09/2008

Unternehmen Praxis

praxis wissen 24

► AKTUELL ► GESUNDHEITS- UND BERUFSPOLITIK ► PRAXISMANAGEMENT

Fallbeispiel: Darf ich einer schwangeren Mitarbeiterin kündigen?
Wie Sie Mutterschutz sichern und Kosten minimieren 16

Alle auslagepflichtigen Gesetze und Verordnungen für Ihren PC
So einfach erfüllen Sie Ihre Pflicht als Arbeitgeber 13

Honorarerhöhung 2009 durch Grundlohnsumme auf niedrigem Nieveau
Ihre GKV Preise erhöhen sich um maximal 1,41 % 5

GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2008 fordert mehr Evidenz und Leitlinien

Ambulante Reha wird wenig genutzt und ist effektiver als stationäre Reha

Der jetzt vorgelegte Heil- und Hilfsmittel-Report der Gmünder ErsatzKasse (GEK) will helfen, den „über lange Zeit vernachlässigten Bereich der Heil- und Hilfsmittel“ genauer zu untersuchen. Der Report liefert einen guten Überblick, konkrete Versorgungsdaten und Argumente für Gespräche mit Patienten, verordnenden Ärzten und Krankenkassen.

Für diesen Report konnten die vollständigen (anonymisierten) Krankengeschichten der Patienten ausgewertet werden. Das führt zu wesentlich aussagekräftigeren Ergebnissen als eine schlichte Kostenstatistik. Ein Punkt, den Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der GEK in seinem Vorwort ausdrücklich betont: „Heil- und Hilfsmittelanalysen von Kassenverbänden, die bei der Beschreibung von Verordnungsmengen und Kosten stehen bleiben, reichen uns nicht aus. Sie bieten keine Hinweise darauf, wie sich die Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln bei den einzelnen Patientinnen und Patienten wirklich darstellt und auswirkt. Nur auf dieser Basis machen Analysen Sinn, nur so kann die Versorgung vernünftig beurteilt werden.“

Ausgewählte Fälle genau analysiert

Den Heilmitteln ist rund die Hälfte der insgesamt 260 Seiten gewidmet. Neben einer grundlegenden Darstellung und Analyse der Heilmittelausgaben der GEK richten die Autoren aus dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen wie schon in den letzten Jahren ihre Aufmerksamkeit auf ausgewählte Indikationen zur Heilmitteltherapie. Und können z.B. darauf aufmerksam machen, dass die Ergebnisse der stationäre Rehabilitation bei Patienten mit Gonarthrose deutlich schlechter sind, als die Resultate bei den 5 Prozent der Patienten, die mit ambulanter Reha nachbehandelt wurden. In weiteren Heilmittel-Schwerpunktthemen machen sie auf Versorgungslücken bei der Behandlung eines Lymphödems bei Brustkrebspatientinnen aufmerksam und stellen kritische Fragen zur Heilmitteltherapie bei idiopathischer Skoliose bei Kindern und Jugendlichen und zur ergotherapeutischen Versorgung im Alter.

Versorgungsmanagement fehlt

Auch das Kapitel Hilfsmittel für Schlaganfallpatienten bietet durchaus Denkanstöße für die tägliche Arbeit in der Heilmittelpraxis. Wenn die Analysen beispielsweise eine Unterversorgung von Schlaganfallpatienten mit Hilfsmitteln auf nicht vorhandenes Versorgungsmanagement zurückführen, liefern sie damit gleichzeitig Hinweise auf fehlende Dienstleistungen, die gerade auch Heilmittelerbringer zukünftig kompetent erbringen könnten.

Service und Beratung sind wichtig

Nachholbedarf erkennen die Autoren des Reports bei „qualitätssichernden und transparenzfördernden Maßnahmen, um Notwendigkeit und Erfolg einer Behandlungsmaßnahme zu dokumentieren.“ So findet denn auch Schlenker: „Transparenz in der Versorgung kann uns helfen, die Behandlung da, wo es nötig ist, zu verbessern.“ Die GEK achte

Der jetzt vorgestellte Report wird als Erstautorin von der Physiotherapeutin Claudia Kemper verantwortet.

eben nicht nur auf günstige Preise, sondern vor allem auf die Qualität: „Individuelle Anpassung und Beratung sind für uns ebenso wichtig wie Service und Erreichbarkeit.“ *bu*

Service: Der neue GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2008 kann bei der praxiswissen24-Hotline als Datei abgerufen werden, steht auf den Internetseiten der GEK (www.gek.de) und der ZeS (www.zes.uni-bremen.de) zum Download bereit oder kann als Buch (ISBN 978-3-537-44064-8) über jede Buchhandlung bestellt werden.

Alles neu – nicht nur im Mai!

Liebe Leser,

wir haben unser Newsletterkonzept für Sie überarbeitet und an Ihre Wünsche angepasst. Daher halten Sie nun die September-Ausgabe im „neuen Kleid“ in der Hand. Auch die kommenden Ausgaben werden Veränderungen mit sich bringen – Sie dürfen gespannt sein.

Wir sind sehr neugierig auf Ihr Feedback. Wenn Sie das nächste Mal mit der Hotline telefonieren oder eine Mail schreiben, sagen Sie uns doch einfach mal Ihre Meinung: Was ist nicht so gut, was gefällt Ihnen, was fehlt Ihnen, damit es IHR NEWSLETTER wird?

Ich wünsche Ihnen einen farbenfrohen Herbstanfang

Ihr

Absurditäten aus dem GKV-HIS

Die Ärzte im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe sind regelmäßig Schlusslichter bei Heilmittelverordnungen. Die aktuellen Zahlen des GKV Heilmittel-Informations-Systems (GKV-HIS), zeigen, dass sie auch anders können: Dritter Platz auf der Liste der besten Podologie-Verordner!

Nur noch Sachsen (343 Euro) und das Saarland (242 Euro) haben höhere Podologie-Kosten je 1.000 Versicherte, dann folgt gleich die KV Westfalen-Lippe (234 Euro). Auch bei den absoluten Ausgaben für verordnete Podologie liegt Westfalen-Lippe mit 1,7 Millionen Euro direkt hinter Bayern mit 1,9 Millionen Euro Ausgaben im ersten Quartal.

Die Ärzte der KV Westfalen-Lippe gehören mit Abstand zu den zurückhaltendsten Verordnern in ganz Deutschland. Im vergangenen Jahr blieben sie sogar unter den mit den Kassen vereinbarten Heilmittelausgaben. Bei der Verordnung von Podologie scheint die Welt noch in Ordnung – man wird sehen, wie lange noch. *bu*

KV Westfalen-Lippe verärgert NRW-Minister

Gesundheitsminister: Ärzte verantwortlich für schlechte Heilmittelversorgung

Die ärztlich initiierte Unterschriftenaktion gegen die schlechte Heilmittelversorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe verärgert den nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister. Er will die Unterschriften an die KV zurückschicken und droht mit aufsichtsrechlichen Schritten – schließlich habe die KV die Situation mit verursacht.

Wir berichteten darüber am 7. August 2008.

Die Heilmittelausgaben im Gebiet der KV Westfalen-Lippe sind seit Jahren bundesweites Schlusslicht. Gegen diesen Zustand protestierten die KV und Hartmannbund mit inzwischen mehr als 130.000 Patientenunterschriften und wandten sich damit an das Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen. Ziel der Aktion ist die Abschaffung von Heilmittelregressen.

126.000 Unterschriften sind nicht genug

Mit großem Unverständnis hat jetzt der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister, Karl-Josef Laumann, auf diese Unterschriftenaktion reagiert. „Es ist nicht in Ordnung, wenn die KV Westfalen-Lippe die unzureichende Heilmittelversorgung anprangert und dem Gesundheitsministerium rund 126.000 Unterschriften schickt, wenn sie selbst diese Situation mitzuverantworten hat“, erklärte Laumann. Die Unterschriften wurden an die KV Westfalen-Lippe zurückgeschickt. Gleichzeitig kündigte er die Prüfung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen des Gesundheitsministeriums gegenüber der KV an, da sie für die zutiefst unbefriedigende Heilmittelverordnungs- und -versorgungssituation mitverantwortlich sei.

„Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verordnung von Heilmitteln wären in Westfalen-Lippe ein kleineres Problem, wenn die KV endlich für angemessene Rahmenbedingungen und Verordnungssicherheit der Ärzte sorgen würde“, sagte Laumann weiter. „In ganz Deutschland gelten dieselben gesetzlichen Grundlagen, dennoch stehen einem Hausarzt im Rheinland beispielsweise für Rentner Heilmittel in Höhe von 16,71 Euro zur Verfügung, wohingegen sein Kollege in Westfalen-Lippe im Durchschnitt nur 11,66 Euro verschreiben kann. Es ist nicht erklärbar, wie sich dieser Unterschied von 30 Prozent bei Heilmittelverordnungen auf gleicher Gesetzesgrundlage in einem Bundesland begründen lässt“, so Laumann weiter.

In der „Ärzte Zeitung“ zeigte sich der Chef der KV Westfalen-Lippe, Dr. Ulrich Thamer, von der harschen Reaktion enttäuscht: „Wir haben dem Minister bereits mehrfach klar gemacht, dass wir nicht gegen Kostenkontrolle bei Heilmitteln sind, sondern ein rationaleres Verfahren bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung anstreben.“ Im Gegensatz zu Laumann hätten andere Politiker das Anliegen bereits aufgegriffen. *bu*

Kommentar: So ganz Unrecht hat der Minster nicht. Die Ärzte in Westfalen-Lippe haben ihr Heilmittelausgabevolumen in 2007 um 4% unterschritten! Das entspricht einem Betrag von 12 Million Euro nicht verordneter Heilmittel. Da bleibt nur, jeden einzelnen Arzt darüber aufzuklären, wie groß sein Ausgabenvolumen ist und wieviel er davon schon verordnet hat.

Bundesministerium veröffentlicht erste Zahlen der GKV für das erste Halbjahr

Heilmittelausgaben im ersten Halbjahr 2008 leicht gestiegen

Die Bundesregierung veröffentlicht die aktuellen Zahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und meldet für die Heilmittelausgaben ein Wachstum von rund 6 Prozent. Dieser Wert ist mit Vorsicht zu betrachten, denn die Zahlen des Gesundheitsministeriums sind im Heilmittelbereich fast immer zu hoch und müssen später nach unten korrigiert werden.

