07 | 2014

up unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologen

Inhalt Seite

Aus der Vergangenheit lernen 3
Die Unlust der Ärzte zur Diagnosen-Codierung

Schwerpunkt ICD-10-Code

Fragen- /Antwortenkatalog zum ICD-10-Code 4
Neue Antworten mit Quellenangaben

Mehr ICD-10-Codes führen zu mehr Aufwand 9
Bei Abrechnung Diagnosen-Daten vollständig übermitteln

GKV-Weiterentwicklungsgesetz im Bundestag beschlossen 10
Ab Januar 2015 vermutlich weniger Sonderleistungen der Kassen

GKV-Spitzenverband
Kassen werden ab 2015 Zusatzbeiträge erheben

Ausgaben für alternative Heilbehandlung stark gestiegen 11
Kassen zahlten für Osteopathie 2013 mehr als 110 Million Euro

Disease-Management-Programme 12
Vorschläge für chronische Erkrankungen an G-BA

G-BA beschließt Erweiterung 13
Zahnärzte bekommen eigene Heilmittel-Richtlinie

Tipps für den Praxisalltag 14
Terminabsagen: Besser fragen als belehren

Keine Eile mit der Arthroskopie bei Kniegelenksarthrose 15
US-Orthopäden empfehlen Physiotherapie

Muskelaufbau verbessert Lebensqualität 16
Physiotherapie vor Knie- und Hüftgelenk-Operationen sinnvoll

Kassenärzte lehnen Interpretation des GKV-Spitzenverbands ab 18
Außerhalb des Regelfalls einfacher verordnen

Serie
Fachkräftemangel im Heilmittelbereich 19
Ausbildung subventionieren

Ausbildung mit wissenschaftlichem Auftrag 20
Die neuen Bachelor-Therapeuten

Vergleichende Studie europäischer Länder zeigt: 22
Studium für Gesundheitsfachberufe vorteilhaft

Physiotherapeutin behandelt in eigener Therapiewohnung 23
Mit den Patienten den Alltag leben

Terminengpässe vermeiden 26
Rentner nur am Vormittag behandeln?

ISSN 1869-2710 | www.up-aktuell.de / redaktion@up-aktuell.de | Einzelpreis 15 Euro

Kein Grund zur Aufregung

Es gibt auch ab dem 1. Juli 2014 keine Rechtsgrundlage für Rechnungskürzungen bei fehlendem ICD-10-Code auf Heilmittelverordnungen. Das haben viele Krankenkassen auf unsere Nachfrage hin bestätigt.

Wir haben bei 20 großen gesetzlichen Krankenversicherungen nachgefragt und die Antwort ist klar und deutlich: „Der AOK Hessen ist derzeit keine rechtliche Grundlage bekannt, auf welcher Absetzungen aufgrund fehlender ICD-10-Codes auf Verordnungen erfolgen könnten. Deswegen werden bei Verordnungen, auf denen der ICD-10-Code fehlt, keine Rechnungskürzungen erfolgen", erklärt Eduard Steiger, Pressesprecher der AOK Hessen. So, oder so ähnlich sehen das auch die LKK, die AOK Baden-Württemberg und die AOK Niedersachsen.
Andere Kassen kommen zwar inhaltlich zu keinem anderen Ergebnis, mögen das aber nicht so klar formulieren, wie die AOK Hessen. So will man bei der IKK gesund plus abwarten, „wie die Ärzteschaft die Neuregelung der verpflichtenden Angabe zum ICD-10-Code auf Heilmittelverordnungen erfüllt. Die IKK gesund plus wird die Qualität der Verordnungen und Abrechnungen prüfen und je nach Ergebnis Ärzte/KV und Heilmittelerbringer informieren und beraten", teilt Gunnar Mollenhauer, Pressesprecher der IKK gesund plus mit.
Wie wenig fundiert die Drohung einiger Krankenkassen ist, bei fehlenden Codes zu kürzen, lässt sich aus der Antwort einer anderen AOK ablesen: „Die Vordrucke müssen nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. Nach Absatz 2 m) gehört hierzu auch die konkrete Diagnose - bisher in verbaler Form." Der Zusatz „bisher" ist jedoch irreführend, denn auch nach dem 1. Juli wird die Diagnose in verbaler Form völlig ausreichen.
Wie man sieht, gibt es keinen Grund zur Aufregung! Zum 1. Juli hat sich für Heilmittelerbringer nicht viel geändert!

Herzlichst Ihr Ralf Buchner

***PS:** Wir haben dem Thema trotzdem noch einmal einige Beiträge gewidmet: Hintergrundinformationen zum Thema aus ärztliche Sicht auf Seite 3, einen Fragen- & Antwortenkatalog ab Seite 4 und wichtige Hinweise zur Abrechnung auf Seite 9*

Impressum

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
redaktion@up-aktuell.de, www.buchner.de

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)

ISSN 1869-2710
Heftpreis: 15 Euro | im Abo 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks),
Katharina Münster (km), Yvonne Millar (ym), Maja Seimer (ms), Verena Wenz (vw)
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: schmolzeund**kühn**, kiel

Fotos: Titel: Techniker Kasse; © fotolia.com: Edelweiss (3), Mirko Raatz (6), diego1012 (7), Marco2811 (11), Udo Kroener (16), vege (17), xtock (22), Woodapple (25), Tyler Olson (27); G-BA.de (12, 13), Buchner (14, 15), HSG Bochum (21), Christine Blass und Udo Cordel GbR (23, 24) Maike Baumann (27)

Aus der Vergangenheit lernen

Die Unlust der Ärzte zur Diagnosen-Codierung

Seit über 10 Jahren müssen Ärzte zur Abrechnungszwecken ICD-10-Codes erfassen. Die Krankenkassen und selbst die Interessenvertreter der Ärzte wünschen sich möglichst genaue Angaben zur Diagnose durch die ICD-10-Codes aus verschiedenen Gründen. Für den einzelnen Arzt bedeutet es jedoch einen zusätzlichen Aufwand ohne direkten Nutzen. Darum trifft die Mehrarbeit durch Diagnosen-Codierung auf wenig Begeisterung. Das gilt auch für das neue Feld für ICD-10-Codes auf der Heilmittel-Verordnung. Wie stark sich die Mediziner gegen zusätzliche Bürokratie wehren können, zeigte 2011 die Auseinandersetzung um die „Ambulanten Kodierrichtlinien" (AKR). Heilmittelerbringer sollten daraus lernen und sich nicht in den Codierungskonflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen hineinziehen lassen.

Ärzte stoppten 2011 Gesetzesentwurf

Die ICD-10-Codes sind leider nicht immer so klar und eindeutig, wie man sich das wünschen würde. Zur sinnvollen Verteilung von Versicherten-Geldern sind aber möglichst genaue Daten über die Krankheitshäufigkeiten nötig, besonders wenn die Gelder morbiditätsbezogen verteilt werden sollen. Aus diesem Grund wollte der Gesetzgeber Kassen und Ärzteverbände schon 2011 dazu verpflichten, sogenannte „Ambulante Kodierregeln" festzulegen, die die Diagnoseverschlüsselung verbessern sollten. Doch die Durchsetzung der AKR scheiterte an einem sehr breiten Widerstand der Ärzte.

Die niedergelassenen Mediziner nahmen die neuen Regeln als Bürokratiemonster wahr. Denn allein die Erläuterungen zu den AKR umfassten immerhin 160 Seiten. Das war vielen Ärzten dann doch zu viel. Die Proteste gegen die bundesweite Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien schlugen hohe Wogen bis die Politiker dem Druck der verärgerten Ärzte schließlich nachgaben und den Gesetzentwurf zur verbindlichen Einführung der AKR stoppten. Wenn der Ärger der Ärzte über mehr Bürokratie soweit geht, dass sie sogar einen Gesetzesentwurf stoppen können, macht das deutlich, warum Heilmittelerbringer schlecht beraten sind, bei Ärzten darauf zu bestehen, dass diese das neue Feld für ICD-10-Codes auf Heilmittelverordnungen ausfüllen.

HINTERGRUND

Bei der Codierung geht es ums Geld

Bei dem Gezerre um ICD-10-Codes zwischen Ärzten und Kassen geht es wie immer um Geld. Die Beiträge der GKV-Versicherten sollen stärker morbiditätsbezogen verteilt werden, die Verteilung sich also stärker an den Erkrankungen orientieren. Ärztefunktionäre sehen darin eine Möglichkeit mehr Geld für ihre jeweiligen KV auszuhandeln. Kassenvertreter hoffen damit, die GKV Beiträge gerechter zwischen den verschiedenen Krankenkassen aufteilen zu können.

ICD-10-Codes auf Heilmittel-Verordnungen sinnvoll

Keine Frage, wenn alle Heilmittel-Verordnungen mit den richtigen ICD-10-Codes versehen sind, dann hat das für fast alle Beteiligten im Gesundheitswesen erhebliche Vorteile. Geht es doch um mehr und qualitativ hochwertigere Informationen. Daten, die für Politiker, Kassen, KVen und die Gesundheitsforschung hilfreich und sinnvoll sein können, um zum Beispiel Gelder und Leistungen gerechter verteilen zu können. Auch Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten könnten durch die ICD-10-Codes viel besser auswerten, bei welchen Indikationen ihre Therapie wirkt. Insofern kann man die Vereinbarung zwischen KBV und den Kassen nur begrüßen, dass ICD-10-Codes nun regelmäßig auf Heilmittel-Verordnungen eingetragen werden sollen.

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte stellt sich die Lage jedoch anders dar: Sie sehen primär den (unbezahlten) Mehraufwand, mehr Bürokratie und deutlich mehr Kontrollmöglichkeiten ihrer ärztlichen Tätigkeit. Vor dem Hintergrund drohender Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann man Ärzte gut verstehen, die gar kein Interesse daran haben ihre Arbeit noch transparenter zu dokumentieren.

Ausnahmen führen zu Problemen

Die Probleme mit den ICD-10-Codierungen auf Heilmittel-Verordnungen sind zudem ein Stück weit hausgemacht. Denn mit der Regelung, die Codes auf Heilmittel-Verordnungen anzugeben, wurden auch Ausnahmen vereinbart. Das bedeutet, es wird auch in Zukunft ganz regulär Heilmittel-Verordnungen ohne ICD-10-Code geben, zum Beispiel wenn der Arzt die Verordnung während eines Hausbesuchs ausstellt. Allerdings haben einige Krankenkassen angekündigt, dann die Heilmittel-Verordnung nicht zahlen zu wollen – wegen Unvollständigkeit. Es sei denn, so äußert sich eine IKK, der Therapeut könne beweisen, dass eine Ausnahmetatbestand vorläge. Doch hier gilt es, Ruhe zu bewahren. Wie **up** an anderer Stelle bereits berichtet hat, haben die Krankenkassen keine gesetzliche Grundlage, Honorare von Heilmittelerbringern einzubehalten, wenn Ärzte sich weigern, die ICD-10-Codes anzugeben. Auch eine Anmerkung, dass hier ein Ausnahmefall vorliegt, kann die Lage möglicherweise schnell entschärfen. Als Heilmittelerbringer sollte man daher abwägen, ob man die gute Beziehung zu einem Arzt wegen der ICD-10-Codierung aufs Spiel setzen möchte. Denn es ist nicht Aufgabe der Heilmittelerbringer, die Ärzte von der Codierung zu überzeugen – auch wenn die Krankenkassen das gerne so hätten.

Halten wir doch einmal fest: **Ärzte füllen die Heilmittel-Verordnungen aus, Ärzte und Kassen vereinbaren, was auf diesen Verordnungen zu stehen hat und die Nichteinhaltung solcher der Vereinbarungen müssen die Kassen mit den jeweiligen Ärzten klären. Therapeuten sind hier der falsche Ansprechpartner**.*(bu)*

?!

Fragen-/Antwortenkatalog zum ICD-10-Code

Neue Antworten mit Quellenangaben

Das Thema ICD-10-Code schlägt hohe Wellen. Der Informationsbedarf in den Praxen ist offensichtlich hoch und hat einen Berufsverband sogar zur Veröffentlichung eines 19 Fragen umfassenden Fragen-/Antwortenkatalogs bewogen. Eine prima Idee, die wir hier gern unterstützen. Die Fragen des Berufsverbandes haben wir aufgegriffen, die Antworten allerdings vollständig neu aus der Sicht von Praxisinhabern aller Fachbereiche verfasst, so dass man jetzt auch alle Quellenangaben direkt bei den Antworten findet. Alle hier genannten Quellen findet man im Internet oder können up|plus Kunden kostenlos bei der Hotline anfordern.

1. Wo kann ich einen ICD-Code entschlüsseln?

ICD-10-Codes kann man mit und ohne Computer entschlüsseln. Verschiedene Verlage bieten Bücher mit allen ICD-10-Codes an. Es gibt für Heilmittelerbringer spezielle Schreibtischunterlagen mit allen relevanten ICD-10-Codes. Die meisten Praxisverwaltungsprogramme (z.B. Starke Praxis, Theorg) entschlüsseln alle ICD-10-Codes automatisch. Zusätzlich finden sich im Internet viele Seiten, auf denen man ICD-10-Codes entschlüsseln kann, sehr bequem und einfach z. B. unter **www.icd-code.de** oder etwas weniger benutzerfreundlich aber ganz hochoffiziell beim Herausgeber der deutschen Ausgabe unter **www.dimdi.de**

2. Gibt es für den Leistungserbringer eine Prüfpflicht des ICD-10-Codes im Hinblick auf die Vollständigkeit der therapierelevanten Verordnungsangaben?

Nein, weder in den Rahmenverträgen noch in der Heilmittel-Richtlinie findet sich ein Hinweis auf die Prüfpflicht hinsichtlich des ICD-10-Codes. Nur dort könnten rechtsverbindliche Prüfpflichten vereinbart werden. Abgesehen von dem ICD-10-Code muss auf einer Verordnung jedoch immer eine Diagnose stehen, das ist jedoch schon seit Jahrzehnten so **(Quelle: §13 Abs. 2 HeilM-RL)**.

