praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 06/2007

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 06/2007

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK
Unsinnige Abmahnung 1
Neu: Bundesverband für ambulante med. Rehabilitationszentren gegründet 16

MARKETING
„Geiz ist geil“ ist out – Qualitätsbewusstsein der Verbraucher steigt 5

KRANKENKASSEN
Vorläufiges Finanzergebnis der GKV: Heilmittelumsatz steigt um 3,9 % je Mitglied 6
Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Nicht alles gefallen lassen! 11
AOK Hessen schließt Verträge mit Fitnessstudios 12
Akademisierung in den Zulassungsempfehlungen berücksichtigt 14

ÄRZTE
KBV will Qualität der Ärzte erkennbar machen und mit Honorierung verknüpfen 3
Jeder fünfte Kassenarzt darf Reha-Leistungen verordnen 7
Vernetzung gewinnt 8
Ulla Schmidt: „Floatende Punktwerte werden abgeschafft“ 13
Niedersachsen: Regresse sorgen für Unruhe in den Arztpraxen 13

PHYSIOTHEAPIE
Fortbildung ohne Präsenz 4
Schweizer Studie: Kaum Standards für die Nachbehandlung nach Knie-TEP 6
Nordic Walking für Beinamputierte gestartet 7
IFK bezieht Position zum Thema „Behandlung ohne ärztliche Verordnung“ 9
Weniger Stürze und Knochenbrüche durch gezielte Prävention 15

SPRACHTHEAPIE
Schlechtere Zukunftschancen für Kinder mit Sprachstörungen 15

Guten Tag

und herzlich willkommen zu Unternehmen Praxis, der monatlichen Print-Ausgabe des praxiswissen24-Newsletters! Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Ihr

Ralf Buchner

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Unsinnige Abmahnung

Abmahnungen machen wenig Spaß und kosten den Praxisinhaber Geld. Besonders ärgerlich wird es jedoch, wenn die Abmahnung vom Berufsverband kommt, inhaltlich teilweise fragwürdig ist und Sachverhalte abmahnt, die die Mitglieder eben dieses Berufsverbandes selbst praktizieren. Lassen Sie sich von solchen Abmahnungen nicht einschüchtern!

Die Praxisinhaberinnen wollten es gar nicht glauben: Eine Rechtsanwaltskanzlei teilte ihnen im Auftrag eines Physiotherapieverbandes mit, sie sollen innerhalb von weniger als zehn Tagen eine Unterlassungserklärung unterschreiben und 1.250 Euro Anwaltsgebühren zahlen. Ansonsten drohe die gerichtliche Durchsetzung des Unterlassungsanspruchs.

Das anwaltliche Schreiben lässt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig: „Sie bewerben die Abgabe von „Osteopathie“, „Kraniosakraltherapie“, „Bobath“, „Brügger-Therapie“ und „Kinesiotape“. Mit dieser Bewerbung Ihrer Leistungen verstoßen Sie gegen §11 Nr. 6 HWG (Heilmittelwerbegesetz). Hiernach darf in öffentlicher Werbung außerhalb der Fachkreise nicht mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen geworben werden, ohne dass diese im direkten Zusammenhang allgemein verständlich erklärt werden.“

Eine nicht repräsentative Stichprobe im Internet bei Mitgliedern desselben Verbandes am 29.5.2007 ergibt bei drei von vier Praxis-Hompages genau die von der Kanzlei abgemahnte Situation: Nennung exakt der oben genannten Begriffe ohne weitere allgemein verständliche Erklärung.

Warum mahnt der Verband also ein Nichtmitglied ab, wenn die eigenen Mitglieder ganz offensichtlich genauso fragwürdig (oder nicht) handeln? Rechtlich ist ein solches Vorgehen mehr als strittig, da der Verband im Namen seiner Mitglieder abmahnt, während sich diese offenkundig ebenfalls wettbewerbswidrig verhalten. >

buchner

Thieme

Die durch die Anwaltskanzlei übermittelten Vorwürfe des Verbandes setzen sich folgendermaßen fort: „Nach den Kenntnissen unseres Mandanten verfügen Sie weder über eine ärztliche Bestallung noch über die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde. Mit Ihrem Angebot, Osteopathie abzugeben, verstoßen Sie somit gegen das Heilpraktikergesetz."

Diese Auffassung ist für einen Physiotherapieverband erstaunlich konservativ und wird so auch nur von wenigen Gerichten und Fachanwälten geteilt. Ganz im Gegenteil beschreibt zum Beispiel Rechtsanwalt Boxberg eher die herrschende Meinung, der im Internet ausführt: „Kein Osteopath, der zuvor den Beruf des Masseurs und Medizinischen Bademeisters (mit zusätzlicher Ausbildung in Manueller Therapie oder als Physiotherapeut) erlernt hat, braucht für die Ausübung der Osteopathie im Bereich deckungsgleicher Tätigkeiten beider Berufe eine Prüfung als Heilpraktiker." Aktuelle Gerichtsurteile unterstreichen diese Sichtweise.

Warum versucht der Verband die Werbung für eine Leistung abzumahnen, die gerade den Physiotherapeuten eine interessante Zukunftsperspektive und Unabhängigkeit beschert (und deren rechtliche Durchsetzung mehr als zweifelhaft ist)?

Die Anwaltskanzlei hat im Auftrag des Verbandes angeblich noch weiteres Fehlverhalten der Praxisinhaberinnen entdeckt: „Soweit Sie „Fußreflex" bewerben, ist dies gemäß §5 UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) irreführend, da Sie nicht deutlich machen, ob Sie Fußreflexmassage oder Fußreflextherapie abgeben. Letzteres wäre ebenfalls ein Verstoß gegen §5 Heilpraktikergesetz. Denn die Ausübung der Fußreflex(zonen)therapie setzt ebenso eine vorhergehende Diagnostik voraus und ist deswegen nach der Rechtsprechung ebenfalls Ausübung der Heilkunde."

Das Landgericht Kiel entschied im November 2006, dass eine Masseurin und Medizinische Bademeisterin die Fußreflexzonenmassage erlaubterweise ohne eine vorliegende ärztliche Verordnung ausüben darf. Wie die im Auftrag des Verbands abmahnende Anwaltskanzlei den Unterschied zwischen Fußreflexmassage und Fußreflextherapie definiert, bleibt ihr Geheimnis. Ein abmahnenswertes Fehlverhalten der Praxisinhaberinnen liegt hierbei jedenfalls nicht vor. Wiederum stellt sich die Frage: Warum mahnt ein Verband eine Praxis dafür ab, dass sie eine originäre physiotherapeutische Leistung aktiv auf dem Markt anbietet?

