



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 13 Jahren
im Dienste des Arztes*

SCHWARZ-GELB AUF JEDEN FALL !?

Gott sei Dank ist das Szenario, das ich im Infobrief, Ausgabe 3, unter der Überschrift

ROT, ROT AUF KEINEN FALL!

beschrieben habe, nicht eingetreten und so erhält der damalige Artikel seine Fortführung in meiner **subjektiven** Einschätzung dessen, was die neue Koalition gesundheitspolitisch **verspricht**, was sie **will** und letztlich was sich **durchsetzen** lässt.

Über 40 Jahre bin ich nun in der Gesundheitsökonomie zu Hause und meine Sorgen waren sehr groß, hätte sich das Rot-rot-Szenario durchgesetzt. Es ist Schluss mit Lauterbach'schem Neid initiierten emotionalen Aussagen (die auch bereits Ableger produzierten [Elke Ferner, SPD: „...Rösler's Klientel-Politik... führe nur dazu, dass sich die Ärzte am Starnberger See auch noch den 3. Porsche leisten können']), die den Hauptnährboden für das Entstehen einer **Misstrauenskultur** bilden.

Mit diesem **Wort** wurden leider auch große Teile der Gesetzgebung der vergangenen Jahre, in der es allzu oft um zusätzliche Kontrollen, Genehmigungspflichten und staatliche Gängelung der Ärzte ging, charakterisiert. Vorbei ist auch die Zeit, in der in Fernsehsendungen durch das BMG der Eindruck erweckt wird, allen Bürgern stehe die optimalste, beste gesundheitliche Versorgung zu und dies untermauert mit Anzeichen, in denen allen absolute Spitzenmedizin versprochen wird, obwohl gleichzeitig alles getan wurde, um der niedergelassenen Ärzteschaft im allgemeinen und den hochspezialisierten kapitalintensiven Fachärzten im besonderen die **wirtschaftliche Basis** zur Erbringung von ärztlichen Leistungen zu entziehen.

Die Ärzte setzten auf die Liberale Karte (mehr als 60 % wählten FDP) und fordern damit Rösler in ganz besonderem Maße.

Was soll angepackt werden?

1. Der zunehmend schuldenfinanzierte Gesundheitsfonds, der den staatlichen Einfluss auf das Gesundheitssystem erheblich steigert und dadurch den Wettbewerb der GKVen sowie zwischen den GKVen und den privaten Krankenversicherungen erheblich schwächt, ist als ordnungspolitischer Irrweg erkannt und wird abgeschafft.

Meine Meinung: Hier gibt es gravierende Unterschiede zwischen der CSU und der FDP, so dass kurzfristig nicht gerüttelt wird, was sehr schade ist.

Fortsetzung Seite 2

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG MIT ZUKUNFT

Mit Übernahme der Amtsgeschäfte durch die neue Regierung wurde gemäß Koalitionsvertrag auch eine Kurskorrektur in der Gesundheitspolitik vollzogen. Vor allem das Bekenntnis zur privaten Krankenversicherung muss als starkes Signal für den Erhalt dieses Versicherungszweiges und damit weitgehend gesicherter Einkommen der Ärzte gewertet werden. Auch sonst finden sich im neuen Koalitionsvertrag einige zum Teil konkret und zum anderen Teil doch noch sehr „allgemein“ formulierte Ansätze, um diesen in den letzten Jahren doch sehr stark benachteiligten Zweig eine zukunftssträchtige Perspektive zu geben.

Konkret wurde im Koalitionsvertrag festgelegt, dass die seit einigen Jahren geltende 3-Jahres-Frist für den Übertritt von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wieder auf ein Jahr reduziert wird. Dies erleichtert den Wechsel in die private Krankenversicherung und beschert damit sicherlich auch den Praxen den ein oder anderen neuen privat versicherten Patienten.