Auch Krankenkassen bestätigen diese Sicht der Dinge. Dazu hat z. B. die AOK Niedersachsen geschrieben: " Die Prüfpflicht umfasst bisher lediglich die Angabe einer plausiblen, zum Heilmittel und Indikationsschlüssel passenden Diagnose auf der Verordnung, nicht deren Form als ICD-10 Code." Ähnliche Meldungen gibt es von der AOK Baden-Württemberg.
Interessante Randnotiz: In den Rahmenempfehlungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten ist in der bundesweit geltenden „Anlage 3: Notwendige Angaben auf Heilmittelverordnungen…" beim Punkt ICD-10-Code ausdrücklich festgehalten, dass es sich um „optionale Angabe" handelt. Hier wird der ICD-10-Code also sogar ausdrücklich aus der Prüfpflicht herausgenommen.

3. Ist es ausreichend, wenn auf der Verordnung lediglich ein oder mehrere ICD-10-Codes statt der ausgeschriebenen Diagnose angegeben wurden?

Ja, ein ICD-10-Code ist auch ohne ausgeschriebenen Text eine gültige Diagnose. (**Quellen: Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes, Lfd. Nr. 28, Stand vom 1.1.2012, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014**)

4. Muss eine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung stehen?

Nein, ein ICD-10-Code reicht aus. Fehlt ein ICD-10-Code, muss jedoch eine am besten handschriftlich ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung stehen. (**Quellen: siehe Fragen 2 und 3**)

5. Ist es ausreichend, wenn auf der Verordnung lediglich eine oder mehrere ausgeschriebene Diagnosen angegeben wurden?

Ja, ausgeschriebene Diagnose je Verordnung ist ausreichend. Da die Kassen und Ärzte sich darauf geeinigt haben, dass die ICD-10-Codes bei bestimmten Ausnahmen nicht verpflichtend vom Arzt eingetragen werden müssen (z. B. wenn ein Arzt bei einem Hausbesuch eine Verordnung ausstellt – das kann man nach Ansicht der Kassen an der handschriftlich ausgeschriebenen Diagnose erkennen), ergibt sich daraus schlüssig, dass ein fehlender ICD-10-Code die Gültigkeit der Verordnung nicht zwingend beeinträchtigt und dass ein fehlender ICD-10-Code dann auch nicht nachgetragen werden muss. (**Quellen: 34. Veränderung über Vordrucke für die vertragsärztliche Verordnung, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014**)

Hinweis: Diese Sichtweise ist inzwischen auch von den wichtigsten GKV-Kassen bestätigt worden. Eine Rechnungs-Kürzung aufgrund fehlenden ICD-10-Codes kommt für alle AOKen, Ersatzkassen und IKKen nach eigener Aussage nicht in Frage. Einzige Ausnahme ist hier die IKK-Nord, die Kürzungen vornehmen will. (**Quelle: Pressanfrage up an die 20 größten GKV-Kassen in Deutschland im Juni 2014**)

6. Muss der ICD-10-Code nachgetragen werden, wenn er nicht auf der Verordnung angegeben wurde, aber eine ausgeschriebene Diagnose vermerkt wurde?

Nein, eine rechtliche oder vertragliche Verpflichtung gibt es dazu nicht. Allerdings könnte man zur Vermeidung von Absetzungsstress bei Verordnungen, auf denen die Diagnosen mit dem Computer aufgedruckt sind, den ICD-10-Code im Verlauf der Behandlung nachtragen lassen. Grundsätzlich gilt, dass das Nachtragen eines ICD-10-Codes nicht notwendig ist, weil es ja keine Verpflichtung für die Ärzte gibt, den Code einzutragen. Wie schon in der Antwort zu Frage 5 beschrieben, haben sich Kassen und Ärzte auf Ausnahmen geeinigt, wann man auf den Code verzichten kann. Als Therapeut kann man natürlich nicht wissen, wann Ausnahmen greifen und wann nicht. Deshalb gibt es hier auch keine vertragliche oder rechtliche Pflicht zum Nachtragen. (**Quellen: siehe Frage 5**)

Anmerkung zur Arztkommunikation: Alle Erfahrungen mit solchen Nachbesserungswünschen zeigen, dass Ärzte teilweise äußerst empfindlich reagieren, wenn sie von Therapeuten zu Nachbesserungen bei der Diagnose angesprochen werden. Deswegen sollte man die Ärzte nur dann um Nachbesserung bitten, wenn die Diagnose per Computer in der Verordnung eingetragen wurde.

Hinweis: Weigert sich ein Arzt, den ICD-10-Code nachzutragen, steht auf der Verordnung jedoch eine ausgeschriebene Diagnose, dann kann man eine Absetzung solcher Verordnungen vermeiden, indem man den folgenden Text auf die Verordnung einträgt: „Nach Rücksprache mit dem Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt."

7. Muss der Leistungserbringer im Falle einer handschriftlich ausgeschriebenen Diagnosen-Angabe prüfen, ob ein Ausnahmefall bestanden hat?

Nein, natürlich nicht. Was ein Arzt auf einer Verordnung einträgt und welche Ausnahmen es dazu gibt, regeln Ärzte und Kassen in Verträgen. Therapeuten sind dabei keine Vertragspartner. Deswegen haben diese Verträge auch keine rechtliche Bindungswirkung für Therapeuten. Außerdem hat der GKV-Spitzenverband in seinem Schreiben an die Heilmittelverbände festgelegt, dass bei handschriftlich ausgeschriebenen Diagnosen-Angaben solch eine Ausnahme vorliegt, deshalb keine Prüfung. (**Quelle: Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014**)

Anmerkung zur Arztkommunikation: Wie sollte so eine Prüfung wohl ablaufen? Wie soll ein Arzt einem Therapeuten glaubwürdig belegen, dass eine Verordnung wirklich im Rahmen eines Hausbesuchs erstellt worden ist? Wer sich ernsthaft solche Fragen stellt, riskiert seine Beziehung zum verordnenden Arzt und degradiert Therapeuten bei einer solchen Prüfung zu „Polizisten" der Krankenkasse. Das kann und darf sicher nicht das Ziel sein.

8. Welche Angabe ist ausschlaggebend, wenn der Vertragsarzt sowohl einen oder mehrere ICD-10-Codes als auch die entsprechend ausgeschriebenen Diagnosen angegeben hat?

Wenn sich ICD-10-Code und ausgeschriebene Diagnose entsprechen, also dieselbe Krankheit beschreiben, erübrigt sich die Frage. Wenn mehrere Diagnosen vorhanden sind, muss ein Therapeut alle genannten Diagnosen im Rahmen seiner Therapie berücksichtigen. **(Quelle: §13 Abs. 2 HeilM-RL)**

9. Welche Angabe ist ausschlaggebend, wenn der Vertragsarzt sowohl einen oder mehrere ICD-10-Codes als auch davon abweichende, ausgeschriebene Diagnosen angegeben hat?

Da die Heilmittel-Richtlinie das Feld ICD-10-Code auf dem Verordnungsformular gar nicht vorgesehen hat, muss man im Zweifel die ausgeschriebene Diagnose berücksichtigen. Das ICD-10-Feld ist von KBV und GKV-Spitzenverband nur eingeführt worden, um Verordnungen als Praxisbesonderheit oder als Langfristigen Heilmittelbedarf zu markieren. Sicherlich macht es therapeutisch Sinn, wenn man bei seiner Therapie alle aufgeführten Diagnosen berücksichtigt. **(Quellen: 34. Veränderung über Vordrucke für die vertragsärztliche Verordnung, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014)**

10. Muss überprüft werden, ob ICD-10 Code und ausgeschriebene Diagnosen zusammen passen?

Ja, es muss zumindest überprüft werden, ob der ICD-10 Code und die ausgeschriebene Diagnose sich nicht widersprechen. Das Bundessozialgericht hat festgelegt, dass eine Verordnung aus der „professionellen Sicht“ eines Therapeuten auf „erkennbare Fehler und Vollständigkeit“ überprüft werden muss. Würde es hier also einen tatsächlichen Widerspruch zwischen Code und Text geben, wäre eine Rücksprache mit dem Arzt vor Beginn der Therapie notwendig. Allerdings ist das Theorie, in der Praxis wird so ein Fall kaum vorkommen. **(Quelle: Urteil des BSG, AZ. B 1 KR 4/09 R, Randziffer 31)**

11. Ist der ICD-10-Code vom Leistungserbringer zu entschlüsseln?

Ja, ICD-10-Codes müssen immer entschlüsselt werden, damit man die darin enthaltene Information in seine Therapie einfließen lassen kann. Das ist auch dann notwendig, wenn mehre ICD-10-Codes angegeben werden.

12. Gibt es für den Leistungserbringer eine Prüfpflicht der Vollständigkeit des ICD-10-Codes?

Nein, ein ICD-10-Code kann ganz verschieden angegeben werden. So werden Diagnosen oft nur als sogenannte „Dreisteller“ angegeben, z. B. M54 (Rückenschmerzen). Die Vereinbarung zur den Praxisbesonderheiten sehen allerdings „endstellige“ ICD-10-Codes vor, z. B. M54.2 (Zervikalneuralgie), die die Diagnose sehr viel konkreter angeben. Zur Durchführung von Therapie reichen beide Formen des Codes aus, wenngleich der endstellige ICD-10-Code natürlich eine detaillierte Information liefert und die Verordnung möglicherweise als extrabudgetär markiert. Wenn es keine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung gibt, dann muss man allerdings prüfen, ob der angegebene Code die für die Therapie notwendigen diagnostischen Informationen enthält. **(Quellen: Vereinbarung über Praxisbesonderheiten gem. §84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach §32 Abs. 1a SGB V, §13 Abs. 2 HeilM-RL)**

13. Muss der ICD-10-Code vor Beginn der Behandlung ergänzt werden?

Nein, gemäß der geltenden Rahmenempfehlungen kann die Therapie begonnen werden, wenn eine Diagnose vorliegt. Findet sich eine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung, kann die Behandlung begonnen werden. (Quelle: §18 Abs. 1 Rahmenempfehlungen gem. §125 Abs. 1 SGB V)
Eine Ergänzung der Verordnung um den dazu passenden ICD-10-Code kann dann auch im Verlauf der Behandlung vom Arzt vorgenommen werden.

14. Ist es ausreichend, wenn der Vertragsarzt im Feld ICD-10-Code lediglich z. B. drei Stellen (M51) – also eine unspezifische Diagnose – angegeben hat?

Ja, ein „Dreisteller“, z. B. M51 (Sonstige Bandscheibenschäden) ist für die Abrechnung vollkommen ausreichend. Manchmal kann es therapeutisch sinnvoll sein, zusätzliche Details vom Arzt zu erfragen, das berührt jedoch nicht die Gültigkeit der Verordnung.

15. Löst ein neuer ICD-10-Code automatisch immer einen neuen Regelfall aus?

Nein, ein neuer ICD-10-Code löst nicht automatisch einen neuen Regelfall aus. Denn im Heilmittel-Katalog sind bewusst mehrere Diagnosen zu den Diagnosengruppen zusammengefasst worden. Außerdem wird in der Heilmittel-Richtlinie in §3 Abs. 5 festgelegt, dass die Indikation zur Verordnung von Heilmitteln „sich nicht aus der Diagnose allein" ergibt, demzufolge reicht eine Änderung des ICD-10-Codes nicht zwingend aus, um einen neuen Regelfall zu beginnen. Ob ein neuer Regelfall ausgelöst wird oder nicht, entscheidet sich zunächst durch die Markierung des Arztes auf der Verordnung: Neue Diagnose und Erstverordnung angekreuzt = Neuer Regelfall, Neue Diagnose und Folgeverordnung = Kein neuer Regelfall.

Letztlich hat sich durch das Feld ICD-10-Code in dieser Hinsicht weder für die Ärzte noch für Therapeuten etwas geändert: Der Regelfall wird durch die Zuordnung der Diagnose zu einer Diagnosengruppe bestimmt. Solange sich die Diagnosengruppe nicht ändert, bzw. im vom Heilmittel-Katalog vorgesehen Rahmen (Wechsel von WS1 zu WS2) ändert, kann man davon ausgehen, dass der Regelfall fortgesetzt wird, es sei denn der Arzt hat etwas anderes verordnet (s. o.).
Für Ärzte ist es günstiger einen neuen Regelfall auszulösen, darauf kann man einen Arzt durchaus aufmerksam machen. Allerdings wollen manche Ärzte diesebezüglich nichts ändern. Wer Angst vor Absetzungen wegen formaler Fehler hat, dokumentiert die Rückfrage beim Arzt auf der Verordnung: "Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt."

Es kann gem. Heilmittel-Richtlinie immer dann ein neuer Regelfall unterstellt werden, wenn „im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe" auftreten. Das würde bedeuten, dass ein neuer ICD-10-Code in derselben Diagnosengruppe dann einen neuen Regelfall auslösen würde, wenn die alte und die neue Diagnose tatsächlich voneinander unabhängige Diagnosen darstellen – ein in der Praxis selten anzutreffender Fall. **(Quelle: §3 Abs. 5 HeilM-RL, §7 Abs. 4 HeilM-RL)**

16. Wie ist bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls im Hinblick auf die Frage „Genehmigungsverfahren ja oder nein" zu verfahren?

Durch die ICD-10-Codes hat sich am grundsätzlichen Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls nichts geändert: GKV-Spitzenverband und KBV haben vereinbart, dass Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit einem bestimmten „endstelligen" ICD-10-Code (siehe Frage 12) immer dann automatisch genehmigt sind, wenn die betreffende Kasse auf eine Genehmigung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach §8 Abs. 4 HeilM-RL verzichtet hat. Die Liste mit den zutreffenden Diagnosen findet man in Anlage 2 der Vereinbarung zwischen GKV und KBV. Allerdings darf jede Kasse individuell von dieser Regelung abweichen, man muss also die Regeln seiner Hauptkassen kennen.

INFO

ICD-10-GM: Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übersetzt und herausgegeben. ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases und Related Health Problems", die Zahl 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Der nicht immer genutzte Zusatz GM steht für German Modification. Bei der Abrechnung mit der GKV ist dies für Kassenärzte eine verbindliche Vorgabe.
ICF: Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das DIMDI hat die deutschsprachige Übersetzung erstellt: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit", Stand Oktober 2005. Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Ihre Nutzung ist im Bereich Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger verbindlich.
Indikationsschlüssel: Dieser setzt sich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und der Leitsymptomatik zusammen, zum Beispiel Maßnahmen der Physikalischen Therapie „ZN1a". Abweichend davon ist für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie für die Ergotherapie lediglich die Bezeichnung der Diagnosegruppe anzugeben. Verbindlich ist der Code in Zusammenhang mit der Heilmittel-Richtlinie.
Ambulante Kodierrichtlinien (AKR): Auf der Basis des internationalen Schlüsselsystems ICD-10-GM legen die ambulanten Kodierrichtlinien fest, wie niedergelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten Diagnosen von ambulant behandelten Patienten im deutschen Gesundheitswesen zu kodieren haben. Sie werden nur unverbindlich genutzt.

Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, die einen ICD-10-Code trägt, der nicht in der Anlage 2 verzeichnet ist, wird ganz normal als Verordnung außerhalb des Regelfalls gehandhabt, soweit der Regelfall in der Praxis schon durchlaufen ist.

Leider haben Kassen und Ärzte vereinbart, dass der Arzt bei Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs sofort mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen darf. Stimmt der ICD-10-Code jetzt nicht mit der Liste der Diagnosen in Anlage 2 überein, dann haben Arzt und Therapeut ein gemeinsames Problem: Der Arzt hat eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt ohne den Regelfall durchlaufen zu haben und der Therapeut hat unter Umständen Probleme bei der Abrechnung.

Deswegen macht es in solchen Fällen Sinn, den Arzt um Ergänzung/Änderung des ICD-10-Codes zu bitten, oder die Verordnung auf den Regelfall umzustellen. Aber aufpassen: Denkbar wäre auch, dass der Patient schon in einer anderen Praxis den Regelfall durchlaufen hat, dann steht einer Weiterbehandlung der Verordnung außerhalb des Regelfalls auch ohne Änderung nichts im Wege. **(Quellen: §8 Abs. 4 HeilM-RL, Vereinbarung über Praxisbesonderheiten gemäß §84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach §32 Abs. 1a SGB V, Anlage 2 – Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf)**

Hinweis: Weigert sich ein Arzt, die notwendigen Änderungen vorzunehmen, dann kann man eine Absetzung solcher Verordnungen vermeiden, indem man den folgenden Text auf die Verordnung einträgt: „Nach Rücksprache mit dem Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt."

17. Wenn auf einer Erstverordnung mehrere ICD-Codes angegeben waren und auf einer nächsten Verordnung dann nur noch einer dieser ICD-Codes steht, gilt diese dann als Folgeverordnung?

Wie oben in Frage 15 schon beantwortet hängt der Regelfall von der jeweiligen Diagnosengruppe ab. Ändert sich die Diagnosengruppe nicht, bzw. nur in dem vom Heilmittel-Katalog vorgesehenen Rahmen (z. B. WS1 wird zu WS2) handelt es sich um eine Folgeverordnung. **(Quelle: §7 Abs. 4 HeilM-RL)**

18. Kann der ICD-10-Code ggf. auch die (ausgeschriebene) Leitsymptomatik ersetzen?

Bis auf ganz wenige Ausnahmen kann ein ICD-10-Code die ausgeschriebene Leitsymptomatik nicht ersetzen. Diese wenigen Ausnahmen finden sich beispielsweise in den vdek-Rahmenverträgen der Physio- und Ergotherapeuten, bei denen eine Leitsymptomatik immer dann fehlen darf, wenn sie sich aus der Diagnose ergibt. Dazu braucht man allerdings eine sehr ausdifferenzierte Diagnose. Und die Mehrheit der Verträge schreibt die Leitsymptomatik unabhängig von der Diagnose verbindlich vor. **(Quelle: vdek-Rahmenvertrag Physiotherapie vom 1.4.2013)**

Aufpassen: In der Physiotherapie kann der Indikationsschlüssel die Leitsymptomatik ersetzen, durch die kleinen Buchstaben hinter der Diagnosengruppen, z. B. WS1a. Das sollte man nicht verwechseln mit den ICD-10-Codes.

19. Müssen mehrere ICD-10-Codes auf einer Verordnung alle in der elektronischen Datenverarbeitung durch den Therapeuten angegeben werden oder nur der, der in dem Feld „ICD-10-Code" steht?

Bisher sind uns noch keine Fälle bekannt, in denen Verordnungen nicht bezahlt worden sind, weil nicht alle ICD-10-Codes in der elektronischen Datenverarbeitung angegeben wurden. Wichtig ist, dass der ICD-10-Code, der auf der Verordnung steht (wenn dort einer steht) im Computer mit erfasst wird und dann automatisch bei der elektronischen Datenverarbeitung mit an die Kasse gemeldet wird. *(bu)*

INFO

Viele Hilfen zum Codieren

Hilfsmittel zum richtigen Diagnosen-Codieren gibt es reichlich: Das fängt mit kostenlosen Tools im Internet zum Download an, geht über online Codier-Hilfen und hört bei kostenpflichtigen Büchern und Softwareprogrammen/Apps auf. Wir haben eine Auswahl für Sie zusammengestellt.

KBV: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hält auf ihrer Internetseite umfangreiche Unterlagen bereit, die nichts kosten und praktisch keine Frage zum Thema ICD-10-Code offenlassen. Schulungsunterlagen, Kodierhilfen, ein Online-Tool zum Abfragen von ICD-10-Codes – alles kostenlos. Einziges Manko: Vielleicht ist der Umfang der Information hier manchmal zu groß. www.kbv.de/html/kodieren.php

ZI-Berlin: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland liefert ein umfassendes kostenloses Angebot im Internet. Hier finden sich facharztspezifische ICD-10-Codes zum Download als Schreibtischunterlage oder als Kitteltaschen-Flyer ebenso wie die Möglichkeit, eine Software zur Ver- und Entschlüsselung von Diagnosen und Codes herunterzuladen. www.zi.de/cms/projekte/kodierung

Simpel: Zwei Fachärzte aus Hamburg haben sich eine kleine, sehr einfache Internetseite gebaut, die perfekt zum schnellen Nachschlagen von Diagnosetexten und/oder ICD-10-Codes ist. Einfacher geht es kaum. www.icd-code.de

Speziell für Heilmittelerbringer: Schreibtischunterlagen mit allen relevanten ICD-10-Codes jeweils speziell für Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden kann man bei buchner bestellen, am einfachsten online unter www.buchner-shop.de/themenwelten/icd-10.html

					Anlage 3 Abschnitt 8.1.2.1.
DIA	Diagnose	3	AN	M	DIA Das Segment ist 1 mal je Diagnose zu übermitteln.
	Diagnoseschlüssel	,,12	AN	K	Falls auf der Verordnung ein ICD–10–GM–Code als Diagnoseschlüssel aufgebracht ist, ist dieser zwingend anzugeben. Es ist nicht der Indikationsschlüssel anzugeben.
	Diagnosetext	,,70	AN	K	Der auf der Verordnung angegebene Diagnosetext ist hier anzugeben.

© Technische Anlage 1 der Richtlinien der Spitzenverbände der GKV nach §302 Abs. 2 SGB V über das Abrechnungsverfahren

Mehr ICD-10-Codes führen zu mehr Aufwand

Bei Abrechnung Diagnosen-Daten vollständig übermitteln

Ab dem 1. Juli werden auf Heilmittel-Verordnungen vermehrt ICD-10-Codes stehen. Diese müssen Heilmittelerbringer dann auch zwingend bei der Abrechnung angeben. Fehlt der Code im Abrechnungsdatensatz, können die Kassen für die Nacherfassung pauschal fünf Prozent des Verordnungswertes einbehalten.

Die Richtlinien der GKV sehen es schon seit Jahren vor: Bei der Abrechnung müssen Heilmittelerbringer die auf der Heilmittel-Verordnung angegebenen ICD-10-Codes im Abrechnungsdatensatz digital an die Kassen übermitteln – und zwar für jede auf der Heilmittel-Verordnung angegebene Diagnose. Sind also mehrere ICD-10-Codes auf einer Verordnung angegeben, muss jeder einzelne bei der Abrechnung elektronisch erfasst werden.

Marion Heß, Pressesprecherin der LKK erläutert dazu die Sicht der Kassen: „Falls eine Diagnose auf der Verordnung in Form eines ICD-10-Schlüssels angegeben ist, so ist dieser zwingend in den Abrechnungsdaten zu übertragen. Liegen der Heilmittelverordnung mehrere Diagnosen zugrunde, sind deren Angabe für die nachgelagerten Prozesse wie die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs von Bedeutung und müssen vom Therapeuten übermittelt werden."

Abrechnung wird aufwändiger

Mit der neuen Verpflichtung der Ärzte zur Angabe des ICD-10-Codes auf Verordnungen verschärft sich die Situation jetzt. Denn durch mehr ICD-10-Codes beziehungsweise Mehrfachangaben auf den Verordnungen erhöht sich der Aufwand bei der Abrechnung deutlich. Wer selbst abrechnet, muss nun dafür sorgen, dass seine Mitarbeiter wirklich alle Diagnosen und auf der Verordnung angegebenen ICD-10-Codes in den Computer eingeben. Manchmal ist den Kollegen gar nicht klar, dass so etwas überhaupt geht.

Wer ein Abrechnungszentrum beauftragt hat, wird möglicherweise in Kürze ein Schreiben erhalten, das eine Gebührenerhöhung ankündigt. Denn den Zusatzaufwand für die Erfassung von immer mehr ICD-10-Codes stellen die Abrechnungszentren sicherlich in Rechnung.

Spitzenverband will Mehrfacheingaben verhindern

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) hat sich dieses Problems angenommen und versucht in Verhandlungen mit den Kassen die Pflicht zu Mehrfacheingaben von Diagnosen für eine Verordnung abzuschaffen.

Fünf Prozent Kürzungen bei unvollständigen Daten

Bis dahin besteht jedoch bei jeder Heilmittel-Verordnung, deren Abrechnungsdatensatz nicht alle Diagnosen enthält, die Gefahr, dass es zu finanziellen Einbußen kommt. In den Richtlinien der GKV zum Abrechnungsverfahren heißt es: „Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen" (§7 Abs. 5 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens). Vereinfacht ausgedrückt bedeutet das: Für Verordnungen, bei denen Heilmittelerbringer nicht alle Diagnosen und/oder ICD-10-Codes bei der Abrechnung digital übermitteln, können die Krankenkassen Rechnungen um bis zu fünf Prozent kürzen. *(bu)*

GANZ KONKRET

Jeder ICD-10-Code auf einer Verordnung muss im Computer erfasst werden. Jede ausgeschriebene Diagnose muss im Computer erfasst werden. Passen Code und Text (ausgeschriebenen Diagnose) zusammen kann man diese auch zusammen erfassen. Passen Code und Text nicht zusammen, werden der Code ohne Text und der Text ohne Code hintereinander erfasst.

GKV-Weiterentwicklungsgesetz im Bundestag beschlossen

Ab Januar 2015 vermutlich weniger Sonderleistungen der Kassen

Der Bundestag hat am 5. Juni das sogenannte GKV-Weiterentwicklungsgesetz beschlossen. Dies regelt unter anderem die Finanzstruktur der GKV neu. Damit gelten ab dem 1. Januar 2015 andere Beitragssätze für die Versicherten. Die Kassen müssen sich wieder einem verstärkten Wettbewerb stellen. Um Kosten zu sparen und Zusatzbeiträge zu vermeiden, ist zu befürchten, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen in Zukunft weniger Sonderleistungen, wie zum Beispiel die Erstattung von Kosten für Osteopathie, übernehmen werden.

Durch das neue Gesetz wird zum 1. Januar 2015 der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt. Die Hälfte, nämlich 7,3 Prozent, trägt der Arbeitnehmer, die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber. Der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten entfällt. Stattdessen können die Krankenkassen künftig einkommensabhängig Zusatzbeiträge erheben.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist von seinem Gesetz überzeugt: „Mit den heute beschlossenen Neuregelungen machen wir die Gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest. Wir sichern einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen und stärken die Qualität in der Versorgung. Davon profitieren vor allem die Versicherten."

Aber genau das bezweifeln Experten. Auf Dauer würde fast keine Kasse darum herumkommen Zusatzbeiträge zu erheben, die dann allein vom Versicherten zu tragen sind. Während sich Praxisinhaber darüber freuen können, dass auf sie als Arbeitgeber zukünftig keine höheren Lohnnebenkosten zukommen, müssen sich Versicherte darauf einstellen, bald mehr zu zahlen. Jedes Krankenkassenmitglied hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn Zusatzbeiträge erhoben oder erhöht werden. Das soll die Krankenkassen motivieren, ihre Zusatzbeiträge möglichst gering zu halten, indem sie gut wirtschaften und zugleich eine gute Versorgung anbieten.

Ab 2015 werden die Kassen also wieder in einen Wettbewerb über den niedrigsten Beitragssatz einsteigen. Erfahrungen der vergangen Jahre haben die Krankenkasse gelehrt, dass die Versicherten immer zuerst nach der Höhe des Beitrags entscheiden, wo sie sich versichern. Leistungsunterschiede, zum Beispiel die großzügige Erstattung von Zusatzleistungen wie Osteopathie, scheinen für die Versicherten eine untergeordnete Rolle zu spielen, so ein Mitarbeiter einer großen bundesweit agierenden Krankenkasse. Als Konsequenz werden dort aktuell alle Zusatzleistung auf den Prüfstand gestellt, mit deutlichen Leistungskürzungen ist zu rechnen.

Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und wird zum 1. Januar 2015 in Kraft treten. *(bu)*

GKV-Spitzenverband

Kassen werden ab 2015 Zusatzbeiträge erheben

Die 50 Millionen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) müssen im kommenden Jahr mit Zusatzbeiträgen rechnen. Schon 2014 werden die Reserven der Kassen von derzeit 31,1 Milliarden Euro auf 26,7 Milliarden Euro schmelzen, erklärte die Vorsitzende des GKV-Spitzenverbands Doris Pfeiffer. Sie geht davon aus, dass keine Kasse auf den Aufschlag verzichten wird.

Die Erhebung von flächendeckenden Zusatzbeiträgen ist die Folge der Beitragsreform, der der Bundestag kürzlich zugestimmt hatte. Ab Januar 2015 wird der gegenwärtige Beitragssatz von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt. Damit könnten, so die Prognose des Gesundheitsministers Hermann Gröhe (CDU), 20 Millionen von Versicherten auf eine Entlastung hoffen – eine Einschätzung, die die GKV-Chefin nicht teilt: „Ich kann diese Zahl nicht bestätigen." Eine Senkung der Beiträge werde es kaum in größerem Stil geben.

