unternehmen praxis



Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Unterbrechungsregelung richtig angewandt

Formal korrekt durch die Urlaubszeit

Sommerzeit ist Urlaubszeit und damit auch "Unterbrechungszeit". Wer die Fristen zwischen zwei Behandlungseinheiten überschreitet, riskiert Kürzungen durch die Krankenkasse. Und wer Termine "schönt", riskiert zusätzlich noch Vertragsstrafen oder eine Anzeige. Das muss ja wirklich nicht sein. Deswegen haben wir noch einmal alles Wesentliche zum Thema Fristenregelungen für Sie zusammengetragen – dann klappt es auch mit der Abrechnung nach den Sommerferien!

Ich bin dann mal weg, hört man es in den Sommermonaten überall in den Heilmittelpraxen tönen. Zwei Wochen Mallorca, drei Wochen Portugal - die Deutschen sind ein reisefreudiges Völkchen. Da kann es schnell passieren, dass die Zeit zwischen zwei Behandlungen die festgelegten Fristen überschreitet und die sogenannte Unterbrechungsregelung in Kraft tritt. Der GKV-Spitzenverband erklärt die Grundsätze: "Die rechtliche Grundlage der Unterbrechungsfristen bei einer bereits begonnenen Heilmittelbehandlung ist Ziffer 29 der Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wird die Behandlung länger als in den Fristen vorgesehen unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Unterbrechungen absprechen

Die Nichteinhaltung der Fristen stellt regelmäßig eine Abweichung von der sich aus der vertragsärztlichen Verordnung ergebenden Frequenzangabe dar. Diese ist nur dann zulässig, wenn ein abweichendes Vorgehen zuvor zwischen Vertragsarzt und Therapeut verabredet wurde und die einvernehmliche Änderung vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck dokumentiert ist."

Zwischen den Spitzen der GKV und den Bundesverbänden der Heilmittelerbringer



Schummeln unnötig: Wer Fristenregelungen kennt, kann sie sinnvoll anwenden.

sind in den Rahmenempfehlung gem. § 125 SGB V Regelungen festgelegt, die Ausnahmen von der Fristenregelung der Heilmittelrichtlinien zulassen. Mögliche Prüfungen, genaue Verfahren und vertragsrechtlichen Konsequenzen werden dann ausschließlich in den Verträgen auf Landesebene festgelegt, und zwar für jede Fachrichtung einzeln. Grundsätzlich gilt: Ist etwas nicht auf Landesebene festgeschrieben, gelten die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, im Zweifel die Heilmittelrichtlinien.

Die Heilmittelrichtlinie legt fest, dass eine Behandlung nicht länger als 10 Tage (Physiotherapie) bzw. 14 Tage (Logopädie/Ergotherapie) unterbrochen werden darf. Diese Regelung gilt bundesweit. Allerdings gibt es Unterschiede bezüglich der Ausnahmen, die in jedem Bundesland/KV-Gebiet regional geregelt werden kann. Innerhalb eine Bundeslandes wird weiter unterschieden zwischen den einzelnen Fachrichtungen. So gibt es zum Beispiel in Bayern laut

Aktuell

GKV-HIS	veröffentlicht	Daten

Veränderungen in den TOP 15

Patienten vertrauen in Sachen Gesundheit nicht sich selbst 7

15

10

19

21

23

Schicksal Gesundheit

Forscher entwickeln neue Trainingsmethoden für Rheumatiker

Rein in die Pedale

Thema

Rehabilitation nach Schlaganfall

Neues Konzept für Kooperation

Angebot am Ostseestrand

Strand-Massagen als Selbstzahleridee

Physiotherapiepraxis bietet Erstversorgung

Tipps

Viele Reaktionen zum Thema Abrechnung

So kommen Sie auch zu Ihrem Geld

Nie wieder Diskussionen mit Privatpatienten

Mehr Umsatz – keine Zuzahlung

Marketingplan mit Geling-Garantie

Ein Monat voller Welt-Tage

@

Passwort für **www.up-aktuell.de: urlaub**



Kommentar

Reförmchen zweifach gut für Praxisinhaber

Einmal tief in die Beitragszahlertasche gegriffen, 'ne Kassenprämie hinzu gezaubert und schon steht die sogenannte "Gesundheitsreform" des Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler. In Wirklichkeit handelt es sich aber bloß um die Sicherstellung der Finanzierung eines untauglichen Systems. Dennoch – von den neuen Einnahmen profitieren werden vor allem die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, also auch alle Inhaber von Logopädie-, Physio- und Ergotherapiepraxen.

Was für die Mehrheit der Bevölkerung zu erhöhten Kosten führt, sorgt für Praxisinhaber für ein sicheres Einkommen in der Zukunft. Denn – BMG sei Dank – wird es kurzfristig keine wirklichen Kostensenkungen im Gesundheitswesen geben. Und da jetzt die Beiträge für alle Patienten erhöht werden - und zwar ohne Deckeln nach oben, kann man getrost davon ausgehen, dass auch die Zuzahlungen und Eigenanteile nicht weiter steigen werden. Also bleibt auf der Einkommensseite alles gut.

Aber auch die Ausgabenseite sieht für Praxisinhaber vorteilhaft aus: Weil die zukünftigen höheren Versicherungsbeiträge allein von den Arbeitnehmern getragen werden müssen, werden sie als Arbeitgeber trotzdem keine steigenden Lohnnebenkosten haben.

Im Prinzip könnte es so immer weitergehen: Die Politik sorgt für mehr Geld im Gesundheitssystem und alle Leistungserbringer freuen sich über steigende Umsätze und stabile Lohnnebenkosten. Also kurzfristig eitler Sonnenschein.

Doch Vorsicht: Mittelfristig stellt sich die Frage, wie lange sich die GKV Versicherten von der Politik noch für dumm verkaufen lassen werden. Sobald diese die Zusatzbeiträge als zu hoch empfinden, muss nach Streichkandidaten auf der Ausgabenseite gesucht werden. Hoffen wir also, dass die Ausgaben der GKV möglichst lange einigermaßen stabil bleiben, damit die Heilmittel nicht erneut als Streichoption identifiziert werden.

Raff Budmy

Herzlichst Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

Rahmenvertrag der Ergotherapeuten offiziell keine Ausnahme für eine längere Unterbrechung als 14 Tage. Aber, so die AOK Bayern auf Anfrage: "Der Unterbrechungszeitraum kann durch den verordnenden Arzt geändert werden. Bei zu langer Unterbrechung wird die Verordnung (VO) möglicherweise ungültig." Bei den Physiotherapeuten sieht der Rahmenvertrag in Bayern allerdings eine ganz andere Regelung vor. Hier gibt es klare Vereinbarung über Ausnahmen, die auch nicht mehr vom Arzt unterschrieben, sondern nur abgesprochen werden müssen. Noch eindeutiger regelt der Rahmenvertrag die Unterbrechungsregelungen der bayerischen Logopäden, hier gibt es standardisierte Kürzel zur Dokumentation von Unterbrechungen.

Das Beispiel Bayern zeigt, wie kompliziert selbst ein scheinbar einfaches Problem gelöst werden kann. Kein Wunder, dass viele Praxisinhaber darüber klagen, dass scheinbar willkürlich Kürzungen vorgenommen werden. Vermutlich ist hier oft nicht nur Willkür die Ursache, sondern schlichte Unkenntnis der Mitarbeiter bei den Krankenkassen.

Jedes Bundesland kocht hier sein eigenes Süppchen. In Niedersachsen beispielsweise ist eine Unterbrechung in Abstimmung mit dem verordneten Arzt möglich, aber nur bis zu maximal 28 Tagen (Ergotherapie), 21 Tagen (Logopädie) bzw. 19 Tagen (Physiotherapie) möglich. Und dann nur maximal zwei Unterbrechungen je Verordnung. Gar nicht auszudenken, was das für ein Kontrollaufwand für interdisziplinäre Praxen bedeutet

Alle Regelungen haben wir für Sie auf den folgenden Seiten für jede Fachdisziplin und jedes Bundesland zusammengestellt.

Ist Schummeln eine Lösung?

"Auf so etwas zu achten, ist uns zu viel Arbeit", erklärt Sigrun Berthold, Rezeptionsfachkraft einer Zehn-Therapeutenpraxis aus Nordrhein-Westfalen: "Wir schreiben die Daten nur mit Bleistift auf die Verordnung und machen dann die abgerechneten Behandlungsdaten für die Abrechnung passend." Ist der Frust über das formal "Klein-Klein" der Krankenkassen erst groß genug, sind die Hemmungen irgendwann nicht mehr all zu groß, alles einfach passend zu machen. Was im Praxisalltag als "Schummeln" bezeichnet wird, ist rechtlich gesehen Betrug. Das sieht auch die AOK Niedersachsen so: "Die rechtliche Beurteilung einer falschen oder verfälschten Inhaltsbestätigung (auch des Datums) durch Unterschrift oder der Verleitung dazu durch einen Dritten entspricht der einer juristischen

>>> Fortsetzung S. 3

Impressum



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), Dirk Schnack (di), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: d._fang (1), YBond (9), M. Subatli (12), a. triling (13), G. Menzl (16), physio & vital (19), ISO K° -photography (21); illustration27 (21); di (11)

Bewertung zu einer zusammengesetzten Urkunde im Rechtsverkehr. Ob die Zulassung durch derartige Fehler unter Umständen gefährdet sein kann, ist im Einzelfall zu beurteilen. Die AOK Bayern geht noch einen Schritt weiter und macht ihr Vorgehen in solchen Fällen deutlich: "Sofern strafrechtliche Aspekte tatsächlich zutreffen, nehmen wir Kontakt zur Staatsanwaltschaft auf; ansonsten gibt es die Möglichkeit der Verwarnung, einer Vertragsstrafe, der Regulierung eines evtl. entstandenen Schadens bis hin zum Widerruf der Zulassung."

Und die Patienten?

Insofern sollten sich auch Patienten davor hüten, ihre Unterschrift bewusst unter ein falsches Behandlungsdatum zu setzen. "Wenn ein Patient bewusst ein falsches Behandlungsdatum quittiert und dadurch einen Schaden verursacht, kommt auch eine Rückforderung gegenüber dem Patienten in Betracht", so die AOK Niedersachsen. Tatsächlich wird so etwas in der Realität aber kaum passieren, denn die Krankenkassen stehen im harten Wettbewerb zueinander und werden sich davor hüten, sich mit Patienten anzulegen.

An vielen Praxisrezeptionen kennen die jeweiligen Mitarbeiter die Rahmenverträge auf Landesebene nicht. Und selbst wenn man den Vertrag mal überflogen hat, gut verständlich sind die Formulierungen zu Unterbrechungsregeln wirklich nicht. Aber nur wer die Regeln wirklich kennt und verstanden hat, kann sich auch daran halten. Sigrun Berthold hat sich mit ihrer Chefin zusammen hingesetzt und den Vertrag gelesen. Danach haben sie die Regeln noch einmal für

sich zusammengefasst. Jetzt werden die Termine konsequent korrekt vergeben und siehe da, "ich glaube wir haben jetzt weniger Arbeit als früher" ist Berthold überzeugt. Denn wenn man erst einmal an einer Stelle schummelt, zieht das in der Regel eine Vielzahl von internen Kontrollen nach sich. "Jetzt müssen wir bei der Terminvergabe zwar ein bisschen mehr aufpassen und auch rund zehn Verordnungen im Monat mehr zu den Ärzten für Änderungen zurückschicken, aber das ist nichts im Vergleich zu früher," erinnert sich Berthold. "Da haben wir jeden Monat jede einzelne Verordnung angefasst, um jedes einzelnen Behandlungsdatum zu kontrollieren!"

Und wenn's doch mal passiert?

Ist trotz aller Vorsicht doch mal ein Rezept weitergeführt worden, obwohl die vorgegeben Frist bereits verstrichen ist, dann raten die Krankenkassen, sich mit dem Kostenträger zur Klärung in Verbindung zu setzen. Die AOK Baden Württemberg meint: "Das Vorgehen ist davon abhängig, warum die Frist nicht eingehalten werden konnte. Krankheit dürfte i.d. R. keinen Grund für einen Behandlungsabbruch darstellen. Es empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem behandelten Arzt und – sofern möglich – einvernehmlich eine Änderung der Behandlungsfrequenz zu vereinbaren und dies auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Ggf. müsste ein neues Rezept für die weitere Behandlung eingeholt werden"

Verderben Sie sich also nicht die Urlaubszeit durch Ärger mit den Krankenkassen. Werfen Sie einen Blick in unsere Tabelle und achten Sie auf das korrekte Einhalten der Unterbrechungsregelung. (bu/ko)



Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

✓ So handhaben Sie Terminprobleme

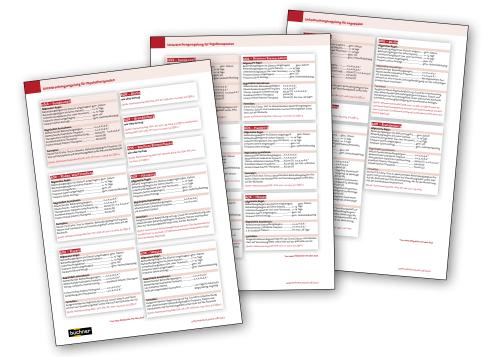
- ► Fragen Sie schon bei der Terminvergabe nach möglichen Urlaubszeiten der Patienten, um Fristüberschreitungen von Anfang an zu vermeiden. Leider verraten manche Patienten solche Informationen nur, wenn man sie fragt!
- Fangen Sie keine Verordnungen an, bei denen nur ein oder zwei Behandlungstermine stattfinden können. Viele Ärzte gehen davon aus, dass eine einmal ausgestellte Verordnung immer voll abgerechnet wird, ganz egal, was in Ihrem Behandlungsbericht steht.
- ► Halten Sie sich penibel an die vertraglichen Vorgaben.
- Grundlage für erlaubte Überschreitungen ist immer, dass die Erreichung des Therapieziels nicht gefährdet ist. Deswegen gehört dieser Satz grundsätzlich in die Begründung. Dazu kann man auch einen fertigen Stempel oder Computeraufdruck benutzten.
- Wenn Sie eine Fristüberschreitung übersehen haben und nachträglich korrigieren möchten, wenden Sie sich an einen Sachbearbeiter der betreffenden Krankenkasse vor Ort. Fragen Sie, ob aufgrund des Urlaubs, Krankheit etc. in diesem Fall eine Ausnahme gemacht werden kann (Weisen Sie möglichst nicht extra darauf hin, dass die Fristüberschreitung schon stattgefunden hat). In der Regel wird der Sachbearbeiter zustimmen. Notieren Sie den Namen des

