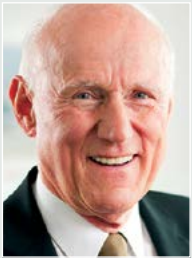


Gegründet 01.01.1975

Mitteilungen für Mediziner und Geschäftspartner

Grenzen der Freiberuflichkeit



Dr. rer. pol. Rudolph Meindl

Diplomkaufmann
Generalbevollmächtigter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Seit über 50 Jahren im Dienste des Arztes

Niedergelassener Wahlarzt – das geht!



Joachim Zieher

Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Abrechnungsexperte
Seit über 20 Jahren im Dienste des Arztes

... und damit als freier Unternehmer.

1. Spahn als omnipräsenter - potenter BGM
2. GKV-VSG
3. TSVG
4. Gutachten (bedarfsgerechte Steuerung Gesundheitswesen)

➤ Geschütze gegen die Freiberuflichkeit und damit gegen den Arzt-Unternehmer (... nachdem das GSG Mitte der 90er Jahre großen Schaden angerichtet hat.)

Solange der niedergelassene Arzt*) – egal in welcher Kooperationsform – den Marktgesetzen eines Unternehmers ausgesetzt ist, muss er sein Unternehmen wirtschaftlich so führen, dass er seinen ethischen Auftrag, seinen Patienten zu dienen, erfüllt und gleichzeitig seiner sozialen Verantwortung gegenüber seinen Mitarbeitern*) gerecht wird. Solange sind gesetzliche Eingriffe „von oben“, wenn sie sich nicht mit dieser unabdingbaren Voraussetzung befassen, kontraproduktiv und **existenzgefährdend**.

Eine ausreichende Vergütung müsste als selbstverständlich angesehen werden – ist sie aber auf keinen Fall! (GOÄ Reform = Schicksal BER?). Diese Tatsache soll jedoch nicht Gegenstand meiner Ausführungen sein, sondern ich befasse mich mit den elementaren freiberuflichkeitswidrigen Bestimmungen und den **existenzbedrohenden** Angriffen durch die oben angeführten Gesetze, bzw. mit den Auswirkungen des bekannten Gutachtens.

1. Spahn als omnipräsenter – potenter BGM

1.1 ... packt zu!

Er überzieht das Parlament mit Gesetzesentwürfen. Er will mit seiner zupackenden und selten zimperlichen Art den größten Teil des Kooperationsvertrages abarbeiten, überzieht und dehnt aus, frei nach der von ihm selbst gewählten Interpretation seiner Funktion als BGM: „Ich bin gewählt worden, um zu entscheiden.“

Seitdem die Gesetzgebung die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern/Kliniken auch außerhalb einer Belegarzt-Tätigkeit zulässt, wurde mit Kostenträgern – auch vor Gericht – gestritten, ob die entstandenen, äußerst unterschiedlichen Kooperationsmodelle auch eine privatärztliche Abrechnung zulassen. Vor allem das Thema „Wahlarzt“ war daher bereits mehrfach Gegenstand höchstrichterlicher BGH-Rechtsprechung.

Demnach kann ein klassischer Wahlarzt nur ein angestellter Krankenhausarzt sein, dem aufgrund seiner herausgehobenen, über dem Facharztstandard liegenden ärztlichen Qualifikation, vom KH ein eigenes Liquidationsrecht eingeräumt wurde. Da eine (Teil-)Anstellung auch für ansonsten in eigener Niederlassung tätigen Ärzte rechtlich möglich ist, kann ein KH also grundsätzlich auch deren ärztliche Leistung als „Wahlarztleistung“ dem Patienten anbieten. Dies wurde jetzt erneut in einem von der Verrechnungsstelle ggü. einem großen Kostenträger erstrittenen und durch Beschluss des LG Würzburg (Az 42 S 2078/18 vom 27.03.2019) nun rechtskräftigen Endurteils des AG Würzburg (Az 16 C 540/18, Urteil vom 08.10.2018) bestätigt.

Entscheidend war, dass die „Formalisten“ nachweisbar eingehalten wurden. So war der niedergelassene Arzt aufgrund seiner besonderen ärztlichen Qualifikation (teil-)angestellt und ihm vertraglich für wahlärztliche Leistungen ein eigenes Liquidationsrecht – mit Einschränkung auf bestimmte Behandlungsbereiche, hier Wirbelsäulen-Chirurgie – eingeräumt worden. Des Weiteren wurde der Arzt in der Wahlleistungsvereinbarung als Wahlarzt für (s)einen Behandlungsbereich namentlich genannt und hatte die Kernleistung „höchstpersönlich“ erbracht.

