www.guerbet.de

Radiologen Wirtschafts Forum

Management
Recht
Abrechnung
Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

1 | Januar 2014

Mammographie-Screening

Neubewertung der EBM-Nrn. 01750 ff. ab 1. Januar 2014

Der Bewertungsausschuss hat im Dezember 2013 für die Zeit vom 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2014 eine Änderung der Bewertung der Gebührenpositionen für das Mammographie-Screening beschlossen.

Grund für die Änderung

Anlass dieser Änderung ist die Reduzierung des Aufschlags für den organisatorischen Overhead (Finanzierung der Organisationskosten und sonstigen Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen) zum Mammographie-Screening-Programm. Dieser eigentlich mit 5,2 Prozent kalkulierte Aufschlag auf die Bewertung der Screening-Leistungen wird nicht voller Höhe benötigt und kann daher für die Zeit vom 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2014 auf 1,25 Prozent abgesenkt werden.

Die Bewertungen

Die Bewertung der EBM-Nrn. 01750 ff. wurde deshalb wie folgt geändert:

Bewertungen der EBM-Nrn. 01750 ff.

EBM-Nr.	Bewertung vom 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2014	Bewertung bis 31. Dezember 2013 und ab 1. Juli 2014
01750	531 Punkte	552 Punkte
01752	39 Punkte	41 Punkte
01753	861 Punkte	895 Punkte
01754	604 Punkte	628 Punkte
01755	1.079 Punkte	1.121 Punkte
01756	93 Punkte	97 Punkte
01757	102 Punkte	106 Punkte
01758	62 Punkte	64 Punkte
01759	277 Punkte	288 Punkte

Inhalt

Kassenabrechnung

Osteodensitometrie – Anpassung der Nr. 34600 und Neuaufnahme der Nr. 34601 2

Regelleistungsvolumen

Nicht jede Leistung muss im RLV voll vergütet werden 2

Nachbesetzung

BSG: Gründung einer Übergangs-BAG kann missbräuchlich sein! 3

Praxisnachfolge

Änderungen des GKV-VStG nun umgesetzt: Mehr Zeit für Praxisnachfolge einplanen 5

Vergütungsreport

Kienbaum-Studie: Einkommen der Ärzte in der Radiologie im Jahre 2013 6

Privatliquidation

Nr. 5298 GOÄ nicht für „digitale Durchleuchtung“..... 7

Strafrecht

Wahlleistungsvereinbarungen rechtswidrig – Chefarzt zahlt Geldbuße von 150.000 Euro ... 8

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Kassenabrechnung

Osteodensitometrie – Anpassung der Nr. 34600 und Neuaufnahme der Nr. 34601

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte bereits im Frühjahr 2013 den Indikationskatalog zur Durchführung der Osteodensitometrie erweitert sowie das Verfahren und die Messpunkte zur Durchführung der Osteodensitometrie konkretisiert (siehe auch RWF Nr. 7/2013). Der Bewertungsausschuss hat diese Änderungen nunmehr mit Wirkung zum 1. Januar 2014 übernommen.

Die Neuerungen

Die Leistungslegende der Nr. 34600 wurde entsprechend der G-BA-Richtlinien angepasst.

Für osteodensitometrische Untersuchungen zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung auch ohne das zwingende Vorliegen einer Fraktur wurde die Nr. 34601 neu in den EBM aufgenommen. Die Bewertung dieser neuen Leistung ist mit 161 Punkten identisch mit der Bewertung der Nr. 34600. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Beide Untersuchungen können nur noch mittels DXA durchgeführt werden. Die Durchführung mittels QCT ist ab 1. Januar 2014 nicht mehr möglich.

Osteodensitometien: Die Ziffen ab 1. Januar 2014

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Punkte* (Euro)
34600	Osteodensitometrische Untersuchung(en) .... mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig auf Grund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht • am Schenkelhals und/oder • an der LWS	161 (16,31)*
34601	Osteodensitometrische Untersuchung(en) .... mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie der Osteoporose besteht • am Schenkelhals und/oder • an der LWS	161 (16,31)*

*Seit dem 1. Januar 2014 beträgt der Punktwert 10,13 Cent

Aktuelle Rechtsprechung

Nicht jede Leistung muss im RLV voll vergütet werden

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Urteil vom 11. Dezember 2013 gegen einen Arzt aus Rheinland-Pfalz entschieden, der sich gegen die Bemessung seines RLV wandte (Az. B 6 KA 6/13). Nach Auffassung des Arztes müssten nach der gesetzlichen Konzeption die RLV in einer Größenordnung bemessen sein, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden könnten.