Auch die Novellierung der GOÄ bzw. GOZ fand in dem Vertrag Berücksichtigung. Hier wurde man allerdings wenig konkret, sondern hat sich nur auf den Nenner geeinigt, dass die GOÄ/GOZ an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden soll und dabei Kostenentwicklungen berücksichtigt werden. Wie und wann das Ganze geschehen soll, bleibt offen. Frau Dr. Klackow-Frank von der Bundesärztekammer äußerte sich im Rahmen ihres Vortrages beim ersten Kongress für Privatmedizin in Köln skeptisch, dass hier eine schnelle Einigung, vor allem aus Kostengesichtspunkten, möglich sein wird. Es ist auch abzuwarten, ob die von der PKV gewünschte „Öffnungsklausel“, welche bereits in der letzten Legislaturperiode für die Bearbeitung der GOZ vorgesehen war, tatsächlich in eine neue Gebührenordnung Einzug nehmen wird.

Der Basistarif bleibt „unter Beobachtung“, wengleich dieser bei der aktuellen Ausgestaltung wohl kaum große Relevanz für die private Krankenversicherungswirtschaft entfalten wird. Die neue Koalition hat nun vier Jahre Zeit zu zeigen, ob sie es mit dem überfälligen Umbau des Gesundheitswesens ernst meint, oder ob nicht am Ende wieder nur lamentiert wird.

Fortsetzung von Seite 1

(SCHWARZ-GELB ... AUF JEDEN FALL!?)

2. Die **Freiberuflichkeit** und Therapiefreiheit der ärztlichen Tätigkeit wird zum tragenden Prinzip der Gesundheitsversorgung erklärt.

*Meine Meinung: Die neue Bundesregierung wird sich daran messen lassen müssen, ob sie ihre Entscheidungen am Leitbild des freien Berufes ausrichtet. Dazu gehört die Politik der Überregulierung, die staatlichen Detailvorgaben zu beenden und der **Selbstverwaltung** wieder **Freiraum** zu geben.*

3. Die **GOÄ** wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst, dabei sind Kostenentwicklungen auch verursacht durch die stetigen Innovationen, durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung – zu berücksichtigen.

*Meine Meinung: Der Zeitfaktor wird eine wesentliche Rolle für den Erfolg spielen und ich bezweifle, ob insbesondere die **kalkulatorischen Kosten** (kalkulatorisches Risiko, kalkulatorischer Zins und kalkulatorischer Unternehmerlohn) Berücksichtigung finden. Diese Forderung stelle ich bereits seit 3 Jahrzehnten auf und befinde mich hier nicht in Alleinposition. Bereits 1998 wurde McKinsey beauftragt, diese für jeden Kaufmann wichtigen kalkulatorischen Kosten mit in das Entlohnungssystem für die Erbringung ärztlicher Leistungen aufzunehmen. Ohne deren Ansatz bliebe auch die nächste GOÄ weit unter den notwendigen Prämissen.*

4. **Der Wegfall der Zulassungssperre rückt näher, da die Koalition prüfen wird, ob die bisherigen Richtgrößen für die Zulassung von Vertragsärzten noch benötigt werden.**

Meine Meinung: 11 Eckpunkte habe ich in unserem Infobrief, Ausgabe 1/2009, aufgeführt, die meines Erachtens ein klares Zeugnis dafür sind, dass die Niederlassungsbeschränkung mittelfristig wegfallen wird. Ich fordere alle Ärzte auf, sich mit diesem Szenario zumindest hin und wieder zu beschäftigen (bei den Zahnärzten ging es still und schnell).

5. Die Pflicht zum Abschluss von **Hausarztverträgen** für die GKV-Kassen soll die nächsten 3 Jahre bestehen bleiben.

Meine Meinung: Dies war und wird in Zukunft nicht machbar sein. Warum hier nicht wieder der vorhergehende Status eingeführt wird, weiß ich nicht;

meines Erachtens ist es überflüssig und stellt nur unnötiges Unsicherheitspotential dar.

