02.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für up-premium plus Kunden:
Fragen-/Antworten-katalog der GKV

Techniker Krankenkasse ändert Satzung

Teil-Erstattung von Osteopathie-Kosten möglich

Das Versorgungsstrukturgesetz macht es möglich: Ab dem 1. Januar 2012 erstattet die Techniker Krankenkasse (TK) 80 Prozent der Kosten für maximal sechs osteopathische Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten. Voraussetzung dafür ist eine Bescheinigung eines Arztes, in der er die Notwendigkeit einer osteopathischen Behandlung bestätigt. Die Verordnungen laufen extrabudgetär.

Das kürzlich von der Bundesregierung beschlossene „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ erlaubt es den gesetzlichen Krankenkassen auch bisherige Nicht-Kassenleistungen zu erstatten. Die TK hat jetzt mit einer entsprechenden Satzungsänderung den Weg für Osteopathie auf Rezept frei gemacht. Dazu heißt es in der Satzung der Kasse: „Versicherte [der TK] können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.“ (§ 27 b Satzung der TK)

Ärztliche Verordnung Voraussetzung

Voraussetzung für die Erstattung eines Teils der Osteopathiekosten ist, dass ein Arzt ein Privatrezept oder ein grünes Rezept ausstellt, aus dem auf jeden Fall die Diagnose

Ein Schritt nach vorn: Die Techniker Krankenkasse erstattet 80 Prozent der Kosten für Osteopathie.

des Patienten und die Notwendigkeit der Osteopathie-Verordnung hervorgeht. „Für uns ist nicht entscheidend, in welcher genauen Form die Bescheinigung ausgestellt wird“, erklärt Philip Wabbel, Pressesprecher der TK auf Nachfrage. „Entscheidend ist aber, dass die Notwendigkeit der osteopathischen Behandlung vom Arzt bestätigt und plausibel begründet wird“. Die Betonung liegt hier auf „Arzt“, denn eine Verordnung zum Beispiel von einem Heilpraktiker reicht der TK derzeit nicht aus. Der Verband der Osteopathen Deutschland (VOD) e. V. kritisierte die Regelung in einer Stellungnahme, „da wegen der fehlenden Einbeziehung der Heilpraktiker quasi das Gros der praktizierenden Osteopathen von der Regelung ausgeschlossen ist.“ >>>

Aktuell

Fragen-/Antwortenkatalog neu aufgelegt
HeilM-RL: interpretiert aus Kassensicht 9

Heilmittelrichtgrößen 2012
Viele KVen mit deutlichem Richtgrößenzuwachs 13

Krankenkassen veröffentlichen Verordnungsdaten
Trotz Verlusten fast sieben Prozent Wachstum 17

Schwerpunkt

Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls
Genehmigungsverfahren in den Griff bekommen 3

So prüfen Krankenkassen
Verordnungen außerhalb des Regelfalls § 8 Abs. 4 HeilM-RL 4

Internes Papier der GKV zum Genehmigungsverfahren
Krankenkassen wollen keine langfristige Befreiung 8

Tipps

Einreichen von Genehmigungsverfahren
Anträge per Fax an die Krankenkasse stellen 22

Checkliste
„Chroniker-Regelung“ und Genehmigung von VO außerhalb des Regelfalls 23

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

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

Kommentar

Patienten versorgen oder Sparen?

Fragt man sich, was die Aufgabe einer Krankenkasse ist, dann scheint die zuvorderst das Sparen zu sein. Anders lässt sich der Versuch der Krankenkassen, chronisch Kranke systematisch von der Heilmitteltherapie abzuhalten, nicht erklären.

In erster Linie geht es dabei nicht um die optimale und vor allem erleichterte Versorgung von chronisch Kranken, sondern um das gezielte, bürokratische Verhindern von budgetfreien langfristigen Verordnungen. Dabei hat das Bundesgesundheitsministerium ein klares Statement gesetzt, als es die Chroniker-Regelung der Heilmittel-Richtlinie in den § 32 SGB V aufgenommen hat.

Im Gegensatz zur Bundesregierung scheinen die Kassen allerdings nicht das Wohl ihrer Versicherten vor Augen zu haben, sondern allein ihr „unabsehbares Kostenrisiko". Man erhält den Eindruck, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen mit einem Bankinstitut verwechseln und Heilmittelverordnungen allein nach dem Kostenrisiko genehmigen. Dafür scheuen sie auch keinen noch so großen bürokratischen Aufwand, der in keinem Verhältnis zum winzigen Kosten-Kuchenstück Heilmittel im Gesundheitswesen steht.

Wahrscheinlich ist aber das genau der Grund, warum die Kassen mit ihrem bürokratischen Hürdenmarathon durchkommen. Denn wer sollte sich dagegen wehren? Die chronisch kranken Patienten vielleicht? Oder etwa die Heilmittelerbringer, die damit beschäftigt sind, Verordnungen nur ja formal richtig auszufüllen, um ihren Patienten eine optimale Therapie zu ermöglichen? Die traurige Antwort ist wohl: keiner. Solange jedenfalls nicht, bis eine breite Öffentlichkeit über das Prozedere der Krankenkassen informiert ist. Und das wird nur passieren, wenn Heilmittelerbringer unermüdlich Patienten und Ärzte über die Zustände aufklären.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

>>> Fortsetzung Seite 1

Ausgeschlossen ist aber eigentlich kein Osteopath, ganz im Gegenteil zwingt die TK Osteopathen nicht einmal dazu, aus Gründen der Qualitätssicherung einem Verband beizutreten. Es reicht, wenn man als Therapeut „eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband berechtigt." Nur um die ärztliche Verordnung kommt man nicht herum, wenn die Therapie von der TK erstattet werden soll. Selbst dann nicht, wenn der betreffende Therapeut seine Heilpraktikerprüfung abgelegt hat.

Extrabudgetäre Verordnung

Das von einigen Ärzten befürchtete Risiko, die Kosten für die Osteopathie würde zum eigenen Richtgrößenvolumen hinzugerechnet, wird von der TK verneint: „Wir rechnen die entstehenden Kosten nicht mit dem Heilmittelausgabenvolumen des Arztes ab, da derartige Leistungen nicht Gegenstand der gesetzlichen Heilmittelrichtlinie sind," so Wabbel. Also Entwarnung an der Wirtschaftlichkeitsfront – Osteopathie wird extrabudgetär erstattet.

Die Kosten müssen, wie bei Privatpatienten, zunächst vom Patienten selbst an den Osteopathen bezahlt werden. Nach Vorlage der Honorarquittung und der ärztlichen Bescheinigung durch den Patienten überweist die Krankenkasse den entsprechenden Betrag auf sein Konto. Das gilt für alle Behandlungen ab dem 1. Januar 2012.

Die TK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Deswegen müssen Osteopathen aufpassen, dass sie aufgrund der Erstattungspolitik der TK ihre Preise stabil auf hohem Niveau halten. Am besten funktioniert das, wenn man den TK-Versicherten erläutert, dass die TK eben nur einen Teil der Kosten erstattet und vermeidet von „Osteopathie auf Rezept" zu sprechen. *(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), Nele Mahnken (nm), Christian Beneker (ben), Özlem Erdem-Wulff (öz); Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: C. Mikosch (1), Mumpitz (16), bilderbox (17), Kabugui (20), nyul (22); die physio & tanzwerkstatt (21)

Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Genehmigungsverfahren in den Griff bekommen

Die Heilmittel-Richtlinie sieht ausdrücklich Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor. Mit der Neufassung der HeilM-RL im Juli 2011 und dem Versorgungsstrukturgesetz im Januar 2012 sind jetzt die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass bestimmte Verordnungen außerhalb des Regelfalls (VO a. r. R.) extrabudgetär verordnet werden können. Wir zeigen, was Sie tun können, damit das klappt.

Die HeilM-RL wurde mit der Neufassung im Juli 2011 um zwei wichtige Regelungen bezüglich der Verordnungen außerhalb des Regelfalls (VO a. r. R.) ergänzt. Zum einen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) klargestellt, dass eine Krankenkasse, die auf die Genehmigung von VO a. r. R. verzichtet, diese damit automatisch genehmigt (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL). Zum anderen können sich nun chronisch kranke Patienten per Antrag von der Genehmigungspflicht für einen längeren Zeitraum befreien lassen (§ 8 Abs. 5 HeilM-RL). Mit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012 ist diese Regelung in das Sozialgesetzbuch aufgenommen worden (§ § 32 Abs. 1a SGB V). Die genehmigten VO a. r. R. fallen damit nicht mehr in das Heilmittelbudget des verordnenden Arztes (§ 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V).

Bei einem Genehmigungsverfahren wird zwischen Anträgen nach Abs. 4 (Anträge für „normale“ Verordnungen außerhalb des Regelfalls) und Anträgen nach Abs. 5 (Anträge auf „langfristige Genehmigung“ von Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unterschieden.

langfristige Genehmigung VO a. d. Regelfalls

Im SGB V ist festgelegt, dass die Anträge auf „langfristige Genehmigung“ innerhalb von vier Wochen von den Kassen entschieden werden müssen. Ansonsten gelten sie automatisch als genehmigt. Während eines Genehmigungsverfahrens darf eine Verordnung, die bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt, so lange durchgeführt werden, bis die Krankenkasse eine Genehmigung ablehnt. Die bis dahin erbrachten Leistungen werden trotz der Ablehnung bezahlt.

Große Sorgfalt ist bei den korrekten Formalien der Verordnungen bei Genehmigungsverfahren geboten. Denn während bei Verordnungen im Regelfall die Gültigkeit noch im Verlauf der Behandlung „nachgearbeitet“ werden kann, muss bei Verordnungen, die zur Genehmigung eingereicht werden, von Anfang an alles stimmen. Oft werden Verordnungen allein deswegen nicht genehmigt, weil die formalen Ansprüche an die Verordnung nicht erfüllt sind.

Die HeilM-RL sieht vor, dass eine Krankenkasse auf das normale Genehmigungsverfahren bei VO a. r. R. (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL) verzichten kann. Tut dies eine Kasse, muss sie die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung darüber informieren. In der Regel werden auch Berufsverbände, Abrechnungszentren und oft sogar jede einzelne Praxis entsprechend informiert.

Inhalt

Thema: Heilmittelverordnung a. d. Regelfalls

- Verordnungen außerhalb des Regelfalls § 8 Abs. 4 HeilM-RL 4
- Prüfungsschema des GKV Spitzenverbandes 5
- Langfristige Genehmigung von extrabudgetären Heilmittelverordnungen 6
- § 8 der Heilmittel-Richtlinie 7
- Anträge können per Fax an die Krankenkasse gestellt werden 22
- Checkliste zur „Chroniker-Regelung“/ Genehmigung von VO a. d. Regelfalls 23

In einzelnen Fällen kommt es vor, dass Patienten ihre Therapeuten nicht über die Ablehnung durch die Krankenkasse informieren, oder – noch schlimmer – den Antrag nie gestellt haben. Das führt zu Abrechnungskürzungen und im schlimmsten Fall zu nicht bezahlten Behandlungen. Um das zu vermeiden, können Heilmittelpraxen ihren Patienten einen „Genehmigungs-Service“ anbieten und die Abwicklung des Genehmigungsverfahrens übernehmen. Der Antrag kann – entgegen der Behauptung einiger Krankenkassen – problemlos per Fax gestellt werden (siehe Seite 22).

Genehmigungsverfahren GKV

Die Krankenkassen haben sich jetzt über den GKV-Spitzenverband auf ein gemeinsames Vorgehen bei solchen Genehmigungsverfahren verständigt. In den „Bearbeitungshinweisen für die Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen“ werden beide o. g. Genehmigungsverfahren detailliert beschrieben. Einen ausführlichen Bericht dazu lesen Sie auf Seite 8.

Praxisinhaber, die die Bearbeitungshinweise berücksichtigen, können einige ihrer chronisch kranken Patienten erfolgreich durch ein Genehmigungsverfahren führen, so dass dann für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr alle entsprechenden Verordnungen des Arztes extrabudgetär sind. *(bu)*

Eine Checkliste zur Chroniker-Regelung und Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls finden Sie auf Seite 23.

So prüfen Krankenkassen

Verordnungen außerhalb des Regelfalls § 8 Abs. 4 HeilM-RL

Eine Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 der HeilM-RL) muss den Krankenkassen zur Genehmigung vorgelegt werden. Hat die Kasse nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet, durchläuft die Verordnung einer genauen Prüfung, die wir hier beschreiben.

Bei der Genehmigung von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 der HeilM-RL) findet bei den Krankenkassen die Prüfung in zwei Schritten statt. Schritt eins ist die formale Prüfung, Schritt zwei ist die inhaltliche Prüfung (vgl. Prüfungsschema, siehe Seite 5).