Inwieweit andere „Modelle“ (z.B. das Konsiliararzt-Modell) von der Rechtsprechung ebenso positiv bewertet werden, müssen künftige Entscheidungen zeigen.

Joachim Zieher

► lesen Sie weiter auf Seite 2



► Fortsetzung „Grenzen der Freiberuflichkeit“

1.2 ... plant den Systembruch!

Der GBA wird Kraft Gesetz angewiesen, die für die Kassenerstattung nötige Bewertung künftig in zwei Jahren abzuschließen. Grundsätzlich ist es kein Nachteil gesundheitspolitische Entscheidungen zu terminieren (wäre bei der GOÄ mehr als notwendig, wird aber nicht), aber damit ist der Weg in die Beliebigkeit vorprogrammiert, d. h. Spahn gäbe
→ hiermit die Bindung an die evidenzbasierte Medizin auf.
→ nicht wissenschaftlich fundierte Behandlungsmethoden würden nach Belieben und vor allen Dingen nach politischer Opportunität in die KV gelangen.
→ Verlust der Priorität: Sicherheit für den Patienten*).

Letztendlich ginge damit politisches Kalkül vor wissenschaftlicher Evidenz (siehe unten).

1.3 ... kreierte und installiert das sehr umstrittene, meines Erachtens völlig an der Realität vorbeigehende TSVG (siehe Punkt 3).

2. GKV-VSG

Im Jahre 2011 (!) erging der Auftrag an den GBA die **Bedarfsplanung** zu flexibilisieren. Das Gesetz manifestierte ein Aufkaufssoll in über 140 % versorgten Gebieten zum Verkehrswert. Dieses Aufkaufssoll war und ist nach wie vor noch ein an den Grundfesten der Freiberuflichkeit rüttelndes Gesetz, das von Anfang an irrational war und noch ist, weil es nicht durchsetzbar ist und meines Wissens, außer in ganz einfach gelagerten Fällen, bisher auch nicht praktiziert wurde (siehe Infobrief Nr. 4, 2014, Szenarien 1 bis 8).

Aber es ist ein vitales typisches Beispiel wie mit dem niedergelassenen Arzt-Unternehmer*) umgegangen wird. Es wird quasi ein **Teilenteignungsgesetz** verabschiedet, das Angst und Unsicherheit in höchstem Maße verbreitet. Es geschieht über 4 Jahre nichts, aber das scharfe Fallbeil (oder soll ich es Schafott nennen?) schwebt nach wie vor über den Köpfen der Abgabewilligen. Ungeachtet ob die Abgabe freiwillig, alters- oder gesundheitsbedingt, oder auch im Todesfall geplant ist!!

Das Anfang der 90er Jahre Vollenteignungsgesetz GSG führte damals zu – von mir in großer Zahl selbst erlebten – Kamikaze-Niederlassungen, überhöhten Kaufpreiszahlungen und Kamikaze-Praxisaufgaben, zu weit unter dem Markt liegenden Beträgen, für die, die dem schon laufenden Fallbeil entkommen wollten. Seehofer stoppte den Fall Sekunden vor dem Aufprall. Meines Erachtens ist dies vergleichbar mit einem Politiker, der bis zum Ende seiner Karriere nicht weiß, ob er eine Pension erhält, bzw. eine wesentlich niedrigere, z.B. weil schon zu viele Politiker (zu hohe) Pensionen erhalten.

Die Aufforderung an den GBA, mit Wirkung vom 01.01.2017, für die erforderliche Anpassung der **Bedarfsplanung** (siehe unten) zu sorgen, schwebt seit diesem Zeitpunkt (also über 2 Jahre!) auch über den Köpfen der niedergelassenen Ärzte*). Meines Erachtens stellt dies ein nicht zu unterschätzendes Risiko für mittelfristige Investitionsentscheidungen dar. Aber mit den Ärzten* kann man es ja machen (!), um sie gleichzeitig zu kritisieren, dass zu wenig in den Arztpraxen investiert wird.