Es drängt sich der Gedanke auf, dass die von der Rechtsanwaltskanzlei festgesetzte Höhe des Streitwerts von 25.000 Euro anscheinend eher etwas mit dem Wunsch nach einem ordentlichen, vom Streitwert abhängigen Honorar als mit der in Deutschland üblichen Praxis solcher Fälle zu tun hat. So finden sich problemlos vergleichbare Fälle mit einem Streitwert von 11.000 Euro, also weniger als der Hälfte!

Einen Gefallen dürften sich weder der Verband noch die Anwaltskanzlei getan haben. Ein sich den Berufsinteressen verpflichtet fühlender Verband hätte sinnvollerweise bei einem nicht gewünschten und rechtlich fragwürdigen Werbeauftritt eines Nichtmitglieds die betreffenden Praxisinhaber angesprochen, auf das Problem hingewiesen und dann die Praxis als Mitglied geworben, mit dem Nutzenversprechen, die Werbung der Praxis zum Beispiel durch Dienstleistungen der Kanzlei zu optimieren.

Schade, bei den beiden Praxisinhaberinnen ist es anders gekommen. Sie ließen sich durch das Schreiben der Anwaltskanzlei einschüchtern und unterschrieben die Abmahnung umgehend. Dabei ist sicherlich noch die Frage der Zahlung der Anwaltskosten zu erörtern, da einige Verbandsmitglieder mit den gleichen Begriffen werben.

!

Rechtlich fragwürdige Abmahnung gegen die Verwendung des Begriffes Osteopathie.

!

Abmahnung für die Werbung mit Fußreflex ist rechtlich kaum nachzuvollziehen.

?

Warum arbeitet der abmahnende Verband nicht konstruktiv mit den „Rechtsbrechern" zusammen – im Sinne des Berufsstandes?

Als Ergebnis der Abmahnung lässt sich festhalten:

- Der Verband schwächt sich selbst, weil er von anderen fordert, was seine Mitglieder nicht halten.
- Die Kanzlei verliert unter Umständen durch die teilweise rechtlich nicht eindeutige Argumentation Ansehen bei Therapeuten außerhalb des Verbandes.
- Die abgemahnten Praxisinhaberinnen optimieren ihre Werbung und passen in Zukunft besser auf.

Für alle, die es interessiert:

Der Verband ist der Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V., Landesverband Hamburg/Schleswig-Holstein e.V., die vertretende Kanzlei die Rechtsanwälte Schumacher & Schumacher, Hamburg.

Tipp: praxiswissen24-Kunden sollten sich im Falle einer Abmahnung sofort an einen Anwalt ihres Vertrauens wenden, der auf Wettbewerbsrecht spezialisiert ist. Außerdem hilft die Hotline bei der Vermittlung eines Fachanwalts. Sie hält auch Ratschläge für den Umgang mit Abmahnungen bereit und kann den beauftragten Anwalt durch entsprechende Urteilsfundstellen unterstützen.

!

praxiswissen24-Hotline sollte über jede Abmahnung möglichst schnell informiert werden, um die Arbeit der betreffenden Anwälte optimal unterstützten zu können.

ÄRZTE

KBV will Qualität der Ärzte erkennbar machen und mit Honorierung verknüpfen

Bis Mai 2008 will die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Set von Indikatoren vorlegen, mit denen sich die Qualität der von Vertragsärzten erbrachten Leistungen messen lässt. Ebenso will die KBV Vorschläge unterbreiten, wie Qualität und Vergütung gekoppelt werden können. Ein Beispiel für die zukünftige Vergütung von Therapeuten?

„Qualitätsindikatoren bringen allen im Gesundheitswesen Vorteile: Die Niedergelassenen lernen, wie gut sie schon sind und was sie verbessern können. Die Patienten profitieren von Transparenz und Vergleichbarkeit. KBV und Krankenkassen können die Grundlage für den Wettbewerb um Qualität legen und interessante Vergütungsanreize schaffen“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV Dr. Andreas Köhler in Berlin.

Das Projekt der KBV gliedert sich in mehrere Phasen. Zunächst sollen alle schon existierenden Indikatorensets erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf den KBV-Kontext untersucht werden. Danach wird ein Qualitätsindikatorenregister erstellt. Auf dieser Grundlage will die KBV ein Kernindikatorenset für die ambulante Versorgung in Deutschland ermitteln. Ein externes wissenschaftliches Institut soll dieses Set in ausgewählten Praxen auf Aussagekraft, Praktikabilität und eine mögliche Honorarkopplung hin testen. Liegen die Ergebnisse vor, will die KBV sie analysieren und ihr Set entsprechend anpassen.

„Wichtig ist uns, mit ohnehin schon erhobenen Daten zu arbeiten. Den Ärzten soll kein zusätzlicher Aufwand entstehen, sie haben schon genug Formulare auszufüllen“, >

Verknüpfung von Kernindikatoren mit dem ärztlichen Honorar soll geprüft werden.

verspricht Köhler. Die KBV will mit renommierten Organisationen und einschlägigen Verbänden zusammenarbeiten. So hat sie eine Befragung von 200 Berufsverbänden, medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen initiiert und wird auf das Expertenwissen von RAND Health zurückgreifen. Diese amerikanische Non-Profit-Organisation hat besonders viel Erfahrung, insbesondere mit den Vor- und Nachteilen von Indikatorensets.

Konsentierte wissenschaftlich gesicherte Indikatorensets für den ambulanten Sektor gibt es in Deutschland bislang nicht. Die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gibt jährlich einen anonymisierten Bericht über Krankenhäuser heraus. Die AOK hat Arztnetzindikatoren entwickelt. Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren haben bislang die USA, Großbritannien und die Niederlande gesammelt.

Pay for Performance

Dort wurde auch die Vergütungskopplung unter dem Namen „Pay for Performance“ (P4P) getestet und zum Teil schon eingeführt. Dabei hängt die Honorierung der Behandlung oder Zuschläge zu einem Basishonorar von vor allem chronisch Erkrankten davon ab, ob ein vorher vereinbarter Behandlungsstandard und -erfolg erreicht wird. Auf ein Problem, das zumindest die rasche und problemlose Verbreitung dieser Programme unter den Bedingungen eines aus vielen Allgemein- und Fachärzten bestehenden Versorgersystems behindern dürfte, weisen die Ergebnisse einer Studie im Bereich des staatlichen Medicare-Systems der USA hin. Die Studie über „Care Patterns in Medicare and Their Implications for Pay for Performance“ von Pham et al. (Download unter: www.content.nejm.org/cgi/content/full/356/11/130) kommt zu dem Ergebnis, dass in den meisten untersuchten Fällen sehr viele verschiedene Ärzte an der Patientenversorgung beteiligt seien. Wer von ihnen welchen Anteil an den Versorgungsergebnissen der Patienten hatte, ließ sich gar nicht oder nur sehr schwierig feststellen. Und gerade chronisch Kranke mit hohem Leistungsbedarf wechselten öfter ihren Arzt und holten Mehrfachmeinungen ein, was die korrekte Zuordnung von Therapieerfolgen nicht gerade vereinfachte.