Idealkonzeption einer Gesamtvergütung nicht umsetzbar

Das BSG äußerte zwar, dass diese Vorstellung des Arztes der Idealkonzeption des Gesetzes entspreche. Diese Vorstellung sei aber nicht realisierbar, wenn – wie ebenfalls gesetzlich vorgegeben – die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen Grundlage der Berechnung der RLV seien. Das Grundsystem der Gesamtvergütung sei nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, dass der Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet je Fall zwingend mit festen Preisen zu vergüten sei.

Fazit

Diese Entscheidung zeigt erneut auf, dass Klagen, die eine höhere Vergütung im RLV-System zum Ziel haben, mit Blick auf die begrenzten Finanzmittel vom BSG restriktiv betrachtet werden. Ärzte sollten sich daher genau überlegen, ob eine entsprechende Klage ratsam ist.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Nachbesetzung

BSG: Gründung einer Übergangs-BAG kann missbräuchlich sein!

von Rechtsanwalt Nico Gottwald, Sindelfingen, gottwald@rpmed

Nach § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V sind bei der Bewerberauswahl im Rahmen einer Nachbesetzung eines Arztsitzes in einem gesperrten Planungsbereich auch die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte angemessen zu berücksichtigen. In der Praxis kommt es daher häufig zur Gründung einer „Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft" (Übergangs-BAG)", die nur dazu dient, über § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V Einfluss auf das Nachbesetzungsverfahren nehmen zu können. Ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. Dezember 2013 (Az: B 6 KA 49/12 R) kann dazu führen, dass solche Modelle in Zukunft häufiger scheitern.

Sinn und Zweck der Gründung von Übergangs-BAG

Vertragsärzte, die beabsichtigen, ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufzugeben, begeben sich oft übergangsweise in eine (überörtliche) BAG, um dann alsbald danach auf ihre Zulassung zu verzichten und das Nachbesetzungsverfahren einzuleiten. So wird das faktische Veto-Recht der verbleibenden Partner der BAG oder die durch § 103 Abs. 4b SGB V eröffnete Möglichkeit, den Vertragsarztsitz in eine Stelle für einen angestellten Arzt „umzuwandeln", gesichert, was die Chance auf einen möglichst hohen Verkaufserlös deutlich erhöht.

So kann unter Umständen ein aufgabewilliger Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich seinen Vertragsarztsitz in eine (überörtliche) BAG mit demjenigen Vertragsarzt einbringen, der ihm hierfür die lukrativsten Bedingungen bietet. Scheidet der aufgabewillige Vertragsarzt unmittelbar nach der Genehmigung der (überörtlichen) BAG aus, könnte sich wiederum der verbleibende Partner den zahlungskräftigsten Bewerber im Nachbesetzungsverfahren aussuchen.

Diesem Vorgehen erteilt das BSG mit seinem Urteil vom 11. Dezember 2013 (Az: B 6 KA 49/12 R) zwar keine direkte Absage. Der 6. Senat stellt jedoch klar, dass die Gründung einer solchen Übergangs-BAG genau zu prüfen ist und die Interessen der verbleibenden BAG-Partner nur dann schutzwürdig sind, wenn die Gründung der BAG nicht in missbräuchlicher Absicht erfolgte.

Fall: Zwei Radiologen gründeten eine Übergangs-BAG

Dem BSG-Urteil lag der Fall zweier Radiologen zugrunde, die zu Beginn des Jahres 2010 eine überörtliche BAG gründeten. Wenig später beendete einer der Radiologen seine vertragsärztliche Tätigkeit und verzichtete zum 30. Juni 2010 auf seine Zulassung.

Auf die Nachfolge bewarb sich die 1939 geborene Klägerin, die seit 2003 Altersrente bezieht, sowie eine weitere Ärztin, bei der es sich um eine Angestellte eines MVZ handelt, dessen Leiter ihr Ehemann ist. Sitz des MVZ, das ebenfalls radiologische Leistungen erbringt, ist ein Ärztehaus, in dem sich auch die Räume der nachzubesetzenden Praxis befinden.

