01/2009

Unternehmen Praxis

praxis wissen 24

Aktuell

Heilmittelausgaben steigen, Kürzungen für einige Facharztgruppen

Heilmittelrichtgrößen 2009 liegen für viele KVen schon vor 4

Berufspolitik

Forderung der Tagung „Assessments in der Physiotherapie“

Sicht von Patienten mehr berücksichtigen 9

Praxismanagement

Gute Vorsätze und Qualitätsziele für 2009 erarbeiten und umsetzen

Planung für Praxisziele durch Vergleiche klarer machen 15

Schulmediziner stoßen bei der Therapie von Rückenbeschwerden an ihre Grenzen

Zahl der Rückenpatienten seit 1998 deutlich gestiegen

Die Zahl der Rückenpatienten in Deutschland ist in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen. Das fand eine Langzeitstudie im Auftrag der BKK heraus. Der Kostenfaktor für Rückenpatienten ist enorm, eine Lösung des Problems scheinbar nicht in Sicht.

„Guten Tag, ich habe Rückenschmerzen“. Diesen Satz hören Physiotherapeuten fast täglich in ihrer Praxis. Und die Zahl der Rückenpatienten nimmt immer mehr zu. Der BKK Bundesverband bestätigt dies mit einer Langzeitstudie zum Thema Rückengesundheit. Danach leiden zwei Drittel der Deutschen unter Rückenschmerzen. Vor zehn Jahren war es nur die Hälfte. Allerdings gehen nur noch ein Drittel der Betroffenen heute zum Arzt, stellt die Studie fest – 1998 waren es noch 54 Prozent. Im gleichen Zeitraum sei aber auch die medikamentöse Therapie von Seiten der Ärzte gestiegen, statt 47 bekämen jetzt 64 Prozent der Befragten Medikamente. Auch die Verordnungen für Krankengymnastik hätten stark zugenommen: Bekamen 1998 nur 22 Prozent der Betroffenen ein Rezept, verließen heute bereits 61 Prozent die Arztpraxis mit einer Verordnung für Krankengymnastik.

Mehr Verordnungen = bessere Therapie?

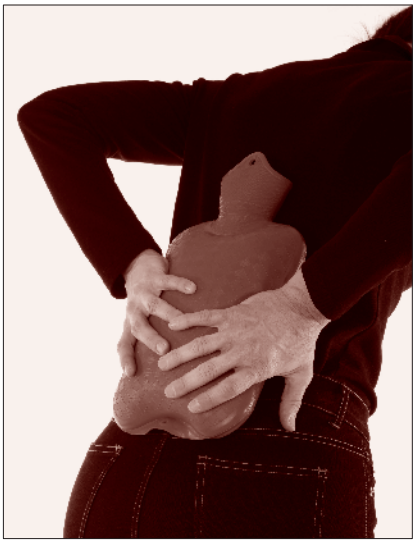
Diagnosen wie „Lumbalsyndrom“ sind wenig aussagekräftig, kommen dafür aber umso häufiger vor. 73 Prozent der Befragten gaben an, der Schmerz sitze bei ihnen im Lendenwirbelbereich. Dem Physiotherapeuten bleiben in der Regel sechs Behandlungen, um den Patienten schmerzfrei zu bekommen. Das gelingt nicht immer. Rund 81 Prozent der Patienten bekommen, laut Studie, nach der ärztlich verordneten Maßnahme wieder Schmerzen.

Auf dem 33. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der Bundesärztekammer in Berlin wurde über Lösungen zum Thema Rückenschmerzen diskutiert. Die klassische medizinische Sichtweise stoße bei Rückenbeschwerden an ihre Grenzen, erklärte Professor Jan Hildebrandt, Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Verfahren nicht effektiv

Nicht effektiv seien die meisten Verfahren zur Behandlung akuter und chronischer Rückenschmerzen, die sich strengen wissenschaftlichen Untersuchungen unterzogen haben, so Hildebrandt weiter. Ob Injektionen, muskuläre Infiltration oder Facettenblockaden, Bettruhe, Korsetts, Bandagen oder physikalische Therapieverfahren wie Wärme- und Kälteanwendungen sowie Elektrotherapie, Bäder, Akupunktur und elektrische Nervenstimulation (TENS) – die Wirksamkeit konnte bislang nicht nachgewiesen werden.

In der Rückenschmerzumfrage werden insgesamt 4.055 Rückenschmerz-Betroffene segmentiert und signifikante Rückenschmerz-Typen identifiziert. Die größte Gruppe sind mit 46 Prozent „Personen mit gelegentlichen Kreuzschmerzen“. Sie würden eher selten unter Rückenschmerzen leiden und trieben häufig drei bis sechs Mal pro Woche Sport. Die verordneten Maßnahmen führten bei dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig zu einer kompletten bzw. längeren Schmerzfreiheit. Das verwundert nicht weiter. Wer regelmäßig Sport treibt, hat ganz andere körperliche Voraussetzungen als Menschen, die sich nie bewegen.



Ärzte können die Wirksamkeit ihrer Therapie nicht belegen und setzen jetzt vermehrt auf Sport und Physiotherapie!

Prof. Hildebrandt sieht die Lösung in mehr Eigenverantwortung des Patienten. Es müsse eine alltagstaugliche Rückenbelastbarkeit angestrebt werden. Die Patienten sollten dabei – unter kontrollierten Bedingungen – die Erfahrung machen, dass Bewegung und Belastung ihnen nicht schaden, sondern im Gegenteil zur Aufrechterhaltung des gesamten körperlichen Systems notwendig seien. Ein sport- oder krankengymnastisches Training könne auf diese Weise – neben den primären Zielen der Verbesserung der Körperkoordination, Gelenkfunktion, Muskelkraft- und Ausdauersteigerung – auch zu positiven Verhaltensänderungen führen, so das Fazit von Prof. Hildebrandt.

ko

Hinweis: Lesen Sie dazu auch unseren Kommentar auf Seite 2.

Kommentar

Besser machen!

Liebe Leser,

es hat etwas gedauert. Aber besser spät als nie. Auch die Ärzte haben nun erkannt, dass sie mit Operationen und Spritzen bei Rückenpatienten nicht weiter kommen. Da könnten wir Therapeuten uns jetzt ja hämisch die Hände reiben und besserwisserisch verkünden: „Haben wir schon immer gewusst."

Das tun wir aber nicht. Obwohl wir schon längst nach alternativen Lösungen Ausschau gehalten, ganzheitliche Therapiemodelle entwickelt und über den evidenzbasierten Tellerrand hinausgeschaut haben. Aber Triumph ist hier nicht angemessen. Denn erstens haben auch wir nicht das ultimative Erfolgsrezept für die Rückenprobleme dieser Welt entdeckt. Und zweitens kommen wir mit Besserwisserei nicht weiter. Es bringt einfach niemandem etwas, wenn Ärzte und Therapeuten ständig gegeneinander wettern. Besser wäre eine fruchtbare Zusammenarbeit im Sinne des Patienten.

Leider scheinen die Ärzte noch nicht auf diese Idee gekommen zu sein. Sie haben zwar das Scheitern ihrer schulmedizinischen Therapiemethoden wissenschaftlich belegt, zaubern aber nun eine unglaublich einfache Lösung aus dem Hut: Die Patienten sollen in Zukunft selber für einen gesunden Rücken sorgen! Immerhin wird dazu ausdrücklich Krankengymnastik und Sport empfohlen. Bei näherem Hinsehen ist dieser Vorschlag ähnlich absurd wie die Diagnose „Lumbalsyndrom". Sollen die Rückenpatienten in spe sich in Zukunft ein Rezept vom Arzt holen, über sechs Mal präventiv Krankengymnastik? Ganz nach dem Motto: Hallo Doc, mein Rücken könnte mir in Zukunft vielleicht weh tun, schreib mir mal was auf?

Anstatt ernsthaft nach gemeinsamen, interdisziplinären Lösungen zu suchen, geben die Mediziner die Verantwortung an Patient und Therapeut ab. Die Zahl der Rückenpatienten ist in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen. Bis die Ärzte zu der Erkenntnis kommen, dass eine enge Zusammenarbeit mit Therapeuten durchaus effektiv wäre, können Physiotherapeuten ihr Angebot für Rückenpatienten weiter verbessern, zum Beispiel durch interdisziplinäre Kooperationen mit Verhaltenstherapeuten. Also: nicht besser wissen – besser machen.

Ihre

Heidi Kohlwes

Urteil des Bundesgerichtshofes

Produktverkauf in Praxen ist zulässig

Der Produktverkauf in Praxen ist zulässig. Dies hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden und wird damit auch die Bedenken vieler Therapeuten zerstreuen, die dies bislang abgelehnt hatten. Als Haupthindernis wurden oft rechtliche und ethische Bedenken genannt – und dabei auf Ärzte verwiesen, denen ähnliche Beschränkungen auferlegt seien.

Doch der Verweis auf die Ärzte zieht nicht mehr. Denn mit der BGH-Entscheidung ist eine durch unterschiedliche Rechtsprechung ausgelöste Unsicherheit beendet worden. Strittig war, ob Ärzte für eine gewerbliche Beratung ihre Praxisräume nutzen dürfen oder nicht. Wegen der unsicheren Rechtslage hatten auch viele Therapeuten auf einen Produktverkauf in ihren Räumen verzichtet, weil sie befürchteten, damit gegen Berufs- und Wettbewerbsrecht zu verstoßen.

Inzwischen hat der BGH aber klargestellt, dass beispielsweise eine gewerbliche Ernährungsberatung in den Praxisräumen nicht dem ärztlichen Berufsrecht widerspricht, wenn der Arzt sie von seiner freiberuflichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer und rechtlicher Hinsicht getrennt hält. Die Richter halten eine andere Tätigkeit von Ärzten für grundsätzlich erlaubt – auch wenn dies für gewerbliche Zwecke geschieht.

Unzulässig wird dies für die Ärzte erst dann, wenn der Arztberuf damit kommerzialisiert wird. Dies sehen die Richter aber nicht als gegeben an, wenn ein Arzt in seinen Praxisräumen Informationsveranstaltungen abhält. Nach Ansicht der Richter halten Patienten etwa eine Diätberatung durch einen Arzt nicht für ungewöhnlich, sondern erwarten, dass dabei medizinische Kenntnisse berücksichtigt werden. Die Patienten würden eine solche Beratung nicht dahingehend werten, dass der Arzt sein Verhalten nur an rein ökonomischen Aspekten orientiert.

Noch nicht abschließend geklärt ist dagegen die Frage des Produktverkaufs in Arztpraxen. Dennoch lässt sich aus dem Urteil schließen, dass ärztliche Tätigkeit zum Wohle des Patienten mit einer gewerblichen Tätigkeit vereinbar ist. Gleiches dürfte für die therapeutische Tätigkeit gelten. Dennoch sollten Therapeuten genau überlegen, in welche Richtung sie eine gewerbliche Tätigkeit ausüben. Erfolgversprechend dürften Produkte oder Leistungen sein, die mit der therapeutischen Tätigkeit in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden. *di*

Service: Das Urteil können Sie bei der praxiswissen24-Hotline als Datei abrufen. (BGH, Az: I ZR 75/05)

Bundesregierung plant Änderungen beim Krankengeld für Selbständige

Anspruch auf Krankengeld ab siebter Woche?

