

J. Zieher

Einnahmen und Honoraroptimierung in der PKV

Viele Ärzte sind der Ansicht, dass ohne ihre Privatpatienten ein wirtschaftliches Überleben kaum noch möglich wäre. Im Gegenteil, die Zahl der Ärzte, die ernsthaft in Erwägung ziehen, ihren Kassensitz zu verkaufen, um künftig nur noch privatärztlich tätig zu sein, steigt.

Offensichtlich können im Bereich der Privatliquidation erheblich höhere Einnahmen generiert werden, als dies im GKV-Bereich möglich ist. Ein Blick in die für die Abrechnung von „Privatleistungen“ zuständige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zeigt schnell, dass dies unzweifelhaft zutrifft.

Dennoch gibt es erhebliche Unterschiede in der Höhe des tatsächlich erlösten Privathonorars unter den Arztpraxen. Und diese Unterschiede erklären sich nicht nur an der „Größe“ der Praxis (Anzahl der Ärzte, Anzahl Patienten) oder dem Fachbereich (Allgemeinmedizin, Radiologie, etc.). Auch sogenannte „weiche Faktoren“ beeinflussen nachhaltig die Höhe des Privatumsatzes.

Diese weichen Faktoren gilt es zu kennen, zu analysieren und soweit erforderlich zu optimieren:

- ▶ Effektives Forderungsmanagement
- ▶ Korrekte, optimale Rechnungslegung
- ▶ Sinnvolle IGeL-/Selbstzahlerangebote

Effektives Forderungsmanagement – Honorarausfall vermeiden

Jahr für Jahr erleiden Arztpraxen in Deutschland Honorarausfälle in Millionenhöhe. Die Gründe hierfür liegen dabei nicht immer nur in der schlechten Bonität des Patienten. Deshalb tun Arztpraxen gut daran, ein effektives Forderungsmanagement zu etablieren.

Die häufigsten Gründe, weshalb Forderungen ausfallen:

- ▶ schlechte Bonität von Patienten
- ▶ Rechnung nicht zustellbar
- ▶ Kürzung durch Kostenträger
- ▶ Verjährung/Verwirkung
- ▶ Unvollständige Abrechnung

Was lässt sich dagegen tun?

A Bonität des Patienten

Jeder Patient ist ein potentieller „Ausfallkandidat“, da man seinen wirtschaftlichen Hintergrund meist nicht wirklich kennt. Echte Prävention ist daher kaum möglich. Die Devise muss also lauten: Schadenminimierung!

Der Einsatz eines Aufnahmeformulars mit Privatbehandlungsvertrag hilft klare Fronten zu schaffen und die für eine spätere Einforderung wichtigen Daten über den Patienten/Schuldner zu ermitteln. Alle Patienten sollten ein entsprechendes Formular ausfüllen und unterschreiben. Über dieses Formular können viele Zusatzinformationen abge-

fragt werden, die später bei der Forderungsrealisierung hilfreich sein können, z.B.

- ▶ Handy-Nummer
- ▶ Name der Versicherung + Versicherungsnummer
- ▶ Arbeitgeber
- ▶ Beihilfestatus

Die in dem Formular gemachten Angaben sollten schnellstmöglich überprüft werden (stimmt die Adresse überhaupt?), z.B. anhand des Personalausweises oder über eine Telefon-CD oder einer schnellen Internet-Recherche. So wird von Anfang an vermieden, dass sich „unbekannte“ Patienten unter falschem Namen eine ärztliche Leistung erschleichen.

Der optionale aber überaus empfehlenswerte Privatbehandlungsvertrag schützt die Praxis davor, dass der Patient nach der Behandlung plötzlich mit der Kassen-Chipkarte kommt und behauptet, sich nie als Privatpatient vorgestellt zu haben. Im übrigen geben die meisten Privatkassen zwischenzeitlich auch Chipkarten für ihre Versicherten aus. Danach sollte also auch gefragt werden.

Durch die „Zusatzangaben“ im Aufnahmeformular können Vollstreckungsmaßnahmen erleichtert werden, so z.B. die Pfändung des Gehalts des Patienten. Bereits ein beiläufiger Hinweis, erforderlichenfalls den Arbeitgeber oder die Versicherung/Beihilfestelle über die noch ausstehenden Rechnungsbeträge zu informieren, hilft oft, den Schuldner zur Zahlung zu bewegen. Wer will schon gerne mit Zahlungsschwierigkeiten in Verbindung gebracht werden?

