



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*

ÄRZTEINKOMMEN

SCHWARZE ZAHLEN, ROTE ZAHLEN, ECHE ZAHLEN, MANIPULIERTE ZAHLEN, FAHLÄSSIG FALSCH WIEDERGEGEBENE ZAHLEN?

Ich habe mir einmal die Mühe gemacht, in unterschiedlichen Veröffentlichungen zu der Thematik Ärzteteinkommen einige Informationen heraus zu arbeiten. Abgesehen davon, dass es kaum eine Veröffentlichung gibt, in der die Einkommen der niedergelassenen, bei denen es sich um selbständige, mit allen unternehmerischen Risiken ausgestatteten Arztunternehmen handelt, **nicht** mit den Einkommen von angestellten Ärzten verglichen werden (hier kann kein Vergleich stattfinden, denn ein unternehmerisches Einkommen kann in keiner Weise irgendwie mit dem Einkommen eines Arztes aus angestellter Tätigkeit verglichen werden), werden auch sonst die Zahlen sehr **unkritisch** durch die jeweiligen Medien veröffentlicht und sind meines Erachtens ein Indiz dafür, dass man im Zweifelsfalle gerne Ärzten hohe Einkommen, aber insbesondere auch hohe Einkommenssteigerungen im Zeitraumbereich 2003 – 2007, unterstellt.

Folgendes Beispiel soll dies untermauern:

Die Deutsche Ärztezeitung hat in Ihrer Ausgabe vom 14./15. August 2009 unter Hinweis auf die Quelle des Statistischen Bundesamtes eine Honorarstatistik der deutschen Vertragsärzte veröffentlicht, aus der ein 25 %-iger Privatanteil (2003), der sogar auf 29 % gestiegen sein soll (2007), abzulesen ist.

Fast gleichzeitig bringt das Deutsche Ärzteblatt in seinem Heft 34-35 unter der Rubrik „Ärzteteinkommen: Schwarze Zahlen“ für das Jahr 2007 folgende Zahlen: „Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung für Kassenärzte 24,8 Milliarden und aus der privaten Krankenversicherung 4,6 Milliarden Euro. Dies entspricht genau einem Anteil von 15,6 %.

Meine Frage:

Was veranlasst die Ärztezeitung dazu, den doppelten Privatanteil am Einkommen der Vertragsärzte zu veröffentlichen und sich dabei noch auf das Statistische Bundesamt zu beziehen.

Fortsetzung Seite 2

GKV-PATIENTEN IN DIE PRIVATSPRECHSTUNDE?

Nach dem Bundesmantelvertrag Ärzte muss ein Vertragsarzt mit voller Kassenzulassung mindestens 20 Stunden pro Woche für die Behandlung von GKV-Patienten zur Verfügung stehen, also den Kassenpatienten entsprechende Sprechzeiten anbieten. Bei einer 40-Stunden-Sprechzeit-Woche darf der Arzt somit mindestens 19 Stunden pro Woche für andere Patienten (Privatpatienten, Selbstzahler, IGel) zur Verfügung stehen.

Macht die Praxis nun deutlich auf die unterschiedlichen GKV- und Privatsprechzeiten aufmerksam (z.B. durch Aushang im Empfang und/oder Wartezimmer) und der Kassenpatient, der den nächsten freien Termin in der GKV-Sprechstunde erst in zwei Wochen erhalten könnte, spricht den Arzt oder die Helferin auf die Möglichkeit der Privatsprechstunde an, so steht es dem Arzt natürlich frei, dem Patienten unter Aufklärung über die ihm entstehenden Kosten einen (früheren) Privattermin anzubieten.

Auch der Fall, dass der Patient direkt in die Privatsprechstunde kommt und nicht auf die GKV-Sprechstunde warten möchte, ermöglicht dem Arzt - wiederum unter vorheriger wirtschaftlicher Aufklärung des Patienten - die Privatabrechnung seiner erbrachten Leistungen.