Beim Krankengeld für Selbstständige stehen schon wieder Änderungen ins Haus. Die Bundesregierung plant laut Zeitungsberichten nun doch, einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche zum Einheitsbeitrag zu ermöglichen. Zugleich bemüht sich die Regierung um ein positives Bild über den gerade gestarteten Gesundheitsfonds.

Zum Jahresbeginn hatte die Regierung mit dem Start des Gesundheitsfonds den Krankengeldanspruch für Selbstständige abgeschafft. Für die rund 1,5 Millionen freiwillig in den gesetzlichen Kassen versicherten Selbstständigen – darunter auch viele Therapeuten – bestanden damit zur Absicherung im Krankheitsfall drei Alternativen. Wie berichtet, mussten sie sich entscheiden zwischen:

1. Der gesetzlichen Kasse kündigen und in die private Krankenversicherung wechseln. Hierbei war die Prämienhöhe zu bedenken.
2. In der gesetzlichen Kasse bleiben und zusätzlich eine private Krankentagegeldversicherung abschließen. Die Prämienhöhe hängt vom Alter ab.
3. In der gesetzlichen Kasse bleiben und einen Wahltarif für Krankengeld bei einer gesetzlichen Kasse abschließen. Dies geht mit einer dreijährigen Vertragsbindung einher.

Nicht bekannt ist, in welchem Umfang sich die Betroffenen für eine der drei Alternativen entschieden haben. In einem Referentenentwurf ist nun geplant, rückwirkend zum Jahresbeginn den Krankengeldanspruch zum normalen Beitragssatz doch zu ermöglichen. Nur die Absicherung bis zur siebten Woche müsste weiterhin extra abgesichert werden. Von der erneuten Änderung würden besonders ältere Versicherte profitieren. Für sie war die eigene Absicherung vergleichsweise teuer.

Bundesregierung will Gesundheitsfonds als Erfolg darstellen und feilt doch schon an den nächsten Änderungen beim Krankengeld.

Trotz der schnellen Änderung bemüht sich die Bundesregierung, den Gesundheitsfonds insgesamt als Erfolg darzustellen. „Der allgemeine Beitragssatz beendet den unfairen Wettbewerb um den niedrigsten Beitragssatz. Vielmehr eröffnet er einen fairen Wettbewerb um den besten Service und Zusatzleistungen für die Versicherten. Nutznießer sind die Versicherten“, teilte die Bundesregierung eine Woche nach dem Start des umstrittenen Fonds mit. Nach ihrer Darstellung reagieren Kassen auf die neuen Bedingungen, indem sie sich verstärkt um Kooperationsverträge mit Medizinischen Versorgungszentren und „Partnerärzten“ bemühen. In solchen Verträgen könnten etwa Termine innerhalb bestimmter Fristen vereinbart werden.

di

Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung als Richtschnur

Neuer Basistarif ermöglicht Wechsel der PKV

Mit Jahresbeginn gelten wichtige Neuerungen in der privaten Krankenversicherung. So wurde am 1. Januar der neue Basistarif eingeführt, den alle privaten Krankenversicherer anbieten müssen. Versicherte, die diesen Tarif wünschen, dürfen vom Versicherungsunternehmen nicht abgewiesen werden.

Für Therapeuten könnte dies für den eigenen privaten Versicherungsschutz interessant sein. Gleichzeitig müssen sie aber prüfen, welche Auswirkungen das neue Angebot auf ihre Patienten hat. Bei einem Wechsel in den Basistarif kann sich dies auf die in Anspruch genommenen Leistungen und auf deren Bezahlung auswirken.

Der Basistarif legt den Versicherungen starke Fesseln an: Sie dürfen weder Zuschläge wegen eines erhöhten gesundheitlichen Risikos erheben, noch dürfen sie Leistungen ausschließen. Als Richtschnur gilt der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die Prämie orientiert sich an der GKV: Sie darf den Höchstbeitrag von derzeit rund 570 Euro nicht überschreiten.

Die privaten Krankenversicherungen hatten sich lange gegen den für sie unattraktiven Basistarif gewehrt. Zwar bietet er die Chance, dass bislang GKV-Versicherte in die PKV wechseln. Dies gilt aber als wenig wahrscheinlich, da deren Beitrag in der Regel niedriger ist. Der Basistarif birgt zugleich das Risiko, dass Privatversicherte aus den herkömmlichen Tarifen in den günstigeren Tarif wechseln. Denn auch das Wechselrecht wurde neu geregelt. Wer bereits privat versichert ist, kann bis Mitte des Jahres in den Basistarif einer anderen Versicherung wechseln. Wer 55 Jahre oder älter ist oder schon Rente/Pension bezieht, kann ohnehin jederzeit wechseln. Gleiches gilt für Personen, die nachweisen können, dass sie die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen können.

Die Wechselfrist läuft vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009.

Das Problem für die Versicherungen: Die Wechsler können anders als bisher ihre Altersrückstellungen mitnehmen. Diese Rücklagen für den höheren medizinischen Versorgungsbedarf im Alter blieben früher bei der Alt-Versicherung. Für ältere Versicherte war daher ein Wechsel praktisch ausgeschlossen. Denn um ihren Versorgungsbedarf mit Prämien abzudecken, wäre nach dem Wechsel eine extrem hohe Prämie erforderlich gewesen.

Unklar ist allerdings, wie stark Versicherte von ihrem Wechselrecht Gebrauch machen. Laut einer Studie vom Herbst vergangenen Jahres planen angeblich nur zwei Prozent einen Wechsel. Hinzu kommt, dass die meisten Privatversicherten sich über die neuen Angebote kaum informiert fühlen.

Wer einen Wechsel plant, sollte vorher verschiedene Angebote einholen. Im Internet gibt es zahlreiche Portale, die Vergleichsrechnungen anstellen. Dabei sollte man sich nicht auf ein Portal beschränken. Oft ist nicht ersichtlich, welche Interessen dahinter stehen.

di

Heilmittelausgaben steigen, aber auch Kürzungen für einige Facharztgruppen

Heilmittelrichtgrößen für 2009 liegen vor

Die Heilmittelrichtgrößen für 2009 liegen jetzt vor. Die gute Nachricht: In allen Bundesländern steigen die Ausgaben für Heilmittel, dagegen müssen aber auch einige Facharztgruppen mit Einbußen rechnen. praxiswissen24 gibt einen Überblick über die Vereinbarungen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in den Ländern.

Baden-Württemberg

Die Richtgrößen in Baden-Württemberg sind fast immer zweistellig – und meist auf hohem Niveau. Doch die aktuellen Richtgrößen beispielsweise für Kinderärzte bedeuten im Vergleich zu 2008 einen Rückgang von mehr als 20 Prozent (2008: 16,95 € / 2009: 13,52 €). Auch andere Facharztgruppen mussten Abschläge bis zu teilweise 34 Prozent hinnehmen. Dennoch hätten die Ärzte der meisten anderen KVen in Deutschland gern die jetzt niedrigeren Richtgrößen in Baden-Württemberg, denn sie bleiben auf unerreicht hohem Niveau. Damit Sie sehen können, welche Ihrer Fachärzte von den veränderten Richtgrößen besonders betroffen sind, haben wir eine Vergleichsliste für Sie vorbereitet, die Sie bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos abrufen können.

Die KV Bayern hatte schon 2008 keine Heilmittel-Richtgrößen vereinbart. Nachdem für 2009 keine Arzneimittel-Richtgrößen vereinbart wurden, könnte es auch in 2009 ein Jahr werden, in dem wie gehabt nach Durchschnittswerten geprüft wird.

Berlin

Nach der Einigung der Kassen und Kassenärztlichen Vereinigung in Berlin steigt die Richtgrößenvereinbarung um rund 5,4 Prozent. Außerdem bleiben Ergotherapie und Logopädie auch in 2009 Vorab-Praxisbesonderheiten. Die in der Richtgrößenvereinbarung 2009 vorgesehen Vorab-Praxisbesonderheiten müssen allerdings die Vorgaben des Heilmittelkatalogs exakt einhalten. Wenn nicht, droht ein Regress. Als Vorab-Praxisbesonderheiten gelten im Bereich der Physiotherapie nach wie vor Heilmittelverordnungen bei den folgenden Indikationen: Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Onkologische Erkrankungen, Multiple Sklerose, Mukoviszidose, Heilmittel im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.

Bremen

Immerhin 4,5 Prozent höhere Richtgrößen für 2009 haben Kassen und Kassenärztliche Vereinigung in Bremen vereinbart. Nach zwei Jahren mit sinkenden Heilmittelausgaben könnte diese Vereinbarung den Ärzten Mut machen, wieder angemessen Heilmittel zu verordnen. 29 Millionen Euro dürfen die Ärzte in Bremen in 2009 für Heilmittel ausgeben. Frauenärzte dürfen sich darüber freuen, dass ihre Richtgröße überproportional erhöht wurde – um fast 15 Prozent! Alle anderen Facharztgruppen haben rund vier Prozent höhere Richtgrößen. Vorab-Praxisbesonderheiten wurden für Heilmittel nicht vereinbart.

Hessen

Das Heilmittelausgabenvolumen im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen soll nach einer Vereinbarung zwischen Kassen und KV um 1,9 Prozent im Vergleich zu 2008 steigen. Damit soll die Versorgung aller Patienten mit Heilmitteln sichergestellt sein.

Die Richtgrößen je Facharztgruppe liegen noch nicht vor, so dass man gespannt sein darf, wie groß die Verlagerungen der Richtgrößen zwischen den Facharztgruppen sein werden. Bis zur Veröffentlichung der neuen Richtgrößen gelten die alten weiter. Das gilt auch für die Vorab-Praxisbesonderheiten.

Niedersachsen

354 Millionen Euro können im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen von den Ärzten 2009 an Heilmitteln verordnet werden. Das entspricht einer Steigerung des Heilmittelausgabenvolumens von 2,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Sowohl für den Arzneimittelbereich als auch für den Heilmittelbereich wurde zwischen Kassen und KV vereinbart, dass bei Einhaltung der Budgets keine Richtgrößenprüfungen für das Jahr 2009 durchgeführt werden. Für das Jahr 2008 war ein Rückgang der Heilmittelausgaben um 3 Prozent vereinbart worden, so dass der Anstieg in 2009 nichts weiter bedeutet, als dass die Heilmittelausgaben immer noch unter der Vereinbarung von 2007 liegen.

Im Gegensatz zu den Vereinbarungen zwischen Kassen und KV verbuchten die niedersächsischen Ärzte im ersten Halbjahr 2008 einen Heilmittelausgabenzuwachs von rund 3,3 Prozent. Damit dürfte fraglich sein, ob die Sparziele in 2008 noch erreicht wurden und es wirklich zu einem Verzicht auf Richtgrößenprüfungen kommt

Die detaillierten Richtgrößen für die Facharztgruppen und die Heilmittelvereinbarung liegen im Original noch nicht vor.

Nordrhein

Für 2009 haben sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein auf ein Ausgabenvolumen für Heilmittel von 404 Millionen Euro geeinigt. Damit bleiben die Richtgrößen auf Vorjahresniveau, innerhalb der Facharztgruppen ist es aber zu leichten Verschiebungen gekommen.

Für die hausärztlichen Internisten, Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte gibt es 2009 eine Richtgröße. Denn die Ärztinnen und Ärzte dieser Gruppen versorgen eine nahezu identische Klientel, was die Morbiditätsstatistik belegt. Die Richtgröße beträgt 5,12 Euro für Mitglieder und Familienmitversicherte und 14,64 Euro für Rentner. Das ist weniger als den Allgemeinmedizinern 2008 zur Verfügung stand und deutlich höher als die alte Richtgröße der hausärztlichen Internisten.