6. Das Verbot der **Beteiligung von Kapitalgesellschaften** an MVZ wird Gesetzescharakter erhalten.

*Meine Meinung: Dies ist längst überfällig, da existenzbedrohende Wettbewerbsverzerrungen damit einhergehen, insbesondere dann, wenn sich Vertragspartner (auch wenn sie Kraft Gesetz bestimmt sind), wie die Techniker Krankenkasse, anmaßen, mit **Mitgliedsbeiträgen** und damit indirekt mit **Steuergeldern**, Medizinische Versorgungszentren zu gründen und sich nicht scheuen, Kapital z.B. für den Zukauf von Kassenarztsitzen in Größenordnungen einzusetzen, die bar jeglicher wirtschaftlicher Vernunft sind.*

Die Herabsetzung der Beteiligungsmöglichkeiten von Krankenhäusern auf unter 50 % mag in großen Ballungsgebieten mit hoher ärztlicher Überversorgung vernünftig sein. Auf keinen Fall soll der großen Spielraum zulassende einleitende Satz im Koalitionsvertrag zu den geplanten neuen Bestimmungen für das MVZ („Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden“) eine schleichende Aufweichung der Gründungsmöglichkeiten von MVZ sein (Ende Juni gab es 1.325 MVZ).

7. Das Verfahren zur Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung soll kritisch überprüft und ggf. präzisiert werden.

Meine Meinung: Als Nicht-Arzt fehlt mir jegliche Grundvoraussetzung, die rein medizinisch begründete Definition für die Zuordnung zu interpretieren.

8. Das bestehende **Belegarztsystem** soll beibehalten und gestärkt werden.

Meine Meinung: Es ist ein wichtiger Bestandsschutz für all diejenigen Ärzte, die Belegarzt-Verträge haben. Es ist ohnehin schon für den niedergelassenen Arzt Herausforderung genug, wenn er durch die Umstrukturierung von Belegkrankenhäusern neuen Herausforderungen gegenübersteht.

9. Dem Erhalten der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser durch „verlässliche Investitionsfinanzierung“ wird erhebliches Augenmerk gewidmet. Die Beibehaltung des **DRG-Systems** ist gewollt und die Weiterentwicklung gefordert.

Meine Meinung: Was für die Krankenhäuser recht ist, kann für die Ärzte nur billig sein. Beides kommt dem Patienten

zugute und ist dadurch nur zu fordern.

10. Das **Wettbewerbsrecht** für die **gesetzlichen Krankenversicherungen** wird geändert und es soll das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen eingeführt werden. *Meine Meinung: Wohin übersteigter Wettbewerb der **gesetzlichen** Krankenversicherungen auf Kosten der Beitragszahler und damit auf Kosten der Steuerzahler führte, ist insofern sehr kritisch zu betrachten, als sich der Wettbewerb auf periphere medizinische Leistungserbringung konzentrierte, der mit der kernkompetenten ärztlichen Leistungserbringung nichts zu tun hatte, aber einen großen Kostenblock darstellte. Gesteigerter Wettbewerb unter den **Gesetzlichen** führt auch zu einer Großfusionsmanie (Großfusion der BEK mit der Gmünder Ersatzkasse zur größten deutschen gesetzlichen Krankenkasse mit 8,6 Mio. Versicherten), was theoretisch irgendwann einmal zu einer **oligopolistischen Marktstruktur** der gesetzlichen Krankenkassen führen könnte, was nicht zum Vorteil der leistungserbringenden Ärzteschaft führt (siehe hierzu meine Ausführungen im Infobrief 2/ u. 3/2008). Natürlich darf nicht verhehelt werden, dass dadurch auch ein gewisser Reinigungsprozess stattfindet, der insofern positiv ist, als sich kleine Kassen, die zukunftsprospektivisch nicht mehr überlebensfähig sind, in größere einbringen, aber **Großfusionen** müssen wegen der **Risiken der Oligopolbildung** vermieden werden (wenige GKVen würden den vielen leistungsbringenden Ärzten/Krankenhäusern „ihren“ Preis diktieren können).*

11. Neuedition des Wettbewerbsrechts der Leistungserbringer.

*Meine Meinung: Der Freiberufler Arzt ist Unternehmer und als solcher muss für ihn ein **wettbewerbsrechtlicher Ordnungsrahmen**, der seiner kaufmännischen Herausforderung gerecht wird, gegeben sein. Die von ihm gelebte Ethik verhindert ohnehin marktschreierische Aktivitäten. Dass diese dennoch geregelt werden sollten, nützt jedem, sich seiner Verantwortung bewussten Arzt-Unternehmer.*

12. **Bekanntnis zur PKV**

Die Koalition ist sich bewusst, dass die Probleme des Gesundheitswesens nachhaltig und generationsgerecht nur mit einer **starken priva-**

Fortsetzung Seite 3

(SCHWARZ-GELB ... AUF JEDEN FALL!?)

ten Krankenversicherung bewältigt werden können. Der **Wachstums-motor** PKV ist anerkannt und diese wird als konstitutives Element in einem freien Gesundheitswesen deklariert.

