12.2010

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

EXKLUSIV MIT **Marketingplan 2011**

Baden-Württemberg nach Schlichtung mit mehr Honorar

Sind 1,1 Prozent Erhöhung der richtige Weg?

Nach mehreren Jahren ohne Honorarerhöhung können sich Physiotherapeuten in Baden-Württemberg im kommenden Jahr über 1,1 Prozent höhere AOK-Honorare freuen. Das ist das Ergebnis des Schiedsverfahrens zwischen PT-Verbänden und Kasse. Der Fall zeigt beispielhaft für alle Bundesländer, dass auch die Schlichtung grundlegende Probleme der Preisfindung im Heilmittelbereich nicht löst.

Seit Juli 2003 hat es für die Physiotherapeuten in Baden-Württemberg keine Honorarerhöhung mehr bei RVO-Kassen gegeben. „Preise reduzieren" hieß das erklärte Ziel der AOK Baden-Württemberg, obwohl die Kosten in dieser Zeit kontinuierlich angestiegen sind. Kein Wunder, dass alle Physiotherapie-Berufsverbände (IFK, VDB, VPT, ZVK) einheitlich auf ein Schiedsverfahren hingearbeitet haben.

Schlichter kam mit fiktiver Preisliste

Ein Schiedsverfahren ist seit dem „Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetz" (KHRG) 2009 auch für Heilmittelerbringer möglich. Wenn alle Versuche einer Einigung versagen, steht es den Vertragspartnern aus dem Heilmittelbereich offen, ein Schiedsgericht anzurufen. Professionelle Sachverständige müssen dann in einem Schiedsverfahren beurteilen, was in dem vorliegenden Streitfall innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen angemessen ist. Da die AOK Baden-Württemberg nicht von ihrer Vorstellung einer Preissenkung abließ, kam es zu dem Verfahren.

Der Ablauf des aktuellen Schiedsverfahrens lies nach Angaben einiger Teilnehmer wenig Freude aufkommen: So habe der Schlichter Dr. Raible (Sozialministerium) eine fiktive Preisliste für physiotherapeutische Leistungen präsentiert, die sich aus

Richtungsentscheidung: prozentuales Geschachere oder Honorar für gute fachliche Leistung?

dem bundesweiten Durchschnitt errechnete. Diese Preise lagen trotz fehlender Honoraranpassung teils erheblich unter den Preisen in Baden-Württemberg. Raible machte deutlich, dass für ihn volkswirtschaftliche Überlegungen Vorrang vor den Partikularinteressen der einzelnen Praxisinhaber hätten. Nach einem einstündigen Vortrag über die Bedingungen des Gesundheitsfonds forderte er die Parteien auf, sich ohne Schiedsspruch zu einigen. Nachdem klar geworden war, dass Raibles Schlichtung einen Honorarrückgang bedeuten würde, willigten die Verbände in ein von der AOK vorbereitetes Angebot ein. Nach übereinstimmender Mitteilung der Verbände hat man sich auf folgendes Ergebnis geeinigt:

1. Anhebung der Preise ab dem 1.01.2011 linear um 1,1 Prozent
2. Ablösung der bisherigen Regelung von Hausbesuchspauschale und Wegegeld durch Vereinbarung einer Einsatzpauschale in Höhe von 10,00 Euro bzw. 5,00 Euro für Hausbesuche in sozialen Einrichtungen

>>>

Aktuell

KV Westfalen-Lippe gibt Entwarnung für Ärzte
Gefahr von Heilmittelregressen wird überschätzt 7

Bundesrechnungshof fordert
Einheitliches Verfahren für Präventionskurse 11

Bundessozialgericht folgt der eigenen Rechtssprechung
Rehasport darf nicht zeitlich begrenzt werden 15

Konzepte

Marketingidee für die Praxis
Fortbildungen für Ärzte 16

Pro Bono für Therapeuten
Behandeln für die gute Sache 17

Psychologen der Universität Jena belegen Nutzen
Selbstzahlerleistung „Taubsches Bewegungstraining" 18

Tipps

Gesundheitsreform 2010
Auswirkungen auf Heilmittelerbringer 21

Masseure können podologische Leistungen abrechnen 22

Beilage im Dezember
Der zweite fertige Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen 23

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

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

Kommentar

Verbände zusammenschließen!

Das Schiedsverfahren in Baden-Württemberg haben vier Physio-Verbände gemeinsam betrieben. Die Logopäden und Sprachtherapeuten stehen mit drei Verbänden vor der nahezu identischen Verhandlungssituation und vermutlich dürften die Ergotherapeuten auch hier agieren.

Insgesamt acht Verbände also, die beweisen müssen, dass sie die jeweils Besten, Schnellsten etc. sind, die die tollsten Verhandler haben, den besten Justiziar... man darf sich gar nicht überlegen, was dort an Zeit investiert wird, um sich vor Verhandlungen abzustimmen – wenn man sich denn abstimmt! Nicht ausrechnen darf man die verursachten Kosten, Sitzungsgelder, Verdienstausfälle, Gehälter und Honorare.

Das ist das Geld aller Mitglieder. Mitglieder, die schon lange nicht mehr verstehen, warum es in manchen Bundesländern parallele Verträge gibt, die sich im Cent-Bereich unterscheiden. Mitglieder, die gleichermaßen von intransparenter, interner Kommunikation und nicht wahrnehmbarer Außendarstellung ihrer Berufsstände genervt sind.

Stellen wir uns vor, alle Verbände würden verschmelzen: Was würde das an Ressourcen freisetzen, allein dadurch, dass man nicht mehr mit anderen Verbänden wetteifern muss? Der Fokus würde plötzlich auf Außenwirkung liegen, das eingesparte Geld ließe sich hervorragend für Patienten- und Ärztemarketing und für Lobbyarbeit in Berlin nutzen.

Also: schließt die Verbände zusammen!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung S. 1

3. Zusammenlegung der beiden Positionen Parafango und Naturmoor zu einer einzigen Gebührenposition, die mit 8,00 Euro bezahlt wird
4. Vereinbarung einer Gebührenposition für den Arztbericht mit einem Preis von 0,56 Euro

Die Laufzeit dieser neuen Vergütungsliste wurde auf ein Jahr begrenzt – endet also am 31.12.2011.

Die Verbände waren mit diesem Ergebnis nicht wirklich zufrieden, aber es sei immerhin besser als eine Absenkung der Honorare. Das ist richtig, denn keine Preiserhöhung über viele Jahre hinweg kommt einer faktischen Preissenkung gleich und so hat die AOK ihr Verhandlungsziel schlussendlich durch Aussitzen durchgesetzt. Kritisch zu sehen ist, dass der Schlichter sich vollkommen ungeniert die Sichtweise der AOK zu Eigen gemacht hat. Das wird unmittelbare Auswirkungen auf zukünftige Honorarverhandlungen in allen anderen Bundesländern haben.

Die Ursache für das Dilemma liegt jedoch tiefer. Wer Honorarverhandlungen als eine Diskussion über den Preisanstieg um mehr oder weniger zehntel Prozentpunkte begreift, wird – wie jetzt geschehen – in der Durchschnittsfalle landen. Was fehlt ist eine strategische Preispolitik, die die Vision eines selbstständig im Gesundheitsmarkt agierenden Therapeuten unterstützt.

So werden Logopäden und Ergotherapeuten bereits einmal je Behandlungsfall für eine ausführliche Befunderhebung bezahlt. Sie können diese Position abrechnen, ohne dass es dazu einer ärztlichen Verordnung bedarf – das wertet die Befundleistungen über die Abrechnungsposition deutlich auf. Physiotherapeuten haben eine solche Befundposition nicht. Hätten die Physiotherapeuten in Baden-Württemberg ganz bewusst auf eine Preiserhöhung verzichtet und dafür um eine eigenständige Befundposition gerungen, würde das Ergebnis anders aussehen. 1,1 Prozent Honorarerhöhung bezogen auf 2009 bedeuten rund 5,6 Millionen Euro mehr Honorar. Eine eigenständige Befundposition hätte nach vorsichtiger Schätzung mindestens das Doppelte an Zusatzumsatz in die Kassen der Praxen gespült.

Hätte der Schlichter statt über Prozentpunkte über medizinische/fachliche Inhalte zu entscheiden gehabt, hätte er sich mit dem Kern der physiotherapeutischen Arbeit auseinandersetzten müssen. Dann wäre es um eine Entscheidung für oder gegen mehr Qualität von Therapie gegangen.

Das Ergebnis ist ein bescheidener Erfolg der Verbände – und sollte ein Start sein zu einer aktiveren Preispolitik, oder wenigstens einer offenen Diskussion darüber!

(bu)

Impressum

buchner

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

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

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

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

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Y. Yurochk (1), G. Sanders (5), iofoto (8), S. Kaulitzki (12), R. Kneschke (14), PA (17), Maria.P. (20), parazit (20), lafota (22); Autonomie (16), di (17, 21), J.-P. Kasper/FSU (18, 19),

Zum Jahreswechsel soll wieder vieles anders werden?

Veränderungen in der Praxis dauerhaft umsetzen

Der Jahreswechsel nähert sich mit großen Schritten und damit auch der Zeitpunkt, der am häufigsten für Veränderungen aller Art genutzt wird. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass gute Vorsätze allein nicht ausreichen. Wer in seiner Praxis etwas ändern will, muss sich über die Logik des Veränderns klar sein und dafür sorgen, dass die Veränderung gut vorbereitet ist.

Veränderung bedeutet, dass etwas ANDERS wird. Darauf haben viele Menschen keine Lust. „Der einzige Mensch, der Veränderung will, ist ein Säugling in nassen Windeln“, sagt ein Merkspruch aus der Managementliteratur und illustriert ganz zutreffend die Situation: Für Veränderungen sind die meisten Menschen erst dann bereit, wenn die Ausgangslage richtig schlecht geworden ist. Vorher bewegt sich niemand.

Gilt das immer? Nein, natürlich gibt es auch Situationen, in denen die Aussicht auf die Zukunft so attraktiv ist, dass man trotz guter Ausgangsbasis etwas verändert. Das kennen Sie zum Beispiel aus der Zeit Ihrer Existenzgründung: Die Idee, in schönen Praxisräumen ein tolles Konzept umzusetzen, erschien ihnen damals so verlockend, dass Sie das Risiko der Selbstständigkeit eingegangen sind. Dabei muss die Zeit vor der Gründung nicht unbedingt schlecht gewesen sein.

Vorarbeit ist wichtig

Wenn Sie in Ihrer Praxis etwas nachhaltig verändern wollen, dann bedeutet das für Sie viel Vorarbeit. Denn das Schlimmste, was Ihnen als Praxisinhaber passieren kann, ist eine angekündigte Veränderung, die sich nach wenigen Wochen oder gar Tagen schon wieder erledigt hat. Die meisten Angestellten kennen das schon, wenn der Chef zum Beispiel von einer Fortbildung wieder kommt und begeistert verkündet: „Jetzt wird alles anders!“. Die Reaktion ist in der Regel weniger begeistert – die meisten Angestellten rühren sich nicht und hoffen, dass der Chef bald ein neues Thema findet. Das hat klappt häufig so gut, dass Sie als Chef schon einiges anders machen müssen, um eine wirklich eine Veränderung durchzusetzen.

Wertschätzung für das Bestehende zeigen

Erheblicher (nicht offener) Widerstand entsteht, bevor eine Veränderung überhaupt gestartet wurde. Je begeisterter der Chef von seinem neuen Veränderungsprojekt ist, desto wahrscheinlicher sind heimliche Widerstände wegen Missachtung des Bestehenden. Ein Beispiel: Sie als Praxischef wünschen sich eine Veränderung, zum Beispiel eine bessere Verlaufsdokumentation. Sie erklären Ihren Mitarbeiter, was Ihnen an dem aktuellen Zustand nicht gefällt. Damit das auch jeder wirklich versteht, heben Sie die Schwachstellen besonders deutlich hervor. In diesem Moment kann folgendes passieren: einige Mitarbeiter fühlen sich in ihrer jetzigen Arbeit entwertet und damit auch sich selbst als Person. Es regt sich Widerstand gegen die geplante Veränderung, bevor die Umsetzung überhaupt beginnen konnte.

Inhalt

Thema: Veränderung

- Veränderungen in der Praxis dauerhaft umsetzen 3
- Das hilft Ihren Patienten, Veränderungen zu akzeptieren! 4
- Merkmale guter Veränderungsprojekte 5
- Aus der Praxis: Ausfallgebühr einziehen 5

Zielperspektiven erarbeiten

Der Unternehmensberater Winfried Berner ist auf Veränderungsprozesse in großen Institutionen spezialisiert. Er schlägt vor, jeden Veränderungsprozess damit zu beginnen, genau das zu würdigen, was gut ist und was sich lohnt, zu erhalten. Er empfiehlt, nicht nur über die geplante Veränderung (Veränderungsziele) zu reden sondern auch gemeinsam darüber nachzudenken, was in Zukunft erhalten bleiben soll >>>

Beispiel: Änderung der Verlaufsdokumentation

Veränderungsziel: Die Verlaufsdokumentation entspricht ab dem 1.1.2011 bei jedem unserer Patienten mindestens den Vorgaben der Leistungsbeschreibung der GKV. *(Damit wird klar gemacht, zu welchem Ergebnis die geplanten Veränderungen führen werden.)*

Bewahrungsziel: Die tatsächliche Behandlung (Hands-on-Zeit) soll nahezu gleich bleiben. Die ausführliche Dokumentation der Befunderhebung soll erhalten bleiben. *(Hier werden die Dinge gewürdigt, auf die die Mitarbeiter besonders stolz sind.)*

Vermeidungsziel: Wir wollen keine zusätzliche Bürokratie aufbauen, die Dokumentation soll nicht unnötig aufgeblasen werden. *(Hier werden die Aspekte beschrieben, vor denen die Mitarbeiter Angst haben.)*

(Bewahrungsziele) und welche negativen Veränderungen auf keinen Fall eintreten sollen (Vermeidungsziele). Die Erarbeitung der verschiedenen Zielperspektiven führt im Idealfall dazu, dass sich alle Teammitglieder darüber einig sind, was das eigentliche Problem ist, bevor überhaupt über mögliche Lösungen debattiert wird.

