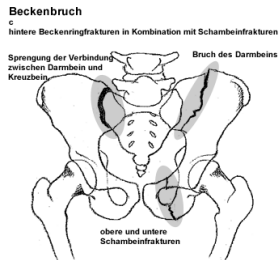


Gebührenordnung

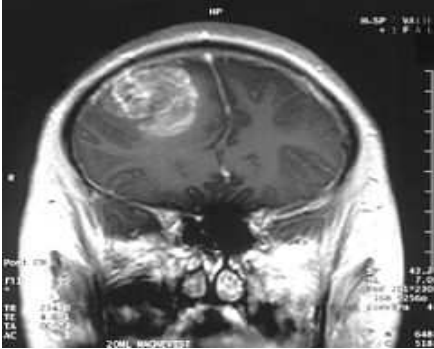
Rechtsgrundlage für die private Krankenversicherung ist die GOÄ/GOZ.

Regeln für Therapie und der daraus folgenden Rechnungsstellung sind dort geregelt. Alle medizinischen Dienstleistungen sind darin beschrieben und nach Ziffern geordnet. Jeder Ziffer ist ein Basiswert in EURO zugeordnet, der bei Rechnungsstellung als Grundlage dient. Je nach Rahmenbedingungen, unter denen eine Dienstleistung erbracht wird, wird dieser Basiswert mit einem Faktor zwischen 1 und 3,5 multipliziert und in Rechnung gestellt.

Nachfolgend finden Sie drei medizinische Beispiele und die zugehörigen Regeln, zu denen wir Ihre Meinung erbitten.

<p>Fall A</p>	<p>Sportverletzung beim Fußball</p> <p>Diagnose: Isolierte Fibulafaktur (Wadenbeinbruch einfach).</p> <p>Therapie: Meist genügt ein straffer elastischer Verband oder ein Tape (Gips).</p> <p>Rechnung: Abrechnungsfähige Ziffern multipliziert mit dem Regelhöchstsatz der GOÄ (2,3). (Einfache Rahmenbedingungen für einfache medizinische Tätigkeiten)</p>	<p>Soll diese Rechnung von einer Krankenversicherung bezahlt werden?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Fall B</p>	<p>Unfall beim Fahrradfahren in der Freizeit</p> <p>Diagnose: Instabiler Beckenbruch</p>  <p>Therapie: Instabile Beckenbrüche werden operativ versorgt. Möglich ist eine Stabilisierung mit Schrauben und Platten... Mögliche Komplikationen an Blase und Darm.</p> <p>Rechnung : abrechnungsfähige Ziffern multipliziert mit Höchstsatz der GOÄ weil eine auftretende Komplikation nicht vorhersehbar war (auf den Bildern waren die inneren Verletzungen der Blase nicht erkennbar) und die OP-Zeit sich verdoppelte (Faktor 3,5)</p>	<p>Soll diese Rechnung von einer Krankenversicherung bezahlt werden?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

Private Krankenversicherung

<p>Fall C</p>	<p>Nach zweiwöchigen Dauerkopfschmerzen geht der Patient zum Hausarzt. Der überweist den Patienten sofort in die „Röhre“ (hier gibt es bekanntlich für Privatpatienten keine Wartezeiten).</p>		
	<p>Diagnose Glioblastom (bösartige Hirntumore mit sehr geringen Überlebenschancen, etwa 6000 Fälle p.a.)</p>  <p>Therapie: Die Behandlung besteht in operativer Reduktion der Tumormasse, Bestrahlung und Chemotherapie.</p>		
	<p>Patienten teilen sich in zwei Gruppen.</p> <p>Gruppe 1 ergibt sich seinem Schicksal (Es wird halt irgendwo operiert)</p> <p>Gruppe 2 beginnt zu „googeln“ und sucht solange, bis Sie jemanden gefunden haben, der höhere Überlebenschancen bietet. Diese Patienten kämpfen („Das kann ja noch nicht alles gewesen sein“)</p>	<p>Zu welcher Gruppe würden Sie sich zählen??</p>	<p>Gruppe 1: <input type="checkbox"/></p> <p>Gruppe 2: <input type="checkbox"/></p>
	<p>Gruppe 1 landet bei den gleichen Rechnungsregeln wie der Patient mit dem Beckenbruch</p> <p>Gruppe 2 landet bei Spezialisten, die von Ihrem Recht auf eine individuelle Honorarvereinbarung Gebrauch machen, weil sie einen deutlich höheren Aufwand betreiben. Erst diese Hightech-Medizin ermöglicht höhere Überlebenschancen.</p> <p>Rechnung : abrechnungsfähige Ziffern multipliziert mit dem 8-fachen der GOÄ, weil OP- 8-fach aufwendiger ist als Standardmethoden. Man muss mit dieser Rechnung nicht einverstanden sein (dann geht man eben nicht hin). Diese Form der Rechnung findet nur mit Einverständnis des Patienten statt.</p>	<p>Was wird sich der Patient wünschen??</p>	<p>Bezahlen: <input type="checkbox"/></p> <p>Nicht bezahlen: <input type="checkbox"/></p>

