

### ÄNDERUNG UV-GOÄ ZUM 01.04.2011

Mit Beschluss vom 04.03.2011 hat die Ständige Gebührenkommission folgende Änderungen an der UV-GOÄ zum 01.04.2011 beschlossen:

Neu aufgenommen in das Verzeichnis wird die Tarif-Nummer 17 mit der Leistungslegende:

*Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2*

*des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“. Die Fortschreibung des Reha-Planes ist durch die Gebühr abgegolten. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den zuständigen UV-Träger.*

Die Tarif-Nummer 17 ist nur bei Besonderer Heilbehandlung berechnungsfähig und hat dann einen Betrag von 100,70 €.

Des weiteren wurde die Tarif-Nummer 125 (Ärztliche Unfallmeldung) auf 7,50 € angehoben (vorher 6,19 €).

Bitte berücksichtigen Sie diese Änderungen in Ihrem EDV-System.

Joachim Zieher

### BEFRAGUNGEN – INSTRUMENTE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS

Grundsätzlich setzen Qualitätsmanagementsysteme Befragungen als Messinstrument ein. Patientenbefragungen sind aber nicht nur ein Instrument des QM-Systems, sondern auch eine sinnvolle Methode des Praxismarketings. Die konsequente Ausrichtung der Arztpraxis auf die Wünsche und Bedürfnisse Ihrer Patienten sichert langfristig den wirtschaftlichen Erfolg.

Die Patientenbefragung macht nicht nur dann Sinn, wenn Patienten ausbleiben oder Angebote nicht genutzt werden. Wenn Sie wissen wollen, worauf es Ihren Patienten ankommt, was sie von Ihnen und Ihrem Team erwarten, welche zusätzlichen Leistungen sie sich wünschen und ob sie sich in Ihrer Praxis adäquat versorgt fühlen, sollten sie regelmäßige Patientenbefragungen durchführen.

Die Fragebögen sollten nicht zu umfangreich sein und übersichtlich gestaltet werden. Eine Einleitung erklärt dem Patienten, wie der Bogen auszufüllen ist, wo er abgegeben werden kann und wie die Anonymität gewährleistet wird. Natürlich ist an dieser Stelle bereits ein Dankeschön für die Bereitschaft des Patienten, sich die Zeit zu nehmen, angebracht. Die Antwortmöglichkeiten werden skaliert, so dass der Patient bei den meisten Fragen nur ankreuzen muss. Nur am Ende gibt es ein oder zwei offene Fragen, die mit selbst verfasstem Text gefüllt werden können.

Nach der Auswertung der Fragebögen verfügen Sie meist über viele Vorschläge, Lob und Kritik. Dann gilt es, das Lob an die Mitarbeiter weiter zu geben und einen Maßnahmenplan zu erstellen, der die Umsetzung der Ideen oder die Verbesserung von kritisierten Punkten sicherstellt. Sie werden überrascht sein, wie motivierend sich die Umsetzung von Maßnahmen auf die Mitar-

beiter auswirkt. Vergessen Sie am Ende nicht, die Patienten über Änderungen zu informieren, die auf Grund der Befragung herbeigeführt wurden. Das bindet die Patienten an Ihre Praxis! Wer schätzt es nicht, wenn seine Vorschläge – wenigstens in Teilen – angenommen werden?

Ebenso interessant wie die Patientenbefragung kann auch die Mitarbeiterbefragung für Ihre Praxis sein – und: haben Sie schon an eine Befragung Ihrer ärztlichen Kollegen und Zuweiser gedacht?



Gaby Hergenroder  
Hergenroder GmbH  
Geschäftsführerin  
Tel.: 09105 99 00 72

[gaby@hergenroeder-gmbh.de](mailto:gaby@hergenroeder-gmbh.de)  
Mitglied im KompetenzNetz medicus e.V.

## www.verrechnungsstelle.de

### Erhöhte Steigerungsfaktoren

Erhöhte Steigerungsfaktoren werden gerne mit allgemeinen Begründungen wie z. B. „erhöhter Zeitaufwand“, „abgedunkelter OP-Saal“ etc. begründet.