Die Richtgrößen der Kinder- und Jugendärzte steigen leicht, wie auch die der Orthopäden und der Facharztinternisten. Noch sparsamer mit Heilmittelverordnungen umgehen müssen HNO-Ärzte und Chirurgen. Die Änderungen resultieren vor allem aus „Wanderbewegungen“ der Patienten. Diese führen zu

Fortsetzung:

einem veränderten Morbiditätsspektrum der Patienten in den Fachgruppen. Ein Übersicht der veränderten Richtgrößen nach Facharztgruppen erhalten Sie kostenlos bei der praxiwissen24-Hotline.

Bei den Praxisbesonderheiten bleibt erfreulicherweise alles, wie es ist. Damit haben die Ärzte der KV Nordrhein weiterhin die bundesweit umfangreichste Liste an Vorab-Praxisbesonderheiten.

Rheinland-Pfalz

Mit der Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung 2009 haben sich Kassen und Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz jetzt auf Heilmittelausgabenvolumen und arztindividuelle Richtgrößen geeinigt. Das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen in Höhe von knapp 184 Millionen Euro führt zu einem um 4,4 Prozent erhöhten Richtgrößenvolumen für alle von Richtgrößen betroffenen Facharztgruppen im Gebiet der KV Rheinland-Pfalz. Sogenannte Vorab-Praxisbesonderheiten wurden nicht vereinbart.

Sachsen

Kassen und Kassenärztliche Vereinigung in Sachsen sind sich zwar im Bereich der Arzneimittelverordnung noch nicht einig, aber die Heilmittelrichtgrößen für 2009 sind bereits ausgehandelt. Fast alle ärztlichen Fachgruppen können in 2009 über rund 3 Prozent höhere Heilmittelrichtgrößen verfügen. Nur die Orthopäden müssen einen Rückgang ihrer Richtgrößen um rund 7 Prozent verkraften.

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt sind die Heilmittelrichtgrößen für 2008 nachträglich um 6,4 Prozent erhöht worden. Für 2009 wurde ein Heilmittelausgabenvolumen von 87,6 Millionen Euro vereinbart. Das bedeutet für die Richtgrößen in 2009 eine nochmalige Steigerung von knapp über 6 Prozent. Die nachträgliche Erhöhung der Richtgrößen für 2008 dient der Verbesserung der Situation der Ärzte bei eventuellen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Eine Vergleichstabelle der alten und neuen Richtgrößen mit den Veränderungen der einzelnen Facharztgruppen können Sie bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos abrufen.

Westfalen-Lippe

296 Millionen Euro beträgt das Heilmittelausgabenvolumen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für das Jahr 2009. Damit erhöht sich das „Heilmittelbudget“ um 3,64 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Die Richtgrößenvereinbarung und die Heilmittelvereinbarung wurden jetzt veröffentlicht. Danach profitieren die Allgemeinärzte mit einem Zuwachs von 10 (AV) bzw. 8,6 (RV) Prozent am meisten von der Anhebung der Richtgrößen. HNO- und Reha-Ärzte müssen mit den Vorjahreswerten auskommen. Vorab-Praxisbesonderheiten wurden für Heilmittel nicht vereinbart,

Auf den Serviceseiten www.heilmittel-regress.de finden Sie stets aktuelle Informationen und Hilfe zum Thema

zwei Protokollnotizen zu der Heilmittelvereinbarung zeigen jedoch auf, dass die KV-Westfalen-Lippe den Ärzten mehr Regresssicherheit bieten will.

So wird angemerkt, dass „eine überdurchschnittliche Verordnung von Heilmitteln, für die die Krankenkasse eine generelle Freistellung vom Genehmigungsvorbehalt erklärt hat,“ einen Mehraufwand begründen kann. Allerdings schließe dies jedoch nicht aus, „dass ein Vertragsarzt mit seinen Heilmittelverordnungen insgesamt in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden kann“.

In 2009 werden KVen und Kassen für den Bereich Logo-/Ergotherapie Kriterien für die standardisierte Erkennung von Praxisbesonderheiten erarbeiten. Bis dahin empfehlen die Vertragspartner der Prüfstelle, in diesem Bereich grundsätzlich Beratungen auszusprechen, sprich auf eine Inregressnahme zu verzichten.

bu

Hinweis: In den KVen, die noch keine Richtgrößen für 2009 mit den Kassen vereinbart haben, gelten bis zur Festlegung der neuen Werte weiterhin die Richtgrößen aus 2008. Erfahrungsgemäß kann es bis September oder Oktober dauern bis Richtgrößen für alle KV-Gebiete abgeschlossen worden sind. Wir informieren Sie über die aktuellen Entwicklungen.

Service: Die Richtgrößen finden Sie auf der Internetseite der einzelnen KVen, auf unserer Service-Seite www.heilmittel-regress.de oder können Sie bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos als Datei abrufen.
Das aktualisierte Richtgrößen-Controlling-Tool erhalten Sie zur Weitergabe an Ihre Ärzte ebenfalls im Internet oder an der Hotline.

Aktuelle Seminartermine für das Seminar Heilmittel-Regress-Prophylaxe erfragen Sie bitte bei der praxiswissen24-Hotline. Hier können Sie auch Ihren Seminargutschein einlösen und sich intensiv mit dem Thema vertraut machen.

Mit funktioneller Muskeltherapie Schmerzpatienten helfen

Neue Therapiemethode auf Erfolgskurs

Fortbildungen gehören zum Alltag von Therapeuten. Was passiert aber, wenn unter allen Seminaren nicht die richtige Therapiemethode entdeckt werden kann? Ganz einfach: Man entwickelt eine eigene. Physiotherapeutin und Heilpraktikerin Bettina Tamura ist diesen Weg gegangen und hat die „Funktionelle Muskeltherapie nach Tamura“ (FMT) für sich entdeckt – um besonders chronischen Schmerzpatienten zu helfen.

Für den, der ohne Schmerzen leben will, spielt der Preis der Therapie eine untergeordnete Rolle.

„Es ist gar nicht so einfach, die Effektivität einer neuen Therapiemethode mit Worten zu vermitteln“, erzählt Bettina Tamura. Der „Aha-Effekt“ komme in der Regel erst in der Praxis. Trotzdem hat es die Physiotherapeutin geschafft, Patienten und Therapeuten von ihrer „Funktionellen Muskeltherapie“ zu überzeugen. Seit 1999 hat sie ihre eigene Privatpraxis in Celle und Berlin. Dort behandelt sie ausschließlich Privatpatienten und Selbstzahler mit ihrer Therapie – auf Verordnungen sei sie nicht angewiesen. Dabei hat sich die 50jährige auf Schmerzpatienten spezialisiert: „Zu mir kommen Patienten, die schon einen langen Leidensweg hinter sich haben. Sie möchten in erster Linie ohne Schmerzen leben. Geld spielt da in der Regel eine zweitrangige Rolle.“

Patienten zu helfen und sie von ihren Schmerzen zu befreien, das war schon immer das Ziel von Bettina Tamura. Ihr ganzes Berufsleben war die Physiotherapeutin auf der Suche nach einem guten Behandlungskonzept. Nach ihrem Abschluss 1981 stürzte sie sich enthusiastisch in die große, weite Welt der physikalischen Therapie. Sie absolvierte alle Kurse in der Funktionellen Bewegungslehre und ließ sich zur Brügger Instructorin ausbilden. Nach einigen Jahren in der freien Praxis begann sie eine Lehrtätigkeit an der Physiotherapieschule in Lahr im Schwarzwald. „Ich habe während meiner Arbeit immer gemerkt, dass ich irgendwann an Grenzen stoße und nicht weiterkomme.“

Also begann sie selbst neue Wege zu beschreiten, schaute genau hin, fragte nach, probierte aus – und fand heraus: der Schlüssel vieler Schmerzprobleme liegt im Muskelsystem. „Das Muskelsystem ist ein Organ, das immer als ganzes betrachtet werden muss.“ Wenn also einem Patienten die Schulter weh tut, könne man sich nicht nur auf die schulterumgebende Muskulatur beschränken, sondern müsse das komplette Muskelsystem untersuchen. Zudem würden Schmerz und Ursache in den seltensten Fällen am gleichen Ort liegen. Fazit für Tamura: Es gibt Störungen im Muskelsystem, die massive Schmerzen verursachen können. Diese sind aber weder auf einem Röntgenbild zu sehen, noch sonst bildlich darzustellen. „Man kann diese Störungen nur funktionell untersuchen. Dazu hat ein Orthopäde meist weder die Zeit noch das fachliche Können.“

Um ein professionelles Behandlungskonzept zu schaffen, systematisierte Tamura ihre Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen. 2002 begann sie, andere Therapeuten in der FMT auszubilden. „Anfangs waren es gerade mal vier Teilnehmer und der zwei-Tages-Kurs kostete 95 Euro“ schmunzelt Tamura. Heute sind ihre Kurse voll belegt, finden in ganz Deutschland statt und kosten pro Wochenendkurs 140 Euro. Immer noch ein sehr günstiger Preis. Bettina Tamura ist noch längst nicht am Ende angelangt. 2009 wird es erstmals eine Abschlussprüfung geben. Therapeuten dürfen sich dann offiziell FMT Therapeut nennen. Außerdem arbeitet sie an einem Buch über FMT.

Therapeuten können die FMT als Selbstzahlerleistung in der Praxis anbieten und sich damit ein zusätzliches Standbein schaffen. „Eine Erstuntersuchung kostet bei mir 120 Euro für 90 Minuten. Jede weitere Behandlung kostet 45 Euro und dauert 45 Minuten“ erklärt Tamura. Damit die Teilnehmer der FMT Kurse immer aktuell über Neuigkeiten in der Therapie informiert sind, gibt die Physiotherapeutin zweimal im Jahr das „Minikomm“ raus. Ein kostenloser Newsletter mit therapeutischen Tipps und Tricks in der FMT, der auch anhand von Fallbeispielen Behandlungslösungen aufzeigt.

Bettina Tamura hat ihre Therapiemethode für sich gefunden. Ein langer Weg, der viel Engagement forderte. Aber es hat sich gelohnt. „Wenn meine Patienten schmerzfrei aus der Praxis gehen, ist das für mich der größte Erfolg.“ *ko*

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) geht an den Start

24 Millionen Versicherte unter einem Dach

Zum 1. Januar 2009 haben sich die acht Ersatzkassen mit mehr als 24 Millionen Versicherten im "Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)" zusammengeschlossen.

Der vdek ist aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. hervorgegangen. Damit haben sich nun alle acht Ersatzkassen unter dem Dach des vdek zusammengeschlossen: Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Techniker Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Gmünder ErsatzKasse – GEK, Hamburg Münchener Krankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse und hkk.

Gleichzeitig präsentiert sich der Verband der Ersatzkassen mit einem neuen Erscheinungsbild, das auch der modernisierten Organisationsstruktur des Verbandes Rechnung tragen soll. Auch die Internetadressen haben sich verändert. Der vdek ist jetzt im Internet unter www.vdek.com erreichbar. *bu*

Rehazentrum Schwerin zeigt, wie man Ergebnisse präsentieren kann

Positive Erfahrungen mit dem Qualitätsbericht

Das Rehazentrum Schwerin hat im vergangenen Jahr erstmals einen Qualitätsbericht herausgegeben, der an die wichtigsten Einweiser und Kostenträger versandt wurde und damit positive Erfahrungen gemacht.