Haus-/Primärarztprinzip

In vielen Tarifen gilt das sog. Haus- bzw. Primärarztprinzip. Wird ein Facharzt (z.B. Orthopäde) ohne vorherige Überweisung durch einen „Hausarzt“ in Anspruch genommen, entsteht je nach Tarif eine zusätzliche Eigenbeteiligung von 20-40% für die entstehenden Kosten.

Fall A	Geltungsbereich des Haus-/Primärarztmodells (HAP) Nur in Deutschland, weil man im Ausland Hausärzte nicht erkennen kann.	Wo soll das HAP geographisch gelten?	Deutschland: <input type="checkbox"/> Weltweit: <input type="checkbox"/>
Fall B	Wiederholungsüberweisungen Sind Überweisungen nur zeitlich begrenzt gültig? Muss der Versicherte wegen der gleichen Diagnose in bestimmten zeitlichen Abständen eine neue Überweisung vorlegen?	Zeitl. Befristung von Überweisungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fall C	Not-/Bereitschaftsärzte Außerkräftsetzung des Haus-/Primärarztmodells in Notfällen oder bei Bereitschaftsärzten	HAP bei Not- u. Bereitschaftsärzten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

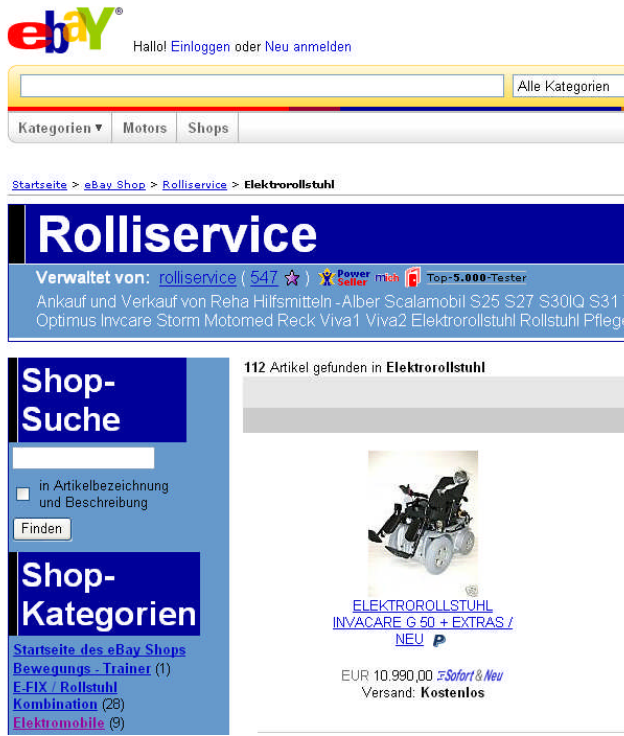
Nichtärztliche Behandler/Heilmittel

„Nichtärztliche Behandler“ sind z.B. Angehörige der sog. Heilnebenberufe, z.B. Masseur, Logopäden, Podologen, Ergotherapeuten, med. Bademeister.

Fall A	Krankengymnasten und andere für physikalische Therapien zuständige Behandler.	Kosten bis 10.000 € p.a. versichern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fall B	Wer bringt Schlaganfallpatienten das Sprechen wieder bei? Logopäden!	Kosten bis 10.000 € p.a. versichern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fall C	Wer bringt Menschen mit Bandscheibenvorfällen wieder Gehen bei? Ergotherapeuten!	Kosten bis 10.000 € p.a. versichern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Auf welche Behandler könnte man verzichten?	Logopäden <input type="checkbox"/> Ergotherapeuten <input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen Krankheiten und Behinderungen ausgleichen.