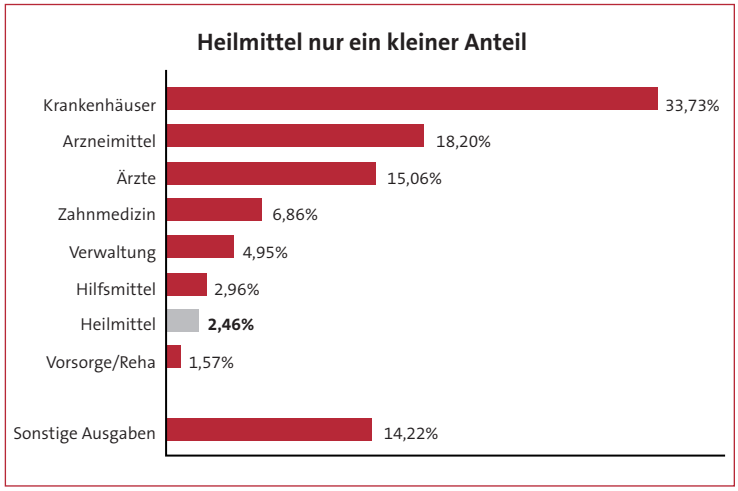
Richtig dramatisch findet den vermuteten Anstieg der Heilmittelumsätze in Berlin niemand, denn die Heilmittelausgaben sind nur ein sehr kleiner Teil. Sie betragen 2,46 Prozent (1,95 Mrd. Euro) der Gesamtausgaben, die bei rund 79,2 Mrd. Euro liegen.

Die einzelnen Leistungsbereiche haben sich unterschiedlich entwickelt. Die Arzneimittelausgaben (ohne Impfkosten) stiegen um 5,7 Prozent. Der Anstieg bei den Krankenhausausgaben lag im ersten Halbjahr 2008 bei 3,0 Prozent. Der Zuwachs von 3,5 Prozent bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung geht, nach Ansicht der Bundesregierung, deutlich über den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hinaus. Diese Entwicklung zeige, dass sich die Honorarsituation der Ärzte bereits im laufenden Jahr deutlich verbessert hat. Die aktuelle Ausgabenentwicklung der Krankenkassen dokumentiert die gesundheitspolitische Aufwertung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen. Aus Sicht der Bundesregierung positiv zu bewerten ist auch die Entwicklung bei den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die nach Jahren mit rückläufiger Entwicklung durch die Umwandlung dieser Leistungen von Ermessens- zu Regelleistungen wieder Zuwächse verzeichnen. So sind beispielweise die Mütter/Väter/Kind-Kuren im ersten Halbjahr 2008 um über 20 Prozent gestiegen.

Nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums steuern die gesetzliche Krankenversicherungen nach den jetzt vorliegenden vorläufigen Finanzergebnissen des ersten Halbjahres auf ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis im Gesamtjahr 2008 zu. In den Monaten Januar bis Juni 2008 erzielten die Krankenkassen bei Einnahmen von rund 78,3 Mrd. Euro und Ausgaben von 79,24 Mrd. Euro ein Defizit von rund 940 Mio. Euro. Durch die Berücksichtigung der Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld) erhalten die Krankenkassen jedoch in der zweiten Jahreshälfte deutlich höhere Beiträge, mit denen die Kassen den Ausgabenüberhang des ersten Halbjahres ausgleichen können.
Wenn alles klappt und die Zahlen stimmen...

pm/bu

Zum Vergleich: Heilmittelausgaben lt. BMG für das 1. Quartal 2008: + 3,5% – GKV-HIS für den selben Zeitraum: - 1,3%



Heilmittel machen weiterhin weniger als 2,5% der Gesamtausgaben der GKV aus

Initiative „Heilmittel für Hessen“ reklamiert ersten Erfolg für sich

Weniger Heilmittel-Regressandrohung in Hessen

1.519 an die Verordner verschickte Heilmittel-Regressandrohungen lösten im Sommer 2007 einen empörten Aufschrei der hessischen Ärzteschaft aus. Dies scheint nicht ohne Folgen geblieben zu sein, denn in diesem Jahr wurden nur noch 260 entsprechende Schreiben verschickt.

Die Initiative „Heilmittel für Hessen“ wertet das als einen weiteren Teilerfolg auf dem Weg zur Abschaffung von Richtgrößenprüfungen für Heilmittel: Der in der Öffentlichkeit erzeugte Druck und die Erfahrungen des Prüfverfahrens des vergangenen Jahres hätten nun zu einer gründlicheren Vorauswahl bei den unabhängigen Prüfungsstellen geführt, sodass sich in diesem Jahr wesentlich weniger Ärzte dem Vorwurf ausgesetzt sähen, unwirtschaftlich verordnet zu haben.
Auch die politische Unterstützung wächst: So hat nach Angaben der Initiative der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Dr. Michael Meister, seine Unterstützung für eine Gesetzesänderung zugesagt. Dies ist insofern von Bedeutung, als die gesetzlichen Vorgaben zur Richtgrößenprüfung Teil der Bundesgesetzgebung sind und nur dort geändert werden können.

Jetzt Taten statt Worte

Der Vorsitzende der Initiative „Heilmittel für Hessen“, Dr. med. Peter Eckert aus Hohenahr, fordert nun Taten statt Worte: „Die politische Unterstützung ist wichtig, doch sie muss sich nun bald auch in konkreten Schritten beweisen. Offensichtlich sieht die Politik jetzt ein, dass ein Verfahren, das nur deshalb unnötige Kosten verursacht, weil es diesen überflüssigen Richtgrößenparagrafen für Heilmittel gibt, auch wirtschaftlich unsinnig ist.“

bu

Weitere Infos zur Initiative über die KV Hessen: www.kvhessen.de

Acht Monate verspätet gibt es jetzt Richtgrößen für die KV M-V

Mecklenburg-Vorpommern: Heilmittelausgabenvolumen steigt um 5,55 Prozent

Das Heilmittelausgabenvolumen in Mecklenburg-Vorpommern wurde für das Jahr 2008 gegenüber 2007 um 5,55 Prozent auf 57,71 Millionen Euro erhöht. Auch neue Richtgrößen für 2008 liegen nun vor, mit zum Teil erheblichen Verschiebungen.

Alle notwendigen Unterlagen können Sie bei der Hotline unter: 0800 / 94 77 360 anfordern.

Die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Erhöhung von 5,55 Prozent wird in der Heilmittelvereinbarung mit „Schlaganfallpatienten, hyperkinetischen Störungen der unter 15-jährigen und Rückenschmerzen ... sowie der logopädischen Versorgung von Kindern mit Sprachauffälligkeiten“ begründet.

Auch die Richtgrößen 2008 liegen nun vor. Danach hat es Verschiebungen zwischen den Versichertengruppen gegeben (AV/RV). Die meisten Fachgruppen können sich über deutliche Zuwächse freuen.

In Anlage 3 der Richtgrößenvereinbarung werden Vorab-Praxisbesonderheiten vereinbart. Danach hat die Prüfstelle, die später auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführt, auf bestimmte Indikationen entfallende Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde gelegt. Die Indikationsliste scheint sich dabei an der Praxisbesonderheitenliste der KV Nordrhein zu orientieren und erklärt beispielsweise Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Manuellen Lymphdrainage für die ersten zwei Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen zur Praxisbesonderheit. 100-prozentigen Schutz bietet die Vereinbarung leider nicht. Aber zumindest ist der Prüfungsausschuss gezwungen, sich im Detail mit den jeweiligen Verordnungen auseinanderzusetzen. *bu*

Service: Das neue Richtgrößen-Controlling-Tool mit den aktuellen Richtgrößen für M-V kann bei der Hotline abgerufen werden. Außerdem können Sie die Heilmittelvereinbarung und die Richtgrößenvereinbarung ebenfalls als PDF-Datei anfordern. Alle Daten finden Sie wie immer auch auf der Internetseite www.heilmittel-regress.de .

Selbstständige müssen durch die Gesundheitsreform besonders aufpassen

Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte müssen sich ab 2009 selbst um Krankengeld kümmern

Die Gesundheitsreform bringt Veränderungen, die Therapeuten als freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beachten müssen: Ab Januar haben sie keinen Anspruch mehr auf Zahlungen im Krankheitsfall. Als Absicherung kommt ein Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) oder ein Wahltarif infrage.

Beide Schritte sind mit Konsequenzen verbunden und müssen genau verglichen werden. Eine pauschale Empfehlung ist nicht möglich. Fest steht nur: Wer gar nichts unternimmt, verliert seinen Anspruch auf Krankengeld.

Sich nicht zu versichern, stellt ein erhebliches Risiko dar.

Gesetzliche Grundlage der neuen Regelung ist § 44 des Sozialgesetzbuches V. Damit geht zwar auch ein ermäßigter Beitrag einher, zugleich müssen die freiwillig Versicherten aber aktiv werden, um Anspruch auf Krankengeld zu erlangen. Eine Möglichkeit ist der Wechsel in die PKV. Hier sollten Betroffene möglichst Angebote mehrerer Anbieter einholen und vergleichen. Zu beachten ist, dass der Wechsel in die PKV in jungen Jahren finanziell lukrativer ist. Als Faustregel gilt: Je älter und je mehr Vorerkrankungen, desto teurer wird der Wechsel in die PKV. Dennoch sollten sich auch junge Therapeuten den Schritt in die PKV genau überlegen. Im Gegensatz zur PKV bieten die GKV nämlich die kostenlose Mitversicherung aller Familienmitglieder an.

Wer in der GKV bleiben möchte, kann seinen Anspruch auf Krankengeld über einen Wahltarif absichern. Hier ist genau zu überlegen, in welcher Höhe die Absicherung gelten soll. Theoretisch ist - mit entsprechenden Auswirkungen auf den Beitrag - jede Höhe bis hin zum tatsächlichen Einkommen möglich. Der Beitrag wird außerdem durch die Bezugsdauer des Krankengeldes beeinflusst.