Schritt 1

Nummerierung vergleiche Prüfungsschema Seite 5:

Im ersten Prüfschritt geht es um rein formale Aspekte der Verordnung. Hier wird geprüft, ob die Verordnung gültig ist, d. h. ob alle Vorgaben des § 13 HeilM-RL auf der Verordnung dokumentiert sind. Dazu gehören insbesondere die vollständigen Patientendaten, die (1) Vertragsarztdaten, das Kreuz bei Verordnung außerhalb des Regelfalls (und nicht Folgeverordnung), das (2) Heilmittel laut Heilmittel-Katalog beim angegebenen Indikationsschlüssel, die Diagnose und Leitsymptomatik, (4) Therapieziel und medizinische Begründung außerhalb des Regelfalls.

Besonderes Augenmerk legen die Krankenkassenmitarbeiter auf die Verordnungsmenge und Frequenz und überprüfen, ob die Verordnungsmenge in Kombination mit der verordneten Frequenz zu einer maximal 12 wöchigen Therapie passt. Sind auf einer Verordnung also 24-mal Logopädie mit einer Frequenz von zwei Therapieeinheiten pro Woche verordnet, wird die Krankenkasse (3) die Therapieanzahl durch die Frequenz dividieren (hier 24/2) und erwartet ein Ergebnis von 12 oder weniger. Was im Ergebnis über 12 liegt, wird grundsätzlich abgelehnt oder von der Kasse nach unten korrigiert. Denn die Heilmittel-Richtlinie sieht vor, dass der verordnende Arzt seinen Patienten mindestens einmal innerhalb von 12 Wochen persönlich sehen muss.

Schritt 2

Im zweiten Schritt geht es um die inhaltliche Prüfung der Verordnung. Hier wird zunächst die medizinische Begründung des Arztes geprüft. Dabei nutzen die Krankenkassenmitarbeiter die Vorgaben des § 8 Abs. 3 HeilM-RL und prüfen, ob sich die medizinische Begründung an den folgenden Kriterien orientiert: (5) Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel. Auch das Ergebnis von weiterführender Diagnostik/Befundung durch den Arzt sollte erkennbar sein.

Die Bearbeitungshinweise der Krankenkassen verweisen auf Beispiele, bei denen eine Genehmigung eher in Betracht zu ziehen ist. Dazu gehört:

- Präzise Diagnosen mit Angabe zum Zeitpunkt des Eintritts bzw. Dauer der Schädigung (z. B. Unfall, OP etc.)
- Schwere bzw. mehrere sich ggf. überlagernde Schädigungen (bei Leitsymptomatik)
- Exakt benannte aktive Maßnahmen der Physikalischen Therapie, kombiniert mit einer präzisen Diagnose und Schädigung, bekannte OPs/Interventionen
- Ausstellender Facharzt „passt“ zur Verordnung (HNO-Arzt bei Logopädieverordnung nach Kehlkopfoperation)
- Versicherte mit einer anerkannten chronischen Krankheit (siehe Box: Chroniker-Richtlinie des G-BA)

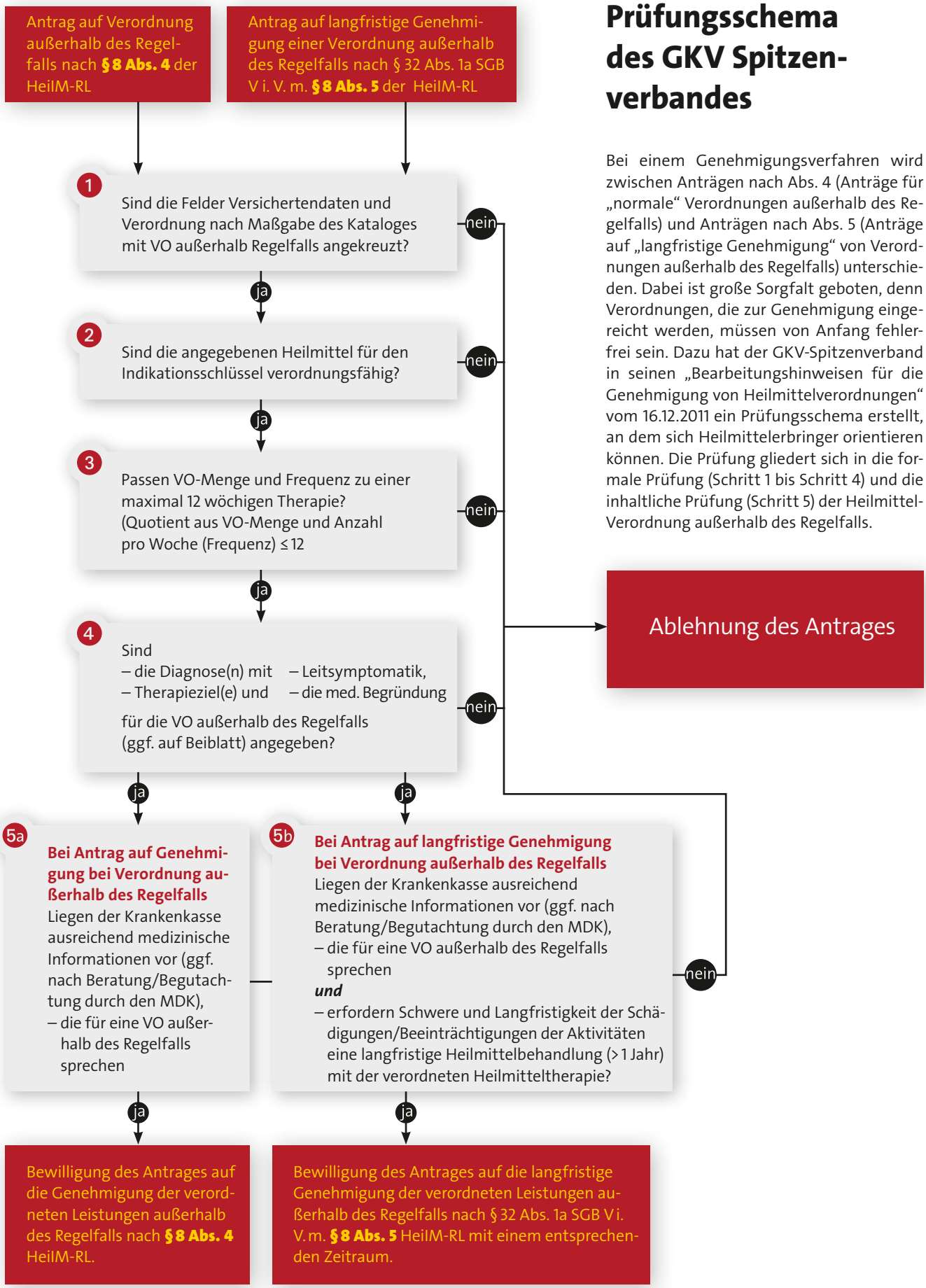
In den internen Bearbeitungshinweisen der Krankenkassen werden aber auch viele Beispiele genannt, die eher nicht genehmigungsfähig sind. Dazu gehören insbesondere:

- Nicht-präzise Diagnosen (z. B. Arthrose ohne konkrete Benennung, HWS-Syndrom etc.)
- Bestimmte Schädigungen, die eher einer kurzfristigen Behandlung bedürfen (z. B. Gelenkblockaden)
- Leichte oder mäßige Schädigungen
- Passive Maßnahmen im Bereich der Physikalischen Therapie (Ausnahmen Lymphdrainage)
- Standardisierte Heilmittelkombinationen, wenn bereits im Regelfall verordnet
- Verordnung mit besonders hoher Anzahl und/oder Frequenz der verordneten Heilmittel
- Verordnung durch „fachfremden“ Arzt (z. B. Manuelle Therapie VO durch Internisten ohne Zusatzausbildung Manuelle Medizin)
- Versicherte mit hohem Leistungsbedarf bei nicht präzise benannten chronischen Krankheiten
- Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherungen beziehen und durch aktivierende Pflege ausreichend versorgt sind
- Verordnung für Kinder, die nicht klar zu anderen Maßnahmen (pädagogisch, heil- oder sonderpädagogisch) abgegrenzt sind

Diese Hinweise lassen zumindest teilweise erkennen, worauf bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die genehmigt werden müssen, zu achten ist. *(bu)*

Prüfungsschema des GKV Spitzenverbandes

Bei einem Genehmigungsverfahren wird zwischen Anträgen nach Abs. 4 (Anträge für „normale“ Verordnungen außerhalb des Regelfalls) und Anträgen nach Abs. 5 (Anträge auf „langfristige Genehmigung“ von Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unterschieden. Dabei ist große Sorgfalt geboten, denn Verordnungen, die zur Genehmigung eingereicht werden, müssen von Anfang fehlerfrei sein. Dazu hat der GKV-Spitzenverband in seinen „Bearbeitungshinweisen für die Genehmigung von Heilmittelverordnungen“ vom 16.12.2011 ein Prüfungsschema erstellt, an dem sich Heilmittelerbringer orientieren können. Die Prüfung gliedert sich in die formale Prüfung (Schritt 1 bis Schritt 4) und die inhaltliche Prüfung (Schritt 5) der Heilmittel-Verordnung außerhalb des Regelfalls.



So hoch sind die Prüfhürden bei der Chroniker-Regelung

Langfristige Genehmigung von extrabudgetären Heilmittelverordnungen

Ein Antrag auf eine langfristige Genehmigung von Heilmittelverordnungen gemäß § 32 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 der HeilM-RL kann formlos vom Versicherten in Zusammenhang mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls gestellt werden. Die Kasse kann nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichten, sondern muss innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung entscheiden. Sonst gilt der Antrag als genehmigt. Der Antrag und die den Antrag begründende Verordnung werden einer genauen Prüfung unterzogen, die wir hier beschreiben.

Bei einer langfristigen Genehmigung von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 32 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 der HeilM-RL) werden exakt dieselben Prüfschritte wie bei einer normalen Verordnung außerhalb des Regelfalls vollzogen, sowohl formal als auch inhaltlich (vgl. Artikel Seite 4). Zeigt sich in der formalen oder inhaltlichen Prüfung ein Fehler, empfehlen die Bearbeitungshinweise, die langfristige Genehmigung mit Hinweis auf Verordnungsmängel abzulehnen.

Im nächsten Schritt wird dann eine erweiterte inhaltliche Prüfung vorgenommen. Dabei werden vier Bedingungen des konkreten Behandlungsfalls überprüft, die nach Ansicht der Krankenkassen alle erfüllt sein müssen, um eine langfristige Genehmigung erteilen zu können. Wir zitieren aus den „Bearbeitungshinweisen“:

Bedingung 1: Schwere der Schädigung (funktionell und/oder strukturell) / der Beeinträchtigung der Aktivitäten

Die Schwere der Schädigung bzw. die Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten muss bekannt sein, bzw. sich aus der ärztlichen Begründung der Verordnung ergeben. Der Versicherte sollte seinen Antrag ggf. auch durch medizinische Dokumente, wie zum Beispiel durch Vorlage seines Schwerbehindertenausweises, Pflegegutachten etc. untermauern.

Bedingung 2: Langfristigkeit der Schädigung / der Beeinträchtigung der Aktivitäten

Von einer Langfristigkeit der Schädigung ist insbesondere auszugehen, wenn diese angeboren ist oder der Schädigungszeitpunkt länger zurückliegt und wenn eine relevante Änderung der Schädigung nicht (mehr) zu erwarten ist. Gleiches gilt für die Beeinträchtigung der Aktivitäten.

Bedingung 3: Keine Veränderung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Therapie mit den verordneten Heilmitteln

Aus den verfügbaren Heilmittel-Abrechnungen oder den eingereichten medizinischen Dokumenten der bisher durchgeführten Behandlungen mit Heilmitteln in den letzten ein bis zwei Jahren sollte möglichst hervorgehen, dass der Versicherte fortlaufend mit den jetzt verordneten Heilmitteln in gleicher oder ähnlicher Frequenz behandelt wurde.

Bedingung 4: Langfristiger Therapiebedarf (> 1 Jahr)

Es sollte, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (Prognose), für mindestens ein Jahr der gleiche Krankheitsstatus vorliegen. Aus den in der Verordnung dargelegten funktionellen / strukturellen Schädigungen und den ggf. bekannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) bzw. aus den vom Versicherten vorgelegten medizinischen Unterlagen (u. a. Krankenhausentlassungsberichte, Rehabilitationsberichte, ärztliche Bescheinigungen, Schwerbehindertenausweis) muss deutlich werden, dass der Therapiebedarf nach wie vor besteht und dass ohne die vorgesehene Heilmitteltherapie eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. Funktionszustandes eintreten wird.

