIEF



*Dr. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann
Geschäftsführender
Gesellschafter -
seit über 40 Jahren
im Dienste
des Arztes*

FÜR SIE GELESEN

und aus meiner Erfahrung subjektiv interpretiert

(Bertelsmann... wie einflussreich ist die Stiftung...?!)

Aufgrund immer wieder gehörter, zum Teil sehr emotionsgeladener dargelegter Kritik aus Ihren Reihen zum **Einfluss der Bertelsmann-Stiftung** auf das Deutsche Gesundheitswesen habe ich mir einmal die unterschiedlichen Veröffentlichungen dieser Stiftung angesehen, um nach den Ursachen dieser Kritik zu forschen. Dabei fiel mir die aus dem Jahre 2003 veröffentlichte Ausführung zum Thema **Europäisierung des Gesundheitswesens** (Perspektiven für Deutschland) in die Hände.

Um es vorweg zu nehmen, zuerst einmal wollte ich mich diesem Inhalt nicht widmen, weil die Europäisierung, aufgrund anderer Problemfälle, momentan garantiert nicht das Thema der niedergelassenen Ärzteschaft ist. Dies hat auch der Herausgeber (Seite 93) bestätigt, denn als Fazit wird festgestellt, dass „das Ausmaß der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ trotz des großen öffentlichen Widerhalls der Urteile des EUGH sehr gering ist“. Weiterhin bestätigt der Herausgeber, dass aus dem ihm vorliegenden spärlichen Datenmaterial **sich keine Steigerung der Patientenmobilität** als Folge der Urteile des EUGH ableiten lässt. Beim Weiterlesen habe ich den subjektiven Eindruck gewonnen, dass die Verfasserin (die Stiftung) nur nach einem Grund suchte - nämlich die grenzüber-

schreitenden Vertragswettbewerbsregulierungen - um ihre Szenarien entwickeln zu können.

Hiervon einige Kostproben:

1. Der Gesetzgeber muss den Krankenkassen die Möglichkeit einräumen, mit **ausgesuchten Leistungsanbietern** Verträge abzuschließen, unabhängig davon, ob diese im In- oder Ausland zugelassen sind. Anmerkung von mir: Was hat hier das Ausland noch für einen Einfluss?
2. Der **Wettbewerb** um die **Art der Leistungserbringung** (damit sind Sie als Ärzte gemeint), wird nach Meinung der Stiftung zu höheren Bandbreiten in der Wirtschaftlichkeit und damit auch in der Qualität der gesundheitlichen Versorgung führen. Besonders innovative **Krankenkassen** und **Leistungsanbieter** werden qualitativ hochwertige Angebote zu **günstigen Preisen** machen. Die Stiftung fordert also nicht nur **Leistungs-**, sondern auch **Vertragswettbewerb** und sieht keine unterschiedlichen Qualitäten in der gesundheitlichen Versorgung, wenn drei Voraussetzungen in der Wettbewerbsordnung erfüllt werden:
 - 2.1 Alle **Krankenkassen** und **Leistungsanbieter** müssen Mindestanforderungen an Qualitätsstandards einhalten.
 - 2.2 Die Versicherten müssen ihr Kassenwahlrecht regelmäßig ausüben können.
 - 2.3 Es müssen den Versicherten von **unabhängiger Seite** selbst regelmäßig standardisierte und gut verständliche Informationen über **Preis** und **Qualität** in den unterschiedlichen Versorgungsangeboten der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Hierzu ist es nach Meinung der Stiftung erforderlich, eine Reihe von berufsrechtlichen Regelungen, z.B. die **Musterberufsordnung** der Ärzte, zu **modifizieren**.
3. Dieser angeregte **Vertrags- und Leistungswettbewerb** führt nach Meinung der Stiftung dazu, dass im Durchschnitt die **Qualität** in der **gesundheitlichen Versorgung** gegenüber der jetzigen Situation **deutlich** verbessert wird.
4. Dieser hier geschilderte Leistungs- (Qualitäts-)Vertragswettbewerb (und dem ist großer Wert beizumessen) macht nach Meinung der Stiftung aus ökonomischer Perspektive (Wirtschaftlichkeitsdenken um jeden Preis) nur dort Sinn, **wo Krankenkassen aus einer breiten Palette von ambulanten und stationären Anbietern auswählen können**:
5. Den Krankenkassen werden erweiterte Handlungsmöglichkeiten eingeräumt und zwar in der Form der Schaffung **freier Vereinbarungen von Vergütungsformen für Leistungsanbieter**. Dabei geht die Stiftung davon aus, dass sich in einem wettbewerblichen **Such- und Entdeckungsverfahren** eine Vielzahl von Vergütungsformen für ambulante und stationäre Anbieter herausbilden wird.
6. Die staatlichen Eingriffe in die Planung der Kapazität der Leistungsanbieter (bisher ausschließlich und nur von den KVen organisiert) sollten anders gewichtet werden, indem die **Krankenkassen die Verantwortung** für die **Sicherstellung** der Versorgung ihrer Versicherten übernehmen müssen (!). Es ist nur logisch, wenn die Stiftung bei einem derartigen Szenario feststellt, dass die Krankenkassen dann ein hohes Interesse an der Vorhaltung von ausreichenden Kapazitäten für ihre Versicherten haben, ohne ein Interesse an der Vorhaltung von **Überkapazitäten** haben zu müssen.
Bei der Vorhaltung notwendiger Kapazitäten geht die Stiftung auch den Weg, dass bei Unterkapazitäten diese auch aus dem Ausland vorgehalten werden können.
(Fortsetzung und kritische Betrachtung folgen im nächsten Infobrief)