Als Voraussetzung für wirksame und effiziente P4P-Programme sehen die Autoren, dass Patienten und Leistungserbringer erhebliche Einschränkungen bei der freien Arztwahl hinnehmen.

!

„Pay for Performance“ funktioniert nur, wenn die freie Arztwahl z.T. erheblich eingeschränkt wird.

PHYSIOTHERAPIE

Fortbildung ohne Präsenz

Am 15. Juni 2007 veranstaltet die Fachhochschule Osnabrück in Kooperation mit dem Georg Thieme Verlag Stuttgart und dem Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V. einen Kongress zum Thema „Fortbildung ohne Präsenz“

Was bei Ärzten schon länger praktiziert wird, soll nun über das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „IQ Phys“ (Implementierung eines Instruments zur Qualitätssicherung in der Physiotherapie) durch die FH Osnabrück auch für Therapeuten entwickelt werden. Die Grundidee ist, dass das Ziel der Fortbildungspflicht auch durch Fernfortbildungen und nicht nur durch Präsenzkurse erreicht werden kann. Folgerichtig lautet das Thema des Kongresses auch „IQ Phys und CPTE (Continuing Physiotherapy Education) – Fortbildung ohne Präsenz“.

Ärzte praktizieren das Sammeln von Fortbildungspunkten schon länger.

Kooperationspartner des Projekts sind der Georg Thieme Verlag und der Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V. Gefördert wird es durch AGIP, die Arbeitsgemeinschaft innovativer Projekte des niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur.
In Anlehnung an andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Ärzte oder Pflegekräfte wurde eine Lernmethode für Physiotherapeuten entwickelt, die es ermöglicht, sich mit Fachartikeln fortzubilden und sein Wissen anhand von Fragen zu überprüfen.
Die Artikel zur „Continuing Physiotherapy Education" (CPTE-Artikel) haben das Ziel, Fachwissen zu erweitern, indem anhand des Lernmediums Text neue Erkenntnisse der Forschung in der Physiotherapie und in angrenzenden Bezugswissenschaften sowie theoretische Grundlagen zu einem Schwerpunktthema vermittelt werden. Weiterhin wird eine methodisch-didaktische Evaluation der in den Zeitschriften physiopraxis (Thieme) und Physiotherapie (IFK) publizierten CPTE-Artikel durchgeführt; die Auswertung erfolgt durch die FH Osnabrück.

Das Programm und weitere Informationen finden Sie unter: www.iqphys.de.

MARKETING

„Geiz ist geil" ist out – Qualitätsbewusstsein der Verbraucher steigt

Schnäppchenjäger mutieren zu Markenkunden, behauptet der jüngste Stimmungsbericht des Marktforschungsinstituts GfK. Es scheint immer mehr Verbraucher zu geben, die sich etwas leisten wollen. Von diesem Trend könnten Therapeuten mit entsprechend hochwertigen Dienstleistungen profitieren.
Laut Süddeutscher Zeitung überlegt der Elektronikhändler „Saturn" ernsthaft, die „Geiz-ist-geil"-Kampagne einzustellen. Werbefachleute und Marktforscher sind sich nämlich einig, dass sich der Slogan überlebt hat. Die Verbraucher verdienen wieder mehr Geld, die Arbeitsplätze werden zunehmend sicherer, und der Bedarf an hochwertigeren Leistungen wächst. Die Verbraucher suchen nicht mehr nach dem billigsten Angebot, sondern stellen verstärkt Fragen nach der Qualität der Leistung.

Anspruchsvolle Kunden sind auch zahlungsbereite Kunden.
Das bedeutet nicht, dass kein Bedarf mehr nach günstigen Preisen besteht. Vermutlich teilt sich der Preis zukünftig in zwei Segmente auf: preisgünstige Schnäppchenanbieter und hochwertige Markenproduzenten. Die mittleren Preissegmente werden immer weniger nachgefragt.
Die Konsequenz derartiger Trends für niedergelassene Therapeuten ist auf jeden Fall die Erkenntnis, dass der Kunde eine unentschlossene Preisfindung unter Umständen als unklare Wertigkeit der Leistung interpretiert. In Zukunft wird es sowohl günstige Preise für kleine Leistungen (Kassenleistungen) als auch hohe Preise für Premiumtherapie geben! Auf der Strecke bleiben wahrscheinlich die beihilfefähigen Höchstsätze und Mehrleistungen ohne Bezahlung.

!

Verbraucher stellen verstärkt die Frage nach der Qualität der Leistung.

KRANKENKASSEN

Vorläufiges Finanzergebnis der GKV: Heilmittelumsatz steigt um 3,9 Prozent je Mitglied

Dieser Tage wird wieder das vorläufige Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin bekannt gegeben. Heilmittelerbringer freuen sich verhalten über ein Plus von 3,9 Prozent.

Das Wachstum im Heilmittelbereich ist im Westen leicht höher (+ 4,0 Prozent) als im Osten (+ 3,5 Prozent). Ansonsten lässt sich aus den vorläufigen Daten nicht wirklich Entscheidendes herauslesen, da zum Beispiel für das 1. Quartal Zahlen über Neugründungen von Heilmittelpraxen fehlen. Auch eine Aufteilung der Zahlen nach KV-Gebieten liegt noch nicht vor. Vermutlich dauert es noch bis Anfang Juli, bis solche Daten im Heilmittelinformationssystem (www.gkv-his.de) vorliegen. Wir werden Sie dann entsprechend informieren.

Hinter den vielen Zahlen des vorläufigen Finanzergebnisses verbirgt sich eine beruhigende Nachricht für alle Therapeuten: Die Honorare der Ärzte haben um immerhin rund 2,3 Prozent je Mitglied zugenommen. Erfahrungsgemäß wirkt sich die positive Entwicklung der Arzthonorare auch vorteilhaft auf Therapieverordnungen aus.

Die vorläufigen Ergebnisse können bei der praxiswissen24-Hotline abgerufen werden.

PHYSIOTHERAPIE

Schweizer Studie: Kaum Standards für die Nachbehandlung nach Knie-TEP

Die Frage nach der Standardisierung von Therapie wird immer wieder kontrovers diskutiert. In der Schweiz haben Physiotherapeuten die Nachbehandlungen von Patienten mit Knietotalendoprothese untersucht und festgestellt, dass es kaum Hinweise darauf gibt, dass Therapeuten im Sinne des „Best-Practice“ voneinander lernen.

Die Frage, welche Verordnungen zur postoperativen Physiotherapie nach Knie-TEP gemacht werden und ob die jeweils angewandten Verfahren eine wissenschaftliche Grundlage haben, war Gegenstand einer Untersuchung in der Schweiz. Dazu haben die Untersucher aktuelle physiotherapeutische Nachbehandlungsschemata von Knie-TEPs in Schweizer Kliniken ausgewertet und mithilfe einer Literaturrecherche die Schemata auf ihre Evidenz hin untersucht. Die Ergebnisse haben sie in physioscience, Ausgabe 1/07, veröffentlicht.