Dies genügt den allermeisten Krankenversicherungen um die gesteigerten Schwellenwerte zu erstatten. Bei der Postbeamten-Krankenkasse B und den Beihilfestellen werden solche Begründungen grundsätzlich nicht akzeptiert.

Gemäß Beihilfevorschriften kann eine Faktorsteigerung von der Beihilfe nur dann akzeptiert werden, wenn die Begründung den Charakter einer Ausnahme erkennen lässt. Erhöhte Schwierigkeiten bei der Anwendung einer besonderen Verfahrenstechnik oder andere Gegebenheiten, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Person des Patienten stehen, scheiden laut Beihilfe als Gründe für eine Schwellenwerterhöhung grundsätzlich aus.

Die Begründung sollte bei der Postbeamten-Krankenkasse B sich direkt auf den Patienten beziehen und nach dem Vorbild „schwierig weil...“, „aufwändig weil...“ und ebenfalls einen Ausnahmecharakter darstellen.

Es ist davon auszugehen, dass hier versucht wird die Ärzte und Abrechnungsstellen zu erziehen auf Faktorerhöhungen zu verzichten. Ratsam ist daher bereits dies bei der Rechnungsstellung zu berücksichtigen oder dem Patienten auf einen Selbstbehalt vorzubereiten.



Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
Christa Engel  
Tel. 0911 98478-47

### IMPRESSUM

#### Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20  
90402 Nürnberg  
Tel. 0911 98 478-59  
[info@verrechnungsstelle.de](mailto:info@verrechnungsstelle.de)  
[www.verrechnungsstelle.de](http://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.



## 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

### KRITISCHE BETRACHTUNG DES ANSTEHENDEN VERSORGUNGSGESETZES

Nachdem nun die 14 Eckpunkte zum Versorgungsgesetz bekannt sind, versuche ich in kurzen, prägnanten Worten eine kritische Betrachtung.

#### SICHERSTELLUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

##### 1. Flexibilisierung der Planungsbereiche

Bisher richteten sich die Planungsbereiche nach Stadt- und Landkreisen. Der G-BA soll einen erweiterten Entscheidungsspielraum bekommen und die Planungsbereiche nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung differenzieren.

*Die Differenzierung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung lasse ich mir noch eingehen. Wo liegt jedoch die Grenze zwischen fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung? Je hochspezialisierter der/das niedergelassene Arzt/MVZ, desto höher der Kapitalbedarf und desto schmerzlicher eine eventuelle, sich daraus ergebende Entsperrung für die bereits niedergelassenen Ärzte. Eine äußerst gefährliche und für die Entscheider undankbare Konstellation. Woher nimmt der G-BA die Planzahlen, insbesondere für die spezialfachärztliche Versorgungsdichte? Wie werden die Infrastruktur und die Zugangswege zu bestehenden, hoch spezialisierten MVZ dabei berücksichtigt? Wie laufen die öffentlich-rechtlichen Transportmittel logistisch gesehen?*

##### 2. Gesetzliche Verankerung der Demographie

Der Gesetzgeber sagt hier klar: ... „für den G-BA eine **Muss-Bestimmung**“. Es soll damit den berechtigten Patientenanforderungen, der Berücksichtigung der Erreichbarkeit und der Entfernung zu den Versorgungsangeboten Rechnung getragen werden.

*Der Gesetzgeber ist blauäugig, wenn er neben der komplizierten Berücksichtigung des Demographiefaktors auch fordert, dass die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen mit Berücksichtigung finden müssen.*

*Wie stellt er sich das vor, und das alles unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigung der Demographie. Keiner weiß das besser als der Gesetzgeber, was die demographische Entwicklung beeinflusst: soziale Struktur,*

### SELEKTIVVERTRÄGE MIT DER PKV?!

Im Bereich der GKV gibt es bereits seit einigen Jahren die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mit Ärzten, Praxisnetzen, Ärztegenossenschaften etc. am Kollektivvertrag vorbei oder auch „add on“ sogenannte Selektivverträge schließen können. Dies bleibt aktuell den PKVen nahezu verwehrt. Auf Wunsch der PKV soll sich dies aber mit der Novellierung der GOÄ ändern. Das Zauberwort heißt „Öffnungsklausel“. Über diesen Zusatz in der GOÄ soll es den PKVen ermöglicht werden, an der GOÄ vorbei, Direktverträge mit den Leistungserbringern, also Ihnen, zu schließen.

