praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 02/2007

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 02/2007

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK
Behandlung ohne ärztliche Verordnung durch Gericht abgesegnet! 1
Hauptstadtkongress – erstmalig mit Forum Physiotherapie 4
Beruf mit Zukunft: Case Manager 5
Update Gesundheitsreform: Änderungen im Überblick 15

GESUNDHEITSMARKT
Marktchance Inkontinenz 5
Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern sinkt 7

RECHT/STEUERN
Fahrtkostenzuschüsse nicht mehr steuerfrei 13
Reform des Versicherungsvertragsrechts 14

FINANZEN
Höhere Verzugszinsen verlangen! 12
Praxisauto: Kleine Dellen selbst ausbügeln – sonst wird es teuer 14

KRANKENKASSEN
Alle zwölf Jahre verdoppelten sich Beiträge in der PKV 8

ÄRZTE
Bundessozialgericht: Verordnungen im Regelfall sind wirtschaftlich! 2
KV Baden-Württemberg irrt 3
KV Westfalen-Lippe kündigt Prüfvereinbarung 4

PRAXISMANAGEMENT
Pflichtangaben müssen auch in geschäftliche E-Mails 12

PHYSIOTHERAPIE
Rückenschmerz: Auch ältere Patienten profitieren von Training und Physiotherapie 6
In Arbeit: Leitlinien Kreuzschmerz 9
Somatisierungsstörungen: Physiotherapie effektiver als Medikamente und Operation 9
Marathonlauf geht nicht auf die Knie 10

ERGOTHERAPIE
Neues Therapiekonzept: Zoo statt Rehaklinik 11
Tiere in der Therapie sichern einer Praxis die Aufmerksamkeit 11

LOGOPÄDIE
Logopädie: Patienten und Eltern vorbildlich informieren 6

Guten Tag

und herzlich willkommen zu Unternehmen Praxis, der monatlichen Print-Ausgabe des praxiswissen24-Newsletters! Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Ihr

Ralf Buchner

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Behandlung ohne ärztliche Verordnung durch Gericht abgesegnet!

Das Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz macht den Weg frei für physiotherapeutische Behandlungen ohne ärztliche Verordnung. Ein aktuelles Urteil bestätigt zwei Klägern, dass sie die für ihre Arbeit relevante Diagnostik selbstständig durchführen können. Damit rückt der „First Contact Practitioner“ näher.

Ein staatlich geprüfter Masseur und ein Physiotherapeut hatten bei ihrem Gesundheitsamt beantragt, „die Heilkunde selbstständig, und zwar bezogen und beschränkt auf den Bereich der physikalischen Therapie und der Physiotherapie, ausüben zu dürfen“. Außerdem beantragten sie, die Bezeichnung „Heilpraktiker“ dafür nicht führen zu müssen und von der eigentlich obligatorischen Prüfung gemäß dem Heilpraktikergesetz freigestellt zu werden. Zunächst wollte das Gesundheitsamt diesem Antrag nicht nachkommen. In einem anschließenden Gerichtsverfahren bis hin zum Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz, bekamen die Kläger jedoch Recht. Das Gericht verpflichtete das Gesundheitsamt dazu, „ohne weitere Eignungsüberprüfungen den Klägern unter Freistellung von der Verpflichtung, die Berufsbezeichnung Heilpraktiker zu führen, die Erlaubnis zu erteilen, die Heilkunde nach Maßgabe von §1 Heilpraktikergesetz selbstständig auszuüben“.

Der Hintergrund: Physiotherapeuten, die ohne ärztliche Diagnose trotzdem einen Patienten therapieren möchten (Behandlung ohne Rezept), geraten regelmäßig in Konflikt mit dem Heilpraktikergesetz. Denn jeder, der nicht Arzt ist und die Heilkunde selbstständig ausüben will, bedarf nach §1 Abs. 1 des Heilpraktikergesetzes der Erlaubnis. Und die Erlaubnis bekommt man, wenn die „Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragsstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden keine Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellt. >

buchner

Thieme

!

Es gibt keinen rechtlich anerkennenswerten Grund dafür, von einem staatlich geprüften Physiotherapeuten eine Befähigungsüberprüfung nach dem Heilpraktikergesetz zu verlangen.

Viele Physiotherapeuten haben bereits Zeit und Geld investiert, um die Heilpraktikerprüfung zu absolvieren. Vielleicht ist das in Zukunft nicht mehr nötig, wenn man Patienten ohne ärztliche Verordnung behandeln möchte, also als so genannter First Contact Practitioner. Denn das Gericht kommt in seinem Urteil zu dem Schluss, „dass es keinen rechtlich anerkennenswerten Grund dafür geben kann, von einem staatlichen geprüften Physiotherapeuten, der erklärtermaßen außerhalb seines Fachgebiets nicht behandeln will, eine Befähigungsüberprüfung nach dem Heilpraktikergesetz zu verlangen“. Der vom Gericht bestellte Gutachter weist daraufhin, „dass im Rahmen der Ausbildung zum Physiotherapeuten neben Kenntnissen und Fertigkeiten in der physikalischen Therapie auch diagnostische Verfahren zur Befunderhebung vermittelt werden, die den Auszubildenden befähigen, Behandlungsindikationen selbstständig zu erkennen, ebenso wie Kontraindikationen.“ Ferner werde durch die Ausbildung sichergestellt, dass der Physiotherapeut seine notwendigen Befunde und Diagnosen selbstständig erbringen könne.
Im Prinzip sind die Hinweise des Gutachters für Therapeuten nicht neu oder überraschend. Aber die Tatsache, dass ein Oberverwaltungsgericht sie in seinem Urteil bestätigt, ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zum First Contact Practitioner. Dieses Urteil orientiert sich stark an der jüngeren Rechtssprechung des Bundesverwaltungsgerichts und dürfte damit auch über Rheinland-Pfalz hinaus Wirkung zeigen. Da es die beschränkte Heilpraktikererlaubnis ohne Überprüfung schon seit einigen Jahren für bestimmte Sprachtherapeuten in Nordrhein-Westfalen gibt, sollte es nicht mehr lange dauern, bis sich diese Rechtsmeinung bundesweit durchsetzt. Interessierte können das Urteil, das im November 2006 gefällt und jetzt bekannt gegeben wurde, in vollem Wortlaut bei der praxiswissen24-Hotline anfordern: hotline@praxiswissen24.de

Interessierte können das Urteil in vollem Wortlaut bei der praxiswissen24-Hotline anfordern: hotline@praxiswissen24.de

ÄRZTE

Bundessozialgericht: Verordnungen im Regelfall sind wirtschaftlich!