INFORMATIONEN FÜR SIE

NEUER VERTRAG ÄRZTE / UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER

Zum 01.04.2008 trat der neue Vertrag der Ärzte mit den Unfallversicherungsträgern in Kraft. Dieser Vertrag regelt die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung ärztlicher Leistungen zwischen den Ärzten und Unfallversicherungsträgern. Die Neufassung des Vertrages enthält einige interessante neue Regularien im Umgang der Unfallversicherungsträger mit den leistungserbringenden Ärzten. Einige der wichtigsten Änderungen möchten wir nachfolgend kurz darstellen:

Neu in den Vertrag aufgenommen wurde der Absatz 4 zu § 4 (Beteiligung am Vertrag) der dem behandelnden Arzt **bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen** gegen vertragliche Pflichten einen **Ausschluss aus diesem Vertrag** androht. Ob diese Passage künftig dazu führen wird, dass Ärzte, die häufiger einmal bezüglich der notwendigen Behandlung des Verunfallten mit der zuständigen Berufsgenossenschaft streiten unter Bezugnahme auf § 4 Abs. 4 des Vertrages vom Vertrag ausgeschlossen werden, muss abgewartet werden. Jedenfalls erscheint uns dieser Absatz geeignet, dass sich die Unfallversicherungsträger hierüber leichter von „unliebsamen“ Ärzten trennen können, welche eine andere medizinische aber auch gebührenrechtliche Ansicht in der Behandlung von Verunfallten haben. Wir jedenfalls werden dies genau beobachten.

Nach dem neuen Vertrag sind künftig außer den Durchgangärzten und den H-Ärzten auch **Handchirurgen, Augen- und HNO-Ärzte sowie hinzugezogene Fachärzte** zur Hinzuziehung anderer Ärzte berechtigt, soweit es für die Diagnostik und Behandlung auf deren Fachgebiet erforderlich ist (§ 12 – Hinzuziehung von Ärzten).

Ab dem 01.04.2008 können auch **Handchirurgen** sowie nach § 12 **hinzugezogene Ärzte** sowohl Heilmittel als auch Arznei- und Verbandmittel und Hilfsmittel verordnen (§ 20 – 22). Arzneimittel können grundsätzlich nur noch im Rahmen der **Festbetragsregelung** verordnet werden, soweit für den Wirkstoff ein Festbetrag gilt. Sollen **ausnahmsweise** andere Arzneimittel verordnet werden, so ist dies auf der Verordnung zu begründen. Gegebenenfalls ist der Verletzte darauf hinzuweisen, dass er etwaige Mehrkosten durch die anderweitige Verordnung selbst zu tragen hat.

