08.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*
Checkliste für Verordnungsprüfung

Krankenkassen mischen sich in Therapieentscheidung ein

Heilkunde oder Verwaltungsentscheidung?

Krankenkassenmitarbeiter korrigieren ärztliche Verordnungen außerhalb des Regelfalls im Genehmigungsverfahren und lehnen die Bezahlung bereits erbrachter Leistungen mit dem Hinweis auf eine „unzureichende" Diagnose ab. Davon berichten zahlreiche Praxisinhaber in ganz Deutschland. Die Kassenärzte halten das Vorgehen für unzulässig – der Gemeinsame Bundesausschuss hält sich nicht für zuständig und Praxisinhaber müssen sich wehren – notfalls vor Gericht.

Die Überraschung war groß, als Jasmina Junge* die von der Krankenkasse genehmigte Verordnung außerhalb des Regelfalls vorgelegt bekam. Aus der ursprünglich vom Arzt angegebenen Behandlungsfrequenz von „ein- bis dreimal in der Woche" waren durch Änderung des Krankenkassenmitarbeiters ein „einmal die Woche geworden. „Wie kann das angehen?", fragte sich die Physiotherapeutin und hakte bei ihrer Patientin nach. Diese erklärte, bei dem Genehmigungsverfahren habe sie nur mit Verwaltungsmitarbeitern der Kasse zu tun gehabt. Fachpersonen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen hätten die Verordnung nicht gesehen.

Übliche Praxis der Krankenkassen

Nicht weniger überrascht war Martin Bogner*, als eine bereits erbrachte und abgerechnete Heilmittelverordnung von seiner Rechnung mit der Begründung: „unvollständige Diagnose" abgesetzt wurde. Auch Bogner überprüfte, wer denn bei der Krankenkasse die fachliche Kompetenz habe, eine Diagnose auf Vollständigkeit zu überprüfen und stellte fest, dass es sich um eine Sachbearbeiterin des „outgesourcten" Abrechnungszentrums handelte. Weit und breit also kein medizinischer Sachverstand.

Krankenkassenmitarbeiter ändern ärztliche Verordnungen außerhalb des Regelfalls und greifen damit in die Verordnungshoheit des Arztes ein.

Diese Beispiele sind keine Einzelfälle, sondern übliche Praxis von Krankenkassen in ganz Deutschland. In letzter Zeit kommt es verstärkt zu solchen Genehmigungsverfahren, bei denen die Krankenkassen die Genehmigung nur mit einer selbst vorgenommenen Veränderung am Inhalt der Verordnung gestatten. Es fällt auf, dass ausschließlich Ortskrankenkassen an solchen Praktiken beteiligt sind. Alle anderen Kassenarten verhalten sich in solchen Fällen überwiegend korrekt. Nicht korrekt dagegen findet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Vorgehen der Krankenkassen. Es existiere aus ihrer Sicht keine Rechtsgrundlage für eine Einflussnahme der Kassen auf den Inhalt von Verordnungen: „Die Verordnungshoheit des Vertragsarztes wird auch durch die Erteilung einer >>>

Aktuell

GKV-HIS Zahlen 1. Quartal 2011
Heilmittel im Dauerhoch 3

Ersatzkassen entspannen Verordnungsbürokratie
VO-Beginn trotz formaler Fehler möglich 5

AOK Rheinland/Hamburg will klare Korrekturen
Kein Tipp-Ex auf Heilmittelverordnungen 7

Konzepte

Senioren-Tanzen als Selbstzahlerleistung
Im Walzerschritt zu mehr Gesundheit 12

Tipps

Marketing für die Praxis
Ein Praxislogo sagt mehr als tausend Worte 14

Neuer Premium-Service
Kostenloser Download für *up-premium plus* Kunden 15

Initiative „Mobil nach Schlaganfall" gestartet
Qualitätskriterien für bessere Schlaganfallversorgung 15

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

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de • Einzelpreis 15 Euro

Kommentar

Verwaltung korrigiert Heilkunde

Nicht genug, dass sich Heilmittelerbringer seit Jahren mit einer unglaublichen Bürokratie herumschlagen müssen – jetzt greifen die Krankenkassen auch noch in die medizinischen Inhalte einer Heilmittel-Verordnung ein.

Verwaltungsmitarbeiter von Krankenkassen korrigieren die Heilmittel-Verordnung eines Arztes – Verwaltung korrigiert Heilkunde! Warum stellen die Verwaltungskräfte der Kassen die Heilmittelverordnung nicht gleich selbst aus?! Wozu braucht es noch die Heilkunde des Arztes – die kostet doch nur Geld! Denn darum geht es den Krankenkassen doch in Wirklichkeit: Geld sparen auf Kosten ihrer Patienten!

Ärzte müssen von ihren Heilmittelerbringern unbedingt über solche Praktiken aufgeklärt werden. Gemeinsam haben Ärzte und Heilmittelerbringer eine Chance, diejenigen Krankenkassen in ihre Schranken zu verweisen, die offensichtlich von Heilkunde gar nichts verstehen!

Jeder Heilmittelerbringer sollte sich gegen solche unzulässigen Übergriffe der Kassen wehren, sonst müssen in Zukunft vielleicht wirklich die Heilmittelverordnung beim Verwaltungsmitarbeiter der örtlichen Krankenkasse abgeholt werden.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung S. 1

Heilmittelgenehmigung außerhalb des Regelfalls durch eine Krankenkasse nicht eingeschränkt“, teilte Roland Stahl, Pressesprecher der KBV gegenüber *up* mit. Die Therapieentscheidung sei Gegenstand der Heilkunde und dürfe ausschließlich durch Ärzte getroffen werden. Eine Intervention der Krankenkassen in diese therapeutische Maßnahme hinein würde daher einen Verstoß gegen den Arztvorbehalt darstellen.

Eine Nachfrage beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergab, dass leider niemand zuständig für dieses Problem ist: „In welcher Form die Krankenkasse ihre Entscheidung über den Antrag auf Genehmigung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls treffen kann (zum Beispiel ob eine Genehmigung unter Auflagen rechtlich zulässig ist), ist eine Frage, die dem Bereich des Vollzugs des Genehmigungsverfahrens durch die Krankenkassen zuzuordnen ist und damit außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des G-BA liegt. Da es sich hierbei um ein Verwaltungsverfahren handelt, beurteilt sich die Zulässigkeit des beschriebenen Vorgehens einzelner Krankenkassen nach den insoweit einschlägigen verwaltungsverfahrensrechtlichen Vorschriften des SGB X.“ *(bu)*

**Namen v. d. Red. geändert*

Konkret: Wenn eine Krankenkasse eine Verordnung nur unter Vorbehalt genehmigt, hat der Patient die Möglichkeit, dagegen Widerspruch einzulegen. Als Begründung liefert man den Hinweis darauf, dass ein Verwaltungsmitarbeiter wohl kaum ausreichend qualifiziert sein kann, in die Verordnungsweise eines Arztes einzugreifen. Auch bei der Rechnungskürzung wegen unvollständiger Diagnose kann gegen die Rechnungskürzung formalen Widerspruch eingelegt werden. Auch hier wird auf die Verordnungshoheit des Arztes hingewiesen und die fachlich Qualifikation des Verwaltungsmitarbeiters der Krankenkasse zur Überprüfung von ärztlichen Diagnosen hinterfragt. Scheitern solche Widersprüche, kann man den vom G-BA vorgeschlagenen Weg gehen: vor das Sozialgericht!

up-premium plus

up-premium plus Kunden können entsprechende Muster-Widerspruchschreiben kostenlos bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

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), Björn Schwarz (bj), Dirk Schnack (di), Christian Beneker (ben); Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Kzenon (1), Pixelot (8), Kurhan (10); Therapiepunkt Roßberg (12/13)

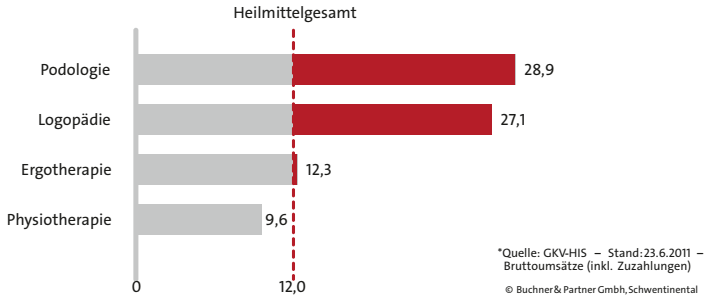
GKV-HIS Zahlen 1. Quartal 2011

Heilmittel im Dauerhoch

Umsatzwachstum in jedem Bundesland und für jedes Fachgebiet – das ist die Zusammenfassung der soeben veröffentlichten Daten des Heilmittel-Informations-Systems der Krankenkassen (GKV-HIS). Über 124 Millionen Euro mehr Heilmittelumsatz wurde im 1. Quartal 2011 mit den Kassen abgerechnet. Das entspricht einem Zuwachs von genau 12 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.