Die Angst vor Regressen ist bei Ärzten vor allem dann groß, wenn das erste Mal Richtgrößenprüfungen anstehen, wie zurzeit in manchen KV-Gebieten. Deswegen ist es umso wichtiger, dass ängstlich verordnende Ärzte gut informiert sind. Eine wichtige Information ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 29. November 2006.
In diesem Urteil heißt es unter anderem: „Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Heilmittelrichtlinien sind für die verordnenden Vertragsärzte verbindlich und unterstützen diese bei der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.“ Damit ist höchstrichterlich bestätigt: Verordnungen der Kassenärzte innerhalb des Regelfalls der Heilmittelrichtlinien sind immer wirtschaftlich! Das Urteil wird in Kürze im Detail veröffentlicht und es ist zu erwarten, dass in der Urteilsbegründung diese Sichtweise noch deutlicher zum Ausdruck kommen wird. Eine Sichtweise, die seit Jahren auch schon von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertreten wird. „Die auf den Versorgungsbedarf im einzelnen Fall ausgerichteten Heilmittelkataloge

versetzen den Arzt in die Lage, die Wirtschaftlichkeit seiner Verordnungsweise zu belegen, und bieten somit ein Instrument, sich vor individuellen Regressen zu schützen“, hatte schon 2001 der damalige Vorsitzende der KBV Manfred Richter-Reichhelm seinen Kollegen ins Ärzteblatt geschrieben. Leider vertreten die einzelnen Landes-KVen die Auffassung, die Richtgrößen seien der oberste Maßstab für wirtschaftliches Verordnen, die Heilmittelkataloge mithin nur Umsetzungshilfen. Dieser Standpunkt wird durch das Urteil des BSG jetzt ganz klar als falsch entlarvt!
Über den Hintergrund des Urteils hatte praxiswissen24 bereits am 7. Dezember 2006 berichtet: Der Bundesverband der Heilmittelerbringer (BHV) wollte vor dem Sozialgericht feststellen lassen, dass Vereinbarungen zwischen Heilmittelerbringern und Krankenkassen bei der Neufassung der Heilmittelrichtlinien im Jahre 2004 hätten mehr berücksichtigt werden müssen und war damit gescheitert.

!

Das Aktenzeichen des Urteils lautet: B 6 KA 7/06 R und kann von der Praxiswissen24-Hotline angefordert werden.

ÄRZTE

KV Baden-Württemberg irrt

Bei der Aussage, es gebe keine zuverlässigen Daten, die es den Vertragsärzten erlauben würden, ihre Heilmittelverordnungen zu steuern, irrt sich der KV-Vorstand. Denn ein Kalkulationstool für Heilmittelausgabencontrolling liegt schon über ein Jahr für fast alle KV-Gebiete bereit.
Bei der Verordnung von Heilmitteln im laufenden Jahr hatte die KV Baden-Württemberg eine gute und eine schlechte Botschaft zu verkünden: Die Kassen haben sich geweigert, Praxisbesonderheiten zu vereinbaren. Allerdings ist die Datenlage bei Heilmitteln so schlecht, dass „man darauf in der Regel keine Prüfung aufbauen kann“, sagt KV-Vorstand Dr. Jan Geldmacher in der Ärzte-Zeitung vom 23.1.07. Zeitnahe, zuverlässige Daten, die es Vertragsärzten erlauben würden, ihre Heilmittelverordnungen zu steuern, gebe es nicht.
Hier irrt er. Die verordnenden Ärzte können mit einem hohen Grad an Genauigkeit ihr Verordnungsverhalten berechnen. Dazu kann entweder die Praxissoftware oder eine kleines Heilmittelausgabencontrolling-Tool (in Form einer Excel-Tabelle) eingesetzt werden. praxiswissen24-Kunden erhalten die Excel-Tabelle für die KVen kostenlos über die praxiswissen24-Hotline. Darin enthalten sind die gültigen Richtgrößen, alle Heilmittelpositionen samt den Preisen für RVO und VdAK. Damit kann jeder Arzt ein exaktes Heilmittelverordnungscontrolling durchführen.
Trotz des Heilmittel-Informations-Systems (HIS) sei die Datenlage bei Heilmitteln „nach wie vor schlecht“, wird Geldmacher in der Ärzte-Zeitung weiter zitiert. Er empfiehlt, sich an die Heilmittel-Richtlinien zu halten: „Wenn Kollegen richtliniengemäß verordnen, darf ihnen nichts passieren.“ Zudem könne man auf Basis der ungenauen Daten „in der Regel keine Prüfung aufbauen“. Das wäre ja für die Ärzte zu schön, um wahr zu sein. Leider sind diese Aussagen im konkreten Regressfall für den Arzt wenig hilfreich.
Information: In dem Seminar „Heilmittelregressprophylaxe“ können Sie die Hintergründe der Wirtschaftlichkeitsprüfungen kennenlernen und das Dilemma der Ärzte verstehen. Auch wird das Controlling-Tool dort vorgestellt und Sie erhalten Argumentationshilfen für die Kommunikation mit den Ärzten. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an miriam.ide@buchner.de oder rufen die praxiswissen24-Hotline an.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an miriam.ide@buchner.de oder rufen die praxiswissen24-Hotline an.

Termine zum Thema Heilmittelregressprophylaxe mit ausführlicher Besprechung des Inhalts des BSG Urteils:

22. März in Halle
23. März in Berlin
5. April in Kiel
19. April in Reutlingen
20. April in Wuppertal

ÄRZTE

KV Westfalen-Lippe kündigt Prüfvereinbarung

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe kündigt die Prüfvereinbarung für Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfungen. Damit wehrt sie sich gegen zu wenig Verordnungen von Heilmitteln.

Ein klarer Fall für den Papierkorb ist die Prüfvereinbarung für Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung für den Vorstand der KV Westfalen-Lippe. Im Rahmen der 13. Vertreterversammlung am 10. Februar 2007 setzten die Vorstandsmitglieder Dr. Ulrich Thamer, Dr. Wolfgang-Axel Dryden und Dr. Thomas Kriedel im Dortmunder Ärztehaus ein klares Zeichen: Sie gaben die Kündigung der Prüfvereinbarung bekannt.

