



# Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

INFOBRIEF



*Dr. Rudolf Meindl  
Diplomkaufmann  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
seit über 40 Jahren  
im Dienste des Arztes*



*Joachim Zieher  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH  
seit über 12 Jahren  
im Dienste des Arztes*

## ROT, ROT ..... AUF KEINEN FALL!

**oder - Was passiert, wenn Schmidt und Lauterbach bleiben?**

Die Wahl steht vor der Tür und ich mache mir sehr ernsthafte Gedanken darüber, was den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angetan wird (ja, ich spreche von antun), wenn Ulla Schmidt und ihr „Professor“ Lauterbach, mangels dem Kooperationspartner aus dem Unionslager, via SPD das Sagen haben werden.

Dieses Szenario hat aus meinem subjektiven Winkel insofern eine existenzbedrohende Dimension, weil den beiden roten SPD-Politikern doch die dunkelrote Linke als Handlanger bei den Enteignungsbemühungen und den sich daraus ergebenden Sozialisierungsmaßnahmen der niedergelassenen Ärzte zur Hand gehen würde. **Vorab gefragt: Was spricht angesichts dieses "Schreckensszenarios" gegen eine Politisierung Ihres Wartezimmers?**

Um ganz sicher zu gehen, dass ich bei meiner subjektiven Einschätzung dieses Zukunftsszenarios nicht falsch liege, habe ich mich in die Gedankenwelt des Herrn Professor Lauterbach hineingelesen. Dazu **musste** ich mir das Buch „Gesund im kranken System“ kaufen. Allein schon, dass Lauterbach auf dem Cover als Untertitel „Ein Wegweiser“ angibt, zeigt was er will, nämlich den Weg in die Enteignung und die Sozialisierung der deutschen Ärzteschaft zu ebnen. Als Beweis hierfür führe ich gleich einmal eine **Kernaussage** auf, die klar und deutlich besagt, dass Lauterbach die private Krankenversicherung „spätestens bei der ersten Auflage eines SPD-geführten politischen Bündnisses (und mit wem kann es denn gestaltet werden, wenn die Linken nicht dabei wären?) [abschaffen] wird“. (Wie will er seiner Forderung gerecht werden, die „Spitzenmedizin systematisch zu stärken“, wenn er der **privaten** Krankenversicherung **den Garaus machen** will?) Er weiß so gut wie jeder andere, mit der ärztlichen Niederlassungslandschaft sich befassender Experte, dass ein Fortbestehen dieses wunderbaren (Originalton Schmidt) Systems **ohne private** Krankenversicherung nicht möglich ist.

Er schreckt nicht davor zurück, in einem **Rundumschlag** das deutsche Gesundheitssystem „deutlich schlechter als es sein internationaler Ruf ist“ zu bezeichnen um dann

## PRIVATPATIENT ALS STÜTZE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) veröffentlicht jährlich den Mehrumsatz, der durch die Privatpatienten dem Gesundheitssystem zufließt. Dieser Mehrumsatz zeigt die Differenz zwischen den Aufwendungen der privat Versicherten für Gesundheitsleistungen und den Ausgaben, die angefallen wären, wenn diese Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen wären.

Für das Jahr 2007 hat dieser Mehrumsatz nach Angaben von WIP die **10-Milliarden-Grenze** überschritten. Hiervon seien 4,85 Milliarden Euro Mehrhonorar auf die Arzthonorare entfallen. Das bedeutet, dass in 2007 Arztpraxen durch die Privatpatienten 4,85 Milliarden Euro mehr Honorar erhalten haben als dies der Fall gewesen wäre, wenn diese Patienten auch gesetzlich krankenversichert wären. Würde der Gesetzgeber nun dieses Mehrhonorar den Arztpraxen durch Gleichschaltung von GKV und PKV wegnehmen, wären sicherlich viele Arztpraxen in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht. Verstärkt durch die Wirren der Regelleistungsvolumina zeigen diese Zahlen deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem erheblich von der Existenz der privat krankenversicherten Patienten abhängt.

Die vorgenannten Zahlen können im übrigen auf der Internetseite des WIP ([www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)) abgerufen werden. Dieser Mehrumsatz erhöht sich um mehr als eine weitere Milliarde Euro jährlich - Tendenz steigend - durch die sogenannten Selbstzahlerleistungen aus den **individuellen Gesundheitsleistungen** (IGeL), die ja von keiner Versicherung (auch nicht der Privaten) übernommen werden. Gerade hier zeigt sich deutlich, dass die Patienten eine individuelle, den medizinischen Möglichkeiten angepasste Versorgung wünschen und durchaus bereit sind, auch hierfür zusätzliches Geld auszugeben.