Der Zulassungsausschuss ließ zunächst die Klägerin als Nachfolgerin zu. Dagegen wurde der Berufungsausschuss angerufen – und dieser bestimmte die angestellte Ärztin des MVZ als Nachfolgerin. Daraufhin erhob die zunächst zugelassene, ältere Radiologin Klage. Damit hatte sie in den beiden ersten Instanzen Erfolg. Der beklagte Berufungsausschusses wurde zur Neubescheidung der Praxisnachfolge verurteilt.

Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, dass die angestellte MVZ-Ärztin grundsätzlich nicht als Nachfolgerin in Betracht komme, da der in der BAG verbliebene

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Radiologe nicht mit ihr zusammenarbeiten wolle. Ausnahmen würden jedoch gelten, wenn die Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft missbräuchlich mit dem Ziel erfolgt sei, Einfluss auf die Auswahl des Nachfolgers zu nehmen. Dafür bestünden hier Anhaltspunkte. Bei der Auswahlentscheidung werde auch zu berücksichtigen sein, ob die zum Zeitpunkt der Entscheidung 73-jährige Klägerin tatsächlich bereit sei, langfristig an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Die Entscheidung des BSG

Das BSG verwies den Rechtsstreit letztlich zurück an das Landessozialgericht, da es selbst nicht abschließend entscheiden konnte, ob die Klägerin oder die angestellte Ärztin als Praxisnachfolgerin zuzulassen ist. Gleichzeitig machte es allerdings Ausführungen von maßgeblicher Bedeutung.

BSG nennt Kriterien, die für eine geringere Schutzwürdigkeit der verbleibenden Partner sprechen

Zwar seien die Zulassungsgremien bei der Auswahlentscheidung verpflichtet, die in § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V angesprochenen „Interessen" der in der Praxis verbleibenden Ärzte, das heißt hier des verbleibenden Radiologen, zu gewichten. Je deutlicher sich jedoch der Eindruck aufdränge,

- die übergangsweise gegründete BAG sei vorrangig gegründet worden, um über die erwähnte Vorschrift auf die Nachbesetzung Einfluss nehmen zu können und
- je kürzer die BAG tatsächlich bestanden habe und
- je weniger, etwa bei einer überörtlichen BAG, die Praxen der beteiligten Ärzte tatsächlich über einen längeren Zeitraum verflochten waren,

desto **geringer** seien die Interessen der verbleibenden Ärzte zu gewichten. Dies gehe jedoch nicht so weit, dass die Interessen der verbleibenden Ärzte unter Hinweis auf die Missbräuchlichkeit der Gründung der BAG vollständig unberücksichtigt bleiben könnten. Ein Arzt, mit dem die anderen Mitglieder der BAG aus objektiv nachvollziehbaren Gründen nicht zusammenarbeiten könnten, könne nicht als Nachfolger zugelassen werden.

Vorliegend sei nachvollziehbar, dass der in der BAG verbleibende Radiologe nicht mit der angestellten MVZ-Ärztin zusammen arbeiten könne. Diese sei durch Ihre Tätigkeit im radiologischen MVZ ihres Ehemannes, das sich dazu noch im gleichen Haus wie die nachzubesetzende Praxis befinde, aufs engste mit einem Konkurrenten der Praxis verbunden. Sie habe daher vermutlich ein Interesse daran, die Zulassung zu diesem MVZ zu ziehen.

Echter Fortführungswille des Nachfolgers muss erkennbar sein

Für die Nachfolgezulassung komme daher allein die klagende Radiologin in Betracht. Dies gelte jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sie die Praxis fortführen wolle und könne. Dies könne bei einer 73-jährigen Rentnerin durchaus zweifelhaft sein. Diese Gesichtspunkte werde das LSG erneut zu prüfen haben. Soweit das LSG als Kriterium der Eignung für die Nachfolge darauf abgestellt habe, wie lange die Nachfolgerin die Praxis fortführen wolle oder könne, sei es nicht zu beanstanden, wenn ein Zeitraum von fünf Jahren als ausreichend erachtet werde.