„Westfalen-Lippe ist inzwischen bei Verordnungen von Heilmitteln Schlusslicht“, begründete der Vorstandsvorsitzende Dr. Ulrich Thamer diesen Schritt. „Die Kollegen sind durch die Prüfmaßnahmen so verunsichert, dass sich niemand mehr traut, etwas zu verordnen. Und wer noch morbiditätsorientiert verordnet, gerät gleich in Prüfung und Regress. Ein unhaltbarer Zustand.“ Die jetzt ausgesprochene Kündigung soll ein Zeichen sein. Ein Zeichen, dass die Wut der Vertragsärzte über diese Regelung öffentlich zementieren soll. Ein Zeichen aber auch für die Politik, dass die Ärzte nicht länger in einen Schraubstock eingespannt sein wollen, der immer fester gedreht wird.

Bis sich die Kündigung der Prüfvereinbarung auswirkt, dauert es allerdings noch bis zum 1. Januar 2008. Und natürlich laufen bis dahin die Prüfverfahren regulär weiter. Zur Neuorganisation des Prüfverfahrens wurde aber bereits jetzt eine Projektgruppe eingerichtet. Thamer: „Als Sofortmaßnahme haben wir in Gesprächen mit den Krankenkassen erreicht, dass das Aufgreifkriterium für die Heilmittelprüfung (nach Durchschnittswerten) von 40 auf 80 Prozent heraufgesetzt wird. Das führt zu einer sofortigen Entlastung der für Ärzte und Patienten unerträglichen Situation.“

!

Die Ärzte in Westfalen-Lippe sind so verunsichert, dass sich niemand mehr traut zu verordnen.

Vorübergehend ist das Aufgreifkriterium für die Heilmittelprüfung auf 80 Prozent heraufgesetzt worden.

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Hauptstadtkongress – erstmalig mit Forum Physiotherapie

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vereint die Fachkongresse Deutsches Ärzteforum 2007, Krankenhaus-Klinik-Rehabilitation 2007 und den Deutschen Pflegekongress 2007. Dieses Jahr ist auch die Physiotherapie dabei.

Der Kongress findet vom 20. bis 22. Juni 2007 im ICC Berlin statt. Neu in diesem Jahr ist das Forum Physiotherapie, das am Freitag, den 22. Juni 2007, von 9:00 –18:00 Uhr stattfindet. Initiiert vom ZVK-Bundesverband sind die Physiotherapeuten erstmals auch auf diesem großen Kongress vertreten.

Das Motto des Forums lautet „Wir können, man muss uns nur lassen! Strategien der modernen Physiotherapie“. Es vereint drei Schwerpunktthemen:

1.) Die europäische Leitlinie zur verbesserten Behandlung von Rückenschmerzpatienten
2.) Wandel im Gesundheitswesen: Neue Versorgungsmodelle
3.) Brauchen Physiotherapeuten eine ärztliche Verordnung?

Mehr Informationen unter:
www.forum-physiotherapie.de

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Beruf mit Zukunft: Case Manager

In der Reihe „Berufe mit Zukunft“ stellt die Wirtschaftswoche in ihrer aktuellen Ausgabe (4/07) den so genannten Case Manager als zukünftig gefragten Beruf im Gesundheitswesen vor.

Case Management kann auch als Unterstützungsmanagement oder Klinische Sozialarbeit bezeichnet werden. Case Manager begleiten Patienten während ihrer Behandlung – in der Regel im Krankenhaus und in der Zeit danach. Sie organisieren zum Beispiel einen Platz in der Anschlussheilbehandlung, Hilfsmittel, Kinderbetreuung, ambulante Pflege, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und vieles mehr, je nach Notwendigkeit. Außerdem sorgen Case Manager dafür, das Informationen immer dort sind, wo sie gebraucht werden, und damit verzahnen sie die gesamte medizinische Behandlungskette.

Case Manager ist kein geschützter Titel. Private Akademien und auch öffentliche Hochschulen bieten berufsbegleitende Weiterbildungskurse an. Viele Pflegekräfte nutzen diese berufliche Weiterentwicklung, aber sie könnte auch für Physiotherapeuten interessant sein. Und: Die Erweiterung von großen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder Praxen um die Tätigkeit des Case Managements könnte eine zusätzliche Marktchance bieten.

!

Case Manager können das Angebot eines Rehazentrums gut ergänzen.

GESUNDHEITSMARKT

Marktchance Inkontinenz

Etwa 11 Millionen Patienten in Deutschland leiden an Inkontinenz. Für Physiotherapeuten wird damit die „Nische Inkontinenztherapie“ größer und interessanter.

Zum siebten Mal fand jüngst das Pflegerechtssymposium des Deutschen Pflegerats in Köln-Deutz statt. Dort berichteten Referenten, dass in Deutschland rund 11 Millionen Menschen von Inkontinenz betroffen sind. Die Finanzierung der Inkontinenz-Hilfsmittel stehe vor erheblichen Veränderungen: Denn mit dem im April 2007 in Kraft tretenden Wettbewerbsstärkungsgesetz werden dann auch für Inkontinenzprodukte Festbeträge Gültigkeit erlangen. Damit könnte die physiotherapeutische Inkontinenztherapie noch einmal neue Wachstumsimpulse bekommen.

Schon 1999 wurde in einer Studie festgestellt, dass es erhebliche Defizite bei der Inkontinenztherapie gibt. So kommt der Autor Dr. med. Rainer Lange unter anderem zu dem Schluss, dass „Physiotherapie als profunde Therapieform der Stressinkontinenz viel zu wenig verordnet wird“. Und: „Neue Methoden wie Reizstrom und Biofeedback-Training werden viel zu selten eingesetzt.“

Daran hat sich in den vergangenen Jahren wenig geändert, und das, obgleich zum Beispiel eine weitere Studie im Jahre 2003 dem Beckenbodentraining gute Erfolge bescheinigt: „Bevor eine Operation erwogen wird, sollte ein konservativer Behandlungsversuch erfolgen. Im Vordergrund steht dabei die Beckenbodengymnastik. Der Erfolg liegt bei 50 bis 70 Prozent Besserung, beziehungsweise Heilung“ >

!

Neue Wachstumsimpulse für die physiotherapeutische Inkontinenztherapie.

Die Chance für die Physiotherapie ist deutlich: Die Wirksamkeit der Inkontinenzbehandlung ist nachgewiesen und der Leidensdruck und Handlungswille der Patienten ist hoch. Zu wenig Praxen nutzen dies, trotz erstklassiger Fachkompetenz! Äquivalent zum Thema Rückenschmerz könnten Praxen hier zielgruppenspezifische Produkte und Marketingkonzepte entwickeln.
Da ist die Pharmabranche schon deutlich weiter: Großflächige Plakate und ganzseitige Zeitungsinserate bewerben freiverkäufliche Pillen. Die Physiotherapie hat viel Besseres zu bieten und sollte offensiv die Leistung anbieten, die sie erbringen kann!