Einige Beispiele:

- Der Wechsel in die private Krankenversicherung wird durch den Wegfall der Drei-Jahres-Pflicht und die Wiedereinführung der Ein-Jahres-Pflicht wesentlich leichter und damit ist die **Basis** für ein vernünftiges Klientel in der **privaten Krankenversicherung** wieder hergestellt.
- Die Beobachtung des Basistarifes in der privaten Krankenversicherung gilt als vereinbart.
- Die Abgrenzung zwischen den Wahl- und den Zusatztarifen wird klarer ausgestaltet und die Möglichkeit der Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen wird erweitert. Die Möglichkeit des Angebots von Zusatztarifen in der Sozialversicherung wird gestrichen. Dies ist als **klassische Aufgabe** der PKV im Koalitionsvertrag manifestiert.
- Die Anpassung der **GOÄ** (siehe Punkt 3).
- Die Pflegeversicherung wird neben dem bestehenden Umlageverfahren durch eine Kapitaldeckung ergänzt.

Meine Meinung: Der Zeitfaktor spielt eine große Rolle und der konkrete Umsetzungsfahrplan, der zu den jeweiligen Gesetzgebungsverfahren führen muss, ist rechtzeitig aufzustellen.

Sicher ist eines: Das reale und bei rot-rot sicherlich auch eintretende Gespenst des Wegfalls der privaten Krankenversicherung und damit des Wegfalls der kaufmännischen Unabhängigkeit und des damit verbundenen Existenzverfalls ist zumindest für die nächsten 1½ Legislaturperioden nicht mehr vorhanden.

Fazit:

Insbesondere die Freien Demokraten plädieren im Gesundheitswesen für den Wettbewerb auf allen Ebenen. Dies ist ein Spagat und er beginnt bereits dafür Sorge zu tragen, dass die „kleinen“ und für die gesamtärztliche Versorgung unbedingt notwendigen Praxen im Wettbewerb mit den Medizinischen Versorgungszentren leben können. Hier ist zumindest durch das Verbot der

Beteiligung von Kapitalgesellschaften ein gewisser menschlicher Faktor mit integriert. Des weiteren muss trotz des Versuches, die ökonomisch-wettbewerbsrechtlichen Fragen im Sinne des freiberuflich tätigen Arztes zu klären, auf die **Unternehmenskultur** in **Arztpraxen** und Krankenhäusern Rücksicht genommen werden. Die Ärzte, obwohl wissend, dass sie als **Kaufleute** und **Unternehmer** gefordert sind, widersetzen sich zu recht dem reinen **kaufmännisch** bedingten **Effizienzgedanken**, denn nur dann ist der Raum für menschliche Zuwendung, ja für Barmherzigkeit, gegeben, wenn der Arzt die Erbringung seiner medizinischen Dienstleistung mit seinem ärztlichen Ethos vereinbaren kann. Diesen Spagat zu meistern, ist eine hohe Herausforderung und ist meines Erachtens dem jungen unverbrauchten „Arztminister“ **Rösler** wesentlich eher zuzutrauen, als dem „Untertan des Augenblicks“ **Horst Seehofer**, dessen Wandlungsfähigkeit als bestimmender Gesundheitsminister bei der Gestaltung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) und jetziger Gestalter der neuen „Gesundheits-Koalition“ den Ärzten nicht immer gut getan hat.

Meine Meinung: So gesehen war das Setzen auf die liberale Karte der deutschen Ärzteschaft (56,1%) zu ungunsten der christlich-sozialen Karte (23,5 %) das Richtige, sehr wohl wissend, dass vor der Wahl nicht nach der Wahl ist.

*Dr. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann*

RÖSLERS KOPFPRÄMIE – TODESSTOß FÜR DIE PKV?