Der wirtschaftliche Erfolg einer Praxis ergibt sich aus einer möglichst **optimalen Kombination** aller Einnahmequellen: GKV – PKV – IGeL, jede für sich eine „Stütze“ des Erfolgs.

*Joachim Zieher  
Geschäftsführender Gesellschafter*

Fortsetzung von Seite 1  
 („Rot, rot ... auf keinen Fall!“)

noch **emotionaler** fortzufahren, indem er behauptet, dass „je schwerer eine Krankheit ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass der Patient in Deutschland optimal versorgt wird“.

Die Qualität des deutschen Gesundheitssystems deshalb „in fast allen Bereichen schlechter ..... abschneiden zu lassen, als gemeinhin angenommen“, an die gesunden Restjahre eines 65-jährigen Bürgers anzubinden, ist **falsch, populistisch und unfair**. Sein Vergleich, in Dänemark würden mehr als doppelt so viele gesunde glückliche Restlebensjahre eines 65-Jährigen bestehen (13 Jahre statt 6), hängt gemäß einer auch ihm bekannten Studie garantiert nicht vom Gesundheitssystem ab, sondern davon, dass z.B. die Dänen – aber auch die Schweden, die Niederländer und die Großbritannien – eine glücklichere, positivere Lebenseinstellung aufweisen, als wir Deutschen (Jammerlappen) es tun. Übrigens hat diese Aussage nichts mit der durchschnittlichen Lebenserwartung eines 65jährigen zu tun, sondern es handelt sich um die **gefühlte** Lebensqualität.

Der „**Rundumschlags**“-Kritik folgt stehenden Fußes die **Individualverunglimpfung** des ärztlichen Berufsstandes und das öffentlich, **opportunistisch** dargelegt, publizistisch hervorragend formuliert in seiner Eigenschaft als öffentliche Person. Dabei scheut er nicht davor zurück, sich angesichts geschilderter Unfähigkeiten deutscher medizinischer Professoren als **rettender Messias** darzustellen, dem es zu verdanken ist, dass Krankheiten geheilt bzw. Leben gerettet werden.

Dem deutschen Arzt durch **Rundumschlag** jegliche Kenntnisse der englischen Sprache abzusprechen und kühn zu behaupten, dass „80 % der deutschen Ärzteschaft nichts in englischer Sprache lesen wollen“, ist wiederum ein **emotionaler** Angriff.

In seinem unbändigen, **verbissenen** Verlangen, das deutsche Gesundheitswesen zu **verunglimpfen**, passieren ihm weitere eklatante Fehler. Er verweist auf eine Studie seines eigenen(!) Instituts der Universität Köln, gemäß der „die Wartezeiten bei niedergelassenen Fachärzten in der Region Köln für Kassenpatienten im Durchschnitt dreimal so lang sind,

wie für Privatpatienten“. Gleichzeitig prangert er die hohe Anzahl von Fachärzten an. Im Klartext: Auf der einen Seite stören ihn die Wartezeiten, um auf der anderen Seite festzustellen, dass es zu viele Ärzte gibt. **Emotionalität und Neid**, sehr geehrter Herr Professor, waren noch nie ein guter Ratgeber.

Fortsetzung folgt im nächsten Infobrief  
 Dr. Rudolf Meindl  
 Diplomkaufmann  
 Quelle: „GESUND IM KRANKEN SYSTEM“ Ein Wegweiser von Karl Lauterbach

## ATTESTE, BESCHEINIGUNGEN, BERICHTE MÜSSEN NACH GOÄ BERECHNET WERDEN

Einen TÜV-Stempel muss man hierzulande ebenso bezahlen wie eine Beglaubigung beim Notar, oder eine Kopie beim Rechtsanwalt. Warum sollte das eigentlich nicht für die Tätigkeit von Ärzten gelten?

Leider empfinden es immer noch viele Ärzte als peinlich, wenn sie Geld für Dienstleistungen verlangen, die von der Chipkarte nicht abgedeckt werden.