!

Physiotherapeuten sollten Leistungen offensiv anbieten!

LOGOPÄDIE

Logopädie: Patienten und Eltern vorbildlich informieren

Unter dem Titel „Reden wir!“ hat die Zeitschrift Öko-Test auf zweieinhalb Seiten eine kurze Übersicht zum Thema Sprach- und Sprechstörungen für Eltern zusammengestellt. Die Darstellung der Informationen ist gelungen.
Die Redakteure von Öko-Test haben alle Informationen zum Thema in kleine Häppchen zerlegt, so dass man einfach und schnell alle interessanten Aspekte aufnehmen kann. Die Checklisten „Sprachstörungen“ und „Was Eltern tun können“ sind ebenso nützlich wie die Tipps zur Sprachentwicklung und die Internetadressen von Sprachtherapeuten. Selbst die Fragen, was ein Sprachtherapeut macht und welcher Arzt der richtige Ansprechpartner ist, werden beantwortet.
Auch wenn Experten hier inhaltlich eine gewisse Tiefe vermissen werden, finden Sie hier eine Vorlage für eine gute Gliederung des Themas. Für die Gestaltung der eigenen Praxisbroschüre oder des Internetauftritts können sich Logopäden davon inspirieren lassen. Der Artikel ist in der Februarausgabe von Öko-Test auf den Seiten 75–77 zu finden.

!

Der Artikel ist in der Februarausgabe von Öko-Test auf den Seiten 75–77 zu finden.

PHYSIOTHERAPIE

Rückenschmerz: Auch ältere Patienten profitieren von Training und Physiotherapie

Multimodale Therapie bei chronischen Rückenschmerzen steigert Beweglichkeit und Lebensqualität. Das zeigt eine Studie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg.
Chronische Rückenschmerzen können mit einem Trainingsprogramm erfolgreich behandelt werden, welches sowohl körperliche als auch psychische Ursachen angeht. Das zeigt eine Untersuchung der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, in der ein besonderes Augenmerk auf den Vergleich von jüngeren und älteren Patienten gelegt wurde. Rund zwei Drittel der 50- bis 60-jährigen Patienten war nach sechs Monaten wieder arbeitsfähig – in vergleichbarem Unfang wie jüngere

Schmerzpatienten. Mit ihrer Behandlung waren die älteren Patienten ebenso zufrieden wie die jüngeren.

An der Studie, die in der Zeitschrift „Clinical Rheumatology“ veröffentlicht ist, nahmen insgesamt 405 Männer und Frauen teil, die seit mindestens drei Monaten an Rückenschmerzen litten und bereits sechs Wochen krank geschrieben waren. Jeweils rund ein Viertel der Teilnehmer gehörten zu den Altersgruppen 51 bis 65 Jahre und 18 bis 34 Jahre. Die restlichen Patienten waren zwischen 35 und 50 Jahre alt.
Alle Patienten nahmen an einem multidisziplinären Ganztags-Therapieprogramm über drei Wochen teil. Dazu gehörten Physiotherapie, ein Rückentraining, Entspannungsübungen, Psychotherapie sowie eine Arbeitsplatzberatung. Die Behandlungsergebnisse wurden nach sechs Monaten überprüft.

Federführend bei dieser Studie war Professor Dr. Marcus Schiltenwolf, Leiter der Sektion Schmerztherapie. „Aus früheren Studien wissen wir, dass die Behandlung von psychischer Belastung und Stress die Patienten beweglicher und arbeitsfähiger macht“, erklärt er. „In dieser Studie konnten wir zeigen, dass dies nicht nur auf jüngere Patienten zutrifft.“ Eine der wesentlichen Beobachtungen bei der Studie war: Schmerzreduktion und Steigerung der Lebensqualität konnte bei älteren Patienten erreicht werden, ohne dass die Rückenfunktionen verbessert wurden. „Das zeigt, dass sich die multimodale Schmerztherapie auch bei älteren Patienten lohnt“, so Professor Schiltenwolf.

!

„Das zeigt, dass sich die multimodale Schmerztherapie auch bei älteren Patienten lohnt“,
so Professor Schiltenwolf.

GESUNDHEITSMARKT

Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern sinkt

Die Bettenbelegung in deutschen Krankenhäusern pro Einwohner ist rückläufig. Damit einher geht eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Leistungsbereich.
Wie aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervorgeht, wurden zwischen 1993 und 2005 rund 105.000 Betten abgebaut. Das entspricht einem Rückgang von 16,7 Prozent. Anders ausgedrückt: Während die Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner 1995 noch bei 7,5 lag, lag sie 2004 bei 6,4.
Im internationalen Vergleich habe Deutschland dennoch weiterhin Überkapazitäten in der stationären Versorgung, so die Regierung. In Zukunft sei eine „weitere starke Reduzierung der Bettenkapazitäten zu erwarten, insbesondere auch durch eine weitere Verkürzung der Verweildauer und zunehmende ambulante Behandlungsmöglichkeiten“.

Die Kürzung der Verweildauer sei ein Ziel der 2003 eingeführten diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) gewesen. Das neue Vergütungssystem der pauschalierten Abrechnung pro Behandlungsfall auf nahezu alle vollstationären Krankenhausbehandlungen habe „offenbar strukturelle Veränderungen im Leistungsspektrum der >

Krankenhäuser“ hervorgerufen. Insbesondere seien in Folge der mit dem DRG-System einhergehenden Leistungstransparenz „in erheblichem Umfang vollstationäre Fälle aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert und dem ambulanten Bereich zugeordnet“ worden.
Bleibt abzuwarten, wann die ambulanten Leistungserbringer für die Mehrleistungen auch endlich höhere Budgets bewilligt bekommen.

KRANKENKASSEN

Alle zwölf Jahre verdoppelten sich Beiträge in der PKV

Das, was viele Praxisinhaber schon mit Sorge bei den eigenen Finanzen beobachtet haben, wird jetzt bestätigt: Jährliche Beitragssteigerungen um sechs Prozent sind bei privaten Krankenversicherern an der Tagesordnung. Die verschiedenen Wege, wie man hier sparen kann, zeigt die Zeitschrift FINANZtest.
Wer seinen Beitrag für die PKV senken möchte, kann beispielsweise bei dem selben Anbieter den Tarif wechseln, den Selbstbehalt erhöhen oder die Leistungen senken – oder nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform den Anbieter wechseln. Die Februarausgabe von FINANZtest zeigt alle Möglichkeiten auf.