Abb. 1: **2011 – Das beste erste Quartal überhaupt**

Veränderungen Heilmittelumsatz zum Vorjahresquartal in Prozent*

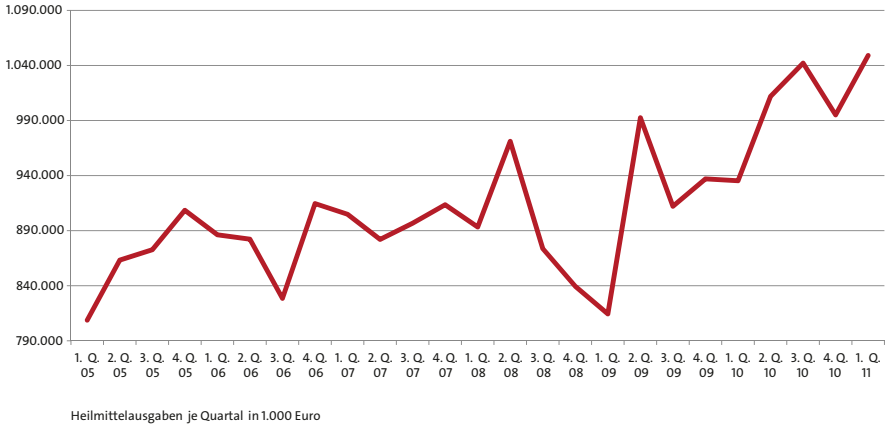


*Quelle: GKV-HIS – Stand: 23.6.2011 – Bruttoumsätze (inkl. Zuzahlungen)

© Buchner & Partner GmbH, Schwentinental

Im Herbst vergangenen Jahres hatten Kassen und Ärzte vereinbart, dass die Heilmittelausgaben in 2011 um rund 140 Millionen Euro wachsen können. Allein im ersten Quartal 2011 sind die Heilmittelumsätze um 124 Millionen Euro gestiegen. Aufgrund der Zuzahlung der Patienten entspricht das einem Ausgabenzuwachs für Heilmittel der GKV von rund 113 Millionen Euro – mit Sicherheit zu viel, um so den Rest des Jahres weiterzumachen. Dennoch, der Trend für Heilmittelumsätze scheint nur eine Richtung zu kennen, nämlich nach oben. Zwölf Prozent Wachstum in einem Quartal in absoluten Zahlen ist schon beeindruckend. Nimmt man die Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte beträgt das Wachstum sogar 12,4 Prozent.

Abb. 2: **Heilmittelumsätze seit 2005 im Aufwind!**



*Quelle: GKV-HIS – Stand: 23.6.2011 – Bruttoumsätze (inkl. Zuzahlungen)

© Buchner & Partner GmbH, Schwentinental

Bundesweites Wachstum

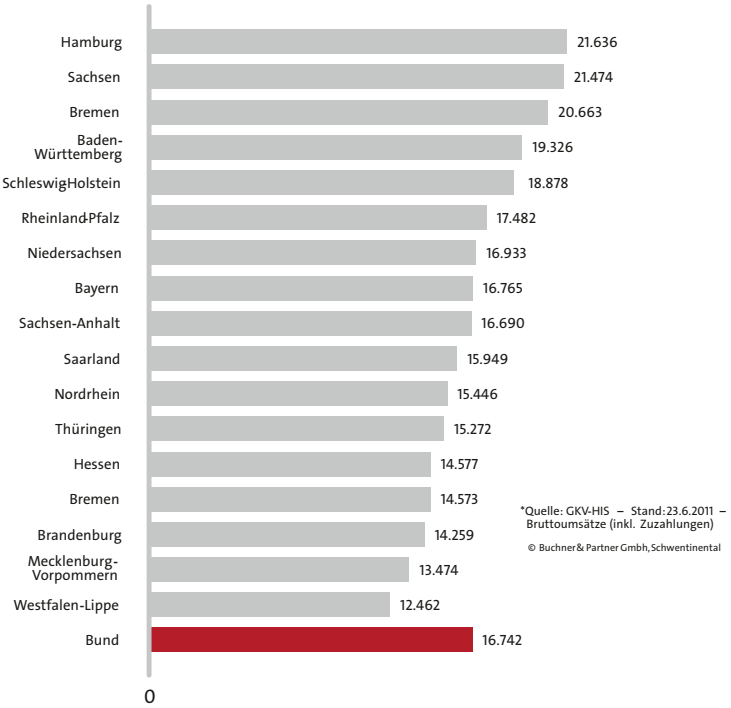
Ein Wachstum, das diesmal in ganz Deutschland zu beobachten ist und mit einem Zuwachs von „nur" fünf Prozent für Physiotherapie in Berlin anfängt und bis deutlich über 40 Prozent Zuwachs für Logopädie (Rheinland-Pfalz) und Podologie (Hamburg) endet (vgl. Abb. 3).

Bundesweit ist die Podologie mit 28,9 Prozent (5,6 Mill. €) Zuwachs wiederum Wachstumsgewinner, dicht gefolgt von den Logopäden mit 27,1 Prozent (26,5 Mill. €). Die Ergotherapeuten erreichen mit einem Wachstum von 12,3 Prozent (17,6 Mill. €) gerade knapp den Durchschnitt, während die Physiotherapeuten mit 9,6 Prozent (74,5 Mill. €) wiederum unterdurchschnittlich wachsen (vgl. Abb. 1). Diese unterschiedlichen Wachstumsgeschwindigkeiten spiegeln sich auch der TOP-15-Liste wieder: Im Vorjahr lagen die Logopäden mit der 45-Minuten-Behandlung noch deutlich hinter der ergotherapeutischen sensomotorisch/perzeptiven Behandlung. Jetzt liegen diese beiden Leistungen gleichauf und die Logopäden werden vermutlich noch in diesem Jahr die Ergotherapeuten vom Platz zwei der Liste verdrängen. Die Position KGG (KG am Gerät) ist im Gegensatz zum Vorjahr nun Schlusslicht der Liste und die Podologie hat erwartungsgemäß mehr Umsatz gemacht als die Position KG-ZNS-Kinder (Platz 11). >>>

i Tipp

Praxisinhaber können die Zahlen der eigenen Praxis mit den Zahlen ihres Fachbereichs und Bundeslandes vergleichen. Dazu nimmt man die Zahlen auf der Internetseite *www.gkv-his.de* oder lässt sich die Daten an der kostenlosen ***up-premium plus*** Hotline (0800-9477360) geben. Sieht die Entwicklung in der eigenen Praxis deutlich anders aus als der Trend aus dem GKV-HIS, kann man analysieren, woran das liegt. Verhalten sich bestimmte Zuweiser anders als sonst? Sind Umsätze von bestimmten Ärzten ausgeblieben? Dann könnte man mit den betreffenden Ärzten sprechen und klären, woran das liegt. Solche Informationsgespräche machen auch dann Sinn, wenn man den ausgefallenen Umsatz durch andere Zuweiser kompensieren konnte.

Abb. 3: **Soviel Umsatz im ersten Quartal hat es noch nie gegeben!**
Heilmittelausgaben 2010 je 1.000 Versicherte in Euro auf Höchststand*



>>> Fortsetzung S. 3

Umsätze verteilen sich auf immer mehr Praxen

Die Frage mancher Heilmittelerbringer, wo denn bitte dieser Umsatz geblieben ist, lässt sich nur indirekt beantworten. Zum einen dürften Existenzgründungen nach wie vor eine große Rolle bei der Entwicklung der Heilmittelumsätze spielen. Die Hürden einer Praxiseröffnung sind so niedrig, dass es Jahr für Jahr auch frische Berufsanfänger dazu treibt, sich selbstständig zu machen. Dabei wird bevorzugt neu gegründet. So nimmt die Anzahl der Praxen seit Jahren zu und der Mehrumsatz verteilt sich auf deutlich mehr Leistungserbringer. Dazu kommen Ausgründungen von Ärzten, mehrheitlich Orthopäden, die eigene Praxen aufmachen. Dort wird Heilmittelumsatz abgewickelt, der auf Verordnungen basiert, die nur deshalb ausgestellt werden, weil der Umsatz in der eigenen Tasche bleibt. *(bu)*

Regress-Prophylaxe: Bei so heftigen Umsatzzuwächsen wird es nicht lange dauern, bis die Krankenkassen und KVen wieder die Regress-Keule aus dem Schrank holen und den Ärzten Angst vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung machen. Daher ist es sehr sinnvoll, mit den Ärzten darüber zu sprechen, wie man Verordnungen „regresssicher" ausstellt. Ein angemessenes Berichtswesen unterstützt solche Aktivitäten. Außerdem sollte jeder Therapeut die Vorab-Praxisbesonderheiten seines KV-Gebietes kennen. Diese Informationen findet man im Internet unter www.heilmittel-regress.de oder lässt sich die Informationen von der kostenlosen ***up-premium plus*** Hotline (0800-9477360) zumailen.