Sind alle diese Bedingungen erfüllt, kann nach Ansicht der Krankenkassen eine langfristige Genehmigung erwogen werden.

Aber Achtung, aufpassen! Nach Ansicht der Krankenkassen sind „akut schwere Schädigungen (z. B. akute Querschnittlähmung)“ hiervon abzugrenzen. Denn in diesen frühen Phasen, in denen intensive medizinische bzw. rehabilitative Maßnahmen zweifellos erforderlich seien, müsse die Behandlung dem Krankheitsverlauf / -stadium entsprechend engmaschig angepasst werden. Aus diesem Grund sei eine fortlaufend gleichbleibende Therapie mit dem gleichen Heilmittel nicht wahrscheinlich, dementsprechend würde eine langfristige Genehmigung dem Heilmittelbedarf dieser Patientengruppe nicht gerecht, so die Sicht der Krankenkassen.

Auch bei dauerhaften langfristigen Schädigungen bestehe nach Ansicht der Krankenkassen häufig eine wechselnde Leitsymptomatik. In diesen Fällen sei ein über mindestens ein Jahr gleichbleibender Therapiebedarf mit gleichen Heilmitteln nicht begründet, oftmals auch nicht zielführend und unter Umständen für die betroffenen Versicherten sogar schädlich. Dies würde beispielsweise für entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder auch neurologische Erkrankungen mit schubhaften oder fortschreitenden Verläufen gelten. Dabei sei es allgemein kennzeichnend, dass die erforderlichen Heilmittel und die erforderliche Frequenz an die Leitsymptomatik und den Therapiebedarf an-

gepasst werden müssten und somit Änderungen der Verordnungen notwendig seien. Dies erfordere also zwischenzeitliche ärztliche Kontakte mit einer individuellen engmaschigen Anpassung der Therapie.

Auch wenn man inhaltlich anderer Auffassung ist, können diese Hinweise helfen, bei Anträgen auf langfristige Genehmigung für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die richtigen Argumente zu finden. *(bu)*

§ 8 der Heilmittel-Richtlinie

(1) [1] Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). [2] Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. [3] Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme des § 7 Absatz 10 anzuwenden. [4] Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

(2) Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist nach vorausgegangenen Heilmittelanwendungen kein behandlungsfreies Intervall zu beachten.

(3) Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt störungsbildabhängig eine weiterführende Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.

(4) [1] Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. [2] Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. [3] Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. [4] Sie informiert hierüber die Kassenärztliche Vereinigung.

(5) [1] Auf Antrag der oder des Versicherten entscheidet die Krankenkasse darüber, ob der oder dem Versicherten wegen der sich aus der ärztlichen Begründung ergebenden besonderen Schwere und Langfristigkeit ihrer oder seiner funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des nachvollziehbaren Therapiebedarfs die insoweit verordnungsfähigen Leistungen in dem insoweit verordnungsfähigen Umfang langfristig genehmigt werden können. [2] Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

Quelle: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 20. Januar 2011/ 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 96 (S. 2247), in Kraft getreten am 1. Juli 2011.

§ 32 SGB V Abs. 1a

(1a) Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

Quelle SGB V

Internes Papier der GKV zum Genehmigungsverfahren

Krankenkassen wollen keine langfristige Befreiung

Die Chroniker-Regelung in der Heilmittel-Richtlinie wurde in das Sozialgesetzbuch geschrieben und sollte eigentlich zu einer besseren Versorgung der Patienten führen. Jetzt haben die Krankenkassen allerdings in einer internen Regelung festgelegt, wie man am besten Anträge von chronisch Kranken ablehnt.

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie, die im Juli 2011 in Kraft getreten ist, war maßgeblich bestimmt vom Wunsch der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nach einer besseren Versorgung von chronisch kranken Patienten mit Heilmitteln. Dazu wurde der § 8 um einen Absatz 5 ergänzt, der es chronisch kranken Patienten ermöglicht, einen Antrag auf eine langfristige Befreiung von der Genehmigungspflicht an die Krankenkasse zu stellen. Der Patient sollte sich weiterhin seine Heilmittel-Verordnung vom Arzt holen, ohne aber die Genehmigung jedes Mal wieder bei der Krankenkasse einholen zu müssen.

Verordnungen waren anfangs nicht extrabudgetär

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) war der Meinung, diese Verordnungen könnten nicht dem Richtgrößenvolumen der verordneten Ärzte zugerechnet werden. Es würde sich also um extrabudgetäre Verordnungen handeln. Den Kassen gelang es in der Begründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) jedoch über formaljuristische Argumentation, diese Schlussfolgerung der KBV zu entkräften. Man könne im G-BA keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von Verordnungen machen, stand dort zu lesen. Damit war der ganz neu geschaffene Absatz 5 mit der langfristigen Befreiung von der Genehmigungspflicht plötzlich überflüssig und ohne Sinn.

Das Bundesgesundheitsministerium blieb allerdings hartnäckig. Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz wurde die Chroniker-Regelung der Heilmittel-Richtlinie in den § 32 SGB V aufgenommen. Um spätere Auslegungsdifferenzen über die Bedeutung dieser Regelung zu vermeiden, wurde zudem gleich festgeschrieben, dass solche langfristigen Genehmigungen für Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls automatisch aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der verordnenden Ärzte herausgenommen werden. Damit wurde also nachträglich die Rechtsauffassung der KBV bestätigt.

Auf Seiten der Krankenkassen wurde schon im Gesetzgebungsverfahren darauf aufmerksam gemacht, dass man hier vollkommen anderer Meinung sei. So beantragte z. B. die AOK die Streichung dieser Regelung mit der Begründung: „Dass es ausschließlich um die Verlagerung des Kostenrisikos auf die Krankenkassen geht, zeigt sich daran, dass eine langfristige Verordnung nicht vorgesehen ist, der Patient also weiterhin für jede neue Verordnung den Arzt aufsuchen muss, die Krankenkasse dann aber keine Steuerungsmöglichkeit mehr haben soll“.

GKV erstellt Liste mit Ablehnungsgründen

Nachdem man das Gesetzgebungsverfahren nicht stoppen konnte, haben sich der GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen nun auf ein gemeinsames Vorgehen hinsichtlich der Bearbeitung von Anträgen auf die langfristige Befreiung von der Genehmigungspflicht festgelegt. In einem Dokument mit dem Titel „Bearbeitungshinweise für die Genehmigung von Heilmittelverordnungen“ vom 16.12.2011 wird detailliert geschildert, wie man sich als Krankenkassensachbearbeiter verhalten soll. Dabei wird auf 130 Seiten überwiegend beschrieben, warum Verordnungen außerhalb des Regelfalls abzulehnen sind. Auch für die Bearbeitung von Anträgen auf langfristige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls werden zahlreiche Ablehnungsgründe genannt, ganz oben auf der Liste steht die Ablehnung aus formalen Gründen: „Zeigen sich in der formalen Prüfung Fehler, sollte die langfristige Genehmigung von der Krankenkasse unter Hinweis auf die Verordnungsmängel abgelehnt werden.“

Auch wird in den Bearbeitungshinweisen immer wieder darauf hingewiesen, dass letztlich kein Patient wirklich eine gleichbleibende Heilmitteltherapie benötigen würde. Denn schließlich müsse man jeden Einzelfall betrachten und gerade bei länger andauernden Behandlungen sei es notwendig, dass der Arzt immer wieder Änderungen an der Verordnung vornehme. Unter dem Strich wird hier also formuliert: Wenn sich auch nur die Frequenz der Heilmittelverordnung ändern könnte, darf eine langfristige Genehmigung nicht erteilt werden.

Für chronisch kranke Patienten bedeutet so ein Verhalten, dass selbst wenn der Bedarf für eine langfristige Heilmitteltherapie unzweifelhaft vorliegt, kleinste formale Fehler zu einer Ablehnung der Genehmigung führen können. Vermutlich hatte sich das Ulla Schmidt anders vorgestellt, als sie den Anstoß gegeben hat, die Chroniker-Regelung in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen. *(bu)*

Fragen-/Antwortenkatalog neu aufgelegt

HeilM-RL: interpretiert aus Kassensicht

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) lässt weiterhin Interpretationsspielräume zu. Deswegen haben die Gesetzlichen Krankenkassen erneut einen Fragen-/Antworten Katalog (FAK) zusammengestellt und beantworten die wichtigsten Fragen aus ihrer Sicht. Wir dokumentieren alle neuen Fragen und Antworten aus dem FAK und weisen auf Fehlinterpretationen hin.

Mit dem aktuellen FAK (Stand 1.1.2012) haben die Krankenkassen jetzt eine kasseninterne Arbeits- und Interpretationshilfe vorgelegt, um eine möglichst einheitliche Anwendung der HeilM-RL bundesweit zu gewährleisten. Insgesamt 60 Fragen zur Auslegung der HeilM-RL werden aus Sicht der GKV beantwortet.

Der FAK wurde 2004 veröffentlicht und damals zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband abgestimmt. Dagegen ist der neue Katalog nicht mehr mit den Kassenärzten abgestimmt und gibt insoweit tatsächlich nur die Interpretation der Kassen wieder. Trotzdem lohnt sich die Lektüre, um zu wissen, wie die Kassen mit bestimmten Fragestellungen umgehen werden.

Allerdings sollte man sich hüten, alle von den Krankenkassen gewünschten Interpretationen und Auslegungen unkritisch zu übernehmen. Denn tatsächlich haben sich auch Fehler in den FAK eingeschlichen, die wir hier dokumentieren. *(bu)*

up-premium plus

Den vollständigen Fragen-/Antworten-Katalog können Sie kostenlos bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 als PDF-Datei abrufen.

Lfd. Nr.	Richtlinienteil (Heilmittelbereich)	Fundstelle alter FAK	Frage	Antwort
05	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Gilt der Grundsatz „neuer Arzt → neuer Regelfall"? Arzt A hat eine Erstverordnung für ein Heilmittel ausgestellt, Arzt B verordnet aufgrund derselben Indikationsstellung ebenfalls ein Heilmittel. Ist dies ein neuer Regelfall oder handelt es sich um eine Folgeverordnung?	Der Grundsatz „neuer Arzt → neuer Regelfall" gilt nicht, da sich ein Arzt vor der Verordnung von Heilmitteln vom Zustand des Patienten überzeugen muss. In diesem Zusammenhang sind auch andere Heilmittel-Verordnungen abzufragen. *Hier irrt die GKV: Allein aus Datenschutzgründen ist der Grundsatz „Neuer Arzt → Neuer Regelfall" absolut zwingend. Diese falsche Antwort kann vollständig ignoriert werden und entbehrt jeder rechtlichen Grundlage.*
07	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Darf der Heilmittelerbringer bei Verordnungen, die eine zu hohe Verordnungszahl des Heilmittels enthalten, die Zahl der Therapien einfach entsprechend der Vorgaben der Heilmittel- Richtlinie kürzen?	Die Veranlassung einer Änderung der Heilmittel- Verordnung durch den Vertragsarzt ist nicht zwingend erforderlich, vom Therapeuten können jedoch maximal so viele Therapieeinheiten abgegeben und abgerechnet werden, wie für die Erst- oder die Folgeverordnung nach der HeilM-RL zulässig sind.
12	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Was unterscheidet die langfristige Genehmigung nach Abs. 5 von der Genehmigung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls nach Abs. 4?	In beiden Fällen handelt es sich um eine ärztlicherseits hinreichend zu begründende Verordnung außerhalb des Regelfalls. Eine Genehmigung nach Abs. 5 kommt aber nur für den „kleine[n] Kreis schwerstbehinderter, fortlaufend behandlungsbedürftiger Patienten" in Betracht (Tragende Gründe). Die Genehmigung ersetzt auch hier nicht die Verordnung und begründet auch keinen Anspruch auf eine Verordnung.
13	Erster Teil Richtlinientext (Physikalische Therapie)	neu	Umfasst die Verordnungseinschränkung für die Massagetherapie außerhalb des Regelfalls auch die manuelle Lymphdrainage?	Nein, die manuelle Lymphdrainage kann bei entsprechendem Bedarf auch weiterhin unbegrenzt außerhalb des Regelfalls verordnet werden. *Hier hat man übersehen, dass die Regelung „Massagetherapie ist nur eingeschränkt verordnungsfähig" vom BMG in der Neufassung gestrichen wurde. Sowohl die Frage als auch die Antwort sind somit falsch und irrelevant.*
15	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Ist für behinderte Kinder und Jugendliche, die tagsüber eine Fördereinrichtung besuchen, eine medizinisch notwendige Heilmitteltherapie mit Hausbesuch zu verordnen, wenn dem Arzt bekannt ist, dass die Behandlung in der Einrichtung stattfindet?	Nein. Die Behandlung in einer Einrichtung ist allein kein hinreichender Grund für die Verordnung eines Hausbesuchs. Hausbesuche können nur verordnet werden, wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig sind oder der Patient den Therapeuten aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen kann. Dies ist bei Patienten, die tagsüber eine Einrichtung besuchen können, regelhaft nicht der Fall. Allerdings können behinderte Kinder und Jugendliche ausnahmsweise auch ohne Verordnung eines Hausbesuchs in Fördereinrichtungen vom Therapeuten behandelt werden. >>>