- Mitarbeiters und das Datum des Gespräches auf der Verordnung mit dem Hinweis auf die vereinbarte Sonderregelung und rechnen wie gewohnt ab.
- ▶ Achtung: Verordnungen mit Fristüberschreitungen laufen Gefahr von manchen Krankenkassen einbehalten zu werden. Das ist zwar rechtlich fragwürdig, aber trotzdem für Sie ein Problem. Deshalb gilt, dass alle "Problemverordnungen" kopiert oder eingescannt werden (Vorder- und Rückseite), damit bei Zahlungsverweigerung trotzdem nachgebessert werden kann.
- ▶ Unterbrechungen müssen bis auf ganz wenige Ausnahmen (siehe Tabelle) nicht vom Arzt abgezeichnet werden. Es genügt, wenn Sie mit dem Arzt Rücksprache gehalten haben. Zum Nachweis einer solchen Rücksprache notieren Sie sich das Datum des Gespräches mit der Arztpraxis.
- Kürzungen bei Fristüberschreitungen sind nicht für die ganze Verordnung erlaubt, sondern gelten nur ab der tatsächlichen Fristüberschreitung. Beispiel: Bei einer Verordnung mit 6 Behandlungsterminen hat es zwischen Termin 4 und 5 eine nicht vertragskonforme Fristüberschreitung gegeben. Dann muss die Krankenkasse die Termin 1 bis 4 vollständig bezahlen. (bu/ko)

Merkzettel für die Rezeption

Unterbrechungsregeln leicht gemerkt

In jedem Bundesland können die Krankenkassen und Heilmittelverbände individuelle Regelungen zu den Unterbrechungsregeln vereinbaren. Damit sich alle Mitarbeiter merken können, worauf zu achten ist, haben wir für jedes Bundesland Merkzettel für Physio-, Ergotherapie- und Logopädiepraxen zusammengestellt, die einfach und schnell alle wesentlichen Regeln zeigen. Laden Sie sich einfach unter www.up-aktuell die für Sie wichtigen Merkzettel als Datei zum Ausdrucken herunter.



Die Merkzettel sind immer gleich gegliedert: Die Allgemeinen Regeln beschreiben den Normalfall. Abweichung von diesen Regeln führen dazu, dass die Verordnung ab der Fristüberschreitung ungültig wird. Ausnahmen davon findet man unter der Überschrift "Begründete Ausnahmen". Hier wird beschrieben, welche Ausnahmen der jeweilige Vertrag mit den Krankenkassen vorsieht. Diese Ausnahmen sind exakt zu beachten, denn werden sie nicht beachtet, führt das wiederum dazu, dass die Verordnung ab dem Zeitpunkt der Fristüberschreitung ungültig wird. Unter dem Punkt Formalien wird beschrieben, wie man "Begründete Ausnahmen" auf der Verordnung dokumentiert.

Für alle, die sich den Vertrag noch einmal im Original ansehen möchten, haben wir die Quelle für den Merkzettel angegeben. Damit können Sie noch einmal sicherstellen, dass alles stimmt! (bu)

Die Merkzettel für Ihr Bundesland finden Sie im Internet unter www.up-aktuell.de

vdek – bundesweit

Allgemeine Regel:.

Behandlungsbeginn bis (Datum eingetragen)....... gem. Datum
Behandlungsbeginn bis (ohne Datum)....... <= 10 Tage
Unterbrechungsdauer (zw. zwei Terminen)..... <= 10 Tage
Frequenz (wenn eingetragen)...... gem. VO
Frequenz (ohne Eintrag)...... gem. Heilmittelkatalog

Begründete Ausnahmen:

Formalien:

Kürzel (T,K,F) bzw. Text zu abweich. Behandlungsbeginn/Frequenz, Datum und Handzeichen auf Verordnungsblatt unten links auf der Rückseite

Quelle: Rahmenvertrag vdek / IFK,VSK, ZVK, VPT vom 1.1.2008, § 6 Ziffer 4

Unterbrechungsregelung für Physiotherapeuten

Unterbrechungsregelung für Physiotherapeuten

In diesen KV-Gebieten gilt die Unterbrechungsregelung wie vdek-bundesweit:

AOK-Berlin, AOK-Brandenburg, AOK-Bremen/ Bremerhaven, AOK-Mecklenburg-Vorpommern, AOK-Rheinland-Pfalz, AOK-Saarland, AOK-Sachsen-Anhalt, AOK-Sachsen, AOK-Thüringen, AOK-Westfalen-Lippe

Diese KV-Gebiete haben individuelle Regelungen zur Unterbrechungsregelung:

► AOK-Baden-Württemberg, AOK-Bayern, AOK-Hamburg, AOK-Hessen, AOK-Niedersachsen, AOK-Rheinland, AOK-Schleswig-Holstein

Unterbrechungsregelung für Ergotherapeuten

In diesen KV-Gebieten gilt die Unterbrechungsregelung wie vdek-bundesweit:

► AOK-Baden-Württemberg, AOK-Berlin, AOK-Saarland

Diese KV-Gebiete haben individuelle Regelungen zur Unterbrechungsregelung:

AOK-Bayern, AOK-Brandenburg, AOK-Bremen/ Bremerhaven, AOK-Hamburg, AOK-Hessen, AOK-Mecklenburg-Vorpommern, AOK-Niedersachsen, AOK-Rheinland, AOK-Rheinland-Pfalz, AOK-Sachsen-Anhalt, AOK-Sachsen, AOK-Schleswig-Holstein, AOK-Thüringen, AOK-Westfalen-Lippe

vdek – bundesweit

Allgemeine Regel:.

Behandlungsbeginn bis (Datum eingetragen)	gem. Datum
Behandlungsbeginn bis (ohne Datum)	<= 14 Tage
Unterbrechungsdauer (zw. zwei Terminen)	<= 14 Tage
Frequenz (wenn eingetragen)	gem. VO
Frequenz (ohne Eintrag)	gem. Heilmittelkatalog

Begründete Ausnahmen:

Abweichender Behandlungsbeginn	nur nach Absprache
	mit dem Arzt
Abweichende/Geänderte Frequenz	nur nach Absprache
	mit dem Arzt
Therapeutisch indizierte Unterbrechung	Kürzel (T) nur nach
	Absprache mit dem Arzt
Krankheit Patient/Therapeut	Kürzel (K)
Ferien/Urlaub Patient/Therapeut	

Formalien:

Kürzel (T,K,F) bzw. Text zu abweichendem Behandlungsbeginn/Frequenz, Datum und Handzeichen auf Verordnungsblatt unten links auf der Rückseite

Quelle: Rahmenvertrag vdek/DVE vom 1.10.2008, § 6 Ziffer 4

Unterbrechungsregelung für Ergotherapeuten

Unterbrechungsregelung für Logopäden

In diesen KV-Gebieten gilt die Unterbrechungsregelung wie vdek-bundesweit:

► AOK-Baden-Württemberg

Diese KV-Gebiete haben individuelle Regelungen zur Unterbrechungsregelung

► AOK-Bayern, AOK-Berlin, AOK-Brandenburg, AOK-Bremen/Bremerhaven, AOK-Hamburg, AOK-Hessen, AOK-Mecklenburg-Vorpommern, AOK-Niedersachsen, AOK-Rheinland, AOK-Rheinland-Pfalz, AOK-Saarland, AOK-Sachsen-Anhalt, AOK-Sachsen, AOK-Schleswig-Holstein, AOK-Thüringen, AOK-Westfalen-Lippe

vdek – bundesweit

Allgemeine Regel:.

Benandlungsbeginn bis (Datum eingetragen)	gem. Datum
Behandlungsbeginn bis (ohne Datum)	<= 14 Tage
Unterbrechungsdauer (zw. zwei Terminen)	<= 14 Tage
Frequenz (wenn eingetragen)	gem. VO
Frequenz (ohne Eintrag)	gem. Heilmittelkatalog

Begründete Ausnahmen:

Abweichender Behandlungsbeginn	. nur nach Absprache
	mit dem Arzt
Abweichende/Geänderte Frequenz	. nur nach Absprache
	mit dem Arzt
Therapeutisch indizierte Unterbrechung	. Kürzel (T) nur nach
	Absprache mit dem Arzt
Krankheit Patient/Therapeut	. Kürzel (K)
Ferien/Urlaub Patient/Therapeut	. Kürzel (F)

Formalien

Kürzel (T,K,F) bzw. Text zu abweichendem Behandlungsbeginn/Frequenz, Datum und Handzeichen auf Verordnungsblatt unten links auf der Rückseite

Quelle: Rahmenvertrag vdek/dba, dbl, dbs vom 1.08.2009, § 6 Ziffer 4

Unterbrechungsregelung für Logopäden



Heilmittelausgaben GKV steigen überdurchschnittlich

6,8 Prozent mehr im 1. Quartal 2010

Das erste Quartal 2010 bescherte den Heilmittelerbringern einen überdurchschnittlichen Umsatzzuwachs und den Gesetzlichen Krankenversicherungen erhöhte Ausgaben: 6,8 Prozent mehr musste die GKV im ersten Quartal 2010 in Heilmittel investieren. Das meldet das Bundesgesundheitsministerium zur Finanzentwicklung der Krankenkassen im 1. Quartal.

Zahnärztliche Zahnersatz 2% Ausgaben, die der Behandlung (ohne vertragsärztlichen Zahnersatz) 5% Versorgung zugute Arzneimittel aus kommeni 19% Apotheken und von Sonstigen 18% Sonstige Ausgaben 3% Hilfsmittel 3% Heilmittel 2% Verwaltungskosten 5% Behandlungs-/Häusliche Krankenpflege 2% Vorsorge- und Reha-Maßnahmen 1% Krankenhaus behandlung 34% Fahrkosten 2% Krankengeld 4%

Quelle: GKV Statistik BMG

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen sind im 1. Quartal 2010 um 4,5 Prozent je Versicherten gestiegen. Dem stand ein Zuwachs der Einnahmen von lediglich 2,8 Prozent gegenüber. In den größeren Leistungsbereichen ist die Entwicklung der Ausgaben sehr unterschiedlich verlaufen: um 4,8 Prozent je Versicherten sind die Ausgaben für Arzthonorare gestiegen. Bei den Krankenhausbehandlungen lag der Zuwachs im 1. Quartal 2010 bei 5,3 Prozent. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben lag bei 3,9 Prozent je Versicherten. Das sind deutlich geringere Zuwächse als im Heilmittelbereich mit 6,8 Prozent.

Nur das Krankengeld mit einem Plus von 9,8 Prozent sowie die Kosten für Früherkennung und Behandlungspflege mit einem Zuwachs von mehr als 14 Prozent übertreffen das Wachstum der Heilmittelausgaben.

Die weiteren Aussichten für Inhaber von Heilmittelpraxen dürfen durchaus als positiv bezeichnet werden. Bei der Betrachtung der Finanzentwicklung im Jahresverlauf muss man bedenken, dass die Ausgaben im 1. Quartal regelmäßig niedriger sind als im Durchschnitt der folgenden drei Quartale. Wenn das auch in diesem Jahr für Heilmittel gilt, dann dürfen sich alle Praxen auf satte Umsatzsteigerungen freuen!

KV Brandenburg veröffentlicht Richtgrößen für 2010

Heilmittelbudget wächst um 6,45 Prozent

Die KV Brandenburg hat sich mit den Krankenkassen in Brandenburg endlich auf eine Heilmittelvereinbarung für 2010 verständigt. Das Heilmittelausga-

benvolumen wächst danach um 6,45 Prozent auf mehr als 104 Millionen Euro. Die Richtgrößen sind jedoch für einige Arztgruppen rückläufig.

In Brandenburg hat das Heilmittelausgabenvolumen zum ersten Mal die 100 Millionen-Euro-Grenze überschritten. Insgesamt 104.089.091 Euro stehen in Brandenburg für Heilmittelausgaben in 2010 zur Verfügung. Vergleicht man das mit den Heilmittelausgaben 2009 in Brandenburg (95 Millionen Euro) dann wird klar, dass Ärzte ohne Angst vor Heilmittelregressen verordnen können.

Wichtig für Ergotherapeuten und Logopäden ist, dass in 2010 erstmals nicht mehr alle ergotherapeutischen und logopädischen Verordnungen als Vorab-Praxisbesonderheiten eingestuft werden, sondern nur noch bei bestimmten Indikationsgebieten. In der Prüfvereinbarung der KV Brandenburg finden sich auf Sei-

te 45 alle Indikationen für die Vorab-Praxisbesonderheiten. Dort werden auch Physiotherapeuten findig.