Abb. 4: **Heilmittelumsätze im I. Quartal / Vorjahresvergleich**

KV (Bruttowerte)	Veränderung 2010/2011 in T€	in %
Baden-Württemberg	12.973	8,2%
Bayern	16.198	10,2%
Berlin	4.874	9,3%
Brandenburg	4.075	14,8%
Bremen	1.408	20,6%
Hamburg	4.621	17,7%
Hessen	7.160	10,7%
Mecklenburg-Vorpommern	2.197	12,4%
Niedersachsen	12.369	12,0%
Nordrhein	14.757	13,5%
Rheinland-Pfalz	10.559	21,8%
Saarland	1.798	15,0%
Sachsen	7.750	10,7%
Sachsen-Anhalt	5.895	19,6%
Schleswig-Holstein	4.905	12,1%
Thüringen	3.387	12,3%
Westfalen-Lippe	9.479	11,7%
Summe	**124.405**	**12,0%**

*Quelle: GKV-HIS – Stand: 23.6.2011 – Bruttoumsätze (inkl. Zuzahlungen)
© Buchner & Partner Gmbh, Schwentinental

Basiszinssatz steigt auf 0,37 Prozent

Die Bundesbank hat mitgeteilt, dass der Basiszinssatz zum 1. Juli 2011 0,37 Prozent beträgt. Praxisinhaber können unter Einhaltung bestimmter Formalien Verzugszinsen bei säumigen Rechnungszahlern geltend machen.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches dient vor allem als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen, § 288 Absatz 1 Satz 2 BGB. Er verändert sich zum 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres um die Prozentpunkte, um welche seine Bezugsgröße seit der letzten Veränderung des Basiszinssatzes gestiegen oder gefallen ist.

Das bedeutet, dass sich bei säumigen Privatpatienten der aktuelle Zinssatz aus dem Basiszinssatz in Höhe von 0,37 + 5 = 5,37 Prozent zusammensetzt. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder eine Firma) beträgt der Verzugszins 0,37 + 8 = 8,37 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten, Firmen und Krankenkassen, die mit ihrer Zahlung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen. *(bu)*

up-premium plus

Auf Wunsch informiert Sie die kostenlose ***up-premium plus*** Hotline (0800-9477360) gern, auf welche Formalien Sie achten müssen.

AOK Ba-Wü erklärt die HeilM-RL

Kaum ist die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie im Bundesanzeiger veröffentlicht, flattert den Heilmittelerbringern in Baden-Württemberg Post der AOK ins Haus: Ein Merkblatt zur HeilM-RL soll die Heilmittelerbringer auf die neuen Regelungen einstimmen. Wie erwartet hat die AOK Baden-Württemberg die Neufassung aufmerksam gelesen und kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie *up* bereits im Mai berichtete. Drei hilfreiche Hinweise gibt sie den Heilmittelerbringern.

Die Neufassung der HeilM-RL gilt für alle Verordnungen, die ab dem 1.7.2011 ausgestellt werden. In einem Merkblatt fast die AOK alle Änderungen zusammen, liefert den original Richtlinientext und „Hinweise", mit den aus ihrer Sicht gültigen Interpretationen. Da steht fast nichts, was an dieser Stelle nicht schon früher erörtert wurde. Drei Punkte sind es wert, näher betrachtet zu werden.

1. Gute Nachricht zur Behandlung von Kindern in Tagesfördereinrichtungen: Die häufig gestellte Frage, in welchen Tagesfördereinrichtungen es denn möglich ist, Kinder zu behandeln, wird hier umfassend beantwortet: „Bei Kindern und Jugendlichen, die ganztägig eine/n Sonder- oder Förderkindergarten, Sonder- oder Förderkindertagesstätte, Sonder- oder Förderschule besuchen oder einen Platz in einem/einer integrativen Kindergarten/-tagesstätte oder einen Platz in einer integrativen Lerngruppe in der Regelschule haben oder im Rahmen der Einzelintegration eine/n Regelkindergarten, -tagesstätte oder -schule besuchen, dürfen außerhalb der zugelassenen Praxis auch ohne verordneten Hausbesuch (und damit ohne gesonderte Vergütung) behandelt werden." Damit ist umfassend geklärt, dass auch in Regelschulen oder Regelkindergärten behandelt werden kann.

2. Schlechte Nachricht zum Behandlungsbeginn: Die AOK schreibt zu dem neuen § 16 Abs. 1 HeilM-RL: „Aufgrund unvollständiger Verordnungen kann keine Behandlung durchgeführt werden". Damit ist klar, dass die AOK Ba-Wü Ernst machen wird. Jede Verordnung, die nicht vor dem Beginn der ersten Behandlung gültig ist (d.h. VOLLSTÄNDIG und RICHTIG) wird nicht bezahlt werden.

3. Gute Nachricht zur Fristenregelung: Trotz der Vereinheitlichung der Fristen bei Behandlungsbeginn und -verlauf und der Umstellung auf Kalendertage bleiben die rahmenvertraglichen Unterbrechungsregelungen bestehen. Nicht überraschend, aber gut zu wissen! *(bu)*

up-premium plus

Alle interessierten ***up-premium plus*** Kunden und alle Seminarteilnehmer der Informationsseminare zur Neufassung der HeilM-RL können das Merkblatt der AOK Baden-Württemberg kostenlos bei der Hotline (0800-9477360) anfordern.

Ersatzkassen entspannen Verordnungsbürokratie

VO-Beginn trotz formaler Fehler möglich

Verordnungen der Ersatzkassen mit Ausstellungsdatum ab dem 1.7.2011 können trotz formaler Mängel begonnen werden. Das teilt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. in einem Schreiben mit und entspannt damit die Verordnungsbürokratie für Heilmittelerbringer. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) bestätigte diese Vorgehensweise.

Die Bundesgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. teilt in dem Schreiben mit, dass die Ersatzkassen nach Absprache nicht auf formal korrekte Verordnungen bei Behandlungsbeginn bestehen. Konkret können Heilmittelerbringer die Therapie bereits beginnen, obwohl auf der Verordnung nicht angekreuzt ist, ob ein Therapiebericht angefordert wird, bzw. ein Hausbesuch erforderlich ist. Auch wenn nicht der (richtige) Indikationsschlüssel oder die medizinische Begründung für die Therapie außerhalb des Regelfalls angegeben und/oder nicht die Art der Verordnung (Erst-/Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls) angekreuzt ist. Diese Regelung gilt ausschließlich nur für Verordnungen der Ersatzkassen, die vom Arzt ab dem 1.7.2011 ausgestellt wurden und auf keinen Fall für andere Krankenkassen. Die Änderungen müssen bis zur Abrechnung der Verordnung durchgeführt werden.

Der vdek bestätigte diese Regelung offiziell und erklärte: „Grundsätzlich ist der Heilmittelerbringer verpflichtet, vor Beginn der Behandlung dafür Sorge zu tragen, dass die Verordnung den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie entspricht. Die Ersatzkassen haben sich bereit erklärt, in den genannten Fällen auch eine Korrektur/Vervollständigung nach Aufnahme der Behandlung aber vor Abschluss der Behandlungserie gegen sich gelten zu lassen. Das Nähere zu den Prüfpflichten der Therapeuten beabsichtigen die Ersatzkassen in einer Anlage zum bestehenden Rahmenvertrag mit den Berufsverbänden zu regeln." *(ko)*

Wann? Was? Wo?

