praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 01/2008

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 01/2008

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Deutsche fühlen sich zunehmend schlecht versorgt 7

1,9 Millionen Menschen mehr bei Prävention und Gesundheitsförderung 8

Beschäftigung im Gesundheitswesen 2006 um 0,8 Prozent gestiegen - Therapeutengruppe wächst schneller 11

RECHT/STEUERN

Persönliches Budget: Behinderte haben Rechtsanspruch 12

FINANZEN

Anpassung des Basiszinssatzes zum 1. Januar 2008 auf 3,32 Prozent 4

KRANKENKASSEN

VdAK-Rahmenvertrag: Was sich konkret geändert hat 2

Für 2005 kein Heilmittelregress in Mecklenburg-Vorpommern 3

Osteopathie-Behandlung zu Sonderkonditionen 4

Schleswig-Holstein: Heilmittelausgabenvolumen steigt um 2,75 Prozent 5

Brandenburg: Heilmittelausgabenvolumen steigt 2008 um 4,1 Prozent 5

KV Thüringen: Heilmittelvolumen 2008 steigt deutlich 5

Logopädie und Ergotherapie gelten in Sachsen-Anhalt bedingt als Vorab-Praxisbesonderheiten 6

KV Berlin: Logopädie und Ergotherapie weiterhin Praxisbesonderheiten 6

KV Bremen erhöht Heilmittelausgabenvolumen um 1,88 Prozent 6

KV Hamburg erhöht Heilmittelrichtgrößen um 2,48 Prozent 7

Baden-Württemberg: Richtgrößen 2008 leicht gestiegen 7

SELBSTZAHLER

700 Million Euro für rezeptfreie Schmerzmittel 11

PRAXISMANAGEMENT

Hohe Auswirkungen auf den Unternehmenserfolg 9

GEK-Wartezeitenmanagement organisiert Facharzttermine 10

Leitlinien für mehr Therapieerfolg

Wenn es um die Verbesserung von Therapiequalität geht, sind sich die meisten Therapeuten einig, dass es vor allem externe Faktoren sind, die die Behandlungsqualität beeinflussen: Längere Behandlungszeit, kooperativere Ärzte, ein anders strukturierter Heilmittelkatalog; die Wunschliste ist lang und nachvollziehbar.
Bei internen Faktoren zur Optimierung der Therapie tun sich viele Heilmittelerbringer hingegen schwer: Den Vorschlag, Behandlungsstandards oder Leitlinien in die tägliche Behandlungspraxis einzuführen, lehnen die meisten Therapeuten kategorisch ab. Theoretisch sei das eine hübsche Idee, aber in der Praxis müsse man schließlich daran denken, dass jeder Patient ein Individuum sei. So lautet die Begründung.

Vor diesem Hintergrund ist eine Veröffentlichung der Zeitschrift „Medical Care" im Oktober letzten Jahres sehr interessant. Dort wird über eine Studie berichtet, die belegt, dass die Orientierung an Leitlinien zu einer deutlichen Steigerung der Behandlungsqualität bei Physiotherapeuten führt. Die Studie prüfte die Einhaltung von Leitlinien zur Therapie für die Jahre 2004 und 2005 anhand von Behandlungs- und Abrechnungsdaten mehrerer Kliniken. Zur Bewertung des Therapieerfolgs wurden zu Beginn und am Ende der Behandlung Fragebögen eingesetzt. Studienteilnehmer waren 1.190 Patienten im Alter von 18 – 60 Jahren mit akuten Rückenschmerzen („low back pain of less than 90 days duration"). Über die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie berichten die Autoren des Forums Gesundheitspolitik:

- *Nur bei etwa 40% aller Patienten hielt man sich bei der Therapie an die Leitlinien, in denen insbesondere eine körperliche Aktivierung der Patienten empfohlen wird.*
- *Insgesamt stellten die Forscher bei etwa der Hälfte der Patienten (48%) eine nachhaltige Verbesserung im Hinblick auf Schmerzen und Beeinträchtigungen fest. Dieser Anteil war deutlich höher, wenn die Therapie gemäß der Leitlinien erfolgte: Ohne leitliniengerechte Therapie waren es 37% der Patienten, deren Leiden eine deutliche Besserung erfuhr, bei Befolgen der Leitlinien waren es ganze 65%!*
- *Die Anwendung der Leitlinien erfordert eine geringere Zahl von Besuchsterminen für die Patienten, denn ein Nachlassen der Schmerzen stellte sich deutlich schneller ein. Folglich ist diese Methode kostengünstiger.*

Untersuchungen aus den Niederlanden belegen, dass die Hälfte der befragten Ärzte die Anwendung von Leitlinien ablehnen, weil die Therapie zu standardisiert sei. Das gilt vermutlich auch für Heilmittelerbringer in Deutschland. In vielen Praxen ist man stolz darauf, sich nicht an Behandlungsstandards zu orientieren.
Dabei wäre die konsequente Anwendung von Leitlinien und Behandlungsstandards in Heilmittelpraxen nicht nur eine Arbeitserleichterung für Berufsanfänger, sondern auch eine Chance die Behandlungserfolge zu steigern. Der Nachweis, dass Therapie messbaren Nutzen für Patienten bringt und im Vergleich zu anderen Therapieformen wirtschaftlicher ist, könnte mit Leitlinien und Behandlungsstandards viel einfacher erbracht werden. Auch für die Praxis selbst hätten Behandlungsstandards erhebliche Vorteile: vereinfachte Dokumentation, problemloser Therapeutenwechsel, effizienteres Berichtswesen. >

buchner

Thieme

Service: Die Anwendung von Leitlinien und Behandlungsstandards bringt offensichtlichen Nutzen. Das können Sie im Abstract der Studie nachlesen (Abrufbar bei der praxiswissen24-Hotline).

