

WIR KÖNNEN NICHT MEHR

Die deutsche Gesundheitspolitik hat in den vergangenen 2 Jahrzehnten die Leistungen für Kassenpatienten immer weiter eingeschränkt. Im Fachbereich Chirurgie hat die Gesundheitspolitik beschlossen, faktisch nur noch Operationen zu vergüten.

Für die nicht-operative Behandlung (*das betrifft die gesamte Sprechstundentätigkeit – über 90% unserer Arzt-Patienten-Kontakte*) stellt das System nur noch eine pauschale „Kopfprämie“ von 26 – 30 € pro Quartal und pro Praxis zur Verfügung.

LEIDER KEIN WITZ: die gesetzlichen Kassen zahlen nur noch diese Grundpauschale – einmal im Quartal – bereits der zweite Arztbesuch im selben Quartal wird nicht mehr bezahlt.

Unsere reinen Betriebskosten liegen mittlerweile bei rund 166,99 € pro Stunde. Für 30 € können wir keine einzige nicht-operative Behandlung wirtschaftlich durchführen – geschweige denn eine dreimonatige Behandlung. Bis Ende 2022 haben wir durchschnittlich fast **3.000** Patienten pro Jahr „umsonst“ behandelt und die Kosten der Behandlung aus eigener Tasche bezahlt, bzw. aus Spenden finanziert. Das reicht vorne und hinten nicht mehr.

Die Preise nahezu aller Zulieferer sind in den letzten 12 Monaten erheblich gestiegen und die KVH Hessen (das Exekutivorgan unter der Rechtsaufsicht des hessischen Gesundheitsministers) hat die Leistungen für Kassenversicherte weiter reduziert.

Die Vergütung für die Behandlung von Kassenpatienten wurde 2022 noch einmal um ca. 8% gekürzt, unser Stromanbieter hat die Kosten um 80% erhöht. Wie wir es drehen und wenden: unter diesen Bedingungen ist keine einzige Vorstellung in der Sprechstunde mehr wirtschaftlich darstellbar, das gesamte Kassensprechstundenwesen ist nunmehr definitiv unwirtschaftlich.

Unter diesen Bedingungen können wir nicht so weitermachen, wie bisher – es geht einfach nicht mehr.

WIR DÜRFEN AUCH NICHT MEHR

Unwirtschaftliche Leistungen hat der Gesetzgeber ausdrücklich verboten (§12, Abs. 1, SGB V). Zwar garantiert der Gesetzgeber allen Kassenversicherten eine wirtschaftliche Versorgung (§72, Abs. 2, SGB V), aber, indem die Gesundheitspolitiker entschieden haben, dass die Kosten für die nicht-operative kassenärztlich-chirurgische Behandlung nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden müssen, haben sie den Kassenpatienten faktisch das Recht auf ärztliche Behandlung genommen.

Das glauben Sie nicht? Fragen Sie Ihren zuständigen Gesundheitsminister: poststelle@hsm.hessen.de

Ob es sich um Prellungen oder Brüche handelt – die Kosten für die Behandlung werden nicht mehr übernommen. Das betrifft auch die ambulante Nachbehandlung nach einem stationärem Aufenthalt – egal wie schwer Sie verletzt sind, egal wie krank Sie sind – was nicht operiert werden kann oder muss, wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr bezahlt.

Meines Erachtens ein Skandal sondergleichen, dennoch leider kein Einzelfall. Es ist wie mit den Kitaplätzen.

Es gibt zwar einen gesetzlichen Anspruch auf Kitaplätze. Aber genug Kitaplätze gibt es nicht.

TRAURIGE REALITÄT IN DEUTSCHLAND:

Sie haben einen gesetzlichen Anspruch auf Behandlung, aber sie können sie nicht in Anspruch nehmen und wir dürfen sie nicht erbringen. Darüber hinaus hat mir die KVH mitgeteilt, dass ich lediglich einen Versorgungsauftrag von 20 Stunden pro Woche habe. Wenn ich über meinen Versorgungsauftrag hinaus Kassenversicherte behandle, verstoße ich gegen die Zulassungsbestimmungen. Das kann weitere Kürzungen der Vergütung zur Folge haben, auch eine Meldung an den Staatsanwalt und der Entzug meiner Zulassung ist möglich.

Wir sind also leider gezwungen unsere Sprechstundenzeiten für gesetzlich Versicherte ganz erheblich zu reduzieren.

Lediglich Operationen werden noch von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, hier haben Sie keine Einschränkungen zu befürchten. Auch die Behandlung von Privatpatienten und Selbstzahlern wird nicht weiter eingeschränkt.

WIR LASSEN SIE NICHT IM STICH

Solange wir können, werden wir Kassenversicherten noch eine nicht-operative Behandlung im Quartal subventionieren.

Sollten Sie mehr als eine Behandlung im Quartal benötigen, bieten wir Ihnen gerne einen Termin in der Selbstzahler-Sprechstunde an. Als Selbstzahler unterliegen Sie nicht gesetzlichen Einschränkungen Kassenversicherter und wir dürfen Ihre Behandlung subventionieren: Selbstzahlern wird ein reduzierter Satz berechnet. Kontrolluntersuchungen und Verbandwechsel liegen zwischen 9,32 € und 20,69 €.

Eine Neuvorstellung (*Untersuchung und Beratung*) wegen „Rücken“ kostet 47,21 €,

Schulterbeschwerden kommen auf 44,30 €, Kniegelenksbeschwerden auf 51,59 €.

Selbstzahler erhalten eine Rechnung. Theoretisch können Kassenversicherte diese Rechnungen erstattet bekommen, da ihnen der Gesetzgeber das Recht auf eine bezahlte Behandlung garantiert. Grundsätzlich räumt das SGB V auch die Möglichkeit ein, Leistungen, die Kassenversicherte nicht über ihre Versichertenkarte erhalten können, von den Krankenkassen direkt erstattet zu bekommen.

**SPRECHEN SIE MIT UNS – WIR INFORMIEREN SIE GERNE UND WIR HELFEN,
WO WIR KÖNNEN – UND NOCH DÜRFEN.**

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