>>> Fortsetzung Seite 9

Lfd. Nr.	Richtlinienteil (Heilmittelbereich)	Fundstelle alter FAK	Frage	Antwort
20	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Können im Rahmen von sog. „Intensivtherapien“ bzw. „Ferientherapien“ die Abgabe von mehrere Behandlungseinheiten an einem Tag verordnet werden? Diese werden insb. im Bereich der Sprachtherapie angeboten. Der Heilmittel-Katalog spricht bei seinen Frequenzempfehlungen häufig nur von einem Mindestumfang, ohne eine Höchstgrenze anzugeben.	Die Frequenz der Behandlung muss sich am therapeutischen Effekt und der Belastungsfähigkeit des Patienten orientieren. In der ambulanten Heilmittelversorgung ist grundsätzlich nicht mehr als eine Behandlungseinheit pro Tag vorgesehen. Intensivtherapien mit einer Vielzahl von Behandlungen pro Tag scheiden daher aus. Ausnahmen können sich ergeben, wenn in begründeten medizinischen Ausnahmefall eine Doppelbehandlung notwendig ist (alter FAK-Nr. 11) oder die Leistungserbringung ausdrücklich als Doppelbehandlungen vereinbart wurde, wie z. B. bei der ergotherapeutischen Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs (Leistungsbeschreibung laut Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V, Pos. 54109)
24	Erster Teil Richtlinientext (Physikalische Therapie)	neu	Wurden „innerhalb des Regelfalls“ bereits Leistungen der „standardisierten Heilmittelkombination (D)“ verordnet, aber die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall nicht ausgeschöpft, können die noch fehlenden Einheiten dann ggf. auch "außerhalb des Regelfalls" verordnet werden? Ist eine weitere Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ auch möglich, wenn die „stand. Heilmittelkomb.“ bereits innerhalb des Regelfalls bis zur vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge verordnet wurde?	Die Schaffung des verordnungsfähigen Heilmittels „standardisierte Heilmittelkombination“ verfolgte das Ziel, durch den umfassenden und aufeinander abgestimmten Einsatz der einzelnen Maßnahmen geeignete Patienten möglichst gezielt und umfassend zu therapieren. Innerhalb des Behandlungsfalls können insgesamt bis zu 10 Einheiten der Gesamtverordnungsmenge als standardisierte Heilmittelkombination verordnet werden. Werden die möglichen 10 Einheiten „D“ nicht vollständig innerhalb des Regelfalls ausgeschöpft, können die verbleibenden Einheiten bis zur Gesamtverordnungsmenge außerhalb des Regelfalls verordnet werden. Wenn im Regelfall bereits 10 Behandlungen erfolgten, kann keine weitere VO der standardisierten Heilmittelkombination außerhalb des Regelfalls erfolgen. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.
25	Erster Teil Richtlinientext (Physikalische Therapie)	neu	Bei bestimmten Indikationsschlüsseln ist die Verordnung von „stand. Heilmittelkombinationen“ möglich. Besteht bei diesen Indikationsschlüsseln (z. B. WS2g) die Möglichkeit auch ein einzelnes Heilmittel (z. B. KG) zu verordnen?	Nein, die Wahl des Heilmittels ist abhängig vom Indikationsschlüssel zu treffen. Wenn sich der Arzt für die Verordnung eines Einzelheilmittels entscheidet, so muss er gemäß der führenden Schädigung den Indikationsschlüssel so setzen, dass dieser dieses Heilmittel zulässt.
27	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Das Rezept wurde zum Ändern an den ausstellenden Arzt zurückgegeben, die Änderung wurde abgestempelt und unterschrieben, jedoch mit „i.V“ oder „i.A.“ + Unterschrift. Entspricht dies den Vorgaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL oder ist die Änderung ungültig?	Änderungen der Heilmittelverordnungen bedürfen nach § 13 Abs. 2 SGB V einer erneuten Arztunterschrift. Diese muss eigenhändig, d. h. persönlich vom Arzt geleistet werden.
28	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Kann die Diagnose auch als ICD-10 Schlüssel auf der Verordnung angegeben werden?	Ja, zur Angabe der Diagnose ist ein ICD-10 Schlüssel ausreichend. Neben der Angabe der Diagnose muss die Verordnung auch den Indikationsschlüssel und ggf. die ausgeschriebene Leitsymptomatik enthalten.
29	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Reicht der Buchstabe am Ende des Indikationsschlüssels (z. B. EX2b) als Angabe der Leitsymptomatik aus oder muss diese neben der Diagnose auch verbal vom Arzt benannt werden?	Nach § 13 Abs. 2 Buchstabe l) und m) HeilM-RL sind sowohl der vollständige Indikationsschlüssel als auch die konkrete Diagnose anzugeben. Die Leitsymptomatik braucht jedoch nicht auf dem Rezept ausgeschrieben werden, wenn sie sich aus dem Indikationsschlüssel ergibt.

Lfd. Nr.	Richtlinienteil (Heilmittelbereich)	Fundstelle alter FAK	Frage	Antwort
30	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Auf der Verordnung ist die konkrete Diagnose anzugeben, oft tauchen aber Oberbegriffe wie WS-Syndrom, Wirbelsäulenerkrankung, Entwicklungsverzögerung, Lernstörung etc. auf. Sind diese Verordnungen korrekt ausgefüllt?	Die im Heilmittelkatalog genannten Diagnosen sind oft nur beispielhaft und häufig auch plakativ, um den Vertragsarzt zur richtigen Diagnosengruppe zu führen. Der Heilmittelerbringer hingegen braucht genaue Diagnosen mit der Angabe von konkreten Schädigungen, damit er seine Therapie zielgerichtet durchführen kann. Dies gilt insbesondere bei Angaben wie „Entwicklungsverzögerungen". Hier muss zumindest ergänzend eine medizinische Grundlage angegeben sein (z. B. vorausgegangene Hirnhautentzündung oder andere neurologische Erkrankungen). Lernstörungen haben an sich keinen Krankheitswert, ihre Behandlung fällt nicht in den Leistungsrahmen der GKV (siehe Anlage zur HeilM-RL).
34	Erster Teil Richtlinientext (Allgemein)	neu	Ist auch bei einer Unterschreitung der ärztlich verordneten Frequenz eine Rücksprache mit dem Arzt und die Dokumentation auf der Rezeptrückseite nötig, wenn sich keine Unterbrechung von 10 Tagen ergibt.	Nach § 16 Abs. 2 HeilM-RL ist eine Abweichung von der ärztlich verordneten Frequenz nur zulässig, wenn das abweichende Vorgehen verabredet und entsprechend dokumentiert ist. Soweit die Abgabe im Einzelfall z. B. durch einen Feiertag unterbrochen wird, ist dies jedoch unschädlich. *Hier wird in der Frage auf die alte 10 Tages-Frist Bezug genommen, die in der Neufassung aber eine 14-Kalendertages-Frist ist. Die Antwort unterschlägt, dass die Rücksprache mit dem Arzt telefonisch erfolgen und der Therapeut die Änderung selbst auf der VO dokumentieren kann. Eine Unterschrift des Arztes ist nicht nötig.*
39	Erster Teil Richtlinientext (Physikalische Therapie)	neu	Ist das „hydroelektrische Bad" als Bestandteil der „Elektrotherapie" zu sehen und damit ebenso isoliert verordnungsfähig?	Ja, das „hydroelektrische Bad" kann wie andere Maßnahmen der Elektrotherapie auch einzeln verordnet werden.
43	Erster Teil Richtlinientext (Podologie)	neu	Ist für die Verordnung von podologischen Leistungen die Angabe „Diabetisches Fußsyndrom" (DFS) ausreichend?	Nein, die alleinige Angabe von„Diabetisches Fußsyndrom" ist nicht ausreichend. Die Angabe von Neuropathie (Empfindungsstörung) bzw. Angiopathie (Durchblutungsstörung) ist für die Verordnung von podologischen Leistungen erforderlich, weil nur mind. eine der vorliegenden Störungen die Grundlage für eine Verordnung darstellt und dem Leistungserbringer wesentliche Informationen über die Gestaltung der Therapie liefert.
44	Erster Teil Richtlinientext (Podologie)	neu	Ist die Angabe „Wagner Stadium 0" auf der Verordnung zwingend erforderlich?	Die Angabe „Wagner-Stadium 0" auf der Verordnung ist nicht zwingend, da der Podologe nur den Teil des Fußes behandeln darf, in dem kein Hautdefekt vorliegt.
49	Erster Teil Richtlinientext (Ergotherapie)	neu	Ist die Verordnung einer „Belastungserprobung" als über einen längeren Zeitraum angelegte ergotherapeutische Maßnahme im Rahmen der sensomotorisch-perzeptiven oder psychischfunktionellen Behandlung möglich? Wie ist die Verordnungen von der Zuständigkeit der Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeit etc. abzugrenzen?	Im Heilmittel-Katalog wird als Ziel der Ergotherapie u. a. „Steigerung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer" angegeben. Das zu verordnende Heilmittel ist nicht „Belastungserprobung" sondern „Psychischfunktionelle Behandlung". Der Begriff der Belastungserprobung taucht in der Heilmittel- Richtlinie nicht auf. Die Leistungsbeschreibung Ergotherapie in der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V, sieht den Sonderfall der Belastungserprobung mit der Verordnung von 2 Einheiten pro Tag nur bei der psychisch-funktionellen Behandlung vor: Eine Doppelbehandlung „Belastungserprobung" bei der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung ist nicht vereinbart. Belastungserprobung ist keine Dauertherapie, sondern eine Erprobung, die die Belastbarkeit abschätzen soll. Von daher kann es eine längere Therapie über Monate diesbezüglich nicht geben. Bei längeren Behandlungen sollte geklärt werden, ob nicht eine Leistung zur Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger indiziert ist, wenn es um die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit geht. >>>

>>> Fortsetzung Seite 11

Lfd. Nr.	Richtlinienteil (Heilmittelbereich)	Fundstelle alter FAK	Frage	Antwort
51	Zweiter Teil Heilmittelkatalog (Physikalische Therapie)	neu	In den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1, LY2, und AT1 ist, sofern medizinisch begründet, ein Wechsel in die jeweils nächsthöhere Diagnosegruppe vorgesehen. Ist bei diesen Diagnosegruppen mit prognostisch „kurzzeitigem“ bzw. „mittelfristigem“ Behandlungsbedarf eine „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ daher nicht möglich, sondern nach ausgeschöpfter Verordnungsmenge nur ein Wechsel in die nächsthöhere Diagnosegruppe möglich?	Bei den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1, und AT1 ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht möglich. Die Diagnosegruppe LY2 ist ein Sonderfall. Wenn LY2 bei einer bösartigen Erkrankung verordnet wurde (dies ist nicht untersagt), dann kann Überstieg auf LY3 erfolgen. Wenn LY2 bei einer nicht-bösartigen Erkrankung verordnet wurde und die Verordnungsmenge des Regelfalles nicht ausreicht, folgt dann die Verordnung außerhalb des Regelfalls.
52	Zweiter Teil Heilmittelkatalog (Physikalische Therapie)	neu	Der Arzt verordnet in einer Zeile „KG mit Traktion“. Was ist in diesem Fall abzugeben und abzurechnen?	Traktion ist ein ergänzendes Heilmittel und kann ebenfalls abgerechnet werden, soweit die Vergütungsverträge nach § 125 Abs. 2 SGB V dies vorsehen. Soweit die Vergütungsvereinbarung eine Unterscheidung zwischen der „kleinen Traktion“ und der „großen Traktion“ vorsieht, kann ohne entsprechende Verordnung ausschließlich die „kleine Traktion“ abgerechnet werden.
57	Zweiter Teil Heilmittelkatalog (Physikalische Therapie)	neu	Ist hierunter wie unter AT1a und AT2a „ggf. auch Auswurf“ als Schädigungsfolge zu subsumieren?	Ja, vgl. „Tragenden Gründen“ Seite 15, 2. Absatz . Hiernach ist die Schädigung ergänzt um ggf. mit Auswurf bei sehr produktiver Bronchitis und / oder Obstruktion, Bronchiektasen; respiratorische Insuffizienz“.
59	Zweiter Teil Heilmittelkatalog (Physikalische Therapie)	neu	Als vorrangiges Heilmittel wird im Heilmittelkatalog die MLD mit 45 oder 60 Minuten als Verordnungsempfehlung für den Arzt ausgewiesen. Ist bei diesen Indikationen eine Verordnung von MLD 30 Minuten durch den Arzt ausgeschlossen?	Sofern der Arzt eine MLD von 30 Minuten für notwendig und ausreichend erachtet, kann er diese auch bei LY 2 und LY 3 verordnen. Die Verordnung einer längeren Behandlungsdauer widerspräche dann dem Wirtschaftlichkeitsgebot.
60	Zweiter Teil Heilmittelkatalog (Ergotherapie)	neu	In der Diagnosegruppe SB4 ist, sofern medizinisch begründet, ein Wechsel in die jeweils nächsthöhere Diagnosegruppe vorgesehen. Ist bei dieser Diagnosegruppe mit prognostisch „kurzzeitigem“ bzw. „mittelfristigem“ Behandlungsbedarf eine „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ daher nicht möglich, sondern nach ausgeschöpfter Verordnungsmenge nur ein Wechsel in die nächsthöhere Diagnosegruppe möglich?	Bei der Diagnosegruppe SB4 ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht möglich.

