05.2010

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

OLG Braunschweig: Ärzte sind Beauftragte der Krankenkassen

Kickbacks an Ärzte rechtlich neu bewertet

Das Oberlandesgericht (OLG) Braunschweig hat in einem aktuellen Beschluss festgestellt, dass Ärzte Beauftragte der Krankenkassen sind. Diese rechtliche Einschätzung hat zur Folge, dass Ärzte zukünftig wegen Bestechlichkeit angeklagt werden können – und Therapeuten möglicherweise wegen Bestechung. Deswegen ist es für Praxisinhaber wichtig, den Unterschied zwischen Korruption und Kooperation genau im Blick zu behalten.

Ein Braunschweiger Apotheker hatte einem Arzt mit 187.000 DM den Umbau seiner Praxis finanziert und später monatlich an die 2.000 Euro Mietkostenzuschuss überwiesen. Im Gegenzug soll der Arzt den Apotheker unter anderem bei den Verschreibungen von Zytostatika bevorzugt haben, meinten die Staatsanwälte und zogen wegen Korruption vor das Landgericht. Doch die große Wirtschaftskammer des Landgerichts Braunschweig wollte das Verfahren gar nicht erst eröffnen. Denn die Richter sahen den niedergelassenen Kassenarzt eben nicht als Beauftragten der Kassen nach Paragraf 299 StGB und infolgedessen juristisch gesehen auch nicht als bestechlich.

Das OLG Braunschweig sah das anders und stellte fest, dass der Arzt sehr wohl „Beauftragter" im Sinne des § 299 StGB der Krankenkasse sei: *„Der Kassenvertragsarzt ist also aufgrund der ihm durch Gesetz zugewiesenen Aufgabe berechtigt und verpflichtet, für den Betrieb – hier die Krankenkassen – zu handeln. Durch die Art und Menge der von ihm verordneten Medikamente nimmt er damit erheblich auf die betrieblichen Entscheidungen Einfluss."*

Der Unterschied, ob ein Arzt als Freiberufler oder im Auftrag der Krankenkassen handelt, ist für den Straftatbestand der Bestechlichkeit entscheidend. Denn der Paragraf 299 StGB gilt nur für „Angestellte oder Beauftragte eines geschäftlichen Betriebes". Mit der Festlegung des OLGs wäre jetzt in Fällen, in denen sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Vorteilsgewährung an den Arzt und Gegenleistung durch Apotheker/Therapeut nachweisen lässt, der Paragraf 299 StGB auch auf Verordnungen von Ärzten anwendbar.

Die Korruption gemäß Strafgesetzbuch wäre also auch dann erfüllt, wenn etwa eine therapeutische Praxis einem Arzt Geld dafür zahlt, dass er Patienten in die Praxis des Therapeuten schickt. Bisher waren solche Modelle nur für den Arzt wegen Verstoßes gegen seine Berufsordnung problematisch. Folgt man aber der Auffassung des OLG Braunschweig, müssen Ärzte in Zukunft eine Anklage wegen Bestechlichkeit und die zahlenden Therapeuten wegen Bestechung befürchten. >>>

Aktuell

Krankenkassen veröffentlichen Zahlen für 2009
2,2 Prozent mehr Heilmittelausgaben 9

Regressangst torpediert vereinbarte Versorgungsziele
82 Millionen ungenutztes Heilmittelbudget in 2009 10

Heilmittelvereinbarung 2010 für Sachsen vereinbart
Bei Logopädie soll gespart werden 11

Konzepte

Bundesweites Versorgungskonzept
Frag den Therapeuten 17

Gesundheitswandern als Selbstzahlerleistung
Das Wandern ist des Müllers Lust 18

Interdisziplinäre Kooperation
Workshop für Migräne-Patienten 20

Tipps

Anleitung Google Maps
Wie Sie sich im Internet finden lassen 4

Werbe-Ideen für die Praxis
Step by Step 21

Missverständnisse in der Kommunikation mit Ärzten
Sag es einfach 22

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** marketing

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de

Kommentar

So beeinflusst Statistik

Neulich hat mich ein Arzt angeschrieben, ob er auch für private Heilmittelverordnungen in Regress genommen werden könne. Über meine verneinende Antwort war er sehr froh.

Das Beispiel zeigt: In Sachen Heilmittelausgaben geht es vor allem um Aufklärung und zuverlässigen Informationsfluss, denn Kassenärztliche Vereinigungen schüren weiterhin sinnlos die Regressangst der Ärzte. Dabei werden zum Beispiel in Bremen die vereinbarten Heilmittelausgaben schon im dritten Jahr in Folge deutlich unterschritten! Auch Westfalen-Lippe, Hessen und Nordrhein sind schon das zweite Mal auf der Liste der Unterverordner (vgl. S. 9)!

Verantwortlich dafür ist die desolate Informationspolitik der KVen. Wie abhängig die Ärzte von den Informationen der KVen sind, zeigt das Beispiel Westfalen-Lippe. Hier hatte die KV ihre Ärzte erstmals aufgerufen, mehr zu verordnen – mit einem wahrnehmbaren Ergebnis: Die Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte liegen mit einem Wachstum von 6,9% im Vergleich zum Vorjahr erstmals über der 40.000 Euro Grenze – eine echte Kehrtwende, betrachtet man die Entwicklung der letzten vier Jahre. (vgl. S. 10)

Was ist also die Konsequenz für Praxisinhaber? Ärzte brauchen seriöse Informationen. Und zwar kein Gejammer der KVen über zu hohe Ausgaben, sondern eine Gegenüberstellung des vereinbarten Heilmittelausgabenvolumens und der niedrigeren Ist-Zahlen. Los geht´s – informieren Sie Ihre Ärzte. Alle Daten und fertige Grafiken für Ihre Ärztekommunikation erhalten Sie bei unserer Hotline. Dort erhalten Sie auch die Zahlen genau zugeschnitten auf Ihre KV!

Herzlichst Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

Die Krankenkassen reagierten ausgesprochen zustimmend. „Wir teilen die Rechtsauffassung des OLG“, sagte Klaus Altmann, Sprecher der AOK, nicht ohne Hintergedanken. Denn die Frage, ob der Paragraf 299 StGB auch für die selbstständigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen gilt, ist seit Jahr und Tag umstritten. Nun will die Staatsanwaltschaft Braunschweig die Sache bis vor den Bundesgerichtshof (BGH) treiben. Um Anklage zu erheben, werde die Staatsanwaltschaft Haussuchungen bei dem betroffenen Braunschweiger Arzt und dem Apotheker ansetzen, „unter Umständen werden wir auch Patienten befragen“, erklärt Wolff. Die Staatsanwaltschaft ist dabei auf so genannte „Unrechtsvereinbarungen“ angewiesen, also einen Vertrag über die verbotenen Zahlungen, um Bestechung und Bestechlichkeit nachzuweisen. „Aber wir können auch auf Aussagen von Patienten, Kollegen oder Konkurrenten zurückgreifen, um Anklage zu erheben“, sagte Schmidt.

Ob die Rechtsprechung für Ärzte und Therapeuten in Sachen Bestechung und Bestechlichkeit vor einer Wende steht, wird von Juristen unterschiedlich beurteilt. Kassenjuristen würden alle Leistungserbringer nur allzu gern auch strafrechtlich belangen können, weil die Korruption im Gesundheitswesen die Kassen jedes Jahr mehrere Milliarden Euro kostet. Deshalb geben sich die Kassen optimistisch. „Es ist nun nur noch eine Frage der Zeit, bis ein erstes Urteil nach 299 StGB fällt“, so ein Kassenjurist.

Anders sehen dies Juristen, die sich eher den Ärzten verbunden fühlen und die den Beschluss des OLG als Bestätigung des eigenen Standpunktes sehen. So sollten die euphorische Stellungnahme einiger Kassen wohl darüber hinwegtäuschen, erklärte der Bonner Rechtsanwalt Ingo Pflugmacher in der Ärztezeitung, „dass Kooperationen und Geschäftsmodelle ohne konkrete Patientenbeeinflussung zulässig und eben nicht strafbar sind.“

Die Staatsanwaltschaften werden in jedem Fall in Revision gehen und damit den BGH einschalten. Würde er die Haltung des OLG Braunschweig teilen, wären Gerichte, Staatsanwälte, Kassen und Kammern an die Entscheidung gebunden. *(bu)*

Marketingplan mit Geling-Garantie

Zurücklehnen und planen

Es ist Halbzeit im großen Marketingplan mit Geling Garantie. Vielleicht haben Sie sich bereits inspirieren lassen und schon einige Ideen in die Tat umgesetzt. Wir möchten die Gelegenheit nutzen und das erste Halbjahr resümieren und Sie auf das nächste Halbjahr marketingtechnisch optimal vorbereiten.

Sicher haben Sie schon bemerkt, dass der Juli im Marketingplan keine eingetragenen Termine hat. Diese Tatsache ist nicht etwa böse Absicht oder Vergesslichkeit, sondern saisonbedingt. In den Sommermonaten Juli und August ist Urlaubszeit und viele Menschen verreisen. Das berühmte Sommerloch steht vor der Tür, an dem Veranstaltungen und Jahrestage eher selten sind.

Trotzdem ist dieser Umstand für Praxisinhaber noch lange kein Grund, die Hände in den Schoß zu legen und abzuwarten, bis die Patienten wieder aus dem Urlaub zurückkommen. Nutzen Sie Ihr persönliches Sommerloch für die Entwicklung von Marketingstrategien. Nehmen Sie sich noch einmal den Marketingplan vor. Auf der Rückseite finden Sie beim Thema „Werbe- und Kommunikationsziele identifizieren“, den Punkt „Sichtbarkeit herstellen“. Hier geht es darum, möglichst viele Menschen wissen zu lassen, dass es Ihre Praxis mit Ihrem Leistungsangebot gibt.

Internet immer wichtiger

Die Entscheidungen von Patienten im Gesundheitswesen basieren zu 70 Prozent auf Empfehlungen. Zudem spielt das Internet eine immer wichtigere Rolle. Laut einer ARD/ZDF Onlinestudie nutzten 2008 noch 42,7 Millionen Deutsche das Internet (65,8 Prozent). Im Jahr 2009 waren es bereits 43,5 Millionen Nutzer, das sind 67,1 Prozent. Die höchste Internetverbreitung findet man in der Gruppe der 14 bis 29-Jährigen mit 96 Prozent. In der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen nutzen 85 Prozent das Internet, die 50 bis 59-Jährigen 67 Prozent und in der Gruppe der 60-Jährigen und älter surfen 26,7 Prozent im Netz. Das größte Wachstumspotential wird bei der Gruppe der über 60-Jährigen erwartet. Da lohnt es sich für Praxisinhaber, sich im Internet finden zu lassen. Das kann man zum Beispiel mit einer eigenen Homepage, mit einem Blog oder auch mit einem Eintrag bei Google Maps machen. Google Maps ist ein Dienst von Google Inc., mit dem Orte, Hotels und Unternehmen gesucht werden können. Hier können Praxisinhaber einen kostenlosen Eintrag erstellen und ihre Praxis sogar mit Fotos darstellen. Gibt man zum Beispiel in Googel Maps „Krankengymnastik Köln“ ein, erhält man einen Überblick über die verzeichneten Praxen. Dazu können User die Praxis beurteilen, so dass zukünftige Patienten sich durch eine „Internet Mundpropaganda“ für eine Praxis entscheiden können. Ein Eintrag lohnt sich also in jedem Fall. Wie genau das funktioniert, haben wir für Sie auf den nächsten Seiten Schritt für Schritt beschrieben.

Auch für die zweite Zielebene bei den Werbe- und Kommunikationszielen eignet sich die Sommerzeit perfekt für Aktivitäten. Zu dem Punkt „Glaubwürdigkeit und Vertrauen zu etablieren“ fällt auch das Erscheinungsbild Ihrer Praxis. Welche Jahreszeit eignet sich besser, als der Hochsommer, um zu renovieren? Überlegen Sie, wie man Glaubwürdigkeit und Vertrauen räumlich herstellen kann. Nutzen Sie gezielt Farben als Gestaltungselement für Ihre Praxis.

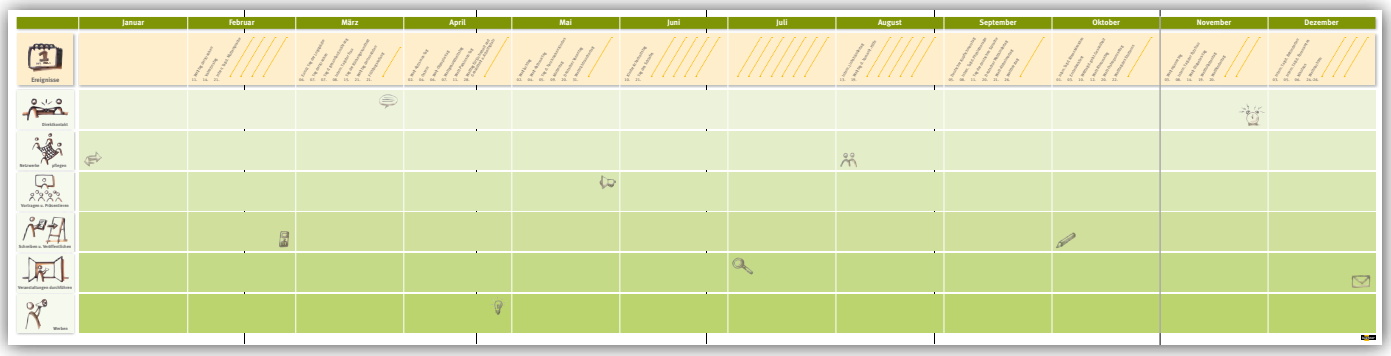
Die dritte Zielebene der Werbe- und Kommunikationsziele heißt Abschlüsse machen. Da bietet es sich an, eine Veranstaltung zu organisieren, wie etwa einen Tag der offenen Tür. Die Zeit für die Planung finden Praxisinhaber während der täglichen Arbeit nur schwer. Nutzen Sie deshalb die Sommerpause, um eine solche Veranstaltung von A bis Z durchzuplanen.