Künftig ist gemäß § 26 (**Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt**) bei Verletzungen der Hand eine Vorstellung beim Durchgangsarzt nicht mehr erforderlich soweit der behandelnde Arzt **Handchirurg** ist.

Wenn ein Arzt gegen die Vorstellungs- und Überweisungspflicht verstößt, hat er nach § 51 Abs. 3 des Vertrages keinen **Anspruch auf Vergütung**. Dies wäre unter anderem der Fall, wenn eine über die Erstversorgung hinausgehende Behandlung durchgeführt wird, wenn eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverfahren (§ 37) vorliegt.

Ärztliche Erstberichte müssen **unverzüglich** erstattet werden. Eine unverzügliche Berichterstattung liegt nur dann vor, wenn der Bericht **spätestens am 8. Werktag nach der Erstbehandlung** beim Unfallversicherungsträger eingeht. Ansonsten besteht kein Anspruch auf die Berichtsgebühr (§ 57 – Berichts- und Gutachtenpauschale). Bei elektronischer Übermittlung gilt die Sendebestätigung als Versandnachweis.

Hinsichtlich der Rechnungslegung (§ 64) wurde ergänzt, dass die Rechnungslegung grundsätzlich **nach Abschluss der Behandlung** erfolgen soll. Bei längerer Behandlungsdauer sollte der Abrechnungszeitraum 4 Wochen nicht überschreiten.

Wer also bislang in relativ kurzen Abständen die Leistungen auch für

weiterhin in Behandlung befindliche Patienten gegenüber der Berufsgenossenschaft liquidiert hat, könnte hier auf Widerstand stoßen.

Fazit:

Unseres Erachtens nach drehen die Unfallversicherungsträger weiter an der Honorarschraube und versuchen dabei auch die **Therapiefreiheit** der Ärzte zunehmend einzuschränken. Bereits mit der Veröffentlichung der „Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen“ Mitte 2006 wurde eine **Welle von Reklamationen** losgetreten, die die ärztliche Leistung und die Therapiefreiheit in Frage stellt.

Unseres Erachtens nach sollten daher auch weiterhin **ungerechtfertigte Kürzungen nicht akzeptiert** werden und notfalls die im Vertrag vorgesehenen Schlichtungsstellen hierzu angerufen werden.

INSOLVENZ DES PRIVATPATIENTEN

Die Zahl der **Privatinsolvenzen** in Deutschland steigt kontinuierlich. Da dies immer wieder auch privat krankenversicherte Personen betrifft, sind auch immer häufiger Arztpraxen wirtschaftlich von der Insolvenz ihrer Patienten betroffen.

Aufgrund des bestehenden Insolvenzrechts stehen dem Arzt nur wenige Möglichkeiten zur Verfügung, um seine ärztliche Leistung auch tatsächlich honoriert zu bekommen. Wenn ein sich in Insolvenz befindlicher Privatpatient die Praxis aufsucht und ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, wird die entsprechende Rechnung in der Regel an den Patienten ausgestellt. Dieser reicht die Rechnung dann auch bei seiner Versicherung ein, welche vertragsgemäß an den Patienten, also auf das Girokonto des Patienten, zahlt. Da der Insolvenzpatient aber keine Verfügungsgewalt mehr über sein Girokonto hat, kann er auch die Zahlung hierüber nicht vornehmen, da die Auszahlung der Versicherung in die Insolvenzmasse einfließt.