Für die Erbringung ärztlicher Leistungen muss der Arzt eine angemessene Vergütung erhalten. Angeforderte Atteste, Bescheinigungen, Berichte, oder auch medizinische Gutachten können gemäß der GOÄ berechnet werden (siehe Kasten „Abrechnungstipp“). Die Spanne bewegt sich dabei zwischen dem 1,0-fachen und dem 3,5-fachen Satz der GOÄ. Zwischen Faktor 1,0 und 2,3 kann dabei nach „billigem Ermessen“ gewählt werden, d. h., es bedarf keiner Begründung, warum Faktor 2,3 und nicht 2,0 angesetzt wurde. Über dem 2,3-fachen bis zum 3,5-fachen Satz muss eine Begründung dafür angegeben werden, weshalb die Leistung „schwieriger“ bzw. „zeitaufwändiger“ war.

Einfache „Schulatteste“ sind nach Tarif-Nummer 70 zu berechnen. Mit der Wahl des Faktors 2,146 erreicht man z.B. einen Gesamtbetrag von 5,00€ je Attest. Soll die angeforderte Bescheinigung auch Angaben über

bisherige Krankheiten, Therapien und zur Epikrise beinhalten, ist die Ziffer 75 einschlägig. Bei der Anforderung eines Krankheits-/Befundberichts durch Versicherungen muss man sich nicht auf deren erstes „Angebot“ einlassen, das meist über die Ziffer 75 zum „Schwellenwert“ (= Faktor 2,3) für den Bericht lautet. Je nach eigenem Aufwand (formularmäßige Abfassung des Berichts oder freie Formulierung mit eingehender Begründung) kann der Versicherung auch mitgeteilt werden, dass eine entsprechende Berichterstattung über Tarif-Nummer 80 oder 85 berechnet wird. Dies sollte man in jedem Fall vor der Abfassung des Berichts mit der Versicherung klären und sich die Kostenübernahme zu „Ihren Bedingungen“ schriftlich bestätigen lassen.

Zu den Berichten/Gutachten nach Tarif-Nummer 80 bzw. 85 können zusätzlich Schreibgebühren (Ziffer 95) und Kosten für erforderliche Kopien (Ziffer 96) berechnet werden.

Joachim Zieher  
 Geschäftsführender Gesellschafter  
 Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

## NOTENBANKFÄHIGKEIT

### Die Deutsche Bundesbank hat uns wieder Notenbankfähigkeit attestiert

Wir wurden durch die Deutsche Bundesbank geprüft. Um notenbankfähig zu werden, müssen wir **hohen** Bonitätsanforderungen genügen. Das Gesamtbonitätsurteil wird durch die zuständige Bundesbankstelle nicht allein auf Basis der Bilanzzahlen, **sondern auch unter Berücksichtigung unternehmensspezifischer Verhältnisse und aktueller Entwicklungen** festgesetzt. Die Rangstufe bewegt sich auf der Skala 1 bis 7. Das Testat **notenbankfähig** – und das haben wir – erhalten Unternehmen mit der Rangstufe **1 bis 3**.

Unsere Kunden und unsere Mitarbeiter, denen wir bei der Gelegenheit wieder einmal danken, sind die Grundlage dieser hervorragenden unternehmerischen Auszeichnung seitens der Deutschen Bundesbank.

## DER ARZT ALS CEO?

Wer heute als Arzt erfolgreich in einer eigenen Praxis oder in einem MVZ tätig sein möchte, dem kommt eine Veranlagung zum Multitasking gerade recht. Denn: dass sich ein Mediziner mit Krankheiten auskennt, wird stillschweigend vorausgesetzt. Doch wer behält in den zunehmend größeren und komplexeren Einrichtungen das Kostenmanagement, die Personalführung und das Qualitätsmanagement im Auge?

Praxen und MVZs sind spätestens seit Einführung der Fallpauschalen zu echten Unternehmen geworden, die sich im Markt behaupten müssen. Betriebswirtschaftliche Kenntnisse sind somit nicht nur ein „Nice-to-have“, sondern ein Schlüsselfaktor, um die Zukunft der Einrichtungen nachhaltig abzusichern. Nur in den seltensten Fällen wird man es sich leisten können, einen eigenen Geschäftsführer zu bestellen, der das „Unternehmen Praxis“ ökonomisch auf die Erfolgspur führt. Doch im Medizinstudium ist die betriebswirtschaftliche Seite allenfalls ein Randthema. Was also tun?

Unrealistisch ist, noch ein vollwertiges BWL-Studium auf die Primärausbildung draufzusatteln - zudem geht diese Fülle an theoretischem Wissen wiederum an den Alltagsbedürfnissen vorbei.