Suchen Sie im Marketingplan nach einem geeigneten Termin für Ihre Praxis, überlegen Sie sich, was genau Sie für eine Veranstaltung durchführen möchten und was Sie für die Umsetzung benötigen. Machen Sie einen Zeitplan für die Umsetzung: wann muss ein Zelt für das Sommerfest besorgt werden, wann fange ich mit der Werbung an, welche Kooperationspartner kann ich frühzeitig ansprechen und sie für meine Idee begeistern? Halten Sie alles schriftlich fest. *(ko/bu)*

In der nächsten Ausgabe von up finden Sie eine ultimative Veranstaltungs-organisations-Checkliste für Ihre Veranstaltungen.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.



Sie haben Ihren Plan verloren? Kein Problem, einfach die praxiswissen 24-Hotline anrufen (0 800/94 77 360) und Sie bekommen ein weiteres Exemplar zugeschickt.

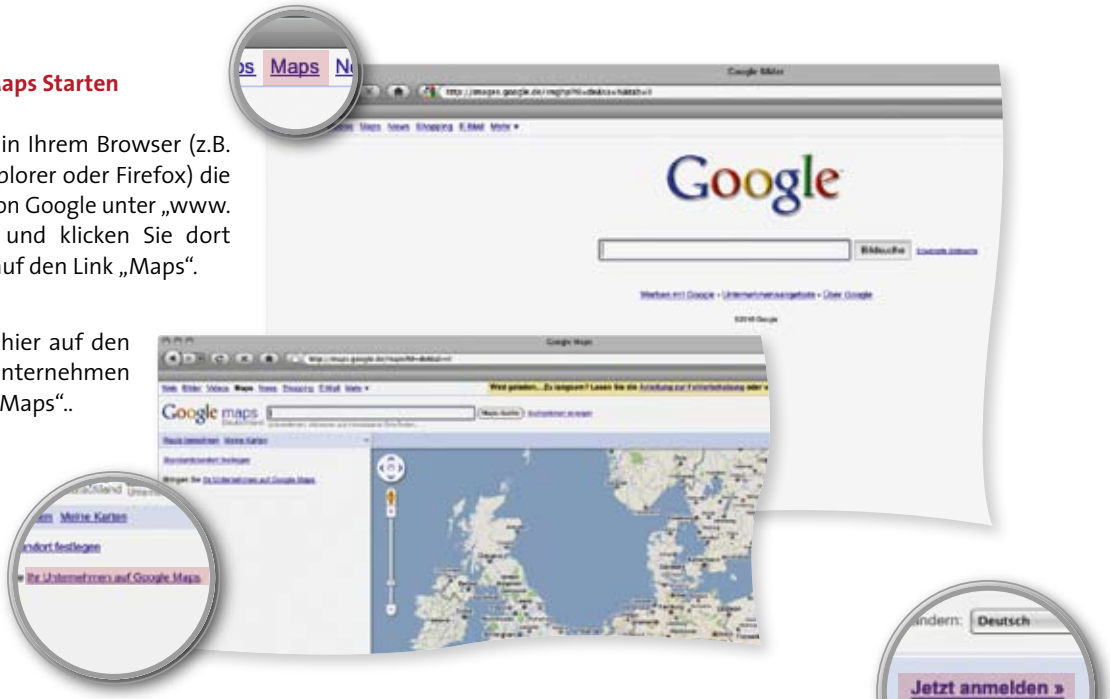
Anleitung Google Maps

Wie Sie sich im Internet finden lassen

1. Google Maps Starten

Öffnen Sie in Ihrem Browser (z.B. Internet Explorer oder Firefox) die Startseite von Google unter „www.google.de“ und klicken Sie dort links oben auf den Link „Maps“.

Klicken Sie hier auf den Link „Ihr Unternehmen auf Google Maps“..



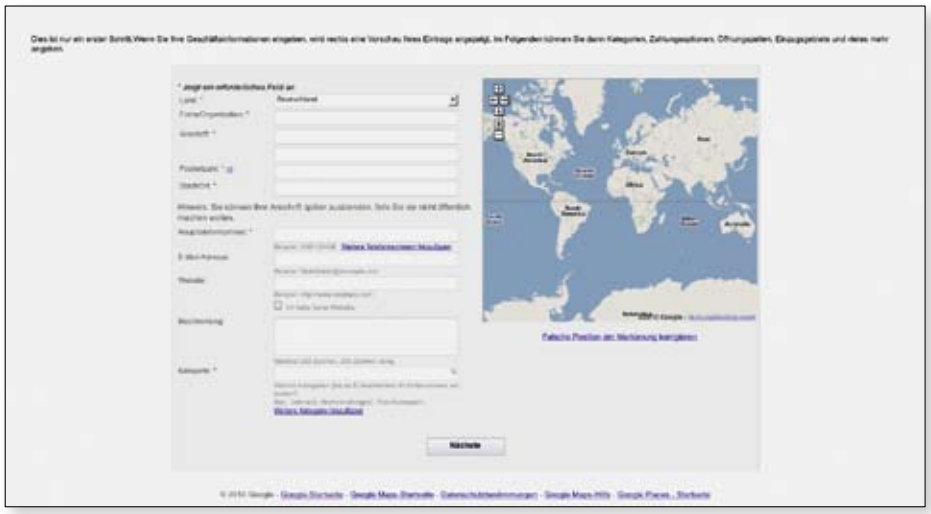
2. Google Konto einrichten

Wenn Sie bereits über ein Google Konto verfügen, geben Sie bitte auf folgender Seite Ihre Login-Daten ein und lesen Sie unter „Neuen Brancheneintrag anlegen“ weiter. Wenn Sie noch kein Google Konto besitzen, klicken Sie bitte auf den Link „Legen Sie jetzt ein Konto an“.

Tragen Sie im folgenden Formular Ihre E-Mail-Adresse und ein Passwort ein.

Wählen Sie Ihren Standort aus und tragen Sie den Code mit der blauen geschwungenen Schrift in das darunter liegende Feld ein.

Wenn Sie die allgemeinen Nutzungsbedingungen gelesen haben, klicken Sie bitte auf „Akzeptieren. Mein Konto einrichten“.



3. Neuen Brancheneintrag anlegen

Wenn Sie sich ein neues Konto angelegt haben oder sich das erste Mal einloggen werden Sie direkt auf das abgebildete Formular weitergeleitet. Hier können Sie Ihre Praxis eintragen.

Tragen Sie nun Ihre Praxisdaten ein. Nutzen Sie, wenn Sie über eine eigene Internetseite verfügen, auch die Möglichkeit diese und eine Beschreibung Ihrer Praxis einzutragen.

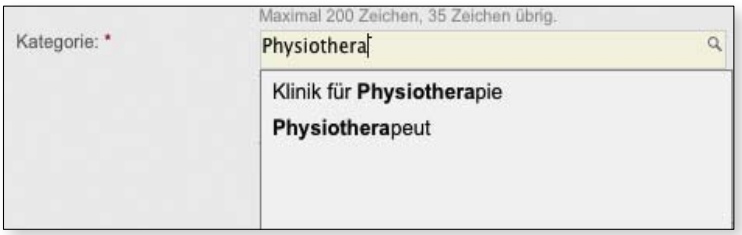
Tipp: Halten Sie die Beschreibung so treffend und knapp wie möglich, doch stellen Sie Besonderheiten Ihrer Praxis heraus, wie z.B. spezielle Therapieangebote.

i Achtung

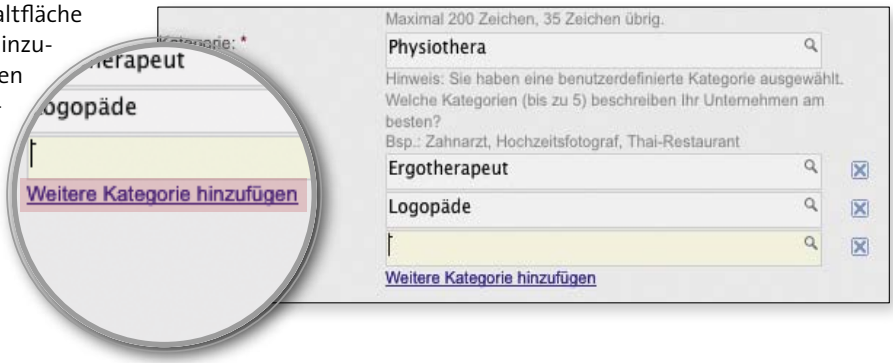
Die Telefonnummer wird später noch zum Aktivieren Ihrers Eintrages benötigt. Tragen Sie deshalb möglichst eine Nummer ein, unter der Sie auch zu erreichen sind.

Ordnen Sie Ihre Praxis einer oder mehrerer Kategorien zu. Diese Kategorien sollten Ihre Praxis und Ihr Tätigkeitsfeld so treffend wie möglich charakterisieren.

Häufig werden Ihnen bei der Eingabe bereits Vorschläge gemacht. Sie müssen jedoch nicht zwingend einen dieser Vorschläge wählen.



Indem Sie auf die Schaltfläche „Weitere Kategorie hinzufügen“ klicken, können Sie bis zu fünf Kategorien anlegen.

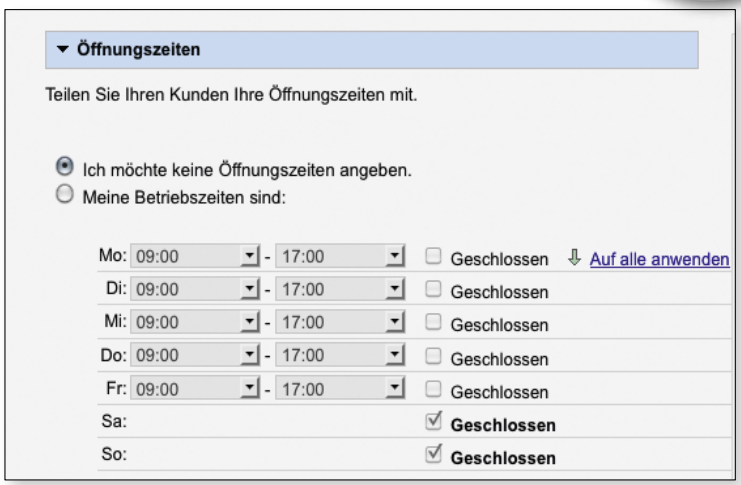


Im folgenden führt Google einige vergleichbare Einträge auf. Wenn Ihre Praxis nicht bereits bei Google Maps eingetragen ist, klicken Sie auf „Auflistung hinzufügen“.

Auf der Karte ist bereits der Standort Ihrer Praxis (in grün) eingezeichnet.

4. Weitere Informationen eintragen

Nachdem Sie die Kerndaten Ihrer Praxis bestätigt haben, können Sie noch weitere Einträge vornehmen. Hier haben Sie z. B. die Möglichkeit, Öffnungszeiten einzutragen.

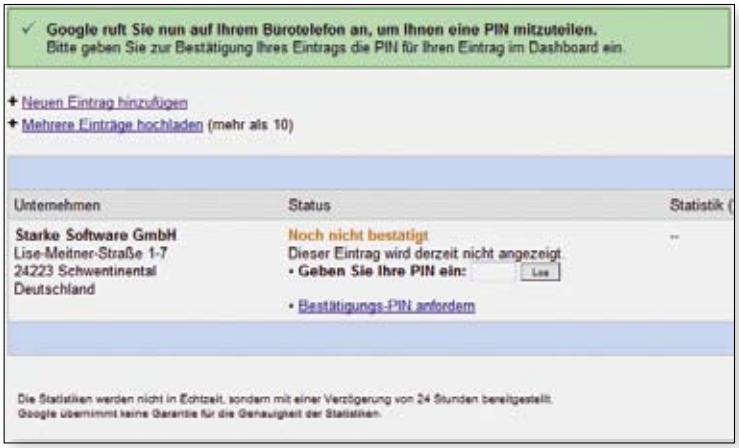


Außerdem können Sie hier auch Fotos hochladen. Z. B. kann ein Foto Ihrer Praxis Neukunden helfen, diese besser zu finden oder das Bild ansprechender Praxisräume die Praxiswahl zu Ihren Gunsten entscheiden.

5. Eintrag aktivieren

Um die Korrektheit Ihrer Angaben zu prüfen, verlangt Google noch die Aktivierung Ihres Eintrages. Dazu erhalten Sie eine PIN-Nummer, mit der Sie Ihren Eintrag freischalten.

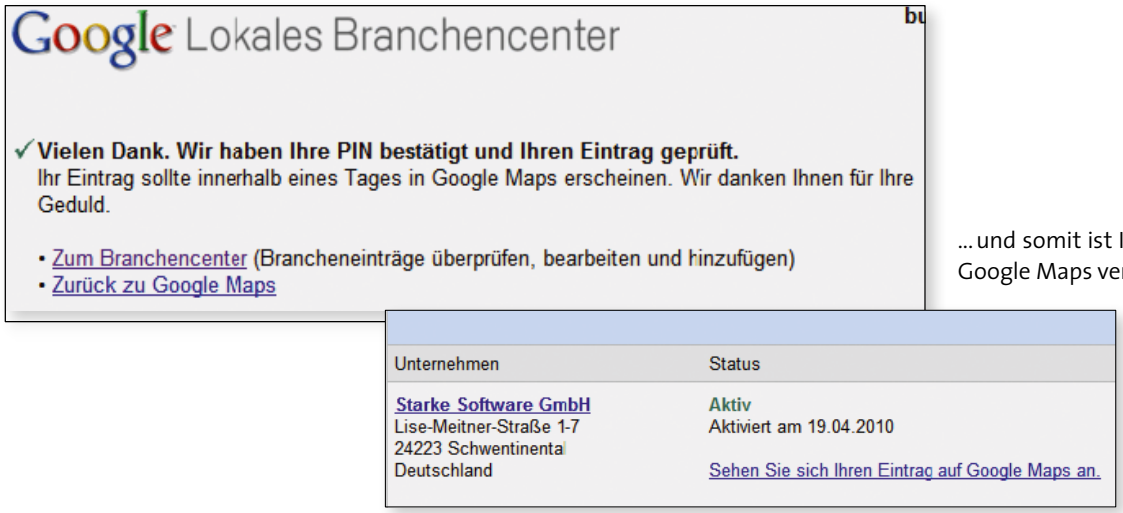
Sie können sich entscheiden, auf welchem Wege Sie diese PIN-Nummer zugesendet haben möchten.