Klartext reden

Viele Veränderungen scheitern daran, dass sich Praxischefs nicht trauen Klartext zu reden. „Ich bin erstaunt, wie gut meine Leute die Informationen weggesteckt haben“, meint Peter Jonson, Praxisinhaber einer Ergotherapiepraxis. Wochenlang hatte er die unangenehme Botschaft, dass alle Mitarbeiter eine Therapie pro Woche mehr leisten müssen – ohne finanziellen Ausgleich – vor sich hergeschoben. Damit hat er das Problem der schlechten Ertrags- und Liquiditätslage noch verschärft. Nach dem Mitarbeitergespräch ist er erstaunt, wie konstruktiv seine Leute mit den Zahlen aus seiner Buchhaltung und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, kostenlose Mehrarbeit zu leisten, umgegangen sind. „Hätte ich das bloß schon früher gemacht!“ fasst er seine Erfahrung zusammen.

Das Beispiel Jonson zeigt, wie wichtig es für die Umsetzung von Veränderungen ist, die Mitarbeiter mit den notwendigen Informationen auszustatten. Viele Chefs glauben immer noch, sie müssten ihre Mitarbeiter vor solchen Informationen verschonen. Dabei würden sich die meisten Mitarbeiter freuen, wenn sie früher in die Veränderungsprozesse mit eingebunden würden.

Veränderungen sind Gefühl

Wer glaubt, eine schlichte Präsentation von Zahlen oder Ergebnissen würde ausreichen, um bei seinen Mitarbeitern Handlungsdruck zu erzeugen, der irrt. Tatsächlich ist eine Veränderung eine hoch emotionale Angelegenheit, die zunächst einmal für Angst sorgt. Jeder Mensch überprüft eine Veränderung erst einmal auf ihre Bedrohlichkeit. Erst wenn feststeht, dass eine Veränderung nicht bedrohlich ist, kann er die Aufmerksamkeit den Vorteilen und Chancen der Veränderung zuwenden. Dass sollten Praxisinhaber wissen, wenn sie Veränderungen durchführen wollen. Bleiben wir bei dem Beispiel Verlaufsdokumentation: Der schlichte Verweis auf die vertragliche Verpflichtung reicht hier nicht aus. Damit die Mitarbeiter die Notwendigkeit der Veränderung besser erfühlen können, lassen Sie sie die Konsequenzen der Nichteinhaltung von Vertragsbedingungen konkret ausrechnen! Dann kommen Ihre Mitarbeiter selber zu dem Ergebnis, dass eine Praxis ohne Verlaufsdokumentation die Existenz gefährdet und damit auch den eigenen Arbeitsplatz.

Sobald die Ausgangs-/Problemlage geklärt und ausreichend Handlungsdruck erzeugt worden ist, geht es im nächsten Schritt darum, eine Perspektive zu entwerfen, die es allen Mitarbeitern erlaubt, die Veränderung positiv umsetzen zu können. Was wird besser durch die Veränderung? Und zwar nicht nur für die Praxis, sondern auch für die Mitarbeiter, Patienten, Ärzte, die Gesellschaft. Wie man diese Perspektive entwickelt, hängt stark vom jeweiligen Veränderungsprojekt ab. >>>

Wie stark kann man bei Veränderungsprozessen auf seine Mitarbeiter eingehen?

Wenn ein Chef versucht, eine Veränderung gegen den Widerstand seiner Mitarbeiter durchzusetzen, wird er oft scheitern, denn die Umsetzung (bzw. Nicht-Umsetzung) einer Veränderung erfolgt meistens durch die Mitarbeiter. Deswegen ist der offene Austausch über die verschiedenen Ziele wichtig. Oft lernen dabei alle Beteiligten dazu: Mitarbeiter verstehen die Motivation des Chefs und Chefs lernen die Ängste der Mitarbeiter kennen. Dieser Austausch führt im Rahmen des Veränderungsprozess zu erstklassigen Kompromissen, die dann von allen Beteiligten auch wirklich umgesetzt werden.

✔ Tipp

Das hilft Ihren Patienten, Veränderungen zu akzeptieren!

Damit es Patienten leichter fällt, eine Veränderung in der Praxis zu akzeptieren, könnten folgende Argumente helfen – auch wenn das vielleicht gar nicht der Grund für Ihre Veränderung ist:

- Malen Sie Ihre Rezeption/das Wartezimmer in einer anderen Farbe an: Räumliche Veränderungen lassen organisatorische Veränderungen „normaler“ erscheinen.
- Das Konzept der räumlichen Veränderung funktioniert auch mit einem Umbau des Wartezimmers.
- Verbinden Sie eigene Veränderungen mit gesetzlichen Änderungen: „Warum sich das ändert? Haben Sie nicht gehört? Wir haben eine Gesundheitsreform!“
- Dieses Konzept funktioniert auch mit weniger offiziellen Terminen: „Warum sich das ändert? Haben Sie nicht gehört – Defizit bei Ihrer Krankenkasse“.
- Auf Erfahrungen anderer Praxen hinweisen: „Der Kollege ist abgemahnt worden – er war zu billig!“

W. Berner stellt fest, dass Veränderungen bei Mitarbeitern nach zwei Gesichtspunkten unterschieden werden können. Stellt die geplante Veränderung eine Bedrohung für die Mitarbeiter dar, löst sie Angst bzw. Unruhe aus. In diesem Fall wird Orientierung und Sicherheit gebraucht. Erfordert die Veränderung eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung der Mitarbeiter, so ist der Bedarf an internem Ideenverkauf und Motivation gefragt. Ob eine Erweiterung des Produktangebotes, die Einführung eines QM, Preiserhöhung bei Privatpatienten oder die Kürzung des Zeittaktes – jedes dieser Veränderungsprojekte bewirkt ganz unterschiedliche Gefühle bei Ihren Mitarbeitern, die bei der Entwicklung der Zukunftsperspektive berücksichtigt werden müssen.

Bei dem Beispiel Verlaufsdokumentation dürfte die Trägheit des einzelnen Therapeuten vergleichsweise groß sein, sich vor der zusätzlichen und oft als unnötig empfundenen Bürokratie zu drücken. Erst wenn die Mitarbeiter verstanden haben, wie man einfach und schnell die Verlaufsdokumentation erstellen kann, haben Sie eine Chance, die Veränderung dauerhaft zu implementieren. Zusätzlich könnte in der Perspektive auch noch das Thema „professionelles Selbstverständnis“ auftauchen.

Patientenkommunikation soll den richtigen Rahmen setzen

Wenn es um (mehr) Geld oder (weniger) Leistung für Patienten geht, scheuen viele Mitarbeiter vor der Umsetzung von Veränderungen zurück, weil sie nicht wissen, wie sie den Patienten die Veränderung verkaufen sollen. Ihre Mitarbeiter werden an Patienten nur diejenigen Veränderungen kommunizieren, die mit ihren eigenen ethischen Vorstellungen zusammenpassen. Dazu dient der oben genannte Zielabgleich. Außerdem mögen Mitarbeiter keine „negativen“ Botschaften an Patienten überbringen. Schaffen Sie also den „Rahmen“, der die geplante Veränderung für Ihre Mitarbeiter/Patienten annehmbar macht. *(bu)*

✔ Checkliste

Merkmale guter Veränderungsprojekte

Ein Veränderungsprojekt hat dann die höchsten Chancen auf dauerhafte Umsetzung, wenn möglichst viele der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Ausgangs-/Problemlage ist geklärt
- Status Quo ist hinreichend gewürdigt
- Veränderungsziel ist konkret und messbar (für alle Beteiligten)
- Veränderungsziele können zeitnah und ohne zu großen Aufwand erreicht werden
- Veränderungserfolge werden vom Chef und seinem Praxisteam zeitnah gefeiert
- Das Veränderungsprojekt wird formell als erreicht abgeschlossen und zum Normalfall erklärt

Aus der Praxis:
Ausfallgebühr einziehen

In einer Praxis für Logopädie sollten Ausfallgebühren eingezogen werden. Der Chef hatte bereits mehrfach entsprechende Anordnungen getroffen, ohne nachhaltiges Ergebnis. Da die Ausfälle konstant etwa 10 Prozent der Termine ausmachten, entschied sich der Chef dafür einen externen Berater/Moderator dazu zu holen.

In einem kurzen Workshop erarbeiteten wir die Veränderungsziele, die Bewahrungsziele und die Vermeidungsziele. Dieser Vorgang war für alle Beteiligten sehr erhellend, denn das Veränderungsziel des Chefs war nicht etwa, das Kassieren von Ausfallgebühren, sondern die Termineinhaltung durch die Patienten. Das hatten die Mitarbeiter bisher überhaupt nicht verstanden. Gleichzeit hatten die Mitarbeiter erhebliche Bedenken, Sozialhilfeempfängern, die immer regelmäßig kamen, die Ausfallgebühr abzunehmen (Vermeidungsziel). Und man wollte die „guten Beziehungen“ zu den Patienten unbedingt erhalten (Bewahrungsziel).

Handlungsdruck konnten wir aufbauen, indem wir den „Kompromissvorschlag“ vorstellten, nachdem die Mitarbeiter bei Ausfällen die Hälfte der Ausfallgebühr selbst hätten tragen sollen. Wie erwartet führte das zu erheblichem Widerspruch und sofortiger Bereitschaft, offen über Veränderungen hinsichtlich des Einziehens der Ausfallgebühr zu reden. Innerhalb von rund zwei Stunden waren Lösungsvorschläge auf dem Tisch, wurde in Rollenspielen die nötige Sicherheit erworben, mit Patienten über die Ausfallgebühr zu reden und die Veränderung dann gemeinsam beschlossen.

Im Ergebnis hat die Praxis heute eine Auslastung von 99 Prozent und die Ausfallgebühr muss praktisch nie kassiert werden. Den Patienten auf die Ausfallgebühr hinzuweisen ist inzwischen der Normallfall – ebenso wie die Bereitschaft der Mitarbeiter, im Zweifel die Ausfallgebühr auch zu kassieren. *(bu)*

311 Millionen Euro für Prävention in 2009

Betriebliche Gesundheitsprävention steigt stark an, individuelle Präventionsangebote sind nach wie vor gefragt. Das ist das Ergebnis des neunten Präventionsberichts der gesetzlichen Krankenkassen. Für Heilmittelerbinger, die in den Bereich Prävention einsteigen wollen oder bereits Angebote durchführen, bietet der Bericht fundierte Informationen über die aktuelle Marktlage.

Rund 311 Mio. Euro gaben die Krankenkassen insgesamt im Jahr 2009 für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung aus. Das sind im Durchschnitt 4,44 Euro pro gesetzlich Versichertem. Der gesetzliche Ausgaberichtwert für das Jahr 2009 lag bei 2,82 Euro pro Versichertem. Diese Bilanz ziehen der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in ihrem aktuellen Präventionsbericht.

up-premium plus-Kunden können den Bericht kostenlos an der Hotline anfordern.

BGF auf dem Vormarsch

Intensiviert haben die Kassen vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF): Im Berichtsjahr 2009 wurden zwölf Prozent mehr Betriebe erreicht und die Ausgaben um zehn Prozent im Vergleich zum Jahr 2008 gesteigert. Auch die Zahl der mit BGF-Maßnahmen direkt und indirekt, also z. B. über geschulte Multiplikatoren, erreichten Beschäftigten stieg um vier Prozent auf einen Stand von über 850.000 (Vorjahr rund 820.000 Beschäftigte). Schwerpunkt der Projekte war dabei mit 32 Prozent das verarbeitende Gewerbe, aber auch der Dienstleistungsbereich hat entsprechend dem wirtschaftlichen Strukturwandel an Bedeutung gewonnen. In der Regel handelt es sich hier um längerfristig angelegte Vorhaben, zum Beispiel zur Reduzierung von körperlichen Belastungen, Stressvermeidung oder Suchtprävention.

Bei den individuellen Präventionsangeboten konnte ebenso eine Steigerung erreicht werden. Mehr als 2,1 Mio. Versicherte nahmen im Jahr 2009 an Kursen zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Stressbewältigung oder Raucherentwöhnung teil – das sind 44.000 mehr als im Vorjahr. Trotz gestiegener Teilnahme konnte eine Verringerung der Kosten in diesem Bereich erreicht werden, heißt es in der Pressemitteilung.

Zahlen kontinuierlich gestiegen

Seit Einführung der Berichterstattung im Jahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die individuelle Präventionsangebote in Anspruch genommen haben, kontinuierlich von anfangs 353.000 auf 2,1 Mio. Kursteilnahmen im Jahr 2009 gestiegen. Dabei flachte die Steigerungsrate jedoch ab, so dass sie im Berichtsjahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr nur noch zwei Prozent betrug. Der Großteil der Versicherten nahm dabei an Kursen im Bereich „Bewegungsfeld“ teil. Im Bereich „Bewegung“ gab es im Jahr 2009 einen minimalen Teilnahmerückgang von zwei Prozent an Kursteilnahmen (2008: 76 % – 2009: 74 %), während es im Bereich „Stressreduktion und Entspannung“ zu einen Zuwachs um ein Prozent auf insgesamt 18 Prozent kam.

Der Präventionsbericht 2010 dokumentiert die Leistungen der Krankenkassen nach den Paragraphen 20 (primäre Prävention) und 20 a (betriebliche Gesundheitsförderung) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Konkret: Therapeuten, die sich mit Prävention beschäftigen, erhalten mit dem Bericht ausführliche Informationen zur betrieblichen und individuellen Präventionsförderung. Fallbeispiele geben Anregungen für die eigene Praxis und detaillierte Statistiken lassen Trends erkennen, die sich zur Überprüfung des eigenen Angebots eignen. *(ko)*

kurz & knapp

Ost-Bundesländer fordern Tarifangleichung für Heilmittelerbringer +++ Im Bundesrat haben die Länder Thüringen, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern durch den Chef der Thüringer Staatskanzlei, Minister Dr. Jürgen Schöning erklären lassen, dass jetzt endlich Schluss sein müsse mit den ungleichen Tarifen in Ost und West:

Wir dokumentieren die Erklärung: „20 Jahre nach der Wiedervereinigung muss es eine zeitliche Perspektive für eine vollständige Angleichung der Vergütung in den neuen Ländern an das Niveau der alten Länder für alle noch immer ausstehenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen geben, damit Abwanderungen vermieden werden können und die medizinische Versorgung in den neuen Ländern auch weiterhin flächendeckend sichergestellt werden kann. Deshalb wird die Bundesregierung gebeten, im Rahmen eines die finanziellen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigenden Gesamtkonzepts Lösungsmöglichkeiten für eine vollständige Angleichung der Vergütung in den neuen Ländern an das Niveau der alten Länder im Gesundheitswesen entsprechend der jeweils erforderlichen Anpassung der Vergütung zu entwickeln und mit den neuen Ländern zu diskutieren.“ *(bu)*

KV Westfalen-Lippe gibt Entwarnung für Ärzte

Gefahr von Heilmittelregressen wird überschätzt

Arznei- und Heilmittelregresse machen Ärztinnen und Ärzten Angst. Das ist das Ergebnis einer von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung im September 2010 vorgelegten Studie. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) gibt jedoch Entwarnung für ihren Bereich und untermauert das mit aktuellen Zahlen zur Prüfsituation.