Praxisnah, fundiert und kompakt – unter diesem Motto sind in den vergangenen Jahren daher mehrere Angebote von Kliniken und Universitäten entstanden, die genau das Maß an BWL-Kenntnissen vermitteln, die tatsächlich im Gesundheitswesen benötigt werden. Der Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg hat in Kooperation mit dem Erwachsenenbildungsanbieter cekib / Klinikum Nürnberg einen berufs-

begleitenden Fernstudiengang konzipiert, der im Herbst 2009 zum mittlerweile dritten Mal an den Start geht. Prof. Dr. Oliver Schöffski, Lehrstuhlinhaber und wissenschaftlicher Leiter des Fernstudiengangs, ist besonders stolz darauf, keinen Allerwelts-MBA anzubieten, sondern mit dem „Master of Health Business Administration“ (MHBA) einen universitären Titel zu verleihen, der konkret auf die Anforderungen der Branche gemünzt ist. Neben den betriebswirtschaftlichen Grundlagen werden in dem Studiengang auch sehr ausführlich alle Institutionen des Gesundheitswesens behandelt, weshalb der MHBA nicht nur für Ärzte, sondern für alle Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen agieren, interessant ist (z.B. Consultants, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Pharma- und medizintechnische Industrie, Selbstverwaltung).

Der viersemestrige Fernstudiengang umfasst 60 Lehrbriefe, die berufsbegleitend von den Teilnehmenden erarbeitet werden, pro Semester sind lediglich drei Präsenztage in Nürnberg zu absolvieren. Mit einer Kursgebühr von 5.400,- Euro zählt das Angebot obendrein zu den mit Abstand attraktivsten im Markt. Ausführliche Informationen unter [www.mhba.de](http://www.mhba.de)



*Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH,  
Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement  
der Universität Erlangen-Nürnberg  
Studiengangsleiter des  
berufsbegleitenden Fernstudiengangs  
Master of Health Business  
Administration (MHBA)*

## GERICHTSURTEILE

**Der Arzt muss sicherstellen, dass Patienten alle Fragen verstehen und die Schilderung der Symptome auch von ihm verstanden wird.**

In einem neuen Urteil des Kammergerichts Berlin (A7.: 20 U 206/06) heißt es, der Arzt muss sich versichern, dass der fremdsprachige Patient in der Lage ist, ihm die für die Behandlung erforderlichen Angaben klar und deutlich mitzuteilen. Ist dies nicht möglich, so muss der Arzt dafür Sorge tragen, dass z.B. Verwandte oder eine andere Vertrauensperson für die Anamnese als Dolmetscher fungiert. Wenn keine Eilbedürftigkeit vorliegt, sollte der Patient gebeten werden, zu einem anderen Termin mit einem „Dolmetscher“ zu erscheinen. Natürlich kann auch eine sprachkundige Arzthelferin aushelfen.

Eine Klinikeinweisung ist dann anzuraten, wenn akute Maßnahmen zu treffen bzw. anzunehmen sind und kurzfristig ein Dolmetscher nicht zur Verfügung steht: in Kliniken sind häufig Mitarbeiter beschäftigt, die die Fremdsprache beherrschen, oder einen Kontakt zu einer Person herstellen können, die die benötigte Sprache spricht.

Laut einer Sprecherin des Kompetenzzentrums Qualitätsmanagement der KV Hessen, ist ein Beratungsangebot von der KV das schlimmste, das QM-Verweigerern oder Nachzügler droht.

Die Krankenkassen üben steigenden Druck auf die Ärzte aus, ein Qualitätsmanagement einzuführen. Ärzte berichten immer wieder, dass die Krankenkassen zur Teilnahme an diversen Zusatzverträgen, beispielsweise zur Integrierten oder hausarztzentrierten Versorgung ein QM-System fordern.

Um eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen zu haben ist es in vielen Ärztenetzen üblich, das QM-System gemeinsam einzuführen und eine Zertifizierung der einzelnen Praxen vornehmen zu lassen.

Durch den Gesundheitsfond ist es den Krankenkassen seit Anfang des Jahres nicht mehr möglich, die Konkurrenz durch niedrige Beitragssätze auszustechen. Zukünftig wird dies nur durch bessere Qualität und mehr Leistung zu erreichen sein.