Keine andere Freiberuflergruppe würde sich das bieten lassen!

3. TSVG

Das **Pikante** ist (siehe Infobrief 62, 10-12/2018), dass dieses Gesetz sich auch mit der Überprüfung und Weiterentwicklung der **Bedarfsplanung** direkt wie indirekt beschäftigt und mit (194) Änderungswünschen jetzt schon aufgeweicht wird, bevor es in Kraft tritt. Experten sprechen bei dieser Form von BGM Spahn an den Tag gelegter Hektik von „Gesetzgebung auf dem Flur“.

Die Konsequenz daraus ist, die für 2019 (bis zum 30.06.) vorgesehene befristete Aufhebung der Zulassungssperre für Pädiater, Psychologen und Rheumatologen. Auf die Rheumatologie bezogen heißt dies, dass innerhalb der Facharztgruppe Internisten bezogen auf die Subspezialisierungen die Zulassungskriterien spontan – und ich sage auch **willkürlich** – geändert werden können. So war es vorgesehen, ist jedoch wieder gestrichen worden, aber typisch Spahn: „Man kann es ja mal versuchen.“

Wehret den Anfängen! Dieser Willkür ist durch derartige unzureichende Formulierungen die Tür geöffnet und Spahn (siehe Punkt 1) könnte somit auch durch das von ihm brutal schnell entworfene Gesetz individuell, je nach politischer Opportunität, in die **Bedarfsplanung** eingreifen, was bei den aktuellen Änderungsanträgen der Fall ist. Hier wird eine elementare Bestimmung (140 % Grenze) der Bedarfsplanung **ohne Vorwarnung** aus dem Hut gezaubert. Der GBA soll mit dem TSVG das Recht bekommen, **Zulassungsbeschränkungen bereits in Gebieten zu erlassen, bei denen die Versorgung zwischen 100 % und 110 % liegt**. Dies ist meines Erachtens wiederum ein Beispiel, mit welcher Härte und Unsensibilität, so ganz nebenbei, elementare existenzbewahrende Bestimmungen der **Bedarfsplanung** geändert werden. Bisher konnten sich niedergelassene Ärzte*) in einem Versorgungsgrad bis zu max. 140 % auch grundsätzlich darauf verlassen, ihr Unternehmen weiter veräußern zu können. Ein perfider subkutaner weiterer **Angriff auf die Freiberuflichkeit**, und dies nur so nebenbei. Für diese Situation ist im Gesetz bereits verbal für fast alle Bereiche vorgesorgt.

Nebenbei animiert dieses Gesetz den Arzt*) Überweisungen gegen Entgelt (für unmittelbar notwendige Facharzttermine) vorzunehmen (m. E. ein Tabu-Bruch!!) und lässt strafrechtliche Konsequenzen aus dem **Antikorruptionsgesetz** und steuerliche k.o.-Konsequenzen (Infektionsklausel durch Einnahmen aus nicht ärztlicher Tätigkeit) außer Acht.

*) Quellen: Gesetzentwurf zum TSVG, zu Nr. 54 (§ 101), Drucksache 19/6337, Seite 116 u. 117; Gutachten Punkt 2, 3, 5, RZ 95, 96, 97 ff.

Zu Punkt 4) lesen Sie weiter auf www.verrechnungsstelle.de

Dr. rer. pol. Rudolph Meindl
Diplomkaufmann

Öffentlich bestellter (bis zum 70. Lebensjahr) und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen

Babykino ohne medizinische Notwendigkeit künftig verboten

Im Dezember 2018 wurde die „Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV)“ im Bundesgesetzblatt verkündet – diese betrifft Regelungen u. a. beim Einsatz von Ultraschallgeräten. Es hat zur Folge, dass ab 01.01.2021 der Gesetzgeber eine Anwendung, die keine medizinische Notwendigkeit erfordert, – das Babykino – verbieten wird. Verstöße werden als „Ordnungswidrigkeit“ behandelt. Vom Verbot sind die drei regelmäßigen Ultraschall-Screenings nach der Mutterschaftsrichtlinie des G-BA und alle weiteren, im Einzelfall zusätzlich medizinisch veranlassten (dabei ist es unerheblich, ob die medizinische Indikation von der Mutter oder dem Ungeborenen ausgeht) sonographischen Untersuchungen ausgenommen.