30 Nachbehandlungsschemata aus 28 Kliniken konnten analysiert werden. Die fünf häufigsten Verordnungen bezogen sich auf die Verwendung von Bewegungsschienen (93 %), gefolgt von Mobilisation im Bett (87 %), Aufbau der Beinbelastung und passive Gelenksmobilisation (83 %) sowie Quadrizepstraining (73 %). Ein standardisiertes Vorgehen war nicht zu erkennen. Angaben zur sozialen und beruflichen Reintegration fehlten weitgehend. Teilweise fehlte die wissenschaftliche Evidenz für diese Maßnahmen.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die unterschiedlichen Nachbehandlungsschemata zur Physiotherapie nach Knieendoprothesen die postoperative Behandlung erschweren. Und sie plädieren für ein künftig einheitliches Vorgehen!

ÄRZTE

Jeder fünfte Kassenarzt darf Reha-Leistungen verordnen

Knapp ein Fünftel (19,5 Prozent) aller Kassenärzte verfügt über die Qualifikation zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Die Mehrausgaben für ambulante geriatrische Rehabilitation werden auf 100 Millionen Euro geschätzt.

Wie aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion hervorgeht, erfüllten zum 1. April 2007 insgesamt 23.024 Ärzte die Bedingungen der Rehabilitationsrichtlinien. Weiter wird dabei auf eine gravierend ungleichmäßige regionale Verteilung der entsprechend qualifizierten Ärzte verwiesen. Der prozentuale Anteil bewege sich zwischen 1,4 Prozent bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und 27,4 Prozent bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. Allerdings dürfte der Weg zum nächsten Rehabilitationsarzt im Stadtstaat Hamburg genauso lang wie im Flächenland Bayern sein. Wer wissen möchte, welche Ärzte in der Nähe die Rehaleistungen verordnen dürfen, kann bei den meisten KVen nachfragen.

Nach Angaben der Bundesregierung werden die jährlichen Mehrausgaben für die mit der jüngsten Gesundheitsreform zur Pflichtleistung mutierte geriatrische Rehabilitation auf rund 50 Millionen Euro im Jahr 2007 und ab 2008 auf etwa 100 Millionen Euro geschätzt. Gewisse – allerdings vorab nur schwer zu kalkulierende Mehrausgaben – sollen aus der Umwandlung weiterer medizinischer Rehabilitationsleistungen von Ermessens- zu Pflichtleistungen resultieren.

PHYSIOTHERAPIE

Nordic Walking für Beinamputierte gestartet

Die Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg hat erstmalig Beinamputierte zum Nordic Walking eingeladen, mit überraschend großem Erfolg: Über 30 Patienten waren der Einladung gefolgt und streiften individuell aufgeteilt in drei Gruppen und betreut von jeweils zwei speziell ausgebildeten Physiotherapeuten durch das Neckartal.

„Die Idee, Nordic Walking auf Patienten zu übertragen, ist faszinierend, und der Nutzen ist wissenschaftlich nachgewiesen“, sagte der Leiter der Sektion Zerebralparese und Technische Orthopädie Dr. Leonhard Döderlein. Allerdings müsse man dabei transdisziplinär (Arzt, Physiotherapie, technische Orthopädie) zusammenarbeiten, da für Amputierte das Hantieren mit den Stöcken gar nicht so einfach sei.

So galt es, die richtige Lauftechnik im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit moderner Prothesen zu erlernen. Was Nordic Walking gesundheitlich bewirkt und was die Orthopädie-Technik dazu beiträgt, erklärten dann – unterstützt von Lichtbildern, Videofilmen und einer Ausstellung modernster Bein- und Fußprothesen – der Physiotherapeut und Nordic-Walking-Trainer Tom Lemlein und der stellvertretende Leiter der Orthopädie-Technik Olaf Gawron. Diese Art von fitnessorientiertem Gesundheitstraining als Präventionsangebot im Sinne der Gesundheitsförderung zum Bewegungseinstieg oder -wiedereinstieg wird von einigen Krankenkassen teilweise oder vollständig übernommen.

Weitere Informationen unter:
www.orthopaedie.uni-hd.de.

ÄRZTE / THERAPIEN

Vernetzung gewinnt

Bei der Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2006 wurden alle Preise an Netzwerke von Leistungserbringern vergeben. 38 Projekte hatten sich an dem Wettbewerb „Im hohen Alter zu Hause leben – Herausforderung für die ambulante medizinische Versorgung“ beteiligt. Gewonnen haben Netzwerke, deren Modelle auch für Therapeutennetze geeignet sind. Zu diesem Thema gibt es eine neue Seminarreihe.

Zwei erste Preise, ein zweiter und ein dritter Preis gingen an Leistungserbringer, die sich zusammengeschlossen haben, um gemeinsam die Patientenversorgung qualitativ zu verbessern. Wir stellen Ihnen die Preisträger vor.

1. Preis: Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex Schönebeck

Als Modellprojekt für Integrierte Versorgung wurde der Ambulante Geriatrische Rehakomplex (AGR) von der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK Sachsen-Anhalt 1998 ins Leben gerufen. Er wurde zunächst durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert. Vier geriatrisch geschulte niedergelassene Ärzte mieteten geeignete Räume und bauten – neben der Arbeit in ihren eigenen Praxen – ein interdisziplinäres Reha-Netz auf. In das Netz sind Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, ein Pflegedienst und ein Sanitätshaus eingebunden.

1. Preis: Nürnberger Versorgungsnetz „Qualität und Effizienz“

Ziel der im April 2005 gegründeten Ärzte-Genossenschaft Qualität und Effizienz (QuE eG) ist es, die gesellschaftliche Teilhabe und die Entscheidungssouveränität älterer Menschen zu gewähren. Dem Versorgungsnetz gehören rund 60 Praxen mit etwa 90 niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen an. Im Zentrum der Genossenschaftsarbeit steht der Aufbau eines Case Managements. Die im ambulanten Bereich verankerte fallbezogene Patientenbetreuung zielt darauf, Versorgungseinbrüche zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten, Pflege und alternativen Hilfsangeboten zu vermeiden. Dabei baut man auf die Erfahrungen aus dem früheren Projekt „Home Care Nürnberg“ auf, das im Jahr 2000 den Berliner Gesundheitspreis bekam und jetzt in das Versorgungsnetz QuE integriert ist.