Bei einer Bestätigung per Telefon bzw. SMS wird automatisch auf die von Ihnen angegebenen Daten zurückgegriffen.

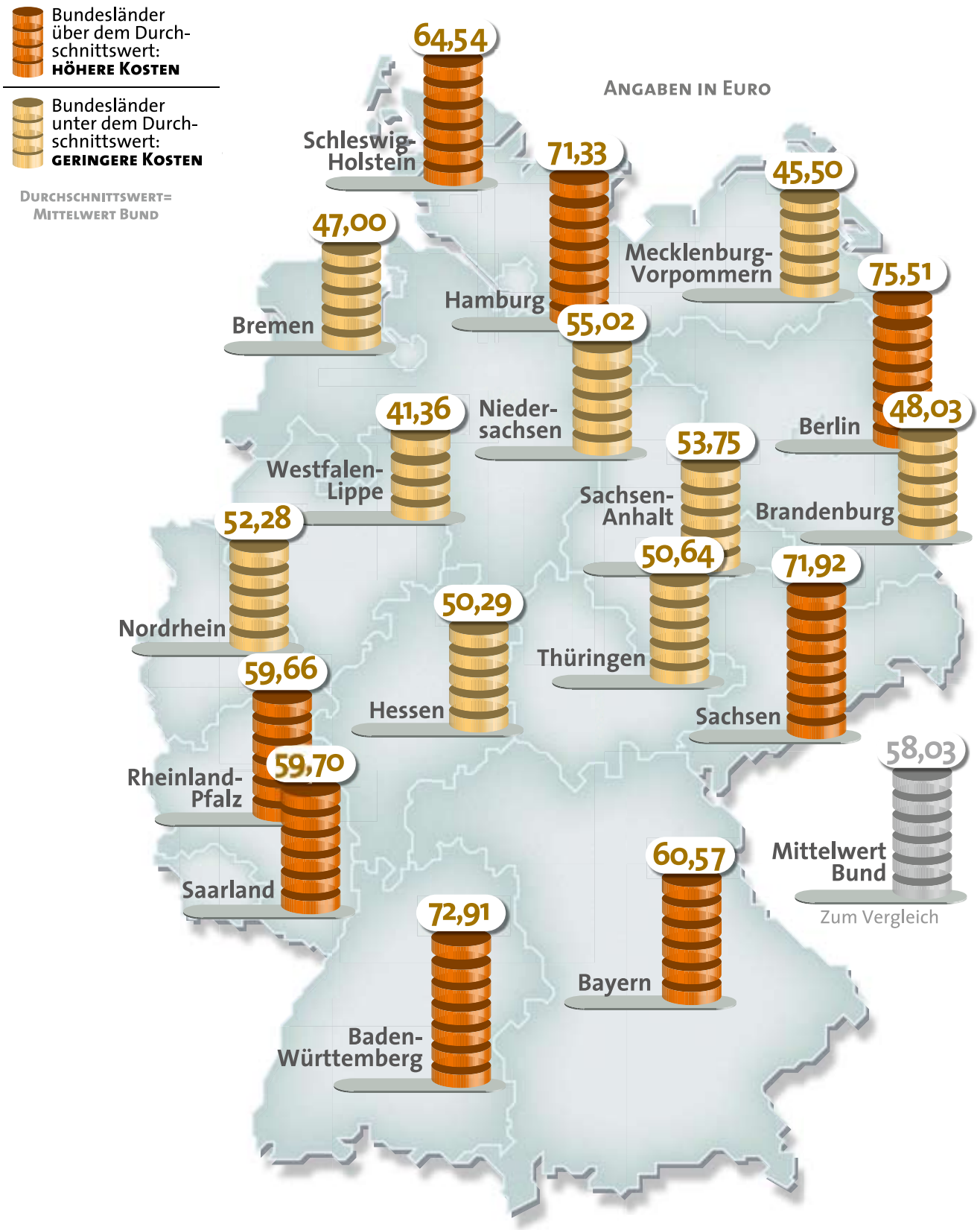
Sie erhalten, auf dem von Ihnen gewähltem Weg, eine PIN-Nummer, die Sie in dem Feld hinter Ihrem Eintrag eintippen.

Die Eingabe der PIN wird bestätigt...



... und somit ist Ihr Eintrag auf Google Maps veröffentlicht.

Heilmittelkosten regional weiterhin mit großen Unterschieden



Stand: 19. März 2010 Quelle: www.gkv-his.de

©unternehmen praxis / infografik.biz

Krankenkassen veröffentlichen Zahlen für 2009

2,2 Prozent mehr Heilmittelausgaben

78 Millionen Euro hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2009 mehr für Heilmittel ausgegeben als im Vorjahr. Das entspricht einem prozentualen Zuwachs von 2,2 Prozent. Nur in Bayern und Niedersachsen sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen.

Nimmt man den Zuwachs der gesamten Ausgaben der GKV für Heilmittel als Maßstab, dann heißen die Gewinner für 2009 Hamburg (+7,6%), Thüringen (+7,2%), Berlin (+7,1%) und Westfalen-Lippe (+6,9%). Klare Verlierer sind Niedersachsen (-4,2%) und Bayern (-3,7%).

Der Umsatzrückgang in Niedersachsen führt immerhin dazu, dass Ärzte in Niedersachsen keinerlei Angst vor Heilmittelregressen haben müssen, weil die Kassen sich vertraglich verpflichtet haben, bei einem Rückgang der Heilmittelausgaben von drei Prozent auf Heilmittelregresse auch rückwirkend für 2008 zu verzichten.

Baden-Württemberg nicht mehr Umsatzkönig

Die oben genannten Zahlen relativieren sich allerdings, wenn man die Heilmittelausgaben ins Verhältnis zu der Anzahl der Versicherten setzt. Die offizielle Kennzahl dafür lautet „Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte“ und erlaubt einen Vergleich der Verordnungspraxis der verschiedenen KVen.

Die Bandbreite dieses Wertes sorgt regelmäßig für Irritation. Während in Westfalen-Lippe lediglich 41.355 Euro für die Heilmittelversorgung ausgegeben werden, belaufen sich die Heilmittelausgaben in Berlin auf 75.506 Euro. Das ist fast doppelt so viel. Damit hat Berlin jetzt erstmals Baden-Württemberg als „Umsatzkönig“ abgelöst.

Solche Unterschiede haben sich über Jahrzehnte entwickelt und können zum Beispiel damit erklärt werden, dass traditionell „teure“ KV-Gebiete oft auch auf eine ausgeprägte Bäder- und Kurgeschichte zurückblicken können (Baden-Württemberg, Bayern).

Wie werden Unterschiede angeglichen?

Unterschiedliche Ausgaben bedeuten auch unterschiedliche Versorgung. Das ist nicht im Sinne der Patienten und deswegen arbeiten die Politik und die Krankenkassen daran, die Heilmittelausgaben in Richtung auf ein bundesweit ähnliches Niveau zu steuern.

Dabei gibt es zwei Richtungen: Kostenträger argumentieren, dass der niedrigste Wert offensichtlich ausreichend ist und versuchen die Heilmittelausgaben auf den Wert von Westfalen-Lippe zu drücken. Leistungserbringer (Therapeuten, aber auch Ärzte) argumentieren, dass der realistische Wert eher am oberen Ende der Skala zu finden ist und können ihre Argumente beispielsweise durch den Heilmittelkatalog auch gut untermauern. So hat die KV Westfalen-Lippe in 2009 ihre Ärzte ausdrücklich dazu aufgefordert, mehr Heilmittel zu verordnen .

Vor diesem Hintergrund ist der wirklich interessante Wert der GKV-HIS Zahlen die Veränderung der Heilmittelausgaben je 1.000 Einwohner. Die Frage lautet: Holt Westfalen-Lippe auf? Die Antwort für 2009 ist ein klares Ja. Mit einem Wachstum von 6,9% gelingt es den Lippischen Ärzten erstmals die 40.000 Euro Grenze zu überschreiten – das ist eine echte Kehrtwende von der Entwicklung der letzten vier Jahre.

Die Gewinn in der Rubrik Ausgabenveränderungen je 1.000 Versicherte lauten für 2009: Hamburg (+8,1%), Thüringen (+7,2%) und Westfalen-Lippe (+6,9%). Die Verlierer in dieser Disziplin kennen wir schon von den absoluten Werten: Bayern (-3,8%), Niedersachsen (-0,3%) und Baden-Württemberg (+1,0%). Am Beispiel von Bayern kann man gut erkennen, wie wichtig es ist, ob über die Summe der Heilmittelausgaben einer KV (-0,4%) oder über die Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte (-3,7%) berichtet wird. *(bu)*

Service: praxiswissen24-Kunden können bei der Hotline die für sie relevanten Daten abrufen. Bei Unsicherheit, welche Daten für die Arztkommunikation sinnvoller sind, beraten wir Sie gern.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Ganz konkret: Für die Kommunikation mit den verordnenden Ärzten ist es vollkommen legitim, den aus Sicht der Ärzte „besseren“ Wert zu nutzen. Im Beispiel Bayern würde man sich für -3,7% entscheiden.

kurz & knapp

Mehrsprachige Datenbank für Migranten +++ Unter www.geminie-online.de (Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen) ist in Niedersachsen eine Online-Datenbank für Migranten gestartet worden. Im Internet können Zuwanderer jetzt gezielt nach Kliniken, Ärzten und anderen Therapeuten mit bestimmten Sprachkenntnissen suchen.

Mit dieser Datenbank, so erklärte der niedersächsische Integrationsminister Uwe Schünemann in einer Pressemitteilung, werde Migrantinnen und Migranten erstmals für ein großes Bundesland eine gezielte Recherchemöglichkeit nach Gesundheitsdienstleistern vor Ort mit speziellen interkulturellen Kompetenzen beziehungsweise Sprachkompetenzen geboten. „Künftig kann ein älterer türkischstämmiger Mitbürger den Pflegedienst oder die junge Familie mit Migrationshintergrund eine Schwangerschaftsberatung mit entsprechendem interkulturellem Angebot in der Nähe finden.“ Auch Heilmittelpraxen können sich in der Datenbank eintragen lassen. *(ks)*

82 Millionen ungenutztes Heilmittelbudget in 2009

Mehr als 82 Millionen Euro sind trotz eines vereinbarten Heilmittelbudgets in Deutschland nicht verordnet worden. Das ist das Ergebnis der gerade veröffentlichten Daten zur Ausgabenentwicklung des Heilmittelbereichs. Demnach wurde in neun von 16 KVen das Heilmittelausgabenvolumen zum Teil erheblich unterschritten.

Das Heilmittelinformationssystem der GKV hat Mitte März die aktuellen Verordnungsdaten für das Jahr 2009 veröffentlicht. Stellt man die Ausgaben der Kassen (GKV) den in den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vereinbarten Heilmittelausgabenvolumen gegenüber, kann man erkennen, wie viel geplante Heilmittelausgaben nicht genutzt wurden. Spitzenreiter ist wie schon in den Vorjahren die KV Bremen, in deren Einzugsbereich 18,7 Prozent des Heilmittelausgabenvolumens von den Ärzten nicht verordnet wurde. Es folgen Schleswig-Holstein (-7,8%), Westfalen-Lippe (-6%), Hessen (-5,2%), Nordrhein (-4,5%), Niedersachsen (-3,3%), Saarland (-2,7%), Mecklenburg-Vorpommern (-2,2%) und Bayern (-0,4%).

Rechnet man die Differenz zwischen tatsächlichen und geplanten Ausgaben von allen oben genannten KVen zusammen, dann kommt man auf den überraschend hohen Betrag von mehr als 82 Millionen Euro, die die Ärzte hätten verschreiben können, es aber aus Angst vor individuellen Regressen nicht getan haben.

Dafür haben andere KVen deutlich mehr ausgegeben als geplant. Hamburg (+27,5%), Berlin (+22,1%), Sachsen-Anhalt (+21%) und Thüringen (+12,8%) sind die wirklichen Ausreißer nach oben. Baden-Württemberg (+5,2%), Sachsen (+2%), Brandenburg (+1,4%) und Rheinland-Pfalz (+0,5%) haben dagegen nur leichte Überschreitungen zu vermelden.

Verrechnet man die Unter- und Überschreitungen des Heilmittelausgabenvolums auf Bundesebene, liegen die Heilmittelausgaben insgesamt rund 35 Millionen Euro über den vereinbarten Plänen. Das entspricht ziemlich genau einer Überschreitung der Heilmittelbudgets um lediglich 1 Prozent.

Ganz konkret: Praxisinhaber, die ihre Praxis in einem KV Gebiet mit Unterschreitungen haben, sollten ihre Ärzte schnellstmöglich über die Datenlage informieren. Erfahrungsgemäß informieren die KVen ihre Mitglieder meist mit deutlicher Verzögerung. Deshalb können Therapeuten hier doppelt auftrumpfen: Aktuelle und gute Nachrichten! *(bu)*

Nutzung des Heilmittelausgabenvolumens 2009

- nicht regressgefährdet
- leicht regressgefährdet
- erheblich regressgefährdet

Kassenärztliche Vereinigung	PLAN 2009	IST 2009	Abweichung %
Bremen	29.398.927	23.889.000	-18,7%
Schleswig-Holstein	152.430.213	140.600.000	-7,8%
Westfalen-Lippe	296.876.000	279.040.000	-6,0%
Hessen	242.100.332	229.623.000	-5,2%
Nordrhein	404.000.000	385.969.000	-4,5%
Niedersachsen	354.768.912	343.157.000	-3,3%
Saarland	49.273.491	47.933.000	-2,7%
Mecklenburg-Vorpommern	62.632.174	61.253.000	-2,2%
Bayern	560.900.000	558.545.000	-0,4%
Rheinland-Pfalz	183.720.535	184.632.000	0,5%
Brandenburg	94.475.500	95.825.000	1,4%
Sachsen	241.717.600	246.507.000	2,0%
Baden-Württemberg	553.294.000	581.972.000	5,2%
Thüringen	83.135.684	93.753.000	12,8%
Sachsen-Anhalt	87.583.147	105.939.000	21,0%
Berlin	152.480.679	186.115.000	22,1%
Hamburg	71.618.335	91.316.000	27,5%
Bund	3.620.405.529	3.656.068.000	1,0%

© Buchner & Partner GmbH

Heilmittelvereinbarung 2010 für Sachsen vereinbart

Bei Logopädie soll gespart werden

248 Millionen Euro Heilmittelausgabenvolumen haben die KV Sachsen und die Landesverbände der GKV jetzt für das Bundesland Sachsen vereinbart. Rund 0,6 Prozent mehr Geld für Heilmittel steht 2010 zur Verfügung als noch in 2009. In der Richtgrößenvereinbarung werden die Ärzte aufgefordert, weniger Logopädie zu verschreiben.