Der Gesetzgeber führt in den Begründungen zum NiSV u.a. folgende Argumente auf: „Im Gegensatz zu nichtmedizinischen Anwendungen mit Ultraschall bei Erwachsenen, bei denen eine positive Wirkung durch den Kunden erwünscht und deren Nebenwirkungen und Risiken wissentlich akzeptiert werden, handelt es sich bei einem Fötus um einen Dritten, einen Schutzbefohlenen, der zudem keinen Nutzen aus den Anwendungen zieht...“ Erlauben Sie mir eine subjektive Einschätzung: Ein Arzt darf zwar Schwangerschaftsabbruch „erlauben“, ein Foto vom Ungeborenen zu machen ist dagegen aber untersagt. Man könnte mit ein bisschen Ironie sogar annehmen, das gleiche „Schicksal“ wie den Eltern von Raphael Samuel (Indien) zu erleiden. Er behauptet demnach seine Eltern verklagen zu wollen, ihr Vergehen sieht er darin, ihn geboren zu haben – ohne seine Erlaubnis.

Weiterhin begründet der Gesetzgeber seine Entscheidung wie folgt: „... Die für die Bildgebung notwendigen hohen Ultraschallintensitäten sind mit einem potenziellen Risiko für das Ungeborene verbunden, insbesondere da mit Beginn der

Knochenbildung wesentlich mehr Schallenergie am Knochen absorbiert wird. Darüber hinaus fehlen verlässliche Untersuchungen über die Folgen dieser Anwendung... Daher werden Ultraschallanwendungen zu einem nichtmedizinischen Zweck, wie z.B. zur reinen Bildgebung am Fötus, „Babykino“, ohne dass eine ärztliche Indikation gestellt wurde, untersagt.“ Zwar gibt es keine Nachweise, dass eine 3D-Ultraschall für das Kind schädlich sein kann, dennoch möchte der Gesetzgeber wohl „auf Nummer sicher gehen“, denn die zunehmenden Schallwellen könnten eben das Zünglein an der Waage sein.

Der Anwendungsbereich des Verbots ist zunächst „nur“ auf bildgebende Verfahren konzentriert. Daher sind etwa Ultraschallanwendungen, die allein dem Hörbarmachen des Babyherzschlags dienen, grundsätzlich nicht erfasst. Der Gesetzgeber möchte gezielt das Verbot des Babykinos erreichen. Dem „Kind einen anderen Namen zu geben“ und es anstatt Babykino z.B. als „ergänzenden Sonographie“ darzustellen, wird das Problem nicht heilen! „Babykino als Nebennutzen“ medizinisch indizierter Ultraschallanwendungen bleibt dagegen erlaubt.

Es bleiben aber auch mit dem NiSV offene Fragen wie z.B. das Mieten von Ultraschallgeräten für „zu Hause“ (zurzeit wird für rund 100 EUR eine Miete für 3 Wochen mit bis zu 63 Sitzungen à 10 Min angeboten). Weiterhin ist auch noch die Frage offen ob sich das Verbot „nur“ auf die Föten bezieht oder auch für Embryonen gelten soll...



Lukas Meindl
Master of Science
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Bedarfsplanung: Zusammenlegung der Facharztgruppen Chirurgie und Orthopädie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 20.09.2018 beschlossen, die Facharztgruppe Chirurgie mit derjenigen der Orthopädie und Unfallchirurgie in bedarfsplanerischer Hinsicht zusammenzulegen. Seit Inkrafttreten dieses Beschlusses per 16.01.2019 können somit die gleichen kassenärztlichen Sitze von Angehörigen beider Fachgruppen besetzt werden.

Hintergrund dieser Änderung war eine ohnehin schon faktische Durchlässigkeit der Fachgruppen in Bezug auf Unfallchirurgie: chirurgische Kassensitze, die mit Schwerpunkt Unfallchirurgie betrieben wurden, konnten auch in der Vergangenheit bereits mit Orthopäden besetzt werden, die über die fachliche Qua-

lifikation zur chirurgischen Behandlung von Unfallfolgen verfügen. (Dies ist spätestens seit der Reform der Facharztausbildung weg vom „klassischen“ Orthopäden hin zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie der Fall).