Warum also eine Abneigung gegen Leitlinien? Leitlinien sind in erster Linie Entscheidungshilfen, keine Behandlungsvorschriften. Sie bieten eine Liste effektiver Maßnahmen (z.B. „aktives Training"). Daraus ergeben sich für den Praktiker Schwerpunkte, die er selbst mit Inhalten füllt.
Wenn alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen – übrigens vollkommen zu Recht – die Politiker für die Versorgungs- und Therapiedefizite verantwortlich machen, erwächst daraus aber auch eine Verpflichtung selbst die eigenen Möglichkeiten zu nutzen. Dass die Anwendung von Leitlinien und Behandlungsstandards offensichtlichen Nutzen bringt, können Sie im Abstract der Studie nachlesen. Für die Umsetzung in die Praxis haben Sie dann ein ganzes neues Jahr 2008!

Ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen Start ins neue Jahr und viel Spaß beim Lesen der Januarausgabe des Newsletters.

Ihr

Ralf Buchner

KRANKENKASSEN

VdAK-Rahmenvertrag: Was sich konkret geändert hat

Seit dem 1.1.2008 gelten der neue VdAK-Rahmenvertrag und eine neue Vergütungsvereinbarung. Darüber berichteten wir bereits im letzten Jahr. Hier fassen wir für Sie noch einmal zusammen, welche Änderungen im Rahmenvertrag für Sie außer der Vergütung sonst noch relevant sind.

Das Thema „Fortbildungsverpflichtung" ist jetzt zwar in den Rahmenvertrag integriert, aber trotzdem bleiben mehr Fragen offen als beantwortet werden. Man darf gespannt sein, ob diese Regelung die nächsten vier Jahre überlebt.

Fortbildungverpflichtung

Das Thema „Fortbildungspflicht" ist in den Rahmenvertrag integriert und bringt für den Praxisinhaber nicht wirklich Neues. Zugelassene/fachliche Leiter müssen innerhalb von vier Jahren 60 Punkte sammeln. Der Passus über angestellte Therapeuten bleibt schwammig, wirkt wie ein Versuch der Kassen, die Fortbildungspflicht auf die Angestellten auszudehnen und wird zu gegebener Zeit sicher noch zu Diskussionen führen. Glücklicherweise nennt Anlage 3 des Vertrages, der die Details der Fortbildungsverpflichtung regelt, aber klar die zugelassenen/fachlichen Leiter als Zielgruppe der Verpflichtung. Das Risiko, dass eine vom Therapeuten absolvierte Fortbildung bei einer späteren Überprüfung durch die Krankenkasse die „Qualitätskriterien für Fortbildung" nicht erfüllt, ist groß. Was passiert beispielsweise, wenn der Fortbildungsveranstalter bei der Überprüfung nicht mehr existiert? Solche Fragen gibt es zuhauf, weshalb die Fortbildungsverpflichtung noch viele Überarbeitungen erfahren wird.

Korrektur von Verordnungsformularen

Die Abrechnung mit dem VdAK wird sich vereinfachen, weil jetzt vertraglich geregelt ist, dass eine fehlende Leitsymptomatik auf einem Verordnungsformular durch den Therapeuten nach „zum Beispiel telefonischer" Rücksprache ergänzt werden kann. Vorsicht: Dieser Passus gilt aktuell nur für Physiotherapeuten. Ergotherapeuten und Logopäden müssen nach Auskunft des VdAK noch auf ihre Vertragsanpassung warten.

Definition von Betreuungspersonen

Laut Vertrag zählt jetzt auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen zu den Betreuungspersonen, die als Vertreter des Patienten den Erhalt einer Therapie quittieren

dürfen. Allerdings muss auf der Verordnung ausdrücklich benannt sein, warum der Patient nicht selbst unterschreiben darf!

Zuzahlung 1

Manche Therapeuten haben Schwierigkeiten damit, die gesetzliche Zuzahlung zum Beginn der Therapie einzuziehen. Die ist jetzt ebenfalls im Vertrag geregelt: „Die pauschale Zuzahlung je Verordnungsblatt ist regelmäßig bei der ersten Behandlung durch den Zugelassenen einzuziehen."

Zuzahlung 2

Auch hilfreich bei Abrechnungsstreitigkeiten ist ein neuer Absatz in §12, Ziffer 7 des Vertrages. Dort wird vereinbart, dass Verordnungen, deren Zuzahlungen den abrechnungsfähigen Betrag übersteigen, nur dann der Krankenkasse zur Abrechnung zugeschickt werden dürfen, wenn die Zuzahlung trotz einer Erinnerung gemäß §43b nicht eingezogen werden konnte. Damit ist jetzt noch einmal offiziell festgelegt, dass kein Therapeut mit seinem Patienten um die Zuzahlung streiten muss.