Wie entwickeln sich die Fallzahlen in der ambulanten Physiotherapie? Welche Tendenz gibt es bei den Verordnungen für manuelle Therapien? Wie beurteilen die Patienten einzelne Leistungsbereiche des Hauses und wo sehen Mitarbeiter Verbesserungspotenzial? Themen, die die meisten Unternehmen im Gesundheitswesen als hochbrisantes Material betrachten, das oft nur die Geschäftsleitung zu sehen bekommt. Der Öffentlichkeit aber und auch den Kooperationspartnern werden diese Daten oft vorenthalten.

Anders das Rehazentrum Schwerin, das sich entschieden hat, freiwillig einen solchen Bericht zu erstellen. Mit-Geschäftsführer German Ross räumt ein, dass auch in seinem Haus vor der Veröffentlichung teilweise heftig diskutiert wurde. Ein strittiger Punkt war, als sich nach einer Patientenbefragung herausstellte, dass sich die Zufriedenheit der Patienten mit den eigenen Erfahrungen während des Rehaverlaufs verschlechtert hatte. Der Wert von 0,69 auf einer Skala zwischen plus zwei und minus zwei sorgte innerbetrieblich für eine Diskussion, ob dies im Qualitätsbericht erscheinen sollte. „Wir haben uns dafür entschieden, weil es die Glaubwürdigkeit erhöht, wenn auch solche Ergebnisse erscheinen, bei denen noch Verbesserungspotenzial besteht“, sagte Ross „praxiswissen24“.

Auf zwei bis drei Tage beziffert der diplomierte Sportwissenschaftler die Arbeitszeit in seinem Hause für die Aufbereitung der Daten. Allerdings gibt es im Rehazentrum bereits ein standardisiertes Verfahren, mit dem die vorliegenden Informationen über die eigene Arbeit zu Kennzahlen verdichtet werden. Mit der grafischen Aufbereitung wurde eine Werbeagentur beauftragt. Die Gesamtkosten für die Arbeit externer Dienstleister am 66seitigen Werk liegen laut Ross bei rund 4000 Euro. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Texte im Hause selbst erstellt werden und die Agentur Fotos über die Arbeit im Rehazentrum aus einem Archiv auswählen kann. Die Auflage beträgt 100 Exemplare, die zielgerichtet verschickt werden, darunter sind die 20 wichtigsten Einweiser, Geschäftsführer von Kliniken und Vertreter von Kostenträgern. Einer von ihnen hat bereits reagiert: Eine Berufsgenossenschaft hat den Bericht zum Anlass genommen, über eine intensivere Kooperation mit dem Rehazentrum zu sprechen – Ergebnis war eine konkrete Vereinbarung über die Zusammenarbeit. Ross erwartet, dass der Qualitätsbericht auch in weiteren Gesprächen mit Kostenträgern eine Rolle spielen wird.

Das Rehazentrum sieht den ersten Qualitätsbericht nur als Auftakt für eine kontinuierliche Berichterstattung. Schwerpunkt des Hauses ist die ambulante Reha. Durchschnittlich 35 Patienten pro Tag werden dort behandelt, dies entspricht einer Auslastung von über 88 Prozent. Wichtigster Kostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung, gefolgt von der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Bereich Heilmittel liegt der Versorgungsschwerpunkt in der ambulanten Physiotherapie und Ergotherapie von neurologischen Erkrankungen. Rund 61 Patienten pro Tag in der Physiotherapie und neun in der Ergotherapie werden im Haus behandelt. Weitere Informationen unter www.reha-schwerin.de *di*

Wer den Therapiebericht lesen möchte, kann ihn als PDF-Datei von der Internetseite des Rehazentrums herunterladen.

Neue steuerliche Regeln ab 2009

Betriebskonten droht Zinsfalle

Ab 2009 droht Betriebskonten eine Zinsfalle: Praxisinhaber sollten prüfen, wie viel Geld sie auf ihrem Betriebskonto belassen wollen. Denn für das Geschäftskonto gelten ab Jahresbeginn andere steuerliche Bedingungen als auf dem Privatkonto.

Für den gleichen Betrag können für Betriebs- und Privatkonto unterschiedliche Zinsen fällig werden, heißt es in einem Beitrag der „Ärzte Zeitung“, in dem Finanzexperte Max Herbst von der Frankfurter Beratungsfirma FMH auch eine Beispielrechnung vorlegt.

Das Beispiel: Ein Betrag von 40.000 Euro wird mit vier Prozent verzinst – das ergibt 1.600 Euro. Bei einem Steuersatz von 44,3 Prozent (inklusive Solidaritätszuschlag) müssen 708,80 Euro an das Finanzamt abgeführt werden. Anders auf dem Privatkonto: Je nachdem, ob der Freibetrag schon ausgeschöpft ist, werden 210,78 Euro bzw. 422,08 Euro fällig. Grund für die Differenz ist die ab Januar 2009 in Kraft tretende Abgeltungssteuer, über die derzeit in vielen Medien berichtet wird. Damit werden Zinserträge auf Privatkonten oberhalb des Freibetrages von 801 Euro mit 25 Prozent besteuert. Bei Geschäftskonten gelten aber keine Freibeträge – der komplette Zinsertrag wird also besteuert. Auch wenn Therapeuten weniger als die im Beispiel genannten 40.000 Euro auf dem Betriebskonto haben, könnte sich eine Überprüfung der tatsächlich benötigten Liquidität also lohnen.

Viele Therapeuten werden von ihrer Bank bereits eine Mitteilung erhalten haben, wonach die Konten klar als Betriebskonten zu führen sind. Finanzexperte Herbst warnt in diesem Zusammenhang davor, ein Geschäfts- als Privatkonto zu führen, um von den höheren Freibeträgen zu profitieren. Bei einer Betriebsprüfung könnten dann alle auf dem Privatkonto aufgelaufenen Zinsen als Betriebsvermögen gewertet werden – dann wird eine entsprechende Nachzahlung inklusive Zinsen fällig. *di*

Betriebskonto und Privatkonto müssen streng voneinander getrennt werden.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Höhere Abgaben für Minijobber

Wer in seiner Praxis Minijobber beschäftigt, zahlt seit Jahresbeginn eine höhere Umlage zur Absicherung von Krankheit und Mutterschutz. Die Umlage wird gesetzlich festgelegt und richtet sich nach der aktuellen Kassenlage.

Wenn Beschäftigte für einen längeren Zeitraum wegen Krankheit ausfallen, kann dies für eine Therapeutenpraxis schnell zu einer Belastung werden. Auch die so genannten Minijobber aber haben wie alle Arbeitnehmer Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für bis zu 42 Tage. Damit jedoch neben dem fehlenden Personal nicht auch noch finanzielle Risiken eintreten, gibt es das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Umlageverfahren über die Knappschaft. Jeder Betrieb mit weniger als 30 Beschäftigten zahlt hier unabhängig von der Krankenkasse des Minijobbers eine vom Lohn abhängige prozentuale Umlage und erhält im Gegenzug bei Krankheit des Beschäftigten einen Lohnausgleich von bis zu 80 Prozent.

Weitere Informationen gibt es im Internet über die Adresse www.minijob-zentrale.de

Von der höheren Umlage betroffen sind alle Praxen, die Mitarbeiter mit einem Monatsverdienst von bis zu 400 Euro beschäftigen. Bislang reichte eine Umlagenhöhe von 0,1 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts der Minijobber, nun werden 0,6 Prozent fällig. Die Höhe der Umlage muss an die aktuelle Einnahmen- und Ausgabensituation angepasst werden, eine Rücklagenbildung ist nicht vorgesehen. Diese Umlage wird nur für Praxen wirksam, die Minijobber seit mindestens vier Wochen beschäftigen, denn auch der Anspruch auf Lohnfortzahlung gilt erst nach mindestens 28 Tagen Beschäftigung. Auch für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz wird eine Umlage bei der Knappschaft erhoben, diese beträgt aktuell 0,07 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts.

Die Umlagen entrichtet der Arbeitgeber an die Minijob-Zentrale in Bochum. Erstattet werden die Arbeitgeberaufwendungen ausschließlich auf Antrag nach geleisteter Entgeltfortzahlung. Antragsformulare gibt es über www.minijob-zentrale.de. *di*

Kritische Reaktion der Ärzte auf Studie zur Einsparung von 9,5 Mrd. Euro

Effizenzreserven im Gesundheitswesen

Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen über Effizienzreserven in Höhe von 5,6 bis 9,8 Milliarden Euro. Das ergibt eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) und des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie der Universität Duisburg-Essen im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM).

Kann man die schlechteste Vergütung und die dünnste Versorgung zum bundesweiten Standard erheben?

Die brachliegenden Effizienzreserven seien eine Folge des mangelnden Wettbewerbs im Verhältnis der Kassen zu den Leistungserbringern, heißt es in einer Pressemitteilung zur Studie. Dies äußere sich unter anderem in überhöhten Preisen und zu hohen Fallzahlen bei Leistungen der Krankenhäuser und Arztpraxen, Überkapazitäten bei Krankenhäusern und überzogenen Handelsmargen bei Arzneimitteln. Untersucht wurden die stationäre und ambulante Versorgung sowie der Arzneimittelbereich. Die drei Sektoren machen zusammen 72 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Der Heilmittelbereich wurde nicht mit in die Untersuchung mit einbezogen.

Die Studie stellt fest, dass sich die Kosten für medizinische Leistungen in den 16 Bundesländern stark unterscheiden. Das Einsparvolumen errechne sich, wenn jeweils das Preis- und Mengenniveau der teuren Bundesländer auf das Niveau der günstigeren gesenkt werde. Im konservativen Szenario A nahmen die Autoren als Referenzmarke für Einsparungen das durchschnittliche Preis- bzw. Mengenniveau aller Bundesländer. Dabei errechneten sie ein Einsparvolumen von 5,6 Milliarden Euro. Im optimistischen Szenario B diente jenes Bundesland als Referenzmarke, dessen Preis- bzw. Mengenniveau in der Mitte zwischen dem günstigsten und dem Durchschnitt aller Bundesländer liegt. Dabei errechnete sich ein Einsparvolumen von 9,8 Milliarden Euro.

Als höchst fragwürdig hat dagegen die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) die Studie der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft bezeichnet. „Die Schlussfolgerungen sind Gesundheitspolitik auf Stammtisch-Niveau, ohne die Konsequenzen zu bedenken“, meinte der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke, in einer Presseerklärung.„Wir haben nichts dagegen, wenn die Preise der medizinischen Leistungen allmählich bundesweit angeglichen werden. Aber dabei kann man doch nicht die schlechtesten Vergütungen und die dünnste Versorgung zum Standard machen. Der Grundirrtum der Studie liegt darin, dass jeder regionale Unterschied unmittelbar als Effizienzreserve gewertet wird. Das ist schon deshalb vermessen, weil Erkrankung und Genesung nicht – auch nicht von Instituten – normierbar sind.“

Erkrankungen und Genesungsverläufe seien vor allem vom jeweiligen Patienten und seinem persönlichen sozialen Hintergrund bestimmt. Institute dürften diese Tatsache bei ihren Studien über angebliche Effizienzreserven im Gesundheitswesen nicht ausblenden.