<p>Fall A</p>	<p>Rollstuhl</p>  <p>Ein Tarif sollte eine umfassende Aufzählung an kostenintensiven, existenziellen Hilfsmitteln aufweisen. Hierzu gehören u.a.:</p>	<p>Wenn dieser Stuhl nach einem Unfall die einzige Möglichkeit ist, einen Patienten mobil zu machen? Soll Ihre Krankenversicherung diesen bezahlen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Fall B</p>	<p>Heimdialysegeräte Kosten bis zu 150.000,00 EUR je Jahr</p>	<p>Kosten bis 150.000 € p.a. versichern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Fall C</p>	<p>Lebenserhaltende Hilfsmittel (z.B. Beatmungsgeräte/ Überwachungsmonitore)</p>	<p>Kosten bis 100.000 € je Hilfsmittel versichern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>

Stationäre Versorgung

Kosten für Behandlungen in Krankenhäusern, welche z.B. auch Kuren oder Reha anbieten (sog. gemischte Anstalten, derzeit ca. jede 5. Klinik in D), sind i.d.R. immer nur in nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.

	<p>In der gesetzlichen KV weiß der einweisende Arzt, in welche Krankenhäuser Patienten je nach Diagnosen eingewiesen werden dürfen.</p> <p>In der „Privaten“ muss „juristisch“ der Patient es wissen. Weil das nicht geht, hat der Vermittler Ihrer Krankenversicherung bestimmt darauf hingewiesen, dass bei planbaren Krankenhausaufenthalten immer eine Rücksprache mit dem Versicherer notwendig ist, um den Klinikstatus zu prüfen.</p>	<p>Vorvermittler hat darauf hingewiesen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
	<p>Notfalleinweisung in eine sog. gemischte Anstalt</p>	<p>Vorvermittler hat darauf hingewiesen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

Reha/Anschlussheilbehandlung

Ein wesentlicher Teil der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung (AHB). AHB ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt. Die Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation erfolgt bereits im Krankenhaus.

Das Krankenhaus stellt auch die Erforderlichkeit fest. Es gibt keine Diskussionen um deren Notwendigkeit. Sie ist für entsprechende Erkrankungen (Indikationskataloge) bereits festgestellt.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (§ 6 SGB IX).

	<p>In der Gesetzlichen KV weiß der einweisende Arzt in welche Krankenhäuser welche Patienten bei welchen Diagnosen eingewiesen werden dürfen.</p> <p>In der „Privaten“ muss „juristisch“ der Patient es wissen. Weil das nicht geht, hat der Vermittler Ihrer Krankenversicherung bestimmt darauf hingewiesen, dass bei planbaren Krankenhausaufenthalten immer eine Rücksprache mit dem Versicherer notwendig ist, um den Klinikstatus zu prüfen.</p>	<p>Soll eine private Krankenversicherung diese Kosten auch übernehmen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
	<p>Fehlender Träger</p>	<p>Steigt diese Notwendigkeit bei fehlenden Ansprüchen an die Rentenversicherung an?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

--	--	--	--

Umwandlungsrecht VV in ZV

Patienten, die in jungen Jahren schwer erkranken, verspüren oft den Wunsch Ihr Leben radikal zu verändern. Entweder um nach unheilbaren Diagnosen oder nach glücklich überstandenen Therapien eine höhere Lebensqualität zu erreichen, oder einfach noch Dinge erleben zu können, die bisher nur als später Wunschtraum fürs Alter geplant waren.

Häufig gehört ein freiwilliger/ erzwungener beruflicher Wechsel dazu. Der wiederum führt oft zur Pflichtversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die damit verbundene minderwertige Behandlung wird oft im Krankheitsfall als nicht wünschenswert empfunden

	Ist die Option im Fall einer Pflichtversicherung aus Krankheitsgründen seinen Status als Privatpatient zu retten erstrebenswert???	Status als Privatpatient soll bestehen bleiben!	Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>
		Im Krankenhaus?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>
		In der Zahnmedizin?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>
		Bei der Medikamentenversorgung?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>