Erstmals seit 2008 haben die gesetzlichen Krankenkassen in den ersten drei Monaten dieses Jahres wieder ein Minus eingefahren. Die Ersatzkassen verbuchten im ersten Quartal 2014 Verluste von 317 Millionen Euro, heißt es in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit. Lediglich die Ortskrankenkassen (AOK) verzeichneten weiter ein Plus: Mit 149 Millionen Euro lag der Überschuss aber weit unter dem des Vorjahresquartals.

Ohne einen Zusatzbeitrag werde keine Krankenkasse auskommen, erklärte TK-Pressesprecherin Dorothee Meusch gegenüber up. Einige Kassen würden anfangs mit einem geringeren Beitrag auskommen, andere müssten dagegen mehr nehmen als 0,9 Prozent. Bei weiter steigenden Gesundheitskosten dürften die neuen Zusatzbeiträge aber bald auch im Schnitt über dem bisherigen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent liegen. Der Essener Gesundheitsökonom Jürgen Wasem rechnet damit, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen im nächsten Jahr unter 0,9 Prozent liegen wird, weil es zahlreiche Kassen gibt, die über hohe Rücklagen verfügen. In den Folgejahren werde der Zusatzbeitrag jedoch um jeweils 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte steigen.

Zurückhaltend zeigte sich die TK jedoch über die genaue Höhe des Zusatzbeitrags: „Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine verlässliche Prognose zum künftigen Beitragssatz nicht möglich“, erklärte die TK-Pressesprecherin. Eine endgültige Aussage werde es erst im Dezember geben, wenn die Ergebnisse des Schätzerkreises vorliegen, der im Oktober tagt. (ks)

SERVICE

Einen vorläufigen Überblick über die geplanten Zusatzbeiträge ab 2015 geben die Umfrageergebnisse im Fachportal für Gesetzliche Krankenversicherung unter www.krankenkasseninfo.de/prozentualer_Zusatzbeitrag2015.pdf

Ausgaben für alternative Heilbehandlung stark gestiegen

Kassen zahlten für Osteopathie 2013 mehr als 110 Million Euro

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die alternative Heilbehandlung Osteopathie haben sich 2013 im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdreifacht. Das meldet der Sender NDR Info unter Berufung auf Zahlen der 60 größten Kassen. Danach zahlten die Kassen im vergangenen Jahr ihren Versicherten mehr als 110 Millionen Euro.

Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz ermöglichte den gesetzlichen Krankenkassen, Leistungen wie Osteopathie ganz oder teilweise zu erstatten. Die Techniker Krankenkasse war die erste große Kasse, die osteopathische Behandlungen bezahlte – bis zu 360 Euro im Jahr. Weitere Kassen zogen nach. So zahlt die Barmer GEK seit Januar 2013 jährlich einen Zuschuss von bis zu 100 Euro aus dem Gesundheitskonto der Versicherten.

2012 lagen die Ausgaben bei 34 Millionen Euro

Insgesamt wurden 2012 nach NDR-Angaben gut 34 Millionen Euro an Versicherte gezahlt. Die Gründe für den unerwarteten Anstieg: Immer mehr Krankenkassen haben Osteopathie in ihren Leistungskatalog aufgenommen. Und die Nachfrage der Versicherten nimmt weiter zu. Auch die deutlich erhöhte Anzahl von osteopathischen Behandlern habe wohl erheblich zu der Kostenexplosion beigetragen, berichtet NDR Info weiter und bezieht sich dabei auf Aussagen aus Kassenkreisen. Für 2014 werde eine weitere Zunahme der Osteopathie-Ausgaben auf deutlich über 130 Millionen Euro erwartet.

Skepsis bei Ärztevertretern und Verbänden

Den Boom der sanften Heilmethode etwa gegen Störungen des Bewegungsapparates sehen Ärztevertreter, aber auch einzelne Sprecher der Osteopathenverbände, eher skeptisch. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wirft den Kassen mangelndes Augenmaß vor: „Es geht mir nicht darum, die Osteopathie schlecht zu reden, aber man muss hier schon die Frage nach der Verhältnismäßigkeit stellen.“ In einem offenen Brief kritisierte die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) die fehlende Qualitätssicherung. Die Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie, Gabi Prediger, sagte gegenüber dem NDR, dass es keine einheitlichen Richtlinien für die Ausbildung von osteopathischen Behandlern gebe, sei eine Gefahr für die Patienten. Ein geregeltes Berufsbild gebe es in Deutschland nicht.

TK will weiter Behandlungsangebote machen

Die Techniker Krankenkasse mit knapp neun Millionen Versicherten beteiligt sich schon seit Anfang 2012 an den Osteopathie-Kosten – aber nur, wenn die Qualität der Behandlung gesichert sei, wie TK-Sprecherin Dorothee Meusch betonte. Voraussetzung sei, dass die osteopathische Behandlung ärztlich verordnet und von einem Leistungserbringer durchgeführt werde, der eine osteopathische Ausbildung hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sei. Die Qualifizierung zum Osteopathen umfasse eine Ausbildung von rund 1.350 Stunden. „Wir werden auch künftig schauen“, so die Sprecherin weiter, „welche attraktiven Behandlungsangebote wir unseren Versicherten machen werden.“ Dabei stellte sie klar, dass das Schielen auf den Preis allein kein Qualitätsmerkmal einer Kasse sei, „die Versicherten sollten vielmehr das Preis-Leistungs-Verhältnis unter die Lupe nehmen“. *(ks)*

Disease-Management-Programme

Vorschläge für chronische Erkrankungen an G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Fachgesellschaften und Verbände dazu aufgerufen, Vorschläge für Krankheiten einzureichen, für die neue Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt werden sollen. Die 31 eingereichten Vorschläge prüft der zuständige Ausschuss derzeit.

Die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern, das ist das Ziel von Disease-Management-Programmen (DMP). Genauer: Die strukturierten Behandlungsprogramme sollen den sektorenübergreifenden Therapieablauf und die medizinische Qualität der Behandlungen verbessern. Chronisch kranke Menschen werden, über die Jahre ihrer Erkrankung hinweg, oft von vielen verschiedenen Behandlern, wie etwa verschiedenen Fachärzten, Physiotherapeuten und Kliniken, therapiert, geschult und gepflegt. Da die einzelnen Maßnahmen oft nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind und der Dokumentationsfluss zwischen den einzelnen Leistungserbringern nicht nachhaltig genug ist, kommt es häufig vor, dass Patienten unter-, aber auch überversorgt werden. Das sollen DMP verhindern. „Ein gutes Zusammenspiel zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus ist Dreh- und Angelpunkt einer qualitativ besseren und wirtschaftlicheren Versorgung chronisch Kranker“, erklärt Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses. Physiotherapeuten oder andere nicht-medizinische Heilmittelerbringer erwähnt Klakow-Franck in diesem Zusammenhang nicht, obwohl diese gerade bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Auf Nachfrage von up teilte auch der Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. mit, dass er es für besonders wichtig halte, auch die Heilmittelerbringer und nicht nur die Ärzteschaft in die DMP mit einzubeziehen.

Vorschläge werden aktuell geprüft

Am 20. Februar hat der G-BA in einer Pressemitteilung dazu aufgerufen, Vorschläge für neue DMP zu unterbreiten. Eine Liste der insgesamt 31 eingereichten Vorschläge veröffentlichte der zuständige Ausschuss am 2. Juni auf seiner Internetseite. Zu den vorgeschlagenen Indikationen zählen unter anderem das Restless Legs Syndrom, Osteoporose, Adipositas und chronische Kreuz- und Rückenschmerzen. „Die Vorschläge für die neuen DMP werden nun in den zuständigen Gremien des G-BA eingehend beraten und auf ihre Versorgungsrelevanz und Umsetzbarkeit hin überprüft“, erklärt Dr. Regina Klakow-Franck. Folgende Kriterien müssen bei der Auswahl berücksichtigt werden: Zahl der betroffenen Versicherten, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, der sektorenübergreifende Behandlungsbedarf, die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten sowie ein hoher finanzieller Aufwand der Behandlung. Seit 2012 ist der G-BA gesetzlich beauftragt, eigene Richtlinien zu den DMP zu beschließen. Die praktische Umsetzung der DMP in der Versorgung erfolgt dann auf Basis regionaler Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor Ort. Die Untersuchung der Vorschläge könnte eine weitere Chance für die Verbände sein, Einfluss auf die DMP zu nehmen: „Die zuständigen Gremien im G-BA haben die Möglichkeit und machen auch davon Gebrauch, Sachverständige aus bestimmten Gebieten zu den Beratungen einzuladen und deren Sachverstand einzubeziehen.“

Zu bestehenden DMP Stellungnahmen abgeben

Die Frist für die Vorschläge ist jetzt zwar abgelaufen, die Verbände haben jedoch noch eine weitere Möglichkeit auf die DMP Einfluss zu nehmen. „Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, außerhalb der gesetzlichen Verfahren Stellungnahmen zu bestehenden DMP abzugeben. Dafür hat der G-BA ein Formular vorgesehen, das auf der Website zum Download bereitsteht“, erklärt Dr. Regina Klakow-Franck. Auf der Homepage können die Verbände eine Liste einsehen mit Organisationen, die zu einer Stellungnahme zu bestehenden DMP berechtigt sind. Die Verbände, die nicht gelistet sind, können entweder ihre Aufnahme in die Liste beim G-BA beantragen oder sich an gelistete

Organisationen wenden, um sich für eine gemeinsame Stellungnahme zusammenzuschließen. Zu den zur Stellungnahme berechtigten Verbänden gehören unter anderem der Verband für Physikalische Therapie e.V. und der Verein für Rehabilitation e.V.. Die Richtlinien, die der G-BA für die einzelnen DMP festlegt hat, sind ebenfalls auf der Website einzusehen. Bisher gibt es DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Erkrankung der Herzkrankgefäße (koronare Herzkrankheit), chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) und Brustkrebs. Auf Nachfrage von up teilte der Verband für Physikalische Therapie mit, er habe im Jahr 2012 gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände eine Stellungnahme zu bestehenden DMP abgegeben.

Operationen bei Rückenschmerzen vorbeugen

Auffällig ist, dass insgesamt drei Organisationen chronische Kreuz- und Rückenschmerzen als Erkrankung für ein neues DMP vorgeschlagen haben. Damit wird das große Interesse an einer besseren Versorgung in diesem Bereich deutlich. Sollte hier ein DMP zustande kommen, können die Heilmittelverbände wie der Verband für Physikalische Therapie e. V. die Richtlinien mit ihrer Stellungnahme aktiv mitgestalten. So haben sie die Chance, sich mit konkreten Vorschlägen dafür einzusetzen, dass Rückenleiden nicht voreilig mit Operationen behoben werden. Besonders bei Bandscheibenvorfällen mündet die Diagnose häufig in einen chirurgischen Eingriff. Die Bandbreite an konservativen Therapiemethoden wie Massagen und Physiotherapie wird dabei oft nicht komplett ausgeschöpft. Dabei ist die Stärkung der Muskulatur bei chronischen Rückenschmerzen eine der wichtigsten Faktoren, die zu einer langfristige Besserung beitragen.

Die Vorschläge für die neuen DMP bieten den Heilmittelverbänden also neue Möglichkeiten, sich dafür einzusetzen, dass ihre Berufsgruppen verstärkt in Therapiemaßnahmen mit einbezogen werden. *(ms)*

Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA, Berlin

G-BA beschließt Erweiterung

Zahnärzte bekommen eigene Heilmittel-Richtlinie

Eine eigene Heilmittel-Richtlinie und einen eigenen Heilmittel-Katalog soll es in Zukunft für Kassenzahnärzte geben. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss im April beschlossen und die dafür notwendigen Änderungen der Geschäftsordnung umgesetzt.

Der G-BA hat beschlossen, „dass vertragszahnärztliche Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie, mit einem eigenen Heilmittel-Katalog für den vertragszahnärztlichen Sektor verortet werden." So liest sich der Beschluss in den „Tragenden Gründen" des G-BA, die jetzt veröffentlicht worden sind.

Ganz konkret bedeutet diese Meldung, dass bis zur Verabschiedung einer neuen Zahnarzt-Heilmittel-Richtlinie die Zahnärzte nach wie vor auf Muster 16 Heilmittel verordnen können. Und das dürfte noch einige Zeit dauern, denn die Umsetzung einer neuen Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte wird viele Monate Zeit in Anspruch nehmen. Selbst, wenn der erste Entwurf für eine solche Richtlinie veröffentlicht wird, dauert es sicherlich noch einmal gut neun bis zwölf Monate, bevor so eine neue Richtlinie in Kraft treten kann. Es bleibt also erst einmal alles beim Alten. *(bu)*

HINTERGRUND

2011 hatte der G-BA in der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie festgelegt, dass die Heilmittel-Richtlinie nicht für Zahnärzte gilt. Damit wurde die Bedenken der Juristen des G-BA berücksichtigt.

Tipps für den Praxisalltag

Terminabsagen: Besser fragen als belehren

Terminausfälle sind ein lästiges und teures Thema in jeder Therapie-Praxis. Um diese zu verhindern, verfolgen Praxen unterschiedliche Strategien. Nun zeigen Studien: Statt Patienten über ihre Absagepflicht zu informieren oder zu belehren, scheint es hilfreicher zu sein, die betreffenden Patienten zu fragen, ob sie bereit sind im Falle einen Verhinderung rechtzeitig abzusagen. Eine kleine Änderung in der Kommunikation, die positive Veränderungen bewirken kann.

Die Frage, wie man Patienten dazu bringt Termine einzuhalten oder wenn das nicht möglich ist, wenigstens rechtzeitig abzusagen, ist in praktisch jeder Heilmittel-Praxis in Deutschland ein wichtiges Thema. Inzwischen gibt es einen branchenweiten Konsens: Patienten werden darüber informiert, dass sie Termine, die sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Dennoch kommt es immer wieder vor, dass Patienten einfach nicht zur Behandlung erscheinen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Neben der reinen Information zur Absagepflicht versuchen manche Praxen auch mit der Ausfallgebühr zu „drohen". Um dem Nachdruck zu verleihen, wird den betroffenen Patienten dann der rechtliche Rahmen erklärt, der durch das Bürgerliche Gesetzbuch festgelegt ist und vorsieht, dass Patienten eine Ausfallgebühr zahlen müssen, wenn sie einen Termin nicht rechtzeitig absagen beziehungsweise ohne Absage nicht wahrnehmen. Für das Therapeuten-Patienten-Verhältnis ist ein solches „Drohverhalten" weniger schön. Zudem bedeutet es zusätzlichen Aufwand, das Ausfallhonorar dann auch wirklich einzufordern. Besser ist es, die Patienten auf anderem Wege zum Kommen oder wenigstens zum rechtzeigen Absagen zu bewegen.