Bei den Wahltarifen sind die freiwillig Versicherten nicht an GKV-Angebote gebunden. Sie können sich beim Wahltarif auch für ein Angebot aus der PKV entscheiden. Dies ist für Therapeuten wichtig, die mit einem späteren Wechsel in die PKV liebäugeln. Wer sich jetzt für einen GKV-Wahltarif entscheidet, bleibt für drei Jahre an die GKV gebunden. *di*

Ganz konkret: Der Bundesverband der freien Berufe sieht die Absicherung des Krankengeldes über die GKV kritisch. Denn erstens lägen bis heute noch keine konkreten Angebote zu Krankengeld-Wahltarifen vor. Und zweitens sei noch nicht abzusehen, wie sich die Beiträge der einzelnen Kassen nach Einführung des Gesundheitsfonds entwickeln werden. Da heißt es also eine Versicherung finden, in der man sich möglichst wenig bindet, um sich dann auf dem Markt frei orientieren zu können.

„Sonstige Systemakteure“ endlich auf der Agenda der e-Health Konferenz

Therapeuten in Konzept für elektronische Gesundheitskarte einbinden

Auf der e-Health Conference am 9. und 10. September in Kiel wurden endlich auch die „sonstigen Systemakteure“ entdeckt. Auch Therapeuten werden von der IT-Branche jetzt als interessante Zielgruppe für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) angesehen.

Auf der e-Health Conference in Kiel erklärte Sibylle Angele von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung ganz deutlich, dass die Experten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mittlerweile über die Arztpraxen hinaus weiterdenken. Manche „weitere Systemakteure“ seien schon sehr weit in Sachen Telematik und Telemedizin, gab Angele zu bedenken. Beispielhaft nannte sie neben der Renten- und der Unfallversicherung nicht ärztliche „Leistungserbringer“ – dazu gehören rund 200.000 Physiotherapeuten, Masseure, Logopäden und Ergotherapeuten in 43.000 Praxen. Angele sprach von rund 200 Millionen Patientenkontakten dieser Berufsgruppen und rund 27 Millionen Heilmittelverordnungen. „Dies entspricht einem Umsatzvolumen von rund 3,5 Milliarden Euro und läuft im Augenblick alles papiergebunden“, erklärte Angele. Sie sprach sich dafür aus, diese Gruppe sonstiger Akteure „zumindest perspektivisch einzubinden“.

Abseits des Kongresses wurde aber erneut deutlich, dass viele Ärzte und andere Heilberufe weiterhin äußerst kritisch zur eGK stehen. Auf einer Pressekonferenz am 10. September 2008 warnten vier Hamburger Heilberufekörperschaften (Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer und Apothekerkammer) zusammen mit der Aktion „Stoppt die E-Card“ vor deren Einführung. Sie haben Bedenken, ob die zentrale Speicherung der Daten ausreichend vor Zugriffen geschützt ist. KV-Chef Dieter Bollmann verwies auf „vielfältige Begehrlichkeiten“ in der Industrie und bei Krankenkassen. Zugleich stellte Bollmann klar: „Gegen dieses Projekt zu sein, bedeutet nicht, auch gegen den Fortschritt zu sein.“ Sowohl Kartenbefürworter als auch Gegner nehmen für sich in Anspruch, für ihre Position großen Rückhalt in der Bevölkerung zu haben. Kartengegnerin Silke Lüder verwies auf 350.000 Unterschriften gegen die Einführung der eGK. Angele hingegen zitierte Umfrageergebnisse, wonach angeblich 70 Prozent der Bevölkerung die Einführung der Karte befürworten. Einig sind sich beide Seiten darüber, dass der Informationsbedarf zum Thema noch nicht gedeckt ist. *di*

Honorarerhöhung 2009 durch Grundlohnsumme auf niedrigem Nieveau

Obergrenze liegt bei 1,41 Prozent

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Veränderungsrate der sogenannten Grundlohnsumme mit 1,41 Prozent bekannt gegeben. Das ist für alle Heilmittelerbringer enttäuschend, weil die Veränderungsrate die höchstmögliche Steigerung bei Honorarverhandlungen darstellt.

Im §71 SGB V ist festgelegt, dass die „Veränderung der jeweiligen Vergütung“ wie zum Beispiel die Vergütung für Heilmittel, die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nicht überschreiten darf. Im Klartext heißt das für Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen, dass die Obergrenze der möglichen Honorarsteigerung für 2009 bereits feststeht, nämlich maximal 1,41 Prozent.

Das Bundesministerium für Gesundheit berechnet auf der Grundlage der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) der Mitglieder aller Krankenkassen. *bu*

Fatal: Kosten steigen schneller als die Preise!

Ganz konkret: Die Preise für den Unterhalt eines Autos sind in den letzten Monaten enorm gestiegen. Die Inflationsrate ist seit mehreren Jahren immer stärker angestiegen als die Vergütungen für Heilmittel. Bis der Gesetzgeber hier reagiert (wenn überhaupt!) bleibt Heilmittelerbringern nur, ganz konsequent nicht mehr zu leisten als von der GKV bezahlt wird. Dazu gehört es z.B. Berichte während der Behandlung zu schreiben und nicht länger zu behandeln als die Mindesbehandlungszeit das vorsieht!

Marketingthema Schulanfang ist gut, aber eine Studie stellt klar:

Warnung vor überladenen Schulranzen wissenschaftlich nicht zu begründen

Nachdem wir auf das Marketingthema „Einschulung und Schulranzencheck“ aufmerksam machten, wollen wir Ihnen das Ergebnis einer Studie der Universität des Saarlandes nicht vorenthalten, nach der nicht zu belegen ist, dass zu schwere Schulranzen zu Schäden führen.

Wir dokumentieren die Pressemitteilung der Universität Saarbrücken vom 19.8.2008 in Auszügen: Alle Jahre wieder tauchen zum Schulbeginn in den Medien Meldungen auf, die vor zu schweren Schulranzen warnen. Unter anderem sind es Krankenkassen, Ministerien, TÜV und sogar Ärzteorganisationen, die nicht müde werden, Eltern und Lehrern einzutrichtern, dass zu schwere Ranzen die Wirbelsäulen der Kinder ruinieren.

Alle Warnungen enthalten einen ähnlichen Richtwert: Der gepackte Ranzen dürfe nicht schwerer als zehn bis zwölf Prozent des Körpergewichts sein, um irreparable Haltungsschäden zu vermeiden. Sogar das Deutsche Institut für Normung legt in der DIN-Norm 58124 fest: „Der gefüllte Ranzen sollte am Ende nicht mehr als zehn Prozent des Körpergewichts des Kindes wiegen.“

Herkunft der Norm ist unklar

Woher aber kommt diese Empfehlung? Selbst die Experten beim Institut für Normung in Berlin wissen es nicht. Der Wert steht seit vielen Jahren in der Norm, lässt sich wissenschaftlich aber nicht begründen und wird dennoch ständig ungeprüft verbreitet.

Das Kid-Check-Team der Universität des Saarlandes überprüfte jetzt in einer Studie, wie schwerere Schulranzen auf den Kinderkörper einwirken. Beim interdisziplinären Kid-Check-Projekt untersuchen Orthopäden, Neurologen, Humanbiologen, Sportwissenschaftler und Physiotherapeuten seit 1999 Kinder und Jugendliche auf Haltungsschwächen und -schäden und erstellen bei Bedarf Trainings- und Therapiepläne.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.kidcheck.de.

An der Studie nahmen 60 Mädchen und Jungen der Klassen zwei und drei mehrerer Saarbrücker Grundschulen teil. Zunächst wurden die sieben und acht Jahre alten Kinder und dann ihre Ranzen gewogen. Das Durchschnittsgewicht der Kinder lag bei 27 Kilogramm. Das leichteste Kind wog 22, das schwerste 32 Kilogramm und die Ranzen im Schnitt fünf Kilogramm; beim schwersten Exemplar zeigte die Waage sieben Kilogramm an. „Im Durchschnitt hatte jeder Ranzen ein Gewicht, das bei 17,2 Prozent des Körpergewichts der Kinder lag“, erläutert Dr. Oliver Ludwig, wissenschaftlicher Leiter von Kid-Check. Somit waren die Ranzen deutlich schwerer als die empfohlenen zehn Prozent.

An der nächsten Station nahmen die Wissenschaftler die Körperhaltung der Kinder unter die Lupe. Diese mussten zunächst ohne Ranzen so aufrecht stehen, dass von der Seite gesehen Knöchel, Schulter und Ohr auf einer Linie lagen - der per Laserstrahl ermittelten sogenannten „Lotlinie“. Die Haltungsanalyse zeigt, ob Muskelkraft und -steuerung ausreichen, um den Körper aufzurichten und in dieser Position zu halten. Bei einigen Kindern registrierten die Experten leichte, aber unauffällige Haltungsschwächen.

Schwache Bauch- und Rückenmuskeln sind ein Problem

Da fast 50 Prozent aller Kinder so schwache Bauch- und Rückenmuskeln haben, dass sie sich nicht dauerhaft gerade halten können - wie weitere Kid-Check-Studien zeigten -, ist jedes Training zur Kräftigung willkommen. Schwache Rumpfmuskeln können die Wirbelsäule nicht im gewünschten Maß fixieren. Diese schwingt daher beim Gehen und Laufen stark hin und her und wird ungünstig belastet. Doch ein schwererer Ranzen führte selbst bei den muskelschwächeren und molligeren Kindern zu keinen signifikanten Ermüdungserscheinungen der Rumpfmuskulatur.

Bei den Recherchen nach dem Ursprung der Empfehlung, ein Ranzen dürfe nur zehn Prozent des Körpergewichts wiegen, stieß das Kid-Check-Team auf die Arbeiten von Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard, Direktor der Orthopädischen Klinik am Uniklinikum Aachen. Er berät auch einen Ranzenhersteller bei der Entwicklung neuer Modelle.

