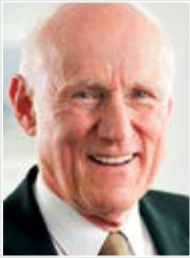


Gegründet 01.01.1975

Mitteilungen für Mediziner und Geschäftspartner

Arzt und Gesundheit



Dr. rer. pol. Rudolph Meindl

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

Wie reagiert die Bundesärztekammer auf die Herausforderung, manifestiert durch das Leitthema am Deutschen Ärztetag?

Wenn die Identifikation des Arztes mit seinem Beruf und seiner gelebten Ethik, sich auf den Patienten individuell einzulassen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu handeln (was zeitaufwendig ist), dazu führt, einen drohenden **Regress**, bzw. der **Nichtübernahme der Kosten** (gleichet einer Sanktion!) ausgesetzt zu sein, dann führt das nicht nur zu einer **Demotivierung**, gerade der guten Ärzte, sondern es führt á la longue zu einem **sozialen Rückzug** der Ärzte. Auch die **fahrlässige Verschleppung** der einer elementaren Reformierung bedürftigen, seit über 2½ Jahrzehnten bestehenden GOÄ, empfinde ich in der Zwischenzeit auch als (stille) Sanktion.

Wenn die Kontrolle auf etwas abhebt, was dem Arzt als Gütekriterium seiner Arbeit nicht plausibel erscheint, dann wird die Kontrolle als **Gängelung** empfunden. Dann wird spürbar, dass die Kontrolle nicht primär dem Gemeinwohl dient, sondern der Kostenersparnis als Selbstzweck¹⁾.

Daher darf der Arzt im Rahmen des **Gesamtsystems nicht primär als Kostenverursacher** gesehen werden, sondern als Person, die **einem kollektiven Wert** jeden Tag zur Realität verhilft. Dieser kollektive Wert liegt darin, **Patienten nicht im Stich** zu lassen, auch die **Patienten nicht**, die einen hohen Aufwand erfordern, die Gesprächszeit benötigen und die aufgrund ihrer komplexen Erkrankung teure Medikamente brauchen. Die ärztliche Betreuung ist – in **rechtem Maß** vorgenommen – **eine wertvolle Investition in die Humanisierung unserer Gesellschaft**, und diese Innovation sollte durch **eine Kultur der Wertschätzung** gewürdigt werden. Stattdessen lässt sich gegenwärtig an vielen Stellen beobachten, dass durch **überbordende Kontrolle** ein öffentlicher Vertrauensentzug

► lesen Sie weiter auf Seite 2

Grundlagen Bedarfsplanung



Lukas Meindl

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

Die Änderung der Grundlagen hilft vor allem den Hausärzten, an welchen es ohnehin mangelt ...

Die KV'en werden im Einvernehmen mit den Landesverbänden und den Krankenkassen **Bedarfspläne** aufstellen, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. Dieser (neue) **Bedarfsplan** beschäftigt sich neben den Grundsätzen zur regionalen Versorgung mit der Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion als auch – insbesondere bei Neuzulassungen – mit der Barrierefreiheit.

In regelmäßigen Zeitabständen von 3 bis 5 Jahren müssen die Krankenversicherungen die Grundsätze der regionalen Versorgung und die systematischen **Abweichungen** von der **Bedarfsplanungsrichtlinie** beschreiben. Des Weiteren sollten die KV'en (in der Regel) halbjährlich über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion (Stand der Bedarfsplanung) berichten*.

Inwieweit man sich auf die Einhaltung dieser Richtlinien (die vor allem für Praxisabgeber oder Praxisübernehmer, sehr interessant sind) in der Zukunft verlassen kann, bleibt noch sehr ungewiss. (Dies erinnert an die seit über 2½ Jahrzehnten immer wieder diskutierte GOÄ.)