Nach Anraten unseres Anwalts sollte bei bekannter Insolvenz des Patienten eine Behandlung nur noch **im Wege der Vorkasse** vorgenommen werden. Dies ist allerdings im Falle der akuten Notfallbehandlung nicht möglich. Alternativ gäbe es noch die Möglichkeit, dass der Patient seinen **Anspruch gegenüber seiner Versicherung abtritt** und die Versicherung – und das ist wichtig – diese Abtretung anerkennt und eben direkt an die Arztpraxis bzw. die Verrechnungsstelle zahlt. Da die entsprechende Zahlung jedoch unter Umgehung der Zuständigkeit des Insolvenzverwalters erfolgt, ist dies leider noch mit dem **Risiko der Unwirksamkeit bzw. Anfechtbarkeit** durch den Insolvenzverwalter behaftet. Dieses Risiko schätzen wir aber als eher gering ein.

Wir empfehlen Ihnen daher, dass Sie bei Patienten, von denen Sie erfahren haben, dass sich diese in Insolvenz befinden, entsprechende **Vermerke in die Patientenunterlagen** aufnehmen und mit dem Patienten ganz offen die Problematik ansprechen. Wenn Sie weitere Fragen haben, stehen wir hierzu gerne zur Verfügung.



Joachim Zieher
Geschäftsführender
Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Tel.: 0911 98478-25
jzieher@verrechnungsstelle.de

RÜCKBLICK

10. BNC-KONGRESS

Der 10. Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen vom 29. Februar bis 2. März 2008 war wiederum eine äußerst gelungene, informative, von den Besuchern, sowohl, was den Inhalt aber auch die Organisation anbetrifft, gern besuchte Veranstaltung.

Die von mir wahrgenommene Stimmung war besser als im letzten Jahr - und ich glaube, ich kann sie differenzieren, da ich bei allen Kongressen dabei war. Als Grund für die von mir subjektiv wahrgenommene positive Stimmung empfand ich – und dies hat sich aus den vielen Gesprächen, die ich führen konnte herausgestellt - die durch die Besucher gewonnene Gewissheit, durch Ihren Verband engagiert, ehrlich, kompetent und mit der dafür notwendigen Konsequenz vertreten und aufgehoben zu sein.

Die peripheren Informationsveranstaltungen und unsere Workshops (Chancen einer Einzelpraxis – Ref. Herr Dr. Rudolf Meindl / Optimale GOÄ Abrechnungen – operative Leistungen, aktuelle Rechtsprechung –

Ref. Herr Joachim Zieher) waren sehr gut besucht. Es nahmen mehr Interessierte an unseren Veranstaltungen teil als angemeldet waren. Die Resonanz war richtig spürbar, sowohl was die Diskussion während der Workshops anbetrifft, aber auch die nachfolgenden Gespräche an unserem Stand und was die Nachfragen nach den Layouts der Vortragsthemen anbetrifft.

Der Reiz dieses Kongresses lag meines Erachtens darin, dass es dem BNC als Veranstalter gelungen ist, eine Symbiose aus schonungsloser Schilderung der Ist-Situation und einer überwiegend positiven Zukunftsperspektive zu bilden. Dieser Eindruck war auch bereits im letzten Jahr so entstanden.

*Dr. rer. pol. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann*

*Seit über 40 Jahren
im Dienste des Arztes*

**ABGELTUNGSSTEUER:
NEUE STEUER –
NEUE CHANCEN**

„Vorbeugen ist besser als Heilen“ – diesen Ratschlag geben Ärzte oft ihren Patienten. Heute erhalten Sie diesen Tipp von einem Finanzexperten – in Bezug auf Ihre persönliche Geldanlagen.

Zum 1. Januar 2009 tritt die neue Abgeltungssteuer in Kraft. Damit werden Zinsen, Dividenden und Kursgewinne aus Aktien- und Fondskäufen künftig pauschal mit 25 Prozent zzgl. Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer besteuert. Das betrifft auch Sie. Die Abgeltungssteuer bietet jedoch interessante Gestaltungsmöglichkeiten. Damit Sie in jeder Hinsicht profitieren, sollten Sie jetzt handeln. Für viele Gut- und Besserverdienenden, die einen hohen persönlichen Einkommenssteuersatz haben, bringt die Abgeltungssteuer Vorteile. Ist der künftige Abgeltungssteuersatz niedriger als der derzeitige persönliche Steuersatz, so sind Produkte mit aufge-

schobener Zinszahlung von besonderem Interesse, bei denen die Erträge erst ab 2009 zufließen.