Der Auftraggeber der Studie, die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, wird durch die Arbeitgeberverbände der Metall- und Elektroindustrie finanziert und vom Institut der Deutschen Wirtschaft Köln wissenschaftlich begleitet. Ihr Ziel ist die Erneuerung der Sozialen Marktwirtschaft. *bu*

Forderung der Tagung „Assessments in der Physiotherapie“

Sicht von Patienten mehr berücksichtigen

Die Sicht von Patienten sollten bei Qualitätsmessungen mehr berücksichtigt werden. Dies ist das Ergebnis der Tagung „Assessments in der Physiotherapie“, die vom Institut für Physiotherapie der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Gesundheit; in Zusammenarbeit mit der Interessengruppe Physiotherapie Rehabilitation (PTR) organisiert wurde.

Das Schweizerische Krankenversicherungsgesetz verlangt, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen ihre Leistungen auswerten und die Qualität weiterentwickeln. In der Physiotherapie werden deshalb zunehmend Messinstrumente verwendet, um den Gesundheitszustand zu erfassen und die Ergebnisse der Rehabilitation zu kontrollieren. Die 160 Tagungsteilnehmer forderten daher Messinstrumente, die die Sicht von Patienten stärker einbeziehen.

"In den Referaten und den Workshops wurde in eindrucksvoller Weise die Brücke geschlagen zwischen Forschung und Praxis", sagte Astrid Schämann, Leiterin des Instituts für Physiotherapie. Die Workshops zeigten aber klar die Bedürfnisse der Praxis auf, unter anderem die Entwicklung einer Plattform zur Auswahl geeigneter Assessments, deren EDV-gestützte Nutzung und Auswertung sowie eine Übersetzung aus dem Englischen inklusive Validierung.

"Im Bereich der klinischen Assessments besteht erheblicher Forschungsbedarf", erklärte Jan Kool, Leiter Forschung und Entwicklung des Instituts für Physiotherapie. Gemäss seiner Definition dienen Assessments dazu, den medizinischen Schaden und dessen aktuelle Folgen, wie funktionelle und psychosoziale Einschränkungen, quantitativ zu erfassen.

Weitere Referate beleuchteten die Qualität von Assessments, Auswahlkriterien und die wissenschaftliche Übersetzung von Fragebögen zur Erfassung der Gesundheit. In praktischen Workshops wurden Assessments in den Bereichen Neurologie, muskuloskelettale Rehabilitation, Kardiologie/Pneumologie sowie in der Geriatrie diskutiert. Der Übersetzung und Validierung von Assessments widmete sich Erwin Scherfer, Mitarbeiter der Physio-Akademie in Wremen, Deutschland. Er forderte, dass in der Praxis und in der Forschung dieselben Standards für Messinstrumente angewendet werden.

Nach Ansicht von Peter Oesch, Mitarbeiter der Klinik Valens, würden in der Schweiz praktisch nur objektive Messinstrumente mit einer medizinischen Perspektive verwendet. Eine Beurteilung aus der Sicht von Patienten mit den dafür bereits heute verfügbaren Fragebogen finde kaum statt. Messungen seien fast ausschließlich auf Körperstruktur und -funktion beschränkt, eine Partizipation der Patienten sei meistens ausgeschlossen. *bu*

Kontakt:
ZHAW Departement Gesundheit, Astrid Schämann, Leiterin Institut für Physiotherapie
Tel: 0041 58 934 63 10, E-Mail: astrid.schaemann@zhaw.ch
ZHAW Departement Gesundheit, Jan Kool, Leiter Forschung und Entwicklung des Instituts für Physiotherapie, Tel: 0041 58 934 63 21, jan.kool@zhaw.ch
Informationen: www.gesundheit.zhaw.ch

Ärzte experimentieren mit Alternative zur umstrittenen Chipkarte

USB-Stick statt Gesundheitskarte?

USB-Stick statt elektronischer Gesundheitskarte? Aufgrund der Skepsis gegenüber der umstrittenen Chipkarte experimentieren Ärzte vermehrt mit den kleinen Speichersticks. Sie hoffen, dadurch eine verbesserte Kommunikation zwischen den Praxen zu erreichen. Eine Alternative auch für Therapeuten, die ihren Patienten einen guten Service bieten wollen?

Sie sind handlich, leicht einlesbar und verfügen über eine hohe Speicherkapazität: USB-Sticks haben sich als Datenträger im privaten und geschäftlichen Bereich längst durchgesetzt. Auch im medizinischen Bereich gibt es erste Überlegungen für ihren Einsatz. So bietet etwa der Flensburger Hausarzt Hans Rundfeldt seinen Patienten an, die Befunddaten auf einen Stick zu überspielen. Die Patienten können den Datenträger mitnehmen und in der nächsten Praxis die benötigten Daten wieder einspielen lassen.

Angst vor einem unberechtigten Zugriff müssen die Patienten auch bei Verlust des Sticks nicht haben. Er ist im Gegensatz zu herkömmlichen Sticks mit einem Chip versehen, der den Inhalt chiffriert und vor einem Zugriff ein Passwort abfragt, das nur der Patient kennt. Um den Stick auch in Notfällen von Dritten einlesen lassen zu können, kann der Patient das Passwort aus einer Kombination von Initialen und Geburtsdatum zusammenstellen. Selbst wenn ein Patient nicht ansprechbar ist, könnte ein Arzt also mit einem Blick auf den Ausweis des Patienten schnell an die benötigten Daten gelangen. Rundfeldt hat bereits erste Patienten mit dem Stick ausgerüstet. Er stellt dafür die Beschaffungskosten (abhängig von der Speicherkapazität) plus zehn Euro in Rechnung.

Auch in Bad Segeberg wird der USB-Stick getestet. Das örtliche Gesundheitsforum bietet Patienten für 130 Euro (plus Nachnahme) den „Segeberger Notfallschlüssel“ an. Chronisch Kranke können alle medizinisch notwendigen Daten zweisprachig und für jeden Arzt schnell zugänglich bei sich tragen. Ein Passwortschutz ist nicht vorgesehen.

Für Therapeuten ist der Nutzen von USB-Sticks zunächst einmal gering. Wer aber bereit ist, seine Berichte an den Arzt ebenfalls auf den Stick zu überspielen, zeigt seinem Patienten, dass er serviceorientiert arbeitet und stärkt zugleich die Zusammenarbeit zu den verordnenden Ärzten – wenn diese denn Berichte auf einem USB-Stick haben wollen. Fest steht, dass viele Ärzte dieser Form der elektronischen Kommunikation weitaus aufgeschlossener gegenüber stehen als der umstrittenen elektronischen Gesundheitskarte. *di*

USB-Stick als Transportmedium für elektronischen Arztberichte nutzen

Interdisziplinäre Präventions-Projekte für Heilmittelerbringer

Mehr Gesundheit für alle

Auf dem 14. Berliner Kongress "Armut und Gesundheit" waren in diesem Jahr erstmalig auch Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten vertreten. Was haben die Heilmittelberufe in diesem Kontext zu bieten – wo liegen ihre Chancen?

Anke Zillessen sprach mit der Präventionsexpertin und Physiotherapeutin Gesche Rega Bollert, Hochschule 21, die den Workshop in Berlin konzipiert und moderiert hat.

Mehr zum 14. Kongress „Armut und Gesundheit": www.gesundheitberlin.de

Zillessen: Prävention und Gesundheitsförderung gelten für Unternehmer im Gesundheitswesen grundsätzlich als ökonomisch reizvolles Marktsegment. Inwiefern kann es für Heilmittelerbringer sinnvoll sein, sich für eine sozial gerechte Verteilung von Gesundheitsförderung zu engagieren?
Bollert: Ich sehe es als ein neues Handlungsfeld, das allerdings eine andere Arbeitsform notwendig macht. Zum Beispiel gehören in der Regel auch die Akquise von Mitteln und die Zusammenstellung von interdisziplinären Teams zur Projektplanung.
Häufig unterstützen die Krankenkassen oder öffentliche Einrichtungen Präventionsprojekte und sichern auf diese Weise die Honorierung der Akteure. Reich wird damit momentan wohl niemand, aber man verschafft sich als Berufsstand ein Standing in einem expandierenden Bereich, der immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Zillessen: Welche besondere Expertise und Kompetenz bringen Heilmittelberufe für die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen mit?
Bollert: Es sind insbesondere die berufsspezifischen Fachkompetenzen: Wenn beispielsweise Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden in Präventionsprojekten mitarbeiten, in denen die Gesundheit an Grundschulen gefördert werden soll, dann ist die genaue Kenntnis um biomechanische und physiologische Bedingungen eine wichtige Voraussetzung. Das sind Kompetenzen, die wir anderen Berufsgruppen, zum Beispiel Lehrern und Erzieherinnen, voraus haben.
Auf diese Weise können wir etwa eine Sprachauffälligkeit früh erkennen und einer Bewegungseinschränkung gezielt entgegenwirken – beispielsweise durch gesundheitsförderliche Bewegungsprogramme, deren physiologische Unbedenklichkeit wir wissenschaftlich begründen können.
Für sozial benachteiligte Menschen müssen wir diese Inhalte auf flexible und kreative Weise an den Bedarf dieser Zielgruppe anpassen.

Zillessen: Wie kann ich mich als Praxisinhaberin ganz konkret für eine „gesundheitlich benachteiligte" Zielgruppe engagieren, ohne große Umsatzeinbußen in Kauf nehmen zu müssen?
Bollert: Für die Arbeit im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es noch kaum beschriebene oder gegangene Pfade, auf die ich an dieser Stelle verweisen könnte. Das ist einer der Gründe, warum ich den Workshop in Berlin wichtig fand. Ich sehe ihn als Beitrag, das Feld der Prävention auf die Gesundheitsberufe aufmerksam zu machen und auch gleichzeitig in die Berufe zurückzuwirken.

Zillessen: Aber gibt es nicht längst Heilmittelerbringer, die auch Prävention anbieten?
Bollert: Doch – abgesehen von Selbstzahler-Angeboten oder Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung – gibt es für die Heilberufler seit 2000 wieder die Möglichkeit, Angebote im Rahmen des §20 des Sozialgesetzbuchs (SGB) V anzubieten. Das wird insbesondere von Ergo- und Physiotherapeuten mittlerweile gut genutzt. Aber das ist nur ein kleiner Teil des Präventionsbereichs. Es gibt eine Menge Kampagnen und Programme, in denen viele Berufsgruppen interdisziplinär zusammen arbeiten – in diese Aktivitäten sind die Heilmittelerbringer bislang fast gar nicht einbezogen.
Auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft zur gesundheitlichen Ungleichheit finden Sie nicht nur über 1700 Angebote sondern auch über 80 so genannte Good Practice-Angebote. Sie können nachlesen, wie diese – in der Praxis erprobten – Projekte konkret aufgebaut sind und wie Sie die Ansprechpartner erreichen.

Zillessen: Inwiefern sollten wir unsere Sichtweise ändern, um die neuen Felder erschließen zu können?
Bollert: In meinen Augen sind die Heilmittelerbringer immer noch sehr stark verhaftet in der Logik des Gesundheitssystems. Dort gibt es klare Strukturen und Hierarchien, in die sie eingebettet sind: Ärzte verschreiben Rezepte, Patienten kommen direkt zu den Therapeuten in die Praxen und die Abrechnung erfolgt abzüglich des Eigenanteils der Patienten mit den Krankenkassen.

