



Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Zukunft braucht Herkunft



Lukas Meindl, Senior

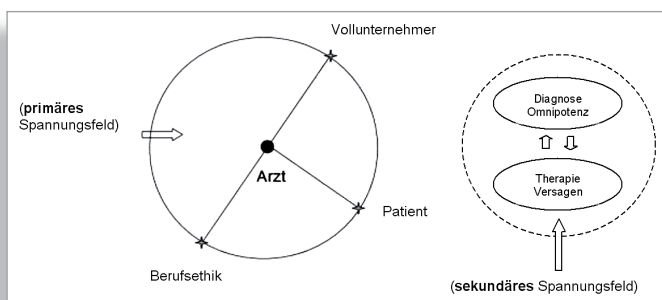


*Dr. rer. pol. Rudolph Meindl
Diplom-Kaufmann
Geschäftsführender Gesellschafter
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH
Öffentlich bestellter und vereidigter
Sachverständiger für die Bewertung von
Arzt- und Zahnarztpraxen
Seit 45 Jahren im Dienste des Arztes*



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

DER NIEDERGELASSENE ARZT IM PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN SPANNUNGSFELD



Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich m. E. im stärksten Wandel seit den 60er Jahren, als alles mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) begann.

Der Arzt sieht sich unterschiedlichsten Herausforderungsszenarien gegenüber. Die Aufgeklärtheit, die (zum Teil weit aus überzogene) Erwartungshaltung der Patienten auf perfekte Leistung durch den Arzt (bzw. das Krankenhaus), die intensive Informationsgewalt durch das Internet (Ärztbewertungen) und die verschiedenen, auf Populismus (Auflagenstärkung) aufgebauten Ärzterankings (wer ist der beste Arzt? – als ob dies messbar wäre!?) der Medien stellen den Arzt vor fachliche Qualifikationsanforderungen, denen er gerecht werden muss. So meint dieser und so fühlt er sich auch.

Hinzu kommt der wahnsinnig schnell sich entwickelnde technische Fortschritt, der den (subspezialisierten) Arzt anscheinend zu **diagnostischer Omnipotenz** führt, auf der anderen Seite jedoch oftmals **therapeutisches Versagen** steht (**sekundäres Spannungsfeld**).

Der Patient sieht den Arzt jedoch als Helfer (Diagnostiker) und Heiler (Therapeut); für ihn ist er der Beherrscher der medizinischen Technik, ein Allwissender. Erst wenn der Patient in dieses "ärztliche Spannungsfeld" gerät, erkennt er die Kluft zwischen diagnostischem Können und therapeutischem Versagen.

Wem von uns Nicht-Ärzten sind nicht die immerwährenden

IGeL-VERGIFTUNG

Die Zeiten, in denen Ärzten noch "echte" Therapiefreiheit zugestanden wurde, sind durch eine Vielzahl von Leistungsbeschränkungen längst vorbei. Vor allem die GKV reglementiert und schließt im großen Umfang mögliche, sinnvolle und zum Teil auch wirtschaftliche Behandlungsmethoden aus Gründen der "Kostendämpfung" aus.

Neue Behandlungsmethoden finden meist erst nach Jahren der Beratung Zugang zu den Leistungskatalogen der GKV. Evidenzbasierte Medizin (EbM) wird das dann genannt.

Bislang hat man den Ärzten zugestanden, aus deren Sicht sinnvolle aber nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene medizinische Leistungen den Patienten als "Individuelle Gesundheitsleistung" (IGeL) anzubieten. Darunter fallen alternative aber auch neuartige Behandlungsmethoden, für welche die Kriterien der EbM (noch) nicht erfüllt scheinen.

Der GKV ist dieser "zweite Gesundheitsmarkt" ein Dorn im Auge, mussten sich die Kassen doch immer wieder kritischen Anfragen ihrer Versicherten stellen, weshalb die ärztlich empfohlene Diagnostik/Therapie nicht bezahlt wird.

Jetzt holt die GKV zum Rundumschlag aus und stellt mit dem Internet-Bewertungsportal "igel-monitor.de" eine Plattform ins Netz, über die sie Patienten scheinbar über IGeL "aufklären" möchte. Die bislang bewerteten 24 IGeL kommen dabei nicht gut weg. Rechtfertigt die GKV damit doch, warum die Leistung von ihr nicht bezahlt wird.

Nicht nur, dass bereits über die Vergütungssysteme den Ärzten die freie Ausübung ihrer ärztlichen Kunst beschnitten wird, jetzt unterstellt man den Ärzten unverhohlen, dass sie ihren Patienten medizinisch sinnlose, ja sogar schädliche Leistungen anbieten, nur um des schnöden Mammons willen.