2. Preis: Geriatrie Netzwerk Berlin

Das Geriatrie Netzwerk Berlin ist ein Kooperationsprojekt aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern und Ernährungsberatern des Medizinischen Versorgungszentrums Polikum Friedenau, den geriatrischen Kliniken des Berliner Klinikkonzerns Vivantes GmbH, dem Nachbarschaftsheim Schöneberg, dem Pflegedienst Brodatzki & Depner und dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité.

Ziel der im September 2006 gegründeten Kooperation ist die qualitative Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Senioren, zunächst im Berliner Südwesten. Dabei stehen die größtmögliche Selbstständigkeit der Senioren und – so weit wie möglich – die Sicherstellung der Versorgung im häuslichen und familiären Umfeld im Vordergrund.

3. Preis: Netzpraxis Mittelmosel

Die Netzpraxis Mittelmosel ist ein Verbund von 40 niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Dem Arztnetz haben sich auch zur ambulanten Versorgung ermächtigte Krankenhausärzte angeschlossen. Weitere Partner sind das Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich und die AOK Rheinland-Pfalz, die das Modell der am Hausarzt orientierten Integrierten Versorgung vertraglich und finanziell absichert. In der Region Bernkastel-Kues mit rund 6.800 Einwohnern nehmen rund 60 chronisch Kranke an dem Modell teil. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen zu verbessern. Diese vereinbaren dafür Standards für die gleichgerichtete Behandlung.

Neue Seminarreihe: Therapie vernetzen

Um Therapeuten bei der Entwicklung von Therapienetzen zu unterstützen, gibt es ein neues Informationsangebot: Jens-Peter Claußen, Logopäde und Gesundheitsökonom, hat als Initiator von Therapienetzen eine dreistündige Abendveranstaltung zum Thema Vernetzung zusammengestellt. Er wird darin unter anderem von seiner Erfahrung mit bereits bestehenden Therapienetzen berichten. praxiswissen24-Kunden melden sich über die Hotline zu den Veranstaltungen an. Für diese Veranstaltung werden vier Seminarpunkte fällig.

!

Seminar-Termine:

- 27.06.07 Bremen
- 27.06.07 Wiesbaden
- 02.07.07 Hannover
- 10.07.07 Berlin
- 17.07.07 Fürth, Nürnberg
- 17.07.07 München
- 27.08.07 Kiel

Anmeldungen unter Tel: 04307/81190 oder: www.therapienetze.de.

PHYSIOTHERAPIE

IFK bezieht Position zum Thema „Behandlung ohne ärztliche Verordnung“

In Australien wurde vor rund 30 Jahren erstmals der „Direct Access“ eingeführt, der direkte Zugang zum Therapeuten. Nach Auswertung der australischen Forschungsergebnisse, in die weitere internationale Erfahrungsberichte und Erkenntnisse einbezogen wurden, hat der IFK-Vorstand ein Positionspapier zum Direct Access erstellt.

Die Positionen will der IFK nun zur Grundlage der Gespräche unter anderem mit der Politik und dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen machen. Nachfolgend finden Sie Auszüge aus dem Positionspapier. praxiswissen24-Kunden können den kompletten Text bei der Hotline anfordern.

Positionspapier des IFK:

A. Aus ethischen, fachlichen und ökonomischen Gründen sollte auch Deutschland der weltweiten Entwicklung folgen und den Direct Access für selbstständige Physiotherapeuten ermöglichen.

1) Ethische Begründung: Der Physiotherapeut ist der Spezialist zur Behandlung diverser Krankheiten, insbesondere des Bewegungsapparates. [...] Internationale Forschungsergebnisse zeigen,dass der schnelle Zugang zum Therapeuten zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Aus ethischer Sicht darf es daher einem Patienten nicht verwehrt werden zu wählen, ob er zunächst einen Arzt oder direkt den Physiotherapeuten aufsuchen möchte. Per Gesetz sollte dem Patienten mithin der direkte Zugang zu einer adäquaten Therapie ermöglicht werden. >

2) Fachliche Begründung

a) Ein so genannter „First-Contact Practitioner“ – ein Therapeut, der ohne ärztliche Verordnung tätig wird – muss Kompetenzen aufweisen. [...] Solche Kompetenzen (z.B. Erkennen der eigenen Grenzen bei der Analyse der Untersuchungsergebnisse) werden schon heute in der dreijährigen Ausbildung zum Physiotherapeuten vermittelt. Dementsprechend werden deutsche Physiotherapeuten in Ländern, die den Direct Access eingeführt haben, regelmäßig zur Versorgung zugelassen.

b) Wird der Direct Access ermöglicht, erhalten Patienten schneller eine adäquate Therapie. Die frühe Intervention des Therapeuten führt zu einer schnelleren Verbesserung des Krankheitsbildes und am Ende zu besseren Behandlungsergebnissen.

c) Studien haben ergeben, dass Patienten, die aus eigener Wahl direkt den Physiotherapeuten aufsuchten, mehr Eigenverantwortung übernahmen. Eine bessere Compliance von Patienten führt zu besseren und nachhaltigen Behandlungsergebnissen.

3) Ökonomische Begründung

Durch die Einführung des Direct Access können Kosten eingespart werden. Die Ermöglichung des direkten Zugangs hat in anderen Ländern nicht zu den vermuteten Steigerungen physiotherapeutischer Maßnahmen geführt. Im Gegenteil konnte nachgewiesen werden, dass durch den First-Contact Practitioner Kosten eingespart werden können. [...]

B. Die Einführung des Direct Access sollte zeitnah erfolgen.

Die fachlichen Voraussetzungen zur Einführung des Direct Access sind schon heute gegeben. Physiotherapeuten haben aufgrund ihrer Ausbildung ein fundiertes Wissen zur Anwendung geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin und Rehabilitation. [...] Die Ärzte haben den Physiotherapeuten im Rahmen ihrer Verordnungen zunehmend mehr Autonomie in Bezug auf Untersuchungen und Therapieentscheidungen übertragen. [...]

C. Der First-Contact Practitioner stellt eine sinnvolle neue Form der Betätigung nicht ärztlicher Leistungserbringer dar.

[...] Unter anderem das vom IFK durchgeführte und von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Forschungsprojekt in Australien stützt diese These. Die dort in über 30 Jahren gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass die Einführung des First-Contact Practitioners von Patienten, Ärzten, Politik und Physiotherapeuten positiv bewertet wird. Der Direct Access sichert auch dort die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln, wo die Arztpräsenz in der Fläche reduziert ist.

D. Zur Patientensicherheit sollten Physiotherapeuten mit dreijähriger Berufsausbildung, die als First-Contact Practitioner arbeiten möchten, ihre Kompetenzen vorab nachweisen.

Patientensicherheit hat in Deutschland einen großen Stellenwert. In einer Prüfung bei den Berufsverbänden sollten Physiotherapeuten daher belegen, dass sie insbesondere die so genannten „Red flags“ erkennen. Das heißt, dass sie Gefahren bei der Befunderhebung erkennen, bei denen eine zusätzliche Diagnostik durch den Arzt erforderlich ist und eingeleitet werden muss. [...]