Die Richtgrößen sind schon länger bekannt (wir berichteten). In der ebenfalls veröffentlichten Prüfvereinbarung finden sächsische Ärzte alles, um sich vor Heilmittelregressen zu schützen. Vergleicht man das jetzt vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen für das Jahr 2010 (248 Mill.) mit den kürzlich veröffentlichten Ist-Heilmittelausgaben der KV Sachsen im Jahr 2009 (247 Mill.), müssten die sächsischen Ärzte sich in diesem Jahr genau so verhalten wie in 2009, um nicht in Regressgefahr zu geraten. Denn immerhin steht 2010 rund 0,6 Prozent mehr Geld für Heilmittel zur Verfügung als 2009.

Weniger Behandlungseinheiten für Logopäden

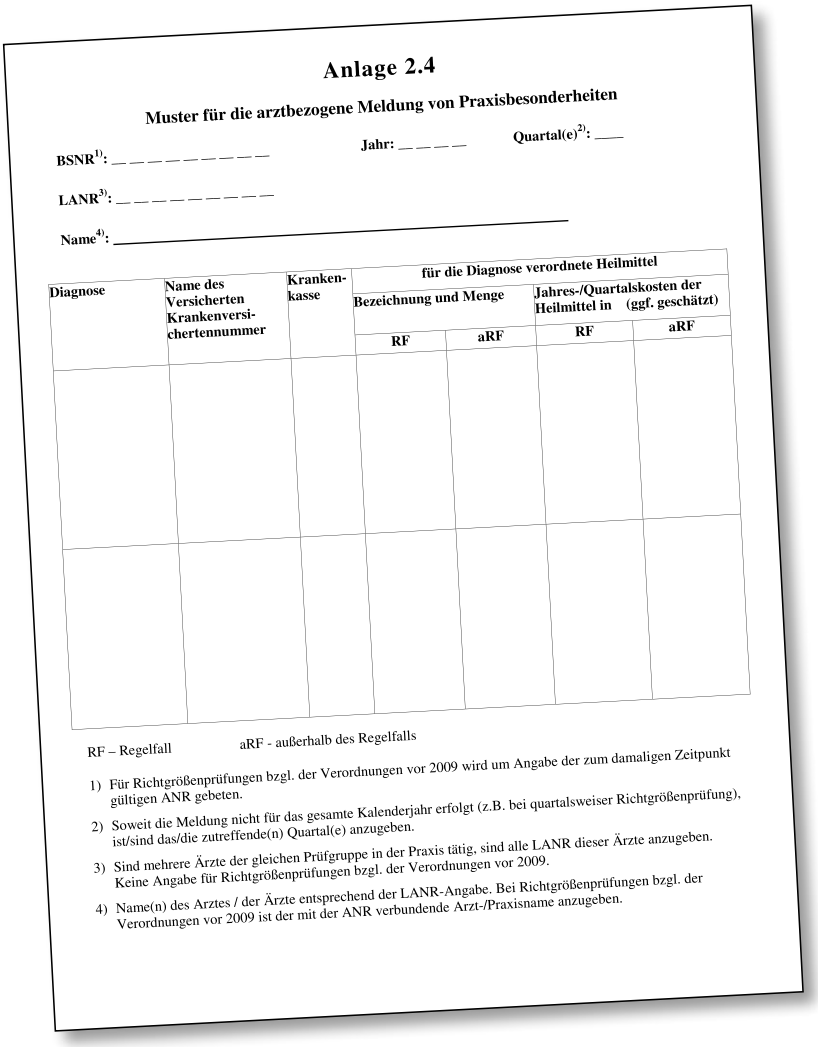
Logopäden müssen damit rechnen, dass künftig weniger Behandlungseinheiten auf dem Verordnungsblatt stehen. Denn in der Heilmittelvereinbarung findet man unter der Überschrift „Zielvereinbarung" den folgenden Text: „Zum Erreichen der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsreserven gehen die Vertragspartner davon aus, dass im Jahr 2010 im Bereich Logopädie (Einzelbehandlung 45 min.) die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung von 9,9 (Sachsen 2008) schrittweise in Richtung Bundesdurchschnitt auf 9,7 gesenkt werden."

Gut für Ärzte und damit auch für Therapeuten sind die Prüfvereinbarungen zwischen Kassen und KV Sachsen. Dort werden sowohl Vorabpraxisbesonderheiten festgelegt als auch eine Möglichkeit geschaffen, dass verordnende Ärzte individuelle Praxisbesonderheiten im Vorwege bei der KV melden können. Dazu findet sich in der Prüfungsvereinbarung sogar ein praktischer Vordruck.

Praxisbesonderheiten für alle drei Fachgebiete

Die wichtigen Informationen finden Praxisinhaber in der Anlage 2 der sächsischen Prüfungsvereinbarung. Dort heißt es in § 5: „(1) Kosten für verordnete Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in Verträgen vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, werden bei den Prüfungen von den Verordnungskosten abgezogen. (2) Dazu gelten auch die Verordnungskosten für die in Anlage 2.1 aufgeführten Indikationsgebiete..." In dieser Anlage 2.1 werden für alle drei Fachgebiete (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie) Praxisbesonderheiten benannt. Interessant ist, dass hier ausdrücklich Teilnehmer eines IV-Vertrages und köperbehinderte Kinder und Jugendliche an Förderschulen benannt werden. Für arztindividuelle Praxisbesonderheiten gilt: „(3) Weitere Praxisbesonderheiten einschließlich des damit verbundenen abzusetzenden Verordnungsvolumens ermittelt die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss auf Antrag des Leistungserbringers [Arzt]. Dabei soll der Leistungserbringer [Arzt] grundsätzlich das in der Anlage 2.4 vereinbarte Formular verwenden." *(bu)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.



Anlage 2.4

Muster für die arztbezogene Meldung von Praxisbesonderheiten

BSNR[1]: _ _ _ _ _ _ _ _ _ Jahr: _ _ _ _ Quartal(e)[2]: ___

LANR[3]: _ _ _ _ _ _ _ _ _

Name[4]: _____

Diagnose	Name des Versicherten Krankenversichertennummer	Krankenkasse	für die Diagnose verordnete Heilmittel			
			Bezeichnung und Menge		Jahres-/Quartalskosten der Heilmittel in (ggf. geschätzt)	
			RF	aRF	RF	aRF

RF – Regelfall aRF - außerhalb des Regelfalls

1) Für Richtgrößenprüfungen bzgl. der Verordnungen vor 2009 wird um Angabe der zum damaligen Zeitpunkt gültigen ANR gebeten.

2) Soweit die Meldung nicht für das gesamte Kalenderjahr erfolgt (z.B. bei quartalsweiser Richtgrößenprüfung), ist/sind das/die zutreffende(n) Quartal(e) anzugeben.

3) Sind mehrere Ärzte der gleichen Prüfgruppe in der Praxis tätig, sind alle LANR dieser Ärzte anzugeben. Keine Angabe für Richtgrößenprüfungen bzgl. der Verordnungen vor 2009.

4) Name(n) des Arztes / der Ärzte entsprechend der LANR-Angabe. Bei Richtgrößenprüfungen bzgl. der Verordnungen vor 2009 ist der mit der ANR verbundende Arzt-/Praxisname anzugeben.

Ganz konkret: In Sachsen müssen alle Ärzte darüber informiert werden, dass das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen für 2010 größer ist, als die in 2009 veranlassten Ausgaben. Außerdem könnte man noch einmal darauf aufmerksam machen, dass die arztindividuellen Richtgrößen seit Anfang des Jahres immerhin um 2,5 Prozent höher liegen als in 2009. Es lohnt sich, Ärzte auf die geänderte Prüfvereinbarung aufmerksam zu machen. Die Anlage 2.4 zur Meldung von Praxisbesonderheiten muss dem Arzt ebenso vorliegen, wie die in Anlage 2.1 festgelegten Indikationsgebiete zur Berücksichtigung bei Richtgrößenprüfungen.

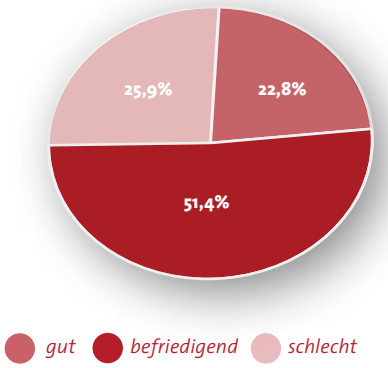
Service:
Die aktuelle Heilmittelvereinbarung und die gültige Prüfvereinbarung können Sie wie immer an der praxiswissen24 – Hotline abrufen. Im Internet finden Sie diese Unterlagen zum Download auf www.heilmittel-regress.de oder bei der KV Sachsen.

Medizinklimaindex

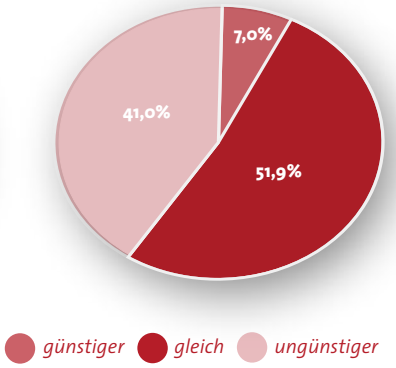
Jammern auf hohem Niveau

Die Stimmung unter niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten ist wieder einmal im Keller, wie eine aktuelle Umfrage zeigt.

Der Medizinklimaindex (MKI) erhebt alle sechs Monate die Stimmung zur wirtschaftlichen Lage in der ambulanten Medizin. Damit will die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (GGMA) im Auftrag der Hamburger Stiftung Gesundheit analog zum Geschäftsklimaindex einen Indikator für die aktuelle wirtschaftliche Lage in der Branche schaffen.



Einschätzung der wirtschaftlichen Lage
Die Mehrheit (51,4 Prozent) der Ärzte, Zahnärzte und psychologischen Psychotherapeuten sieht ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als befriedigend an. 22,8 Prozent schätzen ihre wirtschaftliche Situation positiv ein; 25,9 Prozent als schlecht.



Erwartungen für die nächsten sechs Monate
51,9 Prozent der Befragten erwarten keine Veränderung der wirtschaftlichen Lage. 41 Prozent vermuten, dass sie sich verschlechtern wird. 7,2 Prozent rechnen mit einer wirtschaftlichen Verbesserung.

Nach den aktuellen Werten scheint trotz der gerade erfolgreich durchgefochtenen Honorarreform für die Ärzte weiterhin schlechte Stimmung zu herrschen – der Wert liegt bei minus 18,5 und zeigt sich damit im Vergleich zum Herbst 2009 (-21,7) und zum Frühjahr 2009 (-36,7) nur leicht verbessert.

Ihre aktuelle wirtschaftliche Lage schätzen zwar 22,8 Prozent der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und psychologischen Psychotherapeuten positiv ein und 51,4 Prozent als zufrieden stellend, aber 25,9 Prozent auch als schlecht. Und: 41 Prozent erwarten, dass sich ihre wirtschaftliche Lage im nächsten Halbjahr verschlechtern wird. Nur 7,2 Prozent rechnen mit einer Verbesserung.

Deutlich wird auch, dass Ärzte pessimistischer sind als Zahnärzte und Psychotherapeuten – der MKI nur für Ärzte liegt sogar bei -23,4. Die Zahnärzte dagegen bewerten die Lage deutlich positiver als zuvor (aktuell minus 3,8). Für die Psychotherapeuten liegt der Index bei minus 2,3.

Ein Erklärungsansatz ist die Tendenz der niedergelassenen Ärzte, selbst eine Reform mit Honorarzuwächsen als Misserfolg zu werten. Hinzu kommen Befürchtungen, dass Konzerne zunehmend in den ambulanten Bereich drängen und damit die Praxen in ihrer Existenz bedrohen.

Seit Beginn der Erhebung im Jahr 2006 war der MKI stets im negativen Bereich. Auch die Stimmung in anderen Branchen ist derzeit zwar trübe, erreicht aber nicht so hohe Negativwerte wie in der ambulanten Medizin. *(di)*

Homöopathie auf Krankenschein nicht für Heilpraktiker

Homöopathie wird immer beliebter: Nach einer Umfrage des Forschungsinstitutes Allensbach habe jeder Zweite in Deutschland schon homöopathische Arzneimittel verwendet, und jeder Vierte sei von deren Wirkung überzeugt. Mehr als 100 Krankenkassen zahlen für Homöopathie – aber nur beim Arzt, Heilpraktiker müssen die Patienten weiterhin selbst zahlen.

Immer mehr Krankenkassen haben auf die Vorlieben ihrer Versicherten reagiert und mit dem DZVhÄ Verträge zur homöopathischen Versorgung abgeschlossen. So gibt es inzwischen in Deutschland mehr als 100 gesetzliche Krankenkassen, die die Kosten für homöopathische Behandlungen übernehmen. In einem Gespräch mit der Ärztezeitung forderte der Vorstandsvorsitzende des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) Curt Kösters: „Experten besonderer Therapieeinrichtungen müssen beim Gemeinsamen Bundesausschuss aufgenommen werden“. Grundidee der Integrierten Versorgung (IV) sei eine bessere Vernetzung all derer, die am Heilungsprozess beteiligt seien. Wichtigster Aspekt des IV-Tarifs mit Homöopathie sei die Übernahme der Kosten für die Erstanamnese sowie weitere Folgegespräche, maximal fünfmal pro Quartal. Der Versicherte muss keinen Cent aus der eigenen Tasche zahlen, allerdings werden die homöopathischen Arzneimittel nicht übernommen.

