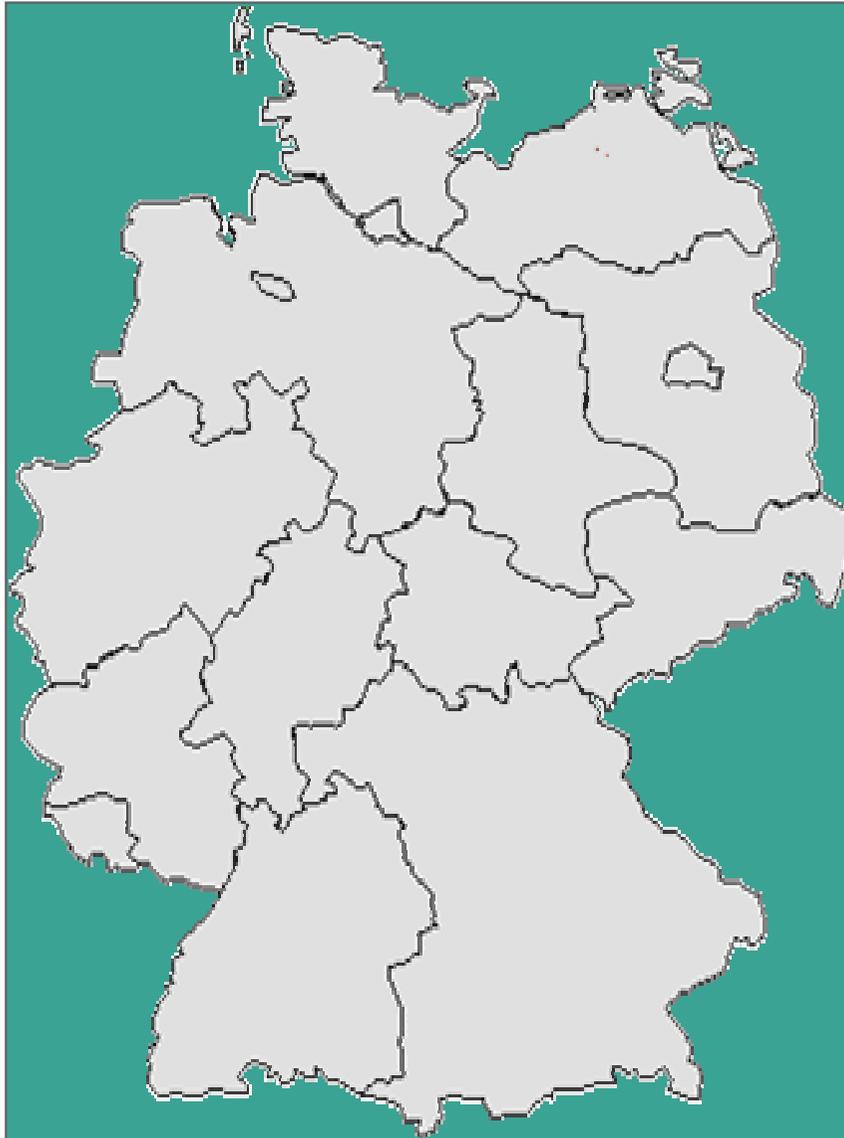


Kuren in Deutschland





Inhalt

1. Zur Person
2. Kursystem in Deutschland
3. Rahmenbedingungen
4. Antrags-/Genehmigungsverfahren
5. Ausblick

MEDENT Unternehmensgruppe

**Outsourcingpartner für Krankenkassen
= Consulting, u.a. Prüfung der Leistungsabrechnungen
aus dem In- und Ausland**

- ✓ Über 800 Mitarbeiter
- ✓ Abrechnungen von 16 Mio. Versicherten in Deutschland
- ✓ 14 Mio. Verordnungen jährlich
- ✓ Volumen 2,8 Mrd. € jährlich



Erich Wolf: Floater, Owner and Managing Partner of MEDENT

Mitglieder der Unternehmensgruppe



Business-Consulter im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Rechnungsmanagement für Krankenkassen



Integrativer Dienstleister für die Rechnungsprüfung und Belegbearbeitung bei AOKen



Mitglieder der Unternehmensgruppe



Innovationstreiber und IT-Spezialist im Gesundheitswesen



Lösungsanbieter in allen Bereichen des Personalmanagements im Gesundheitswesen und Projektarbeit für Krankenkasse



öffnet den Krankenkassen das Tor zum Osten - Leistungseinkauf mit deutschen Qualitätsstandards zu osteuropäischen Preisen