In Westfalen konnte der im Gesetz veränderte Prüfdruck auf die niedergelassenen Ärzte erheblich reduziert werden. Man sei nahezu frei von Verordnungsprüfungen und Regressen im Gebiet der KVWL, teilte die KV mit. „Gefühlte Bedrohung und Wirklichkeit klaffen hier weit auseinander“, weiß Dr. Wolfgang Axel Dryden, zweiter Vorsitzender der KVWL. Insbesondere die Ärztinnen und Ärzte in den ländlichen Regionen Westfalens arbeiteten nahezu frei von Verordnungsprüfungen und Regressen – das zeige eine Analyse aller Prüfungen und Regresse des Jahres 2008.
„Mit unseren Zahlen können wir ganz klar die oft kolportierte Mär widerlegen, dass gerade Ärzte in ländlichen Regionen aufgrund der höheren Verordnungsnotwendigkeiten einer erheblich höheren Regressgefahr ausgesetzt seien“, meint Dryden. „In der Realität ist das Gegenteil der Fall: Kein Kollege, der seine Patienten angemessen versorgt, muss Angst vor Prüfungen haben.“

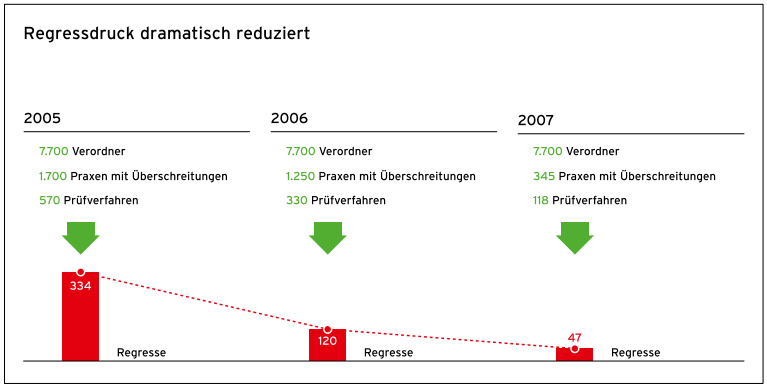
Beispiel Heilmittel-Richtgrößenprüfungen: Die wenigsten Prüfverfahren gab es 2008 in den ländlichen Kreisen Steinfurt, Coesfeld, Soest, Hochsauerlandkreis, Paderborn, Höxter Lippe und Herford sowie in den beiden kreisfreien Städten Hagen und Bielefeld. Hier wurden ein bis maximal drei Prüfverfahren durchgeführt.

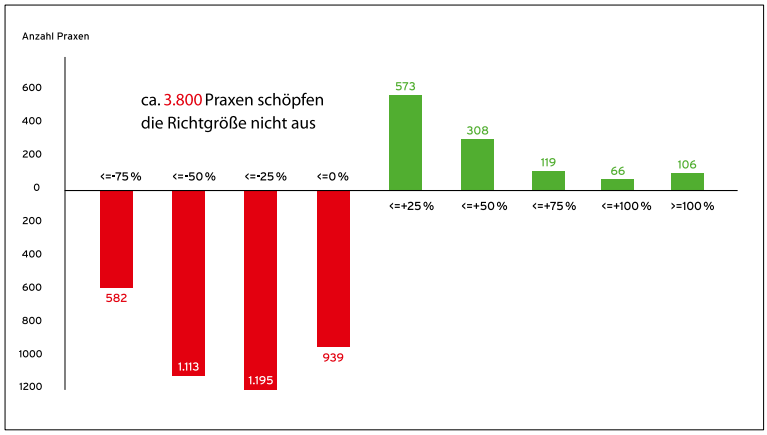
Zwischen fünf und zehn Verfahren gab es in den Kreisen Minden-Lübbecke, Gütersloh, Märkischer Kreis und Recklinghausen sowie in den kreisfreien Städten Gelsenkirchen, Bottrop und Münster.

„Spitzenreiter“ mit jeweils 15 eingeleiteten Verfahren waren in 2008 der Landkreis Unna und die benachbarte kreisfreie Stadt Dortmund.

Von den mehr als 7.700 Heilmittel verordnenden Ärzten wurden für das Prüfungsjahr 2008 nur 136 um eine Stellungnahme zu ihrem Verordnungsverhalten gebeten. Im Arzneimittelbereich ist die Lage für die niedergelassenen Ärzte noch entspannter. Hier wurden von den mehr als 8.000 verordnenden Ärztinnen und Ärzten für das Prüfungsjahr 2008 nur etwa 50 um eine Stellungnahme zu ihrem Verordnungsverhalten gebeten. *(bu)*

Hintergrund: Im Jahre 2008 haben rund 3.800 Arztpraxen ihre Heilmittelrichtgrößen nicht ausgeschöpft. Das hat dazu geführt, dass das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen für die KVWL 2008 um 9 Prozent und in 2009 um 6 Prozent unterschritten wurde. Das sind 25 Millionen Euro (2008) bzw. 18 Millionen Euro (2009), die die niedergelassenen Ärzte in Westfalen-Lippe hätten verordnen können, ohne dass es deswegen zu mehr Richtgrößenprüfungen hätte kommen müssen.
Schon Ende 2009 hat die KVWL ihre niedergelassenen Ärzte aufgefordert, mehr Heilmittel zu verordnen (wir berichteten). Im Frühjahr veröffentlichte die KVWL eine Sonderausgabe ihres Informationsblattes Pluspunkt mit sehr aufschlussreichen Zahlen über die abnehmende Zahl von Heilmittelregressen.
Dieses Heft können interessierte Kunden bei der *up-premium plus*-Hotline kostenlos als PDF-Datei anfordern.





Quelle: KVWL

Zukunft gehört der Präventivmedizin

Die Zukunft der Medizin wird der Präventivmedizin gehören. Mit diesem Ergebnis endete ein Seminar über sportmedizinische und präventivmedizinische Aspekte zu Fitness und Wellness, dessen Bericht jetzt im e-Portal „German Medical Science" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) erschienen ist. Für Therapeuten bietet der Bericht einen interessanten Einblick in die historische Entwicklung der Prävention und ihre Zukunftschancen.

Die Zukunft gehört der Prävention.

Auf der Tagung des Arbeitskreises Sportmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen war die leistungsdiagnostisch-sportmedizinische Entwicklung der letzten rund 60 Jahre als auch die daraus zu ziehende Konsequenz für den Einzelnen, wie genügend Bewegung, sowie die Zukunftsperspektiven erläutert worden. In zwei weiteren Beiträgen ging es um die Techniken und Wirkungen der klassischen und der asiatischen Massage sowie ganzheitliche asiatische Gesundheitsansätze und Bewegungskünste.

Wandel der Therapie mit der Luxemburger Resolution der WHO

Schon in den 50er Jahren hatte u.a. der heutige Ehrenpräsident des Weltverbandes für Sportmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Professor Dr. Dr. Wildor Hollmann, festgestellt, dass längere Bettruhe der Gesundheit schade, ein Minimal-Trainingsverfahren dagegen den Auswirkungen von Trainingsverlusten entgegenwirke. Auf Initiative des Weltverbandes für Sportmedizin konnte 1977 durch die Luxemburger Resolution der Weltgesundheitsorganisation WHO das Therapieprinzip bei Herzinfarkt endgültig umgewandelt werden in Frühmobilisation, Bewegungstherapie und Rehabilitation, die heute international selbstverständlich sind.

Da der Arzt das wünschenswerte körperliche Training mit dem Patienten im Regelfall weder selbst durchführen noch beaufsichtigen könne, seien Einrichtungen wie qualifizierte Fitnesszentren oder Gesundheitssportvereine aus medizinischer Sicht sinnvoll, heißt es im Tagungsbericht weiter. Eine ärztliche klinische Untersuchung mit Leistungsdiagnostik sollte dem Training vorangehen und das Trainingsprogramm individuell in Rücksprache mit dem Arzt festgelegt werden.

Elemente der asiatischen Sportarten als Ziele im Gesundheitssport

Neben der klassischen und asiatischen Massage als eine der ältesten Heilverfahren der Menschheit seien in Europa inzwischen auch zunehmend asiatische Gesundheitsansätze, wie die traditionelle chinesische Medizin, sowie Sportdisziplinen aus Fernost anzutreffen. Neben den Aspekten des (Wett-)Kampfes gebe es bei den asiatischen Sportarten auch Elemente, wie sie als Ziele im Gesundheitssport zu finden seien: aufrechte Haltung, Koordination, ausreichendes Muskelkorsett, Ausdauerleistungen und Stresstoleranz. Vor einigen Jahren erarbeitete der Deutsche Olympische Sportbund das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit" für besonders gesundheitsbewusste Angebote seiner Sportfachverbände. Die entsprechende Lizenzierung von Vereinsangeboten bestätigt qualitätsgesicherte Leistungen im Bereich der Prävention nach § 20 SGB V, für welche die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Mitgliedern Zuschüsse oder Boni geben können. Voraussetzungen bestehen u.a. in einem ausgearbeiteten und anerkannten Gesundheitssport-Programm sowie einer spezifischen Qualifikation der Übungsleiter. Der Deutsche Aikido-Bund gehört zu den wenigen Sportfachverbänden, die ein Sport-pro-Gesundheit-Programm anbieten dürfen.

Veröffentlichung: Hoffmann G, Siegfried I. Sportmedizinische Aspekte zu Fitness und Wellness. Seminar des Arbeitskreises Sportmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim. Düsseldorf, Köln: German Medical Science; 2010. Doc06sportmed1. *(ks)*

Service: Den Tagungsbericht können Sie auf *www.egms.de* kostenlos herunterladen.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Beispielhafte Debatte um Richtgrößenprüfungen im Heilmittelbereich

KV Sachsen ermahnt Ärzte zu mehr Sachlichkeit und Kooperation

Die erste Richtgrößenprüfung im Heilmittelbereich ist jetzt in Sachsen gestartet. Viele sächsische Vertragsärzte erhielten eine allgemeine schriftliche Beratung zur wirtschaftlichen Verordnung von Heilmitteln. Nur für elf Praxen wurde erstmalig eine Richtgrößenprüfung eröffnet. Trotzdem ist die Aufregung groß, niedergelassenen Ärzte sprechen von „Prüforgie" und verweigern die Kooperation. Therapeuten sollten eigeninitiativ ihre Arztkommunikation optimieren.

Die KV Sachsen versteht die Welt nicht mehr: Der Prüfungsausschuss hat im September 2010 erstmals Richtgrößenprüfungen für den Heilmittelbereich durchgeführt und nur elf Praxen müssen sich tatsächlich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterziehen. Eigentlich ist der KV-Vorstand stolz auf diese Zahlen, nur die niedergelassenen Ärzte wollen das offensichtlich nicht so sehen.

Ärzte lassen Dampf ab

Nach Angaben der KV haben einige Ärzte bei der Prüfungsstelle sowohl schriftlich als auch telefonisch ihren Unmut über eine „neue Prüforgie" vorgebracht. „Groben Beschimpfungen" seien die Verantwortlichen in der Prüfungsstelle ausgesetzt gewesen, berichtet die KV, selbst Vergleiche mit der NS-Zeit habe es gegeben. Der Vorstand der KV forderte seine Vertragsärzte auf, „so viel Größe zu zeigen und sich für ihre Entgleisungen zu entschuldigen!" Erstaunlicherweise stammen diese Beleidigungen nicht von den elf geprüften Ärzten, sondern von Praxen, die lediglich darüber informiert wurden, dass nach der Vorab-Prüfung der Heilmittelrichtgrößen eine Restüberschreitung von mehr als 15 % verbleibt. Für die Ärzte hat solch ein Informationsschreiben letztlich keinerlei Auswirkungen.

Das Verhalten der Ärzte der KV Sachsen ist in ähnlicher Form auch in anderen Bundesländern zu beobachten. Selbst harmlose Informationsschreiben der KVen führen bei vielen Ärzten bundesweit zu Ärger und Zurückhaltung bei der Verordnung von Heilmitteln. Auch die Reaktion der Ärzte auf Prüfbescheide in Sachsen ist exemplarisch für ganz Deutschland: So mancher Arzt lehnt sich im Verfahren einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vor der Prüfungsstelle zurück und lässt den Prüfbescheid ohne eine zuvor abgegebene Stellungnahme auf sich zukommen. In solchen Fällen können keine zusätzlichen Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden und es kommt zum Regressbescheid.

Kosten können vermieden werden

Die KV Sachsen findet dieses Verhalten kontraproduktiv, denn „später wird vor dem Beschwerdeausschuss dann mit anwaltlichem Beistand der ganze Sachverhalt aufgerollt und aufgrund dessen, wie nicht anders zu erwarten, der Bescheid der Prüfungsstelle aufgehoben." Die Folge: die gesetzlichen Krankenkassen und die KV müssen die Anwaltskosten des Arztes je zur Hälfte übernehmen. Mit einer rechtzeitigen Stellungnahme wäre dieser Aufwand zu vermeiden.

Ganz konkret: Jetzt im Herbst erhalten viele Ärzte „Informationsschreiben" mit dem Inhalt, sich zu ihrem Heilmittelverordnungsverhalten zu äußern. Viele Ärzte fühlen sich damit zeitlich überfordert, allein gelassen und reagieren mit Verordnungszurückhaltung. Heilmittelerbringer können aktiv auf die verordnenden Ärzte zugehen und ihre Hilfe bei der Stellungnahme gegenüber dem Prüfungsausschuss anbieten. Die Therapiedokumentation der Heilmittelerbringer ist meistens bereits vollkommen ausreichend, um die Regressgefahr abzuwehren. Allerdings kommen Ärzte selten selbst auf die Idee, ihren Logopäden, Ergo- oder Physiotherapeuten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen um Hilfe zu bitten. Deswegen könnte es sich lohnen, als Therapeut die Initiative zu ergreifen und Bereitschaft zur Unterstützung zu signalisieren. *(bu)*

kurz & knapp

ZVK meldet: Neue Preise bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen +++ Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 haben der ZVK und der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine strukturelle Gebührenerhöhung vereinbart.

Die neuen Preise können für alle Verordnungen der Patienten der landwirtschaftlichen Krankenkassen abgerechnet werden, die ab dem 1. Januar 2011 ausgestellt werden.