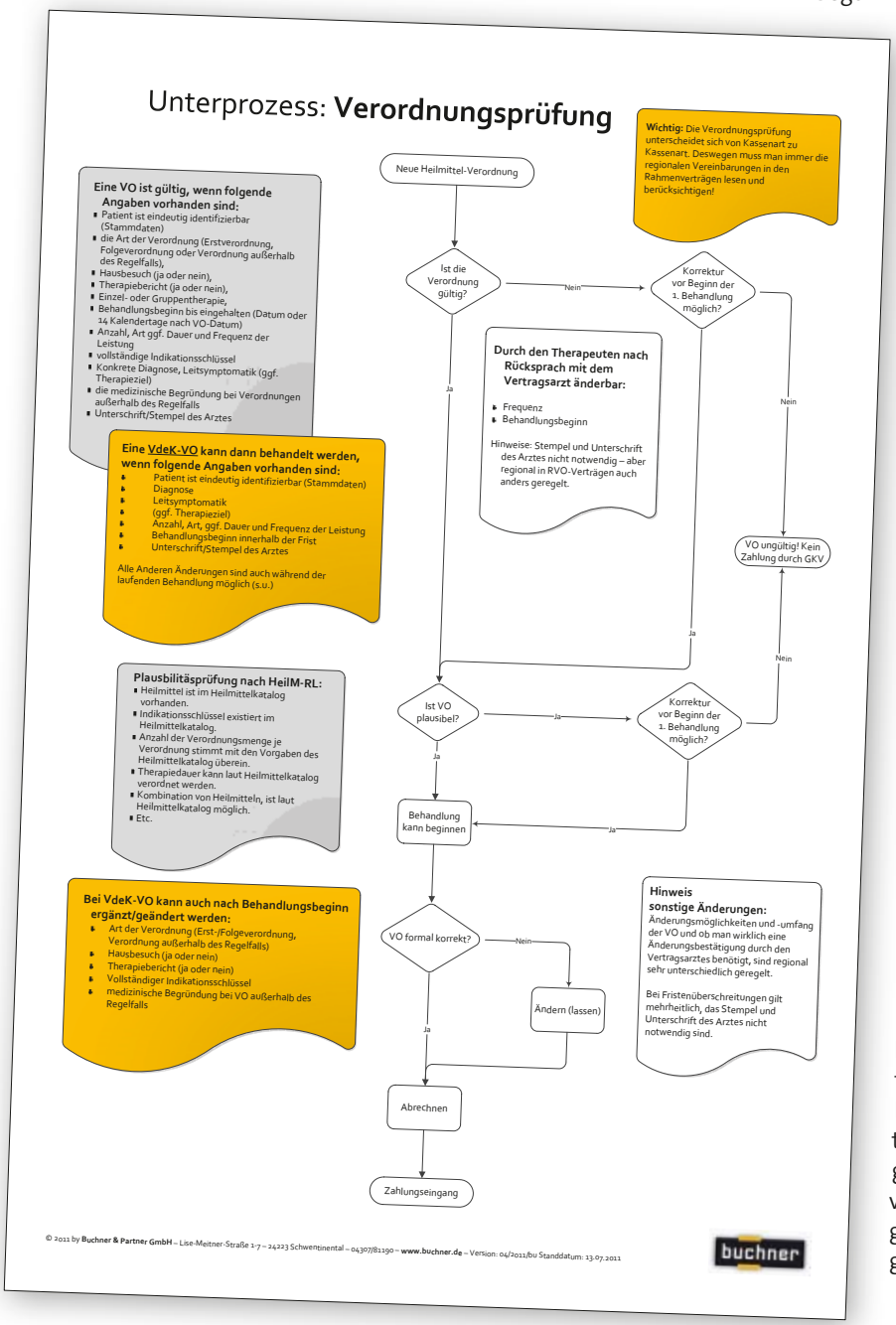
Checkliste für Verordnungsprüfung

up-premium plus

up-premium plus Kunden können die Checkliste für Verordnungsprüfung kostenlos im buchner Shop unter www.buchner-shop.de downloaden.

Immer wieder tauchen bei Heilmittelerbringern Fragen zur neuen Heilmittelrichtlinie auf, zu welchem Zeitpunkt der Behandlung bestimmte Daten auf der Verordnung „richtig" eingetragen werden müssen. Wir haben für Sie ein Flussdiagramm des Unterprozesses Verordnungsmanagement erstellt, das sich *up-premium plus* Kunden kostenlos im buchner online-shop herunterladen können. In dieser Darstellung wurde bereits die Erklärung der Ersatzkassen berücksichtigt, bestimmte Änderungen auch nach dem Beginn der Behandlung tolerieren zu wollen. Für alle anderen Kunden ist der Service kostenpflichtig.

Mit der Checkliste können Praxisinhaber ihre Verordnungen auf einen Blick überprüfen.



Thema ICF

Auf der Heilmittelverordnung ändert sich nichts. Die Ärzte müssen keine ICF-Schlüssel eintragen! Insofern ist die Aufforderung an Ärzte kontraproduktiv, ICF-Schlüssel in die Verordnungen einzutragen und sollte umgehend unterlassen werden! Das Thema ICF wird erst mittelfristig Relevanz für die Ärzte entfalten.

Thema Behandlungsbeginn bei formalen Fehlern (VdeK)

Verordnungen der Ersatzkassen mit Ausstellungsdatum ab dem 1.7.2011 können trotz formaler Mängel begonnen werden. Das bestätigte der Pressesprecher des Verbandes der Ersatzkassen e.V. Damit entspannt sich die Verordnungsbürokratie für Heilmittelerbringer zumindest bei alle VdeK-Verordnungen.

Die Ersatzkassen bestehen nicht auf formal korrekte Verordnungen bei Behandlungsbeginn. Konkret können Heilmittelerbringer die Therapie bereits beginnen, obwohl auf der Verordnung nicht angekreuzt ist, ob ein Therapiebericht angefordert wird, bzw. ein Hausbesuch erforderlich ist. Auch wenn nicht der (richtige) Indikationsschlüssel oder die medizinische Begründung für die Therapie außerhalb des Regelfalls angegeben und/oder nicht die Art der Verordnung (Erst-/Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls) angekreuzt ist.

Diese Regelung gilt ausschließlich nur für Verordnungen der Ersatzkassen, die vom Arzt ab dem 1.7.2011 ausgestellt wurden und auf keinen Fall für andere Krankenkassen. Die Änderungen müssen bis zur Abrechnung der Verordnung durchgeführt werden. Das Nähere zu den Prüfpflichten der Therapeuten beabsichtigen die Ersatzkassen in einer Anlage zum bestehenden Rahmenvertrag mit den Berufsverbänden zu regeln, erklärte der Pressesprecher des VdeK *(siehe Seite 5)*.

Thema Fristenregelung (AOK Bayern)

Die AOK Bayern hat jetzt auch alle Heilmittelerbringer informiert, dass die Fristen der Neufassung der HeilM-RL auch in Bayern gelten. Damit verschlechtern sich in Bayern die Fristen ganz leicht, weil hier in den Rahmenverträgen durch die Definition von Werktagen eine vergleichsweise lange Frist für Behandlungsbeginn und die Zeit zwischen zwei Behandlungen galt. *(bu)*

AOK Rheinland/Hamburg will klare Korrekturen

Kein Tipp-Ex auf Heilmittelverordnungen

Mehr Klarheit und Transparenz auf Heilmittelverordnungen, das wünscht sich die AOK Rheinland/Hamburg. Die Kasse bittet alle Berufsverbände auf ihre Mitglieder einzuwirken, Änderungen auf Verordnungen so vorzunehmen, dass „der ursprüngliche Inhalt noch erkennbar ist." Ein, zumindest rechtlich gesehen, durchaus nachvollziehbarer Wunsch, der für abrechnende Heilmittelerbringer keine Nachteile mit sich bringt und die zügige Abrechnung erleichtern kann.

Wer Verordnungen mit Tipp-Ex „korrigiert", wird sich selbst dann Ärger einhandeln, wenn es gar nichts zu vertuschen gibt. Das ist die Zusammenfassung eines Schreibens der AOK Rheinland/Hamburg an die Berufsverbände. Die Kasse nimmt darin aktuelle Abrechnungsfälle zum Anlass, um die Art und Weise, wie manche Praxen Heilmittelverordnungen ändern, zu kommentieren: „Da es sich bei der Verordnung um ein Dokument handelt, sind eigenständige Änderungen durch den Behandler, bzw. Unkenntlichmachung von Veränderungen mit Tipp-Ex aus unserer Sicht nicht vertragskonform und ggf. auch eine Fälschung des Dokumentes."

Verordnungen sind Dokumente

Im Prinzip liegt die AOK gar nicht so falsch mit ihren Hinweisen, denn tatsächlich handelt es sich bei den Verordnungen um Dokumente, die man nicht einfach (in Teilen) unkenntlich machen darf. Ganz im Gegenteil ist es viel sinnvoller, wenn man den Vorschlag der AOK annimmt und Korrekturen auf der Verordnung so vornimmt, dass die ursprünglichen Daten noch erkennbar sind. Damit wird klar, dass man nichts zu verstecken hat und es demzufolge auch keinen Anlass gibt, eine Rechnungskürzung vorzunehmen. Es lohnt sich, die folgenden Punkte zu beachten:

- Änderungen auf der Verordnung sind immer dann möglich, wenn dies durch den jeweiligen (!) Rahmenvertrag vorgesehen ist. Typische vertraglich geregelte Änderungsmöglichkeiten betreffen zum Beispiel: Abweichenden Behandlungsbeginn, Leitsymptomatik, Frequenz, Einzel-, Gruppentherapie, Fristenüberschreitung zwischen zwei Terminen etc.
- Bei Änderungen, die rahmenvertraglich geregelt sind, muss in der Regel auf der Rückseite der Verordnung unten links eine Begründung eingetragen werden. Diese Begründung könnte fast immer ungefähr so lauten: „Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt: Therapieziel wird auch weiterhin erreicht".
- Die AOK Rheinland/Hamburg möchte jede Änderung auch mit Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers kenntlich gemacht haben.
- Änderungen sind auch dann möglich, wenn es den eigenen Text betrifft – wenn man zum Beispiel aus Versehen das falsche Behandlungsdatum aufgeschrieben hat.
- Bei Änderungen am eigenen Text immer nur den falschen Text/Wert/Datum durchstreichen und den richtigen Inhalt dazuschreiben. Solche Änderungen immer begründen, zum Beispiel am Behandlungsdatum: „Korrektur wg. Schreibfehler".
- Auch bei Änderungen am eigenen Text gilt, Praxisstempel und Unterschrift bei jeder Änderung nicht vergessen.
- Bei Änderungen, die durch den Arzt vorgenommen werden, müssen immer mindestens der Stempel und die Unterschrift des Arztes die Änderung bestätigen.

Wer wissen will, was genau in seinem Rahmenvertrag an Änderungsmöglichkeiten vorgesehen ist, muss einfach nur die Rahmenverträge lesen. Allerdings gibt es in jedem Bundesland mindestens zwei Kassenarten, die durchaus unterschiedliche Regelungen vereinbart haben können. Deswegen muss man sich die Verträge genau durchlesen und im Falle einer Änderung erst einmal feststellen, um welche Kassenart es sich im konkreten Fall handelt.