Die Richtgrößen der Facharztgruppen haben sich nicht analog zum Heilmittelausgabenvolumen entwickelt. Durch Berücksichtigung der Vorab-Praxisbesonderheiten haben sich die Richt-

größen zum Beispiel für Kinderärzte um mehr als 18 Prozent verringert. Bei den Neurologen betrug der Rückgang zwischen 35 Prozent (M/F) und 41 Prozent (R). Über deutlichen Zuwachs ihrer Richtgrößen freuen sich Chirurgen (+9 Prozent) und HNO-Ärzte (+8 Prozent). Bei einzelnen Arztgruppen waren die nach Abzug der Praxisbe-

sonderheiten ermittelten Richtgrößen so gering, dass auf eine Festlegung verzichtet werden konnte.

Da die neuen Richtgrößen für 2010 erst im Juni veröffentlicht wurden, gilt für das erste Halbjahr die Richtgröße (2009/2010), die besser (größer) ist. Die neuen Richtgrößen gelten uneingeschränkt erst ab dem 1. Juli 2010.

Alle Vereinbarungen,
Daten und das Richtgrößen-Controlling-Tool
für den Bereich der KV
Brandenburg können
Premium-Plus Kunden bei
der Hotline anfordern
oder im Internet unter
www.heilmittel-regress.de

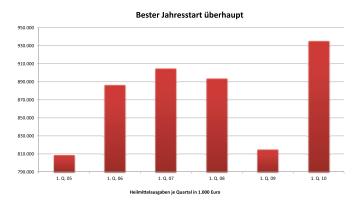
GKV-HIS veröffentlicht Daten

Veränderungen in den TOP 15

Das erste Quartal 2010 war für die Heilmittelbranche in Deutschland mit einem Wachstum von 14,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr das beste erste Quartal seit Bestehen des Heilmittelinformationssystems der GKV (GKV-HIS). Nicht ganz so schön ist der allgemeine Ausgabenverlauf. Hier zeigen sich im Detail erhebliche Unterschiede. Außerdem hat es Verschiebungen in der Liste der am meisten verordneten Heilmittel gegeben.

Mehr als eine Milliarde Euro Heilmittelumsatz im 1. Quartal 2010 (inkl. Zuzahlungen) – das gab es bisher nur im 1. Quartal 2007. Damals waren es allerdings fast 30 Millionen Euro weniger als in diesem Jahr. Die Summe zeigt, dass der Heilmittelmarkt nach wie vor lukrativ ist und die Umsatzraten über dem Durchschnitt der Ausgabenentwicklung liegen.

Liest man die Zuwachsraten des ersten Quartals 2010 im Vergleich zum Vorjahr, dann wird man fast schwindelig: 14,9 Prozent Wachstum im Bundesdurchschnitt, das Saarland (+2,6%), Baden-Württemberg (+3,6%) und Rheinland-Pfalz (+5,6%) wachsen nur einstellig, alle anderen zweistellig. Spitzenreiter sind Mecklenburg-Vorpommern (+21,2%), Niedersachsen (+22,8%) und auf Platz eins steht Westfalen-Lippe (+24,7%)(s.a. Tab 1).. Solche prozentualen Zuwächse sind prima, allerdings dürfte kaum eine Praxis derartige Umsatzsteigerungen im 1. Quartal verbuchen können. Die Zuwächse im Vergleich zum Vorjahr sind nur deswegen so hoch, weil das 1. Quartal 2009 das zweitschlechteste Quartal seit Bestehen des GKV-HIS war. Wer also wissen will, wie sich die Umsatzzahlen wirklich entwickelt haben, verfolge die Umsatzentwicklung in den einzelnen Bundesländern.



Vergleicht man die Heilmittelausgabenentwicklung der GKV des 1. Quartals 2010 mit den Heilmittelausgaben des 4. Quartals 2009 sieht alles ganz anders aus. Dann ergibt sich im Bundesschnitt ein Rückgang der Heilmittelausgaben um 0,2 Prozent. Verlierer sind das Saarland (-10%), Rheinland-Pfalz (-9%) und Baden-Württemberg (-5,6%). Gewinner sind Niedersachsen (+3,9%), Thüringen (+6,1%) und Sachsen (+7,8%)(s.a. Tab. 2).

Den größten Zuwachs unter allen Heilmittelleistungen verbuchte erneut die "Podologische Komplexbehandlung". Im 1. Quartal 2008 wurde diese Leistung unter den TOP 15 der Heilmittel (Umsatzstärkste Heilmittel) noch gar nicht erwähnt. Im 1. Quartal 2009 lag sie schon auf Platz 14 vor der Position KG-Gerät. Im 1. Quartal 2010 findet sich Podologie auf Platz 12 nur knapp hinter KG-ZNS-Kinder. Bleibt es bei diesem Zuwachs – und danach sieht alles aus – dürfte der Umsatz mit Podologie zum Jahresende höher sein als der Umsatz mit KG-ZNS-Kinder.

An der Spitze der TOP 15 hat es eine weitere Verschiebung gegeben. Im Gegensatz zum Vorjahr ist im ersten Quartal 2010 deutlich mehr Manuelle Therapie verschrieben worden als KG-ZNS-Erwachsene. Beim Umsatz ist der Unterschied nicht ganz so deutlich. (bu)

Tabelle 1

Heilmittelausgaben der GKV im Vorjahresvergleich Veränderung 2000/2010

KV (Nettowerte)	veranue	in TEur	
KV (Nettowerte)		III I Lui	0 111 /6
Baden-Württembe	erg	4.909	3,6%
Bayern		13.621	10,8%
Berlin		7.628	19,2%
Brandenburg		3.954	19,2%
Bremen		672	12,3%
Hamburg		3.347	16,4%
Hessen		8.773	17,2 %
Mecklenburg-Vorp	ommern	2.777	21,2 %
Niedersachsen		17.340	22,8%
Nordrhein		16.927	20,4%
Rheinland-Pfalz		2.401	5,8%
Saarland		277	2,6%
Sachsen		11.373	21,0 %
Sachsen-Anhalt		3.341	14,2%
Schleswig-Holstei	n	5.354	17,1%
Thüringen		3.519	16,6%
Westfalen-Lippe		14.730	24,7%
Summe		120.943	14,9%
Tabelle 2			

Heilmittelausgaben im Verlauf			
KV	Veränderur in	ng IV og TEuro	
Baden-Württembei	·g -8.9	28 -	5,9%
Bayern	7	96 d	0,6%
Berlin	1.3	213	2,6%
Brandenburg	8	35	3,5 %
Bremen	-	30 -0	0,5 %
Hamburg	-3	43 -	1,4%
Hessen	-1	92 -0	0,3%
Mecklenburg-Vorpo	mmern 2	65	1,7%
Niedersachsen	3.4	90	3,9%
Nordrhein	-1.2	223 -	1,2 %
Rheinland-Pfalz	-4.3	32 -9	9,0%
Saarland	-1.3	221 -10	0,0%
Sachsen	4.	717	7,8%
Sachsen-Anhalt		155 (0,6%
Schleswig-Holstein	-:	213 -0	0,6%
Thüringen	1.2	121 (5,1%
Westfalen-Lippe	1.8	375	2,6%
Summe	-1.7	715 -0	0,2%

Alle aktuellen Daten finden Sie wie gewohnt im Internet unter www.gkvhis.de oder Sie fordern diese an der Premium-Plus Hotline ab. Dort können Sie auch kostenlos konkrete Auswertungen für Ihre Region, z.B. für Ihre Arztkommunikation anfordern.

Viele Reaktionen zum Thema Abrechnung

So kommen Sie auch zu Ihrem Geld

In der letzten Print Ausgabe (up 07-2010) berichteten wir in dem Artikel "So kommen Sie zu Ihrem Geld" über die Physiotherapeutin Marion Becker, die ihre zurückgeschickten Verordnungen unbearbeitet bei der nächsten Abrechnung wieder einreicht. Daraufhin erreichte uns eine Stellungnahme der AOK Niedersachsen, die wir gerne unverändert abdrucken möchten:

Die AOK Niedersachsen arbeitet mit moderner Software, die eine intensive und systematische Prüfung eingereichter Abrechnungsunterlagen ermöglicht. Maschinell definierte Prüfkriterien greifen alle gleichgelagerten Sachverhalte auf – unabhängig davon, wie oft Abrechnungsunterlagen wieder eingereicht werden. Nur wenn der Datensatz oder die Verordnung verändert wurde, ist es aus Sicht der AOK Niedersachsen denkbar, dass die automatisierte Prüfung "ausgetrickst" wird. Aber auch diese Methode, die hier, wie wir betonen möchten, nur theoretisch dargestellt ist, kann nicht als sicher gelten: Mehrfach eingereichte Verordnungen oder Kopien und Duplikate werden beim Rechnungseingang maschinell und manuell identifiziert und gesondert geprüft. Werden dort rechtswidrige Manipulationen festgestellt, wird es für den Leistungserbringer kritisch.

Möglicherweise hat die im Beitrag anonymisierte Leistungserbringerin den Eindruck, alles würde bezahlt, weil bestimmte Rückläufer sie noch nicht erreicht haben. Das kann zum Beispiel an dem von ihr beauftragten Abrechnungszentrum liegen oder an der Tatsache, dass die niedersächsischen Verträge eine Rechnungsprüfung innerhalb von bis zu zwölf Monaten zulassen. Erfolgversprechender als die von "Marion Becker" empfohlene Methode ist jedenfalls für Therapeuten, bei unklaren Sachverhalten das Gespräch mit dem Serviceteam des Abrechnungsbereiches zu suchen. Dabei wird schnell klar, in welchen Fällen sich eine erneute Einreichung lohnt oder welche Fehler sie in Zukunft vermeiden können. Schließlich sollte unser gemeinsames Anliegen sein, korrekt abrechnende Leistungserbringer ebenso wie die Krankenkassen vor nicht substantiierten Forderungen zu schützen.



Patientensicht zur Gesundheitsreform

Solidarität statt Beitragserhöhung

Der Patientenombudsverein im Norden hat ein Konzept vorgelegt, das eine solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen soll. Es unterscheidet sich in wichtigen Punkten vom Konzept von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler.

"Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine optimale Versorgung und sollen daher auch zukünftig unabhängig von ihrem Einkommen von den Fortschritten der Medizin profitieren." Solche Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums bezweifeln nicht nur Oppositionspolitiker, auch unter Patienten verstärkt sich die Skepsis, ob die "optimale Versorgung" künftig noch möglich – sprich bezahlbar – sein wird.

Immerhin räumt das Ministerium im gleichen Atemzug ein: "Zur Lösung des Finanzierungsproblems müssen deshalb alle Beteiligten die Aufgabe gemeinschaftlich angehen: Arzneimittelhersteller, Ärzte und Krankenhäuser müssen sparen. Das alleine wird aber nicht ausreichen. Die Versicherten müssen sich daher langfristig auf einen Anstieg der Gesundheitsausgaben einstellen." Folge ist u.a. ein Anstieg der Beiträge von 14,9 auf 15,5 Prozent des Bruttolohns.

Mehr Solidarität der Versicherungsgemeinschaft

Der frühere schleswig-holsteinische Sozialminister Günther Jansen hält einen Anstieg der Beiträge allein nicht unbedingt für ein Schreckgespenst. Als Vorsitzender des Vereins Patientenombudsmann /-frau Schleswig-Holstein (der Verein wird von verschiedenen Institutionen wie Verbraucherzentrale, Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen und Ärztekammer getragen) kritisiert er aber Entwicklungen, die aus seiner Sicht die Solidarität der Versicherungsgemeinschaft beeinträchtigen. Als Beispiele nennt er Forderungen nach einer höheren Kostenbeteiligung und Zusatzversicherungen oder Prämien. Als falschen Weg hat er auch eine stärkere Abhängigkeit der GKV vom Staat ausgemacht. Jansen warnt: "Wenigstens in der Krankenversicherung sollte man Menschen, die oft hart arbeiten oder ein Leben lang gearbeitet haben, nicht zumuten, den Staat als Sozialbedürftige um Zuschüsse bitten zu müssen."

Jansen hat ein Konzept mit Rahmenbedingungen vorgelegt, die aus seiner Sicht für die Finanzierung einer solidarischen Krankenversicherung notwendig sind. Als Grundlage fordert er klar formulierte Leistungsansprüche der Versicherten und eine unumstrittene Zuständigkeit und Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses, auf dessen Richtlinien sich alle Leistungserbringer berufen können. Eine Kalkulation der Beitragssätze könnte nach Ansicht Jansens mit Hilfe folgender Kriterien erfolgen:

- Rückkehr zur gleichen Belastung in der paritätischen Beitragszahlung von Beschäftigten. In Röslers Konzept werden Arbeitnehmer ab 2011 mit 8,2 Prozent, Arbeitgeber dagegen nur mit 7,3 Prozent belastet.
- ► Einführung einer flexiblen Versicherungspflichtgrenze, die bei Bedarf bis zur Höhe der Rentenversicherungspflichtgrenze angehoben werden kann. In Röslers Konzept ist dies nicht vorgesehen.
- Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Krankenversicherung mit einem anteiligen Beitrag allein durch die Einkommensbezieher bis zur Versicherungspflichtgrenze. Bislang hat noch keine Regierung diese seit Jahrzehnten immer wieder diskutierte Variante umgesetzt – auch in Röslers Konzept spielt sie keine Rolle.

Auch eine andere bekannte Forderung hat der Patientenombudsverein aufgenommen. Er verlangt zwar keine Bezuschussung der GKV aus Steuermitteln, aber eine Art aus der Vergangenheit. Denn über Jahrzehnte hat der Staat den gesetzlichen Krankenkassen immer wieder Leistungen auferlegt, die streng genommen



nichts mit Krankenversicherung zu tun haben. Dies sind etwa die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft wie etwa Pflegedienste während Schwangerschaft oder Entbindung, Leistungen zur Empfängnisverhütung, Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes. Der Bund beteiligt sich inzwischen zwar pauschal über Steuerzuschüsse an diesen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung, aber Jansen sieht weitere Pflichten. Nach seiner Auffassung sollte die GKV schrittweise die Kosten, die ihr über Jahrzehnte zur Entlastung der Staatsfinanzen für gesellschaftspolitische Aufgaben übertragen wurden, erstatten – dies wären Beträge in Milliardenhöhe.