Natürlich sollte man auch darauf achten, dass keine allzu hohen Einzelrechnungsbeträge entstehen. Vor allem bei „neuen“ Pa-

tienten sollte man ruhig mindestens monatliche besser 14-tägige Zwischenrechnungen erstellen. So erkennt man schnell, ob die Rechnungen pünktlich bezahlt werden und kann ggf. beim nächsten Termin dezent auf eine unbezahlte Rechnung hinweisen. Achten sie auf ein entstehendes Kumul-Risiko und ziehen sie rechtzeitig die Notbremse!

Ein stringentes Mahnwesen ist ebenfalls für ein effektives Forderungsmanagement unerlässlich. Spätestens nach 6 Wochen sollte eine Forderung bezahlt sein. Länger benötigen auch Versicherungen und Beihilfestellen nicht mit der Erstattung eingereicherter Abrechnungen.

Mehr als zwei Mahnungen sind nicht nötig, wobei die zweite und damit letzte Mahnung auch deutlich als solche zu verstehen sein sollte. Es gibt nämlich Patienten, die „grundsätzlich“ erst nach der letzten Mahnung bezahlen.

Bevor der Gang zum Anwalt angetreten wird, hilft oft die telefonische Konfrontation des Patienten mit der noch unbezahlten Rechnung. Hier empfiehlt sich dem Patienten nur eine kurze „Nachfrist“ (maximal eine Woche) zum Ausgleich der Forderung zu geben. Ist auch diese ergebnislos verstrichen, dann hilft nur noch der „gerichtliche Mahnbescheid“.

Ist ein Patient als zahlungsunfähig oder –unwillig entlarvt, besteht noch die Möglichkeit, zumindest die noch nicht in Rechnung gestellten Leistungen direkt gegenüber dem Patienten im Aufnahmeformular angegebene Versicherung abzurechnen. Dies ist allerdings nur auf dem „Kulanzwege“ möglich, da die meisten Versicherungen eine Direktabrechnung grundsätzlich verweigern.

Checkliste „Bonität“

	Ja	Nein
▷ Aufnahmeformular/Privatbehandlungsvertrag wird verwendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Angaben im Aufnahmeformular werden geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Kurze Rechnungslegungsintervalle (14-tägig, monatlich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Kurze Mahnfristen (max. 6 Wochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Maximal 2 Mahnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Telefonische Klärung vor Mahnbescheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Rechnung nicht zustellbar

Viel zu häufig geht Honorar verloren, weil die Rechnung nicht zugestellt werden konnte. Vorbeugend hilft hier nur, die für die Überprüfung der Bonität bereits angesprochenen Punkte stringent einzuhalten:

- ▶ Prüfung der vom Patienten gemachten Adressangaben
- ▶ Kurze Rechnungslegungsintervalle

Auch bereits bekannte Patienten sollten regelmäßig danach gefragt werden, ob die Adressdaten noch aktuell sind.

Sollte eine Rechnung dennoch einmal von der Post als unzustellbar zurück kommen, kann über die – hoffentlich – in der Patientenkartei vermerkte Telefon-/Handy-Nummer des Patienten schnell die aktuelle Adresse erfragt werden. Ist dies nicht möglich, kann kostenlos über eine Internetrecherche (Telefonauskünfte) versucht werden, die neue Adresse zu ermitteln. Sollte auch dies zweifelsfrei nicht möglich sein, bleibt der Weg über das Einwohnermeldeamt, was jedoch je nach Behörde mit Kosten zwischen 5 und 15 € zu Buche schlägt.

Sollte der Patient zwischenzeitlich ver-

storben sein, können über eine Anfrage beim Nachlassgericht (Teil des für den Patienten zuständigen Amtsgerichts) die Hinterbliebenen ermittelt werden. Falls diese das Erbe nicht ausgeschlagen haben, kann hierüber die Forderung realisiert werden. Welchem der Erben dabei die Rechnung zugestellt wird, ist unerheblich, da Erbgemeinschaften immer „solidarisch“ haften.

Wurde das Erbe ausgeschlagen, bleibt noch der Versuch, die Rechnung direkt an die Versicherung des Patienten zu senden. Hier sollte in einem kurzen Anschreiben die Situation geschildert werden, in Verbindung mit der Bitte, in diesem Fall eine Kulanzregelung zu finden. Kulanz deshalb, da üblicherweise die Versicherungen in Ihren Versicherungsbedingungen die Direktabrechnung ausgeschlossen haben. Es besteht also keine Verpflichtung der Versicherung die unbezahlte Rechnung zu regulieren.