Bislang kein Änderungsdatum verlangt

Die AOK geht in ihrem Schreiben glücklicherweise nicht darauf ein, dass eine Änderung unter Umständen auch noch mit einem Änderungsdatum versehen werden muss. Das ist auch gut so, denn sonst müsste man darauf achten, dass alle Änderungen durch den verordnenden Arzt immer so datiert werden, dass die Änderung vor Beginn der ersten Behandlung liegt.

Im Schreiben der AOK wird auch noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass die Vordatierung von Behandlungsdaten nicht zulässig ist. Das ist nichts wirklich neues (wir berichteten), trotzdem sei es an dieser Stelle noch einmal erwähnt. Konsequenzen aus nicht nachvollziehbaren Änderungen oder vordatierten Behandlungen reichen vom Absetzen der Verordnung von der Rechnung bis hin zur Anzeige wegen Urkundenfälschung/Betrug. Das kann man unter anderem dadurch ganz einfach vermeiden, indem man Tipp-Ex aus der Praxis verbannt. *(bu)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können sich die jeweiligen aktuellen Rahmenverträge kostenlos im Internet downloaden oder bei der Hotline anfordern. Das Schreiben der AOK können Sie ebenfalls bei der Hotline abrufen.

2.000 Schritte mehr pro Tag wirken gesundheitsfördernd

Dass Bewegung gut für ihre Gesundheit ist, wissen die Patienten. Wie aber erreicht man, dass dies auch in die Tat umgesetzt wird? Eine Studie aus Damp belegt jetzt: Das Dokumentieren der täglichen Bewegung ist ein Schlüssel zum Erfolg.

Täglich 3.000 Schritte mehr waren das Ziel einer Gruppe von Patienten der Studie. Das haben sie zwar nicht ganz geschafft – aber wer jeden Tag seine Schritte dokumentierte, kam dem Ziel deutlich näher als Patienten, die dies ohne Dokumentation beabsichtigten. Festgestellt wurde dies im Rahmen der sechsmonatigen betrieblichen Gesundheitsförderung „Damp plus 3.000“, die im vergangenen Herbst mit Mitarbeitern der Unternehmen Damp Soft und der Reha-Klinik Damp startete. Matthias Grünhagen, Studienleiter und leitender Arzt des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin an der Reha-Klinik Damp, wollte damit nachweisen, dass das tägliche Bewegungsverhalten von Büroangestellten und damit zugleich das langfristige Herzinfarktrisiko mit Unterstützung von Schrittzählern, Bewegungstagebüchern und einem Aufklärungs- und Motivationsprogramm positiv beeinflusst werden können. Erste Ergebnisse der Studie, die in Kooperation mit dem Institut für Sportwissenschaft der Christian Albrechts-Universität Kiel durchgeführt wurde, liegen inzwischen vor und bestätigen Grünhagen.

Bewegung protokollieren zeigt Erfolge

„Durch das tägliche Messen und Protokollieren des Bewegungsverhaltens wurde die Motivation zu mehr Bewegung und damit zu mehr Gesundheit deutlich erhöht“, sagte Grünhagen. Das Aktivitätsniveau der Interventionsgruppe stieg immerhin um durchschnittlich 2.281 Schritte pro Tag, was einem Zuwachs von 29,7 Prozent entspricht. Der Bauchumfang dieser Teilnehmer nahm im Studienverlauf um durchschnittlich drei Zentimeter ab. Die 50 Teilnehmer der Kontrollgruppe, die nur zu Beginn und zum Ende der Studie für eine Woche ihre Schrittzahl protokollierten, zählten dagegen durchschnittlich nur 242 Schritte mehr pro Tag als vor Start der Studie. Ihr Bauchumfang hatte sich zum Studienabschluss auch um etwa 1,1 Zentimeter verringert.

Zum Studienstart hatten alle 99 Teilnehmer nach einer Eingangsuntersuchung von Blutdruck, Bauchumfang und Körpergewicht zunächst eine Woche lang ihr normales Aktivitätsniveau ermittelt. Anschließend zählten die 49 Probanden der Interventionsgruppe täglich vom Aufstehen bis zum Schlafengehen über einen Zeitraum von sechs Monaten mit Hilfe eines Schrittzählers ihre Schritte. Diese wurden in einem Bewegungstagebuch festgehalten und regelmäßig an die Studienleitung übermittelt. Ziel war es, täglich 3.000 Schritte mehr zu gehen, als beim durchschnittlichen individuellen Ausgangsaktivitätsniveau vor der Studie ermittelt wurde.

Gesundheitsrisiken können gesenkt werden

„Aufgrund der standardisierten Untersuchungen konnte bei der Interventionsgruppe zudem eine signifikante Korrelation zwischen der Aktivitätssteigerung und der Senkung des Blutdrucks ermittelt werden. Bei Steigerung der Aktivität um mehr als 2.000 Schritte pro Tag nahm der diastolische Blutdruck um 4,79 mm Hg ab. Aufgrund großer internationaler Studien wissen wir, dass dadurch das Schlaganfallrisiko um mehr als 40 Prozent gesenkt werden kann“, sagte Burkhard Weisser, Leiter des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Kiel. *(di)*

kurz & knapp

Erste Kasse erkennt Gesundheitswandern als Prävention an +++ Die AOK Plus (Sachsen und Thüringen) erkennt als erste Krankenkasse das Gesundheitswandern als Präventivmaßnahme an. Das meldet der Deutsche Wanderverband (DWV), der mit dem Projekt „LETs GO – jeder Schritt hält fit“ seit 2008 Fortbildungen zum Gesundheitswanderführer anbietet.

up berichtete bereits im April 2010 ausführlich über das Gesundheitswandern als Selbstzahlerleistung. Laut Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands erkennt die AOK Plus nun das Gesundheitswandern als präventive Maßnahme nach dem Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ an, wenn es von zertifizierten Gesundheitswanderführern mit bewegungstherapeutischer Grundausbildung durchgeführt wird. Der Deutsche Wanderverband ist zuversichtlich, dass weitere Kassen folgen werden, heißt es in einer DWV-Pressemitteilung. *(ks)*

BARMER BEK bemängelt „sonstigen Schaden“ bei Ärzten in Nordrhein

Bürokratie-Irrsinn sorgt für Verordnungsängste

Die Ärzte in Nordrhein haben eigentlich alles richtig gemacht. Sie stellten 2009 medizinisch sinnvolle Verordnungen im Sinne der Wirtschaftlichkeit aus und gewährleisteten damit eine gute Versorgung der Patienten. Dennoch drohte bis vor kurzen rund 300 Ärzten ein Regressvorwurf wegen „sonstigem Schaden“. Trotz mittlerweile eingestellten Verfahren kann der Bürokratie-Irrsinn Folgen für Heilmittelerbringer haben.

Die Ärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hätten eigentlich keine Angst vor Regressen im Jahr 2009 haben müssen, denn das Heilmittelbudget wurde nicht voll ausgeschöpft. Alles Paletti, also? Weit gefehlt, denn wo kein Schaden entstanden ist, schaffen die Sachbearbeiter der BARMER BEK einfach einen Schaden. In rund 300 Fällen reklamierte die Kasse ausschließlich in Nordrhein bei Heilmittelverordnungen einen „sonstigen Schaden“.

Ärzte haften für formalen Schaden

Bei einem „sonstigen Schaden“ handelt es sich in der Regel um formale Fehler, zum Beispiel wenn bei einer Folgeverordnung das Kreuz falsch gesetzt wurde. „Der sonstige Schaden, den die BARMER hier beziffert, ist aber gar kein Schaden“, meint Dr. Dirk Mecking, Vorsitzender des nordrheinischen Hausärzteverbandes. „Da das Heilmittelbudget unterschritten wurde, ist der Krankenkasse kein Schaden entstanden. Den Patienten ist auch kein Schaden entstanden, denn die haben ja mehr Verordnungen bekommen. Den Therapeuten ist auch kein Schaden entstanden, denn die haben ihre Behandlung ja bezahlt bekommen. Einzig und allein den Ärzten könnte jetzt ein Schaden durch die Anträge der BARMER entstehen, denn durch die in der Tat fehlerhaften Verordnungen kann man keinen Widerspruch einlegen“.

Im Klartext bedeutet das, obwohl die Ärzte in Nordrhein inhaltlich vollkommen korrekte Verordnungen ausgestellt und damit den Patienten eine sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich sinnvolle Versorgung gewährleistet haben, sollen sie einen Schaden begleichen, der auf einem falsch gesetzten Kreuz beruht. Dieses Vorgehen der Kasse lässt vermuten, dass die Sachbearbeiter der BARMER die Nadel im Heuhaufen auf Teufel komm raus suchen. *up* fragte bei der Kasse nach, die bereits von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf diesen Missstand aufmerksam gemacht wurde. Man habe die Absurdität dieses Vorgehens bereits eingesehen und alle Verfahren wegen sonstigem Schaden eingestellt, erklärte Landespressesprecherin Tanja Koch.