E. Die Akademisierung des Berufsbildes Physiotherapeut muss parallel zur Einführung des Direct Access konsequent weiter ausgebaut werden.

In der Fachhochschulausbildung zum Bachelor werden Therapeuten zum „reflektierenden Praktiker“ ausgebildet. Das heißt, sie erfüllen in besonderem Maße die für den First-Contact Practitioner erforderlichen Kompetenzen. [...]

F. Der IFK fordert mehr Freiraum für seine qualifizierten Physiotherapeuten in sicheren Rahmenbedingungen. Dementsprechend ist das Heilpraktikergesetz zu modifizieren.
Das Heilpraktikergesetz von 1939 entspricht nicht mehr den Anforderungen der heutigen Zeit an ein modernes Gesundheitssystem. [...] Das Heilpraktikergesetz muss folglich geändert werden, sodass Physiotherapeuten rechtssicher Patienten ohne ärztliche Verordnung behandeln können. In einem ersten Schritt würde somit der Direct Access für Privatpatienten und Selbstzahler ermöglicht. Die Möglichkeit, das System des Direct Access auch in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, ist dann in Modellvorhaben unter Beteiligung der Berufsverbände und Fachhochschulen zu prüfen. [...]

KRANKENKASSEN

Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Nicht alles gefallen lassen!

Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Therapiepraxen durch die sogenannte „Task-Force“ sollten sich die Praxisinhaber nicht einschüchtern lassen. Oft stellen sich Rückforderungssummen als Rechen- oder Recherchefehler heraus.
Der Spardruck im Gesundheitswesen hat unter anderem dazu geführt, dass in vielen Bundesländern bei den Krankenkassen Einheiten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entstanden sind. Hinter martialischen Namen wie „Task-Force“ verbergen sich in der Regel Mitarbeiter der Krankenkassen, die ganz normal arbeiten. Und das bedeutet: Verträge und Gesetze werden „nach Gusto“ ausgelegt, psychischer Druck auf die Praxisinhaber ersetzt sorgfältige Recherche!
So wurde zum Beispiel eine Physiotherapeutin aufgefordert, vermeintlich falsch abgerechnete Wegegebühren in Höhe von 13.000 Euro zurückzuzahlen. Grundlage dieser Forderung der Krankenkasse waren Berechnungen mithilfe eines Navigationssystems. Die verärgerte Therapeutin ließ sich nicht einschüchtern und ließ sich den Namen des Navigationssystems geben. Bei dessen Hersteller nachgefragt, erhielt sie den Hinweis, dass in ländlichen Gebieten die Hausnummern nicht überall eingepflegt seien. Das war der Grund, warum Wegelängen von der Krankenkasse falsch errechnet wurden. Außerdem stellte die Kollegin bei einer Nachkalkulation fest, dass die Task-Force Beträge anders rundet. Denn während die Praxis bei einer Anfahrt von 5,7 km korrekt auf 6 km aufrundete und so bei Hin- und Rückfahrt auf 12 km kam, rechnete die Kasse zunächst Hin- und Rückfahrt zu einer Länge von 11,4 km zusammen und kürzte dann kaufmännisch auf 11 km. Kein Wunder, dass es da über die Jahre zu einigen Differenzen kommt.
Wie man am Beispiel der Kollegin sieht, lohnt es sich fast immer, gegen Regressforderungen vorzugehen. Dazu sollten Praxisinhaber immer so schnell wie möglich die Gründe für den Regress hinterfragen, also bei den Krankenkassen die Details der Regressforderung erfragen. Pauschale Inregressnahmen stimmen fast nie!

!

Verträge werden oft nach Belieben der Krankenkassen ausgelegt.

praxiswissen24-Kunden können im Zweifelsfall der Hotline die Regressforderung zufaxen und bekommen argumentative Unterstützung bzw. Muster-Antworten für die Kassen!

KRANKENKASSEN

AOK Hessen schließt Verträge mit Fitness-studios

Mit 35 Fitnessstudios hat die AOK Hessen spezielle Rabatte für ihre Mitglieder vereinbart. Nachlässe von bis zu 30 Prozent bei Neuverträgen sollen möglich sein. Aber Achtung: Bevor man sich als Praxis vorschnell auf Rabatte für AOK-Versicherte einlässt, muss ein Strategie- und Preischeck erfolgen!

Die von der AOK ausgehandelten Preisnachlässe sind je nach Studio sehr individuell gestaltet. Im Gesundheitszentrum Baunatal gibt es zum Beispiel einen Nachlass von 30 Prozent bei Neuverträgen, in der Sportanlage Campus am Wolfsanger in Kassel wird der Monatsbeitrag um 20 Euro gesenkt. Bei der Charisma Freizeit GmbH in Frankenberg entfällt die Aufnahmegebühr von 75 Euro und zusätzlich gibt es ein spezielles Startpaket im Wert von 150 Euro. Darüber hinaus wird in fast allen Studios ein kostenloser Fitnesstest angeboten.

„Kooperieren können nur solche Anbieter, die einen bestimmten Qualitätsstandard vorweisen können“, erklärt Volker Lappöhn, Leiter der AOK-Regionaldirektion Nordhessen. Darüber hinaus erfolgt eine Prüfung durch AOK-Fitnessexperten nach bestimmten Bewertungskriterien. Nicht jeder Anbieter kommt also für eine Partnerschaft mit der AOK Hessen in Frage. „Wir überzeugen uns vor Ort vom äußeren Erscheinungsbild der Trainingsflächen. Entscheidend ist die regelmäßige Wartung der Geräte und die nachgewiesene Qualifikation der sportlichen Leiter“, ergänzt Lappöhn. Diese müssen während der Öffnungszeiten präsent sein und ihre Kunden professionell betreuen.

Solche Qualitätsanforderungen erfüllen Therapiepraxen, die Trainingstherapie auch als Selbstzahlerleistungen anbieten, in den meisten Fällen sehr viel besser. Fraglich ist nur, ob man als Therapiepraxis in einen Preiswettbewerb mit Fitnessstudios eintreten will. Praxen, die mit solchen AOK-Rabatten werben, würden zwangsläufig einen Vergleich mit Fitnessstudios antreten. Das könnte dazu führen, dass die Positionierung als Anbieter von Gesundheitstraining verwässert wird.