Inkasso durch Abrechnungsstellen

Will eine Praxis die Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsstelle beenden, muss dies der Krankenkasse laut Vertrag durch Einschreiben mit Rückschein, Fax oder per E-Mail zur Kenntnis gebracht werden. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum endet dann drei Arbeitstage später.

Service: Der vollständige neue Rahmenvertrag einschließlich aller Anlagen kann kostenlos als PDF-Datei bei der praxiswissen24-Hotline angefordert werden.

KRANKENKASSEN

Für 2005 kein Heilmittelregress in Mecklenburg-Vorpommern

Im Herbst 2007 wurden 750 Mediziner wegen vermeintlicher Budgetüberschreitungen in 2005 vom Prüfungsausschuss abgemahnt. Jetzt steht fest: Kein einziger der abgemahnten Ärzte wurde in Regress genommen!

Die Prüfeinrichtung der Ärzte und Krankenkassen hatte in Mecklenburg-Vorpommern erstmals die Ausgaben für Heilmittel unter die Lupe genommen. Das Ergebnis war für Ärzte, Patienten und Therapeuten verheerend: 750 niedergelassene Ärzte wurden für das Jahr 2005 mit Regressforderungen belegt. Kein Wunder, dass die Ärzte das Verschreiben von Heilmitteln drastisch einschränkten.

Jetzt wurde bekannt, dass kein einziger Arzt tatsächlich in Regress genommen wurde. Wie immer ist die Datenlage der Krankenkassen so schlecht, dass die Regressforderungen schlicht nicht durchzusetzen sind. Aber mit der Regressandrohung wurde das politische Ziel in Mecklenburg-Vorpommern erreicht – die Heilmittelverordnungen nahmen drastisch ab.

Die Konsequenz aus diesem und vergleichbaren Fällen in anderen KV-Gebieten ist ganz offensichtlich. Nur mit einer offenen Kommunikation gegenüber den verordnenden Ärzten lassen sich die oft jeder Substanz entbehrenden Drohgebärden von Krankenkassen und Prüfungsausschuss entkräften. Leider wissen viele Ärzte immer noch nicht, was Heilmittelkosten und wie hoch die Zuzahlungen sind, dass formal nicht korrekt ausgefüllte Verordnungen zu einer unmittelbaren In-Regressnahme führen können, et cetera – viele Themen, die Therapeuten den verordnenden Ärzten näherbringen können.

Service: praxiswissen24-Kunden können ihre Seminarpunkte dazu nutzen, um an einem Heilmittelregress-Seminar teilzunehmen. Weitere Informationen zu Ort und Zeit erhalten Sie bei der Hotline.

Interessierte Therapeuten können sich ebenfalls als Leistungserbringer auf der Internetseite der Gesundheitswelt direkt listen lassen.

Nähere Informationen erhalen Sie unter: info@gesundheitswelt-direkt.de

KRANKENKASSEN

Osteopathie-Behandlung zu Sonderkonditionen

Seit dem 1. Januar 2008 sollen Versicherte der Deutschen BKK bundesweit zehn Prozent Preisnachlass auf die Behandlungskosten für Osteopathie erhalten und von geringen Wartezeiten profitieren. Therapeuten, die sich an der Betreuung von BKK-Versicherten beteiligen wollen, müssen sich anmelden!

Osteopathie ist eine alternativmedizinische Behandlungsform, die Patienten durch Manuelle Therapie Linderung ihrer Beschwerden verschafft. Im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist Osteopathische Medizin nicht enthalten.

Die Deutsche BKK bietet ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2008 über ihren Kooperationspartner „GesundheitsWelt direkt GmbH“ bundesweit zehn Prozent Rabatt auf die marktüblichen Kosten osteopathischer Behandlungen. Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und Zeitaufwand der Therapie liegen die Behandlungskosten für Osteopathie bei durchschnittlich 80 Euro und werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

„Wir wissen, dass sich unsere Kunden für die osteopathische Heilmethode interessieren. Deshalb freuen wir uns, mit unserem Partner „GesundheitsWelt direkt“ einen Weg gefunden zu haben, der ihnen diese Behandlung zu Sonderkonditionen ermöglicht“, sagt Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK.

Auf der Internetseite der „GesundheitsWelt direkt“ (www.gesundheitswelt-direkt.de) finden sich unter der Rubrik „Osteopathie“ leider nur nach Postleitzahlen gelistete ärztliche Osteopathen. Auf Nachfrage erklärte die Pressestelle der Deutschen BKK, dass selbstverständlich auch therapeutische Osteopathen an dieser Aktion teilnehmen könnten. Dazu müsse sich der betreffende Therapeut lediglich per E-Mail an die „GesundheitsWelt direkt GmbH“ wenden (info@gesundheitswelt-direkt.de). Man überlege, die Internetseite entsprechend zu ergänzen.

Service: Auf Wunsch informiert Sie die praxiswissen24-Hotline gern, auf welche Formalien Sie achten müssen.

FINANZEN

Anpassung des Basiszinssatzes zum 1. Januar 2008 auf 3,32 Prozent

Die Deutsche Bundesbank hat den Basiszinssatz, die Bezugsgröße zur Berechnung von Verzugszinsen vom 1. Januar 2008 an auf 3,32 Prozent festgelegt.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches dient vor allem als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen gemäß §288, Absatz 1 Satz 2 BGB.