Gleichzeitig wurde vereinbart, dass die Praxen bei der Abgabe der Position Kompressionsbandagierung zukünftig kein Polstermaterial und Trikofix mehr bereitzustellen haben. Beides muss zukünftig vom verordnenden Arzt zusätzlich – als Hilfsmittel – verordnet werden. *Quelle: ZVK* *(bu)*

***Service:** Die Rahmenverträge können **up-premium plus**-Kunden an der Hotline anfordern.*

Modelle zur Integrierten Versorgung

Therapeuten können bei Krankenkasse punkten

Die Integrierte Versorgung droht für Heilmittelerbringer zu einem Randthema zu werden. Wo noch Modelle verfolgt werden, stehen oft Ärzte und Kliniken im Mittelpunkt. Aber es gibt Wege, Kassen von neuen Modellen zu überzeugen.

„Bei uns haben die Zahlen kontinuierlich zugenommen", sagte Cornelia Prüfer-Storcks von der AOK Rheinland/Hamburg auf dem sechsten Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung. Damit spielte die AOK-Vertreterin auf die in den verschiedenen IV-Verträgen der länderübergreifenden Kasse eingeschriebenen Patienten an – immerhin 43.596 sind dies inzwischen. Auch beteiligen sich 4.211 Ärzte. Und Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden? Sie waren auf dem Symposium kaum vertreten und ihre Arbeit spielte in den zahlreichen Vorträgen schlicht keine Rolle.

Gute Aussichten für Therapeuten

Haben sich die Heilmittelebringer also ernüchtert aus der integrierten Versorgung verabschiedet? Zahlen zur Beteiligung der Heilmittelerbringer waren nicht zu erfahren. Die Vorteile der Integrationsmodelle machen aber deutlich, dass auch Therapeuten dieses Thema weiter verfolgen sollten. Prüfer-Storcks machte deutlich, dass ein Engagement in der integrierten Versorgung für die Kassen auch ohne die inzwischen eingestellte Anschubfinanzierung aus mehreren Gründen sinnvoll sein kann. Für die Kassen können Integrationsmodelle aus drei Gründen sinnvoll sein. Neben einer verbesserten Versorgung können dies eine höhere Wirtschaftlichkeit und ein verbessertes Image sein. Heilmittelerbringer, die Ideen und Know-how aus den Versorgungsbereichen Onkologie, Kindergesundheit und Schwangerenversorgung aufweisen, haben gute Chancen, mit Versorgungsmodellen bei Krankenkassen zu punkten – denn diese Bereiche versprechen in aller Regel gute Imagewerte für die Kassen, wie Prüfer-Storcks sagte.

Image- und Marketinggründe spielen eine wichtige Rolle

Andere Bereiche, wie etwa seelische Gesundheit, punkten dagegen eher durch ihre verbesserte Versorgung, andere, wie etwa Modelle zur Versorgung von Diabetespatienten, durch eine verbesserte Wirtschaftlichkeit. Nur im Idealfall gelingen Versorgungsverträge in der Schnittmenge aller drei Ziele. Deutlich wurde auf dem Symposium, dass auch Leistungserbringer Image- und Marketinggründe bei der Etablierung von IV-Modellen berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist aber ein dauerhaftes Engagement, wie Günter Zwilling, kaufmännischer Direktor der Kölner Uniklinik und Cord Meyer, Hauptgeschäftsführer des Hamburger Albertinen-Krankenhauses, auf dem Symposium betonten. Meyer nannte als weitere unverzichtbare Voraussetzung für erfolgreiche IV-Modelle Augenhöhe zwischen den Beteiligten aus den verschiedenen Sektoren. Dies ist nach seinen Angaben in der Kooperation seines Hauses mit dem Hamburger Ärztenetz Nordwest, zu dessen über 200 Mitgliedern auch Heilmittelerbringer zählen, erreicht worden.

Damit die Integrierte Versorgung künftig wieder stärker in den Fokus rückt, wurden in Hamburg neue finanzielle Anreize für die beteiligten Krankenkassen angeregt. Die Kassen dagegen wurden aufgefordert, beim Engagement in die Integrierte Versorgung mehr Geduld zu zeigen und die Investitionen langfristiger zu betrachten. *(di)*

Deutsche werden immer häufiger operiert

Die Deutschen werden immer häufiger operiert: 2009 verzeichnete das Statistische Bundesamt (Destatis) in Wiesbaden rund 45 Millionen Operationen, diagnostische Untersuchungen und Therapien. Das waren 7,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Damit erreichte die Zahl der Eingriffe seit Beginn der Erhebung 2005 einen Spitzenwert.

Knapp ein Drittel der Maßnahmen entfielen der Statistik zufolge auf Operationen (14,4 Millionen), gefolgt von nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen wie etwa rehabilitative und physikalische Therapie mit einem Anteil von 26,8 Prozent (12,1 Millionen) und diagnostischen Maßnahmen mit 20,3 Prozent (9,1 Millionen). Damit entfielen auf jeden Krankenhausfall 2,6 Eingriffe, errechneten die Statistiker. Gezählt wurden allerdings nur Eingriffe aus vollstationärer Behandlung.

Die Operationen an den Bewegungsorganen lagen mit fast vier Millionen an erster Stelle. Dabei wurden Männer zwischen 45 und 64 Jahren am häufigsten am Gelenkknorpel und am Meniskus operiert (60.742). Schon bei den Jüngeren im Alter von 15 bis 44 Jahren waren diese Beschwerden zweithäufigste Ursache für die Operationen. Mit 60.840 operativen Eingriffen am Gelenkknorpel und Meniskus waren auch Frauen zwischen 45 und 64 Jahren betroffen, der zweithöchste Wert in ihrer Statistik – nach Entfernung der Gebärmutter. Bei Frauen über 65 Jahren lag die Implantation von Hüftgelenken an der Spitze (107.274), auf Platz Vier folgten künstliche Kniegelenke (78.820). *(ks)*

Bundesrechnungshof fordert

Einheitliches Verfahren für Präventionskurse

Nach Ansicht des Bundesrechnungshofes soll die Qualität von Präventionskursen in Zukunft nicht mehr von den einzelnen Krankenkassen überprüft werden, sondern von einer zentralen Qualitätssicherungsstelle. Das empfiehlt der Bundesrechnungshof in seinen jetzt veröffentlichten „Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes“.

Um die Qualität und Wirkung von Präventionskursen ist es in Deutschland schlecht bestellt, bemängelt der Bundesrechnungshof in seinem Bericht. Schlecht ausgebildete Kursleiter und nicht belegbare Wirksamkeit führen zu einem unüberschaubaren Wust an Angeboten, die je nach Gutdünken der Krankenkassen mal finanziert werden und mal nicht. „Wir haben festgestellt, dass die Krankenkassen bisweilen nicht belegen können, aus welchen Gründen einzelne Maßnahmen notwendig sind“, erklärte der Präsident des Bundesrechnungshofs Prof. Dr. Dieter Engels in Berlin.

Dies gelte etwa für „das gesundheitsorientierte Bewegen mit und ohne Pferd“ oder das „Aqua-Cycling“, mit dem ein Unterwassertraining auf Fahrradergometern gemeint sei. Auch die Qualität der Kurse bemängelte Engels: „Wenn etwa Ingenieure oder Finanzbeamte ohne entsprechende Ausbildung Yoga-Kurse leiten, dann müssen wir ein großes Fragezeichen anbringen“. Aus diesem Grund sollen verbindliche Qualitätsstandards festgelegt werden, die durch eine zentrale Qualitätssicherungsstelle überprüft werden sollen.

Die Anerkennung von Präventionskursen dürfte dann für Heilmittelerbinger wesentlich einfacher und übersichtlicher werden. Ob und wie die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes umgesetzt werden, bleibt abzuwarten. *(ko)*

Der Bundesrechnungshof fordert eine zentrale Prüfstelle für Präventionskurse.

i Hintergrund

Originalauszug Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes

Punkt 32: Qualität und Wirksamkeit von Präventionskursen der Krankenkassen auf den Prüfstand stellen

Die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren Präventionskurse. Dafür wandten sie im Jahre 2008 285 Mio. Euro auf. Die Anforderungen an die Präventionskurse sind nach Feststellungen des Bundesrechnungshofes zu unbestimmt. Die dauerhafte Wirksamkeit ist nicht hinreichend belegt. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die Anforderungen zu konkretisieren, die Qualität der Präventionskurse zu überprüfen und für diese verbindliche Qualitätsstandards festzulegen. Nur diejenigen Präventionskurse sollten gefördert werden, die einen dauerhaften Nutzen haben und dazu führen, dass die Versicherten nachhaltig eine gesunde Lebensführung entwickeln.

Handlungsfelder und Qualitätskriterien für Präventionskurse (Kurse) sind in einem Leitfaden für Krankenkassen dargestellt. Krankenkassen dürfen nur Angebote fördern, die diesen Vorgaben entsprechen. Der Leitfaden trifft nur allgemeine Aussagen darüber, welche Kurskonzepte für die Krankenkassen förderungswürdig sind und nennt nur beispielhaft, welche Qualifikationen Kursleitungen nachweisen müssen. Krankenkassen förderten Kurse, die nach ihrer eigenen Einschätzung nicht den Anforderungen des Leitfadens entsprachen, so zum Beispiel „Schnuppergolfen“ („Golf-Prävention“) zur Kräftigung der Rückenmuskulatur. Sowohl einzelne Krankenkassen als auch verschiedene Qualitätssicherungsstellen prüften unabhängig voneinander, ob Kurse den Anforderungen des Leitfadens entsprachen. Diese dezentrale Qualitätssicherung führte teilweise zu Doppelprüfungen, unterschiedlichen Prüfungsergebnissen und zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Die Krankenkassen prüften nicht regelmäßig und umfassend, ob die Kurse bei den Teilnehmenden eine dauerhafte gesundheitsfördernde Verhaltensänderung bewirkten. Damit bleibt die dauerhafte Wirksamkeit und damit der Erfolg der Kurse offen. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die Qualitätskriterien des Leitfadens genau zu beschreiben und verbindlich festzulegen. Dann können die Krankenkassen Kurse nach einheitlichen Kriterien fördern. Der Bundesrechnungshof empfiehlt weiter, dass nicht mehr jede einzelne Krankenkasse, sondern zentrale Qualitätssicherungsstellen die Qualität der Kurse prüfen. Der Bundesrechnungshof fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, sich für ein bundesweit einheitliches Verfahren einzusetzen in dem geprüft wird, ob die Teilnehmenden über Risikofaktoren aufgeklärt sind und dauerhaft ihr Verhalten geändert haben. Es sollten nur solche Kurse gefördert werden, die sich als wirksam erwiesen haben. Das Bundesgesundheitsministerium ist aufgefordert, ein solches Verfahren für die Krankenkassen verpflichtend einzuführen.

Quelle: Bundesrechnungshof

Risiko für Schulterverletzungen bei Rollstuhlfahrern höher

Rollstuhlfahrer haben ein höheres Risiko, Bänderrisse in der Schulter zu erleiden. Das bestätigt eine Studie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, die im „Journal of Bone and Joint Surgery" veröffentlicht wurde. Darin wurde erstmals gezeigt, dass der Verschleiß des Schultergelenks primär von der Zeitdauer im Rollstuhl abhänge und weniger vom Alter. Die Ergebnisse sollen zu Verbesserungen in der Rehabilitation führen.

Bei Querschnittgelähmten sei eine starke Beanspruchung der Schultergelenke unumgänglich, heißt es in einer Pressemitteilung der Uniklinik: Betroffene bewegten mit den Armen den Rollstuhl, stemmten sich ins Auto oder Bett und erreichten Gegenstände des alltäglichen Lebens häufig nur in oder über Kopfhöhe. Gerade diese Bewegungen förderten einen Verschleiß der Weichteile, fand das Team um Dr. Michael Akbar heraus, der für seine Arbeit im Juni mit dem Vernon L. Nickel Award der American Orthopedic Rehabilitation Association ausgezeichnet worden war.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Sehnenrisse sind häufig

An der Studie hatten 100 Rollstuhlfahrer teilgenommen, die im Durchschnitt 50 Jahre alt und seit mindestens 30 Jahren auf den Rollstuhl angewiesen waren. Die Vergleichsgruppe bestand aus 100 nicht querschnittgelähmten Freiwilligen gleichen Alters und Geschlechts. Fazit: Während sich 63 der untersuchten 100 Rollstuhlfahrer im Laufe ihres Lebens einen Sehnenriss in der Schulter zugezogen hatten, waren es nur 15 Personen in der Kontrollgruppe. „Damit sind Sehnenrisse der Schulter bei Rollstuhlfahrern mehr als viermal häufiger als bei Nicht-Rollstuhlfahrern", erklärte Dr. Akbar.

Gezielte Kräftigung der Schultermuskulatur wichtig

Ferner zeigte sich, dass Sehnenrisse bei Rollstuhlfahrern deutlich früher auftreten als beim Durchschnitt in der Bevölkerung. „Laut Literatur kommen Muskelsehnenrisse der Schulter bei rund 40 Prozent der über 70-Jährigen vor und sind mit zunehmendem Alter häufiger", so der Orthopäde. Bei den betroffenen 63 Prozent der Testpersonen im Rollstuhl rissen die Sehnen dagegen im Durchschnitt mit 50 Jahren, die jüngsten Patienten mit Rotatorenmanschettenrupturen waren erst 35 Jahre alt. Das zeige, dass Sehnenrisse „nicht als altersbedingte Verschleißerscheinung anzusehen sind, sondern das Risiko steigt mit der Zeit im Rollstuhl", folgert Dr. Akbar. Für querschnittgelähmte Menschen seien Schulterverletzungen aber besonders kritisch: Bleibe der Arm nur noch eingeschränkt belastbar, schränke dies Selbständigkeit und Mobilität erheblich ein.

Die Ergebnisse sollen nun dazu beitragen, die Leitlinien für die Rehabilitation zu verbessern. „Wichtig ist eine gezielte Kräftigung der Schultermuskulatur", so Dr. Akbar, „um den Verschleiß der Sehnen zu verringern und die Zeit bis zum Sehnenriss zu verlängern." Weitere Studien müssten nun prüfen, welche Bewegungsmuster besonders schädlich seien und ob beispielsweise Sport im Rollstuhl das Risiko für Sehnenrisse erhöhe oder vermindere. *(ks)*

kurz & knapp

Gesetzlich Versicherte fühlen sich nicht als Patienten zweiter Klasse +++ Die Mehrheit der gesetzlich Versicherten fühlt sich nicht als Patienten zweiter Klasse. Das ergab eine Umfrage des „Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen" (WINEG).