Kursystem in Deutschland

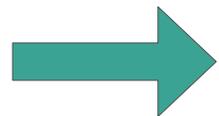
26,5 Mrd. € Umsatz
322 Heilbäder, Kurorte, Kurbetriebe

Kurbäder/-orte	Verbände	Übernachtungen
<p>Mineral- und Moorheilbäder</p>	<p>Deutscher Heilbäder e.V.</p>	<p>Jahr 2000:</p>
<p>Heilklimatische Kurorte</p>	<p>Verband d. Heilklimatischen Kurort Deutschlands e.V.</p>	<p>104.000 Übernachtungen Aufenthaltsdauer 6,2 Nächte</p>
<p>Seeheil- und Seebäder</p>	<p>Verband Deutscher Kneippheilbäder und Kneippkurorte</p>	<p>Jahr 2002:</p>
<p>Kneippheilbäder/ Kneippkurorte</p>	<p>Verschiedene Heilbäder- und Kurortverbände</p>	<p>103.000 Übernachtungen Aufenthaltsdauer 6,1 Nächte</p> <p>Jahr 2004:</p> <p>99.000 Übernachtungen Aufenthaltsdauer 5,7 Nächte</p>



Kostenträger

- ✓ Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- ✓ Gesetzliche Rentenversicherung
- ✓ Gesetzliche Unfallversicherung
- ✓ Sonstige Kostenträger



**Ergänzende private Zusatz-
versicherung**



Rahmenbedingungen

	ambulante Vorsorge	stationäre Rehabilitation	ambulante Rehabilitation
Vertragsverhältnis	i.d.R. Vertragsabschluss mit dem Leistungserbringer 	Versorgungsvertrag zwischen Krankenkasse und Einrichtung erforderlich 	Versorgungsvertrag zwischen Krankenkasse und Einrichtung gemäß § 111 SGB V erforderlich 
Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers zu Art, Dauer, Umfang und Beginn der Behandlung	nach Satzung des jeweiligen Kostenträgers; ist im Vorfeld einzuholen 	nach SGB notwendig; ist im Vorfeld einzuholen	nach SGB notwendig; ist im Vorfeld einzuholen
Dauer der Behandlungsmaßnahmen	laut Satzung des Kostenträgers, allgemeine Richtlinien	i. d. R. 3 Wochen; Ausnahme Verlängerung aus medizinischen Gründen oder vorliegen bestimmter festgelegter Indikationen Kinder bis 14. Lebensjahr i. d. R. 4-6 Wochen 	maximal 20 Behandlungstage; Ausnahme Verlängerung aus medizinischen Gründen oder vorliegen bestimmter festgelegter Indikationen Kinder bis 14. Lebensjahr i. d. R. 4-6 Wochen 
erneute Genehmigung der Behandlung nach folgendem Zeitraum möglich	3 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen 	4 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen 	4 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen 

Rahmenbedingungen

	ambulante Vorsorge	stationäre Rehabilitation	ambulante Rehabilitation
Kassenzuschuss	<p>Kassenzuschuss laut Satzung bis zu 13,-- €/Tag; für chronisch Kranke und Kleinkinder kann sich der Zuschuss auf bis zu 21,--€/Tag erhöhen; --> für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten</p> <p>Volle Kosten der Heilmittel abzgl. der Zuzahlung des Versicherten</p>	<p>Vollständige Übernahme entsprechend der vertraglich vereinbarten Preise abzgl. der Zuzahlung des Versicherten</p>	<p>Vollständige Übernahme entsprechend der vertraglich vereinbarten Preise abzgl. der Zuzahlung des Versicherten</p>
Zuzahlung der Versicherten (ab dem 18. Lebensjahr)	<p>Zu den Heilmitteln: 10% der Kosten zzgl. 10,--€ je Verordnung</p>	<p>10,-- €/Tag</p>	<p>10,-- €/Tag; (bei ambulanter Anschlußrehabilitation erfolgt eine Verrechnung mit den zu stationären Aufenthalten geleisteten Zuzahlungen auf max. 28 Tage je Kalenderjahr)</p>

Rahmenbedingungen

	ambulante Vorsorge	Bemerkung
Vertragsverhältnis	i.d.R. Vertragsabschluss mit dem Leistungserbringer	§ 111 SGB V
Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers zu Art, Dauer, Umfang und Beginn der Behandlung	nach Satzung des jeweiligen Kostenträgers; ist im Vorfeld einzuholen	§ 23 Abs. 2 SGB V
Dauer der Behandlungsmaßnahmen	laut Satzung des Kostenträgers, allgemeine Richtlinien	
erneute Genehmigung der Behandlung nach folgendem Zeitraum möglich	3 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen	§ 23 Abs. 5 SGB V