Empfehlung aus dem 1. Weltkrieg

„Die Empfehlung von zehn Prozent stammt aus der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg. Sie bezog sich darauf, wie schwer der Tornister eines Rekruten sein durfte, damit bei Langzeitbelastungen keine muskulären Ermüdungen auftraten“, erläutert Niethard. Mit Langzeitbelastung waren Märsche ab 20 Kilometer gemeint. „Diesen Wert auf Ranzen und Schulkinder anzuwenden, ist völlig unrealistisch“, kritisiert der Orthopäde. „Es gibt zudem keinen einzigen Beleg dafür, dass der Rücken eines Kindes geschädigt wird, wenn es einen schwereren Schulranzen trägt.“

bu

Kanadische Studie nimmt Angst vor ambulanter Versorgung

Ambulant vor stationär ist nicht riskanter, aber billiger

Gegen die Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung beispielsweise durch Heilmittelerbringer und niedergelassene Ärzte, argumentieren die stationären Einrichtungen mit dem Hinweis auf erhöhte Komplikationsrisiken. Zu Unrecht, wie jetzt kanadische Wissenschaftler feststellten: Die ambulante Rehabilitation hat kein höheres Risiko und spart Kosten!

Wie der Informationsdienst Forum-Gesundheitspolitik meldet, haben Wissenschaftler aus Kanada in einer randomisierten kontrollierten Studie 234 Patienten, die einen Hüft- oder Kniegelenkaustausch hinter sich hatten entweder stationär oder ambulant weiter behandelt. Die Behandlung erfolgte nach einem standardisierten Behandlungskonzept. Beide Gruppen verbesserten sich nach drei und zwölf Monaten deutlich.

Komplikationsrate identisch niedrig

Es machte keinen Unterschied, ob sie zur stationär oder ambulant versorgten Patientengruppe gehörten. Die Komplikationsrate war in beiden Gruppen nahezu identisch niedrig, die ambulant behandelt Gruppe verursachte allerdings mehr als 3.000 Dollar weniger Behandlungskosten.

Erschienen im „Journal of bone and joint surgery“ (August 2008), eine englischsprachige Zusammenfassung finden Sie unter „Inpatient compared with home-based rehabilitation following primary unilateral total hip or knee replacement: a randomized controlled trial“ *bu*

Es gibt viele Gründe dafür, die ambulante Versorgung noch weitaus stärker auszubauen.

Fachhochschulstudentin bittet um Unterstützung

Umfrage zum Thema „First Contact Practitioner“

Die Fachhochschule Osnabrück führt eine Meinungsumfrage zum Thema „First Contact Pracitioner“ durch. Alle Therapeuten sind eingeladen im Internet online mitzumachen.

Auf der Startseite zur Meinungsumfrage unter Physiotherapeuten wird man freundlich begrüßt von Anne Gründkemeyer, Physiotherapeutin und Studentin an der Fachhochschule Osnabrück im 6. Semester des Bachelorstudiengangs PT/ET. Man benötigt nicht länger als 10 Minuten, um durch die 20 Fragen zu blättern. Gespannt darf man auf das Ergebnis der Selbsteinschätzung der Branche sein!

Die Umfrage erreichen Sie direkt über die Internetadresse:
http://l4asrv-2.wi.fh-osnabrueck.de/limesurvey/index.php?sid=48482 *bu*

Wir werden Ihnen die Ergebnisse der Studie hier vorstellen.

Bundesministerium für Arbeit hilft kostenlos

Neue Info-Broschüre zu 400-Euro-Jobs

Eine aktualisierte Auflage der Informationsbroschüre über geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlicht. Interessierte können die kostenlose Broschüre im Internet bestellen oder als Datei herunterladen.

Arbeitgeber, die 400-Euro-Jobs anbieten, erhalten mit dieser neu aufgelegten Broschüre eine vollständige und verständliche Einführung in das Thema. Zusätzlich informiert die Broschüre anhand von Beispielen wie sich die gesetzlichen Änderungen auswirken.

Die Broschüre kann im Internet unter http://www.bmas.de/portal/9782/ bestellt oder als PDF-Datei heruntergeladen werden.

bu

Nach monatelangen Verhandlungen endlich ein Ergebnis

Ärzte verdienen zukünftig mehr – Ausmaß der Steigerung schwankt je nach KV Gebiet stark

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland erhalten künftig rund zehn Prozent mehr Honorar. Eine für Therapeuten wichtige Folge könnte sein, dass verordnende Ärzte wegen der verbesserten Einnahmesituation auch etwas entspannter mit der Regressbedrohung umgehen werden. Allerdings profitieren nicht alle Ärzte gleich stark von der Erhöhung.

Besser bezahlte Ärzte verschreiben hoffentlich entspannter.

„Kalkulierbarer, gerechter, transparenter" – laut Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wird beim neuen Honorarsystem für niedergelassene Ärzte alles besser. Hinzu kommt: Die Honorare werden um 2,5 Milliarden Euro aufgestockt. Für die zusätzlichen Ärztehonorare werden die Versicherten nach Kassenangaben mit rund 0,25 Beitragssatzpunkten zur Kasse gebeten.

Andreas Köhler, Chef der für die Honorarverhandlungen auf Ärzteseite verantwortlichen Kassenärztlichen Bundesvereinigung, lobte nach dem Schlichterspruch die „höchste Steigerung der Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung". Therapeuten dürfen darauf hoffen, dass die verordnenden Ärzte künftig zufriedener sind als in der Vergangenheit. Denn neben der Honoraraufstockung ist auch vorgesehen, die unter Ärzten unbeliebten Kopfpauschalen und Honorarbudgets abzuschaffen. Sie werden durch eine Gesamtvergütung ersetzt, die sich am Krankheitszustand der Versicherten orientiert. Damit tragen Ärzte nicht mehr das Morbiditätsrisiko. In den vergangenen Jahren hatten sie kritisiert, unter Budgetbedingungen immer mehr unentgeltliche Leistungen erbringen zu müssen. Nach ihrer Darstellung wurden rund 30 Prozent ihrer Leistungen nicht bezahlt. Im neuen System bleibt aber eine Staffelung bestehen. Eine ungebremste Leistungsausweitung ist somit nicht möglich.

Je nach Region werden die Ärzte sehr unterschiedlich vom Honorarplus profitieren. Im Osten sollen die Honorare auf durchschnittlich 94 Prozent des Westniveaus ansteigen. In den alten Ländern werden voraussichtlich Westfalen-Lippe und Niedersachsen stark profitieren. Nur unterdurchschnittlich werden die Honorare wohl in den südlichen Bundesländern steigen. Ob die niedergelassenen Ärzte damit zufrieden sein werden, ist ungewiss. Die FDP-Opposition hält den Unmut unter den Ärzten für „unverändert groß", weil die Honorare von „politischem Gutdünken" abhängig seien. Auch einzelne Ärzteverbände zeigten sich ernüchtert. Der NAV-Virchowbund warf der KBV eine falsche Verhandlungstaktik vor. Der Deutsche Facharztverband forderte künftig eine jährliche Anpassung der Honorare.

di

Thema Honorarerhöhung immer noch nicht wirklich beendet

Trotz höherem Honorar: Viele Ärzte sind immer noch unzufrieden

Therapeuten sollten sich darauf einstellen, dass niedergelassene Ärzte in einigen Regionen Deutschlands trotz der in Aussicht gestellten Honorarerhöhung unzufrieden bleiben werden. Der Grund: Es steht in den Sternen, ob sie von den rund 2,5 Milliarden Euro, um die die Ärztehonorare aufgestockt werden sollen, überhaupt profitieren werden.

Regionale Unterschiede sorgen für schlechte Stimmung.

Ob die Ärzte von der Honorarerhöhung profitieren werden, ist offenbar in erster Linie abhängig vom jeweiligen Bundesland. Nach einer Simulationsrechnung sollen zwar alle Regionen profitieren, doch in einigen westdeutschen Bundesländern glauben selbst die KV-Funktionäre nicht daran, dass das versprochene Geld bei den Ärzten ankommt.

Grund dafür ist das hochkomplexe Honorarsystem der Ärzte, das trotz einer Aufstockung der Mittel nicht gewährleistet, dass alle Ärzte tatsächlich mehr Geld erhalten. Für Therapeuten bedeutet das: Nicht alle Ärzte werden in Zukunft entspannter mit der Regressbedrohung umgehen. Wie blank die Nerven in einigen Regionen liegen, zeigen die Reaktionen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen. So sprach etwa die kommissarische Vorsitzende der KV Schleswig-Holstein, Ingeborg Kreuz, in Zusammenhang mit dem Honorarabschluss von einer „Katastrophe" und kündigte an, das Ergebnis nicht zu akzeptieren. Die Ärzte in Schleswig-Holstein können laut Simulationsrechnung mit einer Erhöhung um 3,9 Prozent rechnen, was nach Ansicht von Kreuz nicht ausreicht, um die Patientenversorgung zu verbessern.

An eine „perfide Schweinerei" glauben sogar manche Ärzte in der Hamburger KV-Vertreterversammlung – obwohl sie ein Honorarplus von sieben Prozent erwartet. Nach ihrer Meinung ist das Augenwischerei – die Anhebung ist von 2007 bis 2009 gerechnet. Abzüglich des Inflationsausgleichs bleibt ihnen unter dem Strich eine Anhebung von gerade mal knapp über zwei Prozent pro Jahr. Angesichts von 30 Prozent unentgeltlicher Leistungen, die die Ärzte nach eigenen Angaben erbringen, ist die Erhöhung für sie nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Unmutsäußerungen kommen auch aus Nordrhein – dort befürchten die Ärzte bereits ein „Ausbluten" der Region.

Ein Großteil des Zorns der Ärzte richtet sich gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die den Abschluss nach außen als großen Erfolg verkauft.

di

Nach vielen positiven Gerichtsurteilen Beschluss im Sinne der Physiotherapeuten

Verwaltungsgericht entscheidet gegen sektorale Heilpraktikerzulassung für Physiotherapeuten

Immer mehr Gerichte beschäftigen sich mit dem Thema Heilpraktikerzulassung für Physiotherapeuten. Nachdem in vielen Fällen im Sinne der klagenden Physiotherapeuten entschieden wurde, gibt es nun auch ein Urteil gegen eine Heilpraktikerzulassung.

Das Bayerische Verwaltungsgericht in München hat entschieden, dass die Klägerin, eine Physiotherapeutin, kein Recht darauf hat, eine Heilpraktikerzulassung für den Bereich der Physiotherapie ohne Prüfung zu bekommen. Das Urteil weicht damit deutlich ab von zahlreichen anderen Verfahren, in denen Gerichte genau das Gegenteil festgestellt haben (wir berichteten).