Trotz mitunter drastischen Preiserhöhungen waren in den vergangenen Jahren Privatpatienten günstiger versichert, als sie es in der gesetzlichen Krankenkasse gewesen wären. Die Rechnung kehrt sich jedoch um, wenn jemand eine Familie gründet oder aus dem Erwerbsleben ausscheidet und als Rentner ein geringeres Einkommen hat. Dann können ihm laut FINANZtest die Kosten schnell über den Kopf wachsen. Da kann es helfen, bei dem selben Anbieter nach einem günstigeren Tarif zu suchen. Oder man erhöht den Selbstbehalt, damit sinkt der Beitrag für Selbstständige oft so stark, dass Versicherte sogar besser „fahren“, wenn sie Behandlungs- und Arzneikosten in voller Höhe selbst zahlen. Bei Arbeitnehmern funktioniert das weniger gut, da sie den Selbstbehalt alleine zahlen müssen, während sie sich die Beitragsersparnis mit dem Arbeitgeber teilen. Der Verzicht auf Leistungen kann ebenfalls Kosten senken.

Sind alle diese Möglichkeiten ausgereizt und die Beiträge immer noch zu hoch, bleibt Versicherten nur noch der Wechsel in den Standardtarif, dessen Leistungen in etwa auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen liegen, und der nicht teurer sein darf als der Höchstbeitrag in der GKV. Zu einem günstigeren Anbieter wechseln konnten ältere Privatversicherte bislang nicht. Diese Chance sollen sie jedoch mit der geplanten Gesundheitsreform erhalten.

!

Mit der geplanten Gesundheitsreform können auch ältere Privatversicherte zu einem günstigeren Anbieter wechseln.

PHYSIOTHERAPIE

In Arbeit: Leitlinien Kreuzschmerz

Die Arbeit an der Nationalen VersorgungsLeitlinie zum Krankheitsbild Kreuschmerz hat im August 2006 begonnen. 2007 soll sie fertig werden. Hier die Hintergrundinformationen.

Gemeinsam mit Vertretern von 17 Fachgesellschaften, 2 Verbänden (Bundespsychotherapeutenkammer und ZVK), der KV Berlin, der Patientenselbsthilfe sowie der stellvertretenden Vorsitzenden der Leitlinienkommission der AWMF haben sich die Beteiligten über erste Eckpunkte zu den Inhalten einer „Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz“ verständigt. Dies ist das erste Mal, dass an der Erstellung einer Leitlinie Patienten beteiligt sind. Alle bisher veröffentlichten NVL und PatientenLeitlinien sind frei zugänglich unter der Adresse: www.versorgungsleitlinien.de.

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, AG der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es bringt zu ausgewählten Krankheitsbildern fachübergreifend Experten aus verschiedenen Fachgesellschaften sowie aus der Selbsthilfe zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte ärztliche Versorgung schriftlich darzustellen. Die Nationalen VersorgungsLeitlinien richten sich vorrangig an Ärzte, an alle weiteren Fachberufe im Gesundheitswesen, an Patienten und deren persönliches Umfeld sowie an alle Herausgeber strukturierter Behandlungsprogramme und an die medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, deren Leitlinien ihrerseits die Grundlage für Nationale VersorgungsLeitlinien bilden. Zu jeder Nationalen VersorgungsLeitlinie wird von den Vertretern der Selbsthilfe eine PatientenLeitlinie erarbeitet.

Alle bisher veröffentlichten NVL und PatientenLeitlinien sind frei zugänglich unter der Adresse: www.versorgungsleitlinien.de.

PHYSIOTHERAPIE

Somatisierungsstörungen: Physiotherapie effektiver als Medikamente und Operation

Bei Patienten mit somatoformen Störungen sind Physiotherapie und Psychotherapie effektiver als passive ärztliche Maßnahmen wie zum Beispiel Injektionen und Operationen.

Das geht aus einer Untersuchung von Nina Sauer und Wolfgang Eich – Ärzte der Universität Heidelberg – hervor, die unter dem Titel „Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen“ im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist.

Patienten mit einer somatoformen Störung leiden an körperbezogenen Beschwerden, die jedoch nicht hinreichend somatisch erklärt werden können. 16 bis 31 Prozent der Konsultationen in allgemeinärztlichen Praxen finden aufgrund von somatoformen Symptomen statt. Zum Krankheitsbild gehört auch, dass der Patient hartnäckig >

medizinische Untersuchungen verlangt, auch wenn die Befunde wiederholt negativ ausfallen. Die Suche nach psychischen Ursachen lehnt er ab.
Die Veröffentlichung gibt eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Somatisierungsstörungen, deren Diagnostik und Therapie und ein Fallbeispiel. Wichtige Erkenntnis in puncto Behandlung: Passive Maßnahmen wie Injektionen und Operationen sind weniger effektiv als Behandlungen, in denen die aktive Mitarbeit des Patienten gefordert ist. Dazu gehören Physiotherapie und andere Maßnahmen wie zum Beispiel Psychotherapie. Vielleicht lohnt es sich also, sich mit dieser Patientengruppe auseinanderzusetzen.
Die Veröffentlichung findet man im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 1–2 vom 8.1.2007, Seite A–45 bis A–54, und sie ist im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit0107 verfügbar.

Die Veröffentlichung findet man im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 1–2 vom 8.1.2007, Seite A–45 bis A–54, und sie ist im Internet unter: www.aerzteblatt.de/lit0107 verfügbar.

PHYSIOTHERAPIE

Marathonlauf geht nicht auf die Knie

Studie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg zeigt: Langstreckenläufer leiden eher an Koxarthrose als an Gonarthrose.
Marathonläufer brauchen langfristig keine Knieschäden zu befürchten. Jedoch ist ihr Risiko, eine Koxarthrose zu entwickeln, im Vergleich zu Nicht-Sportlern erhöht. Das ist das Ergebnis einer Studie mit 20 ehemaligen Marathonläufern, die Wissenschaftler der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg in der Zeitschrift „Der Orthopäde“ veröffentlicht haben.

Dass Leistungssport die Hüft- und Kniegelenke verschleißen kann, ist bekannt. Dies gilt insbesondere für Spiel- und Kampf-Sportarten wie Fußball und Handball, Karate und Taekwondo, bei denen die Sportler schnell ihre Laufrichtung ändern. „Unklar war dagegen bislang, ob dies auch für Langstreckenläufer zutrifft, deren Gelenke gleichmäßig und gradlinig belastet werden“, erklärt Privatdozent Dr. Holger Schmitt, Leiter der Sektion Sportorthopädie.