Die Ärzteschaft wird durch solch allzu einseitige Darstellung unter "Generalverdacht" gestellt. Wird doch suggeriert, dass der Arzt bei IGeL eher wirtschaftliche Interessen, als das Wohl des Patienten im Blick hat. Hier sind die Standesvertretungen gefordert, dies vehement richtig zu stellen!

JZ

Stammtischgespräche im Ohr, die immer wieder die Unfehlbarkeit der Ärzte, besser gesagt der Ärzteschaft, fordern, aber im eigenen Beruf ist Fehlbarkeit, d.h. Nicht-Allwissenheit, akzeptiert und toleriert. In diesem Moment sieht der Patient nicht mehr seinen allwissenden Arzt als positiv wahrgenommenen Akteur, sondern die raffgierige, streikende, Patienten aussperrende Ärzteschaft und wird dabei durch die Medien bestärkt, die sich an ihren fröhlich-süffisanten Negativberichten über die Ärzte (egal in welcher Hinsicht und in welcher Dimension bzw. in welchem Szenario) ergötzen und sich der Auflagensteigerung erfreuen.

(Anmerkung: Ich bin ein fleißiger, differenzierter Zeitungsleser und es vergeht kaum eine Woche, in der nicht Negatives über die Ärzte berichtet wird. Positive Berichte gibt es kaum!)

In diesem **sekundären Spannungsfeld** gilt es sich zu behaupten, weiterhin die Freude am Arbeiten zu erhalten. Der Arzt tut dies jeden Tag, Stunde für Stunde. Ein bewusstes "jetzt mag ich einfach nicht" ist nicht möglich, denn seine **Berufsethik** verbietet es ihm.

Dieser Anforderung gerecht zu werden, Hilfe und Dienstleistung dem Patienten zu bieten, d.h. präsent zu sein, geht halt nicht ohne den "schnöden Mammon". Das bedeutet, der Arzt ist als **Voll-Unternehmer** gefordert, aber nicht gefördert, denn wie soll sein Dienst am Patienten sonst funktionieren?

Jeder Verantwortungsträger für die Kreation von "Gesundheitsgesetzen" (GSG, WSG, GKV-Versorgungsstrukturgesetz, etc.) ist sich im Klaren, dass unser Gesundheitssystem Wirtschaftlichkeit und nachhaltige Finanzierung braucht. Dazu ist es notwendig, den sozialen Sicherstellungsauftrag der Gesundheitsversorgung mit **ökonomischen Grundprinzipien** zu verbinden.

Der Arzt muss das oberste Prinzip des Kaufmanns beherzigen und vor Allem leben: "Vorsicht! Vorsicht! Vorsicht!", ohne die anderen Prinzipien wie "Liquidität geht vor Rentabilität/Effektivität", "wo Chancen sind, sind Risiken" und "Nutzungskongruentes Finanzieren" zu vernachlässigen.

Bar jeglichen kaufmännischen Wissens muss er **Unternehmer** sein und sich oftmals noch Verführungen durch sogenannte Berater („Herr Doktor, ich biete Ihnen eine todsichere Sache“ ... Wenn Sie so etwas hören, schicken Sie den "Berater" sofort nach Hause!) erwehren. Das Einhalten von **kaufmännischen Tugenden** ist nicht genug, er braucht Management-Kompetenzen, Führungserfahrungen, Marketingstrategien, optimale gelebte authentische Patientenorientierung, soziale Kompetenz (sowohl beim Führen seiner Mitarbeiter als auch bei der notwendigen Eingliederung in ärztliche Kooperationsformen) und Bürokratie-Verständnis ¹⁾ (man glaubt es nicht: 23% seiner Arbeitszeit verbringt

der Arzt mit Verwaltungsarbeiten, eine Verdoppelung!). Ist das alles? Nein! Bescheidenheit und Leidensfähigkeit sind äußerst wichtig. Ersteres beim Umgang mit Menschen (Mitarbeiter wie Patienten), letzteres beim Umgang mit den Institutionen und dem Verstehen dessen, was diese produzieren (seien es Ver- bzw. Anordnungen bzw. Gesetze, die u.a. verfassungsrechtlich bedenklich, wenn nicht unmöglich sind [aktuell: siehe den Ankauf von Praxen in überversorgten Gebieten zum "Verkehrswert" gem. GKV-Versorgungsstrukturgesetz, was vergeblich schon einmal 1996 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz -GSG- zum 01.01.1996 versucht, aber als verfassungswidrig ad acta gelegt wurde]).