Trotz des Einsehens und der Entwarnung hinterlässt das Vorgehen der Krankenkasse einen schalen Nachgeschmack bei den Ärzten, der für Therapeuten höchst unerfreulich sein dürfte, gibt Mecking zu bedenken: „Dass Ärzte persönlich haftbar gemacht werden können, führt dazu, dass man zusammenzuckt, wenn es heißt: „Heilmittel verordnen“. Das ist auch ganz logisch, denn der Arzt hat mittelbar gar nichts von einer Heilmittelverordnung, muss aber trotzdem für Dritte bezahlen, falls er in Regress genommen wird. Ich kann mir vorstellen, dass einige Kollegen sich auf das Mindestmaß beschränken. Aber wir Ärzte müssen halt auch kaufmännisch denken und das ist dann ein verständliches Vorgehen.“

Kompakte Information ist gefragt

Verständlich ist die Regressangst der Ärzte durchaus, allerdings ist sie in den meisten Fällen unbegründet. Dazu können vor allem auch die Heilmittelerbringer durch kompakte Information beitragen. Denn genau das wünschen sich viele Ärzte und auch Dr. Mecking: „Die Therapeuten sollten darauf achten, dass formale Fehler nicht mehr passieren und den Arzt auf Fehler aufmerksam machen, die im turbulenten Alltagsbestrieb schon mal passieren können“.

Da Heilmittelerbringer verpflichtet sind die Gültigkeit von Verordnungen zu prüfen, ist das kein frommer Wunsch, sondern sozialrechtlich geregelte Pflicht. Dennoch reagieren Ärzte oft genervt auf die Änderungswünsche von Therapeuten. Das habe allerdings nichts mit der der Rezeptänderung an sich zu tun, sondern vielmehr mit der Art und Weise, wie die Änderung gewünscht wird. „Oft schicken die Therapeuten einen Stoß Rezepte über einen Laien in die Praxis und die entsprechenden Erklärungen fehlen. Es muss aber klar werden, warum Rezepte aus rechtlich formalen Gründen im Sinne des Heilmittelkatalogs geändert werden sollen. Dann geht die Hin- und Her-Telefoniererei los, um die entsprechenden Informationen einzuholen und das kostet die Zeit und Nerven aller Beteiligten“. Deswegen wünscht sich Mecking, dass Therapeuten persönlich zu ihm in die Praxis kommen und in einem kurzen Gespräch alle Änderungen besprechen. „Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn der Therapeut persönlich zu mir kommt und mit mir darüber spricht, ist das innerhalb von zwei Sekunden erledigt“. *(ko)*

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Viel Potential für Therapeuten

Schätzungen zufolge betragen die direkten und indirekten Kosten krankheitsbedingter Frühberentungen jährlich mehr als zehn Milliarden Euro. Auch das Betriebsklima kann zu einem gesundheitsgefährdenden Faktor werden. Das ist das Ergebnis der aktuellen GBE Kompakt-Ausgabe des Robert-Koch-Instituts zum Thema „Arbeitsbelastungen und Gesundheit". Es gibt viel zu tun für Praxisinhaber, die betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Ein schlechtes Betriebsklima empfinden viele Beschäftigte als besonders gesundheitlich belastend. Etwa 14 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer fühlen sich „stark" oder „sehr stark" beeinträchtigt – das sind immerhin jede siebte Frau und jeder fünfte Mann. Besonders betroffen sei die Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen Erwerbstätigen. Allerdings sieht die Mehrheit der Deutschen keine starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit. Der überwiegende Teil der Befragten gab an, durch die eigene Arbeit „gar nicht" (Frauen 44,5 %, Männer 32,4 %) oder allenfalls „mäßig" (Frauen 41,6 %, Männer 47,5 %) gesundheitlich beeinträchtigt zu werden.

Den Beeinträchtigungen im Arbeitsklima kommt laut GBE Kompakt die größte Bedeutung in der Wahrnehmung gesundheitlicher Belastungen zu, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Auf Platz Zwei folgt bei Frauen das Arbeiten unter Zeit- und Leistungsdruck, bei Männern das Arbeiten unter belastenden Umgebungsbedingungen wie Lärm, Kälte oder Hitze.

Die subjektive Wahrnehmung unterscheidet sich erheblich nach Branche und Berufsstatus: So berichteten Frauen und Männer, die als Arbeiter beschäftigt waren, deutlich häufiger von Gesundheitsgefahren als Angestellte oder Freiberufler und Selbstständige. Frauen im Gesundheitswesen gaben besonders oft an, durch ihre Arbeit stark belastet zu sein. In dieser Branche spiele vor allem die starke körperliche und emotionale Belastung der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege eine Rolle. Bei Männern sind es demgegenüber vor allem die Erwerbstätigen im Bauwesen und Handwerk sowie im Güter- und Personenverkehr.

Auch hinsichtlich des Beschäftigungsart gebe es signifikante Unterschiede: Vollerwerbstätige nahmen eine Gesundheitsbelastung deutlich häufiger wahr als andere Beschäftigungsgruppen: Während 17 bzw. 21 Prozent der vollzeitbeschäftigten Frauen und Männer eine starke oder sehr starke Belastung ihrer Gesundheit empfanden, waren dies bei geringfügig Beschäftigten nur fünf bzw. 12 Prozent.

GBE Kompakt kommt zu dem Schluss, dass ein beträchtliches Potential für Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz bestehe. In den letzten Jahrzehnten habe der Anteil von Beschäftigten, die sich durch psychosozialen Druck bei der Arbeit belastet fühlen, deutlich zugenommen. Dies korrespondiere auch mit der steigenden Zahl vorzeitiger Renteneintritte aufgrund psychischer Diagnosen, allein zwischen 2006 und 2009 stieg sie von 33 auf 38 Prozent.

Schätzungen zufolge betragen die direkten und indirekten Kosten krankheitsbedingter Frühberentungen jährlich mehr als zehn Milliarden Euro. Der Hauptteil der Kosten gehe dabei auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zurück (3,5 Milliarden Euro), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (1,9 Milliarden Euro) sowie von psychiatrischen Krankheiten (1,6 Milliarden Euro). Die Verringerung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren müsse daher auch weiterhin das Ziel aller Akteure am Arbeitsmarkt und im Gesundheitswesen sein.

GBE Kompakt bezieht sich auf die Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" für das Jahr 2010, für die zwischen September 2009 und Juli 2010 rund 20.000 Personen befragt worden waren. Für GBE Kompakt wurden die Angaben von rund 14.000 erwerbstätigen Frauen und Männern zwischen 18 und 64 Jahren analysiert. *(ks)*

Service: Der Gesundheitsbericht GBE Kompakt 5/2011 kann im Internet unter www.rki.de/gbe-kompakt heruntergeladen werden.

Die Chefseite

Familienangehörige rechtssicher beschäftigen

In vielen Praxen wird der Ehegatte, die Mutter oder der Opa beschäftigt. Denn die Motivation für die eigene Familie zu arbeiten, ist meist sehr groß. Allerdings werden Arbeitsverträge zwischen Arbeitgebern und nahen Angehörigen von den Sozialversicherungsträgern und dem Finanzamt häufig intensiv geprüft. Es wird angenommen, dass Familienmitglieder nur pro forma beschäftigt werden, um Steuern zu sparen oder um den Familienmitgliedern einen günstigen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung zu verschaffen.

Die Prüfer werden stets den Maßstab des sogenannten Fremdenvergleichs an die zu prüfenden Arbeitsverhältnisse anlegen. Das heißt, es wird geprüft, ob die Ausgestaltung des Arbeitsvertrages und die entsprechenden Leistungen des Familienangehörigen dem entsprechen, was auch bei „fremden" Mitarbeitern üblich ist.

Die Beachtung folgender Punkte gibt Praxisinhabern Sicherheit, dass die Arbeitsverhältnisse mit nahen Angehörigen auch von den Sozialversicherungsträgern und dem Finanzamt anerkannt werden:

- Mit Familienmitgliedern wird der gleiche Arbeitsvertrag abgeschlossen wie auch mit „fremden" Mitarbeitern
- Die Realität der Beschäftigung in der Praxis entspricht dem, was im Arbeitsvertrag vereinbart wurde
- Familienmitgliedern wird ein angemessener Lohn für die geleistete Arbeit gezahlt
- Die Vergütung wird auf ein eigenes Konto des Familienmitglieds überwiesen
- Auch dem Familienmitglied wird Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Urlaub gewährt

Erfolgreich gegen Abzocker wehren

Das Thema „Abzocke" durch dubiose Firmen ist leider nicht ohne Grund seit vielen Monaten ein Dauerthema in den Medien. Auch Praxisinhaber sind vor solchen Angriffen leider nicht sicher. Immer häufiger ist davon zu hören, dass in den Praxen Post ankommt, wo es um die jährliche Rechnung für den Eintrag in „das" Branchenbuch geht oder eine Rechnung für die Aufnahme in ein offizielles Internetverzeichnis.