Rahmenbedingungen

	ambulante Vorsorge	Bemerkung
Kassenzuschuss	Kassenzuschuss laut Satzung bis zu 13,--€/Tag; für chronisch Kranke und Kleinkinder kann sich der Zuschuss auf bis zu 21,--€/Tag erhöhen; --> für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten Volle Kosten der Heilmittel abzgl. der Zuzahlung des Versicherten	§ 23 Abs. 2 SGB V
Zuzahlung der Versicherten (ab dem 18. Lebensjahr)	Zu den Heilmitteln : 10% der Kosten zzgl. 10,--€ je Verordnung	§ 61 SGB V

Rahmenbedingungen

	stationäre Rehabilitation	Bemerkung
Vertragsverhältnis	Versorgungsvertrag zwischen Krankenkasse und Einrichtung erforderlich	§ 111 SGB V
Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers zu Art, Dauer, Umfang und Beginn der Behandlung	nach SGB notwendig; ist im Vorfeld einzuholen	
Dauer der Behandlungsmaßnahmen	i. d. R. 3 Wochen; Ausnahme Verlängerung aus medizinischen Gründen oder vorliegen bestimmter festgelegter Indikationen Kinder bis 14. Lebensjahr i. d.	§ 40 Abs.3 SGB V Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen
erneute Genehmigung der Behandlung nach folgendem Zeitraum möglich	4 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen	§ 40 Abs. 3 in V.m. § 23 Abs. 7 SGB V

Rahmenbedingungen

	stationäre Rehabilitation	Bemerkung
Kassenzuschuss	Vollständige Übernahme entsprechend der vertraglich vereinbarten Preise abzgl. der Zuzahlung des Versicherten	
Zuzahlung der Versicherten (ab dem 18. Lebensjahr)	10,-- €/Tag	§ 61 SGB V

Rahmenbedingungen

	ambulante Rehabilitation	Bemerkung
Vertragsverhältnis	Versorgungsvertrag zwischen Krankenkasse und Einrichtung gemäß § 111 SGB V erforderlich	§ 111 SGB V
Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers zu Art, Dauer, Umfang und Beginn der Behandlung	nach SGB notwendig; ist im Vorfeld einzuholen	
Dauer der Behandlungsmaßnahmen	maximal 20 Behandlungstage; Ausnahme Verlängerung aus medizinischen Gründen oder vorliegen bestimmter festgelegter Indikationen Kinder bis 14. Lebensjahr i. d. R. 4-6 Wochen	§ 40 Abs. 3 SGB V; Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene
erneute Genehmigung der Behandlung nach folgendem Zeitraum möglich	4 Jahre; Ausnahme aus medizinischen Gründen	§ 40 Abs. 3 SGB V



Rahmenbedingungen

	ambulante Rehabilitation	Bemerkung
Kassenzuschuss	Vollständige Übernahme entsprechend der vertraglich vereinbarten Preise abzgl. der Zuzahlung des Versicherten; Für die angefallenen Fahrkosten erfolgt eine Erstattung i. H. bis zu den Kosten einer Bahnfahrt der 2. Klasse	§ 53 SGB IX
Zuzahlung der Versicherten (ab dem 18. Lebensjahr)	10,-- €/Tag; (bei ambulanter Anschlußrehabilitation erfolgt eine Verrechnung mit den zu stationären Aufenthalten geleisteten Zuzahlungen auf max. 28 Tage je Kalenderjahr)	§ 40 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 61 SGB V