Jansen schließt nicht aus, dass eine Kalkulation auf diesen Grundlagen anfangs sogar zu einer Beitragssenkung der Krankenkassen führen könnte. Aber auch höhere Beiträge hält er unter den genannten Voraussetzungen für leichter vermittelbar als eine Finanzierung über den Umweg höherer Steuern – verbunden mit Leistungskürzungen. (di)

AOK Baden-Württemberg

Heilbronner Straße 184

www.aok.de/badenwuerttemberg/index.php

70191 Stuttgart

Tel.: 0711 2593-0 E-Mail: info@bw.aok.de

Rehabilitation nach Schlaganfall

Neues Konzept für Kooperation

Die AOK Baden-Württemberg und die Universität Heidelberg wollen ab Herbst 2010 ein neues Untersuchungskonzept zur Rehabilitation nach Schlaganfall testen. Das gab der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Rolf Hoberg, auf dem 1. Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement am 6. Juli 2010 in Berlin bekannt. Therapeuten kommen in diesem Konzept allerdings nicht vor.

Ziel des Praxistests sei eine individuell auf den Einzelnen zugeschnittene Reha, die helfe, die Krankheitsdauer insgesamt zu verkürzen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, erklärte der Vorstandschef. Die Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten soll in Zukunft mit einem umfassenden Arztgespräch zusätzlich zu einer intensiven Untersuchung dieses Ziel erreichen. Dabei bemängelte Hoberg die zurzeit fehlende Transparenz und Vernetzung der Rehabilitation mit der Krankenhausbehandlung und der Häuslichen Krankenpflege und betonte: Aus der Abseitsfalle komme die Rehabilitation nur durch ein deutlich besseres Zusammenspiel zwischen medizinischer Behandlung und Prävention heraus. Die Vernetzung und Kooperation mit Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten erwähnte Hoberg allerdings nicht.

Anlass des aktuellen Praxistests waren die Ergebnisse der Studie "ARISE" (Angewandte Rehabilitationsforschung Interdisziplinäre Schlaganfall Erhebung), die

vom Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg erstellt wurde. "Die Studie hat eindeutig gezeigt, dass bei der Entscheidung, ob und welche Rehabilitationsleistungen Schlaganfallpatienten erhalten sollen, das Lebensalter nur eine untergeordnete Rolle spielt. Körperliche, psychische und kognitive Merkmale müssen unbedingt mit berücksichtigt werden, um eine schnellstmögliche und vor allem dauerhafte Genesung zu erreichen", sagte der Leiter des Instituts, Professor Dr. Andreas Kruse in Berlin. Diese Merkmale erkenne der Arzt jetzt im Assessment und könne dann seine Entscheidung viel besser als bisher individuell auf seinen Patienten zuschneiden.

Hintergrund des Untersuchungskonzeptes sind die explodierenden Kosten in der Pflege. Bis 2020 würde die Zahl der über 80järhigen um rund 50 Prozent ansteigen, so Hoberg. Das bedeutet Mehrausgaben von 28 Milliarden Euro für die Krankenkassen. Statt alte Menschen in die Pflege abzuschieben, sollten deren körperliche, psychische und kognitive Merkmale durch eingehende Untersuchungen identifiziert und bei der Reha berücksichtigt werden. Nur so könne eine schnelle und dauerhafte Genesung erreicht werden, forderte der AOK Chef und stellte klar: Weder Staat noch Krankenkassen könnten diese Summe ohne weiteres aufbringen. Erstrebenswert sei es deshalb, ein Leben bis ans Ende möglichst lange ohne schwere Krankheiten führen zu können.

"Welt-Premiere" für Fachlexikon der Physiotherapie



Springer Lexikon Physiotherapie
Zalpour, Christoff (Hrsg.)
1st Edition, 2010, etwa 1.500 S.
750 Abb., Geb.
ISBN: 978-3-540-71498-9
34,95 Euro Ladenpreis

Von "Anatomie" über "Kinesiologie", "Manuelle Therapie" und "Psychomotorik" bis "ZNS" – mehr als 22.000 Stichworte zur Physiotherapie haben über 65 Autoren aus aller Welt in dem ersten umfassendem Fachlexikon "Physiotherapie" gesammelt, das seit Ende Mai im Buchhandel verfügbar ist.

Als "Welt-Premiere" bezeichnet Professor Dr. Christoff Zalpour als Herausgeber die Enzyklopädie in einer Pressemitteilung der FH Osnabrück. Das Lexikon liefere nicht nur Erklärungen mit aktuellen praxisnahen Informationen zur Fachterminologie, sondern gebe auch Aufschluss über angrenzende Themengebiete und die physiotherapeutisch relevante medizinische Nomenklatur, heißt es weiter. So seien über 400 Krankheitsbilder mit allen wichtigen Fakten und Praxishinweisen zur ärztlichen und physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung aufgeführt. Jeder Stichworteintrag werde auch in Englisch aufgeführt, um die Recherche in internationalen Datenbanken zu erleichtern. Eine Auflockerung zum klassisch lexikalischen

Stil bildeten die Schwerpunkt-Beiträge bzw. Essays, die aktuell diskutierte Themen wie "Clinical Reasoning", "Differentialdiagnostik in der Physiotherapie" oder "Physiotherapy Evidence Database (PEDro) – von Physiotherapeuten für Physiotherapeuten entwickelt" aufgreifen.

Für die Erstellung des Fachlexikons mit fast 1.500 Seiten wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die zunächst alle relevanten Begriffe der Physiotherapie zusammentrug und einen Index erstellte. Das Lexikon ist seit Ende Mai im Buchhandel verfügbar. Es soll laut Pressemitteilung regelmäßig überarbeitet und aktualisiert werden. Und schon jetzt zeige das umfassende Feedback aus Fachkreisen, dass das Referenzwerk eine wichtige Nachfrage im Bereich der physiotherapeutischen Literatur abdecke. "Insbesondere für die Physiotherapie, die in den letzten Jahren entscheidende Schritte zur eigenständigen Wissenschaft gemacht hat", fügt Zalpour hinzu, "ist ein derartiges Fachlexikon, welches kontinuierlich aktualisiert wird, unentbehrlich." (ks)

Bürger debattieren über Priorisierung

Bereits im April diesen Jahres berichteten wir über die Priorisierungsdebatte der Lübecker Bürger. 20 Bürger der Stadt diskutieren an vier Wochenenden über gerechte und sinnvolle Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung. Jetzt liegen die Ergebnisse vor.

Vielleicht haben die Rentnerin Margot Wolters, die Krankenschwester Kerstin Rückert, der Küchenchef Stephan Schröder gemeinsam mit 15 anderen Teilnehmern der Lübecker Bürgerkonferenz nun Geschichte geschrieben. Auf jeden Fall hat diese Gruppe von Laien Pionierarbeit geleistet, weil sie erstmals in Deutschland außerhalb von Expertenkreisen Grundlagen für eine Priorisierung in der Medizin erarbeitet hat.

Prof. Heiner Raspe vom Lübecker Institut für Sozialmedizin hat in diesem Jahr die Initiative ergriffen und nach dem Zufallsprinzip 3.000 Menschen in Lübeck zur Prioritätensetzung befragt, von denen rund die Hälfte antwortete. Das Ergebnis überraschte: 82 Prozent der Antwortenden wollte mit darüber entscheiden, welche Leistungen die Krankenkassen übernehmen.

Interesse besonders bei älteren Bürgern

Rund 200 Menschen äußerten darüber hinaus ein allgemeines Interesse daran, an einer Bürgerkonferenz zur Priorisierung teilzunehmen. Aus dieser Menge wurden 40 Menschen nach bestimmten Kriterien wie Alter und Geschlecht gefiltert, von denen 20 schließlich ausgelost wurden. Elf Männer und sieben Frauen zwischen 20 und 76 Jahren hielten die nicht einfache Projektarbeit an vier aufeinander folgenden Wochenenden durch. Ein Teilnehmer schied aus gesundheitlichen, ein weiterer aus unbekannten Gründen aus. Auffällig ist, dass nur ein Teilnehmer jünger war als 39 Jahre – das Interesse besonders unter jungen Männern am Thema war nach Einschätzung Raspes gering.

Deutlich wurde, dass das Thema die Menschen nach sorgfältiger Diskussion keineswegs abschreckt, sondern nach ihren Erfahrungen Transparenz und damit Vertrauen in das Gesundheitssystem schafft. Priorisierung beruht nach ihrer Einschätzung auf Grundwerten wie Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität, Bedarf, Effizienz, Information, Transparenz und Selbstbestimmung. Der Menschenwürde haben sich nach ihrer Überzeugung alle anderen Grundwerte unterzuordnen. Wichtig ist der Bürgerkonferenz, dass Menschen, die sich nicht selbst vertreten können, vor Benachteiligung geschützt werden.

Als Kriterien für eine Priorisierung haben die 18 Bürger Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung, bedarfsgerechte Verteilung, Wartezeit, Patientenwille, Lebensqualität, Kosteneffizienz, Innovation und Fortschritt in der Medizin sowie Nachweisbarkeit der Wirksamkeit ausgemacht. Kontrovers wurden in der Gruppe die Kriterien Eigenverantwortung und Selbstverschulden, familiäre Fürsorge und Berufsfähigkeit diskutiert – bei diesen Punkten gab es unterschiedliche Meinungen, ob sie Kriterium für eine Priorisierung sein sollten. Dagegen waren sie einhellig der Meinung,



Welcher Patient erhält eine Leistung zuerst? Mitglieder der Lübecker Bürgerkonferenz stellten sich solchen schwierigen Fragen.

dass das kalendarische Alter, der soziale Status und der Beruf keine Kriterien sind, die bei einer Priorisierung berücksichtigt werden sollten.

Die Gruppe empfahl zudem ein nationales Gremium, das sich mit den gleichen Fragen beschäftigt, Grundwerte und Kriterien zur Priorisierung diskutiert und feststellt. Als Vertreter in diesem Gremium wünschen sie sich Verbände und Kammern aus dem Gesundheitswesen, Krankenversicherungen, aber auch Bürger.

Die Einflussnahme von Lobbyisten und medizinischer Industrie wollen sie kontrolliert sehen. Um Eigenverantwortung zu fördern, halten die Bürger Anreize für eine persönliche Gesundheitsvorsorge und eine gesunde Lebensweise für sinnvoll.

Keine leichte Entscheidung

Der Weg zu den Ergebnissen war mühsam, wie Konferenzteilnehmer Stefan Jack verriet. Wie komplex die von ihnen geforderte Aufgabe war, wurde bei der Diskussion von Fallbeispielen deutlich. Die Bürger bekamen zum Beispiel den Auftrag, aus vier geschilderten Einzelschicksalen eine Person auszuwählen, die als erste ein künstliches Hüftgelenk erhält. "Zunächst hat man schnell aus dem Bauch heraus entschieden. Je mehr man über die Hintergründe erfuhr, desto schwerer fiel die Entscheidung", berichtete Jack. Die Gruppe spürte bei der Diskussion solcher Beispiele, dass sie Kriterien benötigt, um eine Entscheidung treffen zu können. Zugleich wurde ihnen nach Beobachtung von Moderator Jens-Peter Dunst deutlich, welche Verantwortung damit verbunden ist und unter welchem Druck Ärzte bei diesen Fragen stehen.

Ihre Ergebnisse versteht die Gruppe als Votum, das zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte beitragen könnte, etwa in Form weiterer Bürgerkonferenzen in anderen Regionen. Die Ergebnisse der Bürgerkonferenz sollen im Herbst im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen des Gesundheitswesens kommentiert werden.

Physiotherapie nach Brustkrebs-Operation hilft

Studie: McNeely ML, et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Sportliche Aktivitäten können die Fitness bei Frauen nach einer Brustkrebsoperation deutlich steigern. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler der Universität von Alberta in Kanada. Besonders die Beweglichkeit der Schulter werde durch gezieltes Training erheblich verbessert.

"Es gab Bedenken, dass zu viel Bewegung kurz nach der Operation vielleicht Schmerzen verursachen, die Heilung verzögern oder zu einem Lymphödem führen könnte", erklärte Projektleiterin Margaret McNeely, Assistenzprofessor für physikalische Therapie an der Universität von Alberta, im Health Behavior News Service. Daher hatte ihr Team nach Studien gesucht, in denen Brustkrebspatientinnen, die am Sport teilgenommen hatten, mit entsprechenden Gruppen von Frauen verglichen wurden, die kein sportliches Training absolviert hatten.

Die kanadischen Forscher fanden 14 geeignete Studien, an denen rund 720 Frauen teilgenommen hatten. Etwa 200 von ihnen waren zum Untersuchungszeitpunkt in einer Brustkrebsbehandlung, die übrigen hatten die Erkrankung bereits überstanden. Für die Studie waren Sportarten wie Tai Chi, Walking oder

Jogging sowie Krafttraining geprüft worden. In den meisten Studien hatten die Frauen mindestens dreimal pro Woche trainiert.

Fazit: Die körperliche Leistungsfähigkeit und damit die Lebensqualität konnte bei fast allen Studienteilnehmerinnen gesteigert werden. In einigen Studien waren ferner bestimmte Übungen der Physikalischen Therapie ausgewertet worden, die die Beweglichkeit des Arms innerhalb einer Woche nach einer Operation verbessern sollen. Die Frauen konnten tatsächlich ihren Arm früher bewegen und beispielsweise besser über den Kopf greifen. Allerdings, so McNeely weiter, könnte sich die Wundflüssigkeit erhöhen. Daher sei es sinnvoll, mit den Übungen erst nach etwa einer Woche nach der Operation zu beginnen.