Dies klingt auf den ersten Blick gar nicht so schlecht, denn verhandelt wird auf beiden Seiten, d. h. ob ein Arzt sich in einen entsprechenden von der PKV vorgeschlagenen Vertrag einschreibt oder nicht, wird er sicher davon abhängig machen, ob der Vertrag ihm einen (wirtschaftlichen) Nutzen bringt oder nicht.

Auf der anderen Seite wird die PKV mit diesem Instrument aber auch die Möglichkeit der Patientensteuerung bekommen, z.B. in Form von Versicherungsverträgen, die für den Privatpatienten nur noch dann eine 100%ige Erstattung vorsehen, wenn dieser zu einem Arzt geht, mit dem die PKV einen entsprechenden Selektivvertrag geschlossen hat. Auf Rechnungen von anderen Ärzten muss sich der Patient dann u. U. Abschläge gefallen lassen. Zu welchem Arzt der Patient dann am Ende tendieren wird, dürfte klar sein.

Ergo würden die Ärzte gewissermaßen durch die Hintertür gezwungen, sich auch in womöglich wirtschaftlich unattraktive Verträge einzuschreiben, um nicht ihr Privatklientel völlig zu verlieren.

Ob sich ein Philipp Rösler dieser Gefahr für „seinen“ Berufsstand bewusst ist, bleibt abzuwarten, schließlich waren doch einige bislang im Gesundheitsministerium beschlossene Aktionen eher PKV-freundlich. Und mit den Beihilfestellen vertritt das Gesundheitsministerium ja auch die Interessen eines wesentlichen Kostenträgers in diesem Bereich. Die Bundesärztekammer wird jedenfalls jede Unterstützung brauchen, um die drohende „Aldisierung der Versorgung“ zu verhindern. Dass nun nach Verlautbarung aus dem Gesundheitsministerium bei der in den nächsten Monaten anstehenden Novelle der GOZ die Öffnungsklausel außen vor bleiben soll, ist leider noch kein Garant dafür, dass dies dann auch bei der GOÄ-Novelle so sein wird.

Joachim Zieher

unterschiedliche regionale Lebenserwartung, für Migranten attraktiv, Sozialverhalten der Kommunen. Der Willkür, dem Lobbyismus, dem parteilichen Opportunismus stehen Tür und Tor offen. Wer auf der Strecke bleibt, ist der jetzt bereits niedergelassene Arzt.

**3. Einbeziehung von Krankenhausärzten**

Meines Erachtens ein weiterer Indikator der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung über die Regelungen des § 116 SGB V hinaus. Dass sogenannte „ähnliche“ Einrichtungen auch erfasst werden (psychiatrische Institutsambulanzen bzw. sozialpädiatrische Zentren), steht weiterhin als Indiz für die Aufweichung der Niederlassungsbeschränkung.

**4. Bessere und schnellere Möglichkeit der Erteilung zur Sonderbedarfszulassung**

Früher war es leicht Sonderbedarf zu generieren, um einen Kassenarztsitz zu bekommen. Dann wurden die Sonderbedarfszulassungen in Bayern fasst gegen Null gefahren. Jetzt werden sie wieder gefördert. Eine Feinststeuerung durch sprachlich präzisere Formulierung sollte bei der Vergabe einer Sonderbedarfszulassung (letztendlich die Kreation eines weiteren Sitzes) helfen, neben dem lokalen Bedarf auch für bestimmte Leistungsbereiche einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf festzustellen.

*Wir müssen uns vor Augen halten: Sonderbedarfszulassung ist gleich Sitzvergabe der gewollten (wie auch immer motivierten) Genehmigung. Es sind Tür und Tor geöffnet. Großkonstrukte (MVZ und Krankenhäuser) werden insbesondere, was den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf betrifft, erweiterte Chancen haben.*

**5. Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten**

Vorab: **Alle** Ballungsgebiete in Deutschland sind überversorgt. Die KVen können bei Verzicht auf die Ausschreibung zur Nachbesetzung Praxen aufkaufen und sie sollen ein Vorkaufsrecht beim Aufkauf von Vertragsarztsitzen in überversorgten Planungsbereichen haben.