Checkliste „Unzustellbare Rechnung“

	Ja	Nein
▷ Neue Adresse telefonisch erfragbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Internetrecherche möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Anfrage beim Einwohnermeldeamt/Nachlassgericht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Kulanz-Regulierung bei der Versicherung des Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Kürzung durch Kostenträger

Die veraltete GOÄ (1996!) und die neuen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie liefern die Grundlage für häufiger werdende Erstattungsprobleme durch die Privatkassen.

Obwohl sicherlich selbstverständlich, sei an dieser Stelle erwähnt, dass zu allererst

natürlich sichergestellt werden muss, dass nur Leistungen abgerechnet werden, die

- ▶ medizinisch notwendig waren,
- ▶ tatsächlich erbracht wurden und
- ▶ gemäß GOÄ berechnungsfähig sind.

Die medizinische Notwendigkeit ist ein häufiger Ansatz von Versicherungen, Leistungen von der Erstattung auszunehmen. Hier hilft eine lückenlose Dokumentation aller erhobenen Befunde anhand derer sich ggü. der Versicherung die objektive Notwendigkeit der durchgeführten Behandlungen darlegen lassen.

Hält die Versicherung weiter daran fest, dass Art und/oder Umfang der Diagnostik/Therapie nicht notwendig waren, kann der Fall der zuständigen Landesärztekammer zur Beurteilung vorgelegt werden. Alternativ kann dem Patienten auch eine Beschwerde beim Ombudsmann für die Private Krankenversicherung in Berlin vorgeschlagen werden. Entsprechende Beschwerdeformulare gibt es im Internet (<http://www.pkv-ombudsmann.de/ihre-beschwerde/>).

Wird von der Versicherung allerdings nicht die Notwendigkeit einer Leistung oder deren tatsächliche Erbringung moniert, sondern die Möglichkeit diese zusätzlich zu berechnen, muss man in die zum Teil sehr komplizierten Regelungen der GOÄ eintauchen.

Die GOÄ umfasst neben 12 Paragraphen auch eine Vielzahl von „Allgemeinen Bestimmungen“ und Abrechnungsausschlüssen im Gebührenverzeichnis. Diese gut zu kennen ist der Schlüssel, um den Kürzungen der Versicherungen entgegenzutreten zu können.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Privatabrechnung, verursacht durch eine völlig veraltete GOÄ, gewinnen sogenannte

GOÄ-Kommentare an Bedeutung. Diese Kommentare versuchen uneindeutige Regelungen in der GOÄ zu konkretisieren und vor allem für neue diagnostische oder therapeutische Verfahren Abrechnungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Einige dieser Kommentare werden regelmäßig auch von den Privatkassen genutzt und sind daher sehr zu empfehlen:

- ▶ Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte nach Brück (Deutscher Ärzteverlag)
- ▶ Gebührenordnung für Ärzte der Autoren Hoffmann/Kleinken (Kohlhammer Verlag)
- ▶ Der GOÄ-Kommentar nach Lang, Schäfer, Stiel (Thieme Verlag)

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer, zum Teil auf bestimmte Fachrichtungen spezialisierte Kommentare (z. B. Anästhesie, Visceralchirurgie, Gynäkologie etc.).

Auch die Bundesärztekammer veröffentlicht in unregelmäßigen Abständen Abrechnungsempfehlungen und -kommentierungen, welche bei den Privatkassen Beachtung finden. Nicht zuletzt erscheinen auch im IWW-Verlag mit „Abrechnung aktuell“ und dem „Chefärzte Brief“ äußerst hilfreiche Publikationen, auf die man sich in der Korrespondenz mit Versicherungen stützen kann.

Ziel ist es, die Einwände der Versicherung zu entkräften, um das Honorar zu sichern aber auch, um den Patienten zu signalisieren, dass man nicht „falsch“ abgerechnet hat.

Führt eine Diskussion mit der Versicherung zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis, bleibt auch hier die Möglichkeit der Einschaltung der zuständigen Landesärztekammer oder aber der Rechtsweg, welcher allerdings mit oftmals unklarem Ausgang und Kostenrisiko (gilt aber für alle Parteien!) ver-

bunden ist. Alternativ ist daher immer auch der Versuch eines außergerichtlichen Vergleichs in Erwägung zu ziehen.