Fazit

Bisher liegt nur der Terminbericht des BSG vor, in dem sich das Gericht aber gleich zu zwei wichtigen und äußerst praxisrelevanten Punkten äußert. Erstens konkretisiert das BSG, dass die Interessen der verbleibenden Partner einer BAG im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens zwar zu berücksichtigen seien; es komme aber darauf an, wie schutzwürdig diese Interessen seien. Diene die in der Praxis oft bemühte Gründung einer „Übergangs-BAG" tatsächlich nur dazu, um über § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V Einfluss auf die Nachbesetzung nehmen zu können, seien die Interessen des verbleibenden Arztes bzw. der verbleibenden Ärzte nur sehr gering zu gewichten, allerdings nicht vollständig zu vernachlässigen.

Zweitens benennt das BSG mit Blick auf die Versorgungskontinuität einen Zeitraum von fünf Jahren, um einen Fortführungswillen zu dokumentieren. Der Wille und die Fähigkeit zur Fortführung der Praxis sind schließlich Voraussetzungen für die Zulassung im Wege der Praxisnachfolge.

Auch dies kann sich in der Praxis maßgeblich auswirken, wenn der ausgewählte Bewerber eigentlich nur übergangsweise auf dem Sitz tätig werden sollte. Unklar bleibt jedoch, ob es sich bei den fünf Jahren um einen Mindestzeitraum handeln soll und ob die bloße Behauptung, die Praxis mindestens fünf Jahre weiterführen zu wollen, künftig ausreichen wird.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Vertragsarztrecht

Änderungen des GKV-VStG nun umgesetzt: Mehr Zeit für Praxisnachfolge einplanen

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde ab 2013 in § 103 Abs. 3a SGB V eine Regelung eingeführt, wonach der Zulassungsausschuss bei Beendigung der Zulassung oder Teilzulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung prüft, ob ein solches Nachbesetzungsverfahren überhaupt durchgeführt werden soll. Voraussetzung hierfür ist ein Antrag auf Durchführung eines Praxisnachfolgeverfahrens nach § 103 Abs. 4 ff. SGB V. Erste Erfahrungen mit der Umsetzung durch die Zulassungsgremien zeigen, dass geplante Übertragungen deutlich längere Vorlaufzeiten benötigen.

von RA und FA für Medizinrecht Jörg Müssig, pwk & Partner Rechtsanwälte, Dortmund, www.pwk-partner.de

So läuft ein Praxisnachfolgeverfahren

Aufgrund der Neuregelung reicht für die Durchführung des Praxisnachfolgeverfahrens ein bloßer formloser Antrag an die jeweilige KV nicht mehr aus. Vielmehr bedarf es eines Antrags auf Ausschreibung an den Zulassungsausschuss. Die Zulassungsgremien haben hierfür bereits entsprechende Antragsformulare entwickelt, die in der Regel über die Homepage der jeweiligen KV heruntergeladen werden können.

Nach Eingang des Antrags wird dieser der KV und den Landeskrankenkassenverbänden zur Stellungnahme zugeleitet. Sobald die Stellungnahme vorliegt, entscheidet der Zulassungsausschuss in einer separaten Sitzung zunächst über die Ausschreibung. Fällt sein Votum positiv aus, wird die Ausschreibung in den einschlägigen Publikationsorganen der jeweiligen KV veranlasst. Erst danach wird das bislang schon bekannte Praxisnachfolgeverfahren nach § 103 Abs. 4 ff. SGB V mit der zugehörigen Ausschreibung und Bewerbungsfrist in Gang gesetzt – mit der Folge, dass eine Terminierung vor dem Ausschuss erfolgt, um ein Auswahlverfahren im Rahmen der Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 ff. SGB V durchzuführen.

Der Antrag kann abgelehnt werden, wenn die Nachbesetzung „aus Versorgungsgründen" nicht erforderlich ist. Ausnahmen bestehen, wenn der Nachfolger Ehegatte, Lebenspartner, Kind, Angestellter oder Berufsausübungsgemeinschafts-Partner des bisherigen Vertragsarztes ist.

Schlussfolgerungen

Bereits vor der Neuregelung war für ein Ausschreibungsverfahren ein Zeitraum von drei bis vier Monaten einzuplanen. Aufgrund der Neuregelung und des vorgeschalteten zweistufigen Verwaltungsverfahrens ist bei geplanten Praxisabgaben oder -übernahmen realistischerweise bis zur Nachbesetzung ein zeitlicher Vorlauf von bis zu sechs Monaten einzuplanen. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass die Ausschreibung und Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss abgelehnt wird, was ein Widerspruchs- und Klageverfahren nach sich ziehen kann.