Der Nutzen von Sportprogrammen für Brustkrebs-Patientinnen scheint inzwischen nicht mehr strittig zu sein: Neben der Initiative "Brustkrebs bewegt" bietet die DAK als erste gesetzliche Krankenkasse seit Oktober 2008 bundesweit 12-wöchige Bewegungsprogramme für Brustkrebs-Patientinnen in rund 30 Städten an, die Versicherten aller Kassen offenstehen.

Das Kreuz mit dem Kreuz

Bewegungsvirus für Kids

Immer mehr Kinder klagen über Rückenschmerzen.
Das ist das Ergebnis einer bundesweiten Forsa-Befragung von 100 Kinder- und Jugendärzten im Auftrag der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK). Für Therapeuten als Bewegungsexperten heißt das:

Neue Programme für die Kleinen, die es im Kreuz haben, zu entwickeln.



Hauptursache für die gestiegene Zahl von Rückenproblemen bei Kindern sei mangelnde Bewegung, hieß es in der DAK-Pressemitteilung. In der aktuellen Studie hatte die Mehrzahl der befragten Mediziner erklärt, dass die Anzahl der Kinder mit Rückenschmerzen in den letzten zehn Jahren stark (13 Prozent) beziehungsweise etwas (44 Prozent) zugenommen habe. Besonders betroffen seien mit 61 Prozent die 11-bis 14-Jährigen. Doch schon sechs Prozent der 6- bis 8-Jährigen klagten über Kreuzschmerzen.

98 Prozent der Ärzte waren der Ansicht, dass Kinder in ihrer Freizeit zu wenig Sport treiben. Sie säßen stattdessen stundenlang vor dem Fernseher oder dem PC. Außerdem würden die Eltern die motorische Entwicklung ihrer Kinder zu wenig anregen, meinten 91 Prozent der Mediziner. Und 60 Prozent der Kinderärzte halten den Sportunterricht an den Schulen für zu wenig oder zu schlecht. Mehr als die Hälfte (53 Prozent) gaben schlechte oder falsche Ernährung als Grund für die steigende Zahl von Rückschmerzen bei Kindern an.

Eltern sollten Bewegung fest im Alltag integrieren und ein Vorbild in gesundheitlicher Hinsicht sein, meinten 96 Prozent der Experten. Mehr als 90 Prozent sprachen sich für eine regelmäßige Teilnahme im Sportverein aus oder für gemeinsame Sportaktivitäten in der Familie. Krankengymnastik empfahlen dagegen nur 49 Prozent.

Aufgrund dieser Ergebnisse startet die DAK im Juli eine bundesweite Aufklärungskampagne zum Thema Rückenschmerzen. In 13 deutschen Städten werde Professor Ingo Froböse von der Sporthochschule Köln kostenlose Aktiv-Vorträge halten. "Wir müssen unsere Kinder nur mit dem "Bewegungsvirus" infizieren. Eltern sollten immer Vorbild sein – gerade beim Sport und der Gesundheit." (ks)

Patienten vertrauen in Sachen Gesundheit nicht sich selbst

Schicksal Gesundheit

Patienten vertrauen in Sachen Gesundheit häufig nicht sich selbst. Eine Umfrage zeigt, dass jeder dritte Erwachsene in Deutschland die Verantwortung für seine Gesundheit eher bei anderen sieht.

Die Verantwortung für die eigene Gesundheit abgeben – diese Vorstellung haben in Deutschland überraschend viele Menschen. Besonders bei männlichen und jungen Patienten sollten Therapeuten berücksichtigen, dass diese häufig auf Ratschläge und Hilfe anderer in Sachen Gesundheit setzen.

Eine repräsentative Studie des "Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen" (WINEG) zum Thema Patientenzufriedenheit zeigt, dass nur jeder zweite Mann auf den Rat anderer setzt, bei den Frauen jede vierte.

"Beunruhigend finde ich, dass gerade junge Menschen eher auf andere vertrauen, anstatt selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Von den 18- bis 30-Jährigen gab dies fast jeder Zweite an", sagte WINEG-Direktor Dr. Frank Verheyen. Interessant ist auch, dass viele Menschen die Frage, ob Beschwerden wieder verschwinden, offenbar als Schicksal auffassen. Denn mehr als jeder Vierte (28 Prozent) schreibt es eher Glück oder Pech zu, ob er im Krankheitsfall wieder gesund wird – anstatt zu glauben, dies auch selbst in der Hand zu haben.

Dabei lassen die Menschen außer Acht, dass der Therapieerfolg bei vielen Diagnosen stark davon abhängt, wie gut der Patient mitarbeitet: "Insbesondere bei chronischen Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes ist es entscheidend, dass der Patient in der Therapie eine aktive Rolle übernimmt", sagte Verheyen.

Fast jeder zweite Befragte bezeichnete sich in der WINEG-Studie als chronisch krank. Um Patienten für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen, sieht Verheyen Ärzte gefragt: "Sie müssen bei den Patienten das Be-

wusstsein dafür wecken, dass ihr eigener Einsatz für den Therapieerfolg ausschlaggebend ist – und welche Folgen eine mangelnde Mitarbeit für sie haben kann." Denn, so der WINEG-Direktor weiter: "Die Verantwortung für ihre Gesundheit können Patienten nicht an ihren Arzt abgeben. Der gibt ihnen zwar den Therapieplan mit auf den Weg und verordnet die notwendigen Medikamente. Sobald der Patient das Rezept in der Hand hält, liegt damit aber auch buchstäblich der Erfolg der Therapie in seiner Hand".

Die TK verweist aber auch darauf, dass häufig Ärzte zum fehlenden Verantwortungsbewusstsein der Patienten beitragen. Die Gründe können etwa im dominanten Auftreten der Praxisinhaber oder in dem Glauben, die Einbeziehung von Patienten belaste den Praxisalltag, liegen. Die Kasse verweist in diesem Zusammenhang auf frühere Ergebnisse von Untersuchungen, wonach die Mehrzahl der Patienten in Entscheidungen einbezogen werden möchte. (di)



BGF: Aber bitte mit fachlicher Anleitung!

Gesundheitsförderung im Betrieb kann zu einer Änderung des Lebensstils führen. Ein niederländisches Forschungsteam hat festgestellt, dass betriebliche Beratung oder Bewegungsübungen eine positive Wirkung besonders auf Risikogruppen unter den Arbeitnehmern haben, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen neigen. Sie beobachteten sowohl eine Reduzierung des Körperfetts wie auch des Körpergewichts.

Die Wissenschaftler aus Amsterdam hatten 31 Studien aus den Jahren 1993 bis 2008 geprüft. Alle Studien sollten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beinhalten, die das Ziel hatten, die körperliche Aktivität der Arbeitnehmer zu erhöhen oder das Ernährungsverhalten zu ändern. Schließlich sollten objektive Indikatoren wie Körpergewicht, Body Mass Index, Körperfett, Blutdruck, Blutfette, Blutzucker zur Bewertung des Erfolgs mitgeteilt werden.

Zu den Maßnahmen gehörten individuelle Beratung von Beschäftigten, Information und Beratung in Grup-

pen und Durchführung von Bewegungsübungen unter Aufsicht meist von Vorgesetzten. In insgesamt 12 Studien waren die Teilnehmer gesundheitlich besonders gefährdete Arbeitnehmer für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in den übrigen Studien waren es gemischte Gruppen. Die Dauer der Interventionen schwankte erheblich, ebenso wie der Zeitpunkt, zu dem die Effekte gemessen wurden, zwischen acht Wochen und drei Jahren.

Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen positiven Effekt haben auf die Reduzierung des Körperfetts, einem der stärksten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch das Körpergewicht bzw. der Body-Mass-Index sei gesenkt worden, so dass besonders die Risikogruppen von den Interventionen im Betrieb profitierten. Bewegungsübungen unter Aufsicht des Vorgesetzten zeigten dagegen nur bescheidene Effekte, betonten die Wissenschaftler weiter.

Kostenloses Abstract: Groeneveld IF et al: Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review (Scandinavian Journal of Work, Environment and Health; 2010; 36 (3): 202-215)

Physiotherapeuten aus aller Welt treffen sich in Amsterdam

Weltkongress der Physiotherapeuten 2011

Physiotherapeuten aus aller Welt treffen sich vom 20. bis 23. Juni 2011 in Amsterdam. Die "World Confederation for Physical Therapy" (WCPT) erwartet mehr als 3.500 Physiotherapeuten. Das meldet der Deutsche Verband für Physiotherapie ZVK. Es besteht für alle Referenten die Chance, noch bis zum 15. September Kurzfassungen ihrer Vorträge in englischer Sprache einzureichen.



Informationen über die WCPT und den Weltkongress 2011 gibt es unter www. wcpt.org.

Im Mittelpunkt des Kongresses steht die moderne Physiotherapie in aller Welt. Er dient dem Informationsund Gedankenaustausch sowie der Kontaktaufnahme auf internationaler Ebene, heißt es in einer ZVK-Pressemitteilung. Schon seit 1953 findet der Weltkongress mit seinen Referaten, Workshops, Filmen und Video-Repräsentationen regelmäßig statt.

In diesem Jahr gibt es fünf verschiedene Schwerpunktthemen: Die "Globale Gesundheit" beschäftigt sich mit den wichtigsten internationalen Gesundheitsthemen und ihren Folgen, aber auch Chancen für Physiotherapeuten, erklärt Sylvie Eloi, Geschäftsführerin von PhysioCongress & Medien GmbH, einer Tochtergesellschaft des ZVK, die das gemeinsame Auftreten der deutschsprachigen Verbände auf dem Weltkongress organisiert. Neben berufspolitischen Themen wie der Entwicklung von Qualitätsstandards stehen auch Fragen der beruflichen Praxis auf dem Programm: Wie kann man als Praxisinhaber beispielsweise die Gesundheit fördern, durch Prävention oder Rehabilitation?

Spagat zwischen Gegenwart und Zukunft

Ein weiterer Aspekt ist die berufliche Fortbildung: "Wie kann sich der Physiotherapeut fit machen für seine Praxis, um den Anforderungen von morgen gerecht zu werden", so Eloi weiter, "der ständige Spagat zwischen Gegenwart und Zukunft." Und schließlich geht es um die wissenschaftliche Forschung. Dieser Aspekt richte sich vorwiegend an Physiotherapeuten, die in der Wissenschaft tätig sind, aber auch an solche, die Kontakte zu ausländischen Kollegen suchen.

Eine Anmeldung zum Weltkongress wird voraussichtlich ab September möglich sein, die Kosten stehen derzeit noch nicht fest, werden aber nach ZVK-Angaben wie beim letzten Kongress um 350 Euro liegen.

Die WCPT ist der Dachverband nationaler physiotherapeutischer Berufsverbände. Jede Nation kann nur mit einem Berufsverband dort vertreten sein. Für Deutschland ist das der ZVK. Zurzeit sind 101 nationale Verbände als Mitglied registriert, die insgesamt mehr als 300.000 Physiotherapeuten vertreten. (ks)

Kinder lernen lieber von Erwachsenen

Kleine Kinder orientieren sich lieber an Erwachsenen als an Gleichaltrigen, wenn sie etwas Neues lernen. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für evolutionäre Anthropologie in Leipzig, die kleine Kinder in einem fiktiven Spiel beobachtet haben.

Die Studie ist im Fachmagazin "The British Journal of Developmental Psychology" veröffentlicht. An der Studie nahmen 44 deutschsprachige Kinder im Alter von drei und vier Jahren teil, die eine städtische Kindertagesstätte besuchten. Studienleiter Hannes Rakoczy und sein Team zeigten den Kleinen ein Video, auf dem entweder ein Junge oder ein Mann über die richtige Art zu "daxen" sprach – ein Spiel, das sich die Forscher ausgedacht hatten. Sowohl der Mann wie auch der Junge gaben dabei verschiedene Regeln vor. Anschließend sollten die Kinder dann selbst daxen, während die Psychologen sie beobachteten.

Fazit: Die Wissenschaftler fanden heraus, dass das Vertrauen in die Erwachsenen sehr groß war, offenbar so groß, dass die Kleinen sogar korrigierend eingriffen, wenn sie beobachtet hatten, dass jemand den Anweisungen eines Erwachsenen nicht folgte. Die Kinder imitierten sehr viel häufiger die Dax-Variante, die der Erwachsene vorgegeben hatte. Dies zeigte sich auch in einem weiteren Experiment, in dem eine Puppe den Kleinen erklärte, sie wäre jetzt an der Reihe zu daxen. In der Hälfte der Fälle folgte die Puppe danach den Regeln des Mannes, zur anderen Hälfte den Vorgaben des Jungen. Die Studie zeigte, dass die Kinder deutlich protestierten, wenn die Puppe nicht den Regeln des Erwachsenen folgte. Sie versuchten sogar, ihr die nach ihrer Ansicht richtige Dax-Methode beizubringen. (ks)

"Pflege-Charta" online

Unter www.pflege-charta.de können sich Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, über ihre Rechte informieren. Die "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" soll Ausgangspunkt für einen breit gefächerten Praxisaustausch über die Ausgestaltung würdevoller Pflege sein und Impulse für den gesamten Bereich der Pflege geben. Therapeuten können ihren Patienten die Seite weiterempfehlen.

Die Pflege-Charta ist von 2003 bis 2005 am "Runden Tisch Pflege" erarbeitet worden, heißt es auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Neben dem Ministerium waren an der Charta unter anderem Länder und Kommunen, Träger von Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrts-

verbände, private Träger sowie Pflegekassen beteiligt. In acht Artikeln können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unter anderem über das Recht auf Selbstbestimmung, auf Privatheit, auf Wertschätzung und Teilhabe am sozialen Leben und auf ein Sterben in Würde informieren.