Diese so genannte „KOMM-Struktur" macht es nicht nötig, dass der Therapeut Akquise macht oder seine Praxis bis auf ein paar Hausbesuche verlässt. Vorteil

Fortsetzung:

Mehr Gesundheit für alle

ist, dass die Finanzierung geregelt ist, Nachteil ist, dass wir nicht selbständig Entscheidungen über den Therapiebedarf fällen und nur auf Rezept therapeutisch tätig werden dürfen.

Zillessen: ... und konkret im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung?
Bollert: Hier geht es in den letzten Jahren vermehrt darum, so genannte Setting-Ansätze zu entwickeln und umzusetzen. Das heißt, es reicht nicht, Verhaltensweisen lediglich innerhalb eines Präventionskurses zu verändern. Es wirkt vielmehr besonders nachhaltig und dient der Gesundheitsförderung, wenn es uns gelingt, die Kursinhalte auch in die Lebens- und Arbeitswelten der Teilnehmer hineinzutragen. Dies findet in Form von Projekten, größeren, in der Regel interdisziplinären Präventionsprogrammen oder in Form von bundesweiten Kampagnen statt.

Nehmen Sie die Anti-Raucherkampagne (www.rauchfrei-info.de), die gerade aktuell läuft oder das Programm „Gesunde Kommune" (www.gesunde-staedte-netzwerk.de).
Der Vorteil ist, dass auf diese Weise auch diejenigen Menschen, die, bedingt durch ihre soziale Situation, Präventionsangebote nicht wahrnehmen, erreicht werden können. Im Sinne einer „BRING-Struktur" werden also die Angebote zu den Menschen gebracht, die sie am meisten brauchen.

Präventionsexpertin und Physiotherapeutin Gesche Rega Bollert

In meinen Augen sind die Heilmittelerbringer immer noch recht zögerlich, sich bei solchen Angeboten einzubringen und ihre Sozialisation wie auch Verankerung im Gesundheitswesen zu erweitern. Das ist eine der Herausforderungen ... und auch eine der Chancen! *az*

Was ist „Good Practice"?

Der Begriff „Best Practice" kommt ursprünglich aus der Wirtschaft und ist eine Weiterführung des sogenannten Benchmarking, also eines Vergleichs von Spitzen-Produkten oder Spitzen-Dienstleistungen unterschiedlicher Konkurrenten.

Wenn man auf diesen „Höchstleistungsansatz" verzichtet, und stattdessen ein pragmatisches Verfahren wählt, das bewährte Lösungen untersucht und prüft, inwiefern sie zur Verbesserung anderer Projektangebote beitragen können, spricht man von „Good Practice".

Good Practice ist also eine Art Qualitätssiegel für praxiserprobte Projekte, die sich zur Nachahmung eignen.

Good Practice-Beispiel: „Fitness für Kids"
Dieses Berliner Projekt der Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter wird inzwischen an 150 Kitas und Kindergärten in Berlin, Leipzig und Chemnitz umgesetzt. Erzieherinnen und Erzieher führen eine spezielle Form der Bewegungserziehung nach entsprechender Anleitung und Qualifizierung selbstständig fort. Darüber hinaus ist eine gezielte Einbeziehung der Eltern geplant, damit sich ein gesunder, aktiver Lebensstil auch im Elternhaus der Kinder fortsetzt.

Nutzen Sie bereits erprobte Projektideen!

Weitere Good Practice-Angebote unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
> Navigationspunkt: „Praxisdatenbank"

In den Beispieldarstellungen werden jeweils der Hintergrund, das Vorgehen sowie die nachahmenswerten Praxisbereiche veranschaulicht. *az*

Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung sinkt ab 1. Juli 2009

Entlastung der Privathaushalte?

Die Bundesregierung hat in einem zweiten Konjunkturpaket zur Entlastung der Privathaushalte beschlossen, den Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2009 um drei Milliarden Euro und für das Jahr 2010 um sechs Milliarden Euro zu erhöhen.

Die Beitragssätze zur GKV sinken damit ab 1. Juli um 0,6 Prozentpunkte auf 14,9 Prozent. Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, begrüßte den steigenden Steueranteil: „Es ist gut für die Beitragszahler und die Konjunktur, dass der Steueranteil an der Finanzierung der GKV schneller als bisher vom Gesetzgeber geplant ausgebaut wird."
bu

Kommentar: Leider bedeutet der erhöhte Steuerzuschuss nicht, dass mehr Geld im Gesundheitssystem vorhanden ist. So wird spätestens Ende des Jahres erneut ein Verteilungskampf um das Geld entbrennen. Planlose Politiker lösen keine Probleme, sondern stopfen Löcher mit Geld, das sie nicht haben.

Gesundheitsreport des Finanzberaters MLP über Versorgungssituation

Bevölkerung klagt über Verschlechterung

Die Bevölkerung schätzt die Gesundheitsversorgung in Deutschland noch überwiegend als gut ein, beklagt aber zunehmend Defizite. Besonders Ärzte machen sich Sorgen um die künftige Versorgung, wie der Dritte Gesundheitsreport des Finanzberaters MLP zeigt.

Fast die Hälfte aller Ärzte findet es in Ordnung, Privatpatienten zu bevorzugen.

Für Therapeuten sind die Ergebnisse der vom Institut für Demoskopie Allensbach mit Unterstützung der Bundesärztekammer erstellten Umfrage interessant, weil sie eine veränderte Einstellung zur Leistungsfähigkeit und damit zur Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen zeigt. Rund Zweidrittel der befragten 1800 Bundesbürger fürchten, dass es zu einer Zwei-Klassen-Medizin kommen wird. Von den 500 befragten Ärzten glauben 84 Prozent, dass es künftig schwieriger wird, alle medizinischen Leistungen zu verordnen. Sie fordern „grundlegende Reformen“, um das Gesundheitssystem auf den demografischen Wandel vorzubereiten.

Für Therapeuten könnte das bedeuten, dass trotz des steigenden Bedarfs die Zahl der von den Krankenkassen bezahlten Verordnungen möglicherweise abnimmt. Im Gegenzug könnte ein steigender Anteil an Selbstzahlern diesen Rückgang ausgleichen. Wie wichtig Konzepte für Selbstzahler sind, zeigt auch das zunehmend schwindende Vertrauen der Befragten in die Leistungsfähigkeit des derzeitigen Gesundheitssystems, bei dem die meisten noch auf Kostenübernahmen durch gesetzliche Kassen setzen. 60 Prozent der Befragten gaben an, dass sich die Qualität der Gesundheitsversorgung in den vergangenen Jahren verschlechtert habe. Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems beurteilen 59 Prozent zwar noch als gut, dies sind aber fünf Prozentpunkte weniger als vor einem Jahr und 23 Prozentpunkte weniger als 1994.

Nur 16 Prozent der Bevölkerung und 15 Prozent der Ärzte glauben, dass es der Politik längerfristig gelingt, eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Professor Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, sieht sich durch die Ergebnisse in seiner Einschätzung bestätigt, „dass die finanziellen und personellen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um das derzeit noch hohe Niveau der Versorgung aufrechtzuerhalten“.

Weitere Ergebnisse des Reports:

- 89 Prozent der privat Versicherten, aber nur 56 Prozent der gesetzlich Versicherten fühlen sich gut abgesichert
- 44 Prozent der gesetzlich Versicherten haben Interesse an einer privaten Zusatzversicherung
- Für Dreiviertel der Ärzte haben Privatpatienten eine hohe Bedeutung für den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Praxis. 47 Prozent von ihnen finden es in Ordnung, Privatpatienten bevorzugt zu behandeln. *di*

Studie des Instituts für Service-Qualität und n-tv zu Preisen und Angeboten

Große Unterschiede bei Fitness-Studios

Spätestens nach den genussvollen Festtagen wirft ein Blick auf die Waage die Frage auf, wie man die weihnachtlichen Extrapfunde am besten wieder von den Hüften bekommt. Und damit beginnt auch die Hochkonjunktur in den Fitness-Studios. Doch welcher Sporttempel ist am besten geeignet? Wo gibt es eine gute individuelle Beratung? Wer hat das beste Kursangebot? Und welche Kosten entstehen?

Vor allem die Analyse der Kundenbedürfnisse und die Trainingsbetreuung sind verbesserungsfähig. Sind die Praxen mit einem Angebot an mediziinischer Trainingstherapie hier besser aufgestellt?

Im Auftrag des Nachrichtensenders n-tv hat das Deutsche Institut für Service-Qualität die sechs größten deutschen Fitness-Studio-Ketten unter die Lupe genommen. Testkunden absolvierten Probetrainings, ließen sich zu Fettabbau, Muskelaufbau und gesundheitsorientierten Methoden beraten, inspizierten Trainingsbedingungen, Sanitärbereiche und Wellnessangebote. Besucht wurden neun verschiedene Filialen in unterschiedlichen Städten der Fitness-Dienstleister Elixia, Kieser, McFit-Kette, Fitness Company, Studios von Injoy sowie Easy Sport. Bewertet wurde auch die Terminvereinbarung per Telefon und per E-Mail. Insgesamt flossen 90 Testkontakte in die Analyse ein.

Zum besten Fitness-Studio 2008 wurde Elixia mit seinen 22 Clubs gekürt. Das Unternehmen überzeugte durch das abwechslungsreiche Kursangebot, die höchste Qualität des betreuten Probetrainings, attraktive Räumlichkeiten und das gute Angebot an Wellness-Möglichkeiten sowie Kinderbetreuung. Die beste Beratung und umfangreichste Trainingsbetreuung lieferte hingegen Kieser Training. Da das Unternehmen aber auf gesundheitsorientiertes Krafttraining spezialisiert ist und daher keine Kurse, Ausdauergeräte und Wellnessangebote im Programm hat, konnte es sich in der Gesamtwertung nicht vorne platzieren.

"Vor der Auswahl eines geeigneten Studios sollte man die eigenen Bedürfnisse genau kennen", rät daher auch Bianca Möller, Geschäftsführerin des Deutschen Instituts für Service-Qualität. "Geht es rein um den Muskelaufbau, um die Verbesserung der Kondition oder legt man Wert auf das Training in der Gruppe? Sind lange Öffnungszeiten wichtig, eine umfangreiche Kinderbetreuung oder der entspannende Saunagang? Je nach Vorlieben passt das ein oder andere Studiokonzept besser." Entscheidend ist für viele letztlich auch der Blick in den Geldbeutel. Denn die Beiträge variieren stark, zwischen 16,90 Euro (McFit) und 63 bis 92 Euro (Elixia, je nach Leistungsangebot) pro Monat, teilweise plus Aufnahmegebühren und Servicepauschalen.

Dennoch sehen die Serviceexperten noch ein großes Optimierungspotenzial in der Branche. Vor allem die Trainingsbetreuung und die Analyse der Kundenbedürfnisse seien verbesserungsfähig. "Jeder vierte unserer Testkunden wurde nicht ausreichend nach den bisherigen sportlichen Aktivitäten befragt, jeder dritte nicht genügend nach den Trainingszielen und der gesundheitlichen Vorgeschichte", erklärt Bianca Möller. "Über die möglichen Risiken des Fitness-Trainings klärte nur knapp ein Viertel der Mitarbeiter die Kunden auf." *bu*

Physiotherapeutin Dorothea Galuska im Portrait

Von der Therapeutin zur Klinikchefin

Was ein guter Arbeitgeber ist, muss Dorothea Galuska wissen. Schließlich hat ihr Unternehmen, die Kliniken Heiligenfeld in Bad Kissingen, 2007 das Prädikat „Deutschlands bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ erhalten. „Die Unternehmenskultur muss stimmen und lebendig sein“, sagt die 44-jährige, die Mitte der 80er Jahre eine Physiotherapie-Ausbildung in Göttingen absolvierte.