Allerdings muss der Vertragsarzt auf folgendes achten, um sich nicht KV-/berufsrechtlichen Vorwürfen auszusetzen:

1. die GKV-Sprechstunden müssen zu "üblichen Zeiten" angeboten werden
2. die Behandlung von Akut-/Notfällen bleibt außen vor
3. der Patient bestätigt dem Arzt vor Beginn der Behandlung schriftlich, dass er ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden (§ 18 Abs. 8 Punkt 2. BMV-Ä)

Der Vertragsarzt ist kein Angestellter der Kassen und kann damit selbst entscheiden, in welchem Umfang und zu welchen Zeiten er seine GKV-Sprechstunden anbietet.

Joachim Zieher

Fortsetzung von Seite 1
(**Ärzteeinkommen**)

Die Antwort darauf:
Das Statistische Bundesamt stellt auf Anfrage folgendes fest:

„... Es fließen die Daten von Praxen niedergelassener Vertragsärzte und **reinen Privatpraxen** in die Erhebung ein. Darüber hinaus weist das Statistische Bundesamt darauf hin, dass es sich bei der Kostenstrukturstatistik um eine **Stichprobenerhebung** mit einem **5%igen** Befragungshintergrund handelt (§ 5 Kostenstrukturstatistikgesetz). Dieser Auswahlsatz ist für **repräsentative** Ergebnisse auf regionaler Ebene **nicht** ausreichend ...“

Anmerkung: Im Übrigen zeigt auch unsere sehr umfassende Erfahrung auf, dass 15 % annäherungsweise dem Schnitt entsprechen dürften.

Bisher habe ich geglaubt, dass in den als nicht so arztfreundlich zu bezeichnenden Medien (wie z.B. die Süddeutsche Zeitung) derartige „Opportunitätszahlen“ gerne veröffentlicht werden. Aber dass die Deutsche Ärztezeitung in einer kaum zu übersehenden Schlagzeile „Gewinnzuwachs für Vertragsärzte“ und einem garantiert nicht zu übersehenden Schaubild derartiges ungeprüftes Zahlenmaterial verwendet, ist für mich ein weiterer Beweis dafür, dass die **Ärzte zusammenhalten müssen**.

Von wegen „Gewinnzuwachs“: Ein Vergleich der DESTA-TIS-Studie aus dem Jahre 2003 zeigt, dass im GKV-Bereich ein **Rückgang** von 3,3% zu verzeichnen ist.

Ein erheblicher, seit 30 Jahren festzustellender Mangel solcher Statistiken besteht insbesondere auch darin, dass die sog. „kalkulatorischen Kosten“ wie „kalkulatorische Zinsen“, „kalkulatorischer Unternehmerlohn“ für die unternehmerische Leistungserbringung (die in einer Personengesellschaft bilanztechnisch nicht erfasst werden) nicht berücksichtigt werden. Dazu kommt die „kalkulatorische Abschreibung“ inklusive der Turboisierung durch die in der Medizin – und nur da – anfallende **moralische Abschreibung** und das „kalkulatorische Risiko“. Auch diese kalkulatorischen Kosten muss jeder Unternehmer – und der niedergelassene Arzt ist (oder wird es werden müssen) Unternehmer – in Ansatz bringen.

Nichts von dem wird erwähnt. Mehr Gründlichkeit, mehr Objektivität und mehr Aufklärung täte den Veröffentlichungen von Statistiken gut. Die niedergelassenen Ärzte haben ein Recht darauf!

*Dr. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann*

Im nächsten Heft:

Wettbewerbsverzerrung und sonstige extreme Herausforderungen durch die in der Koalitionsvereinbarung vorgesehene Einschränkung der MVZs mit Krankenhausbeteiligung. Zu diesem aufwühlendem Thema, mit all den für den niedergelassenen Arzt möglichen Konsequenzen und den sich daraus ergebenden notwendigen Aktivitäten – wird Herr Dr. Meindl in der nächsten Ausgabe berichten.