Mit der Pflege-Charta sollen die Rechte pflegebedürftiger Menschen gestärkt und ihre Lebenssituation verbessert werden. Sie biete den Betroffenen und ihren Angehörigen ein Maß für die Beurteilung der Pflege – und die im Bereich Pflege tätigen Menschen sollen ihre Arbeit an der Pflege-Charta bemessen.

Als Kommunikations- und Informationszentrum wurde Ende 2009 die Servicestelle Pflege-Charta am Deutschen Zentrum für Altersfragen eingerichtet. (ks)

Forscher entwickeln neue Trainingsmethoden für Rheumatiker

Rein in die Pedale

Mit "KAKo", einem neuen Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining können Rheumapatienten ihre Leistungsfähigkeit verbessern. Das zeigen erste Ergebnisse einer Studie des Instituts für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg. Für ihren Ansatz erhielt das Team um Professor Dr. Wilfried Mau auf dem 19. Rehawissenschaftlichen Kolloquium in Leipzig einen Preis.

Die Wissenschaftler, die mit zwei Rehabilitationskliniken zusammenarbeiteten, hatten 402 Patienten ein anspruchsvolles Sportprogramm verordnet, heißt es in einer Pressemitteilung der Universität. Während die konventionelle Therapie bei Rheuma schonende Gymnastik und physikalische Anwendung empfiehlt, traten die Studienteilnehmer zuerst dreimal wöchentlich für 30 Minuten auf dem Ergometer in die Pedale. Anschließend absolvierten sie gemeinsam ein halbstündiges Zirkeltraining mit Kraft- und Koordinationsübungen. Zum Abschluss folgten Spiele wie Federball oder Softball.

Positive Resonanz bei den Patienten

Das Sportprogramm sei bei den zumeist an chronischer Polyarthritis (Gelenkrheuma) sowie an Spondyloarthritis (Wirbelsäulenrheuma) leidenden Patienten gut angekommen, berichteten die Forscher auf dem größten deutschen Rehabilitationskongress in Leipzig. Etwa 80 Prozent der Teilnehmer empfanden die Behandlung 'gerade richtig' und etliche sogar 'noch zu wenig'. "Ich habe gar nicht gewusst, was ich doch noch alles kann", zitierte Projektleiter Mau eine typische Äußerung von Patienten, zu zwei Dritteln Frauen. Die Altersspanne reichte von 18 bis 60, wobei das Durchschnittsalter bei 48 Jahren lag.

Fazit: Am Ende des stationären Aufenthalts, dem zweiten von fünf Messzeitpunkten, hatten die "KAKo"-Teilnehmer signifikant mehr für ihre körperliche Funktionsfähigkeit und ihr seelisches Wohlbefinden erreicht als die entsprechende Kontrollgruppe. Gemessen wurde dies unter anderem mit dem SF-36 Health Survey, der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit und zwei Summenscores erfasst.

Um die positiven Effekte nachhaltig zu sichern, erhielten die Teilnehmer neben dem Sportprogramm eine handlungsorientierte Motivationsschulung: Dabei sollen sie konkret planen, wann und wo sie zu Hause trainieren und Strategien entwickeln, um das so typische Handlungsloch, das oft zwischen gutem Vorsatz und Praxis klafft, zu überwinden.

Projekt läuft bis Jahresende

Das Projekt, das im Rahmen des Förderschwerpunkts "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von der Deutschen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung Forschung finanziert wird, läuft noch bis zum Jahresende weiter, um auch die langfristige Wirkung bis ein Jahr nach Klinikaufenthalt auszuwerten. Im beteiligten Rehazentrum der Deutschen Rentenversicherung in Bad Eilsen wurde das "KAKo"-Training schon in die Routine übernommen. Dabei kann man sich auch auf Erkenntnisse niederländischer Forscher stützen, die 2003 für eine zweijährige ambulante Trainingszeit festgestellt hatten, dass sich "regelmäßige intensive Bewegungs- und Sportaktivitäten positiv auf die körperliche und psychische Verfassung der Patienten auswirken". Es kam weder zu Gelenkschäden noch zu vermehrten Krankheitsschüben, heißt es in der Pressemitteilung.

Gesundheitsinformation im Internet

Netzwerker, Smarte, Forscher und Co

Das Internet und so genannte Soziale Medien wie Facebook und Twitter werden auch für Patienten von Therapeuten immer wichtiger. Sie diskutieren dort über Leistungserbringer und Therapien, loben und kritisieren. Eine Studie gibt Aufschluss darüber, wer sich im Netz wie informiert.



Die von der Kommunikationsagentur MS&L und dem Marktforschungsinstitut SKOPOS vorgestellte Gesundheitsstudie (n=1.000) zeigt, wie intensiv sich

die Nutzer heute im Netz über Gesundheitsthemen austauschen. Danach informieren sich zwei von drei Personen online aktiv zum Thema Gesundheit. Aus diesem Personenkreis gaben vier von fünf Nutzern an, sich auch ohne konkreten Anlass im Internet über Gesundheitsthemen zu informieren. Für die klassischen Medien Fernse-

hen, Print und Radio gaben dies nur 55 Prozent an.

zu neuen Therapien. —

Jeder vierte

Onlinenutzer sucht

nach Daten und Fakten

ganisationen und Ministerien. Geringe Zufriedenheitswerte erreichten die Seiten von Pharmafirmen und von Bewertungsportalen von Leistungserbrin-

gern. Das höchste Vertrauen erreichten Seiten mit Beratungsangeboten von Ärzten, gefolgt von Krankenkassen und Gesundheitsportalen. Wenig Vertrauen haben die Nutzer dagegen in Internetseiten von Pharmaunternehmen und in Blogs, die sich mit Gesundheit beschäftigen.

Gesundheitsportale besonders beliebt

Im vielfältigen Angebot werden Gesundheitsportale (zu 55 Prozent), Gesundheitsforen und -communities (41 Prozent) sowie spezielle Blogs (20 Prozent) genutzt. Sie erreichen Zufriedenheitswerte zwischen 47 und 57 Prozent. Hohe Zufriedenheit besteht auch mit den Internetangeboten von Krankenkassen, Online-Apotheken, gemeinnützigen Or-

Die meisten Menschen nutzen das Internet als Informationsquelle, um Daten und Fakten zu Krankheiten zu erhalten, gefolgt von dem Wunsch, Informationen über Medikamente zu erhalten und nach Rat bei gesundheitlichen Problemen. Rund jeder vierte Onlinenutzer, der sich aktiv um Gesundheitsthemen kümmert, sucht nach Daten und Fakten zu neuen Therapien. Als Vorteile der Internetrecherche gaben die Nutzer an, dass sie nicht an Zeiten gebunden sind, dass die Informationen umsonst sind und dass sie auf Seiten verschiedener Institutionen zurückgreifen können.

Rund jeder zweite Online-Nutzer fühlt sich nach der Suche im Internet besser informiert. Jeder dritte sieht sich in der Lage, Informationen besser zu bewerten und viele von ihnen geben an, neue Therapien kennen gelernt zu haben. Weniger als 20 Prozent stellen ihre Verhaltensweisen um. Weitere Ergebnisse: 57 Prozent gleichen die Informationen aus dem Internet mit weiteren Quellen ab. 46 Prozent achten auf Leserbewertungen bzw. Kommentare anderer Nutzer. Genauso viele meiden grundsätzlich Quellen, die ein kommerzielles Interesse haben.

Wer aber sind die Nutzer, die sich im Internet über ihre ernstzunehmenden oder vermeintlichen Erkrankungen austauschen? Die Studienautoren haben dazu eine Typologie entwickelt, die die wichtigsten Akteursgruppen im Gesundheitsweb wie folgt identifiziert:

- ▶ Netzwerker (= 26 Prozent): Netzwerker sind vor allem weiblich, jung (18-39 Jahre), aktiv, selbstbewusst und offen für alles, was das Web bietet: Foren, Chats, Diskussionen. Teil einer Gemeinschaft zu sein und sich aktiv einzubringen steht ganz oben auf der Agenda der Netzwerkerin.
- ➤ Smarte (= 17 Prozent): Ähnlich wie die Netzwerkerin, aber auf höherem Bildungsniveau und mit einem deutlich kritischeren Blick auf die Absender der Gesundheitsinformationen, so kann die überwiegend weibliche und junge Smarte beschrieben werden. Der Wunsch nach besseren Informationen zu Gesundheitsthemen, die kritisch hinterfragt und überprüft werden, und das Gefühl, Teil einer Gemeinschaft zu sein und das kollektive Wissen zu nutzen, kennzeichnen ihr Nutzungsverhalten im Web.
- ▶ Forscher (=16 Prozent): In den besten Jahren und mit hoher formaler Bildung durchstreifen die überwiegend männlichen Forscher das Netz und sind vor allem auf der Suche nach Informationen zum Thema Gesundheit. In einer Gemeinschaft mit anderen zu sein, sich auszutauschen, ist für sie nicht wichtig. Eher schon die Qualität der Quellen, die

- sie nutzen, denn wird es kommerziell, erlahmt der Forscherdrang.
- ▶ Beobachter (=15 Prozent): Zu finden in allen Bildungsschichten vor allem bei den 40 bis 49-Jährigen. Passiv und eher zurückhaltend, so könnte man das Engagement des Beobachters im Web am besten umschreiben. Er weiß, was Foren und Blogs sind, und schaut sich auch den einen oder anderen Betrag an, aber selbst zum Autor in Sachen Gesundheit zu werden, das ist ihm fremd da verlässt er sich lieber auf die Empfehlungen und Bewertungen anderer.
- ➤ Zaungast (=13 Prozent): Beobachten das Geschehen aus sicherer Entfernung, denn eine aktive Beteiligung an der Diskussion von Gesundheitsthemen im Web kommt für sie nicht in Frage. Der Zaungast, der meist nur über einen mittleren Bildungsgrad verfügt, ist eher männlich als weiblich, älter als 40 Jahre und in vielen Fällen verheiratet.
- ► Traditionalist (= 13 Prozent): Meist älter als 50 Jahre, besitzt einen formal eher niedrigen Bildungsgrad und lebt in einer festen Partnerschaft. Web-Anwendungen nutzt der Traditionalist wenn überhaupt nur selten. Er verlässt sich auf den Arzt, den er regelmäßig konsultiert und auf die Online-Angebote von Krankenkassen, Zeitungen, Zeitschriften und Fernsehsendern, denn denen vertraut er.

Die Typologien soll es Unternehmen und Institutionen einfacher machen, zielgenau die richtigen Personen im Netz anzusprechen, wenn es um Dialog in den Sozialen Medien geht.

Die komplette Studie unter: www.virtuelles-wartezimmer.de

kurz & knapp

Basiszinssatz verharrt auf niedrigem Niveau +++ Die Deutsche Bundesbank hat den Basiszinssatz im Juli 2010 unverändert auf 0,12 Prozent belassen.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) dient vor allem als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen gemäß § 288, Absatz 1 Satz 2 BGB. Daher gilt die seit 2009 bestehende Regelung weiter:

- ► Verzugszinsen bei säumigen Zahlern (z.B. Privatpatienten) betragen damit 0,12 + 5 = 5,12 Prozent.
- ▶ Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder Firmen) beträgt der Verzugszins 0,12 + 8 = 8,12 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten und Krankenkassen, die mit der Zahlung ihrer Rechnung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen. (bu) Zu dem im Juni 2010 veröffentlichten

Cochrane-Review "Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute

low-back pain and sciatica" von Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G. und Ha-

gen KB (Cochrane Database of Syste-

matic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.:

CDoo7612.pub2) gibt es ein kostenloses

Abstract unter: http://www2.cochra-

ne.org/reviews/en/aboo7612.html

CD007612. DOI: 10.1002/14651858.

Aktiv gegen Rückenschmerzen

Bei Rückenschmerzen ist Bewegung besser als Bettruhe. Zu diesem Ergebnis kommt eine norwegische Studie des Centre For The Health Services, die im Fach-

magazin "Cochrane Library" erschienen ist. Für Therapeuten ist dies eine weitere Studie, die die Wirksamkeit von präventiven Bewegungsangeboten unterstützt.

Für die Untersuchung hatten die Forscher Daten von zehn Studien mit insgesamt 1.923 Teilnehmern zusammengefasst. Ihr Fazit: Normale tägliche Bewegung sei offenbar das beste Mittel gegen leichte Rückenschmerzen, hoben die Wissenschaftler um Kristin Thuve Dahm hervor.

Im Einzelnen konnten sie allerdings nur geringe Vorteile für die Patienten feststellen, die aktiv geblieben waren und keine Bettruhe eingehalten hatten. Sie hätten nach zwölf Wochen weniger Schmerzen und waren in ihren Bewegungen weniger eingeschränkt. Bei Ischias-Patienten habe es dagegen keine Rolle gespielt, ob die Betroffenen geruht oder sich bewegt haben

Auch wenn die Vorteile der bewegungsorientierten Behandlung nur geringfügig seien, sprachen sich die Forscher für die Aktivität aus. Bettruhe könne, so stellten die Autoren der Studie fest, zu einer Schwächung der Muskulatur und weiterer Körperfunktionen führen.

Immunreaktion statt Nervenquetschung

Die Schmerzen bei einem Bandscheibenvorfall werden nicht durch gequetschte Nerven im Rückenmark ausgelöst, sondern durch eine entzündliche Reaktion des Immunsystems. Darauf deutet eine neue US-Studie hin, die auch bei gesundem Bandscheibengewebe Entzündungsstoffe entdeckt hat.

Studie in Arthritis and Rheumatism: Online-Veröffentlichung, doi: 10.1002/ art27444 Sollten sich die Ergebnisse der Studie, die in der Fachzeitschrift "Arthritis and Rheumatism" erschienen ist, bestätigen, könnten neue Medikamente entwickelt werden, die gezielt die Immunreaktion bekämpfen, hoffen die US-Forscher um Mohammed Shamji von der Duke Universität in Durham, North Carolina.