Kooperation mit europäischen LE

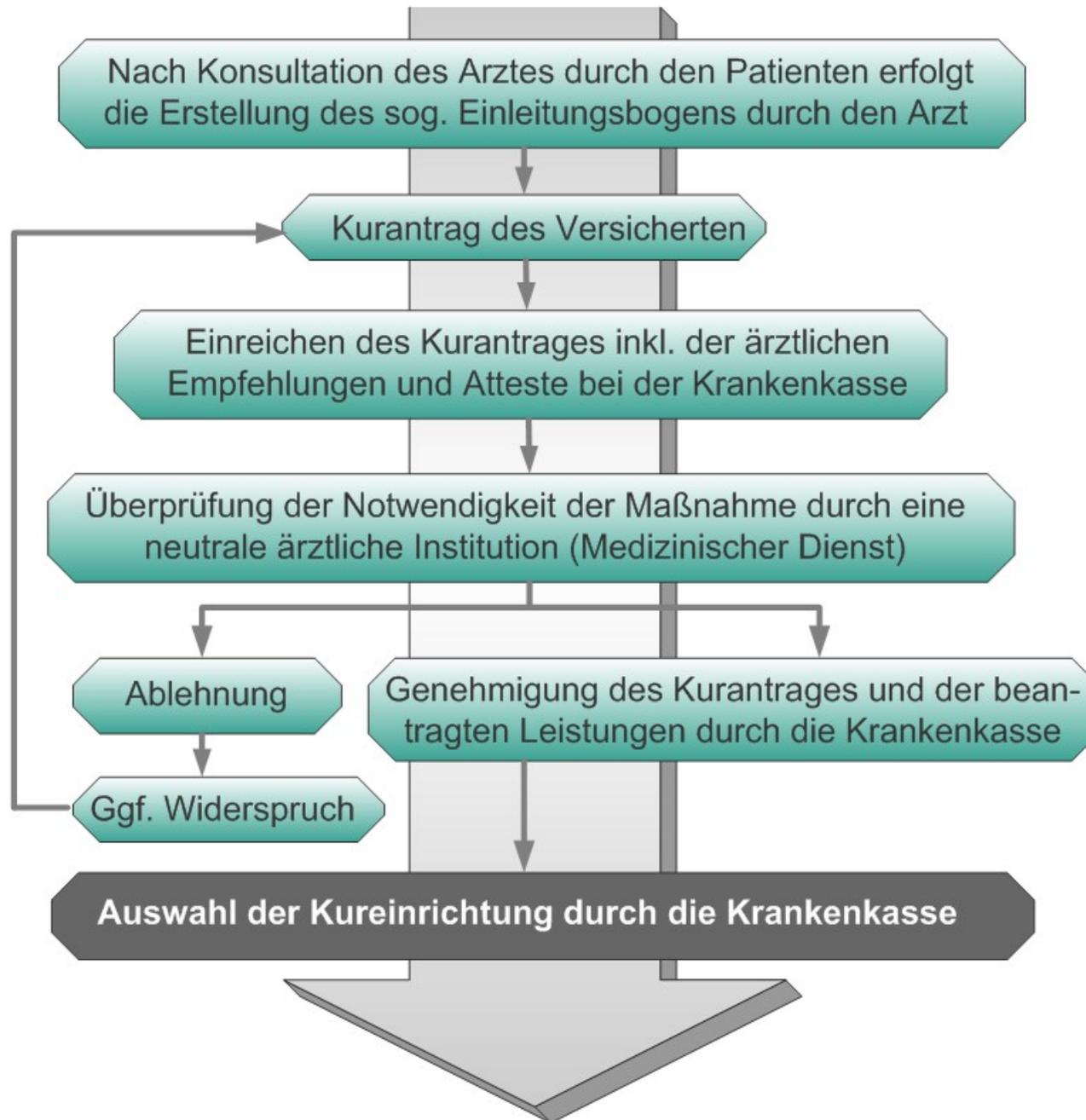
- ✓ Vertragsabschluß nach § 140 e SGB V zwischen GKV und LE



Voraussetzungen

- ✓ Fachlich medizinisches Personal in ausreichendem Umfang entsprechend den Anforderungen
- ✓ Ausreichende, dem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- ✓ Arbeiten nach wissenschaftlichen Methoden

Antrags-/Genehmigungsverfahren



Ausblick

- 1) Rückläufige Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen
- 2) Zunahme vollständig selbstfinanzierter Kuren
Deutschland: jährlich 17 Mio. Kurgäste davon 10 Mio. Selbstfinanzierer bevorzugt die Altersgruppe „50+“
- 3) Es muss striktens zwischen Gesundheitsurlaub / Wellness und medizinischen Badekuren differenziert werden; es sind vollkommen unterschiedliche Zielrichtungen, die sich gegenseitig ausschließen.

Ausblick

- 4) Med. Kureinrichtungen müssen ihr med. Konzept, med. Spezialitäten / Besonderheiten als Alleinstellungsmerkmal herausarbeiten, beweisen und als Behandlungskonzept für eine bestimmte Erkrankungsart darlegen. Dies möglichst durch medizinisch-wissenschaftliche Begleitung absichern lassen.
- 5) Zusammenarbeit zwischen Kureinrichtungen und entsprechende Kliniken / Krankenhäusern müsste als Teil der Behandlung / Rehabilitation ebenfalls aufgebaut und intensiviert werden.
- 6) Zunahme des Wettbewerbs zwischen den Heilbädern und Kurbädern innerhalb der EU