Hierzu der Titel eines interessanten Buches: **"Ärzte. Warum quälen wir sie?"** ²⁾

Arztsein und Gesellschaft existieren als Einheit in einer untrennbaren Wechselbeziehung. Wenn sich unsere Kultur zu hassen beginnt, rächt sie sich an ihren Ärzten. Wenn sie sich zu lieben beginnt, achtet sie ihre Ärzte. ²⁾

Dr. Rudolph Meindl

¹⁾ Reaktion auf eine Leserbefragung durch die Ärztezeitung (Ausg. 7) "Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung zwischen 2008 und 2011 entwickelt?": 78% der Ärzte: "erhöht" und zwar durch mehr Bürokratie (71,3%).

²⁾ Herausgeber: Friedrich Christoffer, pmi Verlag AG, initiiert durch Medistar

www.verrechnungsstelle.de

BSG-URTEIL ZUR SCHEIN-GEMEINSCHAFTSPRAXIS

...versus erleichterte Anstellung von Ärzten

Ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.06.2010 (B 6 KA 7/09 R) veranlasst die KVen verstärkt, Gesellschaftsverträge von neuen und bestehenden Gemeinschaftspraxen, insbesondere überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zu überprüfen.

Das Urteil ist Grund genug, den eigenen Gesellschaftsvertrag zu überprüfen. Das BSG hatte nämlich über die Revision eines Vertragsarztes zu entscheiden, gegen den die KV wegen Abrechnung in Scheingemeinschaftspraxis einen Regress in Höhe von 880.578,27 Euro festgesetzt hatte.

In der Gemeinschaftspraxis war ein "freier Mitarbeiter" tätig, der offiziell den Gemeinschaftspraxisanteil eines ausscheidenden Partners übernahm, laut Vertrag hieraus aber keine Rechte herleiten können sollte. Zudem war bestimmt, dass der Vertragsarztsitz "der Praxis gehöre" und bei Ausscheiden des "freien Mitarbeiters" unentgeltlich rückübertragen sei.

Die Honorarbescheide dieser Praxis wurden von der KV aufgehoben und das Honorar teilweise zurückgefordert, weil keine Gemeinschaftspraxis zwischen den beteiligten Ärzten und dem "freien Mitarbeiter" vorläge. Dagegen wendeten sich Klage, Berufung und Revision. Das BSG bestätigte die

Honorarrückforderung und stellte mehrere streitige Punkte klar:

1. Honorarrückforderungen müssen nicht an die Gemeinschaftspraxis, sondern können an einen einzelnen Gesellschafter gerichtet werden.
2. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist nicht nur möglich, wenn z. B. Abrechnungsverstöße im engeren Sinne – etwa bei fehlerhaft angesetzten Gebührensätzen – in Rede stehen, sondern auch wenn Leistungen im weiteren Sinn nicht im Einklang mit gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechtes erbracht werden. Die KV kann ihre sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Recht darauf stützen, dass das erzielte

Fortsetzung Seite 3

Honorar bei Beachtung der vertragsärztlichen Pflichten so nicht hätte erzielt werden können.

3. Eine Gemeinschaftspraxis erfordert die Zusammenarbeit von in "freier Praxis" tätigen Ärzten. Dies setzt eine Beteiligung am wirtschaftlichen Risiko sowie am erarbeiteten Praxiswert voraus. Weiter ist erforderlich, dass jeder Arzt die Befugnis hat, den medizinischen Auftrag nach eigenem Ermessen zu gestalten und dafür über räumliche und sächliche Mittel zu disponieren. Andernfalls handelt sich um ein (verkapptes) Anstellungsverhältnis.

Ein offizielles Anstellungsverhältnis, wie es seit 2004 (GMG) für MVZ und seit 2007 (VÄndG) für jeden Vertragsarzt als Arbeitgeber zulässig ist, ist hingegen die legale Alternative zur Scheingemein-

schaftspraxis. Eine Anstellung kommt z. B. in Frage, wenn sich der aufzunehmende Arzt nicht in die Praxis einkaufen möchte oder soll bzw. wenn er sich nicht am wirtschaftlichen Risiko beteiligen möchte.

Aufgrund einer aktuellen Gesetzesänderung (GKV-VStG) zum 01.01.2012 kommt die Anstellung sogar für eine Probezeit in Frage, ohne danach den Aufstieg in die Gesellschafterstellung zu verhindern: Für die Anstellung im gesperrten Planungsbereich muss nämlich eine Zulassung in eine Arztstelle gewandelt werden. Im Gesetz fehlte jedoch bisher die Möglichkeit der Rückumwandlung, die für die spätere Gesellschafterstellung nötig ist.