Bei Rabatten für Krankenkassenversicherte sollte außerdem berücksichtigt werden, dass der Rabatt sich möglichst auf eine einmalige Leistung bezieht und nicht auf Dauerleistungen. So ist ein hoher Rabatt auf eine Aufnahmegebühr sehr viel günstiger für den Anbieter als ein niedrigerer Rabatt auf den Monatsbeitrag. Denn in der Summe ist der scheinbar hohe Rabatt weniger teuer für die Praxis als der vermeintlich niedrigere Rabatt. Viele Fitnessstudios denken sich spezielle Leistungen aus (Fitnesstests, Eingangsuntersuchung), die nur als „Rabattgewährungsinstrument“ dienen. Damit wird von Beginn an nur dann Rabatt gewährt, wenn dieser vorher in den Preis der eigentlichen Leistung mit einkalkuliert wurde. Eine andere Überlegung, wie man einen Rabatt „finanzieren kann“, leitet sich aus den ersparten Kosten ab. Wenn die AOK-Hessen ihre Mitglieder auffordert, zu einem bestimmten Fitnessstudio zu gehen, erspart dies dem Studio Vertriebskosten. Diese Ersparnis wird dann als „Rabatt“ an die Ver-sicherten weitergegeben.

Soweit die Theorie, praktisch belegen lässt sich dieser Effekt oft nur schwer. Wenn irgendwann einmal alle Studios oder alle Praxen AOK-Versicherten Rabatte gewähren, verflüchtigt sich dieser Effekt wieder. Bleibt also als allgemeine Regel festzuhalten: Gewähre keine Rabatte, die Du nicht vorher in den Preis einkalkuliert hast!

!

Therapiepraxen erfüllen die Qualitätsanforderungen der AOK viel besser!

ÄRZTE

Ulla Schmidt: „Floatende Punktwerte werden abgeschafft“

Ulla Schmidt stellte auf dem Bundesärztetag eine neue Honorarstruktur für Ärzte ab dem 1. Januar 2009 in Aussicht. Aber: Die entstehenden Mehrkosten sollen in anderen Bereichen eingespart werden.

Bei ihrer Rede in der Auftaktveranstaltung des 110. Deutschen Ärztetages in Münster stellte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt noch einmal klar, dass eines der Ziele der Gesundheitsreform auch die Neuordnung der ärztlichen Honorare sei. „Die Budgets mit floatenden Punktwerten werden mit diesem Gesetz abgeschafft“, erklärte sie den 250 Delegierten des Ärzteparlaments. Vom 1. Januar 2009 an solle in jeder Arztpraxis Transparenz und Kalkulationssicherheit herrschen, und man wäre sich in der Politik durchaus bewusst, dass das zu höheren Ausgaben führen wird. Dieses Geld will Ulla Schmidt in anderen Bereichen einsparen.

Im Prinzip ist es gut, dass die Ärzte wieder mehr verdienen sollen, denn: Geht es den Ärzten gut, können auch Therapeuten davon profitieren. Allerdings darf man gespannt darauf sein, aus welchen Bereichen die zusätzlichen Gelder für die Arzthonorare herkommen werden. Hier gibt es für die Therapeutenlobbyisten noch viel zu tun, um die Heilmittelbudgets vor „Zugriffen“ zu schützen!

Ab 2009 sollen die Ärzte mehr Geld verdienen.

Hintergrundinformation:

Der Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, dem „Parlament der Ärzteschaft“, und findet einmal jährlich statt. Die 17 deutschen Ärztekammern entsenden insgesamt 250 Delegierte. Jede Landesärztekammer stellt zwei Delegierte als Basisvertretung, die Verteilung der restlichen 216 Mitglieder richtet sich nach der Mitgliederzahl der Landesärztekammern.

ÄRZTE

Niedersachsen: Regresse sorgen für Unruhe in den Arztpraxen

Die Geschäftsstelle des unabhängigen Prüfungsausschusses hat die Arzneimittel-Richtgrößenprüfung für die Jahre 2003 bis 2005 für niedersächsische Vertragsarztpraxen eingeleitet. Betroffen sind 825 von rund 9.200 Praxen mit einem Gesamtregressvolumen in Höhe von 106,5 Millionen Euro. Heilmittelregresse sind nicht vorgesehen!

Mögliche Regresse für den Heilmittelbereich wird es nach Aussage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) auch für diesen Zeitraum nicht mehr geben. Die Krankenkassen seien nämlich schlicht nicht in der Lage, die dazu notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Da Ende des Jahres die Ansprüche bis Ende 2005 verjähren, dürfen Heilmittelerbringer und ihre verordnenden Ärzte vorsichtig aufatmen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil das Volumen etwaiger Heilmittelregresse nicht annähernd das von Arzneimittelregressen erreicht. >

Regresse im Heilmittelbereich wird es bis Ende 2005 nicht geben.

Die Forderungen im Arzneimittelbereich betragen in Einzelfällen pro Praxis bis zu 600.000 Euro und mehr.
„Wir werden alles tun, um eine wirtschaftliche Bedrohung der Praxen bis hin zur Existenzvernichtung abzuwenden und ihnen bei der Zusammenstellung entlastender Belege behilflich zu sein“, betonte der stellvertretende KVN-Vorstandsvorsitzende Dr. Volker Steitz. Dazu zählten Informationen über die Durchführung des Regressverfahrens, vor allem aber eine computergestützte Analyse der Einzelverordnungsdaten, aus denen die Regressforderungen abgeleitet werden.

KRANKENKASSEN

Akademisierung in den Zulassungsempfehlungen berücksichtigt

Vor kurzem wurden einige Anpassungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gem. §124 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen für Leistungen von Heilmitteln veröffentlicht. Von den Änderungen sind ausschließlich die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten betroffen.

Der Einzug der Akademisierung in die Zulassungsbedingungen beginnt. So wurden für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten die Anforderungen an die Prüfung von Bachelor- und Masterstudiengängen und anderen Einrichtungen genauer festgelegt. In den Empfehlungen sind unter IV. Punkt 1.1.8 die Absolventen von Bachelor- und Masterstudiengängen als zulassungsfähige Berufsgruppe ergänzt worden. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Studiengänge sind unter IV. Punkt 4. die Anforderungen an Studiengänge für die einzelnen Indikationsbereiche festgelegt worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen die Studiengänge anhand der festgelegten Anforderungen überprüfen und die konsentierten Ergebnisse in einer Anlage zu den Empfehlungen unter Angabe der Indikationsbereiche, für die das Studium qualifiziert, darstellen.

Sonderschullehrer nicht mehr zulassungsfähig

Nicht mehr zu den zulassungsfähigen Berufsgruppen zählen die Sonderschullehrer nach der 2. Staatsprüfung. Für bereits zugelassene Sonderschullehrer nach 2. Staatsprüfung besteht Bestandsschutz.

Anforderungen an die Einrichtungen für Praktika erhöht

In den Empfehlungen wurden ebenfalls unter IV. Punkt 3.4 die Anforderungen an die geeigneten Einrichtungen zur Absolvierung der praktischen Tätigkeit erhöht. In der Einrichtung muss ein Therapeut mit einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung im Teilgebiet, in dem die berufspraktische Tätigkeit stattfindet, zur Verfügung stehen.