Die Betrüger gehen dabei sehr geschickt vor. Das Layout der Schreiben sieht stets sehr gewohnt aus oder hat wirklich den Anschein von einer Behörde zu kommen. Das ist leider auch der Grund, warum es im hektischen Praxisalltag passieren kann, dass hier mit einem Antwortfax oder einer Überweisung ein Kaufvertrag abgeschlossen wird. In Deutschland ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt, dass ein Kaufvertrag durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen verbindlich zustande kommt (§ 433 ff. BGB).

Diese Willenserklärungen sind in diesem Fall das Schreiben der Betrüger und das Antwortfax oder die Überweisung des Praxisinhabers.

Allerdings gibt es die Möglichkeit, einen Kaufvertrag anzufechten. So sieht § 433 ff. BGB dies beispielsweise für den Fall vor, dass man seine Willenserklärung irrtümlich abgegeben hat. Dies kann der Fall sein, wenn der Praxisinhaber davon ausgegangen ist, dass das Schreiben, welches er erhalten hat, von dem Anbieter des Branchenbuchs gekommen ist, mit dem er seit Jahren zusammenarbeitet. Da das Layout des Geschäftspapiers des Betrügers dem des langjährigen Partners täuschend ähnlich sieht, hat er den Schwindel nicht bemerkt und irrtümlicherweise an diesen überwiesen.

Deswegen sollte jeder, der irrtümlich einen Vertrag abgeschlossen hat, diesen umgehend nachdem er den Schwindel erkannt hat, wegen Irrtums schriftlich anfechten. *(bj)*

up-premium plus

Um den Aufwand für Praxisinhaber sehr gering zu halten, haben wir ein Musterschreiben zum Anfechten eines Kaufvertrags wegen Irrtums erstellt. Sie bekommen es im Downloadbereich unter www.buchner-shop.de – für ***up-premium plus*** Kunden natürlich kostenlos.

up-premium plus

Folgende Dateien zu dieser Ausgabe können ***up-premium plus*** Kunden exklusiv und gebührenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen:

- Vorlage für den Antrag auf Langfristgenehmigung nach § 8 Abs. 5 der neuen Heilmittel-Richtlinie
- Musterschreiben zum Anfechten eines Kaufvertrags wegen Irrtums
- Checkliste für Verordnungsprüfung
- Merkblatt der AOK Baden-Württemberg
- Muster-Widerspruchschreiben

Senioren-Tanzen als Selbstzahlerleistung

Im Walzerschritt zu mehr Gesundheit

„Wer tanzt, kommt später in den Himmel“ schreibt der Mediziner und Kabarettist Eckart von Hirschhausen in seinem Bestseller „Glück kommt selten allein“. Diese Ansicht teilt auch die Ergotherapeutin Kathrin Roßberg und bietet deswegen in ihrer Praxis im sächsischen Lichtenberg „Tanz als Therapie“ an – sowohl für Senioren als auch für Kinder.

Walzermusik setzt ein. Nach der Melodie von „Rosenstock, Holderblüht“ bewegen sich die älteren Damen fröhlich im Kreis. Eins, zwei, drei – Schritt nach vorne, Schritt am Platz und Schritt nach hinten – und bitte das Lächeln nicht vergessen! Jeden Mittwoch schwingen die Seniorinnen in dem Therapiezentrum „Therapiepunkt Roßberg“ eineinhalb Stunden lang das Tanzbein. Getanzt werden Folklore- und Kontratänze,

Squares, Block- und Gesellschaftstänze im Kreis. „Das macht allen Spaß“, freut sich die Ergotherapeutin Kathrin Roßberg Therapeutin, „und ist gesund.“ Seit einem halben Jahr bietet die 27-Jährige die Selbstzahlerleistung „Tanz als Therapie“ in der Praxis für Senioren an.

Tanzen senkt das Demenzrisiko

Mehr als viele andere Sportarten fordert und fördert das Tanzen Körper und Geist, es trainiert Gedächtnis und Koordinationssinn, wenn neue Tanzschritte einstudiert werden. Laut einer Langzeitstudie des Albert Einstein College of Medicine in New York, an der 468 Personen über 75 Jahren über mehrere Jahre teilnahmen, sinkt durch Tanzen das Risiko um 76 Prozent, an Demenz zu erkranken. Daher betrachtet Kathrin Roßberg das Senioren-Tanzen auch als „sinnvolle Ergänzung zur Therapie“ und macht derzeit die Ausbildung zum Seniorentanzleiter beim Bundesverband Seniorentanz e.V. (BVST).

Die Idee dazu hatte die Ergotherapeutin, die seit 2004 in der Praxis ihrer Mutter Heidrun Roßberg arbeitet, von der Großmutter, die selbst begeisterte Tänzerin ist. Vor anderthalb Jahren entschied sich Kathrin Roßberg dann für die Ausbildung zur Seniorentanzleiterin, die sie zurzeit noch absolviert. „In der Ausbildung bekommt man nach jedem Kurs Aufgaben gestellt, die in der Praxis umgesetzt werden müssen“, erklärt die engagierte Therapeutin, die pro Ausbildungskurs etwa 300 Euro (siehe Kasten) zahlt. Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluss ist unter anderem die Gründung einer eigenen Tanzgruppe.

Tanzen als Präventionsleistung anerkannt

„Angefangen habe ich mit acht Frauen, doch durch Mund-zu-Mund-Propaganda haben wir uns schnell vermehrt.“ Inzwischen sind es 18 Damen, die sich seit einem Jahr regelmäßig Mittwochvormittag zum Tanzen treffen. 90 Minuten lang trainieren sie bekannte und neue Schrittfolgen, halten einen kleinen Plausch

mit der Partnerin und haben, so Kathrin Roßberg, einfach viel Spaß – und das alles zu einem erschwinglichen Preis von nur drei Euro pro Person. Bislang sei das Senioren-Tanzen eine Selbstzahlerleistung, erklärt die Therapeutin. Doch mit ihrem Zertifikat als Seniorentanzleiterin könne der Kurs als Präventionsmaßnahme von den Krankenkassen erstattet werden. Dass Tanzen die geistige Fitness fördert, weiß auch die pädagogische Mitarbeiterin des Bundesverbands Seniorentanz e.V., Susanne Tams: „Wir arbeiten schon seit 30 Jahren mit dem offenen Tanz, doch inzwischen wird zunehmend der ganzheitliche Effekt positiv hervorgehoben."

Werbung über Internet und Flyer

Die Ergotherapeutin Kathrin Roßberg ist überzeugt: Sie wird das Senioren-Tanzen beibehalten und über Internet und Flyer in Arztpraxen weiter Werbung für sich machen. Und sie wird ihre Kurse im Altenheim und Betreuten Wohnen fortsetzen. Auch das „Tanzen für Kinder", das sie bisher nur einmal in einer ersten Klasse angeboten hatte, wird sie nicht aus den Augen verlieren... *(ks)*

Kontakt: Therapiepunkt Roßberg, Kirchweg 1, 09638 Lichtenberg, Tel.: 037323-15715, E-Mail: info@therapiepunkt-rossberg.de, www.therapiepunkt-rossberg.de

Ergotherapeutin Kathrin Roßberg bietet Tanz als Therapie für Senioren an.

i Hintergrund

Ausbildung zum Seniorentanzleiter

Der Bundesverband Seniorentanz e.V. (BVST) bietet Ausbildungsgänge zum Seniorentanzleiter an. Geschult wird in drei fünftägigen Lehrgängen, Praxisphasen und einer dreitägigen Lehrprobe. Die Ausbildung befähigt zur Leitung von mobilen Seniorentanzgruppen. Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.

Der Grundlehrgang umfasst 35 Unterrichtseinheiten und beinhaltet Didaktik und Methodik, sowie das besondere Lernverhalten älterer Menschen. Auch die beiden Aufbaulehrgänge umfassen jeweils 35 Unterrichtseinheiten. Voraussetzung für eine Teilnahme ist die Mitgliedschaft im BVST e.V. (eine Jahresmitgliedschaft kostet 40 Euro), die Teilnahme an einem Grundlehrgang bzw. Aufbaulehrgang des BVST sowie der Nachweis über die geleistete Praxis und für den zweiten Aufbaulehrgang zusätzlich einen gültigen Erste-Hilfe-Schein. Inhaltliche Schwerpunkte der Aufbaulehrgänge sind unter anderem weitere exemplarische Tänze sowie Tänze im Sitzen und Planung von Stundenverläufen.

Die abschließende Lehrprobe umfasst 16 Unterrichtseinheiten. Voraussetzung ist neben den bereits genannten ein Tätigkeitsbericht sowie eine schriftliche Ausarbeitung über die Vermittlung eines Tanzes.