*Wenn der Gesetzgeber expressis verbis darauf hinweist, es sei das wirtschaftliche Interesse des ausscheidenden Vertragsarztes und auch eine gerechte Vergütung seiner Lebensleistung geschützt, dann ist dies ein Hohn. Eine weitere Argumentation für die Aufkaufmöglichkeit unter Vorkaufsgesichtspunkten durch die KV ist ebenso bemerkenswert: Es wird argumentiert, dass, gäbe es weniger Fachärzte am Markt, mehr Geld für den Rest der Ärzte vorhanden sei. Da für das Lebenswerk Arztpraxis beim Verkauf in diesem Fall der Marktmechanismus fehlt, ist es m.E. wieder einmal der Versuch (siehe GSG 1992 mit dem Wegfall der Verkaufsmöglichkeiten in gesperrten Gebieten) der legitimierte Enteignung unter dem*

*Schutzmantel der Wahrnehmung der Interessen der Öffentlichkeit. Durch weniger Honorarzählung wegen eingestampfter Arztpraxen fallen niedrigere Krankenkassenkosten an und der Arbeitnehmer erhält somit mehr „Netto vom Brutto“. Der Unternehmer hingegen wird konkurrenzfähiger, da die Lohnnebenkosten niedriger ausfallen. So wird argumentiert - meiner Meinung nach klassische Scheinargumente. Wieder einmal wird die niedergelassene Ärzteschaft zur Teillösung Makroökonomischer Problemsituationen herangezogen .... aber der Arzt „verträgt es“ (siehe Fazit).*

*Die KV ist weder in der Lage den realistischen Preis einzuschätzen, noch wird das Vorkaufsrecht der KVEn definiert.*

*Vorkaufsrecht zum Marktpreis: Ja! Willkürliche Kaufpreisgestaltung zugunsten des Übernehmers: Nein! Das schlechte Gewissen in Bezug auf das Vorkaufsrecht spiegelt sich darin wider, dass Ausnahmen bestehen (Kind, Ehegatte, Lebenspartner und Praxispartner). **Paciodem lässt grüßen!***

**6. Befristung von Zulassungen**

So ganz nebenbei wird auch von befristeten Zulassungen in offenen Planungsbereichen bei einem Versorgungsgrad ab 100 % gesprochen.

*Befristete Zulassungen zeigen Dilletantismus, Willkür, politischen Opportunismus, Neidfaktoren. Wie kann überhaupt darüber nachgedacht werden: Keine Planungssicherheit, keine Finanzierungsmöglichkeit, kein Vertrauensaufbau durch die Patienten, keine Wertentwicklung für die Lebensleistung Arztpraxis, keine Dauer-Arzt/Patientenentwicklung, Rufschädigung zum Zeitpunkt der Aufgabe („der Doktor **musste** seine Praxis aufgeben – wieso?“).*

**7. Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers**

Bei der Entscheidung über die Nachbesetzung werden Bewerber berücksichtigt, die eine positive Absichtserklärung abgeben, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen.

*Ein Papier ist geduldig, auf dem der geforderte Wille, neben der eigenen Praxis die Versorgung unterversorgter Gebiete zu übernehmen, dokumentiert ist. Wenn die eigene Praxis den Arzt voll in Atem hält, kann er, obwohl er diese Absichtserklärung unterschrieben hat, nicht noch in unterversorgte Gebiete gehen. Was soll die Bevorzugung von Ärzten, die vor deren Bewerbung in unterversorgten Gebieten tätig waren. Ja, mag sein, dass der Eine oder Andere in Erwartung der Bevorzugung beim Praxissitzkauf kurzzeitig in ein unterversorgtes Gebiet geht. Wenn er dort wieder rausgeht, weil es ihm zu viel wird und er unterschreibt, dass er wieder bereit wäre, neben der Praxis in unterversorgte Gebiete zu gehen, dann frage ich mich, warum er nicht gleich in unterversorgten Gebieten geblieben wäre.*

**8. Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Vergütungsanreize**

Diese Anreize können sich sehen lassen und sollen wie folgt aussehen:

- Wegnahme der Abstaffelung
- Vereinbarung von Preiszuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungserbringer (hier fehlt mir die Definition s.o.)