Insbesondere bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), in der die Zulassung des ausscheidenden Partners verbleiben soll, ist darauf zu achten, dass Regelungen zum Ausscheiden eines Gesellschafters diesen zeitlichen Umständen Rechnung tragen. Der zeitliche Vorlauf und die Unwägbarkeiten, ob überhaupt eine Ausschreibung stattfindet und inwieweit im Praxisnachfolgeverfahren auch der „Wunschkandidat" zum Zuge kommt, können je nach Interessenlage vermieden werden.

Zu denken wäre da an einen Verzicht auf die (Teil-)Zulassung, um einen Vertragsarzt nach § 103 Abs. 4a oder 4b SGB V anstellen zu können – und dies mit einer späteren Rückumwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Vertragsarztzulassung gemäß § 95 Abs. 9b SGB V zu verbinden. Für solche Gestaltungen sollte aber fachmännischer Rat eingeholt werden.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Vergütungsreport

Kienbaum-Studie: Einkommen der Ärzte in der Radiologie im Jahre 2013

Die Grundvergütung der Ärzte in der Radiologie stieg in 2013 um durchschnittlich 2,4 Prozent. Dabei stiegen die Grundgehälter von Chefärzten um durchschnittlich 1,5 Prozent und die von Oberärzten um durchschnittlich 2,1 Prozent. Ärzte in Weiterbildung konnten mit 3,9 Prozent die höchsten Gehaltssteigerungen realisieren. Dies sind Ergebnisse des Kienbaum-Vergütungsreports 2013 „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern", in den die Daten von 123 Krankenhäusern mit Vergütungsinformationen zu 2.180 Ärzten eingeflossen sind.

von Sylvia Löbach, Kienbaum Management Consultants GmbH, Gummersbach, www.kienbaum.de

Dieser Artikel befasst sich speziell mit der augenblicklichen Vergütungssituation von Ärzten in der Radiologie, Isotopendiagnose, Röntgen und Radioonkologie (im weiteren Verlauf als Abteilung bzw. Radiologie bezeichnet).

Vergütung der Chefärzte in der Radiologie

Mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von 308.000 Euro gehören Chefärzte in der Radiologie zu den Spitzenverdienern in Krankenhäusern. Ihr Einkommen liegt durchschnittlich 11 Prozent höher als das Durchschnittsgehalt aller Chefärzte in Krankenhäusern. Die Spanne der Jahresgesamtvergütung ist bei Chefärzten in der Radiologie am größten: Sie reicht von 138.000 Euro im unteren Quartil bis 439.000 Euro im oberen Quartil.

Die Grundvergütung von Chefärzten der Radiologie liegt bei durchschnittlich 112.000 Euro, die variablen Vergütungen bei 151.000 Euro und die Nebentätigkeiten bei durchschnittlich 140.000 Euro.

In der Übersicht unten sind die Jahresgesamtbezüge von Chefärzten in der Radiologie mit ihrer Schwankungsbreite im Vergleich zu anderen ausgewählten Fachgruppen aufgelistet. Angegeben sind neben dem Durchschnitt auch die Lagemaße „Unteres Quartil", „Median" und „Oberes Quartil". Zum Beispiel sind in der Tabelle unten für Chefärzte für das „untere Quartal" Jahresgesamtbezüge von 138.000 Euro angegeben. Das bedeutet, dass noch 25 Prozent der Chefärzte der Abteilung Radiologie jährlich weniger als 138.000 Euro erhalten.

In der Übersicht fällt vor allem auf, dass bei den Chefärzten der Durchschnittswert (308.000 Euro) weit über dem Median (221.000 Euro) liegt. Das liegt im Wesentlichen daran, dass die Durchschnittswerte durch den Einfluss einiger sehr hoher Einkommen nach oben gezogen werden. Immerhin verdienen 25 Prozent der Chefärzte mehr als 439.000 Euro pro Jahr (siehe Eintrag bei „Oberes Quartil").