Keine Kostenübernahme von Heilpraktikern

Einzige Bedingung für die Kostenübernahme: Der Arzt muss die Zusatzbezeichnung Homöopathie/Homöopathie-Diplom des DZVhÄ vorweisen. Die homöopathische Behandlung durch einen Heilpraktiker werde ausgeschlossen, hieß es auf Anfrage bei den Krankenkassen. Heilpraktiker stünden nicht im Leistungskatalog, meinte die Techniker Krankenkasse. Ihre Versicherten könnten aber bundesweit ohne Mehrkosten einen von etwa 1.100 niedergelassenen homöopathischen Ärzten aufsuchen. Und auch bei der DAK erhalten nur Ärzte eine Grundpauschale für homöopathische Behandlungen, meinte eine Sprecherin der Kasse. *(ks)*

DAK verbreitet Fehlinformationen

Müssen Zahnärzte gemäß Heilmittelkatalog verordnen? Ja, sagt die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) und hat angekündigt, Heilmittelverordnungen auf Muster 16 nicht mehr bezahlen zu wollen. Das ist falsch, bestätigte auf unsere Nachfrage die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Nutzen Sie unseren Musterbrief, um bei Rechnungskürzungen der DAK effektiv zu widersprechen und Zahnärzte korrekt zu informieren.

Richtig ist, dass Heilmittel von Zahnärzten nach wie vor auf Muster 16 verordnet und von Leistungserbringern abgerechnet werden können. Bei der Abrechnungsprüfung hätte man festgestellt, dass vom Zahnarzt ausgestellte Verordnungen über Heilmittel abgerechnet würden, die nicht den Heilmittel-Richtlinien (HMR) entsprächen, monierte die DAK in einem Schreiben. Deswegen würde man in Zukunft alle Verordnungen, die nicht HMR-konform ausgestellt seien, nicht mehr abrechnen.

Die DAK beruft sich dabei auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.10.2009, bei dem eine Mitwirkung der Heilmittelerbringer bei der formalen Kontrolle einer Verordnung festgestellt wurde.

Die KZBV informiert ihre Ärzte dagegen ganz anders. Im Rundschreiben der KZBV zur zahnärztlichen Verordnung von Heilmitteln (Sprachtherapie, Physiotherapie, myofunktionelle Therapie) heißt es eindeutig: „Die Verordnung sprach- und physiotherapeutischer Maßnahmen durch den Zahnarzt unterliegt nicht dem Regelungsbereich der Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Diese finden auf Zahnärzte und ihre Verordnungen keine Anwendung. In gleicher Weise gelten für Zahnärzte auch nicht die für den ärztlichen Bereich vereinbarten Verordnungsvordrucke. Der Zahnarzt verordnet die notwendigen Maßnahmen auf dem Vordruck Muster 16. Für den Ersatzkassenbereich kann die Verordnung auch formlos erfolgen."

In dem Rundschreiben wird sogar ausdrücklich gemahnt, der Zahnarzt dürfe „... den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z. B. einem HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst verordnet." *(bu)*

Service:
Praxisinhaber können das Rundschreiben der KZBV bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos anfordern. Praxisinhaber, die Probleme mit der DAK hinsichtlich der Abrechnung haben, können einen Muster-Widerspruch als Word-Datei ebenfalls bei der praxiswissen24-Hotline abfordern.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Heilmittelmarkt verändert sich langsam

Mehr Podologie als KG-Gerät

Der Heilmittelmarkt verändert sich – ganz langsam, aber doch wahrnehmbar. Nach den jetzt vorliegenden Zahlen des GKV-HIS sind Podologen die Gewinner, passive Leistungen wie Massage und Warmpackungen brechen ein. Und auch Ergotherapeuten verlieren klar.

In der Liste der 15 am häufigsten verordneten Heilmittel ist jetzt erstmals die Leistung „Podologische Komplexbehandlung" sowohl vom Bruttoumsatz als auch von der Anzahl verordneter Behandlungen stärker als KG-Geräte. Podologie wuchs von 2008 auf 2009 um fast 30 Prozent auf einen Umsatz von über 61 Millionen Euro, während die Position KG-Gerät nur um 2,7 Prozent zulegte und mit 52 Millionen Euro deutlich weniger Umsatz verbuchen konnte.

Verloren hat auch die Position Ergotherapeutische Einzelbehandlung und zwar sowohl beim Umsatz (-0,7%) als auch noch stärker bei der Anzahl der Behandlungseinheiten (-1,3). Ebenfalls verloren hat die Position „Klassische Massagetherapie" mit Umsatzrückgang (-9,1%) und Rückgang der verordneten Behandlungseinheiten (-9,7%). Die Verordnungen von Warmpackungen ist ebenfalls rückläufig und zwar um 7%.

Ob der Rückgang der Position „KG-ZNS-Kinder" bei Umsatz (-3,3%) und verordneter Behandlungseinheiten (-4,0%) auf übertriebene Sparsamkeit der Ärzte zurückzuführen ist oder ob hier Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung eine Rolle spielen, bedarf sicherlich einer weiteren Untersuchung. Wenn die Altersstruktur eine Rolle spielt, dann könnte damit auch der Umsatzrückgang bei den Ergotherapeuten erklärt werden. *(bu)*

Ganz konkret: Die vorliegenden Daten des GKV-HIS zeigen Markttrends auf, die man mit wenig Aufwand noch um zusätzliche Daten ergänzen kann. Die Frage, welche Rolle die sich entwickelnde Vergreisung der Bevölkerung für das Angebotsspektrum einer Heilmittelpraxis spielt, lässt sich mit Hilfe solcher Daten gut beantworten. Daraus können Praxisinhaber Schlüsse ziehen für zukünftige Fortbildungen, neue Angebote und die generelle Praxisplanung anhand von Fakten genauer machen.

Ärzte und Therapeuten am runden Tisch

Auf der 22. Sitzung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen in Berlin diskutierten Vertreter von 40 Berufsverbänden über den akuten Handlungsbedarf aufgrund der demographischen Entwicklung. Neben besseren Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Gesundheitsberufe wurden auch neue Konzepte der interprofessionellen Kommunikation vorgestellt. Konkretes Ergebnis: eine Fortbildungsreihe unter Beteiligung zahlreicher Berufsgruppen. Therapeuten können sich jetzt noch anmelden.

„Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht genügend Angehörige der Gesundheitsberufe, damit eine gute Patientenversorgung sichergestellt werden kann. Aber bereits heute bleiben in ländlichen Regionen Deutschlands Arztsitze unbesetzt, Krankenhausärzte fehlen, und in der pflegerischen Versorgung herrscht Personalknappheit bei gleichzeitig weiter steigender Arbeitsbelastung“, warnte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, in Berlin. Das teilte die Bundesärztekammer in einer Pressemitteilung mit. Weiterhin heißt es dort: „Dass aufgrund der demografischen Entwicklung akuter Handlungsbedarf besteht, bestätigten auf der Tagung Dr. Markus Heckmann vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg sowie Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth vom Robert-Koch-Institut in Berlin in zwei Fachvorträgen. Die Vertreter von 40 Berufsverbänden appellieren deshalb an die Politik, dringend die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Gesundheitsberufe sowie die Personalschlüssel zu verbessern, damit die Arbeitsplätze für Berufseinsteiger wieder attraktiver werden.

Die Gesundheitsberufe stellten aber auch klar, dass sie die Patientenversorgung durch die Entwicklung eigener Konzepte der interprofessionellen Kommunikation und der patientenorientierten Prozessorganisation optimieren wollen. Wichtige Vorarbeiten hierfür wurden in den vergangenen Monaten in verschiedenen berufsübergreifenden Arbeitsgruppen der Fachberufekonferenz geleistet. Dort wurden unter anderem Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Gesundheitsberufe unter den derzeitigen Rahmenbedingungen benannt. Dies soll dazu beitragen, die Schnittstellen- und Koordinationsprobleme in der Patientenversorgung im Sinne einer besseren Aufgabenverteilung im Konsens zu klären. Von besonderem Interesse waren dabei die Vorschläge für ein besseres Versorgungsmanagement im ambulanten und stationären Bereich sowie die Pläne für eine Internetplattform zur Berufsinformation von Berufsinteressenten sowie Auszubildenden und Schülern.

Begrüßt wurde auch die Initiative der Bundesärztekammer für eine interprofessionelle Fortbildungsreihe. Die neu konzipierte Reihe startete unter Beteiligung zahlreicher Berufsgruppen am 24. April 2010 in Berlin mit einer Veranstaltung zur Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten. Im Mittelpunkt standen dabei Fragen der multiprofessionellen Kooperation und Koordination im Versorgungsprozess. In diesem Zusammenhang kündigte die Bundesärztekammer die Erarbeitung eines interprofessionellen Curriculums zum Case Management noch in diesem Jahr an. Hieran sollen die Fachberufe ebenfalls beteiligt werden.“

Kontakt:
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
E-Mail: info@baek.de
www.baek.de

kurz & knapp

Aktuelle Ergebnisse zur Präventionsforschung +++ Und noch eine neue Internetplattform: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist im Rahmen der „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) ab sofort online. Auf der Seite www.knp-forschung.de können Therapeuten umfangreiche Ergebnisse der Präventionsforschung nachlesen.

Die vorgestellten Projekte reichen von Ernährung und Bewegung über Suchtprävention bis hin zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Die Projekte wurden initiiert, um bestehende Präventionsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, neue Maßnahmen und Methoden zu entwickeln, Methoden zur Qualitätssicherung zu erarbeiten oder Zugangswege zu bestimmten Zielgruppen zu erforschen, heißt es in einer Pressemitteilung. Ergänzend zu den eingestellten Projekten finden sich in der Datenbank Projektmaterialien, weiterführende Literatur und Links sowie umfangreiche Hintergrundinformationen zu den einzelnen Studien.

Das Internetportal umfasse aktuelle Mitteilungen und Termine rund um Prävention und Präventionsforschung. Ein Newsletter kann abonniert werden. Die Internetplattform richtet sich nicht nur an ein wissenschaftliches Publikum. Auch Anwenderinnen und Anwender aus der Praxis, aus Kommunen, Krankenkassen oder der Politik können sich dort über wirkungsvolle Präventionsansätze informieren. *(ks)*

Therapiepaket trifft auf Misstrauen

Pilotprojekt gegen Rückenschmerz löst wenig Freude bei Ärzten aus

Der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) und die Deutsche Krankenversicherung (DKV) kooperieren per Pilotprojekt bei der Behandlung des unspezifischen Rückenschmerzes. Die DKV ist die erste Kasse, die auf das vom ZVK entwickelte Versorgungsmodell eingestiegen ist. Das Problem: Die Ärzte bleiben misstrauisch.

Im Rahmen des Projektes sollen die Ärzte ihre Patienten nicht mehr zu einer bestimmten Behandlung überweisen, sondern in ein Behandlungspaket. Welche einzelne Behandlung tatsächlich vorgenommen wird, entscheiden die Therapeuten. Die Folge: „Die überwiegende Mehrheit der Ärzte lehnt das Modell mit der Begründung ab, dass sie nicht mehr die Hoheit über die Therapieentscheidung haben, sondern der Therapeut entscheidet, welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt zum Einsatz kommt.“ so der ZVK.

Ziel des Versorgungsmodells ist es, die Behandlung von Menschen mit unspezifischen Rückenschmerzen effektiver und effizienter zu gestalten, um die direkten Kosten und die Chronifizierungsrate zu senken, hieß es. In der Tat sind die Ausgaben derzeit gewaltig: Behandlung, Reha und vorzeitige Berentung verschlingen deutschlandweit im Jahr sagenhafte zehn Milliarden Euro an direkten Kosten, stellte der Bundestag 2003 fest. Zugleich verursachen – gemessen an den europäischen Leitlinien zur Behandlung von Rückenschmerzpatienten – Behandlungen mit unzureichender oder fehlender Evidenz rund 7,7 Millionen Euro Kosten. Das sind 22 Prozent der Gesamtausgaben von 35, 7 Millionen Euro im Jahr, so der GEK-Heilmittelreport 2006. Aus wissenschaftlicher Sicht wurde damit fast ein Viertel der Kosten für ineffektive Heilmitteltherapien verpulvert.

Bewegungstherapie evidenzbasiert

Das soll sich jetzt ändern. Leitliniengestützte Therapien sollen die Patienten nachhaltig aktivieren. Die vorhandenen Leitlinien, in diesem Fall die europäische Leitlinie zur verbesserten Behandlung von Rückenschmerzpatienten Cost B13, empfiehlt die Bewegungstherapie als Therapie der ersten Wahl bei subakuten/chronischen Rückenschmerzen. Die Evidenz, dass Bewegungstherapie bei der Linderung von Schmerzen, Beseitigung von Funktionsstörungen und der Rückkehr zur Arbeit effektiv ist, sei eindeutig, unterstreicht der ZVK. Darüber hinaus zeige die Studienlage, dass Patienten mit Rückenschmerz ohne radikuläre Symptome von der manuellen Therapie profitieren.

Konkret: Bei akuten Rückenschmerzen greifen die frühe Aktivierung der Patienten oder Manuelle Therapien und sollen die häufig ineffektiven Massagen oder die fälschlich empfohlene Bettruhe ersetzen. Bei chronischen Rückenschmerzen sollen die Patienten kontrollierte Bewegungstherapie oder kognitive Verhaltenstherapie erhalten statt Korsett oder die Akupunktur, die keine Empfehlungen haben. Ein weiterer Maßstab bei der Therapie sei die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), hieß es. Sie diene der Beurteilung des Therapiebedarfes und der Anpassung von Behandlungen an den individuellen Gesundheitszustand.