Daher gilt ab 1. Januar 2008:

- Verzugszinsen bei säumigen Zahlern (z.B. Privatpatienten) betragen damit 3,32 + 5 = 8,32 Prozent.
- Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder Firmen) beträgt der Verzugszins 3,32 + 8 = 11,32 Prozent.
- Der alte Basiszinssatz lag bis zum 31.12.2007 bei 3,19 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten und Krankenkassen, die mit der Zahlung ihrer Rechnung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen.

KRANKENKASSEN

Schleswig-Holstein: Heilmittelausgabenvolumen steigt um 2,75 Prozent

Das Heilmittelausgabenvolumen in Schleswig-Holstein wurde für das Jahr 2008 gegenüber 2007 um 2,75 Prozent auf 141,8 Millionen Euro erhöht. Richtgrößen gibt es für den Heilmittelbereich keine, geprüft wird nach Durchschnittswerten.
Im bundesweiten Vergleich sei die 2,75-prozentige Steigerung des Heilmittelausgabenvolumens ein gutes Verhandlungsergebnis, meint die KV Schleswig-Holstein. Richtgrößen für den Heilmittelbereich gibt es für 2008 zurzeit nicht, und realistisch ist vor Mitte des Jahres auch nicht damit zu rechnen. Nach Auskunft der KV finden bis dahin Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Durchschnittswerten statt.

Service: Interessierte Praxisinhaber können die Richtgrößen für 2008 bei der praxiswissen24-Hotline abrufen.

KRANKENKASSEN

Brandenburg: Heilmittelausgabenvolumen steigt 2008 um 4,1 Prozent

In Brandenburg einigten sich Kassen und KV im Dezember 2007 auf ein Heilmittelausgabenvolumen für das Jahr 2007 in Höhe von 84 Millionen Euro. Gleichzeitig wurden auch die Richtgrößen für 2008 veröffentlicht.
Das Ausgabenvolumen im Heilmittelbereich für 2007 soll jetzt in etwa auf dem Niveau der in 2007 tatsächlich zu erwartenden Ausgaben liegen. Zusätzlich vereinbarten die Vertragspartner ein Heilmittelausgabenvolumen für das Jahr 2008 in Höhe von 88 Millionen Euro. Das entspricht einer Steigerung um insgesamt 4,1 Prozent.
Obwohl das Jahr 2007 zu Ende ist, bestanden die Kassen auf einer Fixierung der Richtgrößen für 2007 als Basis für die Richtgrößenfestlegung 2008. Als Ergebnis vereinbarten die Vertragspartner die Richtgrößen 2007 als Nachtrag zur Prüfvereinbarung, die für das Jahr 2008 um den oben genannten Steigerungsfaktor angehoben wurden.

Service: Interessierte Praxisinhaber können die Richtgrößen für 2007 und 2008 bei der praxiswissen24-Hotline abrufen.

KRANKENKASSEN

KV Thüringen: Heilmittelvolumen 2008 steigt deutlich

Das Heilmittelausgabenvolumen 2008 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen fällt um 4,8 Prozent höher aus als im Vorjahr und erreicht ein Volumen von rund 79,2 Millionen Euro.
Gleichzeitig wurden die arztindividuellen Richtgrößen für 2008 veröffentlicht. Vorab-Praxisbesonderheiten wurden bisher leider nicht vereinbart.

Service: praxiswissen24-Kunden können bei der Hotline die Richtgrößen, das Richtgrößencontrolling-Tool und die Heilmittelvereinbarung als Dateien kostenlos abrufen.

KRANKENKASSEN

Logopädie u. Ergotherapie gelten in Sachsen-Anhalt bedingt als Vorab-Praxisbesonderheiten

Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Sachsen-Anhalt sind Logopädie und Ergotherapie Vorab-Praxisbesonderheiten – mit Ausnahme von Hals-Nasen-Ohren- und Kinderärzten. Die Heilmittelrichtgrößen 2008 wurden im Vergleich zum Vorjahr um 5,4 Prozent angehoben.

Im Prinzip müssten sich alle Hals-Nasen-Ohren- und Kinderärzte im Gebiet der KV Sachsen-Anhalt auf die Verordnung von Physiotherapie beschränken und Logopädie und Ergotherapie den anderen Facharztgruppen überlassen. Letztere gelten nämlich für die anderen Facharztgruppen als Vorab-Praxisbesonderheiten und fließen nicht mit in die Berechnung der Heilmittelrichtgrößen ein.

Die Heilmittelrichtgrößen 2008 wurden gerade noch rechtzeitig im alten Jahr verabschiedet und veröffentlicht.

Service: Interessierte Praxisinhaber können die Daten bei der praxiswissen24-Hotline als PDF-Datei abrufen.

KRANKENKASSEN

KV Berlin: Logopädie und Ergotherapie weiterhin Praxisbesonderheiten

Die Heilmittelvereinbarung der KV Berlin enthält überraschende Regelungen: Logopädie und Ergotherapie bleiben in Berlin auch im Jahr 2008 Praxisbesonderheiten. Kein Wunder, dass die Heilmittelrichtgrößen nur moderat wachsen.