Die variablen Vergütungen der Chefärzte (Einkünfte aus Privatliquidationen, der Beteiligungsvergütung oder einer Bonusvereinbarung) variieren sehr stark – je nachdem, ob sie über Privatliquidationen oder eine andere Vergütungsart erzielt werden. Bei der Ausgestaltung der variablen Vergütung hat sich in den

Jahresgesamtvergütung von Chefärzten nach Fachabteilungen (in Euro)

Jahresgesamtvergütung	Innere Medizin	Radiologie	Chirurgie	Anästhesie/ Intensivmedizin	Gynäkologie/ Geburtshilfe	Pädiatrie/ Kinderklinik
unteres Quartil	159.000	138.000	170.000	137.000	145.000	134.000
Median	210.000	221.000	219.000	167.000	189.000	157.000
oberes Quartil	387.000	439.000	323.000	293.000	248.000	210.000
Durchschnitt	321.000	308.000	289.000	277.000	230.000	186.000

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Chefarzt-Radiologen: Kennzahlen variable Vergütung					
	Liquidations-Recht*	Beteiligungs-vergütung	Bonusver-einbarung	Kombi-nationen	Insge-samt
Gestaltungs-form (in % der Berechtigten)	64 %	6 %	17 %	13 %	100 %
Durchschnitt-liche Höhe (in Euro)	203.000	112.000	79.000	62.000	151.000

* nach Abzug von Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und Poolverpflichtung.

vergangenen Jahren viel verändert: Während der Anteil der Privatliquidationen an der variablen Vergütung rückläufig ist, nehmen andere Formen der variablen Vergütung wie Bonusvereinbarungen immer mehr an Bedeutung zu.

Die absolute Höhe der variablen Vergütung ist im Zuge dieser Entwicklung abnehmend, wie ein Vergleich nach Vertragsalter zeigt: Im Durchschnitt erzielten die Chefärzte mit alten Verträgen in 2013 ca. 250.000 Euro mehr aus ihrer variablen Vergütung als die Kollegen mit neuen Verträgen. Die aktuelle Höhe der verschiedenen variablen Gestaltungsformen ist in der Tabelle oben zu ersehen.

Vergütung der Oberärzte in der Radiologie

Die Oberärzte in der Radiologie erhalten ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 109.000 Euro. Auch bei Oberärzten spielen sonstige Vergütungsbestandteile eine nicht unbedeutende Rolle, wie folgende Zahlen zeigen:

- Die variable Vergütung beträgt durchschnittlich 12.000 Euro,
- die Einkünfte aus Nebentätigkeiten 7.000 Euro und
- die Vergütungen aus Ruf- und Bereitschaftsdiensten 15.000 Euro.

Insgesamt liegen die Oberärzte in der Radiologie mit ihrem Durchschnittseinkommen noch 11.000 Euro unter dem Einkommen aller Oberärzte im Krankenhaus.

Vergütung von Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung

Im Gegensatz zu den Chefärzten und Oberärzten spielt für die Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung weder die variable Vergütung noch die Nebentätigkeit eine größere Rolle für die Höhe ihrer Jahresgesamtvergütung. Sie erhalten im Jahr durchschnittlich 3.000 Euro (variable Vergütung) bzw. 2 000 Euro (Nebentätigkeiten) aus diesen Vergütungsbestandteilen. Die Jahresgesamtbezüge der Fachärzte betragen durchschnittlich 82.000 Euro, die der Ärzte in Weiterbildung 64.000 Euro. Aus der Rufbereitschaft und den Bereitschaftsdiensten erhalten die Ärzte im Jahr eine durchschnittliche Vergütung von 12.000 Euro bzw. 8.000 Euro.

Der Übersicht unten können Sie die Jahresgesamtbezüge der einzelnen Arztpositionen in der Radiologie mit ihrer Schwankungsbreite entnehmen.

Jahresgesamtvergütung von Ärzten der Radiologie (in Euro)				
Jahresgesamt-vergütung	Chefärzte	Oberärzte	Fachärzte*	Ärzte in Weiterbildung*
unteres Quartil	138.000	89.000	70.000	54.000
Median	221.000	99.000	80.000	61.000
oberes Quartil	439.000	127.000	93.000	70.000
Durchschnitt	308.000	109.000	82.000	64.000

* Durchschnittswerte aller Abteilungen im Krankenhaus.

Privatliquidation

Nr. 5298 GOÄ nicht für „digitale Durchleuchtung“

Manchmal wird bei Durchleuchtung unter Verwendung eines Geräts mit Bildverstärkerkette neben Nr. 5295 GOÄ noch Nr. 5298 GOÄ berechnet, obwohl die GOÄ das schon formal nicht vorsieht. Laut Leistungslegende bezieht sich der Zuschlag nach Nr. 5298 GOÄ auf die Nrn. 5010 bis 5290.

