

01. Mai 2024

AKTUELL ab APRIL 2024

Neue Einschränkungen für gesetzliche Versicherte

Sie haben es vermutlich schon des Öfteren gehört und die Kassenversicherten unter Ihnen werden es vielleicht auch schon am eigenen Leib erfahren haben, Kassenpatienten warten hierzulande oftmals wochenlang auf Arzt-Termine.

Leider wird dies nun auch für die chirurgische Grundversorgung im Hintertaunus zur Normalität.

Ursache dafür sind die zunehmenden Restriktionen der Gesundheitspolitik, die eine adäquate Behandlung von Kassenpatienten zunehmend erschweren, oder sogar unmöglich machen. Wir – als Kassenarztpraxis – sind gezwungen, den Vorgaben der zuständigen Institutionen Folge zu leisten, wir haben keine Wahl.

Hauptursächlich sind die folgenden zwei politischen Entscheidungen:

1) Die zeitlichen Vorgaben der Kassenzulassung

Die KV Hessen (KVH), die exekutive Körperschaft unter der Rechtsaufsicht der hessischen Gesundheitsministerin, hat meinen Zulassungsumfang auf 20 Stunden pro Woche (12,5 Stunden ärztliche Tätigkeit am Patienten, 7,5 Stunden bürokratische Arbeiten) reduziert. Wenn ich über meinen Zulassungsumfang hinaus tätig werde, drohen ersthafte Konsequenzen – bis zum Entzug der Kassenzulassung.

Da ich die einzige chirurgische Praxis in einer Region mit rund 60.000 Einwohnern betreibe, sind die regulären Sprechzeiten auf längere Zeit hinaus komplett ausgebucht. Wir würden gerne allen helfen, aber das können wir nicht und vor allem dürfen wir das nicht.

Das schränkt Ihren Anspruch auf eine Behandlung zwar nicht ein, aber Sie müssen sich im Zweifelsfall eine andere Praxis suchen, die noch Termine für Kassenversicherte – im Rahmen ihres Zulassungsumfanges – frei hat.

2) Die gesetzlichen Einschränkungen

Der Gesetzgeber hat die Leistungen, die Kassenversicherte zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen können, auf Leistungen beschränkt, die wirtschaftlich sind (§ 2 Abs 1 SGB V). Unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte nicht beanspruchen und dürfen wir Ärzte nicht erbringen (§ 12 Abs 1 SGB V).

Das sollte eigentlich kein Problem darstellen, da der Gesetzgeber verfügt hat, dass alle Versicherten ein Recht auf eine wirtschaftliche Behandlung haben (§ 72 Abs. 2 SGB V).

Dessen ungeachtet haben die Institutionen, die vom Gesetzgeber beauftragt wurden, diese wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen sich dazu entschieden, die Kosten Ihrer nicht-operativen Behandlung nicht mehr zu bezahlen. Das bedeutet:

Bei jeder nicht-operativen Behandlung von Kassenpatientinnen/-patienten in der Sprechstunde zahlen wir mittlerweile drauf. Bei jeder einzelnen Behandlung. Das können wir nicht und das müssen wir auch nicht. Genauer: das dürfen wir auch gar nicht, davor hat uns der Gesetzgeber geschützt:

Da der Betrieb einer Praxis erhebliche Kosten verursacht, ist eine wirtschaftliche Versorgung unter diesen Umständen schlicht unmöglich, aber eine unwirtschaftliche Behandlung können Sie nicht beanspruchen und wir dürfen keine unwirtschaftlichen Leistungen bewirken (§ 12 Abs 1 SGB V).

Diese Problematik hat aktuell eine ganz neue Dimension

Mit Schreiben vom 22. März 2024 hat die KV Hessen (KVH) uns mitgeteilt, dass die Unterfinanzierung der ambulanten-Versorgung inzwischen ein Ausmaß angenommen hat, dass die Behandlung aller Erkrankungen und Verletzungen nicht mehr möglich macht. Deshalb hat die Vertreterversammlung der KVH am 16.03.2024 einen Not-HVM verabschiedet, und die KVH hat uns Ärztinnen und Ärzte aufgefordert, unsere Leistungen für Kassenversicherte einzuschränken. Dieser Not-HVM trat am 01.04.2024 in Kraft. Dieses Schreiben liegt in unserer Praxis aus, Sie können es jederzeit einsehen.