Checkliste „Kürzung durch Kostenträger“

	Ja	Nein
▷ Berechnete Leistungen dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Veröffentlichungen über ähnliche Fallkonstellation vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Klärung über Landesärztekammer möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Vergleich anbieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Verjährung/Verwirkung

Wenn Arztpraxen die hier bereits vorgestellten Maßnahmen für ein effektives Forderungsmanagement einhalten, kann dieses Kapitel ruhig übergangen werden. Wenn nicht, sollten Sie hier weiterlesen:

In Deutschland sind Ansprüche nicht grenzenlos rechtlich durchsetzbar. Der Gesetzgeber sieht sogenannte Verjährungsfristen vor. Für die ärztliche Honorarforderung beträgt die Verjährungsfrist 3 Jahre, beginnend mit dem Ende des Jahres, in der der Anspruch (durch Rechnungslegung) begründet wurde. Das heißt eine Rechnung vom 2.1.2012 verjährt zum 31.12.2015. Damit dies nicht geschieht, muss vor diesem Termin

- ▶ mindestens ein gerichtlicher Mahnbescheid beantragt worden sein
- ▶ der Schuldner schriftlich auf die Einrede der Verjährung verzichtet haben

Die Verjährung kann nur für Forderungen eintreten, die bereits begründet wurden (z. B. durch Rechnungslegung). Wie ist es mit Leistungen, die schon länger zurückliegen, für die noch keine Rechnung geschrieben wurde?

In der Tat, kann auch eine ärztliche Leistung nicht unbegrenzt nach deren Erbringung dem Patienten in Rechnung gestellt

werden. Hier gilt es die sogenannte Verwirkung zu beachten. Gemäß aktueller Rechtsprechung orientiert sich der Zeitraum der Verwirkung an dem der Verjährung, beträgt also regelmäßig ebenfalls 3 Jahre. Somit lässt sich das obige Beispiel der Verjährung auch auf die Verwirkung übertragen.

Es empfiehlt sich also, mindestens einmal jährlich, spätestens Anfang Dezember zu prüfen, ob noch „alte“, nicht abgerechnete Leistungen oder unbezahlte Rechnungen vorhanden sind, um notfalls noch rechtzeitig die nötigen Schritte einleiten zu können.

E Unvollständige Abrechnung

„Verjährung / Verwirkung“

	Ja	Nein
▷ „Alte“, noch nicht abgerechnete Leistungen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Gibt es unbezahlte Rechnungen, die älter als 2 Jahre sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Müssen gerichtliche Mahnbescheide beantragt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das nächste Kapitel im Bemühen um ein effektives Forderungsmanagement ist deshalb besonders wichtig, da sich der hieraus ergebende Schaden im Nachhinein kaum bis gar nicht beziffern lässt und daher eine besondere Aufmerksamkeit verdient.

Grundsätzlich sollte angestrebt werden, dass jede erbrachte ärztliche Leistung auch zur Abrechnung gebracht wird. Das Arztpraxen diesem Anspruch aber häufig nicht gerecht werden, zeigen eine Vielzahl vom Autor selbst durchgeführter Abrechnungsschecks. Was sind dabei die häufigsten Fehlerquellen?

Vergessene Zuschlagsleistungen

Die GOÄ sieht für viele Leistungen Zuschläge vor, wenn diese

- ▶ zur Unzeit
- ▶ mit besonderem technischen Equipment
- ▶ an Kindern
- ▶ in besonderen Situationen (z.B. ambulant) erbracht werden. Nur wenige Praxissoftware-Systeme weisen den Benutzer zuverlässig auf die Berechnungsmöglichkeit solcher Zuschläge hin (z.B. Kinderzuschlag K1 oder K2)

Falsch interpretierte Ausschlussregelungen

Die GOÄ kennt eine Vielzahl von Ausschlüssen, d.h. von Regelungen, wann eine Leistung nicht mehr oder nicht neben einer anderen berechnet werden darf. Diese Regelungen sind zumeist auch eindeutig in der GOÄ formuliert, häufig aber an Bedingungen geknüpft, die von einem EDV-System nicht zuverlässig genug „eingeschätzt“ werden können. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass alle vom System als „Ausschluss“ deklarierten Leistungen, durch eine(n) in der Abrechnung erfahrenen Mitarbeiter(in) überprüft werden. So gilt beispielsweise die Regel, dass die Ziffer 1 und/oder 5 neben Sonderleistungen der Abschnitte C bis O nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden darf, gerade eben nur für den selben Behandlungsfall. Der Behandlungsfall wiederum ist definiert als Zeitraum von 1 Monat ab der ersten Inanspruchnahme für die Behandlung der selben Erkrankung. Wenn also der Patient innerhalb dieses Monats wegen einer anderen Erkrankung in die Praxis kommt, entsteht für diese Erkrankung ein neuer Behandlungsfall und die Ziffer 1 und/oder 5 wären wieder neben Sonderleistungen berechnungsfähig.