DKV erprobt Modell als einzige Kasse

Je nachdem, ob ein Patient subakut, also von der siebten bis zur 12. Woche in das Projekt überwiesen wird oder ab der 13. Woche, also als chronisch kranker Patient, erhalten die Patienten verschiedene Umfänge an Behandlungseinheiten (BE) – und zwar 18 beziehungsweise 20 Einheiten. Falls der Befund sich verbessert, ohne dass das Therapieziel erreicht wurde, können sechs weitere BE angeschlossen werden, hieß es. Die Honorare betragen 700 Euro beziehungsweise 770 Euro. Sie decken Befunderhebung und Dokumentation ab, 30 Minuten Krankengymnastik, Manuelle Therapie und medizinische Trainingstherapie, so der ZVK. Die optionalen weiteren sechs BE erbringen plus Abschlussbefund 245 Euro. Wenn das Therapieziel nicht erreicht wurde, werden die Patienten an den behandelnden Arzt zur Abklärung zurück überwiesen.

Die DKV ist die erste und bislang einzige Krankenkasse, die das Projekt erprobt. Fünf weitere Krankenkassen der GKV hätten Interesse bekundet, so der der ZVK, aber bisher nicht abgeschlossen. „Eine Ersatzkasse hat die Einführung mit der Begründung angelehnt, dass sie ein integriertes Versorgungsmodell zur Behandlung von Rückenschmerzen bereits eingeführt hat und daneben für den Bereich der Heilmittelversorgung kein weiteres Modell einführen will“, hieß es.

In das nun begonnene Projekt haben sich 63 Einrichtungen eingeschrieben. Der Zurückhaltung der Ärzte hält der Verband die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen entgegen. Er hat 2007 gefordert, dass die Gesundheitsberufe enger zusammenarbeiten sollen. „Der Rat empfiehlt, die Handlungsautonomie der nichtärztlichen Berufsangehörigen zu vergrößern. Dabei sollen nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden“, erklärte der ZVK. Dieser Empfehlung sei die Bundesregierung nachgekommen, indem sie die Möglichkeit zur Einführung von Modellvorhaben im Paragrafen 63b SGB V gesetzlich verankert hat.

Evaluiert wird das ZVK-Projekt über standardisierte Patientenfragebögen sowie „Mess- und Testverfahren“, wie der Verband erklärte. Er werte die Ergebnisse aus und stelle sie innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Projektes der DKV zur Verfügung. *(ben)*

35 Milliarden Euro für Gesundheit

Patienten haben Geld für Selbstzahlerleistungen

35 Milliarden Euro wurden im Jahr 2008 zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen von privaten Haushalten an Leistungserbringer im Gesundheitswesen bezahlt. Das teilte das Statistische Bundesamt anlässlich des Weltgesundheitstages mit. Die Vorstellung der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts (Destatis) belegt die Kaufkraft der privaten Haushalte in Deutschland. Patienten geben also durchaus viel Geld für Ihre Gesundheit aus.

263,2 Milliarden Euro betrugen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2008 insgesamt. Diese stiegen gegenüber dem Vorjahr um 9,9 Milliarden Euro, das sind 3,9 Prozent. Auf jeden Einwohner entfielen damit Ausgaben in Höhe von rund 3.210 Euro. Im Jahr 2007 waren es noch 3.080 Euro.

Die Gesundheitsausgabenrechnung des statistischen Bundesamtes erfasst neben den relevanten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auch alle weiteren gesundheitsbezogenen Aufwendungen, die von anderen Ausgabenträgern wie beispielweise der privaten Krankenversicherung oder den privaten Haushalten selbst geleistet werden. Mehr als 35 Mrd. Euro investierten die privaten Haushalte in das Gesundheitssystem und hatten damit höhere Ausgaben als alle privaten Krankenversicherungen mit fast 25 Mrd. Euro. Diese verzeichneten allerdings mit einem Plus von 6,2 Prozent den stärksten Zuwachs.

Bei einer Analyse der Entwicklung der Gesundheitsausgaben fällt auf, dass der prozentuale Ausgabenanstieg im Vergleich zum Jahr 2007 besonders bei den Leistungen Prävention und Gesundheitsschutz mit einem Zuwachs von 600 Millionen Euro überdurchschnittlich hoch war. Damit erreichten diese Leistungen im Jahr 2008 rund 10,7 Milliarden Euro. Die Zunahme ist auch auf die gestiegenen Aufwendungen für Früherkennungsmaßnahmen und Schutzimpfungen zurückzuführen.

Ganz konkret: Wenn in Ihrer Praxis immer wieder das Argument „Patienten haben kein Geld“ vorgetragen wird, dann hilft ein Hinweis auf die amtliche Statistik. Diese offenbart, was wir alle doch schon lange wissen: Patienten in Deutschland haben vergleichsweise viel Geld. Darum ist es für die meisten Praxen sehr sinnvoll, den Patienten Selbstzahlerleistungen anzubieten. *(bu)*

Reha vor Pflege

Ambulant vor stationär: Wenn diese Forderung umgesetzt wird, könnten auch viele niedergelassene Therapeuten mehr zur Vermeidung von Klinikeinweisungen beitragen. Im Norden soll ambulante Versorgung in der Geriatrie künftig Vorrang haben.

AOK-Chef Dieter Paffrath, Gesundheitsminister Heiner Garg und Bernd Krämer von der Landeskrankenhausgesellschaft (von links).

Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden haben an einem Modellprojekt an ausgewählten Krankenhäusern in Schleswig-Holstein mitgewirkt, um eine abgestimmte Versorgung geriatrischer Patienten zu ermöglichen. Offenbar mit Erfolg: 90 Prozent der Patienten waren zufrieden und die Krankenkassen haben das Modell nun mit ihrer Unterschrift in die Regelversorgung überführt.

Ziel ist Reha vor Pflege. Dafür sollen die Patienten mobiler werden, um etwa Stürzen vorzubeugen. Die bundesweit einmalige geriatrische Rahmenvereinbarung auf Landesebene sieht nun flächendeckend eine abgestufte Versorgung vor, die vollstationäre Versorgung seltener erforderlich macht.

Die Vereinbarung sieht vor, dass geriatrische Patienten künftig an allen 13 tagesklinischen Geriatriestandorten im Land nach einem abgestuften Verfahren je nach Bedarf behandelt werden.

In der Tagesklinik erhalten die Patienten Anwendungen am Vormittag und können nachmittags in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld bleiben. Eine niedrigschwellige mobile geriatrische Reha kommt zum Tragen, wenn der Patient nur noch in seinem Lebensumfeld rehafähig ist. Neben der ambulanten sind teil- und eine vollstationäre geriatrische Versorgungen in einer Fachabteilung weiterhin möglich – werden aber nach Erwartungen der Kassen künftig nur noch für etwas mehr als die Hälfte der rund 12.000 Geriatriepatienten im Norden erforderlich sein. Der Hausarzt soll Patienten, die für das tagesklinische Angebot in Frage kommen, für ein entsprechendes Auswahlverfahren anmelden und erhält für die Begleitung ein Honorar. Möglich ist auch, dass die Kliniken zuvor stationär behandelte Patienten in der ambulanten geriatrischen Reha weiter behandeln. Die Kassen zahlen pro Fall eine Pauschale von 1.900 Euro an die geriatrischen Einrichtungen, aus dieser Pauschale werden auch externe Leistungserbringer honoriert. Schleswig-Holstein ist nach Angaben von Gesundheitsminister Heiner Garg das erste Bundesland mit einer Regelversorgung in dieser Form. *(di)*

Bundesweites Versorgungskonzept

Frag den Therapeuten

Ein neues bundesweites Versorgungskonzept soll überflüssige Operationen bei Rückenschmerzen vermeiden. Das Einholen einer Zweit-Meinung vor operativen Eingriffen erspare Patienten nicht nur unnötige Operationen, sondern den Krankenkassen auch unnötige Kosten, erklärte Dr. Gerhard H.H. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt.

Da das neue Konzept allerdings erst seit Beginn dieses Jahres angeboten werde, lägen noch keine Ergebnisse vor, hieß es in einer Pressemitteilung zum Deutschen Schmerz- und Palliativtag, herausgegeben von ProScience Communications GmbH (wir berichteten). Anders dagegen sehe es bei den innovativen Komplextherapien aus, die eine hohe Erfolgsquote hätten. Diese waren von der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie zusammen mit der Techniker Krankenkasse und der Integrative Managed Care GmbH (IMC) für die integrierte Versorgung von Rückenschmerzpatienten entwickelt und 2005 zunächst als Pilotprojekt gestartet worden. Inzwischen sei daraus ein ständiges Angebot mit bundesweit 33 Zentren geworden. „Dieses Projekt zeigt“, so Müller-Schwefe, „wohin die Reise grundsätzlich in der Schmerztherapie gehen muss: Hin zu einer rechtzeitigen und intensiven Versorgung, bevor es zu tiefgreifenden Chronifizierungsprozessen gekommen ist, deren Behandlung dann sehr viel höhere Kosten verursacht.“

Kosteneinsparung von 4.000 Euro pro Patient

Bei der Komplextherapie werden gezielt Patienten angesprochen, die sich seit längerer Zeit wegen Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung befinden, mindestens vier Wochen arbeitsunfähig und nicht schmerzfrei sind. Bei dem vier-, maximal achtwöchigen kompakten Intensiv-Programm arbeiten Haus- und Fachärzte, Schmerz-, Psycho- und Physiotherapeuten Hand in Hand, ebenso sind ambulante und stationäre Zentren eingebunden. Entscheidend sei, dass die Patienten die verschiedenen Experten nicht nacheinander konsultieren, sondern dass die Spezialisten zusammenarbeiten.

Bis Ende letzten Jahres waren 2.281 Patienten untersucht und 76 Prozent davon (1.741 Patienten) in die neue Versorgungsform aufgenommen worden. Auswertungen, die jetzt auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag präsentiert wurden, zeigten, dass nach vier Wochen 52 Prozent der Patienten und nach insgesamt acht Wochen 86 Prozent wieder arbeitsfähig waren. Normalerweise kehrten nur 35 Prozent der Rückenschmerzpatienten nach einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten innerhalb von zwei Jahren an ihren Arbeitsplatz zurück. Bei einer Untersuchung sechs Monate nach Abschluss der Therapie waren noch 84 Prozent der behandelten Patienten arbeitsfähig. Doch nicht nur die Patienten, sondern auch die Krankenkassen profitierten, hieß es weiter: Insgesamt hätten die beteiligten Krankenkassen durch das Konzept bis Oktober 2009 3,6 Millionen Euro eingespart, im Schnitt 4.000 Euro pro Patient.

Die Zahl der Bandscheibenoperationen soll in Zukunft durch das Einholen einer therapeutischen Zweitmeinung verringert werden.

Obwohl bei Rückenschmerzen Operationen nur in seltenen Fällen sinnvoll seien, hieß es weiter, sei allein die Zahl der Bandscheiben-Operationen zwischen 2005 und 2008 um über 20 Prozent gestiegen, von 121.000 auf 148.000, die Zahl anderer Operationen an der Lendenwirbelsäule kletterte von 165.000 auf 228.000. Rückenschmerzen seien aber nicht nur quälend für die Patienten, sie belasten die deutschen Sozialsysteme mit rund 48,9 Milliarden Euro jährlich, wobei der Hauptanteil der Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung verursacht wird.

Zwei Drittel der Patienten wollen vor Rücken-OP eine Zweitmeinung

Aus diesem Grund haben Experten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie zusammen mit der TK und IMC das neue Versorgungskonzept entwickelt: Vor einer Rücken-OP kann der Patient eine Zweitmeinung einholen und wird binnen zwei Tagen an einem der bundesweit verfügbaren IMC-Kompetenzzentren durch ein qualifiziertes Team aus Schmerztherapeut, Psychologe und Physiotherapeut untersucht. Die Experten raten am Ende ebenfalls zur Operation oder empfehlen ein alternatives, auf die jeweiligen Erfordernisse des Patienten abgestimmtes multimodales Behandlungskonzept. Umfragen bei betroffenen Patienten belegten, dass rund zwei Drittel im Falle eines größeren Eingriffs gerne eine Zweitmeinung einholen würden. *(ks)*

Gesundheitswandern als Selbstzahlerleistung

Das Wandern ist des Müllers Lust

Fast 40 Millionen Menschen sind in ihrer Freizeit „auf Schusters Rappen" unterwegs. Das sind noch nicht genug, meint der Deutsche Wanderverband und will noch mehr Menschen zu mehr Bewegung motivieren. Mit seinem neuen Projekt „LET´s GO – jeder Schritt hält fit" können sich wanderinteressierte Physiotherapeuten zum Gesundheitswanderführer fortbilden.

„Gesundheitswandern" heißt das Zauberwort, das der Deutsche Wanderverband (DWV) gemeinsam mit dem Studiengang Physiotherapie der Fachhochschule Osnabrück entwickelt hat: Hier werden die positiven Auswirkungen des Wanderns mit gezielten physiotherapeutischen Übungen zur Kräftigung, Koordination und Mobilisation verstärkt. „Runter vom Sofa und rein in die Natur", meint DWV-Geschäftsführerin Ute Dicks, „es ist eine Bewegung, die durch Übungen in der Natur bereichert wird und ein starkes Selbstbewusstsein geben soll." Gesundheitswandern soll sich an Menschen richten, die sich im Alltag wenig bewegen – und soll, so der DWV, vor allem Spaß machen.

„LET´s GO" – nicht nur für die Generation 50plus

Lange galt Wandern als klassisches Hobby für die Generation 50plus – zu Unrecht, denn der sanfte Sport tut in jedem Alter gut. Studien belegen, dass sich Wandern positiv auf Körper, Geist und Seele auswirkt. Der Startschuss zu „LET´s GO – jeder Schritt hält fit" fiel im Juli 2008. Der erste Pilotkurs für die Ausbildung zum Gesundheitswanderführer folgte im September im sauerländischen Arnsberg. Die Teilnehmer – zehn Wanderführer und vier Physiotherapeuten – reisten aus ganz Deutschland an. Ihre Motivation: Neue Impulse für geführte Wanderungen im Wanderverein oder für die Arbeit in der physiotherapeutischen Praxis gewinnen.