Erst jetzt, nach 8 Jahren, schließt der Gesetzgeber diese eklatante Lücke.

Gemäß § 95 Abs. 9 SGB V wird auf Antrag des anstellenden Arztes die Arztstelle in eine Zulassung zugunsten des zustimmenden angestellten Arztes (rück)umgewandelt. Außerdem kann die Arztstelle, z. B. wenn sie vakant ist, zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Beides zusammen eröffnet dem Vertragsarzt und den MVZ eine ganze Reihe interessanter Gestaltungsmöglichkeiten.



Bernhard Brauns
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
LBB und Partner
T: 0911-300360
www.lbbpartner.de
kanzlei@lbbpartner.de

DIE AMNESIE DER KRANKENVERSICHERER

Vielleicht kennen Sie das? Kurz nach Erstellung der Rechnung und Übersendung an den Patienten erreicht Sie ein Schreiben des Krankenversicherers, dass zur Prüfung der Rechnung näher definierte Unterlagen benötigt werden. Beliebte in diesem Zusammenhang sind bei den Krankenversicherern ausführliche Anfangs-, Verlaufs-, und Endbefunde.

Meist bleibt man im Unklaren, was mit den zusätzlichen Unterlagen eigentlich bezweckt wird und so kommt es nicht selten vor, dass nach einem ersten Schreiben im Sinne einer Salomitaktik weitere Unterlagen durch die Krankenversicherung angefordert werden.

Als zweites folgen vielleicht radiologische und/oder histologische Befunde und wenn das nicht reicht, sogar die Originalbilder selbst. Häufig wird dies mit Aussagen der beratenden Ärzte garniert und so entsteht ein "Menü", auf das man gut und gerne Wochen und Monate warten kann.

Vermeintlich in letzter Zeit stellen wir fest, dass einige Krankenversicherer ihre

Zahlungspflicht erst dann als gegeben ansehen, wenn ihr Informations hunger vollständig gestillt ist. Bis dahin nämlich bleibt die Rechnung nicht selten vollständig unbezahlt.

Doch inwieweit ist dies zulässig? Für Sie als Arzt sind die Möglichkeiten eher begrenzt. Der Patient aber hat hier gute Möglichkeiten, die Regulierung zu beschleunigen. So ist in § 14 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) Folgendes geregelt:

"Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. (...) Sind diese Erhebungen nicht bis zum **Ablauf eines Monats** seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. (...)

Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam".

Die Regelung stellt klar, dass eine vollständige Nichtzahlung

vielfach unzulässig ist und dass der Patient sogar Verzugszinsen verlangen kann. Ein Coaching des Versicherten im Hinblick auf seine Vertragsrechte ist hier aus unserer Erfahrung oft hilfreich, um die Krankenversicherer an Ihre originären Vertragspflichten zu erinnern.

Vergessen wird die Zahlungspflicht gerne dann, wenn der Rechnungsbetrag die 1.000,00 Euro-Grenze überschreitet und dann sind auch Forderungen von Verzugszinsen ökonomisch bedeutsam. Jeder Tag mehr kostet den Krankenversicherer damit bares Geld und fördert das Erinnerungsvermögen der Krankenversicherer ungemein.

Fehlende Abschlagszahlungen sind zwar nicht die Regel, finden sich in der Praxis aber leider immer häufiger.

Haben Sie weitere Fragen zur privaten Krankenversicherung? - Wir haben die Antworten für Sie.



Kay Obermüller
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Tel. 0911 98 478-51

Besuchen Sie das KompetenzNetz Medicus und uns, die Verrechnungsstelle Dr. Meindl u. Partner am BNC-Kongress (Berufsverband niedergelassener Chirurgen) vom 02.03.-04.03.2012 in Nürnberg
Mehr Infos unter 0911 98 478-59

WICHTIGE MITTEILUNGEN ! WICHTIGE MITTEILUNGEN ! WICHTIGE MITTEILUNGEN !

"Vollständige" Einverständniserklärung wichtig!

Leider kommt es hin und wieder vor, dass gerichtliche Mahnverfahren deshalb verloren gehen, weil die Einverständniserklärung des Patienten nicht vorliegt oder aber - und das ist in der Tat neu - das zuständige Gericht die Einverständniserklärung, Zitat Amtsgericht Nürnberg: "als wertlos betrachtet", da diese kein Datum und/oder keinen Praxisstempel/Praxisnamen aufweist.