Raumgröße verändert

Zusätzlich verändern sich die räumlichen Anforderungen an den Therapieraum. Statt bisher 12 qm muss eine Sprachtherapiepraxis im ersten Therapieraum zukünftig 20 qm vorweisen.

Die neuen Zulassungsempfehlungen in der Fassung vom 22. Mai 2007 können Sie über die praxiswissen24-Hotline anfordern oder auf den Internetseiten des IKK Bundesverbandes herunterladen (www.ikk.de).

SPRACHTHERAPIE

Schlechtere Zukunftschancen für Kinder mit Sprachstörungen

„Eltern mit sprachentwicklungsgestörten Kindern haben immer öfter Probleme, an eine Verordnung für logopädische Therapie zu kommen“, berichtete die Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) Dr. Monika Rausch. Im Rahmen des diesjährigen Logopädenkongresses wies sie darauf hin, dass sich damit für 8 bis 12 Prozent eines Altersjahrgangs die schulischen und später beruflichen Chancen deutlich verschlechtern.

Ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung ist nach Ansicht der dbl-Präsidentin der enorme Kostendruck in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Kinderärzte und Krankenkassen zu deutlichen Einsparungen zwingt. „Er führt dazu, dass alle Argumente herangezogen werden, die dazu verhelfen, die Kosten und somit die Verordnungen möglichst gering zu halten“, so die dbl-Präsidentin.

Daher raten Kinderärzte entgegen allen wissenschaftlichen Studien den Eltern von Kindern mit vermuteten Sprachstörungen immer wieder abzuwarten, statt eine logopädische Diagnostik zu veranlassen und gegebenenfalls frühzeitig therapeutisch einzugreifen. Andere verweisen auch bei Sprachstörungen auf die Sprachfördermaßnahmen in Kindertagesstätten, obwohl nachgewiesen ist, dass Kinder eine Sprachstörung damit nicht überwinden können.

Krankenkassen bieten Kinderärzten Bonuszahlungen an, wenn sie ihre Verordnungsmengen für Sprachtherapie verringern oder schalten sich mit Veranstaltungen aktiv in die Meinungsbildung von Ärzten und anderen Multiplikatoren ein, bei denen versucht wird, die sprachtherapeutische Versorgung der Kinder als „Bestandteil der Vorschulangebote“ zu diffamieren.

„Sprachentwicklungsstörungen sind medizinisch begründete Krankheitsbilder. Den betroffenen Kindern hilft nur eine logopädische Therapie auf der Grundlage einer differenzierten logopädischen Diagnostik. Für diese gilt: Je früher interveniert wird, desto besser. Dies zu negieren und einfach abzuwarten oder auf in solchen Fällen vollkommen wirkungslose Sprachförderprogramme zu verweisen, gefährdet die Zukunftschancen der betroffenen Kinder“, so Dr. Monika Rausch.

Kinderärzte geben oft Ratschläge entgegen der Erkenntnis wissenschaftlicher Studien.

PHYSIOTHERAPIE

Weniger Stürze und Knochenbrüche durch gezielte Prävention

Eine Expertenrunde aus den Mitgliedsländern der Europäischen Union zum Erfahrungsaustausch, wie Sturzunfällen bei älteren Menschen vorgebeugt werden kann, hat am 12.06.2007 in Berlin stattgefunden. Sturzprophylaxe ist bei vielen Therapeuten bereits ein Standard-Leistungspaket.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit Marion Caspers-Merk erklärte: „Die Zahl der sturzbedingten Hüftfrakturen in Deutschland steigt weiter an. Registrierte das Statistische Bundesamt 1995 noch >

Sturzprophylaxe ist ein gutes Leistungsangebot für ältere Patienten.

Weitere Informationen zum europäischen Netzwerk zur Sturzprävention finden sich im Internet unter: www.profane.eu.org.

100.000 Krankenhauseinweisungen nach einem Oberschenkelbruch, so wuchs die Zahl inzwischen auf über 120.000 an. Dies betrifft vor allem Menschen über 75 Jahre und zeigt: Prävention für ältere Menschen muss sich dieses Problems annehmen.
Das Sturzrisiko und dadurch bedingte Knochenbrüche betrifft Menschen in ganz Europa. Deshalb müssen die Möglichkeiten genutzt werden, um aus Erkenntnissen in anderen EU-Ländern eine bessere Prävention für die Betroffenen zu erreichen.
In einigen Bereichen hat Deutschland inzwischen eine Vorreiterfunktion. So wurde in den letzten Jahren erstmalig in Europa in Pflegeheimen ein flächendeckendes Programm zur Prävention sturzbedingter Verletzungen mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit auf den Weg gebracht.
Das europäische Netzwerk zur Sturzprävention älterer Menschen „ProFaNe“ aus Experten von 26 Zentren in 13 Ländern zeigte auf dieser Tagung, welche Wege eingeschlagen werden können. Die Arbeit des Netzwerks wird von der EU mit mehr als 2 Millionen Euro gefördert.

Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten für Sturzprophylaxe

Die Krankenkassen unterstützen die Durchführung von Sturzprophylaxe-Kursen in der Regel mit einer Kostenbeteiligung von 80 – 100 € je Teilnehmer. Das Kursangebot muss dann 8 –15 Einheiten von mindestens einer Stunde Dauer betragen und der Anbieter des Kurses muss sich mit einem Qualifikationsnachweis bei der Krankenkassen registrieren lassen. Weitere Informationen erhält man bei den Präventionsberatern der jeweiligen Krankenkassen.

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

Neu: Bundesverband für ambulante medizinische Rehabilitationszentren gegründet

Der neue Bundesverband für ambulante medizinische Rehabilitationszentren (BamR) wurde im April in Berlin von 13 ambulanten Rehabilitationszentren gegründet, und ist seit Anfang Juni eingetragen.
Ein wichtiges Anliegen des BamR sei die vernetzte Versorgung in der ambulanten Reha zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Patienten und ihren Angehörigen, dem Arbeitgeber und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen, erläuterte Vorstandsmitglied Dr. René Toussaint, Chefarzt Orthopädie und stellvertretender Leiter der MEDICA-Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin Leipzig gegenüber der Ärzte-Zeitung.
Der BamR hat sich laut Satzung zum Ziel gesetzt, „durch eine wohnortnahe Versorgung der Rehabilitanden, die gesundheitspolitisch geforderte Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, medizinischen Versorgungszentren, Akutversorgung, Arbeitsplatz, Angehörigen und allen am Gesundheitswesen Beteiligten zu fördern“.
Die Mitglieder des Verbandes wollen auch Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersstufen und Lebenssituationen wohnortnah sicherstellen.
Unter der Internetadresse **www.bamr.de** können Satzung, Kontaktdaten, Mitgliedsantrag, Vorstand sowie die Mitgliederzentren eingesehen werden.

Impressum • 06/2007
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.