Die Begründung des Verwaltungsgerichts erstaunt den interessierten Leser an mehr als einer Stelle. Ein Highlight der Urteilsbegründung erläutert: „Da die Klägerin nicht in individueller und aktualisierter Weise nachgewiesen hat, keine Gefährdung der Volksgesundheit darzustellen, hat sie sich einer -umfassenden- Kenntnisüberprüfung zu stellen."

Das Urteil können Sie bei der Hotline als Datei abfordern.

Offene Fragen durch Berufung klären

Die Berufung sollte solche Merkwürdigkeiten klären, denn die meisten Gerichte sind sich in ihrer Botschaft an den Gesetzgeber einig: Das Heilpraktikergesetz bedarf einer grundlegenden Novellierung. *bu*

Erhöhung der Ärztehonorare ruft Heilmittelverbände mit guter Idee auf den Plan

BHV mahnt Honoraranstieg im Osten an

Die Bundesarbeitgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) begrüßt höhere Ärztehonorare vor allem in den neuen Bundesländern und fordert jetzt die Anpassung für den Heilmittelbereich.

Dass die Honorare der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern (NBL) durch die neuen Honorarvereinbarungen um etwa 20 Prozent angehoben werden, hat die BHV errechnet. Die BHV fordert nun, dass es zu einer längst überfälligen Honoraranpassung für die Heilmittelerbringer in den NBL kommen müsse. Als Unterstützung zitiert die BHV Bundesgesundheitsministerin Schmidt bei der Eröffnung des Hauptstadtkongresses am 4.6.2008 in Berlin:

„Das ist eine Frage der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der Physiotherapie. Wir werden im nächsten Jahr erstmals gleiche Honorare in Ost und West in der medizinischen Versorgung – also in der Honorarordnung der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen – haben. Es ist wünschenswert, wenn das auch bei den Preisen in der Physiotherapie geschieht."

Die BHV hat deswegen die Vertragspartner auf Kassenseite in den NBL aufgefordert, umgehend in entsprechende Honorarverhandlungen einzutreten, damit eine Umsetzung der Vergütungsreform auch im Heilmittelbereich zum 1. Januar 2009 in Kraft treten kann. Die Honorare im Heilmittelbereich liegen in den neuen Bundesländern im Schnitt um 20 Prozent unter den Westhonoraren. Da die Heilmittelausgaben in den neuen Bundesländern etwa 588 Mio EUR ausmachen, hat der BHV ausgerechnet, dass eine Honoraranpassung um 20 Prozent fast keine Auswirkungen (+0,012 Prozent) auf den Beitragssatz in der GKV haben wird.

pm/bu

Bundesregierung bestätigt Anfrage aus dem Parlament

Keine Verlängerung der IV-Anschubfinanzierung

Die Bundesregierung plant nicht, die Anschubfinanzierung von Projekten der Integrierten Versorgung (IV) zu verlängern. Nach nunmehr fünfjähriger Förderung müssten sich die Projekte selbst tragen.

Bislang sind mehr als 5.500 Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen worden, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Die „Integrierte Versorgung" nach dem Fünften Sozialgesetzbuch bedeutet, dass niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer und andere Leistungserbringer zusammen mit stationären Einrichtungen eine gemeinsame medizinische Versorgung anbieten können. Dafür steht ihnen ein gemeinsames Budget zur Verfügung. Die Regierung schreibt, sie erwarte, dass die Krankenkassen mit der Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 überprüfen werden, ob Verträge zur integrierten Versorgung die Wirtschaftlichkeit erhöhen, die Qualität steigern und die Versichertenbindung festigen.

Nach dem Start des Gesundheitsfonds wird sich zeigen, ob es weiterhin IV-Verträge gibt.

pm

Präventions- und Gesundheitsberater sind auf dem Vormarsch

Vorsorgen statt Nachsorgen – Zusatzstandbein Gesundheitsprävention

Die Deutschen werden immer älter und gesünder. Laut einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden im Jahr 2025 Männer durchschnittlich 80 Jahre alt und Frauen 85 Jahre alt. Ganze sechs Jahre älter als noch 1970. Das bedeutet auch, dass die Gesundheit immer wichtiger wird. Besonders Therapeuten sollten sich auf den Trend der Gesundheitsprävention einstellen. Mit der Zusatzausbildung Gesundheits- und Präventionsberater können Sie sich ein zusätzliches Standbein für die Zukunft schaffen.

Peter Burchardt hat noch viel vor in seinem Leben. Ein Segeltörn um das Kap Horn, den Garten umgestalten, Ausflüge mit den Enkelkindern. Zukunftspläne für das Rentenalter. Der 50-jährige Manager will auch mit Ende 60 noch top fit sein. Deswegen sorgt er in Sachen Gesundheit vor. Beim letzten Gesundheitscheck hat er im Wartezimmer des Hausarztes einen Flyer gefunden: „Fit für die Zukunft? Gesundheits- und Präventionsberatung." Seine Physiotherapeutin um die Ecke bietet diese Beratung an. Hört sich gut an, denkt Burchhardt, und vereinbart einen Termin.

Bereitschaft zur Prävention wächst

Immer mehr Menschen wollen genau wie Peter Burchardt aktiv etwas für ihre Gesundheit tun. Laut einer aktuellen Umfrage im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (BDA) fühlen sich zwei von drei Deutschen gesund. Auf die Frage: „Was tun sie für ihre Gesundheitsvorsorge?" gaben 16 Prozent der Befragten an, spezielle Präventionskurse zu besuchen. Mehr als 80 Prozent sind bemüht, sich regelmäßig zu bewegen, sich gesund zu ernähren und wenig Alkohol zu trinken. 73 Prozent versuchen, Stress so gut es geht zu vermeiden. 65 Prozent gaben an, zum Schutz ihrer Gesundheit nicht zu rauchen. Doch viele Menschen sind unsicher, was genau sie eigentlich für ihre Gesundheit tun können. Das merken auch Therapeuten tagtäglich in ihrer Praxis. Fragen zum Thema richtige Ernährung, die beste Bewegung und Möglichkeiten zum Stressabbau sind keine Seltenheit. Therapeuten können mit einer Zusatzausbildung als Gesundheits- und Präventionsberater auf diese auf diese Bedürfnisse gezielt eingehen und dies ihren Patienten als zusätzliche Serviceleistung anbieten.

Unter www.praxiswissen24.de/linklisten/ haben wir für Sie die Links einiger Ausbildungsstätten zusammengestellt.

Berufsbegleitende Ausbildung

Die noch relativ junge, berufsbegleitende Ausbildung wird von verschiedenen Institutionen deutschlandweit angeboten. Noch ist der Gesundheits- und Präventionsberater keine geschützte Berufsbezeichnung. Deswegen fallen die verschiedenen Ausbildungsangebote in Umfang und Inhalt unterschiedlich aus. Generell kann man sagen, je länger und umfangreicher die Ausbildung ist, desto besser ist sie. Die Kosten liegen, je nach Anbieter, zwischen 1.000 und 3.000 Euro. Inhaltliche Schwerpunkte sind: Ernährungslehre, Lebensmittellehre, Bewegungslehre, Psychosomatik und kundenorientierte Gesprächsführung. Wer sich für eine Ausbildung interessiert, sollte sich im Vorfeld bei den jeweiligen Anbietern über Inhalt und Kosten der Ausbildung informieren.

Investition in die Zukunft

Therapeuten können sich als Gesundheits- und Präventionsberater ein zusätzliches Standbein aufbauen. Denn die Nachfrage an Präventionsangeboten steigt. Diesen Trend können Therapeuten nutzen und einen zusätzlichen Beratungsservice anbieten. Da in Praxen Menschen ein- und ausgehen, die wieder gesund werden wollen, sind nur wenige, gezielte Werbemaßnahmen wie zum Beispiel Flyer oder Aushänge nötig.

Einzelcoaching oder Gruppenangebote für Selbstzahler werten nicht nur das gesamte Praxisangebot auf, sondern geben dem Patienten auch das Gefühl, nach der Therapie nicht wieder alleine mit seinen Sorgen da zu stehen. Therapeuten bringen ideale Voraussetzungen für diese Ausbildung mit. Durch sein Fachwissen kann der Therapeut kompetent und integrativ auf den Einzelnen eingehen.

Das hat auch Peter Burchardt erlebt. Seit vier Wochen geht er einmal die Woche zu seiner Physiotherapeutin. Er ist dabei seine Ernährung umzustellen und an seinen leichten Rückenproblemen arbeiten die beiden mit gezielten Übungen. „Meine Gesundheit ist mir jeden Cent wert", sagt Burchardt „das ist eine Investition in meine Zukunft". *ko*

Ganz konkret: Ob man erst zu einer weiteren Fortbildung gehen muss, um als Präventionsberater auftreten zu können, hängt von Ihrem Fachwissen und der von Ihnen geplanten Ausrichtung ab. Es gibt Praxisinhaber, die durch Kooperationen mit Apotheken, Ärzten und Ernährungsberatern ein erstklassiges Angebot zusammengestellt haben, ohne selbst in die Fortbildung investieren zu müssen. Entscheidend ist, den Patienten frühzeitig zu vermitteln, dass die Präventionsberatungsangebote in der Heilmittelpraxis koordiniert werden.

Unterschiedliche Aspekte von Selbstzahlerleistungen im Vordergrund

Selbstzahlerleistungen mit Zuwachs, aber oft ohne vertragliche Grundlage

Die Zahl der Patienten, die Selbstzahlerleistungen in Anspruch nehmen, nimmt stetig zu. Aber die Mehrzahl von ihnen fragt nicht selbst nach solchen Angeboten, sondern muss von Ärzten oder Therapeuten darauf angesprochen werden.

Ultraschalluntersuchungen, Augeninnendruckmessungen und ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind die beliebtesten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in Deutschlands Arztpraxen. Nach Untersuchungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) nutzen immer mehr Patienten diese und andere Selbstzahlerleistungen.