Die Richtgrößen der KV Berlin steigen 2008 nur um 1,6 Prozent. Kein Problem für die meisten Heilmittelerbringer, wenn man die Heilmittelvereinbarung liest: In der Anlage 2 werden als Praxisbesonderheiten festgelegt: Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergo- und Physiotherapie bei bestimmten Indikationen, z.B. ambulante Operationen. Einzige Voraussetzung: Bei der Verordnung müssen die Vorgaben des Heilmittelkatalogs berücksichtigt worden sein. Eine vergleichsweise einfach zu lösende Aufgabe, bei der Heilmittelerbringer ihre Ärzte einfach unterstützen können.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Heilmittelvereinbarung der KV Berlin bei der Hotline abrufen oder auf der Homepage der KV Berlin downloaden (www.kvberlin.de).

KRANKENKASSEN

KV Bremen erhöht Heilmittelausgabenvolumen um 1,88 Prozent

Mit der Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2008 liefert die KV Bremen die für das nächste Jahr gültigen Richtgrößen für Heilmittel.

Das Heilmittelausgabenvolumen steigt um 1,88 Prozent auf insgesamt 28.123.525 Euro. Die daraus abgeleiteten Richtgrößen für die einzelnen Facharztgruppen liegen vor und gelten ab dem 1.1.2008.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Heilmittelrichtgrößen der KV Bremen bei der Hotline abrufen oder auf der Homepage der KV Bremen downloaden (www.kvb.de).

KRANKENKASSEN

KV Hamburg erhöht Heilmittelrichtgrößen um 2,48 Prozent

Die KV Hamburg hat mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Erhöhung der Heilmittelrichtgrößen und eine Umstellung der Richtgrößenberechnung in 2008 vereinbart.
2,48 Prozent höhere Heilmittelrichtgrößen für die Ärzte der KV Hamburg sind das Ergebnis der Vertragsverhandlungen zwischen der KV Hamburg und der GKV. Außerdem wurde vereinbart, die Richtgrößensystematik im Laufe des Jahres 2008 zu verändern: In Zukunft sollen die Richtgrößenprüfungen nicht mehr als praxis-, sondern als arztbezogene Prüfung stattfinden. Die neuen Richtgrößen gelten ab dem 1.1.2008.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Heilmittelrichtgrößen der KV Hamburg bei der Hotline abrufen oder auf der Homepage der KV Hamburg downloaden (kvhh.de).

KRANKENKASSEN

Baden-Württemberg: Richtgrößen 2008 leicht gestiegen

Das Heilmittelausgabenvolumen 2008 wurde im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Prozent erhöht. Die Richtgrößen für die einzelnen Facharztgruppen steigen daher ebenfalls um 0,8 Prozent.
„In den Bereichen Massage und Hausbesuche sollen sich die Verordnungen in besonderem Maße an der medizinischen Notwendigkeit orientieren“, schreibt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW) an die niedergelassenen Ärzte und ergänzt: „Für die Verordnung von Physiotherapie ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob anstatt einer Einzelbehandlung auch eine Gruppenbehandlung in Betracht kommt.“

Service: praxiswissen24-Kunden können die für 2008 gültigen Richtgrößen sowie die zugehörigen Fachgruppen bei der Hotline abrufen. Dort gibt es auch das Richtgrößencontrolling-Tool für den Bereich der KV BW.

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Deutsche fühlen sich zunehmend schlecht versorgt

Rund ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform beurteilen die Bundesbürger die aktuelle Gesundheitsversorgung zunehmend kritisch.
Gleichzeitig ist die Skepsis gegenüber der künftigen Entwicklung des Gesundheitssystems weiter gestiegen, während die konkreten Änderungen der letzten Reform bislang nur bei einem geringen Teil der Bürger spürbar angekommen sind. Sorgenvoll blicken die meisten Deutschen zudem auf die Entwicklung in der Pflegeversicherung. Dies sind einige Kernergebnisse des zweiten MLP-Gesundheitsreports, einer repräsentativen Studie des Finanzdienstleisters MLP in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach unter rund 1.900 Bundesbürgern. Demnach meinen 56 Prozent der Befragten, die Gesundheitsversorgung ist in den vergangenen zwei bis drei Jahren schlechter geworden. Lediglich 57 Prozent (sieben Prozentpunkte weniger als noch >

vor zwei Jahren) sind der Überzeugung, im Krankheitsfall ausreichend abgesichert zu sein. Dieser Rückgang ist vor allem auf die pessimistische Einschätzung der gesetzlich Versicherten zurückzuführen, von denen inzwischen mehr als jeder Dritte den eigenen Versicherungsschutz zumindest in Teilbereichen skeptisch beurteilt.
Obwohl 91 Prozent der Deutschen bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt mit der medizinischen Versorgung „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ waren, sagen 53 Prozent, dass die Ärzte in den Krankenhäusern zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten haben. Zum Vergleich: 1995 kam nur rund ein Drittel der Patienten zu diesem Urteil. Mehr als 40 Prozent halten zudem das Pflegepersonal für überlastet und überfordert.
Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems insgesamt wird weiterhin überwiegend positiv bewertet. 64 Prozent bezeichnen sie als „gut“ oder „sehr gut“, aber das sind 18 Prozentpunkte weniger als 1994. Unter denjenigen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „ziemlich schlecht“ oder „sehr schlecht“ beschreiben, kommen lediglich 39 Prozent zu einer positiven Beurteilung.