GERICHTSURTEILE

PRIVATKASSE DARF BEHANDLUNGSUNTERLAGEN EINSEHEN

Das Amtsgericht Düsseldorf billigte den privaten Krankenversicherungen ein umfangreiches Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen von Patienten zur Überprüfung der Rechnung zu (Az: 27 C 17856/06). Demnach müsse die Versicherung nur zahlen, wenn ihr alle Auskünfte vorliegen, die diese zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht benötige. Hierzu gehöre auch die Herausgabe der Behandlungsunterlagen. Das Gericht sah eine umfassende Prüfung nur durch Einblick in die Behandlungsunterlagen als möglich an und erteilte damit der Argumentation des Arztes eine Absage, wonach die Versicherung ihm ja hätte Fragen stellen können.

Sollte dieses Urteil Schule machen, käme auf die Arztpraxen künftig eine Menge Mehrarbeit zu, wenn die PKV im „Überprüfungsinteresse“ standardisiert die Behandlungsunterlagen anfordert.

Joachim Zieher

AUFKLÄRUNG DURCH TELEFONAT ZULÄSSIG

Es ist zulässig, dass ein Anästhesist den Vater einer minderjährigen Patientin über die Operation telefonisch aufklärt. Der BGH verlangt die Aufklärung durch ein vertrauensvolles Gespräch zwischen Arzt und Patient (BGH Versicherungsrecht 1985, 361/362).

Die Verwendung von Informations- und Merkblättern ist nicht ausgeschlossen, diese sind auch durchaus üblich und für die Beteiligten vorteilhaft, sie vermögen jedoch das Gespräch nicht zu ersetzen. In einem Aufklärungsgespräch kann sich der Arzt davon überzeugen, dass der Patient die Hinweise und Informationen verstanden hat, zudem gibt ein Gespräch die Möglichkeit auf individuelle Belange des Patienten einzugehen und eventuelle Fragen zu beantworten (BGH NJW 2000, 1784 Rn-Nr. 39). Diesem Belangen kann allerdings nicht nur in einem persönlichen 4-Augen-Gespräch Rechnung getragen werden, auch in einem Telefonat kann sich der Arzt anhand der Reaktion und durch Nachfrage davon überzeugen, dass der Patient die wesentlichen Punkte verstanden hat.

Die Revision wurde zugelassen.

OLG München, Urteil vom 04.06.2009 1 U 3200/08



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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER ARZTPRAXIS – DIE ZEIT LÄUFT AB!

Arztpraxen sind bekannterweise nach dem GMG aufgefordert ein Internes Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Der Gesetzgeber hat hierzu die Mindestkriterien an das notwendige QM-System definiert.

Dieses QM-System muss bis zum 31.12.2009 fertig eingeführt sein. Zu dieser gesetzlichen Anforderung wird es stichprobenartige Überprüfungen geben. Aus Sicht des sich neu entwickelnden Gesundheitsmarktes werden sich zertifizierte QM-Systeme aber durchsetzen, um zum Beispiel auch neue Versorgungs- oder Vertragsformen eingehen zu können. Bis jetzt hat allerdings der Gesetzgeber eine Zertifizierung nicht vorausgesetzt. Die Entscheidung zur Umsetzung eines QM-Systems wie nach DIN EN ISO 9001:2008 oder QEP, als auch den Weg eine Zertifizierung anzustreben ist somit freiwillig, aber sicherlich ein Weg indem die

Praxen agieren und sich auf die kommenden Anforderungen vorbereiten.

Die Zeit läuft nun ab: insofern stellt sich nicht mehr die Frage, ob Sie ein QM-System einführen, sondern wie Sie es machen wollen! Da das Thema „QM in der Arztpraxis“ jetzt wieder an Aktualität gewonnen hat, unterstützt Sie QMSERVICE GmbH, ein Kooperationspartner der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH bei allen Fragen rund um das Thema QM.