up-premium plus

Den vollständigen FAK mit allen Fragen und Antworten können ***up-premium plus***-Kunden als pdf-Datei kostenlos bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

Quelle: Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Heilmittel-Richtlinie des G-BA – Stand 1.1.2012

Heilmittelrichtgrößen 2012

Viele KVen mit deutlichem Richtgrößenzuwachs

Für viele der KVen liegen inzwischen Heilmittelrichtgrößen und Praxisbesonderheiten vor, die Ärzte davor schützen, in einen Verordnungsregress genommen zu werden. Nachdem wir schon in der Januarausgabe von *up* über die ersten Richtgrößenvereinbarungen berichten, zeigen wir hier einen Überblick aller KVen, die bis zum 20. Januar 2012 ihre Daten veröffentlicht haben.

Baden-Württemberg

Nullwachstum heißt die Devise in Baden-Württemberg. Die Richtgrößen stagnieren auf Vorjahresniveau. Bei einer gleichzeitigen Preiserhöhung der Physiotherapie um fast zwei Prozent bedeutet das, dass die Ärzte in Baden-Württemberg 2012 im dritten Jahr in Folge weniger Heilmittel verordnen können.

Eine Null-Runde bei den Heilmittel-Richtgrößen macht es den Ärzten nicht leichter, Heilmittel zu verordnen. Zwar gelten nach wie vor die umfangreichen Vorab-Praxisbesonderheiten, aber das System ist so komplex, dass nicht alle Ärzte die entsprechenden Sonderziffern bei der Abrechnung mit der KV nutzen. Man kann nur spekulieren, warum in Baden-Württemberg die Heilmittel-Richtgrößen stagnieren. Denn aus den Zahlen heraus lässt sich das Nullwachstum nicht erklären. So hatte man auf Bundesebene im September das Heilmittelausgabenvolumen um immerhin 4,5 Prozent angehoben, mit der Möglichkeit dies auf Landesebenen aufzustocken. Doch bei den niedergelassenen Ärzten ist davon nichts angekommen. Gleichzeitig erhöhen sich die Preise für Physiotherapie in Baden-Württemberg 2012 um 1,9 Prozent. Ärzte können also weniger Heilmittel verordnen als im Vorjahr.

Berlin

Berlin ist die Heilmittel-Hauptstadt, denn solche Zuwachsraten wie dort gibt es sonst nirgendwo und so unglaublich komfortable Vorab-Praxisbesonderheiten wird man nicht noch einmal finden. Die Heilmittelausgaben 2012 in Berlin wachsen um rund neun Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Logopädie und Ergotherapie gelten weiterhin als Vorab-Praxisbesonderheiten.

Die Richtgrößen für Berliner Ärzte legen ordentlich zu: Alle Facharztgruppe verzeichnen einen Zuwachs von mehr oder weniger neun Prozent. Diese Wachstumsraten sind schon erstaunlich, denn in Berlin ist die Überschreitung des Heilmittelausgabenvolumens schon Tradition. So wurden in 2010 fast 20 Prozent zu viel Heilmittel verordnet; in 2009 waren es sogar mehr als 22 Prozent Überschreitung! Berlin ist seit langem dabei, sich auf Platz eins der Top-Heilmittel-Verordner zu stellen. In 2010 mussten sich die Berliner Ärzte noch knapp von den sächsischen Ärzten schlagen lassen. Am Ende des dritten Quartals 2011 waren die Berliner mit fast 64.000 Euro Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte dann ganz vorn. Zum Vergleich: Westfalen-Lippe hat im selben Zeitraum nur 38.000 Heilmittel in 1.000 Versicherte investiert.

Nach wie vor erstaunlich sind die umfangreichen Vorab-Praxisbesonderheiten in Berlin. Jede Ergotherapie- und Logopädieverordnung ist extrabudgetär. Ein Abzug dieser Verordnung erfolgt – wenn sie formal korrekt ist – ab dem ersten Behandlungsfall. Deswegen ist klar: Berlin wird schon nach Abrechnung des vierten Quartals 2011 mit den Heilmittelausgaben ganz vorn liegen und in 2012 vermutlich deutlich an allen anderen Bundesländern vorbeiziehen. Hauptstadt eben – in jeder Hinsicht.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Bremen

Seit Jahren bleiben die Heilmittelausgaben im Bereich der KV Bremen unter den vereinbarten Budgets. Die jetzt veröffentlichen Zuwächse von 6,7 Prozent bei Heilmittelausgabenvolumen und Richtgrößen werden die Patienten vermutlich erneut nicht erreichen.

In der KV Bremen wird seit Jahren bei den Heilmittelausgaben gespart. So hat man es im Bereich der KV Bremen geschafft, mit den Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte zu den bundesweiten Schlusslichtern zu gehören. Jahr für Jahr werden die zwischen KV und GKV auf Landesebene vereinbarten Heilmittelausgaben um einige Millionen unterschritten.

Dennoch gibt es Zuwachs bei den Richtgrößen und zwar je nach Facharztgruppe zwischen 6,1 und 7,1 Prozent. Insgesamt ist das Heilmittelausgabenvolumen in der KV Bremen um rund zwei Millionen auf fast 34 Millionen Euro gewachsen. Benötigt werden diese zwei Millionen nicht wirklich, denn die Bremer Ärzte werden auch in 2011 wieder das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen unterschreiten.

Hamburg

105,5 Millionen Euro können Ärzte 2012 in Hamburg an Heilmittelausgaben verordnen. So ist es in der Heilmittelvereinbarung für 2012 festgelegt worden. Die Richtgrößen der einzelnen Facharztgruppen sind fast einheitlich um 6,4 Prozent heraufgesetzt worden. >>>

>>> Fortsetzung Seite 13

Immerhin sechs Millionen Euro mehr als im Vorjahr stehen in Hamburg für Heilmittelausgaben zur Verfügung. Nachdem lange Zeit keine aktuellen Richtgrößen veröffentlicht worden waren, klappt es in diesem Jahr geradezu vorbildlich. 6,4 Prozent Zuwachs für alle Facharztgruppen sind allerdings viel zu wenig, wenn man sich die Ausgabenentwicklung im Vorjahr genauer ansieht.

In Hamburg sind laut GKV-HIS bis zum Ende des dritten Quartals 2011 schon fast 90 Millionen Euro verordnet worden. Selbst wenn man davon ausgeht, dass im vierten Quartal 2011 deutlich weniger verordnet wurde als in den Vorquartalen, werden die Hamburg Ärzte auf jeden Fall das für 2012 vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen mit den Verordnungen aus 2011 übertreffen.

Nordrhein

26 Millionen Euro mehr als im Vorjahr können Ärzte für Heilmittel im Gebiet der KV Nordrhein 2012 verschreiben. Die neue Heilmittelvereinbarung zwischen KV und den Kassen sieht für das nächste Jahr ein Heilmittelausgabenvolumen von insgesamt 445 Millionen Euro vor. Das entspricht einer Steigerung von rund 6,5 Prozent. Die Richtgrößen der Kinder- und der HNO-Ärzte wachsen überdurchschnittlich.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

In Nordrhein haben praktisch alle Facharztgruppen mit den neuen Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarungen gewonnen. Kinderärzte legen deutlich um mehr als 21 Prozent zu und bewegen sich damit bei den Heilmittelausgaben auf dem gleichen Niveau wie die Orthopäden. Über die lang fällige Korrektur ihrer Richtgrößen freuen sich die HNO-Ärzte, die mit rund 18 Prozent Zuwachs zwar immer noch das Schlusslicht bei den Heilmittel-Richtgrößen darstellen, aber jetzt wenigstens wieder den Rückgang der Richtgrößen vom vergangenen Jahr kompensieren können.

Saarland

Das Heilmittelausgabenvolumen im Saarland steigt in 2012 um rund 3,2 Millionen Euro. Das entspricht einem Anstieg von rund 6,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Das Saarland war in 2010 mit einem Wachstum je 1.000 Versicherte von nur 3,3 Prozent eines der Heilmittelschlusslichter in Deutschland. Für das Saarland liegen aktuell noch keine neuen Richtgrößen für 2012 vor.

Sachsen

Um wie viele Millionen das Heilmittelausgabenvolumen im Bereich der KV Sachsen gewachsen ist, ist noch nicht bekannt gegeben worden. Aber es müssen schon mehrere Millionen sein, denn die Richtgrößen der einzelnen Facharztgruppen sind zum Teil erheblich angehoben worden.

Angeblich gibt es in Sachsen die höchste Dichte an Logopädiepraxen in Deutschland. Insofern ist es nur folgerichtig, wenn die Richtgrößen 2012 der HNO-Ärzte um fast 20 Prozent gestiegen sind. Ebenso zugelegt haben die Neurologen (+21,1%) und Psychiater (+15,6%) sowie die Internisten (+25%). Da nehmen sich die Zuwächse bei den Orthopäden (+4,72%) und den Allgemeinmedizinern (+7,1%) nahezu bescheiden aus.

Sachsen gehört nach Hamburg und Berlin zu den Bundesländern mit der besten Heilmittelversorgung je 1.000 Versicherte. Was die Anzahl der Behandlungseinheiten angeht, ist Sachsen mit großem Vorsprung Spitzenreiter. Kein Wunder, dass das Heilmittelausgabenvolumen und die Richtgrößen schon in 2011 vermutlich nicht ausreichen werden. So sind die jetzt veröffentlichten Zuwächse zwar hilfreich, aber dennoch nicht ausreichend, um Ärzte nachhaltig vor Regressen zu schützen. Vorab-Praxisbesonderheiten gibt es für den Bereich der KV Sachsen leider auch nicht.

Sachsen-Anhalt

9,5 Million Euro mehr Heilmittel können die Ärzte in Sachsen-Anhalt 2012 verordnen. Das entspricht einem Zuwachs von rund 9,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Auch die Richtgrößen der Ärzte haben deutlich zugelegt. Außerdem sind die Vorab-Praxisbesonderheiten deutlich ausgeweitet worden.

Das gibt es vermutlich selten in Deutschland: Die Richtgrößenvolumen der HNO-Ärzte wachsen 2012 um 47 Prozent und die Richtgrößen der Kinderärzte legen um 26 Prozent zu. Alle anderen Facharztgruppen haben „nur“ einen Zuwachs von 9,4 Prozent.

In Sachsen-Anhalt gab es bisher zwar zahlreiche Vorab-Praxisbesonderheiten, diese galten jedoch nicht für HNO- und Kinderärzte. Jetzt hat man diese unsinnige Reglung endlich aufgehoben. So wird die Anlage 8 der Prüfvereinbarung der KV Sachsen-Anhalt über Praxisbesonderheiten gem. Heilmittelvereinbarung 2011 im Jahr 2012 auf alle Ärzte ausgeweitet. Die Praxisbesonderheiten der ‚Logopädie’ gelten nun auch für Kinder- und HNO-Ärzte. Die Praxisbesonderheiten der ‚Ergotherapie’ gelten auch für Kinderärzte.

Thüringen

In 2012 können die verordnenden Ärzte in Thüringen wieder entspannter Heilmittelverordnungen ausstellen. Denn die rechtzeitig für das aktuelle Jahr veröffentlichten Richtgrößen wachsen zweistellig in fast allen Facharztgruppen. Die vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten in Thüringen gelten weiterhin auch in 2012.