Die Heidelberger Sportorthopäden haben 20 ehemalige Marathonläufer untersucht und geröntgt, die zwischen 1972 und 1986 zur Spitzenklasse des deutschen Leistungssports zählten. Die Befunde wurden mit denen von gleichaltrigen Nicht-Sportlern verglichen. Während die Kniegelenke überwiegend keine Anzeichen von Arthrose aufwiesen, waren die Hüftgelenke bei zirka 15 Prozent der Sportler sichtbar verändert, wenn auch meist ohne Beschwerden.

„Diese Ergebnisse sowie frühere Studien legen nahe, dass gesunde Hobby-Langstreckenläufer eine Arthrose im Knie oder in der Hüfte nicht fürchten müssen“, so Schmitt. Erst wenn pro Woche eine Laufstrecke von mehr als 60 Kilometer zurückgelegt wird, muss mit Schäden gerechnet werden. Profi-Marathonläufer, deren Pensum meist deutlich über dieser Schwelle liegt, haben daher ein erhöhtes Risiko, eine Koxarthrose zu entwickeln.

!

Gesunde Hobby-Langstreckenläufer müssen eine Arthrose im Knie nicht fürchten.

PHYSIOTHERAPIE/ERGOTHERAPIE

Neues Therapiekonzept: Zoo statt Rehaklinik

Wer sagt eigentlich, es gebe keine neuen Ideen im Gesundheitswesen? Im Krefelder Zoo können Reha-Patienten mit Tieren auf Tuchfühlung gehen.

Der „Reha-Tag im Zoo“ ist eine neuartige Therapiemöglichkeit, die vom Zoo Krefeld und dem Gesundheitsdienstleister inoges ag jetzt angeboten wird. Dies ist bundesweit das erste Projekt dieser Art. Das Besondere dabei: Patienten kommen in direkten Kontakt mit ausgewählten Tieren, was als integraler Bestandteil in der modernen Rehabilitation dienen kann. „Wir wollen unseren Patienten aus der täglichen Reha-Routine heraus damit neue, interessante Reize setzen und dadurch den Therapieerfolg weiter optimieren“, erklärt inoges-Vorstand Wolfgang Hoever die Idee des Konzeptes.

Ab sofort gehen Patienten der Krefelder inoges-Tochter „reha krefeld“ im Rahmen ihrer Behandlung einen Tag lang in den Zoo. Das Indikationsspektrum dafür reicht dabei vom Bandscheibenvorfall über Hüft- und Kniegelenksverletzungen bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen. Denn Physis und Psyche werden gleichermaßen angesprochen und gefordert. Die Gruppenstärke beträgt maximal zwölf Personen und wird von Therapeuten sowie einem Arzt begeleitet. Die sechsstündige Veranstaltung umfasst drei Schwerpunkte: Gesundheitsinformation durch den Arzt, therapeutische Bewegungsübungen sowie eine Zooführung mit Tierkontakten. Natürlich gibt es nur engen Kontakt zu Tieren, die dies bereits gewöhnt sind.

Studien zum Einsatz von Tieren in der Medizin haben die positiven Einflüsse auf Heilungsverläufe bereits nachgewiesen. Tiere sorgen automatisch für eine entspannte, nicht offensichtlich therapeutisch ausgerichtete Atmosphäre. Durch die ungewöhnliche Umgebung im Zoo sollen vor allem auch therapiemüde Patienten wieder angeregt werden: Hier wird man motiviert, eine lange Strecke zu gehen, sich zu bücken um einen Tapir zu streicheln, auf unebenen Böden zu gehen. Mit einem Mal werden Schonhaltungen überwunden und wie von selbst Alltagskompetenzen trainiert, so die Idee des Konzepts.

ERGOTHERAPIE

Tiere in der Therapie sichern einer Praxis die Aufmerksamkeit

In der Uniklinik Göttingen unterstützt ein Therapiebegleithund die Ergotherapie mit großem Erfolg. Therapietiere könnten auch in ambulanten Praxen zur Anwendung kommen und so als Besonderheit zum Praxiserfolg beitragen.

Zwei- bis dreimal in der Woche bringt die Ergotherapeutin Judith Schiffmacher den Labrador „Beke“ mit auf die Kinderstation der Uniklinik Göttingen. Sie hat ihre Hündin zum Therapiebegleithund ausbilden lassen. Nach einer sechsmonatigen Testphase entschied der Vorstand des Bereichs Humanmedizin, das „Beke“ ständiger Begleithund auf der Kinderpsychosomatik-Station sein darf.

Zum Beispiel bauen die Kinder aus verschiedenen Elementen einen Bewegungsparcours auf und führen Beke vor, wie sie über die Treppe gehen oder über eine Bank >

balancieren soll. „Es ist gut für das Selbstbewusstsein, wenn die Kinder sehen, dass sie „Beke“ etwas beibringen können“, sagt Judith Schiffmacher. Wenn der Hund etwas nachmachen soll und dabei einen Fehler macht, lernen die Kinder ganz nebenbei, dass auch ein Hund nicht alles sofort kann.
Was in der Klinik umzusetzen ist, kann auch in der ambulanten Praxis bei der Behandlung von Kindern funktionieren. Die Kassen werden zwar nichts zusätzlich für die Therapie bezahlen, aber für die Verbesserung der Therapieergebnisse und als Alleinstellungsmerkmal (Unterscheidung zu anderen Kinderpraxen) ist das Konzept sehr gut geeignet. Ein Therapiehund ist sofort in aller Munde!

FINANZEN

Höhere Verzugszinsen verlangen!

Zum 1. Januar 2007 hat sich der Basiszinssatz, der im Bürgerlichen Gesetzbuch festgelegt ist, auf 2,70% erhöht. Daraus resultieren auch höhere Verzugszinsen für Patienten und Krankenkassen.
Der Verzugsszinsatz bei Geschäften mit Verbrauchern beträgt gemäß §288 Abs. 1 BGB 5% über dem Basiszinsatz (daraus ergibt sich: Basiszinsatz 2,7% + 5% = 7,7% Verzugszinssatz).
Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (zum Beispiel die Abrechnung der Heilmittelerbringer mit den Krankenkassen), beträgt der Verzugszinssatz gemäß §288 Abs. 2 BGB 8% über dem Basiszinsatz (Basiszinsatz 2,7% + 8% = 10,7% Verzugszinssatz).
Heilmittelerbringer können den gesetzlichen Krankenkassen Verzugszinsen berechnen, was sich aus einem Urteil des Bundessozialgerichts ergibt. Darüber berichtete praxiswissen24 am 10. August 2006 in der Rubrik Finanzen.

!

Heilmittelerbringer können den säumigen Krankenkassen Verzugszinsen in Höhe von 10,7% berechnen!