*Quelle: Ärztezeitung  
Ausgabe 8 v. 06.01.2009*

**BITTE FAXEN AN: 0911 9847830 ODER 089 51399924**

Wünschen Sie weitere Informationen zu unseren Themen im Infobrief, wie z. B.

- Privatpatient als Stütze des Gesundheitssystems
- Kooperationen von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern im amb. Bereich
- Atteste, Bescheinigungen, Berichte müssen nach GOÄ berechnet werden
- Möchten Sie Ihre Privat-/BG-Abrechnung „professionalisieren“ und wünschen ein Angebot für Ihre Abrechnung?
- Sind Sie schon unser Kunde und haben eine Empfehlung für uns. Wem dürfen wir in Ihrem Namen unsere Unterlagen zusenden?

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Anschrift/Stempel

Bitte notieren Sie Ihre Telefon-Nr. Wir rufen Sie gerne zurück: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

**IMPRESSUM**

**Dr. Meindl u. Partner  
Verrechnungsstelle GmbH**

Willy-Brandt-Platz 20 · 90402 Nürnberg,  
Tel. 0911 98478-20  
www.verrechnungsstelle.de  
info@verrechnungsstelle.de  
80333 München · Karlstraße 7  
im Haus der Salzburg München Bank

Verantwortlich für den Inhalt  
dieser Ausgabe:  
Erika Schöbel / Verrechnungsstelle

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

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

**KOOPERATIONEN VON NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN MIT KRANKENHÄUSERN  
IM AMBULANTEN BEREICH**

Die Anforderungen an eine kooperative Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sind gestiegen. In einem Urteil des Landessozialgericht Sachsen vom 30.4.2008 (L 1 KR 103/07) wurde entschieden, dass ambulante Operationsleistungen, die auf der Grundlage von Kooperationsverträgen auf Vertragsärzte delegiert waren, nicht als eigene Leistungen des Krankenhauses mit der Krankenkasse abgerechnet werden können. Die Weigerung der Krankenkasse auf Vergütung ambulanter Operationsleistungen wurde damit bestätigt. Ein Hauptargument war, dass zentrale Krankenhausleistungen auch im ambulanten Bereich grundsätzlich nur durch eigenes Personal des Krankenhauses, also durch dort beschäftigte Ärzte erbracht werden dürften. Die Hinzuziehung niedergelassener Ärzte im Rahmen stationärer Behandlung sei nur ausnahmsweise für ergänzende oder unterstützende Leistungen in den einschlägigen Vorschriften (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG) vorgesehen. Zudem sei ein Vertragsarzt, der ambulante

Operationen durchführt, nach dem AOP-Vertrag (im Sinne eines Gebots der Systemtreue) immer auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung zu verweisen. Die Kooperationsverträge verstoßen hiergegen und sind damit gesetzeswidrig und nichtig, weshalb ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht bestehe.

Die wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache zugelassene Revision zum Bundessozialgericht (B 1 KR 13/08 R) führte zu keiner anderen Entscheidung. Kurz vor der für Anfang Mai 2009 anberaumten mündlichen Verhandlung vor dem höchsten deutschen Sozialgericht wurde die Revision seitens des klagenden Krankenhauses zurückgenommen. Es darf spekuliert werden, ob eine befürchtete Bestätigung des Urteils des Landessozialgerichtes Sachsen durch das höchste Gericht die Ursache war.

Es gibt daher keine abschließende Entscheidung und die Annahme liegt nahe, dass nun die Krankenkassen vermehrt unter Berufung auf das

Urteil des Landessozialgerichtes Sachsen den kooperierenden Krankenhäusern die Vergütung verweigern, die ihre stationären oder ambulanten Leistungen wie im Ausgangsfall auf freie vertragsärztliche Mitarbeiter ausgelagert bzw. delegiert haben.

Es ist daher weiterhin höchste Vorsicht bei der Gestaltung von entsprechenden Kooperationsverträgen geboten.

Ein Weg für eine belastungssichere Zusammenarbeit zwischen den Sektoren im Sinne der Beteiligten kann die Begründung/Umstellung auf Anstellungsverträge mit dem Krankenhausträger in Teilzeit neben der Tätigkeit als Vertragsarzt sein. Solches ist nach § 20 II Ärztezulassungsverordnung grundsätzlich mit der vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbar.



*Florian Braitingner  
Rechtsanwalt FAMEDR  
Ainmillerstr. 28  
80801 München  
Tel. 089 5505589-0  
Fax: 089 5505589-11  
www.ra-braitingner.de*