QMSERVICE ist der Spezialist zur Einführung von QM-Systemen in Arztpraxen. Für QMSERVICE arbeiten nur erfahrene Branchenexperten – aus der Praxis für die Praxis – welche Ihnen bei der Implementierung des QM-Systems nach den gesetzlichen Anforderungen, der DIN EN ISO 9001:2008 oder des QEP-Modells helfen können. Den richtigen Partner für Ihr QM-System zu haben ist eine entscheidende Frage bei der Umsetzung Ihrer Anforderungen,

denn ein QM-System nebenbei einzuführen ist kaum möglich.

Aus diesem Grund bietet Ihnen QMSERVICE die passenden Dienstleistungen an. So ist der „QM-Easy-Check“ für Sie die Sicherheit zu wissen, wo Sie in Bezug zu Ihrem QM-System stehen und ob alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt werden.

Hinzu kommt „QM-last-minute“ um Sie in zwei Beratungstagen im Rahmen der gesetzlichen QM-Anforderungen fit zu machen, die „individuelle Beratung und Begleitung“ zum Aufbau Ihres QM-Systems oder die Zertifizierungsvorbereitung Ihrer Praxis. QMSERVICE ist Ihr starker Partner für Ihr QM-System!



*QMSERVICE GmbH
Jan Knittel
Projektleitung
Tel.: 07321 55789-11
kontakt@qmservice.info*

ABGEBROCHENE LEISTUNGEN BERECHENBAR?

Im Gegensatz zum EBM ist in der Privatabrechnung auch für abgebrochene Untersuchungen eine Berechnung nach GOÄ zulässig. Voraussetzung ist allerdings, dass die Leistung nicht etwa aufgrund eines technischen Defekts oder einer falschen Einstellung von Geräten abgebrochen werden musste, sondern der Grund für den Abbruch beim Patienten lag (z. B. Beklemmungen des Patienten im Rahmen einer MRT-Untersuchung). In diesem Fall gibt es unterschiedliche Ansätze wie diese abgebrochene Leistung nach GOÄ zu berechnen ist. Zum einen besteht die Möglichkeit auf eine niedriger bewertete Position auszuweichen, soweit für die durchzuführende Untersuchung unterschiedlich bewertete Gebührenordnungspositionen in der GOÄ vorgehen sind (z. B. Gelenk-MRT). Besteht diese Möglichkeit nicht, muss auf die Tarif-Nummer zurückgegriffen werden, die bei vollständiger Leistungsabrechnung berechnet worden wäre. Da die Leistung nicht vollständig erbracht werden konnte, muss dieser Umstand bei der Bewertung der jetzt analog zur Anwendung kommenden Gebührenposition, z.B. mit einem niedrigeren Steigerungsfaktor, berücksichtigt werden. Nicht selten ist aber gerade eine abgebrochene Leistung aufwändiger (weil ja zuallererst versucht wird, die Leistung vollständig zu erbringen) als eine regulär zu Ende gebrachte Leistung. Dann wäre natürlich auch die Berechnung mit dem Schwellenwert und sogar mit einem erhöhten Faktor unter Angabe einer Begründung möglich.

In jedem Fall muss aber die abgerechnete Leistung mit dem Zusatz z. B. „unvollständig erbrachte Leistung wegen“ in die Rechnung mit aufgenommen werden.

*Joachim Zieher
Geschäftsführender Gesellschafter*

INFOS

MEDIZINKLIMA-INDEX

Seit dem Jahr 2006 wird von der Stiftung Gesundheit unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Dr. rer.-pol. Konrad Obermann der Medizinklima-Index herausgegeben, der (Frühjahr 2009) wie folgt aussieht:

Von den niedergelassenen Humanmedizinern schätzen 17,6 % die aktuelle wirtschaftliche Lage als gut, 40,5 % als zufrieden und 42 % als schlecht ein. Die in der Zukunft liegenden Erwartungen werden mit 8,3 % gut, 22,4 % gleichbleibend und 69,3 % düster (!) bewertet.

Beteiligt haben sich 598 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Es wird nicht erwähnt, wie viele davon Humanmediziner sind.

Interessant ist noch eines, dass diese Werte ziemlich identisch mit dem IFO-Geschäftsklima-Index sind.