Wer die aktuelle Diskussion über die von Gesundheitsminister Rösler geforderte Kopfprämie verfolgt, wundert sich über die dort immer wieder genannten Monatsbeträge je Mitglied, die zwischen 100 und 160 Euro schwanken. Sollte sich das GKV-System tatsächlich auf der Basis dieser Beiträge je Versicherten GKV-Patienten (natürlich inklusive der Beiträge für mitversicherte Partner und Kinder) realisieren lassen, käme dies beinahe einem Todesstoß für die Vollversicherung der PKV nahe. Natürlich bietet auch die private Krankenversicherung entsprechend günstige Prämien mit Beiträgen bis zu 300 Euro pro Monat an (auch hier würde sich ja der Arbeitgeber mit ca. 50 % im

Regelfall daran beteiligen), doch diese Tarife haben meist große Einschränkungen, so z. B. sehr hohe Selbstbehalte pro Jahr oder die Maximalerstattung zu einem unter dem Schwellenwert der GOÄ liegenden Faktor. Ob die in die private Krankenversicherung wechselwilligen Patienten dieses Risiko von hohen Selbsthalten dann noch tragen werden, bleibt offen. Für die Ärzteschaft wäre dies insofern ebenfalls bitter, dass erfahrungsgemäß die Patienten versuchen evtl. durch Absprachen mit dem Behandler Selbstbehalte zu vermeiden, indem mit dem Arzt vor der Behandlung bereits ausgehandelt wird, dass eine Rechnungsstellung nur zu dem Höchstsatz, zu dem der Patient versichert ist, erfolgen wird. Damit hätte posthum Ulla Schmidt ihr Ziel doch noch erreicht, nämlich die sukzessive Angleichung der GOÄ an den EBM.

Joachim Zieher

WICHTIGE MELDUNG

Gründung des KompetenzNETZ Medicus

Die wirtschaftlichen und organisatorischen Herausforderungen für die niedergelassenen Ärzte nehmen immer größere existentielle Formen an. Gepaart mit einem ungläublichen Verwaltungsaufwand ist bereits ein Großteil der „verfügbaren“ notwendigen Zeit der 50 Stunden und mehr pro Woche verbraucht.

Aufgrund der hohen Komplexität der zu bewältigenden Problemfelder, ist unseres Erachtens ein fachübergreifendes Kompetenzteam die optimale Lösung hierfür. Das von uns mit initiierte **KompetenzNETZ Medicus** tritt als komplexes Team auf. Jedes Mitglied verpflichtet sich dem Arzt und seinen Netzwerkpartnern gegenüber zu solider, ehrlicher, kompetenter und seriöser Leistungserbringung.

Weitere Informationen über das neue **KompetenzNETZ Medicus** erhalten Sie in der nächsten Ausgabe unseres Infobriefes.

*Dr. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann*

Joachim Zieher

MARKETING FÜR ÄRZTE

„Wer aufhört zu werben, um so Geld zu sparen, kann ebenso seine Uhr anhalten, um Zeit zu sparen.“

(Henry Ford)

Die Novellierung der Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte im Jahre 2002 mit ihrer Lockerung des Werbeverbotes, bietet dem Mediziner eine Reihe von Maßnahmen auch als Unternehmer aktiv zu werden. Es kann nicht vernachlässigt werden, dass er in einer Person sowohl Arzt als auch Unternehmer ist. Unternehmerische Verantwortung zu übernehmen, heißt nicht Streben nach Gewinn oder Kommerz, sondern in erster Linie den Bedürfnissen der Patienten nachzugehen und seine Handlungen auf sie auszurichten. Umsatzsicherung und Gewinnrealisierung sind Folgen eines patientenorientierten Praxismanagements.

Marketing als ganzheitliches Konzept zur Kunden- und Patientenorientierung bietet der Ärzteschaft eine gute Lösung, dem rasanten Wandel in der Medizinlandschaft zu begegnen. Der medizinische und technologische Fortschritt, gesetzliche Rahmenbedingungen, die Anforderungen der Banken und zunehmender Wettbewerbsdruck erfordern nämlich eine Neuorientierung.