Wir möchten Sie daher heute darauf hinweisen, dass Sie darauf achten (las-

sen), dass die Einverständniserklärungen durch den Patienten mit Ort, Datum und Unterschrift versehen werden müssen und auch der Praxisname auf der Einverständniserklärung (z. B. durch Praxisstempel) erkennbar ist.

Rechnungen an Kinder nicht einlagbar!

Unsere Beitreibungsmaßnahmen gehen regelmäßig ins Leere, wenn sich herausstellt, dass der **Rechnungsempfänger minderjährig** ist. Wir möchten Sie daher bitten darauf zu achten, dass

bei minderjährigen Patienten die Rechnung an einen **Erziehungsberechtigten** bzw. Vormund adressiert sein muss. Am besten geben Sie als Rechnungsempfänger die Person an, die mit dem Kind bei Ihnen war (Auftraggeber). Denken Sie auch daran, dass die **Einverständniserklärung** ebenfalls durch einen Erziehungsberechtigten unterschrieben werden muss. Eine entsprechende Unterschrift ist auf unseren Formularen bereits vorgesehen.

Vielen Dank!

Joachim Zieher

Mehrfachansatz der Ziffer 801

Die Debeka Krankenversicherung hat einen erheblichen Wirbel bei unseren Kunden aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie verursacht. Beanstandet werden der mehrmalige Ansatz der Ziffer 801 sowie der regelhafte Ansatz der Ziffern 801,804 und 806.

Problematisch ist, dass die GOÄ keine formalen Beschränkungen zur Häufigkeit des Ansatz der Ziffern 801 und 806 enthält, so dass zwangsläufig die Interessenvertreter der Ärzte und Versicherungen aneinander geraten.

Die Berufsverbände der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater stellt sich hier eindeutig auf die Seite der Ärzte und hat zu dieser Problematik die BÄK eingeschaltet. Diese hofft in ihrem Schreiben v. 04.10.2011, dass die Debeka aufgrund der Stellungnahme der BÄK ihr Erstattungsverhalten ändert, was aber leider nur bedingt der Fall ist.

In einem aktuellen Fall haben wir auf die Schreiben der BÄK und des Berufsverbandes verwiesen, die auf ein Urteil des BGH aus dem Jahr 2003 verweisen, wonach der BGH **ausdrücklich** dem Arzt die Kompetenz der Entscheidung übertragen hat, zu entscheiden wie oft diese Leistungen notwendig sind. Besonders im Hinblick auf chronischen Erkrankungen mit wechselnden Krankheitsverläufen sind regelmäßige Untersuchungen medizinisch notwendig (Medikation!), so dass der mehrfache Ansatz der Ziffer 801 gerechtfertigt ist.

Die Debeka argumentiert dagegen, dass im erwähnten Urteil der Patient an einer bipolaren affektiven Störung litt, bei der auch die Debeka einen weiteren Ansatz der strittigen Ziffern akzeptiert hätte und bittet deswegen um Übersendung der Patientendokumentation.

Wie es aussieht, wird es weitere Schwierigkeiten in dieser Richtung mit der

Debeka Krankenversicherung geben, somit werden eventuell noch weitere gerichtliche Auseinandersetzungen notwendig, um ein Einlenken der Versicherung zu erwirken.



Christa Engel
Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Tel. 0911 98 478-47

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.)

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

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

Beachten Sie unsere nächsten Veranstaltungen:

Hamburg
11.04.2012
18:30 – 20:30 Uhr
Verrechnungsstelle
(Seminar-Nr. 02/12)

Joachim Zieher, Verrechnungsstelle: Optimieren Sie Ihre Privatabrechnung – Abrechnungstipps sofort umsetzbar!
Dr. Claudia Baumann, Rechtsanwältin: Neue Möglichkeiten für Vertragsärzte nach dem neuen GKV-Versorgungsstrukturgesetz
Claudia Horstmann, Praxisberatung für Heilberufe: Betriebswirtschaftliche Aspekte im Rahmen neuer Marktbedingungen für Ärzte

Fürth
18.04.2012
18:30 – 20:30 Uhr
Verrechnungsstelle
(Seminar-Nr. 03/12)

Holger Scholz, Hypo-Vereinsbank: Dein Banker, das unbekannte Wesen... Entscheidungsprozesse verstehen und nutzen!
Joachim Zieher, Verrechnungsstelle: Optimieren Sie Ihre Privatabrechnung – Abrechnungstipps sofort umsetzbar!
Gaby Hergenröder, Hergenröder GmbH: Steigerung des Praxiswertes durch Weiterbildung der Mitarbeiter

Anmeldung unter 0911 98478-43 oder 089 51399924 – E-Mail: info@verrechnungsstelle.de