In den vergangenen Jahren hatte es mit der rechtzeitigen Veröffentlichung von Richtgrößen in Thüringen nicht immer geklappt. Aus diesem Grund wurden die verordnenden Ärzte mit unrechtmäßigen Prüfungen für einzelne Quartale geärgert. Das wird in 2012 besser, weil jetzt die aktuellen Richtgrößen pünktlich vorliegen und zudem meist kräftigen Zuwachs verzeichnen. Hautärzte (+61%) und Frauenärzte (+47%) sind zwar Spitzenreiter beim Zuwachs, liegen bei den absoluten Zahlen (zum Beispiel RG Frauenärzte 0,90 €) aber im noch ganz hinten.

Chirurgen wachsen um mehr als 20 Prozent, Allgemeinmediziner (+11,6%), HNO-Ärzte (+10,8%), hausärztliche Internisten (+12,98%) und Kinderärzte (+10,4%) liegen im Mittelfeld. Die einzige Facharztgruppe mit geringeren Richtgrößen sind die fachärztliche Internisten/Lungenärzte, die einen Abschlag von mehr als 10 Prozent auf ohnehin schon kleine Richtgrößen hinnehmen müssen.

Westfalen-Lippe

Die KV Westfalen-Lippe hat ihre Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung veröffentlicht. 6,5 Prozent höhere Richtgrößen stehen den Ärzten im Bereich der KV-Westfalen-Lippe 2012 zur Verfügung. Durch eine Protokollnotiz der Heilmittelvereinbarung werden die verordnenden Ärzte zusätzlich weiter vor Regressen geschützt. Das sind gute Voraussetzungen, um Ärzten in Westfalen-Lippe die Angst vor Heilmittel-Verordnungen zu nehmen und dafür zu sorgen, dass Patienten in Westfalen-Lippe endlich genau so viel Heilmittel bekommen, wie in anderen Bundesländern.

Genau um 20 Millionen Euro steigt das Heilmittelausgabenvolumen in Westfalen-Lippe. Das entspricht einem Wachstum von knapp 6,5 Prozent, das vollständig in die Richtgrößen für 2012 eingeflossen ist. So sind bei allen Facharztgruppen überraschend einheitlich rund 6,5 Prozent Zuwachs zu verzeichnen. Die Vorab-Praxisbesonderheiten dokumentiert die KV Westfalen-Lippe in ihrer Prüfvereinbarung. Diese gelten so weiter, wie bereits im Vorjahr 2011.

In einer Protokollnotiz der Heilmittelvereinbarung wird das Regress-Risiko für Ärzte in Westfalen-Lippe deutlich verkleinert. So sollen zukünftig überdurchschnittlich viele Verordnungen außerhalb des Regelfalls (Genehmigungsvorbehalt) bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen entschärft werden. Außerdem hat man sich mit den Kassen darauf verständigt, für den Bereich Logopädie und Ergotherapie „Kriterien für die standardisierte Erkennung von Praxisbesonderheiten“ zu erarbeiten. Damit durfte der Druck für die Ärzte deutlich geringer werden und Heilmittelerbringer in Westfalen-Lippe können ihre Patienten angemessen betreuen. *(bu)*

Die Heilmittelrichtgrößen liegen überwiegend vor.

Wo keine neuen Richtgrößen vereinbart sind, gelten die alten weiter.

Stand: 22. Januar 2012
Quelle: www.heilmittel-regress.de
© unternehmen praxis / infografik.biz

Service:
Alle Originaldaten, sowie die Richtgrößen 2012 und das aktuelle Richtgrößen-Controlling-Tool finden Sie wie immer unter www.heilmittel-regress.de.

Physiotherapie bei Nackenschmerzen wirksamer als Medikamente

Bei akuten Nackenschmerzen sind chiropraktische und physiotherapeutische Übungen wirksamer als die Einnahme von Medikamenten. Das ist das Ergebnis einer US-Vergleichsstudie, die jetzt in dem Fachmagazin Annals of Internal Medicine veröffentlicht wurde.

An der Studie hatten 272 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren teilgenommen, die zwischen zwei und zwölf Wochen unter unspezifischen Nackenschmerzen litten. Die Wissenschaftler um Dr. Gert Bronfort von der Northwestern Health Sciences University in Minnesota teilten die Patienten in drei Behandlungsgruppen ein: Die erste erhielt Medikamente, die zweite wurde für 15 Sitzungen zu einem Chiropraktiker geschickt, der sie jeweils 20 Minuten behandelte. Gruppe drei machte unter Aufsicht von Physiotherapeuten verschiedene Übungen zur Mobilisierung der schmerzenden Halswirbelsäule, die zu Hause sechs bis acht Mal täglich geübt werden sollten.

Service:
Die Studie von Bronfort G, Evans R, Anderson AV, et al. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain. Annals of Internal Medicine. 2012; 156(1): 1 bis 10 können Sie im Internet herunterladen.

Schmerzlinderung um 75 Prozent und mehr

Nach dem Ende der zwölfwöchigen Therapie erzielte die chiropraktische Gruppe die besten Ergebnisse: Knapp 57 Prozent der Patienten gaben eine Linderung der Schmerzen um 75 Prozent oder mehr an. Auf Platz zwei folgten die häuslichen Übungen mit 48 Prozent, während bei der medikamentösen Therapie nur 33 Prozent eine Besserung verspürten.

Auch längerfristig erwiesen sich chiropraktische sowie therapeutische Übungen beim HWS-Syndrom als wirksamer: Nach 26 Wochen (bzw. 52 Wochen) gaben knapp 54 Prozent der Patienten eine Schmerzlinderung von 75 Prozent und mehr an, bei der Gruppe der Sportler waren es in beiden Fällen knapp 50 Prozent, während die medikamentöse Behandlung nach 26 Wochen zunächst auf knapp 31 Prozent sank und nach einem Jahr auf 38 Prozent anstieg. *(ks)*

Marketingbotschaft nutzen

15 Minuten für ein längeres Leben

Schon eine Viertelstunde Bewegung am Tag kann die Lebenserwartung um drei Jahre verlängern. Das ist das Ergebnis einer großen Studie aus Taiwan, die jetzt in der Fachzeitschrift Lancet erschienen ist. Praxisinhaber können den Jahresanfang nutzen und verstärkt die Werbetrommel für gesundheitsfördernde Bewegungsangebote rühren.

Für die Studie waren in den Jahren 1996 bis 2008 in Taiwan mehr als 400.000 Frauen und Männer bei jährlichen Reihenuntersuchungen nach der Dauer und Intensität ihrer körperlichen Aktivität befragt worden. Anschließend wurden die Teilnehmer in fünf Gruppen eingeteilt: inaktive Menschen, die sich in ihrer Freizeit überhaupt nicht bewegten, niedrige, mittlere, hohe oder sehr hohe körperliche Aktivität. Im Schnitt verfolgten die Wissenschaftler um Chi Pang Wen von den Nationalen Gesundheitsforschungsinstituten in Zhunan acht Jahre lang den Gesundheitszustand der Studienteilnehmer und verglichen, wie viele Menschen in den fünf Gruppen gestorben waren.

Es zeigte sich, dass schon 15 Minuten Sport am Tag einen erheblichen Nutzen für die Gesundheit mit sich bringen: So war die Sterberate der Gruppe mit geringer Aktivität (Teilnehmer hatten sich durchschnittlich nur 92 Minuten pro Woche/oder 15 Minuten am Tag bewegt) um 14 Prozent geringer als die der Inaktiven. Zudem hatten sie – umgerechnet auf ein Alter von 30 Jahren – eine im Schnitt um drei Jahre höhere Lebenserwartung. Ferner stellten die Forscher fest, dass bereits das Mindestmaß an Bewegung von einer Viertelstunde täglich die Wahrscheinlichkeit für Krebs (minus 10 Prozent), Gefäßerkrankungen (minus 19 Prozent), Herzleiden (minus 25 Prozent), Schlaganfälle (minus 12 Prozent) und Diabetes (minus 11 Prozent) verringere.

Die Studie bestätigte auch frühere Erkenntnisse, nach denen das Krankheitsrisiko weiter sinke, je mehr man sich bewegt: Die Gesamtsterblichkeit nahm mit jeder weiteren Viertelstunde täglicher Bewegung um vier Prozent, die Krebssterblichkeit um ein Prozent ab.

Auch wenn sich die in dem asiatischen Land gewonnen Erkenntnisse vielleicht nicht in vollem Umfang auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen, seien sie doch ein großer Anreiz, den „inneren Schweinhund“ zu überwinden. *(ks)*

Quelle: Chi Pang Wen et. al.: Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study; The Lancet 2011, Volume 378, Issue 9798, Pages 1244 – 1253.

Krankenkassen veröffentlichen Verordnungsdaten 1. bis 3. Quartal 2011

Trotz Verlusten fast sieben Prozent Wachstum

Spätestens 15 Wochen nach dem Ende eines Quartals müssen die Krankenkassen die ungeprüften Abrechnungsdaten der Heilmittelerbringer als Statistik liefern, in dem so genannten GKV Heilmittel-Informations-System (GKV-HIS). Die gerade vorgelegten Zahlen bestätigen, was bereits die Zahlen aus dem Bundesgesundheitsministerium angedeutet hatten: Das zweistellige Wachstum im ersten Halbjahr ist gebremst. Übrig bleibt zum Ende des dritten Quartals aber trotzdem ein überdurchschnittliches Wachstum von fast sieben Prozent.

2011 ist für die Heilmittelerbringer immer noch ein Rekordjahr: In allen drei bisher als Statistik vorliegenden Quartalen sind die Umsätze höher als jemals zuvor. Zum ersten Mal übersteigen die Ausgaben der GKV in jedem einzelnen Quartal 2011 die Milliarden Euro Grenze!

Logopäden sind die absoluten Wachstumsgewinner: 15,4 Prozent Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr auf Bundesebene. Spitzenreiter sind Berlin (+ 23,1 %), Hamburg (+ 18,5 %) und Niedersachsen (+ 18,3 %); das Schlusslicht Bayern (+ 9,6 %) ist das einzige Bundesland mit einstelligem Wachstum.

Die Ergotherapeuten wachsen immerhin um 6,7 Prozent, was aber schon unter Durchschnitt ist. Die größten Zuwächse findet man in Nordrhein (+ 12,6 %), Mecklenburg-Vorpommern (+ 12,4 %) und Sachsen-Anhalt (+ 11,5 %). Die schwächsten Zuwächse finden sich im Süden: Baden-Württemberg (+ 1,6 %) und Bayern (+ 1,8 %).

Physiotherapeuten wachsen mit 5 Prozent unterdurchschnittlich aber auf hohem Niveau (PT macht rund 80 Prozent der Heilmittelausgaben aus): Spitzenreiter ist Bremen (+ 12,9 %), gefolgt von Sachsen-Anhalt (+ 10,7 %) und Mecklenburg-Vorpommern (+ 9,3 %); Schlusslicht ist erneut Bayern (+ 2,0 %).

Eigentlich können sich die Podologen mit einem Zuwachs von rund 25 Prozent als Wachstumssieger fühlen, aber der Podologieumsatz ist im Vergleich zu allen anderen Fachgruppen so gering (< 2,5 %), dass diese Berufsgruppe quasi außer Konkurrenz mitläuft. *(bu)*

Service: Alle Informationen findet man wie immer im Internet unter www.gkv-his.de oder fordert Hilfestellung bei der Aufarbeitung der Daten für Arztgespräche über die ***up-premium plus***-Hotline an.

Patienteninformation zu Kreuzschmerzen veröffentlicht

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat mit Unterstützung der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwei Kurzinformationen für Patienten mit akuten und chronischen Kreuzschmerzen veröffentlicht. Therapeuten können die Information zur Aufklärung ihrer Patienten nutzen.

Die Kurzinformationen geben Patienten einen Überblick über die Erkrankung, die ärztliche Untersuchung und die Behandlungsmöglichkeiten. Grundlage der Kurzinformation ist dabei die umfassende Patienten-Leitlinie „Kreuzschmerz" der Bundesärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

In beiden Kurzinformationen wird den Patienten empfohlen, sich vermehrt zu bewegen, die Muskulatur zu stärken und eine Rückenschule zu besuchen. Therapeuten können die Kurzinformation nutzen, um ihren Patienten das Gefühl zu geben, in allen Belangen der richtige Ansprechpartner zu sein. *(nm)*

Service: Die Patienteninformation können Sie unter *www.patienten-information.de* abrufen.