Ergebnisse werden unterschiedlich bewertet

Beide Organisationen bewerten ihre Zahlen aber unterschiedlich. So geht das WIdO - das Institut hatte sich schon in der Vergangenheit kritisch über IGeL geäußert - von einem negativen Einfluss der Selbstzahlerangebote auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus. Die Umfrage der KBV dagegen sieht eine solche Verschlechterung nur bei neun Prozent. In der WIdO-Studie wird deutlich, dass Ärzte bei ihren IGeL-Angeboten differenzieren: Die Praxisinhaber sprechen vorwiegend Patienten mit einem höheren Einkommen auf solche Leistungen an. Zwar bleibt der Weg zur Selbstzahlerleistung eher die Ausnahme, aber immerhin werden ein Drittel der IGeL-Leistungen in Anspruch genommen, weil Patienten selbst gezielt danach fragten.

Wie die „Ärzte Zeitung“ berichtet, verzichten laut WIdO noch immer zu viele Ärzte auf eine schriftliche Vereinbarung mit den Patienten, obwohl die Ärztekammern wiederholt auf deren Bedeutung hinweisen.

Das gilt auch für viele Therapeuten. „Oft werden in Heilmittelpraxen Dienstleistungen erbracht, für die es keinen Vertrag zwischen Patient und Therapeut gibt“, berichtet Björn Schwarz, Berater für die Heilmittelerbringer aus Schwentinental. „Dabei sollte zur eigenen Sicherheit immer die Regel gelten: Keine Leistung ohne Vertrag!“

Die Bundesärztekammer hat in diesem Jahr einen Flyer aufgelegt, der die wichtigsten Fragen zum Thema IGeL aus ärztlicher Sicht beantwortet. Darin wird zum Beispiel darauf hingewiesen, dass sich die Information des Arztes über Selbstzahlerleistungen deutlich von anpreisender Werbung unterscheiden muss. Außerdem wird erklärt, weshalb eine nicht von der Krankenkasse bezahlte Leistung dennoch medizinisch sinnvoll sein kann. Der Flyer könnte auch für Physio-/Ergotherapeuten und Logopäden als Vorlage für eigene Patienteninformationen interessant sein.

di

Wichtige Regel für jede Praxis: Keine Leistung ohne Vertrag!

Service: Bei der praxiswissen24-Hotline können kostenlos Vertragsmuster ebenso wie der Flyer der Bundesärztekammer abgerufen werden. Letzterer findet sich auch über die Suchmaschine auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

Bei Outsourcing-Projekten mehr Spielraum als vermutet

Bei der Praxisübernahme darf über Gehalt verhandelt werden

Der Praxisinhaber, der eine andere Praxis oder Ambulanz eines Krankenhauses übernimmt, muss aufgrund gesetzlicher Bestimmungen auch die Arbeitsverträge der betroffenen Mitarbeiter übernehmen. In einem Urteil bestätigte das Bundesarbeitsgericht (BAG), dass es auch anders geht.

Werden sich neuer Arbeitgeber und übernommener Arbeitnehmer darüber einig, einen neuen Vertrag aufzusetzen, ist dieser rechtlich nicht zu beanstanden. Der gesetzliche Schutz beim sogenannten „Betriebsübergang“ verpflichtet Arbeitgeber, die einen Betrieb oder einen Betriebsteil kaufen, „in die Rechte und Pflichten“ des bisherigen Arbeitgebers einzutreten - einschließlich des Gehalts.

Im vom BAG entschiedenen Fall hatte der neue Arbeitgeber einer Mitarbeiterin die Annahme eines neuen, finanziell schlechteren Vertrags leichter gemacht, indem sie eine Einmalzahlung erhielt. Das Gericht urteilte, das sei zulässig.

Damit wird Praxisübernehmern die Möglichkeit eröffnet, durch geschickte Verhandlung zu vermeiden, dass die oft zu großzügig bemessenen Verträge der übernommenen Mitarbeiter das Gehaltsgefüge der bisherigen Struktur durcheinanderwirbeln. Rechtlich gibt es hier keine Hürden mehr.

bu

Ganz konkret: Viel besser als sich auf formaljuristische Standpunkte zu konzentrieren ist es, den Mitarbeitern die Möglichkeiten zu geben, sich aktiv an der Gestaltung der zukünftigen Abteilung/Praxis zu beteiligen. Der Preis, den Mitarbeiter bereit sind für Mitgestaltung und Selbstverwirklichung in Form von neuen Verträgen „zu zahlen“, ist oft höher als die Inhaber annehmen!

Langfristig erfolgreicher als Anzeigen: Der Aufbau von Mund-zu-Mundpropaganda

Kooperation mit Selbsthilfegruppen lohnt sich

Krankenkassen haben ihre Bedeutung schon längst erkannt, und viele Ärzte kooperieren seit Jahren mit ihnen - Selbsthilfegruppen. Für Physio-/Ergotherapeuten und Logopäden oft noch Neuland. Dabei lohnt sich eine Kooperation auch für Heilmittelerbringer.

Mittwochabend, 19 Uhr. Physiotherapeutin Susanne Huneke sammelt die Unterlagen ihres Vortrages zusammen. Schon kommen die ersten Mitglieder der Schlaganfall-Selbsthilfegruppe auf sie zu: positives Feedback, inhaltliche Rückfragen, Anfragen für Behandlungen in der Praxis. Huneke ist zufrieden. Seit zwei Jahren hält sie im Rahmen einer Kooperation mit der lokalen Schlaganfall-Selbsthilfegruppe regelmäßig Vorträge, geht zu Treffen und führt intensive Gespräche mit den Mitgliedern. Diese zeitliche Investition lohnt sich für die Praxisinhaberin. In den letzten zwei Jahren konnte sie durch Empfehlungen und die Verlinkung der Internetseiten ihren Patientenstamm deutlich erhöhen.

Selbsthilfegruppen sind heute aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Nach aktuellen Schätzungen gibt es in Deutschland zirka 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen, in denen rund 3 Millionen Menschen mitwirken - Tendenz steigend.

Die Krankenkassen haben ihre wachsende Bedeutung längst erkannt. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 zur Förderung der Selbsthilfe wurde die Förderung von einer Ermessensleistung zu einer Pflichtaufgabe. „Selbsthilfeorganisationen sind eine wertvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung und eine große Stütze bei der Bewältigung krankheits- und behinderungsbedingter Belastungen“, so der Vorstandsvorsitzende der Gmünder Ersatzkasse (GEK), Dr. Rolf-Ulrich Schlenker. Während in Deutschland mittlerweile viele Ärzte mit Selbsthilfegruppen kooperieren, ist dieses Gebiet für Therapeuten noch Neuland. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie sie von einer Kooperation profitieren können.

Eine Liste mit interessanten Internet-Links finden Sie auf www.praxiswissen24.de/Linklisten

Vorträge halten

Ein Therapeut, zum Beispiel mit neurologischem Schwerpunkt in seiner Praxis, kann eine Kooperation mit einer örtlichen Schlaganfall-Selbsthilfegruppe eingehen. Möglich sind regelmäßige Vorträge bei Gruppentreffen, beispielsweise über therapieergänzende Maßnahmen des Patienten zu Hause.

Austausch sichern

Als Teilnehmer und Gesprächspartner bei regelmäßigen Gruppentreffen hat der Therapeut die Möglichkeit, sich mit Betroffenen und Angehörigen über alltägliche Probleme, Pflege durch Angehörige und Hilfsmittelversorgung auszutauschen. Für diese Fragen bleibt während der Behandlung in der Regel keine Zeit - ein fruchtbarer Wissensaustausch für beide Seiten.

Marketing vorantreiben

Die Verlinkung der Internetseiten von Therapeuten und Selbsthilfegruppen sorgt für eine erweiterte Präsenz in der Öffentlichkeit. Sie werden nicht nur weiterempfohlen, sondern sind auch leichter aufzufinden. Zudem haben die meisten Selbsthilfegruppen eine überregionale Dachorganisation, auf der sich Therapeuten auch auf eine Liste setzen lassen können. Broschüren über Therapieangebote der Praxis, Flyer und Visitenkarten können bei den Gruppentreffen ausgelegt oder verteilt werden.

Therapeuten profitieren also nicht nur fachlich von der Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe, sondern gewinnen auch neue Patienten und steigern den Bekanntheitsgrad der Praxis, so wie Susanne Huneke. Sie gilt inzwischen als Spezialistin für Schlaganfälle und wird auch von Ärzten in die Therapieplanung mit eingebunden.

ko

Bundessozialgericht kippt Rahmenvertragsregelung

Funktionstraining langfristig verordnungsfähig

Die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vertraglich vereinbarte Begrenzung von ärztlich verordnetem Funktionstraining auf 12 oder 24 Monate ist nicht zulässig, urteilte das Bundessozialgericht (BSG).

Im konkreten Fall stritten eine Frau aus Rheinland-Pfalz und die Barmer Ersatzkasse darüber, ob die Leistungspflicht der Krankenkasse für die Teilnahme der Patientin an ärztlich verordnetem „Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung“ (§43 Abs 1 SGB V iVm §44 Abs 1 Nr 4 SGB IX) in der gesetzlichen Krankenversicherung zeitlich begrenzt ist.

Das BSG befand, dass die Einschränkung der Anspruchshöchstdauer auf 24 Monate nicht durch die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ festgelegt werden könne. Die einzige Instanz mit rechtlicher Kompetenz, solche Leistungseinschränkungen zu beschließen, sei der Gemeinsame Bundesausschuss.

bu

Service: Das Urteil des Bundessozialgerichts (Az: B1 KR 32/07 R) können Sie bei der Hotline anfordern. Dort bekommen Sie auch die aktuellen Rahmenempfehlungen, allerdings noch mit der Regelung, die das BSG gerade aufgebhoben hat.