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

1,9 Millionen Menschen mehr bei Prävention und Gesundheitsförderung

Rund 5,7 Millionen Menschen nahmen 2006 an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teil. Das sind 1,9 Millionen mehr als im Jahr zuvor. Dies geht aus dem jetzt veröffentlichten aktuellen Präventionsbericht 2007 der GKV hervor.
Die GKV hat 2006 mehr als 232 Millionen Euro für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Pro Versicherten sind dies circa 3,30 Euro und damit mehr als das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro.
Davon profitierten insgesamt 1.083 Projekte in 19.700 Einrichtungen, überwiegend Schulen, Berufsschulen und Kindergärten beziehungsweise Kindertagesstätten. Besonders durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindergärten und Schulen werden Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten erreicht. Mehr als 3 Millionen, vor allem junge Menschen nahmen 2006 an Maßnahmen teil, bei denen hauptsächlich Bewegung, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung im Mittelpunkt standen. Das sind rund 25 Prozent mehr als im Vorjahr.
Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird im Bericht ebenfalls als ein wichtiges Handlungsfeld für die GKV benannt. Rund 935.000 Arbeitnehmer nahmen 2006 an Maßnahmen der BGF teil. Damit stieg die Zahl gegenüber 2005 um 35 Prozent. Inhaltlich ging es überwiegend darum, körperliche Belastungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Auch Projekte zum Stressmanagement und zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung wurden gut angenommen.
Daneben trug die Etablierung von Gesundheitszirkeln in Betrieben zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten bei der Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und -abläufe bei. Nach wie vor sind Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe mit 39 Prozent besonders häufig vertreten. Nahezu die Hälfte aller BGF-Maßnahmen fand in mittelständischen Betrieben statt, die zwischen 50 und 500 Mitarbeiter beschäftigen.

!

232 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen für Prävention ausgegeben und damit den gesetzlich vorgesehene Rahmen von 2,74 Euro pro Versichertem deutlich überschritten.

Therapiepraxen sind als Anbieter von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen nur ein Nischenanbieter. Zunehmend professioneller agieren auf Betriebsgesundheit spezialisierte niedergelassene Ärzte und Firmen. Da ein Großteil der BGF-Projekte jedoch in mittleren und großen Betrieben erfolgt, bleiben Betriebe unter 100 Mitarbeitern für niedergelassene Therapeuten nach wie vor eine interessante Zielgruppe.

Service: praxiswissen24-Kunden können den Präventionsbericht 2007 kostenlos als PDF-Datei bei der Hotline anfordern.

PRAXISMANAGEMENT

Hohe Auswirkungen auf den Unternehmenserfolg

Stupide Tätigkeiten oder Überforderung, schlechtes Betriebsklima und Mobbing, Kommunikations- und Informationsdefizite: Vieles lähmt in deutschen Unternehmen und Praxen die Energie und den Einsatz der Beschäftigten – mit negativen Folgen für Wirtschaftlichkeit und Geschäftserfolg.
Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat vier Faktoren ausgemacht, die ganz entscheidend für das Wohlfühlen im Beruf und damit auch für den Unternehmenserfolg sind:

1. Wechsel zwischen einfach und anspruchsvoll: Monotonie und Unterforderung rauben ebenso die Lust an der Arbeit wie Überforderung und Dauerstress. Ideal ist ein Wechsel zwischen Routinetätigkeiten und komplexen Aufgaben. Hier sehen fast 70 Prozent aller befragten Arbeitnehmer ein Defizit.
Handlungsmöglichkeiten in der Praxis: Beteiligen Sie interessierte Mitarbeiter an besonderen Projekten. Das Erstellen neuer Kurskonzepte und Praxisbroschüren, die Einführung von Qualitätsmanagement oder die Vorbereitung des nächsten Audits können von täglicher Routine ebenso ablenken wie das Delegieren der Praxisdekoration zum Frühjahrsanfang oder Osterfest.

2. Selbst bestimmen dürfen: Persönliche Entscheidungs- und Handlungsspielräume stärken das Selbstwertgefühl und sind ein zentraler Faktor, um den täglichen Herausforderungen begegnen zu können. Die Wirklichkeit sieht allerdings anders aus: Viele Beschäftigte fühlen sich von Vorschriften, Anweisungen und Kontrollen erdrückt. Fast 90 Prozent sehen sich nicht berücksichtigt, wenn sie Ideen und Vorschläge einbringen.
Handlungsmöglichkeiten in der Praxis: Schreiben Sie einen Preis für die beste Idee des Monats/Quartals aus! Stellen Sie dem jeweiligen Mitarbeiter Zeit- und Geldbudget zur Verfügung, damit die Idee auch umgesetzt werden kann, oder setzen Sie für jeden einen Preis aus, der eine nachweislich überflüssige Regelung in der Praxisorganisation findet.

3. Gut informiert – stärker motiviert: Wer gut mit Informationen versorgt wird, ist zufriedener mit seiner Arbeitsstelle. Beim Thema Information und Kommunikation setzen viele Betriebe und Praxen aber immer noch eher auf Herrschaftswissen: 84 Prozent der Arbeitnehmer fühlen sich über wichtige Vorgänge im Betrieb unzureichend informiert.

>

!

Mitarbeiter an der Ideenfindung und Realisierung von Projekten zu beteiligen erhöht die Motivation!