Vergleichsstudie der Uniklinik Dresden

Sind Heilmittel besser als Pillen?

In einer Vergleichsstudie wollen Ärzte und Wissenschaftler der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden herausfinden, ob Physiotherapie bei Kindern mit ADHS plus motorischer Störungen besser wirkt als die Gabe von Medikamenten.

„In einer groß angelegten Untersuchung sollen die Effekte einer Physiotherapie mit der Gabe eines Medikaments oder eines Elterntrainings verglichen werden", sagt die Dresdener Psychologin Sina Wanderer.

Bei Kindern mit einer reinen ADHS habe sich die Medikation bewährt, so Wanderer. „Aber bei Kindern, die zusätzlich unter motorischen Störungen leiden, liegen die Dinge anders." Denn wenn hier die Medikamente abgesetzt würden, dann seien die motorischen Probleme wieder da. „Es muss also anders geholfen werden." Wanderer gehört zu dem Behandlungsteam der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das die ADHS-Patienten ambulant und tagesklinisch therapiert.

Betroffene Kinder oft Außenseiter

Betroffen seien 30 bis 50 Prozent der Kinder mit ADHS. „Viele unserer Patienten fallen nicht nur durch ihre Zappeligkeit und ihre Konzentrationsschwächen auf, sondern haben auch große Probleme beim Schreiben oder anderen feinmotorischen Bewegungen wie dem Binden einer Schleife", erklärt die Psychologin. Bei motorisch beeinträchtigten ADHS-Kindern kommt zusätzlich zum Beispiel eine sehr schlechte Handschrift dazu. Auch fällt auf, dass komplexere Bewegungsabläufe Schwierigkeiten machen: einen Ball zu werfen oder zu fangen, die Unfähigkeit Rad zu fahren. Dafür unterlaufen den betroffenen Kindern häufig kleine Unfälle oder Stürze, etwa durch die Fehleinschätzungen der eigenen Körperkraft.

Richtig problematisch wird es für ADHS-Kinder mit motorischen Beeinträchtigungen nach der Einschulung. Bei Eltern und Lehrern dränge sich meist schon im ersten Schuljahr die Vermutung auf, dass die zappeligen, unausgeglichenen Kinder unter einem ADHS leiden könnten. Bei einem Drittel – so die Erfahrung der ADHS-Spezialisten der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikums – bestätigt sich dieser Verdacht. Schnell werden die Kinder zu Außenseitern und die Situation spitzt sich zu: Ohnehin hyperaktive oder impulsive Kinder können sich nicht in den Ablauf des Unterrichts integrieren. Sie träumen vor sich hin oder stören, können sich nicht konzentrieren. „Sie bewegen sich verkrampft und sind verspannt. Dadurch werden sie noch mehr zu Außenseitern", sagt Wanderer.

Eine Behandlungsoption bei schwerwiegender ADHS sei die Gabe von methylphenidathaltigen Medikamenten, wie Ritalin. Tatsächlich würden die Kinder konzentrierter und weniger zappelig, sie bewegen sich auch unverkrampfter und das Schreiben falle ihnen leichter, beobachten die Dresdner Ärzte.

Aber die Frage der Medikation spaltet Eltern und Ärzte. Der Wirkstoff Methylphenidat, der unter anderem im Medikament Ritalin enthalten ist, werde zwar oft von Ärzten verschrieben, stoße als Psychostimulanzie aber auf die Skepsis von Eltern und auch einigen Medizinern.

Heilmitteltherapie ist gute Alternative

Mit Ergo- und Physiotherapie stehen den kleinen Patienten möglicherweise sehr gute Alternativen zur Verfügung, erklärt Sina Wanderer. Die Therapeuten der Dresdner Uni-Klinik bieten dazu ein spezielles physiotherapeutisches Programm an. Hier lernen die Kinder, ihren Körper besser wahrzunehmen. Mit diesem Wissen üben sie dann, Verkrampfungen und Spannungen besser abzubauen. Mit gezielten Übungen unterstützen die Therapeuten die feinmotorischen Bewegungsabläufe ihrer kleinen Patienten: Schleifen binden, Bälle werfen, Bälle fangen.

Allerdings – die Wirksamkeit von physiotherapeutischen Programmen bei Kindern mit ADHS und motorischen Beeinträchtigungen sei noch nicht hinreichend untersucht. „Deshalb die Studie", erklärt Wanderer. Die Dresdner Forscher wollen herausfinden, welche Fortschritte Kinder machen, die zwei Monate lang zweimal pro Woche jeweils 45 Minuten das physiotherapeutische Programm absolvieren.

„Wir werden drei Gruppen zu 15 Kindern bilden", so Wanderer. Eine Gruppe erhält nur Medikamente, die Eltern der zweiten Gruppe ein Elterntraining und eine dritte Gruppe erhält die physiotherapeutische Behandlung.

An der Studie können Kinder im Alter von sieben bis zehn Jahren teilnehmen, die an ADHS leiden und zudem Probleme mit der Grob- und Feinmotorik haben. Sofern sie die von den Forschern gestellten Kriterien erfüllen, werden sie untersucht und diagnostischen Testverfahren – etwa zu Konzentration, Motorik und Intelligenz – unterzogen, hieß es. Hinzu kommen laut Uni-Klinik Dresden therapeutische Gespräche und ein Auswertungsgespräch zusammen mit den Eltern.

Vorher und nachher werden motorische Tests den Status und die Fortschritte der Kinder unter den drei Therapieoptionen ermitteln. *(ben)*

Heilmittelbericht 2011 der AOK

Ergotherapie und Logopädie machen Kinder stark

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat seinen jährlichen Heilmittelbericht 2011 veröffentlicht. Die Lektüre lohnt sich besonders für Kindertherapeuten, denn hier werden die Verordnungsdaten der AOKen patientenbezogen analysiert und erhebliche Versorgungsunterschiede im Bereich der Heilmitteltherapie aufgezeigt. Damit liefert der (kostenlos erhältliche) Bericht erstklassiges Material für die Arztkommunikation.

Der „Heilmittelbericht 2011" wertet die Heilmittelverordnungen der 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen aus. Rund 31,2 Millionen Rezepte für Maßnahmen der Physiotherapie, Sprachtherapie, Ergotherapie und Podologie wurden analysiert. Dabei erhielten gut 130.000 AOK Kinder im Alter zwischen fünf und neun Jahren in 2010 Sprachtherapie. Das entspricht einer Steigerung von 20 Prozent bei den Jungen und 30 Prozent bei den Mädchen im Vergleich zum Jahr 2006. 14 Prozent der sechsjährigen Jungen und 5,6 Prozent der gleichaltrigen Mädchen erhielten Ergotherapie. „Wir beobachten seit Jahren, dass mehr Kinder für eine gesunde, altersgerechte Entwicklung vorübergehend therapeutische Unterstützung brauchen" sagte der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder in einer Pressemitteilung und verlor auch im weiteren kein Wort über vermeintliche Überversorgung oder „angebotsinduzierte Nachfrage".

Der Bericht liefert eine sachliche Auseinandersetzung mit der aktuellen Versorgungssituation von Heilmitteln in Deutschland und dokumentiert sehr anschaulich die erheblichen regionalen Unterschiede. Es werden nicht nur die Heilmittelumsätze je Region gegenübergestellt, sondern auch die Anzahl der Heilmittelbehandlungen je Versicherter. Die Unterschiede zwischen den Regionen werden damit noch deutlicher hervorgehoben. So erhielt zum Beispiel in Westfalen-Lippe in 2010 jeder Versicherter 2,3 Behandlungen, in Sachsen waren es dagegen 5,8 Behandlungen!

Für die 4,5 Millionen AOK-Versicherten, die 2010 eine Heilmitteltherapie in Anspruch nahmen, werden in dem Heilmittelbericht zusätzlich patientenbezogene Therapiekosten und Diagnosen ausgewertet. Damit ist der Bericht deutlich genauer und differenzierter als z. B. die Auswertungen aus dem GKV-HIS.

Allerdings wird in dem Bericht auch die Anzahl der zugelassenen Heilmittelerbringer in Form der vergebenen Institutionskennzeichen (IK) je Bundesland dargestellt. Hier drängen sich Zusammenhänge zwischen der Anzahl der zugelassenen Praxen und der Anzahl erbrachter Heilmittelbehandlungen auf. Leider wird die Anzahl der vergebenen Institutionskennzeichen (IK) als Maßstab für die Therapeutendichte genommen. Faktisch bedeutet das, dass die Wirklichkeit deutlich anders aussieht, denn hinter einer IK können sich 20 angestellte Therapeuten genauso verbergen, wie eine One-man-Kleinstpraxis. Die Menge an IKen lassen also keine Aussagen über die Therapeutendichte zu.

Man fragt sich, wann es die Wissenschaftler endlich schaffen, die Anzahl der Therapeuten endlich sinnvoll auszuwerten, zumal die Daten z. B. bei den Berufsgenossenschaften detailliert und aktuell erfasst werden.

Nach dem Wunsch des WIdO sollen die Analysen Grundlage für Gespräche und Verhandlungen mit Ärzten, Therapeuten und Krankenkassen über zielgenaue qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung sein. Ein guter Ansatz, um den Bericht zumindest einmal quer zu lesen. *(bu)*

Service:
Den Bericht des WIdO findet man im Internet unter www.wido.de zum Download.

up-premium plus

Den vollständigen Bericht des WIdO können Sie bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360 kostenlos als PDF-Datei anfordern.

kurz & knapp

Bundesbank veröffentlicht Grundlage für Verzugszinsen +++ Zum 1. Januar 2012 ist der Basiszinssatz auf 0,12 Prozent gesunken. Damit ändern sich die Grundlagen zur Berechnung der Verzugszinsen. Praxisinhaber können unter Einhaltung bestimmter Formalien Verzugszinsen bei säumigen Zahlern, z. B. auch bei Krankenkassen geltend machen.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches dient als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen, gem. § 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 0,12 + 5 = 5,12 Prozent zusammensetzt. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z. B. Krankenkassen oder eine Firma) beträgt der Verzugszins 0,12 + 8 = 8,12 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 ***up-premium plus***-Hotline (0800-9477360) gern, auf welche Formalien Sie achten müssen.

Spezialisierung Tanzmedizin

Physiotherapie für Ballerina und Co

Tänzer sind in erster Linie Künstler und bringen zudem sportliche Höchstleistungen. Das vergessen viele von ihnen und leiden früher oder später an kleineren oder größeren Verletzungen. Die Physiotherapeutin Sibylle Streich aus dem baden-württembergischen Weissach hat sich auf die Behandlung von Tänzern spezialisiert und ist inzwischen als Tanzmedizinerin geschätzt und gefragt.

Während jeder Hochleistungssportler ein Team von Ärzten, Physiotherapeuten und Masseuren um sich schart, ist das bei Berufstänzern eher die Ausnahme, bedauert die 47-jährige Therapeutin. „Viele können sich das einfach nicht leisten, obwohl sie es bestimmt nötig hätten." Sibylle Streich spricht aus Erfahrung, hat sie doch selbst seit Jahrzehnten getanzt, choreographiert und Tanz unterrichtet. Während ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin am Uniklinikum Essen fing sie als Ausgleich zum Lernen an, zu tanzen. Die Welt des Tanzes faszinierte sie, sie besuchte Aufführungen der Oper sowie der Folkwang-Schule, tanzte selbst täglich manchmal bis zu vier Stunden.

Körperfreundliches Training notwendig

Neben der Freude an der Bewegung wurde der angehenden Therapeutin sehr bald klar, dass es beim Tanzen auf ein körperfreundliches Training ankommt. „Es wurde schon damals zu meiner Herzensangelegenheit", erinnert sie sich, „dass der Körper im Tanz zwar sein ganzes Potential entfalten sollte, aber nicht dadurch Schaden erleidet." Der erste Schritt zur Tanzmedizin war getan: Neben ihrem Tanzunterricht begann sie mit Seminaren für Hobbytänzer. Dort unterrichtete sie neben Tanz auch die anatomischen Grundlagen, funktionelles technisches Training und Massage. Bald war sie in ihrem eigenen Umfeld ein gefragter Experte und wurde zu Kursen eingeladen, um Tänzer im tanzmedizinischen Bereich zu schulen oder für ein Einzelcoaching.