PRAXISMANAGEMENT

Pflichtangaben müssen auch in geschäftliche E-Mails

Während Geschäftsbriefe schon immer bestimmte Pflichtangaben wie zum Beispiel Firma, Rechtsform und Registergericht enthalten müssen, war bisher nicht klar geregelt, ob auch E-Mails diese Angaben enthalten müssen.
Durch das Gesetz über das elektronische Handelsregister und Genossenschaftsregister sowie das Unternehmensregister (EHUG) wurden die Vorschriften der §§37a, 125a HGB, 80 AktG, 35a GmbHG und 25a GenG neu verfasst. Damit hat der Gesetzgeber klargestellt, dass auch die Korrespondenzen per E-Mail als Geschäftsbriefe einzuordnen sind, und dass in diesen Pflichtangaben zu machen sind.
Betroffen sind Kapitalgesellschaften (GmbH, AG), ins Handelsregister eingetragene Personengesellschaften (OHG, KG, GmbH & Co. KG), eingetragene Einzelunternehmer (e. K.) sowie auch Partnerschaftsgesellschaften (§7 PartGG i.V.m. §125a HGB). Auch für Kleingewerbetreibende, für die keine Firma im Handelsregister eingetragen ist, wird sich künftig etwas ändern. Ab dem 22. Mai 2007 ist auf allen

Geschäftsbriefen zusätzlich zum ausgeschriebenen Vor- und Zunamen eine ladungsfähige Anschrift (= Geschäftssitz) anzugeben. Bei der Gestaltung von Geschäftsbriefen müssen die gesetzlichen Vorschriften (§15 b GewO, §§37a, 125a, 177a HGB, §35a GmbHG, §80 AktG) beachtet werden. Die Angaben sollen den Geschäftspartnern die Möglichkeit geben, sich schon beim Beginn der Geschäftsbeziehung über die wesentlichen Verhältnisse des Unternehmens informieren zu können.
Die Pflichtangaben sind abhängig von der Rechtsform des Unternehmens:

Nicht im Handelsregister eingetragenes Einzelunternehmen
Auf allen Geschäftsbriefen des nicht eingetragenen Gewerbetreibenden ist der Familienname des Unternehmers mit mindestens einem ausgeschriebenen Vornamen anzugeben.

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR oder BGB-Gesellschaft, d.h. auch Partnergesellschaft): Auf allen Geschäftsbriefen der Gesellschaft bürgerlichen Rechts müssen die Familiennamen aller Gesellschafter mit mindestens einem ausgeschriebenen Vornamen mitgeteilt werden.

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) hat zu informieren über:

- den vollständigen Firmennamen in Übereinstimmung mit dem im Handelsregister eingetragenen Wortlaut;
- die Rechtsform der Gesellschaft;
- den Sitz der Gesellschaft;
- das Registergericht sowie die Handelsregister-Nummer;
- alle Geschäftsführer und – sofern die Gesellschaft einen Aufsichtsrat gebildet und dieser einen Vorsitzenden hat – den Vorsitzenden des Aufsichtsrates mit Familiennamen und mindestens einem ausgeschriebenen Vornamen.

Um eine kostenpflichtige Abmahnung zu vermeiden, empfiehlt es sich, diese Angaben so schnell wie möglich zu ergänzen, bzw. beim Steuerberater zu klären, inwieweit für die eigene Praxis welche Pflichtangaben vorgeschrieben sind.

RECHT/STEUERN

Fahrtkostenzuschüsse nicht mehr steuerfrei

Durch die Kürzung der Pendlerpauschale gibt es jetzt bei den Fahrtkostenzuschüssen Einschränkungen.
Da die Pauschale nur noch ab dem 21. Kilometer in der Steuererklärung angesetzt werden darf, können Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten als Arbeitgeber ihren Angestellten für die ersten 20 Kilometer des Arbeitswegs keinen steuerfreien Zuschuss mehr gewähren. Dies gilt seit Jahresanfang.
Im Gegensatz dazu gelten bei Tankgutscheinen keine neuen Regeln. Sie können weiter bis zur Freigrenze von 44 Euro im Monat ausgegeben werden. Da die Gutscheine für den Fiskus Sachzuwendungen sind, ist es allerdings wichtig, dass diese nicht „auf Euro“, sondern „auf Liter“ ausgestellt werden.

RECHT/STEUERN

Reform des Versicherungsvertragsrechts

Die Rechte von Versicherten gegenüber ihren Versicherungen sollen in Zukunft deutlich stärker werden. Dies sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vor.
Insbesondere das Recht der Lebensversicherung soll modernisiert werden. So ist jetzt der Anspruch der Versicherten auf Überschussbeteiligung im Entwurf verankert. Auch soll der Versicherte Anspruch auf Beteiligung an den stillen Reserven haben. Das Versicherungsunternehmen habe ihm eine Modellrechnung über die möglichen Leistungen zu übergeben. Darüber hinaus soll er jährlich über die tatsächliche Entwicklung unterrichtet werden.
Ferner plant die Regierung gesetzliche Regelungen zum Thema Kündigung. Der Versicherer dürfe das Kündigungsrecht des Kunden nicht dadurch in Frage stellen, dass er im Vertrag besondere Nachteile für den Fall der Kündigung vorsieht, die der Versicherte möglicherweise bei Abschluss des Vertrags nicht erkennen oder bewerten kann.
Der Gesetzentwurf sieht ferner ausdrücklich vor, dass die Versicherungen der Pflicht unterliegen, den Kunden vor Vertragsabschluss aufzuklären und zu beraten. Dem Kunden werde somit Gelegenheit gegeben, sich vor seiner Unterschrift mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen. Wie lang die Laufzeit von Verträgen ist, soll weiterhin Verhandlungssache bleiben. Im Interesse des Versicherten sieht der Gesetzentwurf jedoch ein zwingendes Sonderkündigungsrecht zum Ende des dritten und aller folgenden Versicherungsjahre vor.

FINANZEN

Praxisauto: Kleine Dellen selbst ausbügeln – sonst wird es teuer

FINANZtest stellt kostenlos ein Tool zur Berechnung der optimalen Selbstbeteiligung bei Autoschäden zur Verfügung.
Wer kleine Kratzer im Kotflügel – zum Beispiel auch beim Dienstwagen – von der Versicherung begleichen lässt, zahlt am Ende kräftig drauf. Denn mit jedem regulierten Unfall erhöhen sich die Beiträge – und diese übersteigen dann mit den Jahren oft die Schadenssumme. Welche Dellen man lieber selbst ausbügelt, rechnet FINANZtest in der Februarausgabe für 126 Tarife vor.
Ein Drittel aller Schäden in der Haftpflichtversicherung beträgt weniger als 1.500 Euro. Bis zu welcher Höhe sich Selbstzahlen rentiert, steht außerdem im Internet unter www.finanztest.de/grenzwertrechner. Dort findet man eine kostenlose und nützliche Excel-Berechnungstabelle.