In die **Bedarfsplanung** soll auch der **Demografiefaktor** eingebaut werden, der den Bedarf anhand von 4 Altersgruppen, dem Geschlecht, sowie der Mobilität in einem begrenzten Umfeld berechnet. Dies mag auf den ersten Blick positiv aussehen. Wenn man sich mit den bereits veröffentlichten Zahlen beschäftigt, dann werden zwar 3.466,5 neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Davon jedoch 1.500 für Hausärzte (die es kaum gibt), 500 für Nervenärzte (die es auch nicht im Übermaß gibt), sowie 500 für Kinderärzte, 400 für Jugendärzte und die Psychotherapeuten mit 800 Sitzen. Also werden die

► lesen Sie weiter auf Seite 3

► Fortsetzung „Arzt und Gesundheit“

stattfindet und **dass das Anliegen beruflicher Freiheit sich eklatant an einer Realität bricht, die diese Freiheit de facto nicht mehr ermöglicht.**

Ärzten sollte es vom System her möglich sein, **ärztlich zu entscheiden.** Für ihre Ausbildung ist staatlicherseits viel Geld investiert worden. Darum erscheint es als widersinnige Fehlinvestition, Ärzte **durch übertriebene Bürokratie daran zu hindern**, ihre **ärztliche Expertise** auch zur Geltung zu bringen. Es sollte Aufgabe gerade von Politik und ärztlicher Selbstverwaltung sein, darauf hinzuwirken, dass den Ärzten **ihre Freiheit zurückgegeben wird, und zwar im Interesse ihrer Patienten.** ²⁾

Aufgrund der Aktualität, aber insbesondere aufgrund der **Ersthaftigkeit** der Situation – und ich konnte die Entwicklung in den letzten 50 Jahren hautnah beobachten – befasse ich mich noch einmal mit dem **Kernthema** des letzten Deutschen Ärztetages.

Unstrittig ist:

- Die Bevölkerung in Deutschland ist eine der ältesten weltweit und sie wird immer älter. Damit wird der Behandlungsbedarf immer größer (Zitat: Montgomery).
- Die durchschnittliche Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte beträgt 50 Stunden pro Woche (**repräsentative** Zeiterfassung durch das Zentralinstitut (ZI)).
- Für die steigenden **Dokumentationsanforderungen** benötigt der niedergelassene Arzt einen Arbeitstag pro Woche (=20%!) sowie umfängliche sozialrechtliche und wirtschaftliche Vorgaben. Zeit, die dem **Kernelement** der ärztlichen Tätigkeit, nämlich die medizinische Indikationsstellung, wie auch dem notwendigen Gespräch mit dem Patienten, verloren geht.

Positionspapier der BÄK

Die BÄK hat dies nach langer, langer Zeit erkannt und dies in ihrem **Positionspapier „Patientenversorgung unter Druck“** (Stand 26.05.2019) erfasst, indem sie eine Sicherstellung einer **verantwortungsvollen Patientenversorgung mit akzeptablen Arbeitsbedingungen** in der Zukunft verlangt und folgenden Handlungsbedarf daraus resultiert:

1. Umsetzung des Koalitionsvertrages

1.1 Sind die regionalen Zuschüsse in unterversorgten ländlichen Gebieten bereits ausbezahlt? Ich behaupte NEIN.

1.2 Besservergütung der „sprechenden Medizin“: JA – ein Hohn angesichts der oben erwähnten 20% für Verwaltungstätigkeiten – und zeigt wieder einmal die Unsensibilität im Umgang mit der zeitlichen Anspannung. **Denn was soll vergütet werden, wenn es nicht erbracht werden kann?!** Geht doch nur, wenn die **bürokratische Gängelung** zurückgenommen wird, um die dadurch gewonnene Zeit – reichlich viel bei 20% Spielraum – dafür zu verwenden. Das Schlagwort des Deutschen Ärzteblattes (Heft 35-36, Seite A1519) „565 Mio. EUR für Vertragsärzte“ soll auf den

ersten Blick Zufriedenheit produzieren. Aber: die Steigerung ist 1,52% (!!), was eine **Honorarsteigerung** für jede Praxis in Höhe von **466,- EUR pro Monat (!!)** bedeuten würde. (Quelle: eben da).