Die KV kann über einen extra eingeführten Strukturfonds einiges Geld zur Verfügung stellen, nur wann, wo, wie – das ist die Frage.

**9. Ermächtigung von Krankenhäusern**

Die bisher eher restriktiv behandelte Ermächtigung von Krankenhäusern wird generell generös gehandelt. Da die Feststellung der Unterversorgung dem Landesausschuss unterliegt, werden politisch motivierte Entscheidungen zu erwarten sein, da neben der festgestellten Unterversorgung auch bei lokalem Versorgungsbedarf Ermächtigungen gegeben werden. Ein weiteres Indiz für die Teilnahme der Krankenhäuser an der ärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Bereich (die Kommunen freuen sich über jeden weiteren Euro, die die notleidenden, sicherlich notwendigen, Landkrankenhäuser einnehmen können).

**10. Betrieb von eigenen Einrichtungen der KVEn**

*Klar, da wo permanente Unterversorgung droht, muss den KVEn ein gewisses Recht gegeben werden. Aber, dass sie gleich auf eigene Rechnung ärztliche Praxen führen können, auch wenn die erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der KVEn vergütet werden, ist schon eine sehr gewagte Bestimmung (die es übrigens auch bisher schon gegeben hat, jedoch bisher nicht genutzt wurde) auch unter dem Gesichtspunkt der **Paciodem** (!) Gründung. Nutzt das auch kommunalen Trägern, wenn die KVEn nicht wollen, oder können, Eigeneinrichtungen zu unterhalten? – ist erwähnens- aber nicht bemerkenswert.*

**11. Lockerung der Präsenzpflcht und Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte**

*Es ist angenehm, dass die Präsenzpflcht, unbeachtet des Versorgungsgrades aufgehoben wird und der Gründung von Zweigpraxen, Nebenbeschäftigungsaktivitäten, auch durch Überschreiten der aktuell von der **Rechtssprechung entwickelten Zeitgrenzen** möglich ist. Auch der Wegfall der im Gesetz so minutiös geregelten Zeitbestimmung (An- und Abfahrtszeiten, Präsenzzeiten in Zweig- respektive Zweigpraxen) ist positiv zusehen.*

**12. Delegation von ärztlichen Leistungen und Ausbau der Telemedizin**

Rechtssicherheit wird durch die vom Gesetzgeber geforderte Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten Versorgung erreicht und der Telemedizin wird insbesondere im

*erbrachten ärztlichen Leistungen aus der ländlichen Raum wesentlich mehr Bedeutung beigemessen.*

*Dies ist ein weiterhin positiver Schritt, etwas mehr Flexibilität zugunsten des niedergelassenen Arztes und mehr Eingehen auf Individual-situation zu schaffen.*

**13. Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

*Endlich werden auf die individuellen Gegebenheiten Rücksicht genommen. Die längere Anstellungszeit eines Entlastungsassistenten sowie die erhöhte Frist der Vertretungsmöglichkeit, kann nur begrüßt werden.*

***Fazit:** Es bleibt auf alle Fälle, trotz einiger guter Ansatzpunkte, ein sehr fader Nachgeschmack, da Dilletantismus (befristete Zulassung und Vorkaufsrecht der KVEn) und die Befriedigung von politischem Opportunismus (Sonderbedarfszulassung, Einbeziehung der Länder i. d. Entscheidungsprozess) sehr stark zu erkennen sind. Kalkulationssicherheit, die jeder Arzt/Unternehmer braucht, ist wieder einmal ein Fremdwort! .....aber der Arzt „verträgt es.“*

Dr. Rudolf Meindl  
Diplomkaufmann

**DIE FINGERZEIGE DER PKV GEHEN UNS ALLEN AUF DIE NERVEN**

Seit einiger Zeit macht der PKV-Kommentar zur Schulterchirurgie leider negative Furore. Die hier getroffenen Aussagen, werden dem Patienten als Stein der Weisen für Abrechnungsfragen vorgegaukelt; sind aber nicht mehr, als ein reines Willkürpapier von PKV-Vertretern, das ökonomischen Interessen dient und zudem klare Abrechnungsregeln ad absurdum führt.