1986 machte sie ihren Abschluss als Physiotherapeutin. Anschließend arbeitete sie freiberuflich als Physiotherapeutin und Personal Trainerin oder Physiocoach – seit fünf Jahren im Großraum Stuttgart. Auch in ihrem Praxisalltag kann sie ihrer Leidenschaft zum gesunden Tanz nachkommen. „Es kommen viele junge Mädchen mit einer idiopathischen Skoliose", sagt die Therapeutin, „die Ballett tanzen." In ihrer Behandlung versucht sie tanzspezifische Übungen zu entwickeln, die sie bei ihrem Tanztraining umsetzen können. Das gebe den Mädchen einen zusätzlichen Motivationsschub, freut sie sich, und langweilige Übungen bekämen gleich einen anderen „Kick". „Wer Hip Hop tanzt, meist die Jungs aber auch viele Mädchen", ergänzt sie, „braucht natürlich ein anderes Konzept." Dies auszutüfteln, macht der tanzbegeisterten Therapeutin viel Spaß.

Parallel zu ihrer physiotherapeutischen Arbeit gibt sie Tanzunterricht für Alt und Jung, u. a. in Modern Dance, Jazz, Pilates, Ballett, Improvisation Ausdruckstanz, Irish Step, und Hip Hop. Von 1996 bis 1998 leitete sie eine Tanzschule in Hannover. Sie gibt Workshops und Seminare, die sie bereits ins In- und Ausland geführt haben, u. a. in die USA, nach Russ-

land, Irland, Schottland, in die Schweiz und nach Österreich. Ihre Tanzmedizin richtet sich sowohl an Tanzklassen und Hobbytänzer als auch an Tanzpädagogen. „Für den Tänzer ist es wichtig zu wissen“, erklärt sie auf ihrer Homepage, „was er dem eigenen Körper zumuten kann. Er muss die Stärken und Schwächen seines Körpers kennen, um gezielt an ihnen zu arbeiten.“ Nur so könne er falsche Bewegungsabläufe erkennen und korrigieren – zum Wohle seiner Gesundheit.

Ihre freiberufliche Tätigkeit besteht zu etwa gleichen Teilen aus therapeutischer Arbeit, Tanzunterricht sowie Workshops – manchmal überwiegt ein Teil, sagt sie, „je nach Saison und Lebensphase“. Derzeit arbeitet sie als Dozentin an der privaten Bühnentanzschule „SOZO – visions in motion“ in Kassel – jeweils drei Blockzeiten à 10 Stunden. Außerhalb des Unterrichts nehmen die Tanzschüler mit ihren individuellen Schwächen mit Knien, Füßen oder Rücken ihr zusätzliches Angebot für eine persönliche Beratung mit Verletzungsprophylaxe wahr. Ihr tanzmedizinisches Standbein möchte die Therapeutin gerne ausbauen. „Ich habe noch viele Ideen“, ergänzt sie, „und ich suche derzeit geeignete Räume, die für meinen speziellen Bedarf alles bieten, was ich brauche.“

Damit Tanzmedizin eine Stimme hat

Sibylle Streich ist Mitglied bei der 1997 gegründeten tamed, der mit knapp 500 Mitgliedern größten nationalen Organisation für Tanzmedizin. Für einen Jahresbeitrag von 65 Euro können die Mitglieder zu günstigeren Konditionen die Workshops buchen oder auch die zweijährige berufsbegleitende Ausbildung mit dem Zertifikat Tanzmedizin besuchen. Und „ich unterstütze damit die Möglichkeit eines Netzwerkes, damit Tanzmedizin eine Stimme hat“. *(ks)*

Kontakt: die physio & tanzwerkstatt, Sibylle Streich, Ölmühle 1-3, 71287 Weissach, Tel.: 07152-359795, E-Mail: info@physio-tanz.de, www.physio-tanz.de

tanzmedizinisches Einzel-Coaching

Tanzmedizinische Beratung und Betreuung: Um Überlastungen und damit chronische Schäden zu vermeiden, bzw. zu mildern, erhalten Tänzer und Tanz-Lernende ein auf sie abgestimmtes Übungsprogramm als Hilfe für die erkannten körperlichen Schwachpunkte. Es erfolgt eine spezifische Körperkorrektur im Tanz, um die funktionelle Statik zu verbessern und eine optimale Muskelnutzung zu erreichen.

THEMEN

- „Tanzmedizinischer Check-up“, Individuelle Körperanalyse: Anatomie, Gelenk- und Muskelfunktionalität
- Tanztechnikanalyse und Technik-Coaching
- Individuelles Übungsprogramm und Tipps
- Prävention, Erstversorgung und Therapie von Tanzverletzungen
- Rehabilitation und Wiedereinstieg nach Tanzverletzungen

Workshops und Schulungen

INHALTE

Umfassende, für den Tänzer wichtige anatomische Grundkenntnisse werden vermittelt. Sie sollen helfen, die unterschiedlichen körperlichen Gegebenheiten zu verstehen und zu nutzen. Dazu gehört ein individuelles Eingehen auf die physischen Voraussetzungen der einzelnen Tänzerin/des einzelnen Tänzers.

Die Tanzschülerinnen und Tanzschüler erhalten konkrete Hilfen in ihrer Technik. Neue Potenziale in Bewegung und Tanz können so entdeckt und freigesetzt werden. Andererseits werden anatomisch- funktionelle Grenzen aufgedeckt und stärker im Training berücksichtigt. Ziel der Workshops und Schulungen ist, als Tänzerin und Tänzer besser mit dem eigenen Körper umzugehen.

THEMEN

- Tanzanatomie
- Pilates
- Körperkorrektur
- Verletzungen und Maßnahmen
- u. a.
- Angewandte Tanzanatomie
- Placement
- Prävention
- Massage

Einreichen von Genehmigungsverfahren

Anträge können per Fax an die Krankenkasse gestellt werden

Heilmittelpraxen können ihren Patienten einen „Genehmigungs-Service“ für die Abwicklung des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls anbieten. Der Antrag kann problemlos per Fax gestellt werden. Doch wie sieht eigentlich die Rechtslage aus? Ist ein Fax-Sendeprotokoll ein Vollbeweis dafür, dass das Telefax-Schreiben auch wirklich zugegangen ist? Um Streitigkeiten mit der Kasse über den Erhalt von Faxen vorzubeugen, sollten Praxisinhaber einige Dinge beachten.

Zunächst einmal ist im Streitfall der Versender, also die Heilmittelpraxis, beweispflichtig und muss nachweisen, dass der Empfänger (die Krankenkasse) die Unterlagen erhalten hat. Manche Gerichte sahen bislang im Sendeprotokoll keinen Beweis für den tatsächlichen Zugang, da beispielsweise auf der Empfängerseite der Toner leer sein könnte und das Faxgerät zwar drucke und die Meldung „OK“ signalisiere, aber der Empfänger nur ein weißes Blatt erhalte. Diese Bedenken sind sicher berechtigt, wenn es um Rechtsverhältnisse zwischen Nicht-Geschäftsleuten geht, die ihre Geräte möglicherweise nicht technisch korrekt eingerichtet oder deren Funktionsfähigkeit aufrechterhalten haben, wozu sie auch nicht verpflichtet sind. Behörden und damit auch die Krankenkassen allerdings müssen allein wegen ihrer hoheitlichen Aufgaben Kommunikationsgeräte vorhalten und dafür sorgen, dass diese auch empfangsbereit sind.

Gerichte bestätigen Sendebericht als Beweis

Mittlerweile gibt es zwei Entscheidungen der obersten Gerichte, die rechtskräftig sind: Das OLG Karlsruhe hat in seinem Urteil vom 30.9.2008; 12 U 65/08 entschieden, dass ein Sendebericht, auf dem der OK-Vermerk ablesbar ist, als Beweis des Erhaltes zu werten ist. Das Gericht hatte geprüft, ob ein Sendebericht unzweifelhaft belegt, dass die Sendung im Empfangsspeicher (nicht ausgedruckt) angekommen ist. Diese technische Frage bewertete ein Sachverständiger mit einem Fehlerrisiko von null Prozent, womit das Gericht den Beweis als erbracht sah. Auch das OLG Celle (Urteil von 19.6.2008, AZ: 8 U 80/07) hat entschieden, dass es für den Zugang eines Faxes ausreicht, wenn die gesendeten Signale im Empfangsgerät empfangen bzw. gespeichert werden. Auf den Faxausdruck sowie die tatsächliche Kenntnisnahme komme es grundsätzlich nicht an.

Faxgerät muss technisch einwandfrei sein

Praxisinhaber sollten deshalb bei der Übermittlung von Dokumenten per Fax an die Krankenkasse ihr Gerät noch einmal auf folgende Punkte überprüfen: damit der Sendebericht als Beweis anerkannt wird, muss das Faxgerät, mit dem gesendet wird, technisch einwandfrei funktionieren und Uhrzeit, Datum, übersendende Faxnummer sowie den Namen des Übersenders ausweisen. Es sollte aus dem Sendebericht hervorgehen, dass das Schreiben empfangen bzw. gespeichert wurde, d. h. der OK-Vermerk abgedruckt und lesbar ist. Zudem sollte die Zahl der übermittelten Seiten hervorgehen. Der Ausdruck des Sendeberichts sollte auf normalem und nicht auf Thermo-Papier erfolgen, da dies die Eigenschaft hat, dass die Schrift nach einer gewissen Zeit ausbleicht.

(öz)

Checkliste zur „Chroniker-Regelung“ und Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Da Ärzte immer darauf achten, dass gerade schwerstkranke Patienten das individuelle Heilmittel-Budget nicht zu sehr belasten, lohnt es sich, einen Antrag auf eine langfristige Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL zu stellen. Denn ist die Genehmigung erteilt, sind alle verordneten Heilmittel extrabudgetär. Zur Vorbereitung eines erfolgreichen Antrags nutzen Sie die Checkliste. Die Punkte A und B können auch zur Vorbereitung von VO außerhalb des Regelfalls genutzt werden, die zur Genehmigung vorgelegt werden müssen.

A) Formale Prüfung (gilt für VO außerhalb des Regelfalls und für VO bei Antrag auf langfristige Genehmigung)

- ☐ Ist die Verordnung vollständig ausgefüllt (§ 13 Abs. 2 HeilM-RL)?
- ☐ Ist die Verordnung in sich plausibel (passt z. B. das Heilmittel zum Indikationsschlüssel)?
- ☐ Stimmen die Patientendaten?
- ☐ Stimmen die Arztdaten?
- ☐ Ist Verordnung außerhalb des Regelfalls angekreuzt?
- ☐ Ist die medizinische Begründung für VO außerhalb des Regelfalls vorhanden?
- ☐ Passen VO-Menge und Frequenz so zusammen, dass der Arzt spätestens nach 12 Wochen den Patienten wieder untersucht? (Quotient aus VO-Menge und Frequenz < = 12)

B) Inhaltliche Prüfung (gilt für VO außerhalb des Regelfalls und für VO bei Antrag auf langfristige Genehmigung):

- ☐ Passt die gewählte Diagnosengruppe? (Für VO außerhalb des Regelfalls ausgeschlossene Diagnosengruppen sind: WS1, EX1, EX2, AT1, LY1. Hier muss zuerst in die nächst höhere Diagnosengruppe gewechselt werden)
- ☐ Passt das Heilmittel? (Für VO außerhalb des Regelfalls sind ausgeschlossen alle passiven Maßnahmen der PT – Ausnahme Lymphdrainage, D1 nur möglich wenn noch nicht im Regelfall verordnet / Kritisch gesehen wird auch Manuelle Therapie)
- ☐ Geht die medizinische Begründung auf den konkreten Einzelfall ein (keine Textbausteine!), Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben sich aus der VO und der Begründung
- ☐ Ist die Diagnose konkret? (z. B. Angabe zum Zeitpunkt/Dauer der Erkrankung)
- ☐ „Passt“ der ausstellende Facharzt zur Diagnose und dem verordneten Heilmittel?
- ☐ Bei Kindern: Liegt eine schlüssige Begründung vor, warum eine Therapiepause von 12 Wochen nicht sinnvoll ist?

C) Prüfung der Schwere und Langfristigkeit (gilt für nur für VO bei Antrag auf langfristige Genehmigung)

- ☐ Ist die Schwere der Schädigung/Beeinträchtigung (funktionell und/oder strukturell) der Aktivitäten hinreichend belegt (z. B. durch zusätzliche medizinische Unterlagen)?
- ☐ Ist die Langfristigkeit der Schädigung/Beeinträchtigung der Aktivitäten hinreichend belegt (mindestens 1 Jahr gleichbleibender Therapiebedarf)?
- ☐ Ist der Patient seit mindestens ein bis zwei Jahren kontinuierlich mit dem jetzt verordneten Heilmittel in gleicher oder ähnlicher Frequenz behandelt worden (Belege beifügen, z. B. Therapiebericht)?
- ☐ Wird der langfristige Therapiebedarf länger als ein Jahr andauern?

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