Ähnliche Konstellationen gibt es oft in der GOÄ, weshalb immer ein geschulter Blick die Ausschlüsse überprüfen sollte.

Nicht berechnete Auslagen

Im § 10 GOÄ ist geregelt, dass der Arzt Auslagen, die ihm im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten entstehen (z.B. Verbandmittel, Medikamente etc.) an die Patienten weiterberechnen darf. Wichtig ist, dass nur die dem Arzt auch tatsächlich entstandenen Kosten weiterberechnet werden dürfen.

Leider werden häufig solche Auslagen – vor allem wenn diese eher geringen Betrags sind – gar nicht erst in die Rechnung aufgenommen oder aber wieder gelöscht, weil die zugrunde liegende Leistung nicht (mehr) berechnet werden darf (z.B. Verband beim Verbandswechsel). Hierdurch entstehen Ärzten Mindereinnahmen nicht selten in Höhe von mehreren Tausend Euro jedes Jahr. Besonders bitter deshalb, weil die Kosten ja tatsächlich angefallen sind.

Hier gilt es also zunächst zu prüfen, bei welchen Leistungen regelmäßig auch Materialen verbraucht werden (z.B. Nahtmaterial, Porto für Arztberichte, Akupunkturnadeln etc.). Anhand dieser Informationen kann dann ein Auslagenkatalog erstellt werden, welcher monatlich aktualisiert werden sollte (Preise verändern sich!).

Ziel ist es, alle berechnungsfähigen Auslagen auch tatsächlich in angefallener Höhe an den Patienten weiter zu berechnen.

Erhöhter Aufwand nicht berücksichtigt

Anders als im EBM gibt es in der GOÄ die Möglichkeit, jede ärztliche Leistung mit einem individuellen Faktor zu versehen. Diesen Vorgang nennt man „steigern“. Wenn also Voraussetzungen vorliegen, die im § 5 GOÄ genannt sind:

- ▶ besondere Schwierigkeit der Leistung

- ▶ besonderer Zeitaufwand der Leistung
- ▶ besondere Umstände bei der Ausführung
- ▶ Schwierigkeit des Krankheitsfalles
dann darf die davon betroffene Leistung unter Angabe einer Begründung bis zum jeweiligen Höchstsatz gesteigert werden.

ebenfalls zu erheblichen Honorareinbußen führt.

Fazit

Ein effektives Forderungsmanagement schützt die Arztpraxis nachhaltig vor Honorarverlust. Die „Gefahren“ zu kennen bedeutet, geeignete Maßnahmen vorbeugend ergreifen zu können.

Bei den vorgenannten Ausführungen handelt es sich um keine Rechtsberatung!

Der Autor

Joachim Zieher
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH, Nürnberg
Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

„Unvollständige Abrechnung“

	Ja	Nein
▷ Mögliche Zuschläge beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Ausschlüsse auf Plausibilität geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Auslagen vollständig abgerechnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▷ Besonderen Zeitaufwand/Schwierigkeit berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von dieser Möglichkeit wird allerdings auch noch heute (trotz letztmaliger Anpassung der Bewertung der GOÄ im Jahr 1996) kaum Gebrauch gemacht, was sicher


Profilfrei. Bewährt seit 2008. Weltweit 80.000 Fusionen.



ROI-C®
Zervikaler Cage



Avenue® L
Lateral Lumbar Cage



ROI-A®
ALIF Cage



ROI-A®
Oblique - ALIF Cage



featuring
VerteBRIDGE®
PLATING TECHNOLOGY



Hôtel de Bureaux 1, 4 rue Gustave Eiffel, 10430 Rosières Près Troyes
Mailing Address: Technopôle de l'Aube, BP 2, 10902 Troyes Cedex 9, France +33 (0)3 25 82 32 63

www.ldr.com



Dokument nur für medizinisches Fachpersonal. Vor der Durchführung jedes operativen Eingriffs sind die Gebrauchsanweisung und die Operationstechnik sorgfältig zu lesen.

11/2013