„JA, mit den Ärzten kann man so etwas machen!“ Sie lassen sich ja auch 2 ½ Jahrzehnte mit der GOÄ im wahrsten Sinne des Wortes hinhalten und laufen nicht Sturm gegen das die gesamte Ärzteschaft diskriminierende **Antikorruptionsgesetz für Ärzte.** (Warum nicht auch für Auto-Manager ... !?)

1.3 Sind bereits die in ländlichen strukturschwachen Gebieten geregelten Zulassungssperren für Neuniederlassungen von Ärzten aufgelöst? Da dies den **Ländern** obliegt, die **keinerlei Ahnung** von **ärztlicher Versorgungslandschaft** haben, dürfte dies nicht umgesetzt sein.

1.4 Wie weit ist der Innovationsfond **von 200 Mio.** situationsgerecht und ausreichend? Leider habe ich darüber nicht viel gehört ... vielleicht doch nur Augenauswischerei?

1.5 Gibt es bereits positive Auswirkungen durch die **Beschleunigung der Verfahren des GBA**, bzw. durch die Straffung von dessen Aufgabenkatalog und dessen Ablaufstrukturen. Ich behaupte NEIN.

1.6 Eine schnellere Entscheidung über **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** ist sicherlich noch nicht erfolgt. Als private Abrechnungsstelle wissen wir zu gut, wie veraltet die GOÄ in Bezug auf die neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden ist. Auch der Ansatz von Analogziffern hilft, wenn überhaupt, nur bedingt weiter.

1.7 Ich vermute, dass die oben angeschnittenen sogenannten Verbesserungen das gleiche Schicksal wie die schon seit über 2 ½ Jahrzehnten gemachten Forderungen einer Verbesserung der GOÄ erleiden.

FAZIT:

Ich bin gespannt, ob diese **Elementarforderungen**, die sich ja aus dem **Schwerpunkthema** des Deutschen Ärztetages (**Arztegesundheit**) ergeben, **konsequent verfolgt und durchgesetzt werden.** Die zuständigen Ärztekammern sollten entsprechend ihres gesetzlichen Auftrages bei der Entwicklung für die Patientenversorgung **sinnvollen Qualitätsmaßnahmen** zur Verfügung stehen – wie immer das umgesetzt werden kann. Steter Tropfen höhlt den Stein.

Lesen Sie den vollständigen Artikel auf unserer Homepage: **www.verrechnungsstelle.de/infobrief**

¹⁾ Quelle: Giovanni Maio „Werte für die Medizin“ (Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen)

²⁾ ebenda, Seite 33 u. 34

Dr. rer. pol. Rudolph Meindl
Diplomkaufmann

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

► Fortsetzung „Grundlagen Bedarfsplanung“

Niederlassungsmöglichkeiten, die sich zusätzlich aus diesem Demografiefaktor ergeben, mit 90% von den hier genannten Fachärzten abgedeckt.

Auch die in dieser Richtlinie (§9) dargestellte Modifizierung der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor dürfte für alle anderen Fachgruppen nicht wirklich viel Positives bringen. Zudem ist für einen Außenstehenden die Berechnungsmethode nicht nachvollziehbar.

FAZIT: Die für die **unternehmerische Entscheidung** so wichtige **Bedarfsplanung** wird auch für alle fachärztlich tätigen Ärzte in Zukunft ein schwarzes Loch bleiben. Auch bieten die verbleibenden 8% aus 3.466,5 Niederlassungsmöglichkeiten kaum Chancen und werden niemanden begeistern.

* Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung, sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. (Stand 16. Mai 2019)

Lukas Meindl M.Sc.