Art der Kommunikation ist entscheidend

Forschungsergebnisse aus der Psychologie deuten darauf hin, dass die Bereitschaft der Patienten rechtzeitig abzusagen ganz entscheidend davon abhängt, wie man sie in die Kommunikation einbindet. In verschiedenen Untersuchungen sind Psychologen darum der Frage nachgegangen, wie man Mensch noch besser dazu bewegen kann, sich wie gewünscht zu verhalten. Das Ergebnis ist verblüffend einfach: Statt Patienten zu belehren, scheint es hilfreicher zu sein, sie einfach zu fragen, ob sie bereit sind im Falle einen Verhinderung rechtzeitig abzusagen und dann unbedingt auf die Antwort des Patienten zu warten.

KOMMENTIERT AUF UP-AKTUELL.DE

Volker Zeisler:

Liebes Buchner - Team, ich bin schon sehr überrascht, dass Sie von dem bisher (auch als Lehrmeinung) vertretenen Standpunkt, unbedingt Honorare für einen versäumten, nicht abgesagten Termin einzufordern, scheinbar abrücken indem Sie die diesbezügliche Ankündigung als Drohgebärde hinstellen. Angesichts der bekanntermaßen „schmalen" Vergütungssätze ist das Einfordern der sogenannten Ausfallhonorare ein wichtiges Instrument um Patienten, die zu Lasten der Therapeuten leichtfertig mit vereinbarten Terminen umgehen „erziehen" zu können. Insofern teile ich Ihre bisher eingenommene (Lehr-)Meinung und praktiziere dies auch mit Erfolg. Kommunizieren muss man diese Handhabung gegenüber dem Patienten allerdings so, dass es sich nicht wie eine Drohung anhört, da würde ich Ihnen recht geben.

Antwort up:

Hallo Herr Zeisler, danke für den Hinweis! Natürlich geht es nicht darum, darauf zu verzichten, Ausfallgebühr zu berechnen. Wir wollten nur aufzeigen, wie man durch die Art und Weise der Kommunikation die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, keine Ausfallgebühren berechnen zu müssen. Wer jedoch trotzdem nicht kommt, muss selbstverständlich zahlen!

Können Sie uns bitte anrufen, wenn Sie nicht kommen können?

Deutliche Erfolge im Restaurant

Der amerikanische Psychologe Robert Cialdini berichtet über diese Vorgehensweise in einer Studie zu einem Restaurant, bei dem man im Falle einer Tischreservierung die Aufforderung: „Bitte rufen Sie an, wenn Sie verhindert sind", durch eine Frage ersetzte: „Können sie uns bitte anrufen, wenn sie nicht kommen können?" Dann wurde die Antwort der Gäste abgewartet. Im Ergebnis führte diese kleine Kommunikationsänderung dazu, dass zum einen die Gäste tatsächlich absagten wenn sie verhindert waren, dass aber zum anderen, die Gäste offensichtlich eher bereit waren, den reservierten Tisch auch wirklich zu nutzen. Die Anzahl der reservierten aber nicht besetzten Tische sank von 30 auf zehn Prozent. Auch in anderen Studien wurde untersucht, welche Wirkung das Fragen auf das Verhalten von Probanden hat. Das Ergebnis: Menschen, die sich selbst, Kraft eigener Entscheidung zu einer bestimmten Handlung verpflichtet haben, halten sich deutlich besser daran.

Einfache Umsetzung in der Praxis

Gute Nachrichten also für Heilmittelpraxen. Denn ein solches Vorgehen lässt sich ohne wenig Aufwand im Alltag umsetzen. In Zukunft fragen Sie die einfach die Patienten, ob sie die Notwendigkeit zur Einhaltung der Termine verstanden haben und ob sie bereit sind im Falle einer Verhinderung rechtzeitig abzusagen. Dann warten Sie auf deren Zustimmung. So können die Zahl der Terminausfälle vielleicht deutlich reduzieren.

Einen Versuch ist es auf jeden Fall wert. Viel Erfolg! *(bu)*

Keine Eile mit der Arthroskopie bei Kniegelenksarthrose

US-Orthopäden empfehlen Physiotherapie

Orthopäden in den USA geben bei Kniegelenksarthrosen Krankengymnastik den Vorzug. Die American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) hat ihre Leitlinien zur Kniegelenksarthrose im Jahr 2013 aktualisiert und sich gegen eine Arthroskopie mit Lavage oder Debridement ausgesprochen.

Die US-Orthopäden untermauern ihre Zurückhaltung gegenüber der Arthroskopie mit zwei Studien aus dem Jahr 2013. An der ersten Studie aus Boston hatten 351 Patienten (45 Jahre oder älter) mit symptomatischer Arthrose und Meniskusschäden teilgenommen. Etwa bei der Hälfte von ihnen wurde der Meniskusschaden operiert und postoperativ ein Physiotherapieprogramm vorgenommen. Die andere Hälfte wurde ausschließlich physiotherapeutisch behandelt, mit der Option, jederzeit in die OP-Gruppe wechseln zu können. Beurteilt wurde die Kniegelenkfunktion anhand des Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) mit maximal 100 Punkten. Nach sechs Monaten hatte sich der WOMAC-Wert in der OP-Gruppe um 20,9 Punkte und in der Physiotherapiegruppe um 18,5 Punkte verbessert. Insgesamt entschieden sich 51 Patienten (30 Prozent) doch für eine Operation, und neun Patienten der OP-Gruppe (sechs Prozent) ließen sich nicht operieren. Auch nach zwölf Monaten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Studie wurde im New England Journal of Medicine veröffentlicht (**www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1301408**).

Finnische Studie unterstützt US-Ergebnisse

In der zweiten Studie aus Finnland nahmen 146 Patienten im Alter von 35 bis 65 Jahren mit klinischen Hinweisen auf einen Meniskusriss sowie bereits länger andauernden Knieschmerzen teil (up berichtete). Einer Gruppe der Erkrankten wurde mittels einer Arthroskopie Teile des Meniskus endoskopisch entfernt. Bei der Kontroll-Gruppe wurde lediglich eine Schein-Operation vorgenommen. Zwölf Monate nach der Operation äußerten sich beide Gruppen zufrieden über den Zustand ihrer Knie und gaben an, weniger Schmerzen zu haben. Ein kostenloses Abstract der Studie finden Sie unter **www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1305189**).

Auch nach fünf Jahren keinen Unterschied

Auch in Deutschland stehen Experten der Behandlung von Arthrose durch Arthroskopie zurückhaltend gegenüber. „Eine symptomatische Arthrose alleine ist keine Indikation zur Arthroskopie", erklärte Professor Josef Zacher vom Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Helios Klinikum Berlin-Buch beim Praxis-Update 2014 in Berlin. Er verwies auf eine Studie aus Schweden, die jetzt ihre 5-Jahres-Daten vorgelegt habe. Ein Abstract der Studie finden Sie unter **link.springer.com/article/10.1007/s00167-012-1960-3**. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass Physiotherapie als Erstbehandlung empfohlen werden kann. „Auch nach fünf Jahren", so Zacher weiter, „gab es keinen Unterschied zwischen operierten und nicht operierten Patienten." Es gebe also keinen Grund zur Eile: „Wenn die Symptome nicht unter konservativer Therapie besser werden, kann die Operation immer noch erfolgen." Dies zeigte auch die Bostoner Studie: 30 Prozent der Patienten in der Physiotherapie-Gruppe wurden innerhalb von sechs Monaten noch operiert. *(ks)*

Muskelaufbau verbessert Lebensqualität

Physiotherapie vor Knie- und Hüftgelenk-Operationen sinnvoll

Laut einem Bericht der „Organisation for Economic Co-operation and Development“ OECD) aus dem Frühjahr 2013 ist Deutschland Spitzenreiter bei endoprothetischen Operationen. Wer seine Muskeln gezielt mit physiotherapeutischen Maßnahmen stärkt, kommt nach einem solchen Eingriff schneller wieder auf die Beine oder kann eine Operation sogar hinauszögen – das belegen verschiedene Studien.

Präsentieren Sie Ihre fachlichen und räumlichen Möglichkeiten als Kooperationspartner der Ärzte

Pro Jahr werden deutschlandweit über 100.000 Hüft- und Kniegelenk-Operationen durchgeführt. Damit liegt Deutschland innerhalb Europas an der Spitze. Dabei kommen die Diagnosen, wie Arthrose im Knie und Hüftdysplasie, häufig nicht plötzlich. Die meisten Betroffenen haben über Monate, wenn nicht Jahre, Schmerzen in den erkrankten Gelenken. Viele verfallen dann in Schonhaltungen, um die Beschwerden zu lindern. Die Folge: Fehlstellungen, Verspannungen und eine Schwächung der Muskulatur an den betroffenen Gelenken. Und genau da liegt das größte Problem. Verkümmern Oberschenkel- und Wadenmuskeln aufgrund einer falschen Haltung, können sie das erkrankte Gelenk nicht mehr ausreichend unterstützen. Daher ist der gezielte Muskelaufbau bei Gelenkbeschwerden häufig die wichtigste Therapieoption. Kommt es schließlich doch zu einer Hüft- oder Knie-Operation mit einem künstlichen Gelenk, sind Patienten, die vor der Operation physiotherapeutisch unterstützt wurden, schneller wieder auf den Beinen, als Patienten die beispielsweise nur Sport treiben. Das bestätigen mehrere Studien. Spezielle Sport- und Muskelaufbauprogramme reduzieren Schmerzen und verbessern die Beweglichkeit.

Ärzte über Möglichkeiten aufklären

Die Diskussion über zu viele Gelenkoperationen ist nicht neu. So fordern besonders Krankenkassen, solche Operationen hinauszuzögern und die Beschwerden zunächst mit konservativer Therapie mithilfe von Physiotherapeuten zu lindern. Für Sie als Physiotherapeut bedeutet das eine Menge Aufklärungsarbeit, bei Patienten aber auch Ärzten. Da die meisten Patienten mit Ihren Schmerzen in der Regel zunächst einen Orthopäden aufsuchen, sollte hier Ihre erste Anlaufstelle sein. Machen Sie also direkt bei den Ärzten in Ihrer Nähe auf sich und Ihr Angebot aufmerksam. Am besten ist dabei der persönliche Kontakt. Vereinbaren Sie Termine mit den Medizinern und stellen Sie dort Ihre verschiedenen Programme vor – aber mit Bedacht. Stellen Sie nicht die Kompetenz der Ärzte in Frage, sondern präsentieren Sie sich als

starker Kooperationspartner der Orthopäden. Dabei ist es wichtig, auf die Besonderheiten Ihrer Praxis zu setzen. Können Sie beispielsweise damit punkten, dass Sie in Ihren Räumen einen Fitnessraum mit verschiedenen Geräten haben. Dann bieten Sie ein spezielles Training für Patienten in Einzelsitzungen und auch für Kleingruppen an – mit individueller und fachlicher Betreuung. Haben Sie spezielle Fortbildungen besucht, erwähnen Sie auch dies. Haben die Ärzte einen positiven Eindruck von Ihnen gewonnen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie Patienten zur weiteren Behandlung zu Ihnen schicken.

Angebot angemessen präsentieren

Seien Sie bei einem solchen Besuch gut vorbereitet. Erstellen Sie beispielsweise Informationsflyer für die verschiedenen Zielgruppen, Ärzte und Patienten. Legen Sie schließlich die Patientenflyer in den Arztpraxen aus oder geben Sie den Orthopäden einige davon zum Verteilen in die Hand. In den Flyern können Sie Ihr spezielles Angebot zielgruppengerecht veranschaulichen und auch die Vorteile des Trainings hervorheben. Eine weitere wichtige Informationsquelle ist das Internet, genauer Ihre Website. Patienten, die kurz vor einer Operation stehen oder schon lange unter Schmerzen leiden, müssen Sie mit wenigen Suchbegriffen in den Suchmaschinen finden. Beispiel: Ihre Praxis befindet sich in Köln. Dann ist es optimal, wenn ein Patient Sie beispielsweise mit den Schlagworten: „Hüftschmerzen Physiotherapie Köln“ finden kann. Es gibt auf dem Markt verschiedene Anbieter für Suchmaschinenoptimierung, die sich auf medizinische Websites spezialisiert haben und Ihren Internetauftritt so bei Google und Co besser platzieren können. Richten Sie zudem schon einmal einen eigenen Navigationspunkt, wie „prä-operative Bewegungsprogramme“ oder „Gelenkbeschwerden“ ein und stellen Sie dort die verschiedenen Kurse und Möglichkeiten vor, Patienten mit Gelenkerkrankungen zu behandeln. Das ist auch wichtig, wenn die angesprochenen Ärzte Patienten auf Ihre Praxis aufmerksam machen – denn die meisten Patienten werfen vor dem Besuch bei Ihnen einen Blick auf Ihre Website.