Zunehmend treten auch aufgrund der neuen Medien, anstelle des unwissenden und schutzsuchenden Patienten, aufgeklärte und mündige Nachfrager medizinischer Leistungen auf. Viele Patienten wollen immer mehr dem Arzt auf „Augenhöhe“ begegnen. Patienteninformation und Patientenbedürfnisse gewinnen deshalb immens an Bedeutung. Gerade die freie Arztwahl macht die Patientenbindung zu einem ausschlaggebenden Punkt.

In unserer neuen Rubrik „Marketing für Ärzte“ werden wir Sie deshalb künftig in unserem Infobrief über die Möglichkeiten der Patientenbindung und -werbung informieren.

*Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Gülnazli Kül, Marketingleitung
Tel.: 0911 98478-59
gkuel@verrechnungsstelle.de*

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG

Der Markt der privaten Zusatzversicherungen boomt. Die Statistiken der privaten Krankenversicherungen zeigen vor allem in diesem Segment hohe Zuwachsraten, was auch für die Ärzte durchaus interessante wirtschaftliche Perspektiven bietet.

Leider ist Zusatzversicherung nicht gleich Zusatzversicherung. Vor allem im Bereich der stationären Behandlung gilt es, die Verträge genauer zu studieren, da hier gehäuft bei den Belegärzten Erstattungsprobleme auftreten. Hintergrund ist, dass mittlerweile nahezu alle privaten Krankenversicherungen Zusatzversicherungsverträge anbieten, welche bei stationärer Behandlung nurmehr die Leistungen für „Chefarztbehandlung“ als ärztliche Wahlleistung versichern. Eine stationäre belegärztliche Behandlung ist von diesen Verträgen nicht umfasst, weshalb hier der Patient auch keinen Erstattungsanspruch hat.

Um Ihre Patienten und auch sich selbst vor „bösen Überraschungen“ zu schützen, empfehlen wir Ihnen, bei privat zusatzversicherten GKV-Patienten genauer nachzufragen, ob auch belegärztliche Leistungen in der Versicherung eingeschlossen sind. Am besten geben Sie dem Patienten ausreichend Gelegenheit (2 - 3 Tage vor dem geplanten Eingriff), dies von seiner Versicherung nochmals prüfen und möglichst auch schriftlich bestätigen zu lassen. Sollte die Zusatzversicherung eine belegärztliche Behandlung nicht erstatten, wären Ihre Belegarztleistungen natürlich weiterhin über die GKV berechnungsfähig.

Gleichwohl steht es Ihnen natürlich frei, mit den GKV-Patienten trotz fehlendem Versicherungsschutz einen Behandlungsvertrag für die privatärztliche Behandlung auf der Belegstation abzuschließen. Allerdings müssen Sie dann beachten, dass Sie aufgrund § 18 der Musterberufsordnung Ärzte, den Patienten schriftlich darüber aufklären müssen, dass eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung und eventuell auch von privaten Zusatzversicherungen nicht möglich bzw. nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus müssen Sie den Patienten auch darauf hinweisen, dass er im Rahmen seiner

gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende operative Behandlung kostenfrei erhalten kann. Damit will der Gesetzgeber offensichtlich den GKV-Patienten vor „unüberlegten“ finanziellen Risiken bewahren.

Entsprechende Muster-Erklärungen stellen wir Ihnen auf Anfrage jederzeit gerne zur Verfügung.

Der Markt der privaten Zusatzversicherungen wird für Ärzte und Patienten zusehends intransparent. Mit den zum Teil undurchschaubaren Versicherungspaketen tut sich unserer Meinung nach aber die PKV keinen Gefallen. Letzten Endes wird sie den Patienten dadurch verlieren, dass er erkennt, keinen echten Nutzen aus der Versicherung zu gewinnen und diese damit früher oder später wieder kündigen. Damit ginge auf lange Sicht aber auch eine wichtige Privatklientel für die operierenden Fachbereiche verloren.

Ob im übrigen die immer häufiger anzutreffende Konstellation des Konsiliararztes anstelle des Belegarztes für dieses Problem eine „echte“ Lösung ist, bleibt aufgrund der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen fraglich.

Sollten Sie Fragen zu dieser Thematik haben, stehen wir natürlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Joachim Zieher

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.