Handlungsmöglichkeiten in der Praxis: Informieren Sie Ihre Mitarbeiter über Ihre Vorhaben für das neue Jahr. Teilen Sie Ihre Visionen mit ihnen und sorgen Sie auch im Laufe des Jahres dafür, dass die Informationen aktualisiert werden. Legen Sie außerdem fest, anhand welcher Kennzahlen Sie den Erfolg der Praxis, jedes einzelnen Mitarbeiters und bei sich selbst messen.

4. Nette Kollegen, unterstützende Chefs: Ein gutes Betriebsklima ist ein wichtiger Puffer gegen Stress. Wer jedoch gegen intrigante Kollegen und mobbende Chefs ankämpfen muss, hat keine Energie mehr für seinen eigentlichen Job. Hier vertrauen die meisten eher den Kollegen: 58 Prozent meinen, dass sie sich auf diese verlassen können. Dagegen lobt nur ein Viertel die Unterstützung durch den Chef; 49 Prozent meinen, sich gar nicht oder nur teilweise auf ihn verlassen zu können.
Handlungsmöglichkeiten in der Praxis: Starten Sie das Zusagenreduzierungsprogramm! Sagen Sie nur dann etwas zu, wenn Sie absolut sicher sind, dies auch tatsächlich einhalten zu können. Bei Unsicherheit halten Sie sich bedeckt und überraschen Ihre Mitarbeiter, indem Sie eine „Zusage einhalten“ (einen Wunsch eines Mitarbeiters berücksichtigen), die Sie nie gegeben haben.

!

Das „Zusagenreduzierungsprogramm“ erleichtert Mitarbeitern und Chef das Leben!

PRAXISMANAGEMENT

GEK-Wartezeitenmanagement organisiert Facharzttermine

Lange Wartezeiten bei der Vergabe eines Arzttermins, insbesondere bei Fachärzten, müssen nach Ansicht der Gmünder Ersatzkassen (GEK) nicht sein. Die GEK hat jetzt bundesweit ein Wartezeitenmanagement installiert, das ihre Versicherten bei der Terminoptimierung unterstützt.
Ob auf dem Bahnhof, an der Grenze oder beim Bäcker: Wartezeiten sind lästig und ärgerlich. Lange Wartezeiten auf einen Arzttermin können darüber hinaus der Gesundheit schaden. Deshalb will die GEK ihren Versicherten helfen, schnell, zuverlässig und kostenfrei möglichst zum Wunschtermin von einem Arzt oder Facharzt untersucht oder behandelt zu werden. Dafür gibt es das GEK-Wartezeitenmanagement, das vom Versicherten über die Telefonnummer 01801/435837646 oder über das Internet www.gek.de beauftragt werden kann.
Die Telefon-Hotline ist zu den normalen Bürozeiten besetzt und kostet aus dem Festnetz den üblichen Ortstarif. Weitere Kosten entstehen für den GEK-Versicherten nicht. Die Krankenkasse garantiert die Bestätigung für den Terminauftrag spätestens 48 Stunden nach dem Erstkontakt. Die GEK kümmert sich nicht nur um neue Termine, sondern auch um bereits vereinbarte Konsultationen, wenn der Versicherte noch länger als sieben Tage darauf warten muss.
Nach Aussage der Pressestelle der GEK ist zurzeit noch nicht geplant, Termine bei Heilmittelerbringern über das Wartezeitenmanagement organisieren zu lassen. Man räume aber einer schnellen Terminvergabe deutliche Priorität ein und könne sich vorstellen, später auch die Terminplanung bei den Therapeuten zu integrieren.

Zurzeit ist nicht geplant, die Termine bei Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten durch das Wartezeitenmanagment erledigen zu lassen.

SELBSTZAHLER

700 Million Euro für rezeptfreie Schmerzmittel

In Apotheken und Supermärkten sind rezeptfreie Schmerzmittel der Renner – 700 Millionen Euro geben die Deutschen pro Jahr dafür aus.
Experten warnen vor einer längeren Einnahme von Kopfschmerz- und Migränemitteln, da diese sonst das genaue Gegenteil bewirken können. Migränespezialist Prof. Hartmut Göbel von der Schmerzklinik Kiel rät, entsprechende Medikamente an maximal zehn Tagen im Monat einzunehmen. Danach sollten Betroffene zum Arzt gehen oder auf homöopathische Alternativen zurückgreifen.
Auch Mittel gegen Gelenk- oder chronische Schmerzen sind problematisch, weil durch die parallel verordnete Ruhe das Schmerzgedächtnis falsch trainiert wird. Die Angst vor Bewegung verstärkt den Schmerz, sodass der Körper nach einem stärkeren Medikament verlangt – ein Teufelskreis, der nur durch aktive Bewegung durchbrochen werden kann.
Angesichts der Bereitschaft der Bevölkerung, für rezeptfreie Schmerzmittel selbst Geld zu investieren, stellt sich die Frage, inwieweit die niedergelassenen Heilmittelerbringer Leistungen speziell für diese Zielgruppe anbieten. Sind „Akuttermine“ im Rahmen der Praxisorganisation möglich und werden sie auch angeboten? Wissen die Patienten um die Möglichkeiten von Heilmittelerbringern? – Ein spannendes Thema für alle Praxen, die sich mit Selbstzahlerleistungen beschäftigen.