Wissen ausbauen und Neues lernen

Möchten Sie Ihre Kompetenz auf dem Gebiet der Gelenkerkrankungen und Muskelaufbauprogramme ausweiten, besuchen Sie entsprechende Fortbildungen. So bietet das FiHH Das Fortbildungsinstitut den Kurs „Lokale Stabilität der Gelenke“ sowie „Mobilisierende Gelenktechniken“ an. Weitere Informationen zum Kursprogramm erhalten Sie unter www.fihh.de in der Rubrik „Kursangebot“. Auch an der Heimerer Akademie können Sie sich weiterbilden lassen. Die Kurspalette reicht von „Beckenboden als Zentrum der Bewegung“ über „Knie- und Sprunggelenke einmal anders behandelt“ bis hin zu „FIBROS® - Strukturiertes Gesundheitstraining für chronisch Schmerzkranke“ (www.heimerer-akademie.de – Rubrik „Physiotherapeuten). So heben Sie sich von der Konkurrenz ab und bieten Ihren Patienten einen besonderen Behandlungsschwerpunkt. *(km)*

Preisradar

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Alte Bundesländer	Ergotherapie	vdek	01.07.14	Verordnungsdatum
Bayern	Physiotherapie	RVO	01.07.14	Erster Behandlungstermin
Neue Bundesländer	Ergotherapie	VdeK	01.07.14	Verordnungsdatum
Niedersachsen	Physiotherapie (VDB)	RVO	01.07.14	Behandlungsdatum
Sachsen	Logopädie	AOK	01.07.14	Verordnungsdatum
Sachsen-Anhalt	Physiotherapie	IKK	01.07.14	Verordnungsdatum
Sachsen-Anhalt	Podologie	IKK	01.07.14	Verordnungsdatum
Thüringen	Logopädie	AOK	01.07.14	Verordnungsdatum
Bayern	Podologie	BKK	01.09.14	Verordnungsdatum

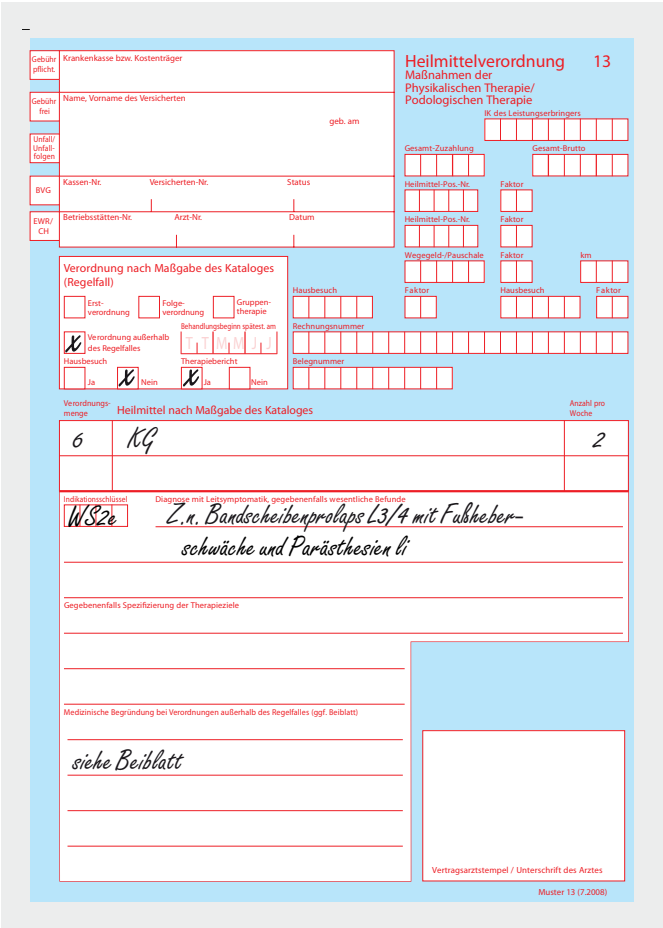
Der Preisradar ist eine Übersicht über alle uns bekannten Preisaktualisierungen der letzten Monate exklusiv für *unternehmen praxis*-Leser. So sind Sie immer darüber informiert, welche Preislisten gerade aktualisiert worden sind und in welchem Umfang. Die Liste ist auf dem Datenstand vom 16.06.2014. Ergänzungen können Sie gerne an folgende Mail-Adresse senden: hotline@up-aktuell.de

Kassenärzte lehnen Interpretation des GKV-Spitzenverbands ab

Außerhalb des Regelfalls einfacher verordnen

Immer wieder Ärger bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls: Krankenkassen interpretieren den Heilmittel-Katalog anders als die Kassenärzte. Leidtragende sind zum Beispiel die Physiotherapeuten in Hessen, die sich wiederholt mit nicht bezahlten Verordnungen herumschlagen müssen. Das wird sich erst ändern, wenn die erste Klage vor dem Sozialgericht erfolgreich war.

Die Vertragsärzte in Hessen werden von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) umfassend informiert, so auch zum Thema Verordnungen außerhalb des Regelfalls. So konnten die hessischen Vertragsärzte jüngst aus einem Informationsschreiben ihrer KV lernen, dass sie bei den Diagnosegruppen WS1, EX1 und LY1 sofort nach Ausschöpfung des Regelfalls zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls wechseln können. Vertragsärzte müssten nicht erst die folgenden Diagnosegruppen WS2, EX2 und LY2 des Regelfalls durchlaufen, „wie immer von Physiotherapeuten gefordert wird“, so die KV Hessen.


Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie
Gebührpflicht.
Gebührfrei
Unfall/ Unfallfolgen
BVG
EWR/ CH
Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kassen-Nr.
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum
IK des Leistungserbringers
Gesamt-Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.
Faktor
Wegegeld-/Pauschale
km
Hausbesuch
Rechnungsnummer
Belegnummer
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
Erst-verordnung
Folge-verordnung
Gruppen-therapie
Verordnung außerhalb des Regelfalles
Behandlungsbeginn spätest. am
Therapiebericht
Ja
Nein
Verordnungs-menge
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Anzahl pro Woche
6
KG
2
Indikationsschlüssel
WS2e
Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Z.n. Bandscheibenprolaps L3/4 mit Fußheber-schwäche und Parästhesien li
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)
siehe Beiblatt
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (7.2008)

GKV interpretiert anders als KV

Diese Information an die Ärzte steht bedauerlicherweise im Gegensatz zu den internen Interpretationshinweisen des GKV-Spitzenverbands. Der hält im Fragen-/Antworten-Katalog vom 1.7.2011 unter der laufenden Nummer 51 ausdrücklich fest, dass bei den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1 und AT1 einer Verordnung außerhalb des Regelfalls NICHT möglich ist.

Hier geraten Physiotherapeuten also wieder einmal zwischen die Mühlsteine der Kassenbürokratie, bestätigt denn auch Karl Mathias Roth, Abteilungsleiter Kommunikation der KV Hessen: „Manche Ärzte wollen absolut nicht von WS1 auf WS2 wechseln, weil sie vortragen, es gehe genau um die eine Diagnose, die als Diagnose unter WS1 aufgeführt sei.“

Der KV Hessen ist klar, dass die Situation für die behandelnden Physiotherapeuten unangenehm ist. Trotzdem besteht sie gerade auch in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf ihrer Interpretation: „Es ist die leistungsrechtliche Auffassung der KBV, dass der Arzt auch bei den Indikationsschlüsseln WS1 oder EX1, nach der Verordnung der Gesamtmenge von 6 Einheiten, die Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen kann. Der Arzt kann, muss aber nicht, auf WS2 oder EX2 wechseln.“

Letztlich, ergänzt Roth, sei der Fragen-/Antworten-Katalog des GKV Spitzenverbandes nicht mit der KBV abgestimmt: „Als Regelung, die der Arzt zu beachten hat, gilt somit weiterhin nur die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittelkatalog.“ *(bu)*

GANZ KONKRET

Wenn ein Arzt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellt und vorher nicht die Diagnosegruppe gewechselt, können Heilmittelerbringer beim betreffenden Arzt kurz anfragen, ob eine Änderungsbereitschaft vorliegt. Ändert der Arzt die Verordnung nicht, lösen Sie das Problem elegant mit einem Vermerk auf der Verordnung: „Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt.“

Serie: Fachkräftemangel im Heilmittelbereich | Teil 5

Ausbildung subventionieren

Eine Ausbildung in der Heilmittel-Branche ist bis auf wenige Ausnahmen richtig teuer. Dieses Schulgeld stellt für viele junge Menschen die Interesse haben, sich als Physio-, Ergotherapeut oder Logopäde ausbilden zu lassen, eine hohe Hürde da. Das können Praxisinhaber nutzen und durch eine Art Stipendium den Nachwuchs für die eigene Praxis langfristig sichern.

Wer eine Ausbildung in der Krankenpflege macht, bekommt eine Ausbildungsvergütung. Wer Medizin studiert, muss inzwischen nicht mal mehr Studiengebühren bezahlen. Aber wer Physio-, Ergotherapeut oder Logopäde werden will, der muss dafür in der Regel viel Schulgeld bezahlen. Viele interessierte junge Leute können es sich deshalb schlicht nicht leisten, den Beitrag für die Ausbildung an einer Berufsfachschule aufzubringen. Diesen Umstand können sich Praxisinhaber zu Nutze machen, wenn sie ihre Personalplanung etwas langfristiger betreiben. Die Idee dahinter ist zunächst einmal einfach: Die Praxis übernimmt einen Teil oder das gesamte Schulgeld. Im Gegenzug verpflichtet sich der so geförderte Fachschüler, nach seiner Ausbildung eine gewisse Zeit in der Praxis zu arbeiten, die seine Ausbildung (mit-)finanziert hat.

Verschiedene Finanzierungsmodelle möglich

Inwieweit sich das lohnt, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Vorausgesetzt man fördert den „richtigen" Berufseinsteiger, lassen sich die Kosten und der Nutzen einfach gegeneinander aufrechnen. Beispiel: Bei einem monatlichen Zuschuss in Höhe von 300 Euro entstehen der Praxis jährliche Kosten in Höhe von 3.600 Euro. Bei einer Laufzeit von drei Jahren belaufen sich die Gesamtkosten damit auf 10.800 Euro. Dafür bekommt die Praxis einen Berufsanfänger, der auf jeden Fall drei Jahre in der Praxis in Vollzeit zur Verfügung steht. Die Refinanzierung des Ausbildungszuschusses kann jetzt über ein etwas niedrigeres Gehalt als üblich erfolgen. Oder der Zuschuss ist als Ausbildungsdarlehen gewährt worden und wird dann vom neuen Kollegen über mehrere Jahre zurückgezahlt.

Zusätzlich haben Praxisinhaber den Vorteil, dass sie relativ sicher mit dem neuen Kollegen rechnen können. Das heißt: Die Kosten für Mitarbeiterakquise an anderer Stelle, zum Beispiel durch Anzeigen entfallen. Ebenso einkalkulieren müssen Praxisinhaber möglicherweise nicht realisierten Umsatz, weil sie einfach nicht genug freie Kapazitäten für die Mitarbeitersuche und Behandlungen gleichzeitig hatten. Und durch eine verhältnismäßig lange Bindungsfrist über beispielsweise drei Jahre erspart man sich den sonst so üblichen teuren Mitarbeiterwechsel nach ein bis zwei Jahren.

Lösung von Steuerberater prüfen lassen

Wer ein solches Konzept in die Praxis umsetzen will, braucht dazu unbedingt seinen Steuerberater. Denn nur weil man so einen Zuschuss zum Schulgeld „Stipendium" nennt, ist das im Sinne der Steuergesetze noch lange kein Argument für eine Steuerbefreiung. Hier muss also im Einzelfall genau geprüft werden, in welcher Form das Schulgeld von der Praxis gezahlt werden kann: zum Beispiel als Zuschuss, als Ausbildungsentgelt oder als Darlehen im Rahmen eines Anstellungsvertrages. Möglicherweise kalkuliert der Praxisinhaber die Versteuerung des Zuschusses gleich mit ein.

Wichtig ist, dass Praxisinhaber dafür sorgen, dass der zukünftige Mitarbeiter schon während der Ausbildung ein Praktikum in seiner zukünftigen Praxis macht, damit er das Team und die Arbeitsweise kennenlernt. Denkbar wäre es auch, einen erfahrenen Mitarbeiter als Tutor zu benennen, der während der Ausbildung Kontakt hält, Fragen beantworten kann und Unterstützung gewährt. So vorbereitet funktioniert die Integration des neuen Kollegen in den Arbeitsalltag später umso besser.

Tutorenprogramm erleichtert Integration

Zu guter Letzt muss die Einarbeitung des neuen Kollegen so vorbereitet werden, dass die Patienten nicht das Gefühl bekommen, vom „Auszubildenden" behandelt zu werden. So etwas lässt sich durch ein wenig Organisation lösen. Praxisinhaber könnten zum Beispiel bei schwierigen Behandlungsfällen die Befundaufnahme im ersten halben Jahr vom Tutor durchführen lassen. Dieser stellt dann gemeinsam mit dem neuen Mitarbeiter den Behandlungsplan auf und weist den neuen Kollegen ein. Damit stellen Praxischefs sicher, dass trotz seiner geringen Berufserfahrung der neue Kollege auf einem qualitativ angemessenen Niveau therapiert.

Wer also immer wieder Probleme hat, neue Mitarbeiter zu finden, für den könnte die Ausbildungsbezuschussung eine elegante Lösung sein. Dazu wenden sich Praxisinhaber am besten an eine Fachschule in der Nähe und klären dort, inwieweit hier Interesse besteht, an einem solchen Konzept mitzuarbeiten. *(bu)*

Ausbildung mit wissenschaftlichem Auftrag

Die neuen Bachelor-Therapeuten

Die Hochschule für Gesundheit in Bochum (HSG) hat im März ihren ersten Jahrgang akademischer Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden verabschiedet. Die 73 Absolventen tragen nun den Bachelor-Titel. Was unterscheidet ihre Qualifikationen von denen ihrer Berufskollegen? Und wie kommen sie auf dem Arbeitsmarkt an?

Wenn Barbara Gütgemann von ihrer künftigen Stelle spricht, ist ihre Stimme voller Vorfreude. „Ich kann sowohl motorisch, kognitiv als auch alltagsorientiert arbeiten. Auf jeder Station gibt es jeweils einen gut ausgestatteten Therapieraum. Sogar ein Übungsbad und eine Übungsküche sind vorhanden. Meine Arbeit kann ich also extrem vielseitig gestalten."
Die 23-Jährige, die bald in der geriatrischen Abteilung einer nordrhein-westfälischen Klinik tätig sein wird, ist eine der ersten Ergotherapie-Absolventinnen der HSG in Bochum. Dass sie studieren möchte, statt die Berufsfachschule zu besuchen, stand für sie früh fest: „Ich habe schon in der Schule gemerkt, dass ich gern analytisch denke. Mit Studium ist man einfach höher qualifiziert. Man hat mehr Optionen, zum Beispiel einen Master anzuschließen oder auch im Ausland zu arbeiten."

Doppel-Abschluss: Staatliche Prüfung und Bachelor

Die HSG bietet bislang als einzige deutsche Hochschule ein vollständig integriertes Studium der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie – also eine akademische Ausbildung, die ohne den zusätzlichen Besuch einer Berufsfachschule auskommt. In sieben Semestern erwerben die Studierenden eine Doppel-Qualifikation: Sie absolvieren die staatlichen Prüfungen nach den Berufsgesetzen und werden zusätzlich zum „Bachelor auf Science".