Das Konzept sprach auch Physiotherapeutin Renate Werner an, die durch eine Anzeige in einer Fachzeitschrift auf die DWV-Kampagne aufmerksam wurde. Als eine der ersten nahm sie im September 2008 am Pilotkurs teil. „Nach meiner Babypause erschien mir die Fortbildung zur Gesundheitswanderführerin als ideal, um in meinem Beruf wieder einzusteigen", erinnert sich die 43-jährige, die am Therapeuticon des Gemeinschaftskrankenhauses im westfälischen Herdecke arbeitet. Und als begeisterte Wanderin sah sie hier die Chance, Beruf und Freizeit auf ideale Weise zu verbinden und ein zweites Standbein für ihre Arbeit zu schaffen. Im Herbst 2009 hielt sie ihr Zertifikat in den Händen und begann voller Elan mit der Planung ihrer Kurse.

Die ersten Erfahrungen gaben ihr Recht: „Es gab einen enormen Zuspruch", erinnert sich Renate Werner, „und ich musste schließlich die Teilnehmerzahl limitieren." Sie wollte acht bis zehn Kurse anbieten – gestei-

gert nach Leistung und Schwierigkeitsgrad der Wanderwege. Doch erste Probleme traten beispielsweise schon bei den Terminen auf. „Ältere Teilnehmer wollten nicht am Wochenende, die jüngeren, meist Berufstätigen, konnten nur am Wochenende.“ Ein Dilemma, das die Kursplanungen erschwerte.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „LET´s GO – jeder Schritt hält fit“ hat nach Renate Werner noch weitere Anhänger gefunden: Inzwischen ist die Zahl der Gesundheitswanderführer auf 71 gestiegen, weiß Projektleiterin Christine Merkel zu berichten, darunter 25 Physiotherapeuten. Die Ausbildung erfolgt in Schulungen, an denen nach den Rahmenrichtlinien des Deutschen Wanderverbandes ausgebildete Wanderführer und Physiotherapeuten teilnehmen können. Schwerpunkt ist das Thema „Bewegung und Gesundheit“.

Fünftägige Fortbildung mit Abschlussprüfung

Die Fortbildung dauert insgesamt fünf Tage, die auf zwei Wochenenden à 2,5 Tagen aufgeteilt sind. Sie umfasst 65 Unterrichtseinheiten und als festen Bestandteil außerdem eine Hausaufgabe, die von den Teilnehmern zwischen den Kursen angefertigt wird: Es ist eine Gesundheitswanderung zu entwickeln, durchzuführen und zu dokumentieren. Am letzten Tag wird das erlernte Wissen in einer theoretischen und einer praktischen Prüfung abgefragt. Wer die Prüfung besteht und zwischen den Kursteilen die Hausaufgabe abgegeben hat, erhält das Zertifikat, das dazu berechtigt, „Gesundheitswanderungen LET´s GO – jeder Schritt hält fit“ anzubieten.

Projekt erfordert noch viel Pioniergeist

Die anfängliche Euphorie, die auch Renate Werner gepackt hatte, ist bei ihr inzwischen ein wenig verflogen. Die Physiotherapeutin hat erleben müssen, dass die Gesundheitswanderungen, die in 8er Serien angeboten werden sollen, keine Selbstläufer sind. Ihren ersten Kurs, der am 15. März beginnen sollte, hat sie wegen zu vieler Absagen abgeblasen. „Die Leute schrecken davor zurück, sich für acht Wochen zu binden“, vermutet sie. Aber auch die Kosten von 80 Euro seien für manche ein Hindernis. „Solange die Gesundheitswanderungen nicht als Präventionsmaßnahme anerkannt sind, bleibt es schwierig. LET´s GO ist ein schönes Pilotprojekt, erfordert aber von uns Physiotherapeuten noch viel Pioniergeist.“

Ob die Gesundheitswanderungen in den Präventionskatalog aufgenommen werden, ist bislang noch ungewiss. Der Deutsche Wanderverband strebt die Anerkennung als Präventionsmaßnahme an, und auch die Aufnahme in die Bonusprogramme der Gesetzlichen Krankenversicherungen sei auf dem Weg, meint Projektleiterin Merkel. Eine Entscheidung werde wohl in den nächsten zwei Monaten fallen. *(ks)*

ℹ Module

Die nächsten Kurstermine: 25.-27. Juni 2010 / 23.-25. Juli 2010 und 27.-29. August 2010 / 8.-10. Oktober 2010, jeweils in Arnsberg / Sauerland. Die Kosten für die 5-tägige Schulung belaufen sich inklusive Lehrmaterial, Unterkunft und Verpflegung auf 790 Euro (590 Euro für Mitglieder des DWV).

Let's go
jeder Schritt hält fit

Kontakt:
Deutscher Wanderverband
Christine Merkel
Wilhelmshöher Allee 157-159
34121 Kassel
Tel.: 0561-93873-18

c.merkel@wanderverband.de
www.wanderverband.de
www.gesundheitswanderfuehrer.de

Workshop für Migräne-Patienten

Fast jeder Mensch leidet ab und zu unter Kopfweh. Werden die Schmerzen chronisch, können sie die Gesundheit und das Leben der Betroffenen schwer belasten. Einen Ausweg aus dieser Krise verspricht das Berliner Therapeutenduo Stefan Datt und Boris Kollek, die ein neues Behandlungskonzept entwickelt haben, das sie Ende Mai erstmals in einem Workshop Patienten vorstellen.

Schon seit über zehn Jahren arbeiten Physiotherapeut Stefan Datt und Diplompsychologe Boris Kollek in der Schmerztherapie. Ihre Behandlungen rechnen sie im Rahmen des §43 SGB V mit den Krankenkassen ab, so auch den gemeinschaftlichen Workshop. Das gemeinsame Behandlungskonzept für Körper und Geist – eine Mischung aus physiotherapeutischen Methoden und psychologischen Interventionen – entstand eher zufällig. „Während einer Massage", erinnert sich der 43-jährige Psychologe, „haben wir über Migräne gefachsimpelt." Die Idee zu einer interdisziplinären Therapie war geboren und wurde Anfang des Jahres in die Tat umgesetzt.

Ursachen der Kopfschmerzen von verschiedenen Seiten bekämpfen

Kopfschmerzen können, so Kollek, viele Ursachen haben, daher müsse die Therapie auch unterschiedliche Ansätze haben. „Man kann es mit einer Krebsbehandlung vergleichen, wo man auch von verschiedenen Seiten auf die Ursache ballert." Die Verbindung von der physiotherapeutischen Migränetherapie nach Bernhard Kern und dem psychologischen Marburger Schmerzbewältigungs-Programm nach Basler & Kröner-Herwig soll das individuelle Schmerzempfinden beeinflussen und schließlich verschwinden lassen.

Datt und Kollek lehnen die medikamentöse Schmerzbehandlung nicht ab, allerdings haben sie festgestellt, dass ihre Patienten immer weniger zu Schmerzmitteln greifen müssten und so ihren Organismus schonten. „Durch die manuelle Behandlung an den relevanten anatomischen Strukturen kann Migränepatienten sehr effizient geholfen werden", meint der 38-jährige Physiotherapeut. „Die Verbindung mit der Schmerzpsychologie rundet die Behandlungsmethode ab."

Workshop richtet sich an Migränepatienten

In einem Rundschreiben informierten die beiden Therapeuten Krankenhäuser und Spezialkliniken über den bevorstehenden Workshop – mit sehr guten Resonanz. Viele Ärzte hätten sich dem Therapeutenduo als Referenten angeboten – ohne Honorar. Für den ersten Workshop konnten sie die Neurologin Dr. Christina Kölmel von der Neurologischen Rehaklinik gewinnen, die „quasi als Mini-Sprechstunde" über den neurologischen Ansatz der Migräne referiert.

Der Workshop richte sich, so die Therapeuten, in erster Linie an Migränepatienten. Ihnen soll ein gesünderes und schmerzfreieres Leben ermöglicht werden und so ihre Lebensqualität erhöhen. Beide Therapeuten betonen, dass der Workshop kein Mittel für Patientenakquisition sei. „Nach meinen Stressbewältigungskursen", weiß aber Kollek zu berichten, „haben einige Teilnehmer anschließend ein persönliches Coaching gebucht."

„Train-the-Trainer" als zweiten Schritt

Es gehe weniger um die reine Informationsvermittlung als vielmehr um den Transfer von physiotherapeutischen und psychologischen Techniken. Datt und Kollek sind überzeugt, dass ihr Konzept für die Krankenkassen und Arbeitgeber ein wirtschaftlich attraktiver Ansatz sei, da sich die Ausfallzeiten sowie die Medikamenten- und Versorgungskosten mit relativ geringem Aufwand deutlich reduzieren ließen. Solche Ansätze seien nachahmenswert für andere Therapeuten, die über die erforderliche Fachkompetenz und Erfahrung verfügten. Daher sei in einem zweiten Schritt zu ihrem Konzept ein „Train-the-Trainer" für Physiotherapeuten und Psychologen geplant. Dies biete Fachkollegen die Chance, ihre Angebotspalette zu erweitern.

Im Moment seien in Berlin zwei Workshops mit jeweils maximal 20 Teilnehmern geplant. Es gebe aber bereits Überlegungen, das Konzept auch in anderen deutschen Städten anzubieten. Die Kosten für den Workshop belaufen sich auf 175 Euro, die von einigen Krankenkassen anteilig übernommen werden. *(ks)*

i Inhalt des Workshops:

- Theoretische Infos zum Schmerz
- Schmerzpsychologie, Marburger Konzept nach Basler & Kröner-Herwig
- Einübung von anatomiebezogenen Spezialgriffen
- Migränetherapie nach Bernard Kern
- Bewegungstraining
- Verfahren der Wahrnehmungslenkung und Vorstellungskraft
- Entspannungstraining und Tipps für den Alltag (Notfallkoffer)
- Was sagt die Schulmedizin?

Kontakt: *TransferTeam · Boris Kollek*
Stargarder Straße 8 · 10437 Berlin · Tel.: 0177-4777594
E-Mail: info@TransferTeam.net · www.transferteam.net

Werbe-Ideen für die Praxis

Step by Step

Stufe um Stufe weiter zum Ziel. Und das Ziel heißt „Rückenwind – Physio & Fitness“, ein therapeutisches Bewegungszentrum in Berlin. In der U-Bahn-Station Schönhauser Allee werden Reisende bei jeder Treppenstufe weiter nach oben zum Ärztehaus geführt, wo „Rückenwind“ im zweiten Stock auf über 1.000 Quadratmetern für die Gesundheit wirbelt – eine Werbeidee, die sich lohnt?

„Auf jeden Fall“, meint Sporttherapeut Karsten Weicht, Geschäftsführer der „Rückenwind GmbH – Physio & Fitness“. „Es ist die einzige Werbung, die wir betreiben“, fährt der 47-jährige fort und ergänzt schmunzelnd: „Die wichtigste Werbung bleibt nach wie vor natürlich unsere gute Arbeit!“

Treppen als ideale Werbefläche

Treppenwerbung hat Karsten Weicht schon immer interessiert. „Die Stufen sind doch der ideale Platz für die Werbung, da die Leute immer nach unten schauen.“ Als er 2003 in der Schönhauser Allee 118 im Berliner Stadtteil Prenzlauer Berg „Rückenwind“ eröffnete, stand für ihn fest: Eine solche Treppenwerbung muss her – zumal sich dies angesichts der Lage des Bewegungszentrums anbot.

Gesagt – getan: Der Sporttherapeut suchte den Kontakt mit der Deutschen Bahn AG und wurde fündig. Ansprechpartner für die Werbung in deutschen Bahnhöfen ist die Ströer Deutsche Städte Media GmbH, während für Berlins U-Bahnhöfe „Die Draussenwerber“, ein Tochterunternehmen der Wall AG, zuständig sind. Sie gestalten in Absprache mit den Kunden die Folien, produzieren diese und platzieren sie an den Stufen.

Bundesweit gibt es nach Angaben von Dieter Henzel von der Ströer DERG Media GmbH etwa 490 Treppen, deren Stirnseiten eine große Werbefläche bieten. In 50 Bahnhöfen in bundesweit 35 Städten können wahlweise einzelne Stufen oder die gesamte Treppe belegt werden. Die Mindestlaufzeit beträgt einen Monat, die Kosten richten sich nach der Größe des Bahnhofes und der Besucherfrequenz: So kostet beispielsweise die Treppenwerbung im Hamburger Hauptbahnhof – mit 450.000 Besuchern täglich Spitzenreiter in Deutschland – bis zu 1.300 Euro pro Monat inklusive der Produktion und Montage.

Günstiger wird es für die etwa 170 U-Bahnhöfe in Berlin: Nach Angaben von Heike Klär von „Die Draussenwerber“ beläuft sich die monatliche Miete pro Stufe auf 20 bis 40 Euro – allerdings ist nur absatzweise (von 10 bis 20 Stufen) buchbar. Die Montage und Demontage kostet ebenfalls zwischen 20 und 40 Euro, für die Produktion der Folie wird 25 bis 90 Euro berechnet – bei einem Absatz mit zehn Stufen insgesamt also zwischen 300 und 600 Euro. Auch hier beträgt

die Minimallaufzeit einen Monat, im Schnitt buchen die Kunden für sechs Monate bis zu einem Jahr. „In diesem Falle werden individuelle Rabatte verhandelt“, erläutert Heike Klär.