Shamji und sein Team hatten für ihre Studie gesundes Bandscheibengewebe mit erkranktem verglichen. Fazit: Es konnten in beiden Geweben klare Anzeichen für eine Entzündungsreaktion nachgewiesen werden. Ferner konnten die Wissenschaftler auch den mut-

maßlichen Hauptverantwortlichen für diese Reaktion identifizieren, sogenannte Th17-Zellen, eine Gruppe von T-Zellen, die unter anderem an Autoimmunerkrankungen beteiligt ist. Diese Abwehrzellen treten offenbar dann in Aktion, wenn das austretende Kernmaterial nicht als körpereigen erkannt wird. Der Körper reagiert genauso wie auf Bakterien und löst eine Abwehrreaktion aus, um das fremde Material zu zerstören. Die dabei ausgelöste Entzündung greift auf die Nervenwurzeln des Rückenmarks über und lässt sie anschwellen.

Sollte es den Forschern gelingen, die Th17-Zellen zu blockieren, könnte man die Schmerzen wirksam bekämpfen und vermutlich auch einen schlimmeren Verlauf eines Bandscheibenvorfalls abwenden. Bis ein solcher Th17-Blocker allerdings zur Verfügung stehe, werde es wohl noch dauern – bislang gibt es noch keine klinischen Studien.

Patienten wollen Erfahrungsaustausch

Die Mehrheit der Deutschen hält bei schweren Krankheiten Selbsthilfegruppen für wichtiger als Ärzte. Das ergab eine Forsa-Umfrage im Auftrag der DAK.

An der Umfrage hatten sich Anfang Juni bundesweit 1.001 Männer und Frauen beteiligt. Fast 90 Prozent der Befragten gaben an, dass Selbsthilfegruppen eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung seien, heißt es in einer DAK-Pressemitteilung. Und 56 Prozent waren der Ansicht, dass die Selbsthilfe manchmal sogar wichtiger sei als Ärzte und Psychologen.

Besonders bei psychischen Problemen wie Despressionen seien Selbsthilfegruppen sinnvoll, meinten 83 Prozent der Befragten. Aber auch bei Krebserkrankun-

gen (81 Prozent) sowie chronischen Krankheiten wie Diabetes (65 Prozent) oder Beziehungsproblemen in der Familie (58 Prozent) könnten solche Gruppen helfen. Bei akuten Beschwerden wie Rückenschmerzen sprachen sich allerdings nur ein Drittel der Befragten (34 Prozent) für eine Selbsthilfegruppe aus.

Das Gespräch mit anderen Betroffenen werde vor allem in der Altersgruppe der 30- bis 60-Jährigen gesucht, jüngere Patienten holten sich Rat bei Freunden oder gehen ins Internet. Laut Umfrage hatten die meisten Befragten ihre Informationen zum Thema Selbsthilfe aus den Medien (63 Prozent) oder von Freunden (45 Prozent) erhalten.

Angebot am Ostseestrand

Strand-Massagen als Selbstzahleridee

Sommerzeit – Urlaubszeit. Die Zeit, um sich mal etwas Besonderes zu gönnen – vielleicht eine Massage direkt am Strand? In Warnemünde ist dies seit 2009 möglich. Die Physiotherapiepraxis vital & physio verlegte kurzerhand die Behandlung ins Freie und bietet seither Strandgängern täglich Massagen an. Der besondere Clou: Die Seglermassage – das Original aus Warnemünde.

"Die Seglermassage ist eine kräftige Massage", erklärt Diplom-Kaufmann René Portwich, der gemeinsam mit seiner Ehefrau Kristina, einer examinierten Physiotherapeutin, die Idee für die Strandmassagen entwickelte. "Offenbar ideal für Männer", ergänzt der 38-Jährige. Zwei Drittel der Strandmassagen würden von Männern wahrgenommen, sie würden sie von ihren Frauen als Geschenk bekommen. Im Angebot seien aber auch Fußreflexzonen- und Schulter-Nacken-Massagen. Die Massagen werden zwischen dem 1. Juni und 30. September täglich zwischen 10 und 18 Uhr zum speziellen Sommerpreis von 17,50 Euro für 25 Minuten angeboten.



Seit acht Jahren betreiben René und Kristina Portwich die Praxis am Kirchenplatz im idyllischen Seebad an der Ostseeküste Mecklenburg-Vorpommerns. Angefangen haben sie zu zweit, inzwischen beschäftigen sie sieben Mitarbeiter. Gemeinsam mit ihrem Team aus Physiotherapeuten, Osteopathen, Sporttherapeuten sowie Ernährungsberatern und Heilpraktikern entwickeln und realisieren sie flächendeckende Präventionskurse und Gesundheitskonzepte für regionale Kindergärten, Schulen und Betriebe.

Neue Visionen

"Wir bewegen Sie" heißt es auf dem sechsseitigen Flyer von "physio & vital". Die Angebotspalette der Praxis ist umfangreich: Sie reicht von der klassischen Physiotherapie über Personal Coaching und Fortbildung für Physiotherapeuten bis zu Gesundheitskonzepten für Kinder und Unternehmer oder Wochen-Specials wie Anti-Stress- oder Nordic-Walking-Woche. Die Vision der Portwichs: Niemand solle nur "therapiert" werden – im Fokus ihrer Arbeit stehe der "Mensch als biopsychologische Einheit".



Neben ihrem Abschluss als Physiotherapeutin qualifizierte sich die 34jährige Kristina Portwich als Osteopathin und Heilpraktikerin. Ihr besonderes Augenmerk legt die vierfache Mutter auf die Gesundheitsförderung für die Kleinsten. In diesem Zusammenhang entwickelte sie gemeinsam mit ihrem Mann ein weltweit einzigartiges Kinderkartenspiel "Fit, wie die Tiere des Wassers", das auf spielerische Weise die kindliche Bewegung fördern soll.

Zehn Strandmassagen pro Tag

Und bewegen will auch René Portwich noch einiges. Als Berater für Existenzgründer an der Universität Rostock und Vorstandsmitglied im Physiotherapieverband Mecklenburg-Vorpommern hat er noch viele Pläne für die Zukunft. Er strebt eine Kooperation mit der Tourismusagentur des Landes an, um das Angebot der Strandmassagen bundesweit bekannt zu machen. "Ich betrachte die Strandmassagen nur als Einstieg", meint Portwich. "Wir haben derzeit etwa zehn Massagen pro Tag – das ist durchaus noch ausbaufähig."

Langfristig sollte das Angebot für die Strandmassagen schon vor Urlaubsantritt gebucht werden können und andere Ideen sollen folgen – eine Zukunftsvision, die der kreative Geschäftsmann mit seiner Frau Kristina sicherlich realisieren wird. (ks)

Kontakt:

vital & physio

Praxis für Naturheilverfahren, Physiotherapie und Prävention Kirchenplatz 1 · 18119 Rostock-Warnemünde Tel.: 03 81/69 0111 · www.vital-physio.de

Physiotherapiepraxis bietet Erstversorgung

Notaufnahme Physiotherapie

Wochenende. Ein sonniger Morgen – ideal für eine Runde Joggen. Und dann passiert es. Ein falscher Schritt, und das sportliche Vergnügen nimmt ein jähes Ende. Was tun? Die Zähne zusammenbeißen und abwarten oder zur Ambulanz ins nächste Krankenhaus fahren? Eine Erste-Hilfe-Alternative bietet die Regensburger Physiotherapie-Praxis "Physiopark" mit der physiotherapeutischen Akutbehandlung am Wochenende an.

Seit Februar bieten Physiotherapeut Andreas Lieschke und Diplomsportwissenschaftler Roy Obermüller in Kooperation mit einem ansässigen Orthopäden die "Akut-Karte" an. Neben der Erstversorgung bei Sportverletzungen bieten sie auch die Behandlung von Rücken-, Gelenk- und Muskelschmerzen an. "Die Idee hatten wir schon im letzten Jahr", erinnert sich Lieschke, der seit 1994 als Physiotherapeut in Regensburg tätig ist. "Wir haben nur die Behandlungslücke umgesetzt, über die unsere Patienten geklagt haben."

Idee stieß auf rechtliche Grenzen

Unter der Hotline 0176-24692995 ist das "Physiopark"-Team von Andreas Lieschke und Roy Obermüller samstags und sonntags von 10 bis 20 Uhr zur Stelle, um bei

Sportverletzungen erste Hilfe zu leisten. Allerdings stieß die Umsetzung der Idee an rechtliche Grenzen: Durch das Urteil richts Leipzig, das Therapeuten Erstversorgung, ohne eine

Bundesverwaltungsgeeine Behandlung ohne ärztliche Verordnung nicht erlaubt, musste das Projekt zunächst wieder auf Eis gelegt werden. Doch Lieschke und sein Partner fanden einen Ausweg. Der Orthopäde, mit dem sie zusammenarbeiten, verteilt die Akut-Karte an seine Patienten. "Wir machen eine

tont der 36jährige Physiotherapeut. "Unsere Patienten müssen eine Erklärung unterschreiben, dass sie am Montag ihren Arzt aufsuchen." Tritt allerdings der Verdacht einer schwereren Verletzung auf, schicken Lieschke und sein Team die Patienten gleich weiter zum Arzt oder ins Krankenhaus.



Eine durchaus positive Resonanz konnte der Physiopark-Chef schon nach den ersten Monaten erleben. "Obwohl die Patienten die Akutbehandlung aus eigener Tasche zahlen müssen, melden sie sich bei uns. Die Erinnerung an lange Wartezeiten in der Notaufnahme schreckt wohl viele ab, sich in einem Krankenhaus behandeln zu lassen." Für die Akutversorgung am Wochenende wird ein Pauschalbetrag von 76 Euro erhoben plus Materialkosten und Kilometergeld.

Großer Image-Gewinn für die Praxis

"Es ist ein großer Image-Gewinn für unsere Praxis", fasst Lieschke seine Erfahrungen zusammen. "Wir zeigen unseren Patienten, dass wir auch am Wochenende für sie da sind." Bislang war die Praxis bereits an Samstagen geöffnet, jetzt aber habe jeweils einer der acht Physiotherapeuten auch am Sonntag Bereitschaftsdienst. Im Moment sei die physiotherapeutische Akutbehandlung noch in der Testphase. Die Akut-Karte werde nur bei einem Orthopäden verteilt. Aber Andreas Lieschke will im Herbst die sektorale Heilpraktiker-Lizenz erwerben und dann mit seiner physiotherapeutischen Akutbehandlung verstärkt an die Öffentlichkeit treten. "Die Idee", so Lieschkes Fazit, "ist auf jeden Fall zu empfehlen – als zweites Standbein für die Praxis."

Kontakt: Physiopark Lieschke & Obermüller Im Gewerbepark B 20 93059 Regensburg Tel: 0941-607158-0 info@physiopark-regensburg.de www.physiopark-regensburg.de



Nie wieder Diskussionen mit Privatpatienten

Mehr Umsatz – keine Zuzahlung

Privatpatienten bekommen oft nur eine Teilerstattung ihrer Therapierechnungen von der Krankenkasse und müssen aus eigener Tasche dazu bezahlen. So entstehen in schöner Regelmäßigkeit Diskussionen mit dem Therapeuten über das "Warum und Wieso". Wer darauf keine Lust hat, kann es machen wie der Physiotherapeut Jürgen Schmidt. Er steigert den Umsatz pro Behandlung und verschont dafür die Privatpatienten von Zuzahlungen.

Privatpatienten müssen keinen Cent dazu bezahlen! Das ist das Motto von Physiotherapeut Jürgen Schmidt seit knapp einem Jahr. Vorher hatte der Praxisinhaber jede Menge Diskussionen mit seinen Privatpatienten: "Meine Krankenversicherung hat gesagt, Sie sind zu teuer" bekam er oft zu hören. Der frühere Frust ist Jürgen Schmidt immer noch anzuhören, obwohl er heute deutlich mehr Umsatz mit Privatpatienten macht, als noch vor einem Jahr. Dennoch ist er enttäuscht: "Das Ergebnis der Behandlung ist vielen Privaten offensichtlich egal. Viel wichtiger ist es, auf keinen Fall selbst Behandlungskosten bezahlen zu müssen!"

Hauptsache die Kasse zahlt

So wie Jürgen Schmidt erleben viele Therapeuten ihre Privatpatienten. Ganz gleich ob Logopädie-, Physiooder Ergotherapiepraxis – viele Patienten legen Wert darauf, möglichst nichts dazuzuzahlen. Jeder Preis scheint akzeptabel – solange die private Krankenversicherung die volle Erstattung übernimmt. Die Ausbildung und Berufserfahrung des Therapeuten, die Länge der Behandlung, das Ambiente der Praxis, der Erfolg der Behandlung – scheinbar alles wichtig – aber nur, wenn es nichts kostet? Nicht ganz, meint Schmidt: "Ich gebe nicht gerne mit meiner Berufserfahrung und meinem Spezialwissen an. Manche Patienten wissen deswegen gar nicht, wie gut die Behandlung in meiner Praxis ist. Vielleicht hätte ich mehr aufklären sollen, dann hätte ich weniger Diskussionen gehabt." Aber sich selbst verkaufen ist einfach nicht Jürgen Schmidts Sache, also musste ein anderer Weg für die angemessene Vergütung der Privattherapie gefunden werden. Gemeinsam mit seinen Mitarbeitern analysierte Schmidt die Bedürfnisse der Privatpatienten. Dabei stellte er fest, dass Privatpatienten "... endlich mal was von der Versicherung zurückbekommen..." wollen. Zudem sei gerade bei den beihilfeberechtigten Beamten eine überdurchschnittliche Erwartungshaltung zu beobachten, die sich stärker an die Leistungserbringer (Chefbehandlung und keine Zuzahlung) richten würde als an den Krankenversicherer.