01. Mai 2024

Was bedeutet das jetzt für Sie?

Wenn Sie eine operative Behandlung benötigen: kein Problem - diese Kosten werden noch von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Wenn Sie eine nicht-operative Beratung und / oder Behandlung benötigen: wir werden unseren Kassenversicherten weiterhin eine Vorstellung / Behandlung ermöglichen, die Kosten für eine Beratung / Behandlung subventionieren wir Ihnen.

Wenn Sie aber einen weiteren nicht-operativen Behandlungstermin in der Sprechstunden benötigen oder wünschen, dann haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können sich für den nächst-möglichen Behandlungstermin entscheiden, den wir Ihnen in der Kassensprechstunde anbieten können.
- Sollte Ihnen dieser Termin nicht zusagen, dann müssten Sie sich entweder um einen Termin in einer anderen Praxis bemühen, die einen Termin anbieten kann, der Ihren Wünschen / Ansprüchen / Bedürfnissen zusagt.

Die Gesundheitspolitik kann uns zwar verbieten, Sie „auf Kasse“ zu behandeln. Aber sie können uns unsere ärztliche Berufung nicht nehmen. Wir wollen und wir werden Ihnen gerne helfen. Dafür bleiben uns die folgenden Möglichkeiten:

- Wir können Ihnen – wenn Sie das wünschen – einen Termin in der Privatsprechstunde anbieten. Die Privatsprechstunde ist rechtlich und bürokratisch komplett getrennt vom gesetzlichen Krankenversicherungssystem. Hier dürfen wir Sie uneingeschränkt behandeln.
- Um auch nicht so gut betuchten Kassenversicherten eine kostengünstige Behandlung anbieten zu können, haben wir zum 01.04.2024 die Mindestlohn-Sprechstunde eingeführt. Hier zahlen Sie – zuzüglich zu den reinen Betriebskosten – nur den Mindestlohn für Ungelernte:

Aktuell liegen die reinen Betriebskosten (*ohne einen „Lohn“ für die ärztliche Arbeit*) bei 2,79 € pro Minute, 167,40 € pro Stunde. Der aktuelle Mindestlohn liegt bei 12,41 € – das entspricht Behandlungskosten von 179,81 € pro Stunde.

Billiger geht es leider nicht. Bedenken Sie: ich muss meinen Angestellten auch dann ihre regulären Gehälter bezahlen, wenn ich Ihnen nur den Mindestlohn berechne.

Die Abrechnung erfolgt pro angefangener Viertelstunde (44,95 €), die Rechnungsstellung erfolgt – wahlweise – entweder pro Behandlung oder monatlich.

Ich empfehle Ihnen, die Kostenübernahmeerklärung <https://chirusi.de/files/2024.04-Kostenuebernahme.pdf> von unserer Homepage auszudrucken, diese auszufüllen und an Ihre Krankenkasse zu schicken. Wenn sich Ihre Krankenkasse bereit erklärt, die Kosten Ihrer Behandlung zu übernehmen, dann können Sie Ihre Rechnung bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Nur Mut – Sie wären nicht der/die Erste, deren/dessen Behandlungskosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wurde.

Wir bedauern außerordentlich, dass die Gesundheitspolitik die Behandlungsmöglichkeiten der gesetzlich Versicherten zunehmend einschränkt und ich persönlich halte es für eine rechtswidrige Beschneidung der Rechte, die der Gesetzgeber und das Grundgesetz Ihnen garantiert.

Abschließend noch einmal – um Missverständnisse zu vermeiden:

selbstverständlich bieten wir Ihnen jede Behandlung zu Lasten Ihrer Krankenversicherung an, die der Gesetzgeber uns erlaubt. Aber an die gesetzlichen Einschränkungen sind wir natürlich ebenso gebunden, wie Sie. Sollten Sie eine Behandlung wünschen, die von den Leistungen Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nicht gedeckt sind, machen wir Ihnen das Angebot, einen Termin in der Privat- oder der Mindestlohn-Sprechstunde zu vereinbaren – wenn Sie es wünschen.

Fragen Sie uns – wir helfen Ihnen gerne weiter.

Hans M. Kuhlbrodt und das Team der Praxis Kuhlbrodt & Kollegen