Fazit: Neun von zehn Versicherten (87,9 Prozent) waren zufrieden mit der Wartezeit auf einen Arzttermin. Mehr als ein Drittel (34,7 Prozent) äußerten sich ebenfalls sehr zufrieden zur Wartezeit in der Arztpraxis. Außerdem seien deutlich über 90 Prozent der Versicherten mit der Freundlichkeit des Personals und der Atmosphäre in der Praxis zufrieden. „Wenn man sich die hohen Zufriedenheitswerte zur Praxisorganisation anschaut", stellt Dr. Beate Bestmann, Sozialwissenschaftlerin im WINEG fest, „dann kann man nicht von einer 'Zwei-Klassen-Medizin' beziehungsweise einem 'Zwei-Klassen-Service' in Deutschland sprechen."
In der Studie wurde gleichzeitig nach der Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Arzt gefragt. Fast 95 Prozent seien mit ihrem Arzt zufrieden, wünschten sich aber mehr Informationen und eine stärkere Einbeziehung in die Entscheidungen. *(bu)*

Service: Die Studie finden Sie im Internet unter www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/224246/Datei/5022/WINEG%20Wissen%20-%20Patientenzufriedenheit.pdf.

Viel Arbeit für Heilmittelerbringer

Deutsche Arbeitnehmer immer kränker

Die Zahl der Krankheitstage steigt in Deutschland weiter: Im Jahr 2009 fehlten Arbeitnehmer krankheitsbedingt im Schnitt 14,4 Tage. Das war fast ein Tag mehr als im Vorjahr (13,8), wie der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) bekannt gab. Vor allem psychische Erkrankungen nahmen zu, aber auch Rückenleiden, von denen zunehmend jüngere Menschen betroffen sind. Für Heilmittelerbringer gibt es also in Sachen Präventionsarbeit viel zu tun.

„Sowohl den Rückenleiden als auch den Herz-Kreislauferkrankungen kann durch individuelle Gesundheitsvorsorge gut vorgebeugt werden", erklärte Heinz Kaltenbach, Geschäftsführer des BKK Bundesverbandes. „Die BKK gaben im Jahr 2009 rund 73 Millionen Euro für Präventionsmaßnahmen aus: Zum einen für die gerade bei alternden Belegschaften immer wichtiger werdende betriebliche Gesundheitsförderung, die von Betriebskrankenkassen bezuschusst wird; zum anderen für qualitätsgesicherte individuelle Kurse in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung."

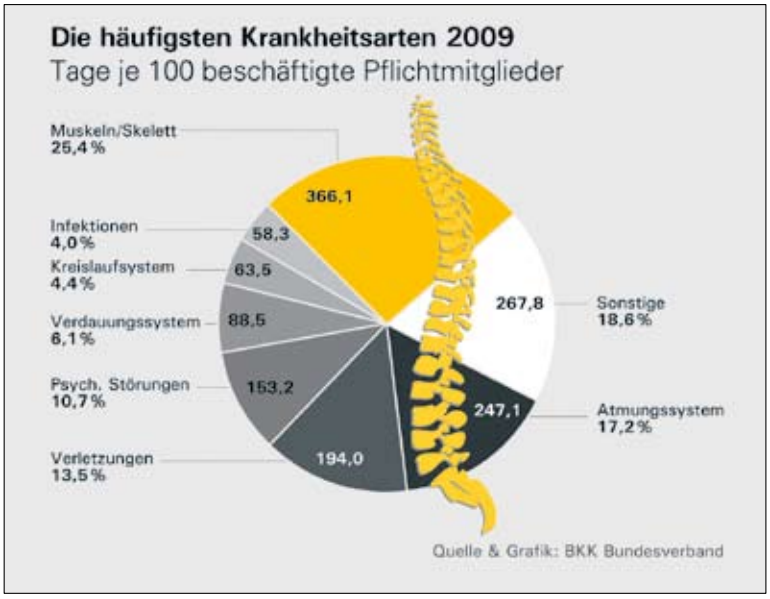
Psychische Leiden immer häufiger

Laut BKK-Report 2010 „Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft" lagen die durchschnittlichen Krankenstandswerte von Januar bis September 2009 bei vier Prozent pro Monat (2008: 3,8 Prozent, 2007: 3,7 Prozent). Auf Muskel- und Skeletterkrankungen gingen ein Viertel der Krankentage zurück (25,4 Prozent), gefolgt von Atemwegserkrankungen (17,2 Prozent) und Verletzungen (13,5 Prozent). Mit fast elf Prozent wurden im vergangenen Jahr Arbeitnehmer immer häufiger wegen psychischer Leiden krankgeschrieben. 1976 lagen die psychischen Diagnosen noch bei zwei Prozent.

Als Ursache für den steten Anstieg der Fehlzeiten nannte die BKK neben der zunehmenden Belastung der Arbeitnehmer auch die demographische Entwicklung. So habe die Erwerbstätigkeit der über 55-Jährigen in den letzten zehn Jahren um 49 Prozent zugenommen. Gerade körperlich belastende Tätigkeiten wie in Bau- und Metallberufen, bei Reinigungskräften wie auch in Verkehrsberufen wiesen die höchsten Ausfallzeiten auf, im Schnitt vier und mehr Krankheitswochen.

Aber auch bei höher qualifizierten Berufen gebe es laut BKK einen Aufwärtstrend bei den Fehlzeiten: Jeder achte männliche Ingenieur über 55 Jahre erkrankte im letzten Jahr im Schnitt rund 18 Tage im Jahr, fast doppelt so viel wie 2008. Noch deutlicher sei der Anstieg bei älteren Rechnungskaufleuten und Datenverarbeitern – hier stieg die Anzahl der Krankheitstage um etwa vier auf 19,4 Tage. Ursache könnten die ständig wachsenden Leistungsanforderungen und Restrukturierungen in Unternehmen sein.

Körperliche Belastung und mangelnde Bewegung machten offensichtlich aber auch immer jüngeren Berufstätigen zu schaffen. So meldeten sich seit Anfang 2009 63 Prozent der Mittdreißiger aufgrund von Rückenproblemen krank, gegenüber der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mehr als doppelt so viele. Die über 55-Jährigen fallen aufgrund chronischer Beschwerden mehr als dreimal so lange wegen Rückenleiden aus.



Wie die ambulanten Arztdaten der BKK zeigen, beginnen die Rückenbeschwerden oft schon in jungen Jahren: Jeder zehnte junge Mann zwischen 15 und 25 Jahren und fast jede siebte Frau dieser Altersgruppe (13,4 Prozent) suchten in diesem Zeitraum mit Rückenschmerzen einen Arzt auf.

Gesundheitsvorsorge wichtig

Die Herz- und Kreislauferkrankungen nehmen – besonders bei Männern – in den Jahrgängen um die 40 zu, gegenüber den Mittzwanzigern sind die 40-Jährigen im Schnitt doppelt so häufig deswegen krank. Daher betonte der Geschäftsführer des BKK-Bundesverbandes die Wichtigkeit von Gesundheitsvorsorge.

Die Erkenntnisse aus dem jährlich im November erscheinenden BKK-Gesundheitsreport können Heilmittelerbringer zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionsangeboten zu nutzen. Denn das Problem von Stress und psychischen Leiden wird auch in den nächsten Jahren ein Thema bleiben. *(ks)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Service: Weitere Informationen sowie den BKK-Faktenspiegel 10/2010 „Lebensarbeitszeit" unter www.bbk.de.

Deutsche haben Angst vor Krebs, Schlaganfall und Alzheimer

Therapeuten können helfen, Patienten die Angst vor Krankheiten zu nehmen.

Obwohl schwere Herzkrankheiten die häufigste Todesursache sind, fürchten sich die Deutschen am meisten vor Krebs. Nach einer Studie der DAK haben mehr als zwei Drittel Angst vor einer Tumorerkrankung (73 Prozent). Diese Ängste, die auch schon bei jungen Menschen auftreten, müssten stärker als bisher für die Gesundheitsvorsorge genutzt werden. Das sollten auch Therapeuten bei Präventionsangeboten beachten.

Im Oktober hatte das Forsa-Institut im Auftrag der DAK bundesweit 3.015 Männer und Frauen befragt. Mehr als jeder Zweite (53 Prozent) fürchtete sich vor einem Unfall mit schweren Verletzungen, teilte die Krankenkasse mit. Auf Platz Zwei wurde die Angst vor einem Schlaganfall (52 Prozent) genannt, gefolgt von Alzheimer (50 Prozent) und Herzinfarkt (45 Prozent). 36 Prozent der Befragten fürchteten sich vor einem Bandscheibenvorfall oder schweren Rückenerkrankungen, knapp ein Drittel vor einer psychischen Erkrankung und jeder Fünfte vor Diabetes (20 Prozent).

Bei Frauen sei die Sorge vor Krankheiten deutlich stärker ausgeprägt, erklärte die DAK-Expertin Dr. Christina Sewekow. Das gelte ebenso für Krebs wie für Unfälle oder Schlaganfälle. Laut Studie gingen 74 Prozent der Frauen zur Krebsvorsorge, aber nur etwa die Hälfte der Männer (46 Prozent). Zur Vorbeugung von Krankheiten gaben mehr als drei Viertel der Befragten an, regelmäßig Sport zu treiben (80 Prozent), wenig Alkohol zu trinken (78 Prozent) und auf eine gesunde Ernährung zu achten (77 Prozent).

Während jüngere Menschen zwischen 14 und 29 Jahren sich am meisten vor Krebs (81 Prozent), psychischen Erkrankungen (33 Prozent) und Geschlechtskrankheiten (27 Prozent) fürchteten, sorgten sich Ältere ab 60 Jahren sowohl um Krebs (63 Prozent) wie um eine mögliche Alzheimer- oder Demenzerkrankung (59 Prozent).

Laut DAK-Studie bewerteten 45 Prozent der 14- bis 29-Jährigen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als „sehr gut". Bei den älteren Befragten über 60 Jahre seien es nur noch 17 Prozent. Insgesamt aber schätzte eine deutliche Mehrheit ihren Gesundheitszustand als sehr gut (29 Prozent) oder gut (56 Prozent) ein. *(ks)*

Konkret: Therapeuten sollten die Ängste ihrer Patienten ernst nehmen und ihnen die Möglichkeit und Wirksamkeit von Präventionsangeboten genau erklären.

Die Studie ist im Internet unter http://www.dak.de/content/filesopen/Angst_vor_Krankheiten.pdf abrufbar.

Anthrosophische Medizin

Eltern krebskranker Kinder wollen alternative Heilmethoden

Bei Eltern krebskranker Kinder ist die anthroposophische Medizin sehr beliebt. Das ergab eine Umfrage am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, einer kooperierenden Klinik der Universität Witten/Herdecke, die im US-Wissenschaftsjournal für Kinderonkologie „Pediatric Blood and Cancer" veröffentlicht wurde.

Knapp ein Drittel der Befragten (27 Prozent) bevorzugten diesen Therapieansatz, nach Homöopathie die beliebteste Behandlung unter den Patienten.

Kostenloses Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20740624.

Die Arbeitsgruppe um Dr. Alfred Längler vom Zentrum für integrative Kinderonkologie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke hatte rund 1.000 Eltern über die bevorzugte Therapie für ihre Kinder befragt. Dabei bevorzugten knapp ein Drittel der Befragten (27 Prozent) die anthroposophische Medizin, die damit nach Homöopathie die beliebteste Behandlung unter den Patienten sei, heißt es in einer Pressemitteilung der Universität. 18 Prozent der befragten Eltern hatten pflanzliche und mineralische Heilmittel gewählt, 16 Prozent Mistelpräparate und drei Prozent Heileurythmie. Mit diesem Therapieansatz schienen die Eltern sehr zufrieden zu sein, da immerhin 96 Prozent von ihnen sie anderen Betroffenen als Ergänzung zur Schulmedizin empfahlen. Drei Viertel (73 Prozent) der Behandlungen waren ärztlich verordnet worden, andere komplementäre Therapien nur zu einem Drittel (34,9 Prozent).

Für die Studie, die in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister an der Universität Mainz durchgeführt und von der Deutschen Kinderkrebsstiftung und der Software AG Stiftung gefördert wurde, waren alle Eltern in Deutschland befragt worden, deren Kind innerhalb eines Jahres an Krebs erkrankt war. Für Dr. Längler sei das Ergebnis ein deutliches Zeichen, wie weit die anthroposophische Medizin sich von einer belächelten Minderheitentherapie zu einer allgemein akzeptierten Behandlung gewandelt habe. „Die Eltern fragen die Ärzte nach anderen Methoden als nur der Schulmedizin und die Ärzte wissen mittlerweile auch, wie gut sich die anthroposophische Medizin mit der Schulmedizin verbinden lässt." *(ks)*

Bundessozialgericht folgt der eigenen Rechtssprechung

Rehasport darf nicht zeitlich begrenzt werden

Rehasport dürfen Ärzte ohne zeitliche Einschränkung unbegrenzt verordnen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) kürzlich entschieden. Kassen und Leistungserbringer könnten GKV-Leistungen nicht zeitlich begrenzen, so das BSG. Damit knüpfen die Richter an ein ähnliches Urteil hinsichtlich der Leistungsdauer des Funktionstrainings an.

Im Prinzip wiederholt sich jetzt beim Rehasport das, was der Senat des BSG bereits in Bezug auf die parallele Situation beim „Funktionstraining" entschieden hat (BSG SozR 4-2500 § 43 Nr 1): „Die Rahmenvereinbarung ist nicht geeignet, einen höchstzulässigen Leistungsumfang zu begründen. Eine Einschränkung der Leistungsdauer kann sich allein daraus ergeben, dass die Leistungen im Einzelfall geeignet, notwendig und wirtschaftlich sein müssen (vgl § 12 Abs 1 SGB V)."

Im vorliegenden Fall eines inzwischen 35-jährigen querschnittgelähmten Klägers sahen die Richter die Voraussetzung für eine Rehasportverordnung als gegeben: „Der Reha-Sport ergänzt das dem Kläger gewährte Heilmittel „Krankengymnastik", auch ist der Sport nach den Feststellungen des LSG medizinisch notwendig... Das Gesetz gewährt Reha-Sport ausdrücklich „in Gruppen" und misst so der Betätigung behinderter Menschen gerade in einer Sportgruppe besonderen Stellenwert bei. Das schließt es vor dem Hintergrund der Rechte behinderter Menschen aus § 2a SGB V, § 10 SGB I, § 1 SGB IX sowie ihres Wunsch- und Wahlrechts aus § 33 SGB I aus, den Kläger mit seinen Kenntnissen als Übungsleiter auf von ihm „allein" vorzunehmende sportliche Aktivitäten zu verweisen."