Seit 1990 hat Dorothea Galuska die Kliniken Heiligenfeld gemeinsam mit ihrem Mann aufgebaut. In den ersten Jahren der Klinikgruppe arbeitete sie noch als Physiotherapeutin, nach einer Zusatzausbildung als Bewegungs- und Körperpsychotherapeutin leitete sie ab 1995 alle Kreativtherapeutinnen der Klinik und war schließlich ab 2000 für die Personalentwicklung zuständig. 2008 hat sie ihren Berufswechsel endgültig vollzogen, gab alle therapeutische Verantwortung ab, führt jetzt das Personalmanagement und gehört der Klinikleitung an.

Im Jahr der Jahrtausendwende hatte Galuska begonnen, die Personalentwicklung der Klinikgruppe zu konzeptionieren. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist seither ein Teil dieser Arbeit – und der Grund, warum die Klinikkette einen guten Ruf als Arbeitgeber genießt. Die Heiligenfeld-Kliniken setzen dabei die bewährten Instrumenten der Qualitätsentwicklung und der Gesundheitsförderung ein, aber grundlegend ist eine ganzheitliche Unternehmensphilosophie. Zentral ist es, sagt Dorothea Galuska, die „Seele des Unternehmens“ zu entwickeln und zu leben: „Wir pflegen Menschlichkeit, Vertrauen, Wertschätzung in unserem Arbeitsalltag.“ Die Kliniken Heiligenfeld haben dafür ein ganzes Repertoire an Instrumenten: Im Alltag werden kleine Gesten gepflegt – mit dem Gruß auf dem Gang oder dem Singen im Team wird ein achtsames Miteinander geübt. Arbeitstreffen beginnen zuweilen mit einem Moment der Stille. Übungen zur Körperwahrnehmung werden auch während der Sitzungen spontan umgesetzt. Oder zwischendurch erklingt ein Gong, der jeden anregen soll, sich kurz bewusst zu machen, wo er sich gerade befindet und mit was er sich im Augenblick beschäftigt.

Die Physiotherapie ist in Heiligenfeld eine der Säulen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Therapeuten begutachten zum Beispiel die Ergonomie der Arbeitsplätze oder trainieren die Kollegen in Entspannungstechniken. Physiotherapeutische Dienstleistungen werden auch im Rahmen eines „Caring-Systems“ für die Beschäftigten angeboten, das Dorothea Galuska mit ihrem Team entwickelt hat. Die so genannten „Caring-Managerinnen“ kümmern sich darum, dass es den anderen Beschäftigten in der Klinikkette gut geht. Jeder der mehr als 450 Beschäftigten soll mindestens ein Mal im Monat einen Grund zur Freude haben – zum Beispiel über eine Blume, eine Badeessenz oder eine andere kleine Aufmerksamkeit, die am Arbeitsplatz für ihn bereit steht. Etwa alle sechs Wochen gibt es außerdem einen Caring-Gutschein von der Geschäftsleitung, der dann gegen eine Massage im Hause eingelöst werden kann.

Von der Physiotherapeutin zur Klinikchefin – was war für Dorothea Galuska der wichtigste Antrieb zu diesem Berufswechsel? „Für mich ist es das konsequente Lauschen auf die Bedürfnisse meiner Seele. Sie will sich weiterentwickeln, mehr Verantwortung übernehmen, mehr gestalten, eine eigene Synthese leben aus allem bisher gelebten.“ Galuska ist nicht nur Physiotherapeutin, nicht nur Klinikchefin – sie hat auch mehrere Meditationsseminare besucht und war unter anderem auch Schülerin von Ayya Khema, einer buddhistischen Nonne, die im Allgäu ein Meditationszentrum aufgebaut hat und 1997 verstorben ist. Dass die spirituelle Lebenshaltung nicht die Sicht auf die Realität versperren muss, zeigt sich in dem handfesten Rat, den Dorothea Galuska für ihre niedergelassenen Kollegen in den Physiotherapie parat hat: „Ich glaube, dass ein Therapeut, vor allem wenn er oder sie selbständig arbeitet, mehr perspektivisch denken muss, sich wirtschaftliche Basics, Managementgrundlagen und Wissen über Qualitätssicherung aneignen und Marketing lernen sollte. Er sollte eine schulenübergreifende Sichtweise einnehmen können, moderne EDV nutzen und Interesse an allen Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen pflegen.“

SW

Jeder Mitarbeiter im Team soll wenigstens einmal im Monat eine freundliche Geste erleben.

kurz & knapp

Betriebskrankenkassen fusionieren +++ Die beiden Mindener Betriebskrankenkassen BKK Melitta Plus und BKK OWL Drabert-Direkt haben sich sich zum 1. Januar 2009 zusammengeschlossen. Die Kasse firmiert jetzt unter dem Namen BKK Melitta Plus und betreut ca. 44.000 Versicherte. Die beiden Service-Center bleiben erhalten.

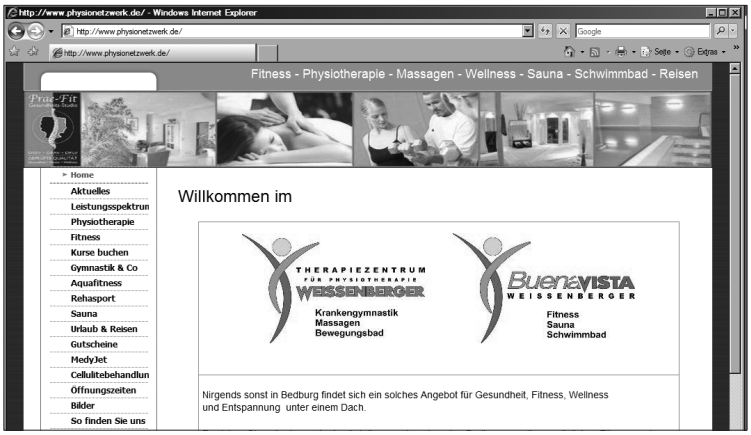
IKK und BKK schließen sich zusammen +++ Die Vereinigte Innungskrankenkasse (IKK) und die Signal Iduna Betriebskrankenkasse (BKK) fusionieren zum 1. Februar. Damit ist es erneut zu einem Zusammenschluss unterschiedlicher Kassenarten gekommen, die der Gesetzgeber erst mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht hat. Die neue bundesweite Kasse mit dem Namen „Signal Iduna IKK“ hat ihren Sitz in Dortmund, sie betreut mit einem Haushaltsvolumen von zwei Milliarden Euro und 140 Service-Center über eine Million Versicherte.

Informationsaustausch und neue fachliche Konzepte im PhysioNetzwerk

Mehr Transparenz in der Behandlung

Konkurrenz ist gut – Netzwerke sind besser. Die Firma PhysioNetzwerk hat ein Netzwerk für Physiotherapeuten in der Trainingstherapie geschaffen. Mitglieder profitieren nicht nur vom Informationsaustausch, sondern auch von neuen fachlichen Konzepten.

Martin Müller hat ein Problem. Beim Fußballtraining hat er sich das Kreuzband gerissen. Jetzt hat er eine frisch operierte Kreuzbandplastik und eine Verordnung über 12mal Krankengymnastik in der Hand. „Hm", Martin Müller denkt nach, „zweimal in der Woche Krankengymnastik – das sind insgesamt sechs Wochen – aha, also kann ich in sechs Wochen wieder zum Training gehen?" Martin Müller will es genau wissen. Er sucht sich eine Physiotherapiepraxis, die ihm genau erklären kann, wann er wieder fit sein wird.



Das PhysioNetzwerk baut auf mehr Transparenz und klare Ziele für den Patienten

Wie Martin Müller geht es vielen Patienten. „Nach einer normalen physiotherapeutischen Behandlung ist der Patient oft noch nicht belastbar", erklärt Jan Wolters von PhysioNetzwerk. „Die meisten Patienten bekommen eine Verordnung über 6, 12 oder 18 Behandlungen, und dann ist Schluss – laut Heilmittelkatalog." Das PhysioNetzwerk hat es sich zum Ziel gemacht, Transparenz in die Behandlung zu bringen. „Wir zeigen dem Patienten ganz genau: das ist der Teil auf der Zeitlinie, der von der Krankenkasse finanziert wird – und das ist der Teil, den er selber bezahlen kann, um seine gewünschte Lebensqualität wieder zu erlangen." Dabei wird individuell auf jeden Patienten eingegangen. Denn ein junger Sportler hat ganz andere Ziele als ein 70jähriger, der wieder mit seinem Hund spazieren gehen möchte.

Die Organisation und Reha-Planung auf der Zeitlinie ist nur einer von verschiedenen Standards, die das PhysioNetzwerk entwickelt hat. Begonnen hat alles im Jahr 2000 mit dem Wunsch nach freiem Informationsaustausch und dem Setzen von Standards in der Trainingstherapie. Der gebürtige Niederländer und Praxisinhaber Jan Wolters lud sechs Kollegen zu einem konstruktiven Treffen ein. „Die Idee war, einen Informationsaustausch ohne Interessenkonflikte auf fachlicher und organisatorischer Ebene zu schaffen."

Aber es sollte nicht nur bei einem reinen Austausch von Informationen bleiben. Jan Wolters und sein Partner, Physiotherapeut Frits Deemter, hatten noch viele weitere Ideen. „Eine der Fragen war, wie wir die Praxen im Netzwerk einigermaßen gleichschalten können, ohne Einfluss auf die individuelle Behandlung zu nehmen", so Wolters. Die beiden Therapeuten entwickelten bestimmte Standards, die in allen Netzwerkpraxen durchgeführt werden können. So können Therapeuten im PhysioNetzwerk auf verschiedene Softwareprogramme kostenlos zugreifen, mit denen sie eine transparente Reha- und Kostenplanung für Patienten und Ärzte erstellen können. Außerdem gibt es ein Übungserstellungssystem, mit dem man Patienten schnell und einfach ein individuelles Hausaufgabenprogramm mitgeben kann.

Physiotherapeuten, die sich für das PhysioNetzwerk interessieren, können einen eintägigen Informationskurs besuchen. „Wir stellen dort unsere Philosophie vor, die Standards, nach denen wir arbeiten, unsere Strategien für die Zukunft und unsere Therapiekonzepte." Wer dann in das Netzwerk aufgenommen werden will, muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Die Physiotherapeuten müssen in der Trainingstherapie tätig sein, und ihre Praxis muss eine bestimmte Anzahl von Trainingsgeräten vorweisen sowie mindestens eine Fläche von 45 Quadratmetern haben. Hat man die Voraussetzungen erfüllt, kann man sich um eine Lizenz bewerben. Diese sichert dem Therapeuten nicht nur ein räumliches Alleinstellungsmerkmal, sondern auch den Zugang zu allen Standards und Programmen auf der Internetplattform. Die einmalige Aufnahmegebühr kostet 1.500 Euro zzgl. Mehrwertsteuer, die jährliche Lizenzgebühr 500 Euro zzgl. Mehrwertsteuer.