Freuen können sich auch alle Inhaber von staatlich geförderten Rürup- oder Riester-Renten. Diese Anlageform ist von der Abgeltungssteuer befreit und wird somit in Zukunft noch attraktiver. Da von der Abgeltungssteuer Aktien- und Fondssparer besonders betroffen sind, raten wir zu einer genauen Analyse.

Ein Wertpapier-Depot sollte im Vorfeld zur neuen Steuer auf den Prüfstand. Viele Depots sind noch auf die alten steuerlichen Regelungen ausgerichtet und hier gibt es sicherlich Optimierungspotential.

INFO

IGeL IST KEINE GELDMACHEREI

Die Bundesärztekammer leistet mit einer Patientenbroschüre nun Schützenhilfe für die Ärzte, die sich immer wieder dem Vorwurf ausgesetzt sahen, dass IGeL-Leistungen nur Geldmacherei seien. Die Broschüre beantwortet **10 Fragen zum Thema IGeL** und zum korrekten Umgang mit diesen Selbstzahlerleistungen.

Unseres Erachtens nach sollte die Broschüre in keiner Praxis fehlen und allen Patienten ausgehändigt werden, die sich für IGeL-Leistungen interessieren bzw. für IGeL-Leistungen in Frage kommen. Die Broschüre kann bei der Bundesärztekammer angefordert, oder über die Internetseite der Bundesärztekammer als pdf-Datei downgeloadet werden (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/IGeL_web_2008_02_12.pdf).

Auf Wunsch stellen wir unseren Mitgliedern die Datei selbstverständlich ebenfalls zur Verfügung.

Joachim Zieher

Bitte bedenken Sie, dass sich Anleger jetzt bestehende Steuervorteile für die Zukunft sichern können. Übergangsregeln und Ausnahmen sind zahlreich - Sicherheit schafft hier nur eine kompetente Finanzberatung.




Peter Götzl  
 Certified Financial Planner
 Certified Estate Planner
 RaiffeisenVolksbank eG
 Gewerbebank, Ansbach
 Tel.: 0981 181-220

E-mail: Peter.Goetzl@raiffeisenvolksbank.de

Ihre kompetenten Partner

Sie erhalten fachkundige Beratung und optimale Lösungen für alle Ihre Finanzfragen.

Volksbanken
Raiffeisenbanken
in Mittelfranken 

KONSILIAR- UND BELEGÄRZTLICHE RADIOLOGISCHE LEISTUNG...

... und Auslagenersatz Kontrastmittel und Pflegesatzfähigkeit dieser Sachkosten

Eigentlich war seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 17.09.1998 Az.: III ZR 222/97, NJW 1999, 868 folgendes klar bzw. unstrittig.

Werden z. B. Leistungen aus dem Fachgebiet Radiologie durch belegärztlich oder konsiliarisch tätige niedergelassene Ärzte bei stationären Patienten eines Krankenhauses erbracht, das keine Abteilung, in der Leistungen aus diesem Fachgebiet erbracht werden, unterhält, demzufolge der allgemeine Pflegesatz des Krankenhauses also auch keine Kosten für solche Leistungen einschließlich der hierbei anfallenden Sachmittel enthält, so können die verwendeten Materialien, z. B. also Kontrastmittel wie Gadovist oder Barium im Wege des Auslagenersatzes gem. § 10 I GOÄ zur Erstattung verlangt werden.

Leider scheint im Bereich der privaten Krankenversicherer diese Entscheidung in Vergessenheit geraten zu sein. Nur so ist es erklärlich, dass die bei einer in 2004 in München bei einer konsiliarisch erfolgten Computertomographischen Untersuchung des Abdominalbereiches eines stationären Patienten verwendeten nicht ionischen Kontrastmittel Omniphaque und Barium mit Kosten in Höhe von ? 75,00 von dem hinter dem Patienten stehenden privaten Krankenversicherer nicht erstattet wurden.