Daher sollte von Betroffenen geprüft werden, ob tatsächlich lediglich eine Durchleuchtung stattgefunden hat. Wenn nämlich eine Bilddokumentation erfolgt ist – gleich ob auf Film oder Langzeitdatenträger –, ist in der Regel die GOÄ-Nummer für die entsprechende Untersuchungsleistung berechenbar (bei Vorliegen anderer Voraussetzungen wie „in zwei Ebenen“) – und daneben die Nr. 5298 GOÄ.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Strafrecht

Wahlleistungsvereinbarungen rechtswidrig – Chefarzt zahlt Geldbuße von 150.000 Euro

Dass die Verwendung unwirksamer Vertreterklauseln in der Wahlleistungsvereinbarung kein Kavaliersdelikt ist, musste vor kurzem ein Chefarzt erkennen: Nur gegen Zahlung von 150.000 Euro an gemeinnützige Organisationen waren Staatsanwaltschaft und Gericht bereit, das Strafverfahren wegen gewerbsmäßigen Betrugs einzustellen (Landgericht Aschaffenburg, 29. Oktober 2013, Az. 104 Js 13948/07, nicht veröffentlicht). Dieser Beitrag zeigt, worauf Chefärzte und Kliniken jetzt achten sollten.

von Rechtsanwalt Karsten Kienitz, Münster, www.curacon-recht.de

Benennung des Vertreters in der Wahlleistungsvereinbarung

Nach Ansicht des Gerichts ist die Vertreterregelung in § 4 GOÄ eng an deren Wortlaut auszulegen. Da der ständige Vertreter dort im Singular auftauche, dürfe nur ein einziger ständiger Vertreter benannt werden. Dieser könne nur bei unvorhergesehener Vertretung tätig werden. Bei vorhersehbar notwendiger Vertretung bedürfe es jedoch einer individuellen Vertretervereinbarung.

Gericht ging von 44 unwirksamen Vertretungsfällen aus

Da der Chefarzt bzw. die Klinik im vorliegenden Fall sechs Vertreter benannt hatte, liege ein Verstoß gegen § 4 GOÄ vor. Zudem hatte sich der Chefarzt auch bei vorhersehbarer Abwesenheit vertreten lassen, ohne hierfür individuelle Vertretervereinbarungen nachweisen zu können. Insgesamt ging das Gericht von 44 unwirksamen Vertretungsfällen und Abrechnungen aus.

Einordnung des Urteils

Die Ansicht des Landgerichts ist durchaus umstritten. Vielfach wird es zum Beispiel als zulässig angesehen, dass ein Chefarzt mit verschiedenen Teilbereichen für jeden Teilbereich einen eigenen Vertreter benennen darf. Trotzdem sollten Chefärzte und Klinikleitungen bestehende Vereinbarungen überprüfen und sie – falls nötig – nach den folgenden Maßgaben aktualisieren:

1. Unvorhergesehene Abwesenheit
Der in der Wahlleistungsvereinbarung benannte Vertreter darf nur bei unvorhergesehener Abwesenheit des Chefarztes tätig werden.

2. Vorhersehbare Abwesenheit
Individuelle Vertretervereinbarungen für Fälle vorhersehbarer Abwesenheit sollten mindestens Grund und Dauer der Abwesenheit benennen und dem Patienten explizit die Wahl zwischen folgenden Möglichkeiten eröffnen:

- Behandlung durch einen sonstigen Arzt ohne Abrechnung der Wahlleistung,
- Vertretung durch einen individuell benannten Arzt oder
- Behandlung durch den Chefarzt nach seiner Rückkehr, sofern das Warten medizinisch vertretbar ist.

Entsprechende Vereinbarungen können nach hiesiger Ansicht auch für besonders qualifizierte Krankenhaus- oder externe Ärzte abgeschlossen werden, von denen sich der Patient behandeln lassen möchte.

Die Dokumentation der Vertretervereinbarungen sollte überprüft und eventuell eine Dienstanweisung für ärztliche/nichtärztliche Mitarbeiter formuliert werden.

Impressum

Herausgeber
Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag
IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0, Telefax 02596 922-99, www.iww.de

Redaktion
Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der Guerbet GmbH.

Hinweis
Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Komplexität und ständiger Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet
Contrast for Life