Das Gericht bezieht sich in einer Pressemitteilung zum Urteil noch einmal auf den gruppendynamischen Effekt von Rehasport: „Das Gemeinschaftserlebnis, mit anderen vergleichbar Betroffenen Sportliches leisten zu können, wirkt – zumal für Menschen, die wie der Kläger in jungen Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen sind – in besonderer Weise rehabilitativ."

Ärzte dürfen Rehasport ohne zeitliche Einschränkung unbegrenzt verordnen.

Ganz konkret: Sobald die schriftliche Urteilsbegründung vorliegt, sollten alle Anbieter von Rehasport ihre Ärzte entsprechend aufklären. up-premium-plus Kunden können bei der Hotline das Urteil vorbestellen. *(bu)*

Betriebliche Gesundheitsförderung erwünscht

Nahezu jeder dritte Beschäftigte in Deutschland klagt über Leistungs- und Termindruck am Arbeitsplatz. Fast jeder Vierte leidet ständig oder häufig unter Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Das ergab die Analyse bundesweiter Mitarbeiterbefragungen durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), die jetzt in Berlin vorgestellt wurde. Für Praxisinhaber heißt das, mehr Konzepte für betriebliche Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Für die Analyse waren knapp 30.000 Beschäftigte aus 147 Unternehmen, Einrichtungen und Organisationen aller Wirtschaftszweige befragt worden. Die Ergebnisse bestätigten den Trend, dass die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zunehmen, heißt es in einer Pressemitteilung des Instituts. „Zwar spielt die Belastung durch schwere körperliche Arbeit nach wie vor eine große Rolle", sagt Autor Klaus Zok vom WIdO.

Oft sei es eine Kombination verschiedener Belastungen, die mit besonderen Risiken für die Gesundheit der Arbeitnehmer verbunden sei, so Zok weiter. „Aus den uns vorliegenden Daten geht klar hervor, dass jeder Zweite die zehn häufigsten gesundheitlichen Probleme mit seinem Arbeitsplatz in Verbindung bringt." Das gelte besonders für Beschwerden über Rückenschmerzen, Stresssymptome oder Befindlichkeitsstörungen wie Reizbarkeit, Nervosität und Unruhe.

Bei den Angaben zu akuten gesundheitlichen Problemen lagen Rückenschmerzen (37,1 Prozent) und Verspannungen (35,4 Prozent) an der Spitze. Es folgten psychovegetative Beschwerden wie Müdigkeit und Erschöpfung (30,1 Prozent) und ständige/häufige Kopfschmerzen (24,6 Prozent) und/oder Schlafstörungen (23,4 Prozent).

Laut WIdO-Analyse fühlten sich Beschäftigte aus der Gesundheits- und Sozialbranche, im Handel und im privaten Dienstleistungssektor deutlich stärkeren Belastungen ausgesetzt als Mitarbeiter aus dem öffentlichen Sektor oder aus Verwaltungsberufen. Die Mehrheit der Beschäftigten, die im Rahmen einer betrieblichen Mitarbeiterbefragung gesundheitliche Beschwerden angegeben hatten, war der Auffassung, dass gezielte Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb ihre Beschwerden verringern könnten. Sie favorisierten – unabhängig von Alter und Geschlecht – arbeitsplatzbezogene Rückenschulungen (47,3 Prozent) und Angebote zur Stressbewältigung bzw. Entspannung (43,3 Prozent). *(ks)*

Service: Klaus Zok: Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen, Berlin 2010, 146 S. brosch. 11,80 Euro, ISBN 978-3-940172-20-4

Marketingidee für die Praxis

Fortbildungen für Ärzte

Fortbildung für Ärzte – nichts Ungewöhnliches, wenn Ärztekammern, Kliniken oder Pharmakonzerne als Anbieter auftreten. Ungewöhnlich ist es aber, wenn ein Ergotherapeut dahintersteckt: Björn Stritzinger aus Aschaffenburg ist diesen Weg gegangen und hat bereits die zweite Fortbildung für Ärzte in seiner Praxis angeboten. Eine Marketingidee zum Nachmachen.

Der Ergotherapeut Björn Stritzinger hatte die Idee: Fortbildungen für Ärzte!

Der 33-jährige Inhaber der Praxis „AUTONOMIE“ ist sich bewusst, dass es eher unüblich sei, dass ein Therapeut eine Fortbildung für Ärzte anbiete, „dass quasi einer, der unterqualifiziert ist, einem anderen, der überqualifiziert ist, etwas sagen will“. Soweit er weiß, sei er auch bundesweit der einzige im ambulanten Bereich, der eine solche Veranstaltung im Programm habe.

Ergotherapeuten sind keine Basteltanten

Doch der Ergotherapeut, der sich vor fünf Jahren selbständig machte, ist ein Mann mit Visionen. Er will die Ärzte ins gemeinsame Boot holen und der Forderung der Politik, das Gesundheitssystem transparenter zu machen, ein wenig näherkommen. „Noch immer haben manche Ärzte die Vorstellung“, so Stritzinger, „Ergotherapeuten seien Basteltanten, und unsere Arbeit wird häufig noch belächelt.“

Es müsse viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, ist sich der Praxisinhaber sicher. Die vielfach vorhandenen Berührungsängste zwischen Arzt und Therapeut müssten abgebaut werden, und sicherlich seien solche gemeinsamen Aktionen ein kleiner Schritt in diese Richtung. Bereits im letzten Frühjahr hatte Stritzinger Kinderärzte zu einem dreistündigen Seminar zum Thema „Neurofeedback bei AD(H)S“ eingeladen. Knapp 20 Mediziner waren seinem Ruf gefolgt.

Die Erfahrungen des ersten Kurses haben den Aschaffenburger Therapeuten überzeugt, dass er auf dem richtigen Weg ist. Ein besseres Praxis-Marketing kann er sich nicht vorstellen. „Es geht nicht um die Kosten, sondern um die Synergie-Effekte“, meint Stritzinger zu seinen Fortbildungen, die für die Ärzte kostenlos sind. „Wir haben einige Kinderärzte neu gewonnen“, freut er sich.

Auch für seine zweite Veranstaltung über Hilfsmittel hat der Ergotherapeut schon Anmeldungen. Viele Hilfsmittel, die Ärzte heute verschreiben, seien veraltet, erläutert Stritzinger. „Uns geht es darum, die Neuerungen auf dem Markt vorzustellen und nach ihrer Effektivität für die Behandlung zu bewerten.“ Eine erste Rückmeldung eines Arztes („Davon habe ich keine Ahnung!“) habe ihm gezeigt, dass er das richtige Thema getroffen habe.

Von der Idee, Fortbildungen für Ärzte anzubieten, bis zu deren Umsetzung hat es etwa drei Monate gedauert, erinnert sich der Praxischef. Nach dem Kontakt zur Bayerischen Landesärztekammer habe er online ein Formular für seine Fortbildung ausfüllen müssen. Das Angebot wurde geprüft und genehmigt, sodass auch Fortbildungspunkte anerkannt werden.

Austausch zwischen Therapeuten und Ärzten verbessern

Wer seinem Beispiel folgen möchte, dem gibt Björn Stritzinger einen kleinen Tipp: „Ich lege meine Fortbildungen grundsätzlich auf Mittwochnachmittag. Ein Seminar am Wochenende ist taktisch unklug.“ Mit den Fortbildungen für Ärzte wolle er in erster Linie den Austausch zwischen Therapeuten und Ärzten fördern, um langfristig die Qualität der ergotherapeutischen Behandlung zu verbessern. Es ginge nicht darum, sich „einen Namen zu machen“, sondern mit qualitativ hochwertiger Leistung zu überzeugen. „Nur durch Qualität lassen sich auf Dauer die Patientenzahlen erhöhen“, ist er überzeugt.

Es sei wesentlich besser, sich direkt an die Ärzte zu wenden und über die Therapie zu reden. „Wir haben das Problem, dass wir als Ergotherapeuten mit Behandlungsmethoden arbeiten, die größtenteils nicht evidenzbasiert sind“, gibt der 33-Jährige zu bedenken. Das heißt aber auch, über den Nutzen einer Behandlung offen und ehrlich mit dem Arzt zu sprechen und gegebenenfalls von einer Therapie sogar abzuraten. „Für die Glaubwürdigkeit des Therapeuten ist es manchmal besser, auf einen Fall zu verzichten.“

Björn Stritzinger plant bereits die dritte Fortbildung für Ärzte. Und er träumt davon, eines Tages einen ärztlich-therapeutischen Zirkel ins Leben zu rufen, um den Gedankenaustausch zwischen Arzt und Therapeut zu fördern. *(ks)*

Kontakt: AUTONOMIE – individuelle Ergotherapie,
Björn Stritzinger / Daniel Ramming,
Liebigstraße 2, 63743 Aschaffenburg,
Telefon: 0 60 21 - 44 47 3 66, Fax: 0 60 21 - 44 47 3 6 7,
E-Mail: autonomie-ergotherapie@web.de,
www.autonomie-ergotherapie.de

Pro Bono für Therapeuten

Behandeln für die gute Sache

Wer weder Papiere noch Versichertenkarte vorweisen kann, bekommt Hilfe in der Praxis ohne Grenzen. Auch eine Physiotherapeutin ist überzeugt von der Idee.

„Keiner muss hier ein Armutszeugnis ablegen. Wir fragen auch nicht, weshalb jemand die Praxisgebühr nicht zahlen kann, aber noch ein Handy in der Tasche hat“, sagt Uwe Denker. Der Allgemeinmediziner hat die Praxis ohne Grenzen in Bad Segeberg ins Leben gerufen. Er betont immer wieder, dass die Gründe für die Mittellosigkeit in der Praxis ohne Grenzen nicht hinterfragt werden – jeder Patient, der hier Unterstützung sucht, bekommt sie.

Immer mehr Menschen brauchen Hilfe

Entstanden ist die Idee aus der Beobachtung Denkers, dass immer mehr Menschen den Weg in die Arztpraxis bzw. in die medizinische Versorgung scheuen, weil sie nicht ausreichend krankenversichert sind oder weil sie die Praxisgebühr nicht mehr zahlen können. Zuzahlungen oder eine Versichertenkarte sind in der Praxis ohne Grenzen nicht erforderlich. Bei den Behandlungen sind die Ärzte auf die Basismedizin angewiesen, teure Geräte stehen nicht zur Verfügung. Denker hält das für keinen Nachteil: „Wir haben alle gelernt, uns bei den Untersuchungen auf unsere Hände, Augen und Ohren zu verlassen. Wenn doch einmal ein Gerät oder eine weitergehende fachärztliche Meinung erforderlich ist, können wir darauf zurückgreifen.“

Immer mehr Menschen können sich medizinische Hilfe nicht mehr leisten.

In jede Segeberger Sprechstunde kommen mittlerweile rund fünf Menschen im Durchschnitt. Der Andrang nimmt nach Denkers Beobachtung zu. Viele müssen zunächst eine Hemmschwelle überwinden, bevor sie die Praxis ohne Grenzen betreten. Es sind Menschen, die sich die Behandlung im Krankenversicherungssystem aus unterschiedlichen Gründen nicht leisten können. Als Beispiel nennt Denker etwa früher selbstständige Handwerker, die die Prämien für die private Krankenversicherung nach einer Insolvenz ihres Betriebes nicht mehr aufbringen können. Menschen ohne Papiere zählen genauso zu den Patienten in der Praxis ohne Grenzen wie gesetzlich Versicherte, die die Praxisgebühr nicht mehr zahlen können. Denker berichtet von einer Praxis in seinem Heimatort, die in einem Quartal 700 Euro abschreiben musste, weil 70 Menschen die Praxisgebühr schuldig blieben.

Auch eine Physiotherapeutin engagiert sich

Auch Physiotherapeutin Carola Freier-Borchers aus Bad Segeberg gehört zu den Unterstützern der Praxis ohne Grenzen. Vor kurzem hat sie von der Idee gehört und sich entschlossen, zu helfen. „Wenn Ärzte in der Behandlung merken, dass eine Physiotherapie erforderlich ist, können sie mich rufen und ich helfe“, sagt Freier-Borchers. Weil sie von der Idee überzeugt ist, will sie auch für den zweiten Standort der Praxis ohne Grenzen in Stockelsdorf bei Lübeck und an weiteren möglichen Standorten die Idee unter ihren Kollegen verbreiten.

Auch eine Physiotherapeutin arbeitet in der Praxis ohne Grenzen von Uwe Denker mit.

In Bad Segeberg wechseln sich mittlerweile sechs Hausärzte und eine Internistin in der wöchentlichen Sprechstunde am Mittwochnachmittag ab. Hinzu kommt ein Pool von elf Fachärzten, an die sich Denker wenden kann, wenn eine fachärztliche Diagnostik erforderlich ist, sowie zahlreiche medizinische Assistenzberufe, die unterstützend tätig sind. Neben einer Physiotherapetin sind u.a. auch eine Masseurin und eine Diabetesberaterin dabei. Auch ein Krankenhaus und ein Zentrallabor helfen bei Bedarf kostenlos.