Im sich sodann anschließenden Rechtsstreit vor dem AG München Az.: 273 C 33002/05 wurde von den Rechtsanwälten des privaten Krankenversicherers des Patienten u.a. argumentiert, dass mit den Pflegesätzen *alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen* vergütet seien, dies daher auch anfallende Kosten bei der Hinzuziehung anderer niedergelassener Ärzte umfasse, denn die Vorschrift des § 2 II Nr. 2 Bundespflegesatzverordnung [BPfV] bestimme, dass auch für die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter als *allgemeine Krankenhausleistungen* zu gelten haben.

Mit Urteil des AG München vom 31.03.2006 wurde der Beklagte zur Bezahlung der Auslagen für die Kontrastmittel verurteilt. Nach der amtsrichterlichen Urteilsbegründung steht die Bestimmung des § 2 I BPfV einem Erstattungsanspruch überhaupt nicht entgegen, da die Vorschrift des § 6 a GOÄ gerade nicht die weiteren Vorschriften der GOÄ, insbesondere die Vorschrift des § 10 GOÄ für unanwendbar erklären, demzufolge es überhaupt nicht darauf ankommt, ob solche Kosten in einem allgemeinen Pflgetarif enthalten sind oder nicht, da jedenfalls der niedergelassene Arzt Anspruch auf Erstattung solcher Materialien nach § 10 I GOÄ habe.

Die hiergegen in Ausnahme vom Gericht zugelassene Berufung hiergegen wurde von dem hinter dem Beklagten stehenden privaten Krankenversicherer zu Verfahren LG München I Az.: 9 S 8243/06 eingelegt.

Mit Endurteil des LG München I vom 16.07.2007 Az.: 9 S 8243/06 wurde nach Beweisaufnahme zur Frage, ob der all-

gemeine Pflegesatz des Krankenhauses des Beklagten auch die von den Klägern erbrachten Leistungen umfasse, sodann die Berufung des Beklagten zurückgewiesen und das Endurteil des AG München vom 31.093.2006 bestätigt.

Es verbleibt also weiterhin dabei, dass Sachkosten bei Vorliegen obige Voraussetzungen abgerechnet können.



*Florian Braitinger,
Fachanwalt für Medizinrecht
Ainmillerstr. 28
80801 München
Tel. 089 5505589-0
Fax: 089 5505589-11
www.ra-braitinger.de*

PROCEDERE BEI FILIALGENEHMIGUNGEN

Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG) hat die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass ärztlichen Praxen und Versorgungszentren die Möglichkeit gegeben wird, Filialen zu eröffnen, ohne dass hierfür eine Bedarfsprüfung erforderlich wäre. Die einzige Voraussetzung, die das VÄndG fordert, ist der Nachweis einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten am Ort der Filiale.

In Bayern ist dies in der Vergangenheit relativ großzügig behandelt worden, in anderen Bundesländern haben die KVen – aus welchen Gründen auch immer – die Messlatte für die Gründung einer Filiale aufgrund dieses geforderten Nachweises sehr weit nach oben gelegt. Nun zeigt sich, dass auch in Bayern die Zügel angezogen werden. Das bedeutet, dass wir jedem Arzt und jedem Verantwortlichen im MVZ raten, bei der Nachfrage nach Genehmigung gleich darauf zu verweisen, dass die Versorgung der Versicherten vor Ort durch die Gründung der Filiale wesentlich verbessert wird.

*Dr. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann,
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH*

IMPRESSUM

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20 · 90402 Nürnberg, Tel. 0911 98478-0
www.verrechnungsstelle.de · info@verrechnungsstelle.de
80333 München · Karlstraße 7 · im Haus der Salzburg München Bank

Verantwortlich für den Inhalt dieser Ausgabe:

Erika Schöbel / Verrechnungsstelle

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