Die Kosten für die Lehrgänge werden von den jeweiligen Trägern der Ausbildung festgelegt, bei AL II ist dies in der Regel der BVST e.V. Hier liegen die Preise um 400 Euro für Übernachtung und Vollpension im Doppelzimmer. Für die Lehrprobe sind rund 280 Euro zu zahlen. Weitere Informationen sind im Internet unter *www.seniorentanz.de/menu/Tanzkalender_2010_2011.pdf* zu finden. *(ks)*

Kontakt: Bundesverband Seniorentanz e.V., Hemmstraße 202, 28215 Bremen, Telefon: 0421-441180, Fax: 0421-4986217, verband@seniorentanz.de

Marketing für die Praxis

Ein Praxislogo sagt mehr als tausend Worte

Fast jeder Praxisinhaber hat eins. Ob Briefpapier, Praxisschild oder Werbeflyer, das Praxislogo zeigt auf den ersten Blick, was der Patient von der Praxis erwarten kann. Es sagt klar und verständlich, welche Fachrichtung, Kompetenz und Philosophie die Praxis verkörpert und ist im besten Fall unverwechselbar. Dennoch nutzen viele Heilmittelpraxen noch nicht die Möglichkeit eines guten Logos, wie eine Studie belegt.

Gute Praxis-Logos und -Symbole können große Kraft entfalten, vorausgesetzt, sie werden sorgfältig ausgesucht und gestaltet. „Ein Symbol für die Praxis oder ein Logo am Behandlungszimmer soll Identifikation und Sicherheit für die Patienten schaffen“, sagt Klaus-Dieter Thill, Leiter des Institutes für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (IFABS) in Düsseldorf. „Aber das funktioniert derzeit bei kaum einem medizinischen Anbieter, seien es Ärzte, Logopäden oder Physiotherapeuten.“

Unverwechselbar, genau und verständlich

In einer Studie hat das Institut herausgefunden, dass die kommunikative Leistung eines Logos oder Praxissymbols nur bei 18 Prozent der untersuchten Arztpraxen gegeben war. „Das ist auch bei anderen medizinischen Anbietern wie Podologen oder Logopäden so“, sagte Thill. Jede dritte Praxis verwende zwar zurzeit ein eigenes Logo. Bei der Gestaltung griffen aber viele Praxisinhaber in Auswahl und Botschaft daneben: Es wimmelt von stilisierten Knochen, Mündern, Herzen, Nieren oder Augen. Ein Logo sollte aber symbolisch mehr transportieren, als den Umstand, dass ein Logopäde sich mit der Sprache des Patienten befasst und deshalb stilisierte Lippen im Logo führt. „Es geht um das Unverwechselbare, das Besondere, das eine Praxis ausmacht und woran ein Patient potentiell teilhaben kann“, sagt Thill. Das kann oft auch ein gut gemachter Schriftzug der Praxis oder eines Namens sein.

Auch wenn es die `Checkliste für das ideale Praxislogo´ nicht gibt, hat Thill einige Kriterien gesammelt, die bei der Auswahl beachtenswert sind. Ein erstes wichtiges Kriterium ist die Unverwechselbarkeit eines Logos oder Symbols. Was bietet meine Praxis, meine Arbeit, bieten meine Mitarbeiter Typisches, was andere nicht bieten?, fragt Thill. Besonderen Service? Eine „Philosophie“? Kompetenzen? Einen besonderen Anspruch? „Diese Fragen müssen beantwortet werden.“ Gängige Motive dürfte dieses Typische kaum ausdrücken. Denn sie sind austauschbar, auch wenn sie unter Umständen wenigstens die Fachgruppenzugehörigkeit einer Praxis eindeutig signalisieren können. Bei 53 Prozent der Logos, denen das IFABS durchschnittliche oder geringe Kommunikationswirkung bescheinigte, handelte es sich um austauschbare medizinische Motive.

Nachrichtenwert oftmals gleich null

Zweites Kriterium: Konzeptionelle Genauigkeit. Es genüge nicht, wenn man mit drei Farbflächen dem Betrachter mitteilt, dass hier drei Physiotherapeuten unter einem Dach am Werk sind. Denn tatsächlich wird es gar nicht mitgeteilt. Solche Symbole und Logos sind „konzeptionell beliebig“, wie Thill sagt. Mehr Dekor als Symbol bieten auch bunte Zeichen, Flächen oder Linien, die irgendwie neben dem Schriftzug der Praxis platziert werden. Sie haben praktisch gar keinen „Nachrichtenwert“. Denkbar indessen sind Logos, die mit dem Standort der Praxis oder der typischen Umgegend – etwa einer Insel – spielen. Markante Gebäude oder Landmarken können in das Praxissignet einfließen und ein Wiedererkennen ermöglichen.

Drittens sollte das Symbol oder Logo klar, eindeutig und verständlich sein. Unbekannte Motive verwirren. Zu viele Farben und Formen überfrachten das Ganze und transportieren im Zweifel mit der visuellen Fülle auch zu viele Botschaften. Die Patienten erinnern sich am Schluss an alles Mögliche, nur nicht daran, woran die Praxischefin sie gerne erinnert hätte. „ Die Überladung verhindert ein schnelles und vor allem nachhaltiges Erinnern der Signets“, so Thill.

Schließlich sollte vor der Wahl des Logos eine sorgfältige Analyse der Mitbewerber-Signets am Ort vorausgehen. Denn niemandem ist gedient, wenn vier Praxen in der Stadt dieselbe originelle Logo-Idee haben. „Am besten ist es, wenn die Praxischefs Fachleute beauftragen“, meint Thill. „Das müssen nicht Tausende von Euro teure Agenturen sein. Manchmal kommt auch das kleine Grafikbüro um die Ecke auf gute Ideen und die Preise halten sich im Rahmen.“ *(ben)*

Info

Neuer Premium Service

Kostenloser Download für *up-premium plus* Kunden

***up-premium plus* Kunden können ab sofort alle Dokumente aus *unternehmen praxis* kostenlos im buchner Online-Shop downloaden. Allen anderen Kunden steht der Download kostenpflichtig ebenso zur Verfügung.**

Ein paar Klicks genügen für ***up-premium plus*** Kunden in Zukunft, um schnell und einfach Formulare, Checklisten und Vorlagen herunterzuladen. Eine große Auswahl zu den Themen Praxisführung, Widerspruchsschreiben GKV oder Qualitätsmanagement stehen im Shop für Sie bereit.

Das Prozedere ist denkbar einfach: Wählen Sie das gewünschte Dokument aus und legen Sie es in den Warenkorb. Bei der ersten Bestellung geben Sie im Bemerkungsfeld ihren Status als ***up-premium plus*** Kunde an. Die Links für den Download erhalten Sie dann in der Bestellbestätigung per E-Mail.

Auch alle anderen Kunden können den Service nutzen und die Dokumente kostenpflichtig erwerben. Wir wünschen viel Spaß beim Downloaden. *(ko)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden *Kunden können jetzt kostenlos eine Vorlage für den Antrag auf Langfristgenehmigung nach § 8 Abs. 5 der neuen Heilmittel-Richtlinie im buchner Online-Shop downloaden.*

Initiative „Mobil nach Schlaganfall“ gestartet

Qualitätskriterien für bessere Schlaganfallversorgung

Die Deutsche Stiftung Schlaganfall-Hilfe und das Medizintechnikunternehmen Otto Bock HealthCare haben die Initiative „Mobil nach Schlaganfall“ gestartet. Damit soll die Versorgung von Schlaganfall-Patienten in der Rehabilitation und der Nachsorge verbessert werden. Therapeuten sind aufgefordert, in sogenannten Rehaforen interdisziplinär an Lösungsmodellen mitzuarbeiten.

In drei Pilot-Regionen werden sogenannte Rehaforen eingerichtet, zu denen alle an der Schlaganfall-Versorgung Beteiligten eingeladen werden. Ziel soll es sein, die Schwachstellen in der Versorgungskette zu analysieren und gemeinsam Lösungen zur Verbesserung zu erarbeiten. Das erste Rehaforum fand Ende Juni 2011 in Bielefeld statt. Dort trafen sich 100 Fachleute zu einem ersten Erfahrungsaustausch, unter anderem auch Physiotherapeuten. Als Schwachstellen identifizierten sie unterschiedliche Qualitätsstandards, fehlende gemeinsame Leitlinien, kaum valide Daten über die Wirksamkeit der Rehabilitation und einen Mangel an Kommunikation an den Übergängen zwischen den Versorgungsstufen, hieß es in einer Pressemitteilung.

Unerlässlich sei auf Dauer ein sektorübergreifendes Case Management von der Akutklinik bis zur Nachsorge, teilte die Deutsche Schlaganfall-Hilfe mit. Die ersten Case Manager haben in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg ihre Arbeit in Hamburg bereits aufgenommen, Grundlage für die Zusammenarbeit mit der Stiftung und den beteiligten Ärzten und Kliniken sei das „Qualitätsmodell Integrierte Schlaganfall-Versorgung“ (QuIS), das die Stiftung mit einem bundesweiten Experten-Netzwerk entwickelt hat.

In Ostwestfalen werden die Beteiligten nun nach dem ersten Rehaforum gemeinsame Qualitätskriterien entwickeln. Diese sollen schon bald auch für andere Regionen Deutschlands nutzbar werden. Im Herbst dieses Jahres sind weitere Rehaforen in den Regionen Dresden und Rhein/Ruhr vorgesehen. *(ks)*

Weitere Informationen unter www.schlaganfall-hilfe.de.

Einheitliche Qualitätskriterien sollen helfen, die Versorgung von Schlaganfallpatienten zu verbessern.

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:
Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz und silbergrau 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 dem 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 00-135 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