Bis zu welcher Höhe sich Selbstzahlen rentiert, steht im Internet unter:
www.finanztest.de/grenzwertrechner

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Update Gesundheitsreform: Änderungen im Überblick

Der Bundestag hat mit der erwarteten Mehrheit die Gesundheitsreform verabschiedet. Hier die wichtigsten Beschlüsse.

Für die Gesundheitsreform stimmten 378 von 593 anwesenden Bundestagsabgeordneten, 207 votierten dagegen, 8 enthielten sich der Stimme.

Gesundheitsfonds

Im Gesundheitsfonds sollen ab 1. Januar 2009 die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie ein Steuerzuschuss von anfangs drei Milliarden Euro verwaltet werden. Der Fonds soll 95 Prozent der GKV-Ausgaben decken. Jede Krankenkasse erhält aus dem Gesundheitsfonds einen Pauschalbetrag pro Versicherten. Die Bundesregierung legt den Beitragssatz der GKV jährlich per Rechtsverordnung fest. Die Länder haben dabei kein Mitspracherecht.

Bis zum Start des Gesundheitsfonds soll ein neuer Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen entwickelt werden. Kassen mit einem vergleichsweise höheren Anteil an kranken Versicherten erhalten höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Wenn eine Krankenkasse mit den Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, kann sie einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben. Dieser Betrag darf ein Prozent des Einkommens nicht übersteigen. Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro pro Monat können jedoch auch ohne eine Prüfung des Einkommens erhoben werden.

Private Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2009 wird es auch in der PKV eine Pflicht zur Versicherung geben. Das heißt, in Deutschland darf niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein. Personen, die dem System der PKV zuzuordnen sind, müssen sich dort versichern und müssen mit dem Basistarif aufgenommen werden. Der Basistarif wird in seinem Leistungsumfang mit der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die PKV muss alle nicht gesetzlich Pflichtversicherten ohne Risikoprüfung aufnehmen.

Wer bereits privat krankenversichert ist, kann in den ersten sechs Monaten des Jahres 2009 in den Basistarif seiner oder einer anderen Versicherung wechseln, angesparte Altersrückstellungen werden dabei angerechnet. Ab Juli 2009 können diese Kapitalreserven nur noch in den Basistarif bei der eigenen Versicherung mitgenommen werden. Im Basistarif gibt es weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Der Beitrag zum Basistarif darf den GKV-Höchstbeitrag nicht übersteigen. Personen, die sich den Basistarif nicht leisten können, sollen Zuschüsse erhalten.

Ärzte sind verpflichtet, Patienten mit Basistarif zu behandeln und hierfür den 1,8-fachen Satz der GOÄ in Rechnung zu stellen.

Spitzenverband der Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden auf Bundesebene in einen einzigen Spitzenverband – geplanter Sitz ist Berlin – überführt. Der neue Spitzenverband soll bundesweit geltende Verträge aushandeln und im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen vertreten. Auf Landesebene bleibt indessen alles weitgehend wie bisher. >

Gemeinsamer Bundesausschuss

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), der den GKV-Leistungskatalog definiert, werden künftig nur der Ausschussvorsitzende und seine beiden unparteiischen Stellvertreter hauptberuflich tätig sein. Im Ausschuss werden der Spitzenverband der Krankenkassen und die Leistungserbringer mit jeweils fünf Stimmen vertreten sein. Die Vertragsärzte (KBV) und die Krankenhausgesellschaft (DKG) delegieren jeweils zwei und die Zahnärzte (KZBV) einen Vertreter.

Honorare für Ärzte

Vertragsärzte werden ab 2009 nicht mehr in Punkten, sondern in Euro bezahlt. Das neue Konzept basiert auf der Idee, auf Bundesebene arztgruppenspezifische Grundpauschalen zu definieren, die sich ähnlich wie bei der Vergütung von Krankenhausleistungen nach Diagnosen unterscheiden.

Zuzahlungen

Die Zuzahlungsregeln bleiben gleich. Neu ist, dass bereits chronisch kranke Menschen und diejenigen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre und älter sind, nur dann in den Genuss einer reduzierten Zuzahlung von einem Prozent ihres Bruttoeinkommens kommen, wenn ihr Arzt ihnen therapiegerechtes Verhalten bescheinigt.
Jüngere Menschen müssen ähnlich wie bei der zahnmedizinischen Versorgung ein Vorsorgeheft führen, um später, wenn sie chronisch erkranken, weniger zuzahlen zu müssen. Wie diese Regel genau definiert wird, bestimmt der Bundesausschuss.

Leistungskatalog der GKV

Der Leistungskatalog der GKV wird in einzelnen Punkten erweitert. Beispielsweise sollen Versicherte zukünftig am Lebensende einen Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ erhalten. Versicherte sollen möglichst bis zum Tode zuhause betreut werden können. Ferner werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, geriatrische Rehabilitation zu bezahlen. Weitere Beispiele: Die von der Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen werden zu Pflichtleistungen, ebenso wie Mutter/Vater-Kind-Kuren.

Nach dem Inkrafttreten der Reform wird die Diskussion um die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes weitergehen. Die Ex-Justizministerin, rechtspolitische Sprecherin und stellvertretende FDP-Fraktionschefin, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, hat bereits erklärt: „Verfassungskonforme Gesetze sehen anders aus.“ Die Eingriffe in die Vertragsautonomie und die Eigentumsrechte der derzeit privat Versicherten sowie die einseitige steuerliche Förderung der gesetzlich versicherten Kinder provozieren aus ihrer Sicht ein Scheitern vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe.

Einigkeit besteht bei Bundestagsabgeordneten aller Fraktionen darin, dass eine notwendige und fundierte Analyse über die Auswirkungen der Gesundheitsreform fehle. Die Frage, wie sich die private Krankenversicherung mit dem neuen Basistarif für die derzeit Versicherten entwickle, bleibe unbeantwortet.

Impressum • 02/2007
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1 – 7 • 24223 Raisdorf
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
http://www.buchner.de

in Kooperation mit
dem Georg Thieme Verlag, Stuttgart
www.thieme.de

Dieser Newsletter ist Bestandteil des praxiswissen24-Abonnements. Wenn Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an kontakt@praxiswissen24.de.