?

In wie weit sind die Heilmittelpraxen auf die zunehmende Bereitschaft der Bevölkerung eingestellt, selbst Geld für die Gesundheit auszugeben?

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Beschäftigung im Gesundheitswesen 2006 um 0,8 Prozent gestiegen - Therapeutengruppe wächst schneller

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamts waren zum 31. Dezember 2006 rund 4,3 Millionen Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen beschäftigt. Zwischen 2005 und 2006 stieg die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen um 34.000. Das entspricht einem Beschäftigungswachstum von 0,8 Prozent. Ein überdurchschnittliches Wachstum verzeichnen die Heilmittelerbringer.
In der Statistik des Bundes werden als einzige Heilmittelerbringergruppe die Physiotherapeuten einzeln ausgewiesen. Das Beschäftigungswachstum betrug hier 2,41 Prozent. Ergotherapeuten und Logopäden fallen zurzeit noch in die Gruppe „therapeutische Berufe a.n.g.“. Dazu zählen unter anderem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Logopäden, Motopäden, Orthoptisten und psychologische Psychotherapeuten. Hier liegt das Beschäftigungswachstum bei weit überdurchschnittlichen 5,48 Prozent und bildet damit die am schnellsten wachsende Gruppe.

Mit je 1,8 Millionen Personen arbeitete die Mehrzahl der Beschäftigten (84 Prozent) im Jahr 2006 in Einrichtungen der ambulanten sowie stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung. In der ambulanten Gesundheitsversorgung gab es 2006 mit einem Plus von 7.000 Personen einen schwächeren Zuwachs als im Vorjahr

Ergotherapeuten und Logopäden gehören zu der am stärksten wachsenden Gruppe von Beschäftigten im Gesundheitswesen.

(+ 16.000). Einen Beschäftigungsanstieg verzeichneten 2006 vor allem stationäre und teilstationäre Einrichtungen (+ 16.000), und zwar dort fast ausschließlich im Pflegebereich. Nachdem das Krankenhauspersonal in den drei Jahren von 2003 bis 2005 um insgesamt 50.000 Beschäftigte abgenommen hatte, gab es 2006 erstmals wieder einen leichten Anstieg (+ 1.000).
60 Prozent der 4,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen besaßen eine Vollzeitstelle. Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten im Gesundheitswesen, das sogenannte Vollzeitäquivalent, lag bei 3,3 Millionen. Es stagnierte 2006 mit einem leichten Zuwachs von 1.000 nahezu, denn der Anstieg der Teilzeitbeschäftigten um 3 Prozent und der geringfügig Beschäftigten um 5 Prozent wurde durch den Rückgang der Vollzeitbeschäftigung um 0,9 Prozent fast relativiert. Im Vorjahr war das Vollzeitäquivalent mit einem Minus von 23.000 (- 0,7 Prozent) noch rückläufig.

RECHT/STEUERN

Persönliches Budget: Behinderte haben Rechtsanspruch

Ab dem 1. Januar 2008 haben Menschen mit Behinderung Anspruch auf ein sogenanntes „persönliches Budget“.
Im Rahmen der Fachveranstaltung „Persönliches Budget“ in der Kongresshalle in Saarbrücken informierte Sozialminister Josef Hecken über die Neuerungen der Budgetverordnung. „Der neue Rechtsanspruch sorgt nicht nur dafür, dass Leistungen effizienter und bedarfsgerechter erbracht werden, sondern ermöglicht auch die Selbstbestimmung für behinderte Menschen. Damit steht nicht mehr die fremdbestimmte Betreuung im Mittelpunkt, sondern eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, äußerte Hecken.
Um diese Form der Hilfe in Anspruch nehmen zu können, müssen Betroffene einen entsprechenden Antrag bei der Servicestelle beziehungsweise direkt beim zuständigen Leistungsträger beantragen. Im Rahmen eines „schlanken“ Verwaltungsverfahrens sollen die Anträge zügig bearbeitet werden. Nach mindestens zwei Jahren wird der Bedarf erneut geprüft und das persönliche Budget möglicherweise an Veränderungen angepasst.
Das bedeute, dass dem Wunsch- und Wahlrecht der potenziellen Budgetnehmer/-innen in vollem Umfang entsprochen werde, und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich alle Anträge auf Bewilligung von persönlichen Budgets zu genehmigen seien, sagte Hecken. Rechtsgrundlage der neuen Leistungsform sei das SGB IX mit Konkretisierung in den einzelnen Leistungsgesetzen sowie der Budgetverordnung. Sind im Einzelfall mehrere Leistungsträger beteiligt, kann ein persönliches Budget trägerübergreifend erbracht werden.
Dem Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget gingen Erprobungen in insgesamt 14 Modellregionen in acht Bundesländern voraus. Bis Mai 2007 wurden dort insgesamt 494 persönliche Budgets bewilligt. Darüber hinaus sind weitere 353 bewilligte Budgets aus anderen Regionen dokumentiert.

Impressum • 01/2008
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1 – 7 • 24223 Raisdorf
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
http://www.buchner.de

in Kooperation mit
dem Georg Thieme Verlag, Stuttgart
www.thieme.de

Dieser Newsletter ist Bestandteil des praxiswissen24-Abonnements. Wenn Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an kontakt@praxiswissen24.de.