Quelle: www.stiftung-gesundheit.de

NACH PRAXISABGABE PLÖTZLICH WIEDER SELBST KASSENPATIENT?

Gesetzlich oder privat krankenversichert? Für viele Ärzte stellt sich diese Frage zum Zeitpunkt der Praxisabgabe erneut.

Als niedergelassener Arzt sind Sie seit vielen Jahren privat krankenversichert und wollen dies auch bleiben? Bei einer Weiterbeschäftigung als angestellter Arzt nach der Praxisabgabe oder in der Übergangsphase werden Sie jedoch automatisch wieder mit dem Thema Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konfrontiert.

Sobald Sie ein Anstellungsverhältnis eingehen, sind Sie grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV.

Gut zu wissen: Es gibt eine Altersgrenze! Wenn Sie zum Zeitpunkt der Anstellung bereits 55 Jahre oder älter sind und innerhalb der letzten 5 Jahre privat krankenversichert waren, können bzw. müssen Sie weiterhin privat versichert bleiben. In diesem Fall ist die Aufnahme in der GKV nicht mehr möglich.

Sofern Sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht

keine andere Möglichkeit. Es muss ein Wechsel in die Gesetzliche Krankenversicherung erfolgen.

GKV-Pflichtige, deren Bruttogehalt aus der angestellten Tätigkeit die **Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG, 48.600 € in 2009)** dauerhaft überschreitet, können nach drei Jahren die Befreiung von der GKV-Pflicht und somit den Wechsel zurück in die Private Krankenversicherung beantragen.

Damit nach einer vorübergehenden GKV-Pflicht die Rückkehr in die Private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen kann, ist es sinnvoll beim privaten Versicherer eine so genannte „Anwartschaft“ zu vereinbaren. Lassen Sie sich hierzu rechtzeitig von Ihrem Versicherer bzw. von Ihrem Betreuer ausführlich beraten.



M&C Assekuranzmakler
Elke Geier
Versicherungskauffrau
Tel. 0911 234209-32
elke.geier@muc-ag.de

BITTE FAXEN AN: 0911 98478-30 ODER 089 513999-25

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

- GKV-Patienten in die Privatsprechstunde?
- Nach Praxisabgabe plötzlich wieder selbst Kassenpatient?
- Abgebrochene Leistungen berechenbar?
- Möchten Sie Ihre Privat-/BG-Abrechnung „professionalisieren“ und wünschen ein Angebot für Ihre Abrechnung?
- Sind Sie schon unser Kunde? Sie 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. _____

GERICHTSURTEIL

KLEINE GEMEINSCHAFTSPRAXIS KANN AUCH „ZENTRUM“ SEIN

Um die Bezeichnung „Zentrum“ zu führen, genügt schon eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten. Zu dieser Ansicht kam zumindest das Landesberufsgericht für Heilberufe beim Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen. Geklagt hatte die Ärztekammer gegen zwei Hausärzte, die ihre Praxis als „Hausarztzentrum“ bezeichnet haben.

Das Gericht sah im Begriff des „Zentrums“ keine Gefahr der Irreführung, da sich der Zentrumsbegriff gewandelt habe und damit nicht Einrichtungen von einer bestimmten Größe oder Bedeutung damit zwangsläufig verbunden sind. Eine berufswidrige Werbung, wie dies die Ärztekammer gerne gesehen hätte, lag damit nicht vor.

Quelle:

IWW Radiologen WirtschaftsForum

VERLÄNGERUNG DER ÖFFENTLICHEN

BESTELLUNG des öffentlichen und vereidigten Sachverständigen **Dr. Rudolf Meindl**

Auszug aus dem Protokoll der Sachverständigenausschusssitzung vom 12.10.2009: „Nach dem Vortrag des Berichterstatters sind die vorgelegten Gutachten sowohl formal als auch inhaltlich von hoher Güte und Qualität.“ Dementsprechend empfiehlt der SVA dem Antrag auf Verlängerung der öffentlichen Bestellung stattzugeben.“

IMPRESSUM

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20 · 90402 Nürnberg,
Tel. 0911 98478-50

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.