Mehr Geld für Ärzte

PKV-Studie:

Dass der einzelne Privatpatient in der Arztpraxis tendenziell für ein höheres Honorar steht im Vergleich zu seinem GKV-Pendant ist bekannt. Wie viel „mehr“ das gesamte PKV-System den Leistungserbringern im Gesundheitswesen aber an Geldern pro Jahr zur Verfügung stellt, hat das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) für das Jahr 2017 ermittelt.

Gemäß dieser Studie hätten die Leistungserbringer in 2017 13,23 Mrd. EUR weniger an Geldern zur Verfügung gehabt, wenn diese PKV-Leistungen lediglich im GKV-System vergütet worden wären. Das ist schon ein durchaus bemerkenswerter Betrag, mit dem doch etliches an (zusätzlicher) Investition in Technik, Personal und Infrastruktur möglich wird und hilft, die Qualität unseres Gesundheitssystems hoch zu halten.

Bei einem „Systemwechsel“ hin z.B. zu einer Bürgerversicherung müssten diese Gelder also aus anderen „Töpfen“ kommen oder aber die „Qualität“ unseres Gesundheitssystems, auch geprägt durch permanente Innovation und Investition, wird nachhaltig leiden. Der Status der Ärzte als „Freier Beruf“ wäre wohl dann auch nur noch reine Makulatur.

Die Studie finden Sie auch als PDF unter www.wip-pkv.de/forschungsbereiche oder auch per Link auf unserer Homepage.



Joachim Zieher

Geschäftsführender Gesellschafter
Abrechnungsexperte
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH



Wir wünschen Ihnen
eine schöne Adventszeit,
ein frohes Weihnachtsfest
und einen guten Rutsch
ins Neue Jahr!

Ihre Verrechnungsstelle

GOÄ: Leichenschau wird ab 2020 neu bewertet

Auch wenn die „Fünfte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte“ zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels noch nicht im Bundesgesetzblatt veröffentlicht war, so darf man doch davon ausgehen, dass die von Bundeskabinett und Bundesrat abgesetzte Verordnung plangemäß 2020 in Kraft treten wird.

Mit dieser Verordnung erfolgt eine (längst überfällige) Neubewertung der Leichenschau, die allerdings nur noch mit dem Einfachsatz berechnungsfähig sein wird, aber dafür nach Art der Leichenschau differenziert und künftig über zwei verschiedene Leistungsziffern abgerechnet werden kann.

- Ziffer 100 = vorläufige Leichenschau,
Dauer mind. 20 Minuten = 110,51 EUR
- Ziffer 101 = eingehende Leichenschau,
Dauer mind. 40 Minuten = 165,77 EUR.

Besondere Todesumstände bei der Leichenschau und/oder unbekannter Leiche kann zudem der Zuschlag 102 (bei zusätzlicher Dauer von mind. 10 Minuten = 27,63 EUR) berechnet werden. Eine Besonderheit ist auch, dass die Ziffern 100 und 101 nur mit 60% berechnet werden dürfen, wenn die angegebenen Mindestzeiten nicht erfüllt sind, aber mind. noch 50% davon. Wie das „technisch“ bei der Abrechnung erfolgen soll, wird nicht ausgeführt. Wir empfehlen daher, dies vorerst durch den Ansatz des Faktors 0,6 bei der jeweiligen Leistung und einer ergänzenden Erläuterung zu lösen.

Zusätzlich berechnungsfähig sind auch die sogenannten Unzeit-Zuschläge (F-H) und Wegegeld bzw. Reiseentschädigungen. Eine Nebeneinanderberechnung der Ziffern 100 und 101 sind ebenso ausgeschlossen wie auch die zusätzliche Berechnung der Besuchsleistungen nach Ziffern 48 bis 52.

Die bis 31.12.2019 gültigen Ziffern 102 bis 107 werden (ohne weitere Änderungen) ab 01.01.2020 zu den Ziffern 106 bis 109.