Diese Durchlässigkeit führte zu einer Veränderung der Versorgungsgrade in beiden Fachgruppen (Anstieg bei den Orthopäden, Absinken bei den Chirurgen), ohne dass eine tatsächliche Änderung der Patientenversorgung stattgefunden hätte. In der Folge konnte es zu zusätzlichen Zulassungen kommen, die eigentlich nicht durch die Schließung einer Versorgungslücke gerechtfertigt waren, sondern lediglich auf die verzerrten Versorgungsgrade zurückzuführen waren. Dies veranlasste den G-BA



zur Zusammenlegung der Fachgruppen. Durch die Gleichstellung von FÄ für Orthopädie (nach alter Weiterbildungsordnung) und FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie kann es nun auch theoretisch dazu kommen, dass z. B. ein „klassischer“, konservativ tätiger Orthopäde den Kassensitz einer plastischen Chirurgin übernimmt.

Zusammenlegung von Fachgruppen

In der Praxis kann dies aber nur geschehen, wenn kein besser bzw. adäquat qualifizierter Kollege sich ebenfalls im Nachbesetzungsverfahren bewirbt. Schließlich ist es zentrale Aufgabe der Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative Patientenversorgung zu gewährleisten.

Somit bekommt immer der- oder diejenige den Vorzug, der den Sitz mit Blick auf das Patientenwohl am besten besetzen kann. Nun wirkt sich diese Veränderung der Bedarfsplanung nicht nur auf die Patientenversorgung aus, sondern hat auch ganz handfeste ökonomische Folgen.

Im Gegensatz zu Ersterer gehört der Umgang mit Letzteren zum Kern meiner Tätigkeit als Wirtschaftsberater im Gesund-

heitswesen und Praxisvermittler. So kann ich sagen, dass die Fachgruppenzusammenlegung – wirtschaftlich betrachtet – vor allem für Chirurgeninnen und Chirurgen vorteilhaft ist.

Erfahrungsgemäß ist es für Inhaber chirurgischer Praxen vergleichsweise schwer, einen Nachfolger zu finden, was sich besonders in geringeren Kaufpreisen niederschlägt.

Durch die Zusammenlegung werden solche Praxen nun aber auch für Orthopäden interessant, was ihren Wert erheblich steigern dürfte. Sollten Sie sich also derzeit mit dem Gedanken tragen, eine Praxis zu kaufen oder verkaufen, stehe ich Ihnen gerne mit meiner Expertise dabei zur Seite.

Die zusammengelegte Bedarfsplanung ist zunächst auf vier Jahre ausgelegt. Danach evaluiert der G-BA, ob es zu nennenswerten Verwerfungen gekommen ist und wird sich ggf. für eine erneute Überarbeitung beim Gesetzgeber stark machen.



Markus Maus
Geschäftsführer M&C Gruppe Nürnberg
Dipl.-Bankbetriebswirt (FSFM),
zert. Finanzberater im Gesundheitswesen (FSFM),
0911 23 42 09-39



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für jegliches Geschlecht.



VERANSTALTUNGEN

22.05.2019, Frankfurt

Privatabrechnungstipps für Gynäkologen und Urologen, Lukas Meindl

05.06.2019, Berlin

Privatabrechnungstipps für Orthopäden und Chirurgen, Lukas Meindl

06.06.2019, Berlin

Privatabrechnungstipps für Mediziner, Lukas Meindl

26.06.2019, Nürnberg

Optimale GOÄ Abrechnung – was geht, was geht nicht? Lukas Meindl, Praxisbewertung Markus Maus

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen und Webinaren finden Sie unter:

www.verrechnungsstelle.de/veranstaltungen/



IMPRESSUM

Dr. Meindl u. Partner Wirtschaftsberatung GmbH

Willy-Brandt-Platz 20 · 90402 Nürnberg

Telefon 0911 98 478-290

marketing@verrechnungsstelle.de

www.verrechnungsstelle.de

HRB 10748

Geschäftsführender Gesellschafter:

Dr. Rudolph Meindl

Verantwortlich für den Inhalt dieser Ausgabe:

Annette Zeppa

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



Lukas Meindl Senior

Zukunft braucht Herkunft

Seit 1683 ist in ununterbrochener Folge ein Schuhmacher Meindl in Kirchanschörling (Geburtsort von Dr. Rudolph Meindl) beurlaubt. Lukas Meindl Senior gründete 1928 das Familienunternehmen Meindl.