Die Patienten können über die Behandlungen hinaus auch Unterstützung bei dem Weg in das Sozialversicherungssystem erhalten. Die Praxis ohne Grenzen arbeitet eng mit dem örtlichen Sozialamt und einem Behördenlotsen zusammen, der sich um solche Fragen kümmert. Die Vereinsarbeit wird aus Spenden finanziert. Zwar arbeiten alle Mitarbeiter ehrenamtlich und auch der Behandlungsraum in den Räumen der Diakonie wird bis Jahresende mietfrei zur Verfügung gestellt. Doch zum Jahresbeginn muss ein Mietvertrag ausgehandelt werden. Die dafür benötigten Mittel hofft Denker aus Spenden zahlen zu können. *(di)*

Kontakt:
Dr. Uwe Denker
Tel.: 04551-83677
E-Mail:
dr.uwe.denker@t-online.de

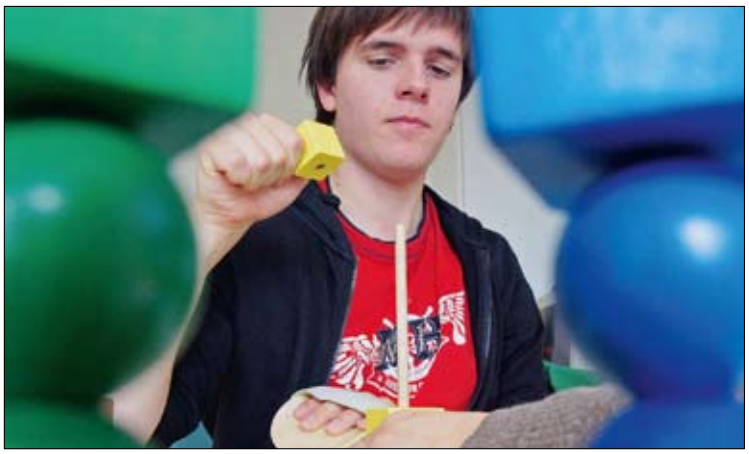
Service: Der Verein Praxis ohne Grenze – Region Bad Segeberg hat sein Spendenkonto bei der Volksbank Raiffeisenbank eG Bankleitzahl 212 900 16, Kontonummer 56 800 000

Psychologen der Universität Jena belegen Nutzen

Selbstzahlerleistung „Taubsches Bewegungstraining“

Mit der Taubschen Bewegungstherapie können Patienten nach einem Schlaganfall auch Jahre später noch Aktivität im gelähmten Arm wieder erlangen. Entwickelt wurde die Methode von Psychologen der Friedrich-Schiller-Universität Jena um Professor Dr. Wolfgang Miltner gemeinsam mit der University of Alabama. Umfangreiche Studien belegen die Wirksamkeit. Mittlerweile bieten auch Ergotherapeuten die Selbstzahlerleistung in der Praxis an.

Vor etwa sieben Jahren hatte Praxischefin Ulrike Birner aus Würzburg erstmals vom „Taubschen Bewegungstraining“ gehört – in einem Vortrag von Professor Dr. Miltner in Würzburg. Nach zwei Fortbildungsseminaren integrierte die 49-jährige Therapeutin Teile dieses Programms in ihren Praxisalltag. Als kompaktes Angebot habe sie das „Taubsche Bewegungstraining“ allerdings erst einmal durchgeführt, da die Kosten für den Patienten von 1.500 bis 2.000 Euro relativ umfangreich seien. „Das Problem ist“, so die Therapeutin, „dass die Kassen die Therapiekosten noch nicht übernehmen.“



Auch der Aschaffenburger Ergotherapeut Björn Stritzinger bedauert, dass er nur im Dreiviertelstunden-Takt und zweimal pro Woche mit den Patienten arbeiten könne. Das „Taubsche Bewegungstraining“ erlernte der 33-jährige Praxisinhaber in vier Fortbildungsveranstaltungen in Stuttgart. Seit einem Jahr hat er 20 bis 25 Patienten trainiert – mit teilweise guten Erfolgen. „Das Problem ist, das Umfeld zu erreichen, die das Training auch zuhause fördern“, meint der Therapeut, der die schweren Fälle ins Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) schicken muss.

Motorische Fähigkeiten nach zwei Wochen Therapie deutlich verbessert

Das „Taubsche Bewegungstraining“ zeige sichtbare und messbare Erfolge für Schlaganfall-Patienten – davon sind die beiden Ergotherapeuten ebenso überzeugt wie Professor Dr. Miltner vom Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie in Jena. Die Therapie – auch „Constraint-Induced Movement Therapy“ (CIMT) genannt – verbessere die motorischen Fähigkeiten. „Beinahe jeder Betroffene, der die Finger seiner behinderten Hand noch leicht bewegen kann, kann davon profitieren“, so Miltner und verweist auf umfangreiche Studienergebnisse zur Effizienz des Trainings. Die Wirksamkeit der Therapie, die inzwischen in die Krankenversorgung der Jenaer Klinik für Neurologie integriert ist, hänge weder von Alter oder Geschlecht der Patienten ab, noch von der Zeitspanne, die seit dem Schlaganfall verstrichen ist. Allein die Intensität des Trainings und die Motivation des Patienten seien für den Erfolg entscheidend. Von den Teilnehmern des zweiwöchigen Therapieprogramms stellten sich bei fast allen deutliche Verbesserungen ihrer motorischen Fähigkeiten ein, so das Ergebnis der Jenaer Studie.

„Das Problem ist, dass sich die meisten Schlaganfall-Patienten, nachdem sie die akute Phase der Rehabilitation hinter sich haben, mit ihrer Situation abfinden und glauben, keine weiteren Verbesserungen erreichen zu können“, erläutert Miltner. Doch das sei ein Irrtum. Einerseits könnten die Funktionen geschädigter Bereiche im Gehirn von anderen übernommen werden. Andererseits führt die Bewegungseinschränkung beispielsweise eines Armes in aller Regel dazu, ihn nicht zu nutzen. Dieser "gelernte Nichtgebrauch" verschlimmere aber die Situation, so der Psychologe weiter.

Genau da setzt das von Miltner gemeinsam mit seinem amerikanischen Kollegen Professor Dr. Edward Taub entwickelte Behandlungsverfahren an. „Der gesunde Arm der Patienten wird mit einer Manschette komplett fixiert, so dass sie gezwungen sind, die bewegungseingeschränkte Hand zu benutzen“, erläutert der Psychologe. Das tägliche Trainingspensum beträgt pro Werktag drei bis fünf Stunden: So stapeln die Patienten kleine Bauklötzchen aufeinander oder stecken winzige Pins in ein Lochbrett. Auch Alltagstätigkeiten stehen auf dem Übungsprogramm wie Händewaschen oder Trinken aus einer Tasse.

In einem Therapievertrag legen Therapeut und Patient gemeinsam fest, wie lange und bei welchen Tätigkeiten die Schlinge bzw. Schiene getragen und welches Ziel erreicht werden soll. „Unser Training ist für manchen Patienten sicher eine Art Folter“, gesteht Miltner, „aber die Ergebnisse rechtfertigen alle Anstrengungen.“ Diese gehirnphysiologischen Prozesse, die mit modernen bildgebenden Verfahren in der Jenaer Neurologie auch klinisch nachgewiesen wurden, seien im Prinzip jederzeit aktivierbar. „Unsere beste Patientin

ist 84 Jahre alt und kam 17 Jahre nach dem Ereignis zu uns, anfangs konnte sie ihren Arm überhaupt nicht bewegen, heute ist ihr Zustand fast wieder normal."

Über 300 Patienten behandelt

Seit Herbst 1995 hat Miltners Team im Auftrag des Kuratoriums ZNS ein Behandlungsprogramm für Schlaganfall-Patienten und Unfallopfer mit traumatischen Schäden erarbeitet, um deren motorische Störungen zu lindern. Über 300 Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet und sogar aus dem Ausland haben das Bewegungstraining in Jena mittlerweile absolviert. Rund die Hälfte der Schlaganfallopfer in Deutschland hält der Jenaer Psychologe noch für therapierbar.

Doch bisher zahlen die Krankenkassen diese Behandlung als ambulante Leistung im Rahmen der ärztlichen Versorgung oder als Heilmittelleistung nicht. „Diese Therapie ist bei einer Behandlung von fünf Tagen pro Woche à sechs Stunden sehr zeitaufwendig", meint Christiane Grote vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen e.V. (MDS). Daher werde sie nur in einer Reha-Einrichtung als Teil der Behandlung erstattet. Ob sich daran in Zukunft etwas ändert, sei eher unwahrscheinlich.

Doch die Würzburger Therapeutin setzt weiter auf das „Taubsche Bewegungstraining". Sie behandelt derzeit in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für ambulante Neuro-Rehabilitation einen Unfallpatienten. „In seinem Fall läuft die Abrechnung über die Berufsgenossenschaft." *(ks)*

i Hintergrund

Taubsche Bewegungstherapie

Die Taubsche Bewegungstherapie, auch Constraint-induced-movement-therapie (CIMT) oder Forced Use-Therapie (FUT) genannt, ist eine neue Vorgehensweise für die Behandlung von Patienten mit Hemiparese (Halbseitenlähmung) nach Schlaganfall, Hirnblutungen und sonstigen Hirnverletzungen. Entwickelt wurde die Forced Use-Therapie von dem amerikanischen Psychologen und Neurowissenschaftler Edward Taub. Er fand in den 70er Jahren heraus, dass bei Patienten mit halbseitiger Lähmung durch geeignete Behandlungstechniken der Gebrauch einer funktionsgeminderten Extremität neu erlernt werden kann. Dabei wird der gesunde Arm mit einer Schiene/Schlinge für ca. 12 Tage immobilisiert und der Patient so davon abgehalten, diesen Arm zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben zu benutzen. Die gelernte Kompensation durch den gesunden Arm wird verhindert und die Motivation für Bewegungen mit dem betroffenen Arm gesteigert.

Die CIMT-Therapie ist eine Weiterentwicklung der Forced Use-Therapie. Sie enthält zusätzlich ein gezieltes motorisches Training mit individuell angepassten Alltagsübungen (Shaping-Verfahren), in denen das gewünschte motorische Ziel stufenweise erarbeitet wird. - Wiederholt geübte Bewegungen können Reorganisationsprozesse im Gehirn bewirken und so negative Folgen einer Hirnschädigung ausgleichen. Die Therapie umfasst einen Behandlungszeitraum von etwa zwei Wochen.

Die Teilnahme am motorischen Training hängt von bestimmten Voraussetzungen ab: Der Schlaganfall muss mindestens sechs Monate zurückliegen. Der Patient muss eine Restbeweglichkeit im betroffenen Arm/Hand haben, sich weitgehend selbständig versorgen können und vor allem eine hohe Motivation mitbringen.

In einem Therapievertrag legen Therapeut und Patient gemeinsam fest, wie lange und bei welchen Tätigkeiten die Schlinge/Schiene getragen und welches Ziel erreicht werden soll. Langzeitstudien belegen eine dauerhafte Funktionsverbesserung infolge dieser Bewegungsinduktionstherapie. Sie ist sowohl in der Behandlung von chronischen Einschränkungen als auch in der Akutbehandlung für Erwachsene und Kinder Erfolg versprechend.

Vorsicht vor schnellem Wechsel in die PKV

Das Bundesverbraucherschutzministerium kritisiert dem Bericht einer Wirtschaftszeitung zufolge die zum Teil unverhältnismäßig hohen Prämien an Versicherungsvermittler in der Privaten Krankenversicherung (PKV). In diesem Zusammenhang weist der Präsident des Bundesversicherungsamtes Dr. Maximilian Gaßner darauf hin, dass solche exzessiven Werbeprämien in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen sind.

Nach den von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschlossenen Wettbewerbsgrundsätzen dürfen die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2010 höchstens 76,65 Euro für die Anwerbung eines neuen Mitgliedes an einen externen Vermittler bezahlen. Die Einhaltung dieser vom Bundesgesundheitsministerium mitgetragenen Höchstgrenze wird vom Bundesversicherungsamt eingefordert und streng überwacht. Damit wird nicht nur ein übersteigertes Vermittlungsinteresse vermieden sondern sichergestellt, dass die Krankenkassen Beitragsgelder statt für übertriebene Kundenakquise für die Versorgung der Versicherten einsetzen.

Vor diesem Hintergrund sollte jede/-r Versicherte vor dem zukünftig erleichterten Wechsel in die PKV gründlich prüfen, ob für sie/ihn ein Verlassen der GKV sinnvoll ist und nicht vorschnell vermeintlich lukrative Angebote für einen Wechsel in die PKV annehmen. *(pm)*

Quelle: Bundesversicherungsamt

DSL-Anschluss

Keine Sonderkündigung bei Umzug

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat jetzt entschieden, dass ein DSL-Anschluss bei Umzug nicht vorzeitig gekündigt werden darf, auch wenn am neuen Wohnort noch kein Zugang zum Internet möglich ist.

Im vorliegenden Fall hatte der Kläger im Mai 2007 mit dem beklagten Telekommunikationsunternehmen einen Vertrag über die Bereitstellung eines DSL-Anschlusses für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Im November 2007 zog der Kläger in eine im selben Landkreis gelegene Gemeinde um, die jedoch über keine DSL-fähigen Leitungen verfügte. Nachdem das Unternehmen dies dem Kläger schriftlich mitgeteilt hatte, erklärte dieser die „Sonderkündigung" des Vertrags und verweigerte die Zahlung der monatlichen Grundgebühr.

Der Kläger habe keinen wichtigen Grund zur Kündigung gemäß § 626 Abs. 1 oder § 314 Abs. 1 Satz 2 BGB gehabt, entschied der Bundesgerichtshof und bestätigte damit die Abweisung der Klage in den Vorinstanzen. Er begründete seine Entscheidung damit, dass ein Kunde, der einen längerfristigen Vertrag über die Erbringung einer Dienstleistung abschließt, grundsätzlich das Risiko trage, diese aufgrund einer Veränderung seiner persönlichen Verhältnisse nicht mehr nutzen zu können. Dementsprechend stelle ein Umzug, etwa aus beruflichen oder familiären Gründen, prinzipiell keinen wichtigen Grund für eine Kündigung dar. *(ks)*

(Az.: III ZR 57/10 vom 11. November 2010, AG Montabaur Az. 15 C 443/08 vom 2. Oktober 2009, LG Koblenz Az. 12 S 216/09 vom 3. März 2010)

Vereinssatzung

Bundesfinanzministerium gibt noch Frist

Ein gemeinnütziger (und damit steuerlich begünstigter) Verein darf keine Gelder an ehrenamtliche Vorstände zahlen (weder Aufwandsentschädigung noch Übungsleiter-Pauschalen), wenn es nicht in der Satzung verankert ist. Das ist bei vielen Reha-Sport Vereinen aber nicht der Fall. Deswegen wird es höchste Zeit die Satzung zu ändern, denn die letzte Möglichkeit dazu läuft Ende des Jahres aus.

Falls ein gemeinnütziger Reha-Sport Verein nach dem 01.01.2011 an ehrenamtliche Mitarbeiter oder Vorstände Zahlungen durchführt und diese Zahlungen nicht in der Satzung ausdrücklich geregelt sind, kann das Finanzamt die Gemeinnützigkeit aberkennen. Am 31.12.2010 läuft die dritte und letzte Übergangsfrist des Bundesfinanzministeriums ab. *(bu)*

Ganz konkret: Sieht die Satzung Ihres Reha-Sport-Vereins solche Zahlungen an ehrenamtliche Vorstände nicht vor, müssen Sie die Satzung noch in diesem Jahr rechtsverbindlich ändern! Unterstützung dazu bekommen Sie über die *up-premium plus*-Hotline.