Warum die Akademisierung? Steigende Anforderungen im Berufsalltag sind der Grund, erklärt Prof. Dr. Anne Friedrichs, Präsidentin der HSG. „Neben dem demografischen Wandel stehen wir derzeit im Gesundheitswesen vor der Herausforderung, dass viel mehr Patienten als früher chronisch krank oder multimorbid sind. Sie zu versorgen, erfordert ständigen interprofessionellen Austausch zwischen Ärzten, Therapeuten und Pflegern. Dazu kommt der rasante Fortschritt in Medizin und Technik. Wir brauchen einfach Menschen in den Gesundheitsberufen, die in der Lage sind, die Dinge in ihrer Komplexität zu verstehen, um im Alltag die richtigen Entscheidungen zu treffen."

„Unsere Studenten sollen kritisch hinterfragen"

Wichtiges Rüstzeug sei dafür die kritisch-reflektierende Arbeitsweise, die das Studium vermittle: „Berufsfachschüler lernen vor allem, Fachwissen anzuwenden. Unsere Studenten hingegen lernen, es auch weiterzuentwickeln", so Friedrichs. „Sie lernen, selbst zu forschen. Und damit Dinge nicht hinzunehmen, sondern zu hinterfragen."

Auch Prof. Dr. Christian Grüneberg, Leiter des Studiengangs Physiotherapie, möchte seine Studenten insbesondere ermutigen, wenn nötig Kritik an gängigen Routinen zu üben. „In unserem Fach gibt es zum Beispiel Dogmen, die sich durch neuere Ergebnisse längst widerlegen lassen", erzählt er. „Etwa, dass Risikopatienten mit u.a. hohem Körpergewicht, Diabetes und einer bestimmten Lungenproblematik sich vor OPs möglichst wenig bewegen sollten. Blickt man auf die aktuelle Forschung, sieht man: Das Gegenteil ist der Fall. Genau das ist das Ziel – Fachkräfte auszubilden, die solche Widersprüche erkennen und offen für Neues sind. Die in ihrer täglichen Arbeit aktuelle Studien heranziehen und nicht aufhören zu prüfen: Ist wirklich evidenzbasiert wirksam, was ich tue? Wir nennen das auch ‚Therapiemanagement'."

Studienalltag: Fallorientiert und interprofessionell

Schon während des Studiums trainieren die angehenden akademisierten Therapeuten das eigenständige Denken und Forschen. „Unsere Studenten bekommen jede Woche einen konkreten Fall, zum Beispiel eine Knieverletzung", berichtet Grüneberg. „Anhand von Vorlesungen wie auch im Selbststudium erarbeiten sie dann, welche Behandlungsmethode sie für am geeignetsten halten und gleichen das mit den neusten Erkenntnissen und der klinischen Expertise ab. Wichtig ist, dass sie ihre Erkenntnis argumentativ vertreten können." Auch Ergebnisse wie „Der Patient benötigt gar keine Physiotherapie" sind dabei möglich.

Um den Studierenden das selbstständige Arbeiten zu ermöglichen, besteht an der Hochschule weniger Präsenz-Pflicht als im Rahmen einer typischen Fachschulausbildung, dafür aber ein reiches Angebot, an Forschungsprojekten mitzuwirken, um die wissenschaftliche Methodik zu erlernen. In interprofessionellen Modulen bearbeiten zudem Studenten aller Fächer gemeinsam Fälle. „Die Studierenden befruchten sich mit ihren Kenntnissen gegenseitig und bereiten sich so auf den interdisziplinären Austausch im Beruf vor“, erklärt HSG-Präsidentin Friedrichs.

Umdenken auf dem Arbeitsmarkt

Barbara Gütgemann fand schnell einen Job. „Die Arbeitgeber reagierten äußerst positiv auf meine Doppel-Qualifikation“, sagt sie. „Allerdings bedauerten viele von sich aus, nicht wirklich Stellen bieten zu können, die an uns akademische Kräfte angepasst sind.“ Ein höheres Gehalt als für Berufsfachschul-Absolventen bot ihr zum Beispiel niemand. „Im Moment stehen wir noch am Anfang der Entwicklung“, weiß auch Grüneberg. „Die Einrichtungen müssen erst nach und nach Strukturen schaffen, die erlauben, unsere Absolventen entsprechend zu entlohnen – und ihnen auch den nötigen Freiraum zu bieten, etwa für eigene Forschung.“ Es sei aber deutlich erkennbar, dass gerade ein Umdenken stattfinde. Vor allem größere Kliniken sähen immer mehr das Potenzial der Akademiker.

„Die Frage ist nicht mehr, ob wir eine Akademisierung der Gesundheitsberufe brauchen, sondern wieviel davon“, stimmt Friedrichs zu. Nicht zuletzt seien auch die Fachschulen Gewinner der Entwicklung. „Denn an diese reichen wir die bei uns gewonnenen Erkenntnisse ja weiter.“ Die anfängliche Kritik, die Gesundheitsberufe könnten sich vom Patienten wegentwickeln, sei inzwischen auch weitgehend verhallt. „Der Praxisanteil im Studium ist ja schließlich genauso hoch wie in der nicht-akademischen Ausbildung – und mal ehrlich: Es versteht sich doch von selbst, dass jeder Therapeut auch behandeln können muss!“
So freut sich auch Gütgemann vor allem auf die alltagsorientierte Arbeit mit ihren Patienten – ob das konkrete Üben von Alltagsaktivitäten oder Bewegungs- und Hirnleistungstrainings. *(vw)*

INFO

Studienmodelle in Deutschland:

Primärqualifizierendes Studium
Ein primärqualifizierendes Hochschulstudium der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie befähigt die Studierenden direkt zur Berufsausübung, ohne dass sie parallel eine klassische Berufsausbildung absolvieren. Die Studenten erwerben mit dem Studium sowohl die staatliche Berufszulassung als auch den akademischen Grad des Bachelor of Science.

Ausbildungsintegrierendes Studium
Das ausbildungsintegrierende, auch als „dual“ bezeichnete Studium ist eine Kombination aus Ausbildung und Studium. Die berufsschulische Ausbildung verläuft zeitlich parallel zum Hochschulstudium. Oft finden die ersten Semester ausschließlich an der Berufsfachschule statt, danach erst besuchen die Studierenden auch Veranstaltungen an der Hochschule. Das Studium schließt ebenfalls mit der staatlichen Berufszulassung und dem Bachelor of Science ab.

Berufsbegleitendes Studium
Wer bereits eine Ausbildung zum Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden absolviert hat, kann in einem berufsbegleitenden Studium parallel zu seiner Berufstätigkeit den Bachelor of Science erwerben.

Vergleichende Studie europäischer Länder zeigt:

Studium für Gesundheitsfachberufe vorteilhaft

Die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen europaweit miteinander verglichen. Ergebnis: Zwar kann der Weg über die duale Ausbildung nicht grundsätzlich als schlechter bewertet werden. Dennoch zeigen sich beim Studium Vorteile, besonders was die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern betrifft.

Im Zentrum der Studie standen die Ausbildungswege der Gesundheitsfachberufe in Deutschland im Vergleich mit den europäischen Nachbarn Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich. Während in Deutschland, und auch Österreich, die duale Form der Berufsausbildung mit einer Kombination aus Lernen in der Schule und Berufspraxis traditionell verankert ist, zeigt sich besonders in Großbritannien und den Niederlanden Bildung stärker (hoch-)schulisch zentriert. Frankreich schreibt die Studie dabei eine Mittelstellung zu.

Ausgeprägte Stellung der Ärzte bremst andere Leistungserbringer aus

In der Studie wurden die Ausbildungswege in den Gesundheitsberufen auch in Bezug auf ihre länderspezifischen Hintergründe betrachtet. Dabei kommen die Autoren zu dem Schluss, „dass in den Vergleichsländern, in denen die ärztliche Profession eine besonders ausgeprägte Autonomie hervorbringen konnte, die Weiterentwicklung der Ausbildungen und Ausübung der Gesundheitsfachberufe, insb. im Hinblick auf die Handlungskompetenz- und Verantwortungsausweitung, gebremst von statten geht.“ Dies sei insbesondere in Deutschland, Österreich und Frankreich zu beobachten. Wohingegen in Großbritannien „die ärztliche Profession bei Weitem keine so ausgeprägte Autonomie und Abgrenzung gegenüber anderen Leistungserbringern ausweist“ wie in Deutschland. Ähnliches sei in den Niederlanden zu beobachten. Gleichzeitig liegen Großbritannien und die Niederlande vorne, was die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe betrifft. Bei den in der Studie analysierten Gesundheitsfachberufen fand der Übergang zur Ausbildung an den Hochschulen in Großbritannien und den Niederlanden überwiegend in den 1990er und der ersten Hälfte der 2000er Jahre statt. Es lassen sich also aus den dortigen Erfahrungen auch Empfehlungen für Deutschland ableiten.

Durch Studium „auf Augenhöhe“

„Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die deutsche Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im sekundären Sektor nicht unterbewertet werden sollte“, heißt es in der Studie. Gleichzeitig kommen die Autoren jedoch zu dem Ergebnis, dass es durch die Akademisierung zu Veränderungen in den Hierarchien komme und sich neue Beziehungssysteme zwischen den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung herausbilden. „Kennzeichnend dafür sind eine Neugestaltung von Aufgabenzuschnitten und Verantwortungsbereichen sowie Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit hin zu einer Kooperation ‚auf Augenhöhe‘.“ Die Wissenschaftler gehen noch weiter und verbinden die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe mit der Qualität der Gesundheitsversorgung. Wörtlich heißt es: „Studien dazu belegen u.a., dass eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten Gesundheitsfachberufsangehörigen eine sicherere und effektivere Gesundheitsversorgung bewirken kann.“ *(ym)*

Physiotherapeutin behandelt in praxiseigener Therapiewohnung

Mit den Patienten den Alltag leben

Ein Glas Wasser trinken, sich waschen und anziehen, aufstehen und hinsetzen – banale Handlungen, die wir täglich vollziehen, ohne nachzudenken. Für Menschen mit schweren Wahrnehmungsstörungen, zum Beispiel nach einem Hirntrauma, stellen sie jedoch große Herausforderungen dar. Die Physiotherapeutin Christine Blass (48) aus dem rheinland-pfälzischen Gau-Algesheim trainiert schon seit Jahren mit ihren schwerstbetroffenen Patienten solche Alltagstätigkeiten – seit 2009 in der praxiseigenen Therapiewohnung „Weitblick“.

Die Idee zur neurologischen Intensivtherapie entstand, nachdem Christine Blass 1999 mit dem Schweizer Therapeuten Hans Sonderegger zusammenarbeitete. Sonderegger ist nicht nur Logopäde sondern auch Heilpädagoge, Neuropsychologe und Linguist. Bereits 1999 praktizierte er die sogenannte „Lernbegleitung als geführte Interaktion im Alltag“. Der Therapeut arbeitete über 20 Jahre nach dem Konzept der Schweizer Psychologin und Therapeutin Dr. Felicie Affolter, bevor er eigene Wege ging. Seine Art der Therapie ermöglicht es den Patienten, praktisch und alltagsbezogen zu lernen. Alltägliche Handlungsabläufe führen sie gemeinsam mit dem Therapeuten aus.
Das entspricht auch der Vorstellung von Christine Blass. „Ich möchte mit meinen Patienten den Alltag leben“, erklärt die Physiotherapeutin, die sich 1994 selbständig machte. Vier Jahr später spezialisierte sie sich auf die Neurorehabilitation, die Therapie von intermodalen Wahrnehmungsstörungen. Seit 2009 behandelt sie ihre Patienten interdisziplinär mit einem Team aus Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten und einem neurologisch-medizinischem Gerätetraining.

Bei herkömmlicher Therapie an Grenzen gestoßen

Schon sehr früh erkannte die Therapeutin in ihrem Praxisalltag, dass sie mit der herkömmlichen Behandlung an ihre Grenzen stieß. „Ich wollte meine Patienten gerne langfristiger und zielgerichteter behandeln, etwa vier bis fünf Wochen“, erinnert sie sich. Das Konzept reifte und ab 2002 begab sie sich auf die Suche nach einer größeren Wohnung. Ende 2007 fand sie das passende Grundstück – gleich gegenüber ihrer bisherigen Praxis. Statt auf 100 Quadratmetern und in einer zweiten Wohnung, in der seit 2004 ihre Lernwerkstatt untergebracht war, kann die Praxischefin jetzt in ihrem Gesundheitshaus auf 450 Quadratmetern arbeiten, unter anderem „mit einem prächtigen Treppenhaus, in dem es sich wunderbar üben lässt“.

Barrierefreie Wohnung „Weitblick“

Besonders erfreut war die Praxischefin über die barrierefreie Wohnung im Haus. Auf 50 Quadratmetern Wohnfläche gehören dort auch Pflegebett, Duschrollstuhl, Rollstuhl, Rollator sowie ein externer und interner Hausnotruf zur Ausstattung. Dazu kommt eine 40 Quadratmeter große Dachterrasse. Durch die Therapiewohnung haben ihre Patienten die Gelegenheit, sich nach der Intensivtherapie auszuruhen oder die Umgebung von Rheinhessen zu erkunden.