So einfach erfüllen Sie Ihre Pflicht als Arbeitgeber

Auslagepflichtige Gesetze in Therapiepraxen

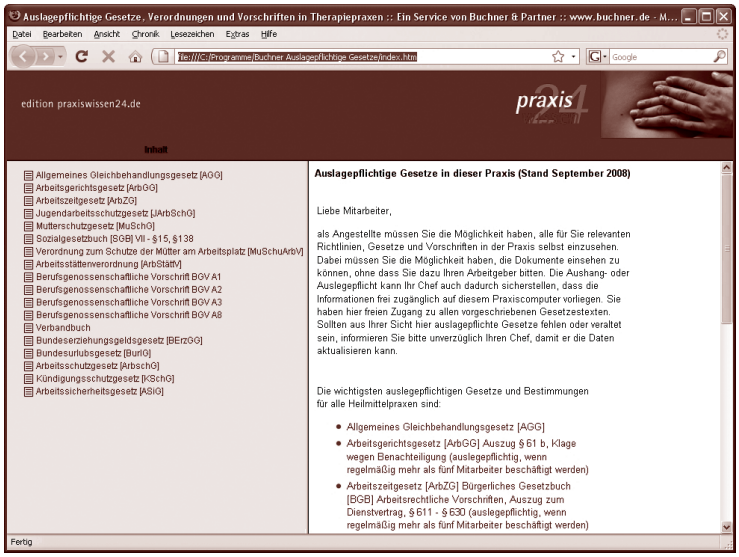
Jeder Praxisinhaber ist in seiner Rolle als Unternehmer und Arbeitgeber verpflichtet, bestimmte Gesetze, Vorschriften und Regelungen am Arbeitsplatz so auszuhängen, dass alle Mitarbeiter darauf zugreifen können. Für praxiswissen24-Kunden liegt jetzt eine kostenlose CD zum Abruf bereit, mit der Sie als Arbeitgeber dieser Pflicht vollständig nachkommen.

Angestellte Mitarbeiter müssen die Möglichkeit haben, alle für sie relevanten Richtlinien, Gesetze und Vorschriften in der Praxis einsehen zu können. Dabei muss jeder Mitarbeiter die Möglichkeit haben, die Dokumente einsehen zu können ohne dass er seinen Arbeitgeber darum bitten muss. Die Aushang- oder Auslegepflicht kann ein Praxisinhaber auch dadurch sicherstellen, dass die Informationen frei zugänglich auf dem Praxiscomputer vorliegen. Hat ein Arbeitnehmer freien Zugang zum Computer und weiß er, wie er auf die Gesetzestexte zugreifen kann, dürften nach Ansicht von Fachleuten keine Bedenken gegen diese alleinige Möglichkeit als Einsichtnahme in die Vorschriften bestehen.

Die Vorlage der Gesetze kann beispielsweise von Arbeitsschutzbehörden und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege geprüft werden.

Die wichtigsten auslagepflichtigen Gesetze und Bestimmungen für alle Heilmittelpraxen sind:

- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz [AGG]
- Arbeitsgerichtsgesetz [ArbGG] Auszug § 61 b, Klage wegen Benachteiligung (auslegepflichtig, wenn regelmäßig mehr als fünf Mitarbeiter beschäftigt werden)
- Arbeitszeitgesetz [ArbZG] Bürgerliches Gesetzbuch [BGB] Arbeitsrechtliche Vorschriften, Auszug zum Dienstvertrag, § 611 - § 630 (auslegepflichtig, wenn regelmäßig mehr als fünf Mitarbeiter beschäftigt werden)
- Jugendarbeitsschutzgesetz [JArbSchG] (auslegepflichtig, wenn regelmäßig mindestens ein Jugendlicher beschäftigt wird)
- Mutterschutzgesetz [MuSchG] (auslegepflichtig, wenn regelmäßig mehr als drei Frauen beschäftigt werden)
- Sozialgesetzbuch [SGB] VII – Gesetzliche Unfallversicherung, Auszug § 15 Unfallverhütungsvorschriften, §138 Bekanntgabe der Unfallversicherungsträger und deren Anschrift
- Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz [MuSchuArbV]
- Arbeitsstättenverordnung [ArbStättV]
- Berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A1
- Berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A2
- Berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A3
- Berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A8
- Verbandbuch
- Bundeserziehungsgeldgesetz [BErzGG]
- Bundesurlaubsgesetz [BurlG]
- Arbeitsschutzgesetz [ArbSchG]
- Kündigungsschutzgesetz [KSchG]



In einem ganz normalen Internetbrowser können die Mitabeiter auf alle auslagepflichtigen Gesetze zugreifen

Die gesetzlichen Vorschriften müssen auf dem aktuellen Stand sein. Ein unterlasserner Aushang bzw. nicht Bereitstellung der Informationen auf dem Praxiscomputer kann unter Umständen zivilrechtliche Folgen für den Arbeitgeber haben. Bei einigen aushangpflichtigen Gesetzen sind sogar Bußgelder vorgesehen, wenn der Aushang unterbleibt oder veraltet ist. *bu*

Informationsquellen im Internet:
- **www.bgw-online.de**
- **www.bundesrecht.juris.de**

Service: praxiswissen24-Kunden können eine CD mit allen auslagepflichtigen Dokumenten zur Installation für ihren Praxiscomputer anfordern. Der Zugriff auf die Gesetze erfolgt über einen normalen Browser, eine Einbindung in die Praxissoftware ist nicht erforderlich.

Ganz konkret: Wenn Ihre Mitarbeiter keinen Zugriff auf den PC haben (sollen), dann können Sie die auslagepflichtigen Gesetze und Verordnungen auch einfach in einem Bücherregal oder im Mitarbeiteraufenthaltsraum auslegen. Allerdings empfehlen wir Ihnen nicht, die Gesetzessammlung auszudrucken. Mehr als 400 Seiten sind einfach zu viel. Rufen Sie lieber bei der Hotline an und lassen Sie sich für eine Papierausgabe vormerken. Wir sammeln den Bedarf und melden uns bei Ihnen sobald die Papierausgabe vorliegt!

Richtiges Verhalten bei Behandlungsfehlern erhält Versicherungsschutz

Fallbeispiel: Umgang mit möglichem Behandlungsfehler

Frage an die praxiswissen24-Hotline: Die Tochter einer älteren Patientin will uns wegen eines möglichen Behandlungsfehlers verklagen. Wie sollen wir uns verhalten, und welche Möglichkeiten haben wir, uns gegen diesen Vorwurf zu wehren?

Die Praxisinhaberin Frau Papenburg berichtet: Eine ältere Patientin kam nach ihrer fünften Knieoperation (Knietotalendoprothese, TEP) zur Behandlung in die Physiotherapiepraxis. Auf der Verordnung standen Krankengymnastik und Eis. Die behandelnde Mitarbeiterin führte eine ergänzende Narbenmobilisation durch.

Nach Aussage der Tochter der Patientin schwoll das Knie nach der Therapie stark an, und die Haut war durch das Eis zum Teil „verbrannt". Laut des behandelnden Arztes hatte die Narbenmobilisation die Operationsnarbe von innen geöffnet und zu einer Entzündung des Knies geführt. Dagegen erhielt die Patientin Antibiotika, und der Arzt kündigte eine aufgrund der fehlerhaften Therapie notwendige sechste Operation an.

Dementgegen berichtete die behandelnde Therapeutin, dass sie die Eisbehandlung nur einmal durchgeführt hatte, die während der Therapie zu keinem sichtbaren Schaden führte.

Frau Papenburg sollte sofort die Berufshaftpflichtversicherung einschalten, empfiehlt der Rechtsanwalt Dr. Ernst Boxberg aus München. In einem solchen Fall gibt es dazu keine Alternative. Wichtig ist, gegenüber der Patientin, ihrer Tochter, dem behandelnden Arzt und sonstigen Dritten keine Erklärungen abzugeben, keine Zugeständnisse zu machen und keine Fehler einzuräumen. Die Berufshaftpflicht könnte dies als Obliegenheitspflichtverletzung auffassen. Die Berufshaftpflichtversicherung wird Frau Papenburg über jeden weiteren Schritt unterrichten und sogar die Auswahl des Rechtsanwalts treffen.

Ähnlich beurteilen diesen Vorgang auch zwei von uns befragte Berufshaftpflichtversicherungen. Beide empfehlen übereinstimmend die unverzügliche Meldung per Telefon oder E-Mail entweder vor Ort beim Versicherungsvermittler oder bei der zentralen Schadenstelle. Das gilt nicht nur für den Fall eines tatsächlichen Schadens, sondern auch schon bei vermeintlichen oder unklaren Fällen.

Die „Deutsche Ärzteversicherung" hat zum Thema „Haftpflicht-Schadensfall" einen neuen kostenlosen Ratgeber herausgebracht. Neben Verhaltenstipps im Falle von Schadensersatzforderungen eines Patienten bietet dieser auch Informationen zur Schadensprophylaxe und Regeln zur Schadensminimierung. *bu*

Service: Die Broschüre kann unter „service@aerzteversicherung.de" kostenlos angefordert werden.

Praxis muss die Schäden am privaten PKW einer Mitarbeiterin nicht übernehmen

Fallbeispiel: Verkehrsunfall bei Hausbesuch

Frage an die praxiswissen24-Hotline: Eine Mitarbeiterin machte in unserem Auftrag einen Hausbesuch mit ihrem eigenen Auto und verursachte dabei einen Unfall. Müssen wir ihren Schaden zahlen? Da sie den Unfall verschuldete, übernimmt ihre Versicherung den Schaden am gegnerischen Unfallauto, aber was ist mit ihrem eigenen Schaden?

Antwort: In diesem Fall tritt keine Haftung Ihrerseits ein. Das leitet sich aus der folgenden Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) ab, in der nicht einmal die Rückstufung in der Versicherung des Arbeitnehmers ausgeglichen werden musste. Das Gericht fasste im Leitsatz zum Urteil zusammen:

„Benutzt ein Arbeitnehmer zur Erledigung arbeitsvertraglicher Verrichtungen seinen privaten Pkw und zahlt der Arbeitgeber ihm die nach Steuerrecht anerkannte Kilometerpauschale, so hat der Arbeitgeber für die Kosten der Rückstufung in der Haftpflichtversicherung, die durch einen bei der Arbeitsverrichtung eingetretenen Unfall verursacht worden sind, nur einzutreten, wenn dies zwischen den Arbeitsvertragsparteien vereinbart ist. Haben die Parteien eine Kilometerpauschale vereinbart und war der Arbeitnehmer in der Auswahl seines Pkw und der Versicherungsgesellschaft frei, so ist im Zweifel anzunehmen, dass mit Zahlung der Kilometerpauschale auch Rückstufungserhöhungen in der Haftpflichtversicherung abgegolten sind."