Gesundheitsreform 2010

Auswirkungen auf Heilmittelerbringer

Am 12. November hat der Bundestag das GKV-Finanzierungsgesetz verabschiedet. Elf Milliarden Euro sollen so im Gesundheitswesen eingespart werden. Welche Veränderungen es geben wird und wie sie sich auf Heilmittelerbinger auswirken, haben wir für Sie zusammengefasst.

Der Krankenkassenbeitrag wird zum 1. Januar 2011 von derzeit 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent angehoben. Die Arbeitnehmer zahlen 8,2 Prozent, der Arbeitgeberanteil beträgt 7,3 Prozent. Er wird auf diesem Niveau eingefroren.

- **Auswirkungen auf die Praxis:** In Zukunft werden Beitragserhöhungen allein von den Arbeitnehmern, also Ihren Mitarbeitern zu zahlen sein. Damit wird sich der Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsleistungen langsam verringern.
- **Ganz konkret:** Wenn Sie schon heute Ihren Mitarbeitern mehr zahlen wollen, ohne dass darauf hohe Arbeitgeberbeiträge fällig werden, dann sollten Sie noch einmal im up Archiv zum Thema „Gehalt optimieren“ nachschlagen. Oder bei der Hotline anrufen und sich die entsprechenden Artikel zuschicken lassen.

Die Krankenkassen können einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe erheben, wenn sie mit den Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Ein Sozialausgleich soll aus einem Steuerzuschuss von vorerst zwei Milliarden Euro (bis 2014) finanziert werden.

- **Auswirkungen auf die Praxis:** Vermutlich wird es häufiger zu Krankenkassenwechslern kommen. Im letzten Jahr haben nur 500.000 Versicherte ihre Krankenkasse gewechselt, das dürften in Zukunft mehr werden.
- **Ganz konkret:** Es gilt, bei ungerechtfertigter Rechnungskürzung wegen „falscher Krankenkassen“ deutlich Widerspruch einzulegen. Musterschreiben dafür erhalten Sie bei der *up-premium plus*-Hotline.

Gesetzlich Versicherte können leichter in die private Krankenversicherung wechseln. Statt bisher drei Jahre muss der Versicherte nur noch ein Jahr lang ein Einkommen über der Pflichtversicherungsgrenze von monatlich 4.162,50 Euro (2010) oder 4.125 Euro (2011) nachweisen.

- **Auswirkungen auf die Praxis:** Vermutlich gibt es in Zukunft wieder ein wenig mehr Privatversicherte. Deswegen denken Sie daran, aktive Preispolitik zu betreiben und dafür zu sorgen, dass Privatpatienten spätestens mit dem Ende einer Verordnung die Behandlung zahlen.
- **Ganz konkret:** Nutzen Sie die GebüTh zur Preisgestaltung (siehe www.privatpreise.de) und schlagen Sie im up-Archiv nach unter den Themen „Preis-Wert“, „Privatpreise“ und „Privatpatienten“. Wer mehr persönliche Ansprache möchte, meldet sich bei der Hotline zum Seminar „Erfolgreich Abrechnen“ an und nutzt seinen Seminargutschein für eine clevere Investition.

Auch für Therapeuten hat die Gesundheitsreform von Bundesgesundheitsminister Phillip Rösler Auswirkungen.

Die Ausgabensteigerungen für Krankenhausbehandlungen sollen in den kommenden beiden Jahren um rund eine Milliarde Euro reduziert werden. Die Honorarzuwächse der Ärzte werden ebenfalls zwei Jahre lang gebremst, die Vergütungen für Hausarztverträge gekürzt. Bereits bestehende Verträge haben Bestandsschutz bis Mitte 2014. Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherungen werden für zwei Jahre auf dem Niveau von 2009 eingefroren.

- **Auswirkungen auf die Praxis:** Wenn die Ausgaben im Krankenhaus gesenkt werden sollen, dann könnte das zu mehr Patienten in der ambulanten Therapie führen.
- **Ganz konkret:** Wenn die Liegezeiten in den Kliniken weiter gesenkt werden, wird das vermutlich zu noch mehr Regress-Diskussionen mit Ihren Ärzten führen. Deswegen seien Sie ausreichend vorbereitet auf entsprechende Diskussionen, besuchen Sie die Internetseite *www.heilmittel-regress.de* und nutzen Sie den Seminargutschein für das Seminar „Heilmittel-Regress-Prophylaxe“.

Die Ausgaben der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen für Arzneimittel sollen pro Jahr um 2,4 Milliarden Euro sinken. Die Regelungen, die Preisverhandlungen zwischen Pharmaunternehmen und Kassen sowie Einsparungen bei Apotheken und Großhandel beinhalten, sind im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zusammengefasst.

- **Auswirkungen auf die Praxis:** Weniger Arzneimittelkosten bedeuten weniger Regress-Diskussionen bei den Ärzten. Das entspannt die Verordnungslage auch für Heilmittelverordnungen. Aber: Die Tatsache, dass die PKV in die Rabattierung der Arzneimittelpreis einsteigen darf, stimmt nicht froh. Was passiert, wenn die PKV das Konzept auch irgendwann einmal auf die Heilmittel übertragen will? Man darf auf die nächste sogenannte Reform gespannt sein.

(bu)

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Masseure können podologische Leistungen abrechnen

Die Zulassung von Masseuren und medizinischen Bademeistern zur Behandlung des diabetischen Fußes bleibt bestehen, wenn sie vor dem Inkrafttreten des Podologengesetzes im Jahr 2002 erworben wurde. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Masseure dürfen auch weiterhin podologische Leistungen abrechnen.

Mit dieser Entscheidung hat das BSG einem Masseur und medizinischen Bademeister recht gegeben, der Leistungen der medizinischen Fußpflege abrechnen wollte – und das in Zukunft auch darf.
Der klagende Masseur hatte seit April 1983 eine Zulassung, die es ihm auch gestattete, Leistungen der medizinischen Fußpflege zu erbringen. Nach Verabschiedung des Podologengesetzes (PodG) beantragte er eine Zulassungserweiterung, die die Krankenkasse ablehnte. Zu Unrecht, wie das BSG jetzt entschied.

Das PodG habe an seiner ursprünglichen Zulassung nichts geändert, entschied das Gericht. Deshalb hätte der Masseur seine Leistungserbringung im Bereich der medizinischen Fußpflege in der Vergangenheit auch zu Recht mit der Beklagten und anderen Krankenkassen abrechnen können. Der Hinweis der Krankenkasse, jetzt stünden genügend Podologen als besser qualifizierte Leistungserbringer zur Verfügung, wurde vom BSG als nicht relevant verworfen. *(bu)*

Az.: B 3 KR 12/09 R

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts

GEZ-Gebühr für Praxis-PC ist rechtens

Wer einen internetfähigen Computer besitzt, muss Rundfunkgebühren zahlen – auch wenn der PC nicht als Fernseher oder Radio genutzt wird. Mit der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts in Leipzig bleibt die GEZ-Gebühr für den Praxis-PC bis voraussichtlich 2013 bestehen. Praxisinhaber sind von der Zahlung befreit, wenn sie bereits das Radio in ihrem beruflich genutzten Auto angemeldet haben.

Das Gericht wies damit die Klagen von zwei Rechtsanwälten und einem Studenten gegen die GEZ-Gebühr von monatlich 5,76 Euro in letzter Instanz zurück. Sie hatten argumentiert, dass sie ihre Computer nur beruflich und nicht zum Fernsehen oder Radio hören nutzten. Die obersten Verwaltungsrichter entschieden dagegen, dass jeder internetfähige PC ein Rundfunkempfangsgerät sei – unabhängig von der individuellen Nutzung und verwiesen auf den Länderstaatsvertrag über die Rundfunkgebühren. Für die Gebührenpflicht komme es danach lediglich darauf an, ob die Geräte zum Empfang bereit gehalten werden, heißt es in einer Pressemitteilung des Gerichts.

Die Entscheidung verletze nicht den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG), meinten die Leipziger Richter weiter. Zwar würden herkömmliche Rundfunkgeräte und internetfähige Computer gleich behandelt, wichtig seien aber nicht die technischen Unterschiede sondern die Möglichkeit zum Empfang von Fernseh- und Radiosendungen.

Schon seit 2007 wird eine monatliche Gebühr von 5,76 Euro für internetfähige Computer und Mobiltelefone erhoben. Diese Regelung betrifft laut GEZ-Geschäftsbericht 2009 knapp 250.000 Gebührenzahler in Deutschland.

Das aktuelle Gebührenmodell wird voraussichtlich nur bis 2013 gelten: Dann soll die derzeit geltende gerätebezogene Gebühr von einer Haushaltsabgabe abgelöst werden. Damit wären alle Empfangsgeräte wie Radio, Fernseher, PC oder auch das Autoradio abgedeckt. Der Reform müssen jedoch alle 16 Ministerpräsidenten und die Landtage noch zustimmen. *(ks)*

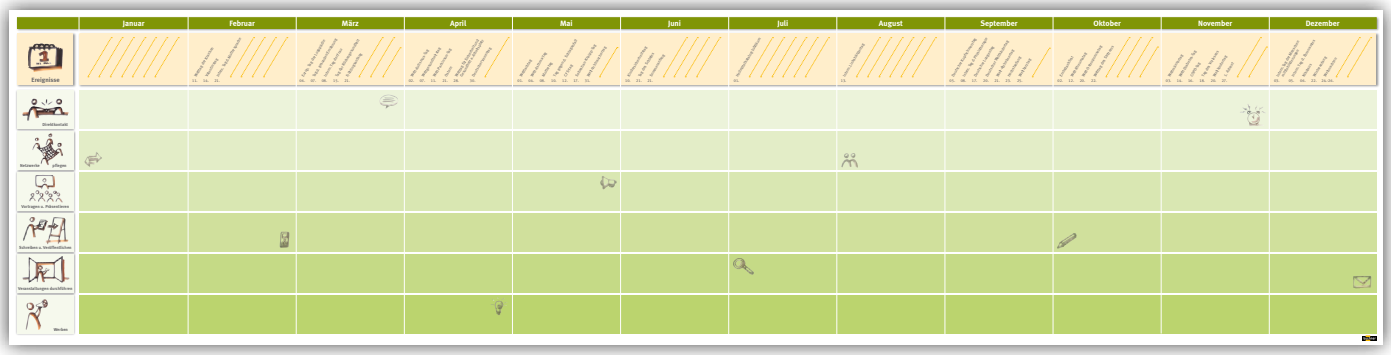
Service: Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes Az.: BVerwG 6 C 12.09, BVerwG 6 C 17.09, BVerwG 6 C 21.09 – Urteile vom 27.10.2010

Beilage im Dezember

Der zweite fertige Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen

„Jetzt wird es höchste Zeit die Marketingaktivitäten vorzubereiten, die in den nächsten Monaten stattfinden sollen“. Kommt Ihnen dieser Satz bekannt vor? Richtig, Sie haben ihn im letzten Jahr jeden Monat in unternehmen praxis gelesen. Wir wollten Sie unterstützen, Ihre Marketingaktivitäten frühzeitig zu planen und durchzuführen. Aufgrund des großen Erfolges haben wir nun den Marketingplan neu aufgelegt. Einige Termine sind dazu gekommen, andere sind rausgefallen.

6 Werbe- und Kommunikationsstrategien: Sichtbarkeit herstellen, Glaubwürdigkeit und Vertrauen etablieren und Abschlüsse machen – das sind die Ziele der sechs vorgestellten Strategien. Heilmittel sind Dienstleistungen, die vor dem Kauf nicht angefasst, besichtigt oder probiert werden können. Für den Kunden ist es deshalb schwierig zu beurteilen, ob diese Dienstleistung für ihn das Richtige ist. Daher sind die Werbestrategien für Inhaber von Heilmittelpraxen begrenzt. Der Werbe- und Kommunikationsplan erklärt Ihnen, welche Strategien Sie effektiv nutzen können.



Hängen Sie sich den neuen Plan gleich auf und fangen Sie jetzt an, Ihre Aktionen für das nächste Jahr zu planen. Auch im nächsten Jahr lesen Sie jeden Monat in unternehmen praxis viele Tipps und Informationen zu den anstehenden Terminen. Seien Sie gespannt.

Die Zutaten für einem gelungen Plan

12 Monate: Fix und fertig für Sie vorbereitet, können Sie den Werbe- und Kommunikationsplan zum Beispiel in Ihrem Arbeitszimmer aufhängen. So haben Sie das ganze Jahr kompakt vor Augen und können leicht planen, welche Werbeaktivitäten Sie umsetzen wollen. Als zusätzliche Erinnerungshilfe erhalten Sie jeden Monat in der aktuellen Ausgabe von unternehmen praxis Adressen von Ansprechpartnern.

48 Termine: Heilmittelpraxen haben in der Regel kein großes Budget für Werbung und Kommunikation. Deswegen nutzen viele erfolgreiche „Praxiswerber“ Termine, die ohnehin im Fokus der Medien oder einer bestimmten Zielgruppe stehen. Wenn Sie zu diesen Terminen „Werbung“ machen, ist Ihnen die Aufmerksamkeit der Medien oder der Zielgruppe gewiss. So nutzen Sie Ihr kleines Werbebudget optimal! Ergänzen Sie die vorgegebenen 48 Termine um weitere für Ihre Praxis interessante Termine.

Service: Als Beilage dieser Ausgabe erhalten Sie den Marketingplan 2011. Wenn Sie noch weitere Exemplare benötigen, können Sie diese im buchner Shop auf *www.buchner-shop.de* unter der Bestellnummer 02013 zum Einzelpreis von 4,95 Euro erwerben.

Warum ein spezieller Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen?

Ein Kunde, der das erste Mal Heilmittel „kauft“, wird sich bei seiner Entscheidung eher auf seine persönliche Beziehung und das Vertrauen zum Therapeuten verlassen als auf die ihm unbekannte Qualität der Dienstleistung. Wenn sich Menschen dafür entscheiden sollen, ihre Gesundheit oder ihr Wohlbefinden in die Hände eines Therapeuten zu legen, dann darf der Therapeut keine unbekannte Person sein und es muss bereits Vertrauen entstanden sein. Es ist wichtig, dass der potentielle Kunde den Therapeuten möglichst sympathisch findet und persönlich schätzt. Wie Sie diese Ziele erreichen, erklärt der Werbe- und Kommunikationsplan mit den sechs Marketing- und Kommunikationsstrategien.

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-Tageslicht-Leuchtmittel

☐ 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:
Staubsaug-Roboter „iRobot Roomba 531“ –
Sauberkeit von Zauberhand

☐ Prämie 2:
Ein Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz, silbergrau und hellgrün erhältlich

☐ 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:

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

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-1 35 82 20

buchner

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