Patienten bleiben drei bis vier Wochen

„Im Schnitt bleiben meine Patienten drei bis vier Wochen“, berichtet Christine Blass. „Vier bis fünf Patienten kommen in regelmäßigen Abständen wieder – eine Patientin bereits im fünften Jahr.“ Anfangs haben sie und ihr Praxispartner Udo Cordel die Werbetrommel gerührt und allen Geschäftspartnern mitgeteilt, dass „interdisziplinäre Therapie und betreutes Wohnen nun unter einem Dach“ möglich ist. „Bekannt wurde ich aber vor allem durch meine Tätigkeit als Dozentin in neurologischen Reha-Einrichtungen. Und nicht zuletzt durch die Mund-zu-Mund-Propaganda zufriedener Patienten“, erklärt sie voller Stolz und weist darauf hin, dass ihre Wohnung übers Jahr gut gebucht wird. Inzwischen schätzen auch Nicht-Patienten die behindertengerechte Wohnung. „Über Ostern verbrachte ein Ehepaar mit ihrem behinderten Sohn ein paar Urlaubstage hier bei uns.“

Erhöhter Therapieaufwand auf Verordnung

Die Intensivbehandlung bei Christine Blass beinhaltet einen erhöhten Therapieaufwand. Bis zu vier Stunden täglich dauert die Behandlung. Dafür bringen die Patienten von ihrem Arzt – das kann der Neurologen oder auch der Hausarzt sein – mehrere ausgestellte Rezepte mit, beispielsweise für KG Bobath Doppelstunde (2 x 30 Min.). Die Therapie beinhaltet: Drei bis fünf Mal pro Woche täglich eine Stunde Krankengymnastik am Gerät, 60 Minuten Logopädie und 45 bis 60 Minuten Ergotherapie. Angepasst an einen Aufenthalt von drei Wochen sind das 15 Einheiten, bei vier Wochen 20 Einheiten. Die Therapie findet dann unter anderem in der Praxiswohnung statt. Sie wird also nicht als Hausbesuch abgerechnet – für Christine Blass ein weiteres Argument, das sie gegenüber den Kassen für ihre Therapie anführt. Teamgespräche und Absprachen mit den Angehörigen werden gesondert in Rechnung gestellt. Die übliche Selbstbeteiligung von zehn Prozent vom Rechnungsbetrag plus zehn Euro zahlt der Patient, ebenso wie die Mietkosten für die Wohnung. Es gibt auch Ausnahmen. Dazu zählen zum Beispiel Patienten, die über Berufsgenossenschaften (BG) zu Christine Blass kommen und bei ihr quasi eine Rehabilitation machen. Mit ihnen werden Tagessätze verhandelt. In einem anderen Fall zahlte die Versicherung des Unfallgegners für einen Patienten, der unverschuldet durch einen Verkehrsunfall geschädigt wurde.

Familie mit ins Boot holen

Mit der Techniker Krankenkasse (TK) hat sich die Praxisinhaberin schon geeinigt und die Intensität der ambulanten Behandlung auf täglich drei bis vier Stunden erhöht. Dieser gesteigerte Therapieaufwand gilt für ein halbes Jahr, bevor Christine Blass wieder neu verhandeln muss. Ausschlaggebend aber ist nach wie vor das Engagement der Angehörigen. „Die Familie und Freunde müssen mitziehen“, weiß die Physiotherapeutin aus Erfahrung. Im Falle einer jungen Mutter, die 2011 eine Hirnblutung erlitten hat, haben sich Ehemann und Schwägerin vehement für die Therapie eingesetzt. Neben der Gründung eines Fördervereins „Für Andrea“ (**www.fuerandrea.de**) haben sie die Öffentlichkeit mobilisiert und Beiträge im ZDF **(www.zdf.de/ZDFmediathek/beitrag/video/2139626/Der-Kampf-um-die-Behandlungskosten?flash=off#)** und in der Frankfurter Rundschau **(www.fr-online.de/rhein-main/schaedel-hirn-verletzungen-ganz-knapp-ueberlebt,1472796,26578978.html)** platzieren können. Mittlerweile gebe es auch gute Studien zu den Vorteilen der Intensivtherapie sowie weitere Anbieter, zum Beispiel Lindlar Intensives Sprachtraining/Middeldorf. „Aber wir müssen weiter aktiv bleiben“, so das Fazit der Expertin, die unter anderem sehr intensiv mit der Kinderneurologie-Hilfe Frankfurt Rhein-Main e. V. zusammenarbeitet.

Therapeuten begleiten Patienten

70 Prozent der Patienten von Christine Blass haben einen Schlaganfall erlitten. „Das Besondere an meinem Behandlungskonzept ist, dass der vor Ort behandelnde Therapeut oft für einen Tag mitkommt und wir den Patienten gemeinsam betreuen

und die Schwerpunkte der weiteren Behandlung festlegen", erklärt die Praxischefin. Auch sie selbst fährt ein bis zwei Mal im Jahr in die Heimat ihrer Patienten – im gesamten Bundesgebiet. Ihr Einsatz trägt Früchte: Sie konnte ihre Patientenzahlen deutlich steigern und stellt fest, dass mittlerweile immer mehr ambulante neurologische Patienten den Weg zu ihr finden, nicht zuletzt auch durch die Wohnung für ihre Intensivpatienten.

Gutes Konzept und Fortbildung der Mitarbeiter

Ist ihr Konzept also eine Erfolgsstory, die sich zur Nachahmung anbietet? „Ja, aber mit Einschränkungen", erwidert die Physiotherapeutin. „Jeder, der etwas Ähnliches anbieten will, sollte sich vorher im Klaren sein, was er erreichen will. Und er sollte über kompetente Mitarbeiter verfügen, die Erfahrungen in PNF, Bobath und neurologischer Rehabilitation haben." Ein wichtiger Aspekt sei auch, dass der Praxisinhaber die Fortbildung seiner Mitarbeiter fördert, so Christine Blass. „Das entspricht heute nicht mehr unbedingt dem Trend. Denn die Qualifikation wird in Deutschland leider immer teurer und im Gegenzug nicht wirklich honoriert."

20jähriges Praxisjubiläum im Juli

Nun freut sich die Praxisinhaberin erst einmal auf ihr 20jähriges Jubiläum, das sie am 4. und 5. Juli unter dem Motto „Mit allen Sinnen therapieren – neuro(logisch)" im Schloss Ardeck in Gau-Algesheim feiern will – „mit vielen alten Wegbegleitern meiner Karriere" und spannenden Workshops und Vorträgen. *(ks)*

KONTAKT

PhysioLogisch
Christine Blass und Udo Cordel GbR
Pfarrer-Rudolf-Straße 29
55435 Gau-Algesheim
Telefon: 06725-1753
Mail: physio.logisch@web.de
www.logisch-physio.de
www.physio-lernwerkstatt.de

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im Juli

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen, auf den Punkt gebracht, mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Lösungen vor, um die Praxisorganisation zu optimieren, die Abrechnung zu erleichtern und den Umsatz erfolgreich zu steigern.

Anmeldung unter: Telefon: 04307 / 811 98 00, Mail: *info@buchner-consulting.de*
Nähere Informationen, aktuelle Zusatztermine und Terminänderungen finden Sie unter: *www.buchner-seminare.de* oder *www.buchner-shop.de*.

Präsenz-Seminare

Ort	Titel	Datum	Preis netto
Stuttgart	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	03.07.14	199,50 €
Leipzig	Mitarbeiterführung	04./05.07.14	329,50 €
Frankfurt	Sicherung der Existenz - betriebswirtschaftliche Grundlagen für Therapeuten	11./12.07.14	329,50 €
Berlin	Arbeitsrecht für Therapeuten	16.07.14	199,50 €

Online-Seminare

Datum	Titel	Uhrzeit	Preis netto
08.07.14	Mit dem richtigen Therapiebericht langfristigen Heilmittelbedarf begründen	19:00	25,13 €

Terminengpässe vermeiden *Rentner nur am Vormittag behandeln?*

Die Frage

„Unser Patientenstamm besteht zu circa 50 Prozent aus RentnerInnen. Die andere Hälfte unserer Patienten sind zum größten Teil Berufstätige. Leider stellen wir immer wieder fest, dass nicht nur die Berufstätigen die Nachmittagstermine bevorzugen, sondern dass auch die Rentner am liebsten Nachmittagstermine vereinbaren. Darf man Rentnern die späten Termine verwehren, da sie ja prinzipiell viel besser als Berufstätige auch Termine am Vormittag wahrnehmen könnten?“

Die Antwort

Grundsätzlich zählen Physiotherapeuten zu den Heilmittelerbringern und unterliegen damit dem sogenannten Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen (§2 Abs. 2 SGB V). Das bedeutet unter anderem, dass niedergelassene Physiotherapeuten verpflichtet sind, dafür zu sorgen, dass Patienten innerhalb einer zumutbaren Zeitspanne einen für Sie geeigneten Termin wahrnehmen können. Dies lässt sich am besten umsetzen, wenn Sie Therapietermine gleichmäßig über den ganzen Tag verteilen können. Dazu müssen manche Patienten am Vormittag in die Praxis kommen. Während das für Berufstätige häufig schwierig ist, können Rentner dies leichter in ihren Tagesablauf integrieren. Dennoch bevorzugen auch sie den Nachmittag – aus verschiedenen Gründen.

Tagesstruktur noch wie im Berufsleben

Rentner halten sich auch nach Beendigung des Berufslebens in ihrer Alltagsorganisation an ähnliche zeitliche Abläufe wie zu Zeiten der Erwerbstätigkeit. In der Regel gewöhnen sie sich eine verlängerte Morgenroutine an: etwas späteres Aufstehen, längeres Frühstücken, zusätzliche Gewohnheiten wie Zeitungslesen und Spazierengehen. Die beruflichen Pflichten, die früher die Vormittage gefüllt haben, ersetzen sie durch Arbeit im Haushalt, das Pflegen sozialer Kontakte und auch ehrenamtliche Tätigkeiten. Zusatztermine hingegen haben sie seit Jahrzehnten in den Nachmittagsstunden wahrgenommen. Aus Sicht der Senioren gibt es erst einmal keinen Anlass, etwas an dieser Gewohnheit zu ändern. Im Gegenteil, manche älteren Menschen empfinden es als störend, den gewohnten Tagesablauf zu ändern. Für therapeutisch arbeitende Praxen ist es aber natürlich dringend notwendig, einen Teil der Patienten vormittags einzubestellen. Nur so können Sie sicherstellen, dass alle Patienten angemessene Termine erhalten.

Für Verständnis werben

Die meisten Senioren haben erst einmal kein Bewusstsein für die terminlichen Zwänge der Praxen oder der anderen Patienten. Daher hilft es oft schon, die Lage zu erklären. Viele Senioren verstehen dann, warum es dem Praxisablauf und den berufstätigen Mitpatienten sehr helfen würde, wenn die Nachmittagstermine für Berufstätige frei bleiben könnten. Die Rentner wissen sicher noch aus ihrer eigenen Zeit als Berufstätige, dass sie für einen Vormittagstermin extra Urlaub nehmen mussten und zeigen darum Verständnis. Erinnern Sie auch an die berufstätigen Kinder und Enkel, die sich sicher auch über einen Nachmittagstermin freuen würden. Zudem können Sie Ihren Sicherstellungsauftrag als Heilmittelerbringer erklären. Schließlich möchten auch Senioren einen Termin innerhalb einer angemessenen Zeitspanne erhalten.

Alle wollen Nachmittagstermine – da kommt es häufig zu langen Wartezeiten und Engpässen bei der Terminvergabe

Tipps für die Praxis

Weitere Möglichkeiten, die Praxis in dieser Hinsicht gezielt zu strukturieren, sind:

- Eine praxisinterne Regelung einführen: Bei der Terminvergabe werden Senioren schwerpunktmäßig am Vormittag bestellt. Diese Anweisung der Praxisleitung wird dann auch den Patienten gegenüber offen kommuniziert und zum Beispiel mit dem Sicherstellungsauftrag begründet.
- Termine bei besonders beliebten Therapeuten werden Rentnern grundsätzlich vormittags angeboten.
- Senioren können auch weiterhin Nachmittagstermine wahrnehmen. Aufgrund der erhöhten Nachfrage ist es dann aber vielleicht nicht möglich, ihrem Wunsch nach dem Lieblingstherapeuten nachzukommen.

Mit solchen Maßnahmen lassen sich die Nachmittagszeiten entlasten und Sie können berufstätigen Patienten angemessene Termine in der zweiten Tageshälfte anbieten. Indem Sie die Gründe für Ihre Art der Terminvergabe offen kommunizieren, bleibt auch die gute Patienten-Therapeuten-Beziehung zu den älteren Patienten bestehen. Diese können Ihr Vorgehen nachvollziehen und auf Wunsch auch weiterhin Termine am Nachmittag wahrnehmen.

KONTAKT

Meike Baumann
Diplom-Psychologin
und NLP-Trainerin
Universität Potsdam
Mitarbeit bei Dr. Anke Handrock, Coaching & Training
Mail: m.baumann@uni-potsdam.de

up Leser werben Leser...

☐ Ich habe einen neuen Abonennten für **up** geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

☐ Prämie 1
ANDROID TABLET-PC WI-FI "SurfTab breeze 7.0 plus", 7 Zoll, 4 GB, schwarz

7 Zoll / 17,78 cm TFT Touchscreen LCD-Bildschirm,
Auflösung: 1024 x 600 Pixel, Betriebssystem
Android 4.2.2, Cortex A9 dual core,
512 MB Arbeitsspeicher,
4 GB interner Speicher, Wi-Fi
Maße: ca. B19,2 x H11,2 x T0,97 cm

☐ Prämie 3
TINTENSTRAHLDRUCKER "PIXMA iP2850", weiß

Druckauflösung: bis zu 4.800 x 600 dp,
FINE Druckköpfe für besonders hochwertige Drucke,
Druckgeschwindigkeit SW: ca. 8 S./Min.; Farbe: ca. 4 S./Min.,
Abschaltautomatik, USB-Schnittstelle
Maße: ca. B42,6 x H23,5 x T3,4 cm

☐ Prämie 2
KÄRCHER Fensterreiniger "WV 2 Plus", gelb/schwarz

Der Fenstersauger mit extra Sprühflasche
Inkl. Glasreiniger-Konzentrat 20 ml
Gewicht inkl. Akku: 0,7 kg
Maße: ca. B9 x H35,5 x L13 cm

☐ Prämie 4
COOL BAR "Pacific", espressobraun

Kühlbox, Bistrotisch- und Beistelltisch in einem.
Integrierte Eisbox, Ablauffunktion,
höhenverstellbare Tischplatte.
Aus Polypropylen in Rattanoptik.
Maße aufgebaut: ca. B50 x T50 x H57,5 cm,
Höhe geöffnet: ca. 83,5 cm

Ich habe erfolgreich geworben:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

Folgenden Neukunden habe ich geworben:

☐ *Ja, ich möchte* **up** *abonnieren!*

Ich möchte **up** ab der nächsten Ausgabe zum reduzierten Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbeitrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

E-Mail-Adresse ..... Webseite .....

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag per Post oder an unsere gebührenfreie Faxnummer:

0800 - 1 35 82 20

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon + 49 4307 811 90 Fax +49 4307 811 999
www.buchner.de