Wirkung der Treppenwerbung

Die Treppenwerbung sollte nicht in erster Linie für die Physiotherapiepraxis sondern für den Fitnessbereich von „Rückenwind“ werben. Und sie hatte Erfolg, wie eine umfassende Umfrage unter den Besuchern vor zwei Jahren zeigte: „Auf Platz 1 landete unsere gute Arbeit“, erinnert sich Geschäftsführer Karsten Weicht, „gefolgt von der Treppenwerbung in der U-Bahn-Station.“

Die Erfahrung habe gezeigt, dass die meisten durch Empfehlung des Arztes oder durch die gute Arbeit den Weg in die Praxis fänden. Briefwurfsendungen oder Flyer seien weniger effektiv, meint Weicht. „Die landen doch meist ungelesen im Papierkorb – zumindest geht es mir so“. Von der Treppenwerbung allerdings ist er überzeugt und wird sie weiterhin als einzige Marketing-Strategie nutzen – für etwa 1.300 Euro pro Jahr. Und er fügt hinzu: „Wenn ich noch weitere Treppen bekäme, würde ich sie nutzen...“. *(ks)*

Kontakt:
Die Draussenwerber
An der Spreeschanze 6
13599 Berlin
Tel.: 030-33899-5050
info@draussenwerber.de
www.draussenwerber.de

Ströer Deutsche Städte Medien GmbH
Oehleckerring 22-24
22419 Hamburg
Vertriebsservicecenter
Tel.: 040-53200444
www.stroeer.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Missverständnisse in der Kommunikation mit Ärzten

Sag es einfach!

Ärzte sind als zentrale Zuweiser wichtige Ansprechpartner für therapeutische Praxen. Ihre wirtschaftliche Bedeutung für Heilmittelpraxen wird bei akuten Regressandrohungen und daraus folgendem Verordnungsrückgang deutlich. Trotzdem werden Ärzte von Heilmittelerbringern oft mit Skepsis beäugt, die Kommunikation läuft schleppend oder schlecht. Wir haben für Sie die häufigsten Missverständnisse zwischen Therapeut und Arzt gesammelt, und konkrete Vorschläge zusammengestellt, die die Arztkommunikation mit wenig Aufwand verbessert.

Ungefragt Patienten schicken

Einige Heilmittelpraxen schicken Patienten nach jeder abgeschlossenen Behandlungserie wieder zurück in die Arztpraxis. Und zwar auch dann, wenn die Therapie erfolgreich abgeschlossen ist. Die Idee dahinter: Der Arzt kann mehr verdienen, wenn der Patient öfter in die Arztpraxis kommt. – Das ist leider falsch, denn tatsächlich bekommt der Arzt lediglich eine Pauschale je Patient.

Besser: Da es Unterschiede in der Vergütung zwischen Kassen- und Privatpatienten gibt, kann es sein, dass Ärzte Privatpatienten noch einmal sehen möchten, bei Kassenpatienten jedoch mit einem Behandlungsbericht zufrieden sind. Fragen Sie deshalb Ihre Ärzte, in welchen Fällen sie auf eine „Rücküberweisung“ Wert legen und wann nicht.

„Sie müssen auf einer weiteren Verordnung bestehen!“

Die Methode, sich als Verbraucherschutzzentrale für Patientenrechte zu engagieren, wird von einigen Berufsverbänden hin und wieder propagiert. Tatsächlich sabotieren Sie damit aber die Kommunikation zwischen Ihnen und der Arztpraxis. Denn kein Arzt hat Lust, sich mit den Patienten über weitere Verordnungen zu streiten und die Aussage eines Therapeuten als Beweis für den berechtigten Anspruch des Patienten präsentiert zu bekommen.

Besser: Verdeutlichen Sie jedem Patient, welche Effekte Heilmitteltherapie bei ihm im Einzelfall haben wird. Und weisen Sie darauf hin, dass dieser Effekt auch dann eintritt, wenn die Kasse nicht mehr zahlt, sondern der Patient selbst in seine Gesundheit investiert.

Ärzte wissen, was Heilmittel bewirken

Das Medizinstudium ist lang und umfangreich. Man könnte also davon ausgehen, dass Ärzte wissen was Heilmittel sind und welche Wirkung sie haben. – Stopp! Die meisten Ärzte erklären auf Nachfrage, dass sie keine Ahnung von Heilmitteln haben. Behandlungsberichte gespickt mit Fachausdrücken verstehen viele Ärzte nicht und verzichten lieber ganz darauf, über die Ergebnisse der Therapie informiert zu werden. Das Kreuz bei Behandlungsberichten bleibt dann meistens bei NEIN.

Besser: Behandlungsberichte sollten möglichst klar und einfach das beschreiben, was der Arzt benötigt, um sich für eine weitere Verordnung entscheiden zu können. Wer nicht weiß, was der Arzt lesen will, der kann einfach fragen. In der Regel geht es um die konkreten funktionellen Verbesserungen im Alltag des Patienten – und bitte ohne Fachbegriffe aus der letzten Fortbildung!

Ärzte haben keine Zeit für Gespräche mit Therapeuten.

„Ich würde ja gern mit meinen Ärzten reden, aber die haben nie Zeit für mich“, beschwert sich ein Kollege über seine Zuweiser. Wenn Therapeuten den Arzt wenigstens ans Telefon bekommen, reden sie häufig sofort über neue Verordnungen bei diversen Patienten. Kein Wunder, dass Ärzte dazu keine Lust haben: Jeder Kontakt mit Therapeuten läuft auf einen Verordnungswunsch heraus, der Arzt fühlt sich als Melkesel und die Kommunikation wird stetig schlechter.

Besser: Suchen Sie nach Gründen, warum es sich für einen Arzt lohnt, mit Ihnen zu sprechen. „Keine Zeit“ bedeutet „Keine Priorität“. Sorgen Sie dafür, dass Ärzte es wichtig finden, mit Ihnen zu sprechen – und am besten nicht über Therapie. Wenn Sie gar keine Idee haben, bitten Sie Ihren Arzt um medizinischen Rat in einem Behandlungsfall. Sie werden sehen, wie schnell sich eine erfolgreiche Kommunikation etabliert. Vorausgesetzt Sie stellen Fragen, hören zu und warten ab, bis der Arzt selbst auf das Thema Heilmittelverordnung kommt.

Vor Patienten schlecht über Ärzte reden

„Diese Verordnung ist aber nicht richtig ausgefüllt“, kommentiert die Rezeptionsfachkraft bei der Anmeldung und ergänzt: „Ach, von Dr. Müller – na, der lernt das auch nicht mehr!“ Solche beiläufigen Aussagen kann man in bestimmt jeder zweiten Praxis hören und werden von Patienten gerne an die Arztpraxis weitergegeben: „Mein Therapeut hat gesagt, dass in Ihrer Praxis die Verordnungen immer falsch ausgefüllt wer-

den.“ Es liegt auf der Hand, dass die Bereitschaft des Arztes zur Kooperation auf diese Art und Weise nicht gerade verbessert wird.

Besser: Im Praxisteam vereinbaren, dass über Ärzte entweder neutral/positiv oder gar nicht geredet wird. Wenn die Ärzte das wissen, können Aussagen von Patienten besser bewertet werden und ein Ausspielen von Therapeuten gegen Ärzte funktioniert nicht mehr.

„Ärzte sind nur an Geld interessiert“

Einige Therapeuten sind der Meinung, dass Ärzte ohnehin nur an Geld interessiert seien und man deshalb mit ihnen gar nicht über die Therapie und die Patientenversorgung reden könne. Die Forderungen einiger Ärzte nach rechtlich fragwürdigen „Zuweiserprämien“ werden als Beleg dafür genommen, dass die gesamte Ärzteschaft korrupt sei. Häufig wird leider nicht der Versuch unternommen, mit Ärzten in ein Gespräch über die Therapie zu kommen.

Besser: Die eigenen Ärzte nicht pauschal nach dem Verhalten einiger weniger beurteilen. Die meisten Ärzte sind durchaus daran interessiert, wie sie die Lebensqualität ihrer Patienten verbessern können. Suchen Sie also das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt.

Ich bin abhängig vom Arzt!

Abhängigkeit von Ärzten ist für selbständige Praxisinhaber kein schönes Gefühl. Je mehr hierarchische Unterschiede zwischen Arzt und Therapeut herausgearbeitet werden, desto stärker wird die Kommunikation erschwert. Selbstaussagen wie „Arzt da oben – ich hier unten“ oder „Ohne Arzt kann ich gar nichts machen!“ werden schnell zur „Self fulfilling prophecy“. Wer an diese Aussagen glaubt, wird sich täglich in ihrer Richtigkeit bestätigt sehen.

Besser: Machen Sie sich eine Liste mit zehn Gründen, warum Patienten gerade zu Ihnen kommen sollten – ohne ärztliche Empfehlung oder Verordnung. Überlegen Sie sich, was Sie tun können um sich unabhängiger zu fühlen (Heilpraktiker machen, Kontakt zu anderen Ärzten intensivieren, mit Kollegen kooperieren). Sie werden sehen, dass allein die Beschäftigung mit Alternativen Ihre Abhängigkeitsgefühle relativieren.

Ärzte verdienen Geld mit der Verordnung von Heilmitteln

„Ärzte sollen sich gefälligst Mühe geben mit den Heilmittelverordnungen- sie verdienen schließlich genug Geld mit der Verordnung“, denkt sich so manchner Praxisinhaber. Das ist allerdings falsch, denn eine Heilmittelverordnung bringt dem Arzt nicht mehr oder weniger Geld ein. Es macht dem Arzt sogar deutlich mehr Arbeit, als keine Verordnung auszustellen. Besonders wenn die Verordnung hinterher noch einmal geändert werden muss, weil der Therapeut Formfehler gefunden hat, bedeutet das für den Arzt nicht mehr Geld, sondern mehr Arbeit.

Besser: Bieten Sie Ihren Ärzten aktiv einen Verordnungsservice an. Produzieren Sie Textbausteine, um Verordnungen außerhalb des Regelfalls gut zu begründen – das können Sie ohnehin besser als Ihre Ärzte. Bedanken Sie sich für gut ausgefüllt Verordnungen bei den Arzthelferinnen und stellen Sie sicher, dass Arztpraxen mit Fragen nicht auf dem Anrufbeantworter landen, sondern über eine zweite Praxistelefonnummer direkt beim Therapeuten landen.

„Patienten haben ein Recht auf Heilmitteltherapie“

Der Heilmittelkatalog beschreibt, welche Heilmittel bei welcher Diagnose und Leitsymptomatik im Regelfall verordnet werden können. Daraus lässt sich nach Ansicht einiger Heilmittelerbringer ein Recht der Patienten auf entsprechende Therapie ableiten. Werden Ärzte von Patienten mit solchen Argumenten konfrontiert – womöglich mit Hinweis auf die Aussagen des Therapeuten – ist das Problem vorprogrammiert. Denn im Gesundheitssystem der GKV gilt schon seit jeher: Der Arzt entscheidet darüber, ob eine Leistung zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist.

Besser: Plakatieren Sie den § 12 SGB V an die Praxiswand. Dieses „Wirtschaftlichkeitsgebot“ legt fest: die Leistungen der GKV „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ – Sprich: Minimalversorgung! Und damit (leider) kein Recht auf Heilmittel. Deswegen benötigen Patienten umso dringender ihre Selbstzahlerangebote. *(bu)*

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Alle Videos finden Sie unter www.up-aktuell.de

Mal skurril, mal witzig, immer unterhaltsam und informativ. Auf www.up-aktuell.de stellen wir Ihnen in loser Folge Videos zum Thema Therapeuten, Gesundheitswesen und Praxismanagement vor.

Was ist eigentlich Word-of-Mouth Marketing?

Marketing ist eine komplizierte Sache. Es gibt ganze Studiengänge, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Es gibt Experten, die den ganzen Tag nichts anderes tun, als sich mit dem Marketing für andere Leute zu beschäftigen. Leider gehört das Fach Marketing nicht in den Ausbildungsplan für Therapeuten. Also bleibt Praxisinhabern nichts anderes übrig, als sich selbst in Sachen Marketing weiterzubilden. Wie macht man das? Man kann Bücher durchforsten. Man kann Seminare besuchen. Man kann *unternehmen praxis* lesen. Oder man schaut sich Videos an. Wie zum Beispiel unser Video der Woche. In drei Minuten lernen Praxisinhaber hier die ganze 360 Grad Welt der Werbebranche kennen. Und werden feststellen: sooo schwierig ist das gar nicht mit dem Marketing. Viel Spaß dabei. *(ko)*

Marketing einfach erklärt

Lohnsteuerhilfeverein Vereinigte Lohnsteuerhilfe e.V. (VLH)

Kosten für Rückentraining steuerlich begünstigt

Die Kosten für ein Rückentraining können steuerlich begünstigt sein. Darauf weist der Lohnsteuerhilfeverein Vereinigte Lohnsteuerhilfe e.V. (VLH) hin. Einzige Bedingung: Vor Trainingsbeginn muss ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten die medizinische Notwendigkeit bestätigen.

Einfacher sei es jedoch, so empfiehlt der VLH, mit dem Arbeitgeber zu reden. Seit 2008 dürften Arbeitgeber die Kosten für ein Rückentraining übernehmen, ohne dass die Arbeitnehmer dafür Steuern und Sozialversicherung zahlen müssten. So könnten auch kleinere Betriebe beispielsweise einen Fitnesstrainer engagieren, der regelmäßig Rückenschulungen oder andere gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb durchführe, heißt es in der Pressemitteilung des VLH. Abgabenfrei blieben Kosten von bis zu 500 Euro pro Teilnehmer und Jahr.

Neben diesen Maßnahmen dürften Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern „als Bonbon“ auch Sachbezüge bis zur Höhe von 44 Euro pro Monat abgabenfrei zuwenden, heißt es weiter. In der Praxis seien dies meist Gutscheine für Sach- und Dienstleistungen, beispielsweise auch Gutscheine für Massagen bei einem Physiotherapeuten. Wichtig sei aber, dass der Gutschein auf eine konkrete Leistung laute und kein Geldbetrag angegeben sei. *(ks)*

Kontakt:
Lohnsteuerhilfeverein
Vereinigte Lohnsteuerhilfe e.V.
Fritz-Voigt-Straße 13
67433 Neustadt/Wstr.
Tel: 06321/49010
E-Mail: info@vlh.de
www.vlh.de

Vereinigte Lohnsteuerhilfe e.V.
Lohnsteuerhilfeverein

Impressum

buchner

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

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

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15,– Euro • im Abo: 12,– Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Christian Beneker (ben)

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Aamon (1), lafota (13), A. Rodriguez (14), S. Kaulitzki (17), F. Goldstein (20); Stiftung Gesundheit (12), *di* (16), Dt. Wanderverband/E. Neumeyer (18, 19), bu (21),