Wer sich die Mühe macht dieses Papier einmal näher zu analysieren, der wird eine Reihe von Widersprüchen und Inkonsistenzen feststellen. Im übrigen darf man schon darüber streiten, ob eine Veröffentlichung unter www.pkv.de nicht bereits den Tatbestand eines Preiskartells erfüllt, wenn hier konzertiert über alle Unternehmen ein unilaterales Preisdiktat erfolgt.

Einen Eingriff am Schultergelenk, jedenfalls allen Ernstes analog als Arthroplastik eines Fingergelenkes abrechnen zu wollen, macht bereits deutlich, dass es der PKV nur um eines geht: Unsubstantiierte Reduktion der Leistungsausgaben um jeden Preis.

Mit einiger Ehrfurcht erwarten wir hier schon den nächsten PKV-Kommentar zur Neurochir-

urgie, in dem eine Gehirnoperation, analog als Neurolyse abgerechnet werden soll; immerhin sind ja in beiden Fällen Nerven betroffen und irgendwo ist ja auch das Knie, wie ein Fingergelenk, oder nicht? – ein recht großes zwar, gewiss, aber dafür kann dann ja auch bis Faktor 3,5 gesteigert werden. Aber Moment mal da fällt mir ein, das Herz ist ja auch ein Muskel, nicht wahr? – Wir sehen: irgendwie ist alles irgendwo vergleichbar.

Aber Bitte, liebe PKV, wer derartig abstruse Kommentare unter dem Deckmäntelchen eines unabhängigen Gutachtens publiziert, der muss sich nicht sonderlich wundern, wenn die Gesundheitspolitik auch Euch mitunter als „GKV analog“ interpretieren will, denn irgendwie sind ja beides Krankenversicherungen, oder etwa nicht?

Wir regen jedenfalls an, einen Gegenkommentar zu erstellen, der unseren Interessen Rechnung trägt. Bereits heute habe ich aber die leise Befürchtung, dass die PKV diesen Kommentar genauso wenig ernst nehmen wird, wie wir den ihren.

Sie kennen Urteile zum PKV Kommentar „Schulter“? - Schwierigkeiten bei der Abrechnung operativer Leistungen? - Wie dem auch sei, wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen.



Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
Kay Obermüller  
Tel. 0911 98478-51

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



Mehr Infos unter 0911 98 478- 59

**NEUES VON DER KOSTENERSTATTUNG**

Obwohl die Kostenerstattung für GKV-Versicherte als Alternative zum Sachleistungsprinzip bereits seit 2004 möglich ist, hat sich kaum ein Kassenpatient hierfür entschieden. Dies lag u. a. auch daran, dass für die Teilnahme an der Kostenerstattung der Patient durchaus beschwerliche bürokratische Hürden überwinden musste. Zum 01.01.2011 wurden diese Hürden für die Patienten und die Ärzte etwas erleichtert.

So gilt für die Kostenerstattung nur noch eine Bindungsfrist von mindestens einem Kalendervierteljahr (bisher 1 Jahr). Auch dürfen die Kassen für den durch die Kostenerstattung entstandenen Verwaltungsaufwand nur noch Abschläge in Höhe von maximal 5% vornehmen.

Was bleibt ist die **wirtschaftliche Aufklärungspflicht** durch den Arzt, da dem Patienten durch die Kostenerstattung eventuell nicht von seiner Krankenkasse gedeckte Kosten entstehen können, die er dann selbst tragen muss. Dies müssen Sie gegenüber dem Patienten aber nicht mehr schriftlich bestätigen.

Ob diese „Erleichterungen“ eine Renaissance der Kostenerstattung bei den GKV-Patienten bedeuten könnte bleibt indes fraglich, da das gesamte Erstattungs-wesen weiterhin für Patient und Arzt undurchsichtig bleibt und damit auch für den aufgeschlossenen Patienten ein unkalulierbares Kostenrisiko besteht.

Joachim Zieher