Nach der Analyse machte sich Schmidt an die Lösung des Problems. Heraus kam folgendes: Er akzeptiert in seiner Praxis keine einfachen Rezepte mehr von Privatpatienten. Nur KG reicht nicht mehr - es sollten mindestens drei Positionen auf dem Privatrezept stehen.

Damit wird der Umsatz je Privatbehandlung deutlich angehoben und ermöglicht die 100%-Erstattungsgarantie für Privatpatienten. "Anfangs hatten wir Angst, die Patienten um eine Rezeptänderung zu bitten," erzählt Schmidt, "aber die Sorge war umsonst. Die meisten Patienten haben schnell begriffen, dass sie nun mehr Therapie für Null Kosten bekommen. Innerhalb von zwei Wochen hatten wir alle Privatpatienten umgestellt."

Für Ärzte kein Problem

Für die verordnenden Ärzte waren die umfangreicheren Heilmittelverordnungen kein Problem, erzählt Schmidt. Denn für Privatrezepte werden Ärzte nicht in Regress genommen – und medizinische Indikationen zur Heilmitteltherapie kann man bei Privatpatienten erstaunlich weit fassen. Der Umsatz mit Privatpatienten hat sich in Jürgen Schmidts Praxis um 75% gesteigert. Und - die Diskussionen mit Privatpatienten sind "Schnee von gestern".



Keine Diskussionen mehr mit Privatpatienten durch Mehrfachverordnung

Dennoch bleibt ein therapeutischer Wermutstropfen: "Irgendwie ärgere ich mich schon, dass meine Leistung schlecht honoriert wird und ich nur über den Umweg von Zusatzverordnungen auf mein Honorar komme." Denn irgendwann werden die privaten Krankenversicherungen die Erstattungen für Heilmittel noch weiter herunterfahren. "Klar gibt es eine Schmerzgrenze nach unten", findet Schmidt. "Aber ich nutze die jetzigen Bedingungen eben so gut es geht. Wenn in ein paar Jahren der First Contact kommt, können wir uns dann preispolitisch neu aufstellen."

Anhaltenden Hitzewelle: Jeder Zweite hat Gesundheitsprobleme

So bleiben Sie cool bei 35 Grad!

Die Hitzewelle in Deutschland nimmt kein Ende. Nach einer aktuellen DAK-Studie leidet jeder zweite Deutsche unter gesundheitlichen Problemen. Glücklich kann derjenige sein, der Urlaub hat und sich im Schwimmbad abkühlen kann. Aber wie bleiben Sie bei über 35 Grad noch cool, wenn Sie in Ihrer Praxis Patienten behandeln müssen?

Nach Angaben der Studie, für die das Forsa-Institut im Auftrag

der DAK am 12. Juli bundesweit

1.004 Männer und Frauen befragt hat, klagen 54 Prozent der Deutschen über gesundheitliche Beschwerden. Besonders betroffen seien Menschen über 60 Jahre, hieß es in der DAK-Mitteilung. 63 Prozent der Befragten litten unter Schlafstörungen, 41 Prozent über Schwindel

oder Kreislaufprobleme und sieben Prozent gaben an, unter Herzproblemen zu leiden. DAK-Expertin Elisabeth Thomas: "Mein Gesundheits-Tipp: Trinken, Tauchen, Träumen. Wer unter den Temperaturen leide, solle jetzt viel Flüssigkeit zu sich nehmen, sich kühl abduschen und Stress vermeiden."

"Trinken, Tauchen, Träumen" – leichter gesagt als getan, wenn man angesichts der tropischen Hitze seinen Mann oder Frau in der Praxis stehen muss. Vielleicht sollten Sie es wie unsere südlichen Nachbarn machen: Siesta lautet das Stichwort. Verlegen Sie Ihre Behandlungstermine auf die frühen Morgen- oder späten Abendstunden. Arbeiten Sie von 6 bis 11 Uhr, machen Sie dann Siesta im Schatten und arbeiten ab späten Nachmittag wieder.

Auch ein Eimer mit kaltem Wasser verschafft Abkühlung – Schuhe ausziehen und Füße ins kühle Nass halten! Aber aufgepasst: Ein zu langes Bad kann zu einer Erkältung führen. Sollte Ihre Praxis über ein Schattenplätzchen im Freien verfügen, stellen Sie doch ein Planschbecken auf – das erfrischt nicht nur die Kleinsten.

Wer sich nicht zwischendurch unter einer lauwarmen Dusche erfrischen kann, sollte zu Aquasprays greifen. Sie können sie auch selbst herstellen: Füllen Sie Wasser in ein Pumpfläschchen, mischen Sie es im Verhältnis 1:3 mit Franzbranntwein, ein paar Tropfen Pfefferminz- oder Zitronengrasöl – fertig!

Als Alternative dient vielleicht auch eine Wasserpistole, die auch Ihren Kollegen Kühlung verschafft. Am besten eignet sich eine mit einem großen Tank und einer großen Spritzreichweite – das fördert bestimmt das Betriebsklima! Ebenso wie das Eis am Stiel auf Firmenkosten.

kurz & knapp

Privatversicherte können Tarif ohne Zusatzbeitrag wechseln +++ Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat jetzt zugunsten von Privatversicherten entschieden, dass es unzulässig ist, beim Wechsel von einem bestehenden in einen neuen Tarif einen allgemeinen Tarifstrukturzuschlag zur Grundprämie zu erheben. Damit können in der PKV versicherte Praxisinhaber unter Umständen ohne Kosten in günstigere Tarife wechseln.

Im konkreten Fall hatte eine private Krankenversicherung neue Krankenversicherungstarife angeboten, die eine niedrigere Grundprämie für sogenannte "beste Risiken" mit einem entsprechend ausgeweiteten Bereich von individuellen Risikozuschlägen vorsahen. Von Versicherten, die vom bestehenden Tarif in den neuen Tarif wechseln wollen, verlangt die Krankenversicherung einen sogenannten Tarifstrukturzuschlag.

Zu Unrecht entschied das Bundesverwaltungsgericht: Der Versicherungsnehmer erwerbe mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages das Recht, dass der vom Versicherer bei Vertragsbeginn festgestellte Gesundheitszustand im Fall eines Tarifwechsels für die Risikoeinstufung im neuen Tarif maßgeblich bleibt. Die Erhebung eines pauschalen Risikozuschlags aus Anlass des Tarifwechsels sei unzulässig.

Im Klartext: Bei einem Tarifwechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kommt es darauf an, wie der Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherungsvertrags war. Damit ist es auch für PKV – Altkunden möglich, ohne Mehrkosten in günstigere Tarife zu wechseln.

(BVerwG 8 C 42.09 – Urteil vom 23. Juni 2010)

Marketingplan mit Geling-Garantie

Ein Monat voller Welt-Tage

Marketingaktivitäten für den Oktober müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Die Werbeplanung für Oktober bietet drei Möglichkeiten, sich an Gesundheitstage "anzuhängen": Welt-Rheumatag, Welt-Osteoporosetag und der Welttag des Stotterns. Alle Termine sind im Marketingplan verzeichnet. Wer neben unseren Anregungen eigene Ideen entwickeln möchte, kann das ganz leicht mit Hilfe der Planungsund Kommunikationsstrategien auf der Rückseite des Plans tun.

12.10.2010: Welt-Rheumatag und 40. Geburtstag

"Rheuma – keine Frage des Alters" das ist Motto und Botschaft der Rheumaliga zum Jubiläumsjahr 2010. Am 9.12.1970 wurde die deutsche Rheuma-Liga e.V. ins Leben gerufen, um die damals extrem desolate Versorgung rheumakranker Menschen zu verbessern. Heute ist die Rheuma-Liga mit über 250.000 Mitgliedern in 16 Landesverbänden und drei Mitgliedsverbänden der größte Verband der Gesundheitsselbsthilfe in Deutschland. Zu der Kampagne gibt es verschiedene Poster, Flyer etc. die vom Rheuma-Liga Bundesverband meistens kostenlos bezogen werden können.

Am 9. Oktober 2010, drei Tage vor dem Welt-Rheuma-Tag, lädt der Bundesverband zu einem Verbandsfest mit tausend Besuchern aus ganz Deutschland nach Kassel ein. Wenn Rheumatiker zu Ihren Patienten gehören oder Ihre Praxis sogar die örtliche Selbsthilfegruppe mit betreut, dann könnte das Jubiläum der Rheuma-Liga ein Anlass sein, für Ihre Patienten eine kleine "Geburtstagsfeier" auszurichten. Mit wenig Aufwand lässt sich die Praxis für 3 bis 4 Stunden zum Jubiläum öffnen. Wem die Zielgruppe besonders vertraut ist, kann vom Jubiläumstag bis zum Welt-Rheumatag am 12. Oktober eine ganze Reihe von Aktionen planen, die sich alle mit den verschiedenen Formen der rheumatischen Erkrankungen befassen. Es wird Ihnen sehr leicht fallen, kooperierende Ärzte zu finden, die bei solchen Aktionen gern mitmachen.

Außerdem hält die Rheuma-Liga eine Fülle von Material auch zu ganz speziellen Themen bereit, z.B. Rheuma im Kinder- und Jugendalter. Ideen für Aktionen findet man im Welt-Rheumatag-Archiv auf den Internetseiten der Rheuma-Liga http://

www.rheuma-liga.de.

20.10.2010: Welt-Osteoporosetag

Unter dem Motto "Mit Osteoporose das Leben gestalten" findet am Samstag, den 16.10.2010 im Rathaus zu Dresden der Welt-Osteoporose-Tag 2010 statt. Der DOP (Dachverband deutschsprachiger Osteoporose Selbsthilfeverbände und patientenorientierter Osteoporose Organisationen e.V.) hat sich als interna-

tionale Organisation dem Kampf gegen Osteoporose und der Aufklärung zu diesem Krankheitsbild verschrieben.



Quasi als Konkurrenzveranstaltung dazu es gibt z.B. den zehnten Patientenkongress Osteoporose 2010, der vom Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) durchgeführt wird. Interessant und passend für Ihre Arbeit vor Ort ist das Angebot des BfO unter dem Titel "Knochenschule". Die Knochenschule ist eine Ausstellung rund um das Thema Osteoporose. Schaukästen, Displays und Plakatwände stehen als fertige Ausstellung zur Verfügung und können kostenlos ausgeliehen werden. Der Platzbedarf beträgt etwa 25 qm. Die Ausstellung lässt sich in einem mittelgroßen Behandlungsraum realisieren, besser ist jedoch ein öffentlicher Raum, z.B. in der örtlichen Bibliothek, im Rathaus usw.. Mindestausstellungdauer sollte 10 Tage sein, längere Fristen sind möglich. Dazu stellen Sie einen Plakatständer mit Ihrem Angebot. So haben Sie eine ganz einfache Möglichkeit, sehr professionell das Thema zu besetzen.

Die Knochenschule finden Sie im Internet unter www.knochenschule.de. Hinweise zum Welt-Osteoporose-Tag gibt es auf der gleichnamigen Internetseite www.weltosteoporose-tag.de. Dort finden Sie auch Links auf die zahlreichen Selbsthilfeverbände und Fachgruppen.

22.10.2010: Welttag des Stotterns

Der Welttag des Stotterns findet jedes Jahr am 22. Oktober statt und soll das Augenmerk der Öffentlichkeit ganz besonders auf das Thema Stottern richten. Von der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. sowie von einigen der regionalen Stotterer-Selbsthilfegruppen wird rund um diesen Tag in besonderem Maße Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um die Menschen auf die Behinderung Stottern aufmerksam zu machen, mit Vorurteilen aufzuräumen und aufzuklären.

Hier könnten Logopädiepraxen Praxiswerbung und Therapie problemlos miteinander verzahnen: Bitten Sie Ihre Stotterer-Patienten eine entsprechende Aktion zum Welttag des Stotterns vorzubereiten. Natürlich mit Ihrer großzügigen Unterstützung.

Die Bundesvereinigung Stotter-Selbsthilfe berichtet, dass in der Regel keine zentralen "Aktionen" anlässlich dieses Tages stattfinden. Die regionalen Gruppen sind vielmehr mit Infoständen, z.B. in der Fußgängerzone, präsent oder bieten einen Tag der Offenen Tür an. Bei solchen Aktivitäten passt das Engagement Ihrer Praxis gut ins Bild.

Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. finden Sie im Internet unter www.bvss.de.

Kunden werben Kunden...

up-premium

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1: 360°-Segeltuchtasche "Tender"



☐ Prämie 2:
Pantone Espressotassen –
Set 2009



□ Prämie 3:
Energie-Sparleuchte
"MAULforte"
inkl. Energiespar-TageslichtLeuchtmittel

Ich habe einen neuen Abonnenten für **"up-premium"** (ehemals up-unternehmen praxis) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

up-premium plus

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1: "Notebook Grill" – passend zur Grillsaison 2010



☐ Prämie 2: 360°-Segeltuchtasche – "Barkasse Mini",schickes "Raumwunder" für Sie und Ihn



☐ Prämie 3: "Ventilator Otto" – für eine sanfte Brise auch an heißen Tagen in der Praxis



Ich habe einen neuen Abonnenten für "up-premium plus" (ehemals praxiswissen24) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

Vorname, Name	 	 	
Straße, Haus-Nr.	 	 ••••••	
PLZ, Ort	 	 •••••	

Neukundenangebot:

- Ich möchte "up-premium" ab der nächsten Ausgabe zum Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7% MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.
- Ich möchte "up-premium plus" ab den kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Das Abonnement ist drei Monate vor dem Vertragsablauf kündbar. Die Vertragslaufzeit beträgt zwölf Monate.

Vorname, Name	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	Faxnummer
PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse	
Datum Unterschrift	

winternehmen
praxis

manufactured for the control of the control o

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-135 82 20



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



Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.