Monika Mendl

Leitung Bereich Abrechnung
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

E-Mail-Kommunikation unter DS-GVO

E-Mails können auf ihrem Weg vom Absender zum Empfänger auf mehreren Servern unverschlüsselt und damit für „Jedermann“ einsehbar zwischengespeichert werden. Das macht diesen Kommunikationsweg **für das Gesundheitswesen** höchst problematisch, da hier vor allem „besonders schutzwürdige Daten“ Gegenstand der Übermittlung sind. Zudem muss der Absender jederzeit sicherstellen können, dass der Empfänger „tatsächlich“ befugt ist, die per Mail versandte Information in Empfang nehmen zu dürfen, d.h. die Mail-Adresse **muss wirklich** der „betroffenen Person“ gehören. Bei Anforderung von Informationen per Mail oder Telefon wird diese Beurteilung dann schon schwierig.

Heute gibt es eine Reihe praktikabler Lösungen, wie E-Mails inkl. Anhänge über das eigene Mailsystem „automatisch“ verschlüsselt versandt werden können. Problematisch bei diesen Lösungen ist meist, dass die Entschlüsselung auf Empfängerseite mehr oder weniger „aufwändig“ ist. Für regelmäßige Mail-Korrespondenz mit z. B. Kollegen oder Kooperationspartnern (z. B. Krankenhaus) wäre dies aber ein anzustrebender Weg. Im Prinzip genügt es allerdings, bei der Mail-Korrespondenz lediglich die „Gesundheitsdaten“ vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Dies wäre bereits erfüllt, wenn nur die schutzbedürftigen Informationen in

einem verschlüsselten Anhang, praktisch wie einem digitalen „Briefumschlag“, an die Mail gehen würden. So könnten z. B. Befundberichte als verschlüsseltes PDF aus dem Praxissystem generiert und per Mail-Anhang an den Adressaten übermittelt werden. Oder die zu übermittelnden Unterlagen werden in einen verschlüsselten ZIP-Container „gepackt“ und als Anhang übermittelt. Das für die Entschlüsselung erforderliche Passwort sollte in solchen Fällen auf einem anderen Kommunikationsweg, z. B. per Telefon, dem Adressaten übermittelt werden.

Ein weiterer Weg wäre, dass der Betroffene in die unverschlüsselte Mail-Versendung seiner Daten explizit schriftlich einwilligt. An eine solche Einwilligungserklärung sind allerdings einige rechtliche Anforderungen zu stellen. Die Mail-Adresse selbst sollte vom Patienten möglichst (hand-)schriftlich mitgeteilt werden. Durch eine Test-Mail lassen sich Lese-/Schreibfehler ausschließen. Da E-Mail einen äußerst „heiklen“ Kommunikationsweg darstellt, empfehlen wir, diese Art der Kommunikation für alle Mitarbeiter über eine klare Richtlinie zu regeln.

Gerne sind wir bei der technischen wie organisatorischen Umsetzung Ihrer „Mail-Anforderungen“ behilflich!



Andreas Zieher

B.A. Gesundheitsmanager, zert. Datenschutzbeauftragter (DSC-Standard), Digital Business Manager
Geschäftsführer
medizeher GmbH, Nürnberg/Crailsheim

Bundeskongress Chirurgie 2020

Halle Sydney

07.-08. Februar, Nürnberg Messe NCC Ost

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

**Quo Vadis – Chirurgische Praxis
Podiumsdiskussion aktueller berufspolitischer Themen für die Praxis
Moderation: Dr. Rudolph Meindl**

Freitag, 07.02.2020, W6
10:30-12:30 Uhr, Raum Helsinki

**Optimale GOÄ Abrechnung
Lukas Meindl**

Samstag, 08.02.2020, W7
13:15-14:15 Uhr, Raum Budapest



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 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 Kirchanschöring (Meindl-Firmensitz und Geburtsort von Dr. Rudolph Meindl) beurkundet. Lukas Meindl Senior gründete 1928 das Familienunternehmen Meindl.



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