Mit dem Erwerb der Lizenz allein ist es allerdings noch nicht getan. Denn das PhysioNetzwerk hat nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedene Therapiekonzepte erarbeitet. „Wir wollen, dass die Praxen den Vorteil haben, mit unseren Konzepten arbeiten zu können, ohne dass diese auch von der Praxis zwei Strassen weiter gemacht werden." Konzepte wie der Rückentriathlon oder Nackentriathlon sind kassenunabhängige Konzepte. Das heißt, die Patienten können als Selbstzahler daran teilnehmen. Alle Lizenznehmer müssen insgesamt sechs Fortbildungen absolvieren, damit sie mit den Konzepten arbeiten können. Außerdem wird dem Therapeuten jede Menge Marketingmaterial zur Verfügung gestellt, mit welchem er das Konzept bei kooperierenden Ärzten oder Rehakliniken vorstellen kann.

Martin Müller ist mittlerweile fündig geworden. Sein Physiotherapeut ist einer von 400 Lizenzinhabern im PhysioNetzwerk und hat ihm einen genauen Therapiezeitplan erstellt. Das nächste Fußballspiel kommt ganz bestimmt, und Martin Müller weiß jetzt auch, wann. *ko*

Kontakt: PhysioNetzwerk GmbH
Postfach 1835, 27738 Delmenhorst
Telefon: 04221 - 123631, Fax: 04221 – 120516
www.physio-netzwerk.de
info@physio-netzwerk.de

Planung für Praxisziele durch Vergleiche klarer machen

Gute Vorsätze für 2009 umsetzen

Zum Jahresbeginn werden gute Vorsätze gefasst. Haben auch Sie Ihre Praxisqualitätsziele für 2009 schon definiert? Prof. Dr. Rolf Hildebrand, Experte für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, empfiehlt, die eigenen Praxisziele mit externen Vorschlägen zu vergleichen – eine gute Idee, für die wir einige Anregungen geben wollen:

1. Was wird sich in 2009 für Ihre Patienten verbessern? Wie gut sind Sie hinsichtlich der Patientenversorgung heute? Wie messen bzw. belegen Sie das? Und wie werden Sie das in diesem neuen Jahr weiterentwickeln, insbesondere hinsichtlich folgender Punkte:

- **Behandlungserfolg:** Wie erfolgreich verläuft die Behandlung Ihrer Patienten ganz konkret? Wie viele Patienten werden innerhalb einer Regelverordnung erfolgreich behandelt? Wie viele Patienten erreichen (messbar/belegbar) die schriftlich fixierten Therapieziele?
- **Patientenzufriedenheit:** Wie werden Sie in 2009 die Zufriedenheit der Patienten mit Behandlung, Behandlungsergebnis und erlebtem Service messen und weiterentwickeln?
- **Kosten/Nutzen-Relation:** Wie können Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit verbessert werden, ohne dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen? Oder sind die Kosten der Verbesserung das Ergebnis wert?
- **Innovation:** Welche neuen Behandlungs- und Servicebedürfnisse Ihrer Patienten werden Sie in 2009 so umsetzen, dass die Patienten bereit sind, dafür gern auch privat zu bezahlen?

2. Was wird sich in 2009 für Ihre zuweisenden Ärzte verbessern? Wie gut klappen Arztkommunikation und -vernetzung schon heute? Was werden Sie in 2009 noch machen, um das Verhältnis zu Ihren zuweisenden Ärzten und/oder Kliniken zu verbessern? Dazu bieten sich folgende Handlungsbereiche an:

- **Behandlungserfolge:** Wie können die zuweisenden Ärzte in Zukunft noch besser erkennen, dass die überwiesenen Patienten erfolgreich therapiert worden sind? Wie kann das messbar belegt werden? Und wie kann damit die Bereitschaft der Ärzte erhöht werden, in Zukunft Patienten gezielt in Ihre Praxis zu empfehlen?
- **Kommunikation:** Wie kann die Kommunikation mit den zuweisenden Ärzten verbessert werden? Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Kommunikation nicht als Störfaktor wahrgenommen wird? Was werden Sie in 2009 ändern, damit Sie von ihren Ärzten als gern gesehener Gesprächspartner anerkannt werden. Wie werden Sie Befundberichte aus Ihrer Praxis als wichtige Informationsquelle etablieren oder die stabilisieren?
- **Finanzielle Absicherung:** Was müssen Sie 2009 verbessern, um Ihren Ärzten die Angst zu nehmen, möglichen Regressansprüchen ausgesetzt zu werden. Welche finanziellen Aktivitäten sind in Ihrer Situation für Ihre Praxis überlebenswichtig? Sind Sie überhaupt bereit, sich um die finanzielle Absicherung Ihrer zuweisenden Ärzte Gedanken zu machen?

3. Was wird sich in 2009 für Ihre Mitarbeiter verbessern? Wie gut klappt die Mitarbeiteiterentwicklung in Ihrer Praxis schon heute? Und was soll in 2009 deutlich besser werden? Dazu wären Ziele und unterstützende Maßnahmen in den folgenden Bereichen sinnvoll:

- **Anforderungsklarheit:** Ist das Anforderungsprofil jedes Arbeitsplatzes und der vom Stelleninhaber erwarteten Beitrag zum Praxisergebnis 2009 klar definiert? Sind die Prozesse hinreichend dargestellt, werden sie konsequent gelebt und weiterentwickelt? Wird wirklich arbeitsteilig als Team gemeinsame Wertschöpfung betrieben?
- **Arbeitsklima:** Wie wird in Ihrer Praxis miteinander umgegangen? Welche Rolle spielen Begriffe wie Fairness und Verlässlichkeit für Ihre Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Führung? Gibt es Raum und Budget für die persönliche Weiterentwicklung jedes Mitarbeiters?
- **Belohnung:** Gibt es Anerkennung und Belohnung für die tägliche Arbeit? Wie fallen Anerkennung und Belohnung auch gerade im Vergleich zu anderen Mitarbeitern, anderen Praxen und Institutionen aus?

4. Was wird sich in 2009 für Sie verändern? Was soll in diesem Jahr für Sie persönlich ganz konkret besser werden? Dazu müssen Sie wissen, wo Sie heute stehen, wie Sie die Situation heute bewerten und den Veränderungsbedarf z.B. in den folgenden Bereichen identifizieren:

Schriftliche Ziele sind für die Führung und den Erfolg einer Praxis von entscheidender Bedeutung!

- **Praxisqualität:** Erfüllt die Praxis die an sie gestellten Anforderungen, beispielsweise durch Krankenkassen, Ärzte und Patienten. Erfüllt die Praxis aber auch die Erwartungen, die Sie ganz persönlich an Behandlungsergebnisse, Qualifikation, Stellenwert ihrer Therapie bei Ärzten und Patienten haben? Sind Sie sich über Ihre eigenen Erwartungen im Klaren, können Sie diese messen und die Entwicklung verfolgen?
- **Marktposition:** Welchen Rolle spielt Ihre Praxis, wenn es darum geht, die Menschen in Ihrem Einzugsgebiet dabei zu unterstützen, die Lebensqualität wiederherzustellen oder zu erhalten? Welchen Marktanteil haben Sie in Ihrem Spezialsegment – und wie wird sich Ihr Marktanteil in 2009 verändern? Welche Veränderungen sind notwendig, um sich auf die stark ändernden Marktbedingungen einzustellen?
- **Ergebnisse:** Wie viel Gewinn werden Sie in 2009 machen? Passt diese Vorgabe zu Ihrer Planung bezüglich des Praxiswachstums. Passt dieses Ergebnis zu den Gefahren, die Sie aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen identifiziert haben? Wie viel Freizeit haben Sie in 2009 – oder wie viel Urlaub werden Sie haben? Passen diese Ergebnisse zu Ihrem Rollenverständnis innerhalb Ihrer Familie und Ihres sozialen Umfeldes?

Zwischen diesen Bereichen gibt es viel Zündstoff für Zielkonflikte. Wie werden Sie damit umgehen, wenn Ihre Ethik im Widerspruch zu ökonomischen Zielsetzungen steht? Und inwieweit sind alle Mitarbeiter über die Praxisqualitätsziele informiert, motiviert und in der Lage, diese Ziele auch selbstständig zu erreichen?

Mit dieser Übersicht an Themen sollten Sie genug Material haben, Ihre eigenen Planungen noch einmal abzugleichen. Viel Erfolg in 2009 wünsche ich Ihnen! *bu*

Neu für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Auf der Internetseite www.praxiswissen24.de/Videos stellen wir Ihnen in loser Folge Videos zum Thema Therapeuten, Gesundheitswesen und Praxismanagement vor. Mal skurril, mal witzig, immer unterhaltsam und informativ!

Alle Videos unter:
www.praxiswissen24.de

Gesundheitsfonds

Seit Anfang Januar gilt der neue Gesundheitsfond. Der hat zwar auf Heilmittelerbringer keine direkten Auswirkungen – trotzdem hilft es, wenn man als Therapeut ein bisschen dazu sagen kann. Mit diesem Video machen Sie sozusagen eine Mini-Fortbildung zum Thema Gesundheitsfonds, die nicht zwingend ernst gemeint ist – Fortbildungspunkte gibt's aber nicht dafür! *bu*

Machen Sie mit: Videos als Kommunikationsmittel sind im Internet immer beliebter. Sicherlich sind Sie auch schon einmal auf ein Video gestossen, bei dem Sie gedacht haben: „Ja, das müßten sich meine Kollegen ansehen!". Teilen Sie uns solche Funde mit: 50 Euro zahlen wir jedem praxiswissen24-Kunden, dessen Videovorschlag zum Video der Woche ausgewählt wird. Schicken Sie also Ihren Vorschlag an: info@praxiswissen24.de!

kurz & knapp

Basiszinssatz fällt zum 1. Januar 2009 auf 1,62 Prozent +++ Die Deutsche Bundesbank hat den Basiszinssatz, die Bezugsgröße zur Berechnung von Verzugszinsen, vom 1. Januar 2009 an von bisher 3,19 auf 1,62 Prozent gesenkt. Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) dient vor allem als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen gemäß §288, Absatz 1 Satz 2 BGB. Daher gilt ab 1. Januar 2009: Verzugszinsen bei säumigen Zahlern (z.B. Privatpatienten) betragen damit 1,62 + 5 = 6,62 Prozent. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder Firmen) beträgt der Verzugszins 1,62 + 8 = 9,62 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. *bu*

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

Vorschau

Die nächste Ausgabe erscheint am 18.02.2009 mit aktuellen News, Meldungen zur Gesundheits- und Berufspolitik und zum Praxismanagement. Unter anderem mit diesen Themen:

Spitzenverband der Krankenkassen veröffentlicht detaillierte Zahlen zum Heilmittelumsatz bis zum Ende des 3. Quartals 2008

Die Unterschiede zwischen den KVen sind immer noch riesengroß

Die Unterschiede im Heilmittelumsatz pro 1.000 Versicherte je KV-Gebiet sind immer extrem groß. Eine genaue Analyse der bis zum dritten Quartal aufgelaufenen Zahlen zeigt, ob die Umsätze zusammenwachsen oder sich die Unterschiede stabilisieren.

Fallbeispiel: Therapie auch bei langamtmigen Patienten zügig beenden

So machen Sie mit Patienten Schluss!

Erwartungsmanagement zum Anfassen

Passt Ihre Werbung zu Ihrer Praxis?

Impressum

Herausgeber:
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
kontakt@praxiswissen24.de
www.buchner.de

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

Dieser Newsletter ist Bestandteil
des praxiswissen24-Abonnements
www.praxiswissen24.de/preise-und-konditionen/

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di), Heidi Kohlwes (ko), Susanne Werner (sw), Anke Zillessen (az)

Fotos © fotolia.com: PeJo (S. 1); Video-Screenshots: You Tube (S. 16).