Eine Übernahme von Unfallkosten für die Arbeitnehmerin würde nur dann notwendig, wenn dies ausdrücklich im Arbeitsvertrag geregelt ist. Da dies bei Ihnen vermutlich nicht zutrifft, müssen Sie keine weiteren Kosten übernehmen. *bu*

BAG-Urteil vom 30.4.1992 - AZ 8 AZR 409/91

Keine Rechtsbeziehung zwischen PKV und Heilmittelpraxis

Patient fordert längere Behandlungszeit mit Hinweis auf die Beihilferichtlinien

Frage an die praxiswissen24-Hotline: „Mein Patient beschwert sich darüber, dass wir ihn nur 20 Minuten behandelt haben. Mit Hinweis auf die Behandlungsrichtlinien fordert er eine 30-minütige Behandlung. Müssen wir das leisten?“

Hilke Steinmüller, leitende Therapeutin in Bochum ist verunsichert: Mit der Liste der beihilfefähigen Höchstsätze in der Hand, fordert ihr Privatpatient die Nachleistung der aus seiner Sicht fehlenden 10 Minuten Behandlungszeit. Tatsächlich findet sich in seiner Liste der Hinweis auf eine Mindestbehandlungszeit von 30 Minuten. Das war Frau Steinmüller nicht bekannt. Hat sie betrogen oder womöglich gegen Verträge verstoßen? Hat der Patient ein Recht auf nachträgliche Wiedergutmachung?

Die Beantwortung dieser Fragen hat mit den rechtlichen Beziehungen der Beteiligten untereinander zu tun. Die Beihilfebestimmungen entfalten keine Wirkung auf die Praxis von Steinmüller, denn es gibt keinen Vertrag zwischen einer Beihilfestelle und der Praxis. Die Verbindung zwischen diesen beiden Beteiligten besteht nur indirekt über den Patienten, der einerseits einen Honorarvertrag mit der Praxis von Steinmüller abgeschlossen hat, andererseits sich das bezahlte Honorar von der Beihilfe erstatten lässt.

Wenn der Patient einen Honorarvertrag mit der Praxis abschließt, wird er zum Beispiel in den Vordrucken von Buchner & Partner ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Übernahme der Therapiekosten durch Erstattungsstellen (hier die Beihilfe) nicht garantiert wird. Auch die Behandlungsdauer wird dem Patienten mitgeteilt. Die Praxis hat sich somit rechtlich vollkommen korrekt verhalten.

Tatsächlich ist der Patient in diesem Fall derjenige, der sich nicht „vertragsgemäß“ verhalten hat. Obwohl er sich darüber im Klaren ist, dass seine Behandlung nur 20 Minuten gedauert hat, und seine Beihilfestelle eine Erstattung nur bei einer 30-minütiger Behandlungzeit vorsieht, hat er die Rechnung der Praxis bei der Beihilfe

eingereicht. Dies war möglich, weil auf der Rechnung der Praxis keine Behandlungszeiten angegeben sind.

Die Aufforderung an Hilke Steinmüller zur „Nachbesserung“ in Form von weiteren – kostenlosen – Therapiesitzungen entbehrt somit jeder rechtlichen Grundlage und zeigt eher den schlechten Stil des Patienten. Der Therapeut sollte sich auf keinen Fall dem Patienten gegenüber rechtfertigen.

Die Leistungsbeschreibungen der GKV gelten nicht auch zwingend für Privatversicherte

Vermeiden lassen sich solche Diskussionen durch Wissen um die Befindlichkeiten der Beihilfestelle und einer zielgerichteten Organisation. So war Hilke Steinmüller nicht bekannt, dass es Unterschiede in den Beihilferegelungen zwischen Bundesbediensteten und Landesbediensteten geben kann. Die Therapeutin wird organisatorisch ihre Behandlungstakte nicht verändern, sondern den betreffenden Patienten in Zukunft zehn Minuten „Nachruhe“ angedeihen lassen. *bu*

Betriebskrankenkassen in Bayern ziehen erste Zwischenbilanz

Viele 2- bis 4-jährige haben Sprachdefizite

Sieben Prozent der dreijährigen Kinder in Bayern benötigen eine sprachtherapeutische Behandlung. Das ist die Zwischenbilanz einer Vorsorgeuntersuchung, die die Betriebskrankenkassen in Bayern in Kooperation mit dem Paednetz Bayern e.V., Sprachtherapeuten und Logopäden anbieten.

In die Auswertung flossen bisher Daten von rund 3.100 Kindern ein, die von Mitte 2007 bis heute an dem BKK-Vorsorgeprogramm teilgenommen haben. Als wesentlicher Bestandteil der BKK-Untersuchung wird die Sprachentwicklung des Kindes mittels eines standardisierten Tests bewertet. Werden bei dieser Untersuchung durch den Kinderarzt Auffälligkeiten entdeckt, wird eine sprachtherapeutische Behandlung eingeleitet.

pm

Wie Sie Mutterschutz sichern und Kosten minimieren

Einer schwangeren Mitarbeiterin kündigen?

Frage an die praxiswissen24-Hotline: „Hilfe, meine Kollegin ist schwanger! Das können wir uns überhaupt nicht leisten. Können wir einer Schwangeren kündigen?“

Die Auswirkungen durch eine Schwangerschaft können für eine kleine Praxis erheblich sein.

Die Situation ist vielen kleinen Praxen bekannt: Eine Kollegin wird schwanger, plötzlich müssen häufiger Behandlungstermine verschoben werden und andere Kollegen springen spontan ein. Je geringer die Anzahl der Behandler ist, desto dramatischer sind die Auswirkungen. Da kann manch ein Praxisinhaber mit Existenzängsten auf die Idee kommen, einer schwangeren Mitarbeiterin kündigen zu wollen. Die Frage ist: Geht das? Und wie handelt man in einem solchen Fall betriebswirtschaftlich sinnvoll?

Kündigung ist fast gar nicht möglich

Die Möglichkeiten einer Schwangeren zu kündigen sind sehr begrenzt. Wer einer schwangeren Mitarbeiterin kündigen will, braucht dazu die Genehmigung des jeweiligen Landesarbeitsministeriums bzw. einer von diesem ermächtigten Stelle. Die Genehmigung zur Kündigung muss sich der Arbeitgeber vor Ausspruch der Kündigung erteilen lassen. In dem Genehmigungsverfahren muss die Behörde die Schwangere anhören. Eine Zustimmung wird durch das Landesarbeitsministerium in der Regel nur erteilt, wenn

- eine Weiterbeschäftigung wegen des „Verhaltens“ der Arbeitnehmerin unzumutbar ist (z.B. Diebstahl)
- der Betrieb stillgelegt wird (z.B. Insolvenz)
- die wirtschaftliche Belastung für den Arbeitgeber zu hoch ist (Existenzgefährdung).

In der Regel ist der mit der Kündigung verbundene Aufwand so hoch, dass es sich praktisch nie lohnt, solch ein Verfahren in Gang zu setzen.

Mutterschutzgesetz bietet Alternative

Einfacher und betriebswirtschaftlich interessanter ist die Möglichkeit des Arbeitgebers ein sogenanntes Beschäftigungsverbot auszusprechen. Im §4 des Mutterschutzgesetzes werden Gründe für ein Beschäftigungsverbot aufgelistet. So heißt es dort beispielsweise, dass werdende Mütter nicht beschäftigt werden dürfen, wenn sie regelmäßig Lasten von mehr als fünf Kilogramm oder gelegentlich Lasten von mehr als zehn Kilogramm Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern müssen. Auch Arbeiten, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen müssen, bei denen sie dauernd hocken oder sich gebückt halten müssen, sind Gründe für ein Beschäftigungsverbot.

Das Landesarbeitsministerium in Schleswig-Holstein hat bestätigt, dass der Arbeitgeber ein solches Beschäftigungsverbot einseitig aussprechen kann. Und zwar ohne, dass es dazu der Zustimmung einer Behörde oder einer Kontrollinstanz bedarf. Das Beschäftigungsverbot ist schriftlich an die betreffende Mitarbeiterin auszusprechen und dann sofort umzusetzen.

Wer ein solches Beschäftigungsverbot nicht aussprechen möchte, kann seine schwangere Mitarbeiterin auch darauf hinweisen, dass auch ein Arzt ein Beschäftigungsverbot aussprechen kann, z.B. wenn der Terminstress in einer kleinen Praxis eine zu hohe Belastung für die Schwangere ist.

Beschäftigungsverbot ist kostenneutral

Finanziell ist das Aussprechen des Beschäftigungsverbotes weder für Arbeitnehmer noch Arbeitgeber ein Problem. Die Arbeitnehmerin erhält weiterhin ihr ganz normales Gehalt vom Arbeitgeber und dieser bekommt den Betrag zu 100 Prozent von der Krankenkasse der Arbeitnehmerin aus der sogenannten U2-Umlage erstattet.

Aber aufgepasst, denn viele Mitarbeiter von Krankenkassen kennen sich nicht im Details aus. Eine Stichprobe bei verschiedenen Krankenkassen hat ergeben, dass wir in 70 Prozent der Fälle falsche Antworten hinsichtlich Höhe der Erstattung erhalten haben. Wichtig ist es, zu wissen, dass es einen Erstattungsuntschied gibt ob Mutterschutz oder ein Beschäftigungsverbot vorliegt. Während bei Mutterschutz der Arbeitgeber selbst noch Kosten übernimmt, werden bei einem Beschäftigungsverbot wirklich 100 Prozent der Kosten übernommen. *bu*

Vorschau

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.10.2008 mit aktuellen News, Meldungen zur Gesundheits- und Berufspolitik und zum Praxismanagement:

- In einem Interview zum 7. Geburtstag des Heilmittelkatalogs macht der Vorsitzende der KV Baden-Württemberg Dr. Hoffmann-Goldmayer darauf aufmerksam, dass Therapeuten ihre Ärzte effektiv bei der Regressprophylaxe unterstützen können.
- Außerdem gibt es wieder einige Fallbeispiele aus der praxiswissen24-Hotline

Impressum

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di)
Heidi Kohlwes (ko)

Fotos © Sandor Jackal (S. 6); Falko Matte (S. 7); Andrea Seemann (S. 14); topone (S. 15) – alle: fotolia.com; Techniker Krankenkasse (S. 5 u. 10)

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner
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

Dieser Newsletter ist Bestandteil des praxiswissen24-Abonnements.