

# Physiotherapieausgaben in Schleswig-Holstein über dem Bundesdurchschnitt

*Im Zuge einer Serie von Artikeln möchten wir erneut auf die überdurchschnittlich hohen Ausgaben im Bereich der Physiotherapie in Schleswig-Holstein aufmerksam machen.*

Die aktuelle Auswertung der Heilmittelverordnungen und -umsätze des Jahres 2009 durch das GKV „Heilmittel Informationssystem“ (recherchierbar unter: [www.gkv-his.de](http://www.gkv-his.de)) bestätigt, dass im Bereich der Physiotherapie im Vergleich der Bundesländer sowohl der Bruttoumsatz als auch die Anzahl der Heilmittelbehandlungen je GKV-Versicherten in Schleswig-Holstein unverändert überdurchschnittlich hoch liegen.

## Physiotherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze (je 1.000 Versicherte)

	Bruttoumsatz in Euro	Verordnungsblätter
Schleswig-Holstein	47.590	397
Bund	43.596	364

### Ursachenforschung

Die Gründe hierfür liegen vielleicht an regionalen Ursachen und landesspezifischen strukturellen Unterschieden (z. B. Anzahl ambulante Operationen) und einer angebotsinduzierten Nachfrage (die Therapeutendichte je Einwohner liegt oberhalb des Bundesdurchschnitts).

Zu den Ursachen kann **keinesfalls** ein zu hohes Vergütungsniveau der Physiotherapieleistungen zählen. Die von den regionalen Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Therapeuten vereinbarten Vergütungssätze liegen deutlich unter dem westdeutschen Bundesdurchschnitt. Zu einem großen Teil werden die physiotherapeutischen Leistungen zu Preisen vergütet, die seit dem Jahr 2000 unverändert blieben.

Es sind aber auch unvollständige oder nicht korrekte Indikationsstellungen denkbar. Vor der Erstverordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist bekanntlich eine Eingangsdiagnostik notwendig. Störungsbildabhängig sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen, zu dokumentieren, um einen exakten Befund über Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.

Der indikationsbezogene Katalog (Heilmittelkatalog) verordnungsfähiger Heilmittel nach Paragraph 92 Abs. 6 SGB V, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien ist, regelt:

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosengruppe.

Unter anderem sind Maßnahmen der Physikalischen Therapie bei Wirbelsäulenerkrankungen verordnungsfähig.

Unterschieden wird gemäß Heilmittelkatalog zwischen

**WS1** – Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf (z. B. Discopathien, Myotendopathien, Skoliosen/Kyphosen, Osteoporose etc.) – **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles – bis zu sechs Einheiten**

**WS2** – Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf (z. B. Bandscheibenprolaps, M. Bechterew, Spondylolisthesis, etc.) – **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles – bis zu 18 Einheiten**

Wie Analysen der AOK zeigen, liegen in Schleswig-Holstein sowohl die Nettoausgaben als auch die Anzahl der Behandlungen je 1.000 Versicherte bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS) deutlich oberhalb des Bundesdurchschnittes West. Auffällig ist auch eine deutliche Abweichung der Indikationsstellung von WS1 zu WS2. Den Patienten in Schleswig-Holstein wird danach wesentlich häufiger schon zu Behandlungsbeginn attestiert, dass ihre Erkrankung einen prognostisch länger dauernden Behandlungsbedarf haben wird.

**Ausgaben und Behandlungen je 1.000 Versicherte:**

	Bund-West-Kosten (in Euro)	Behandlungen	S-H-Kosten (in Euro)	Behandlungen
WS1	5.100	475	4.330	437
WS2	11.100	917	14.100	1.208
WS Gesamt	16.200	1.392	17.430	1.645

Auch weitergehende Recherchen bei den „Top-Verordnern“ in Schleswig-Holstein bringen keine abschließenden Erkenntnisse, warum es solche Abweichungen gibt. Vielmehr verstärkt sich die Vermutung, dass

- vor einer Heilmittel-Erstverordnung häufig nicht geprüft wurde, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit die Genesung des Patienten nicht z. B. durch eine allgemeine sportliche Betätigung oder eine Änderung der Lebensführung ebenso hätte erreicht werden können, bzw.
- warum (vor einer Folgeverordnung) das Ziel der Erstbehandlung, **das Erlernen eines Eigenübungsprogramms** verfehlt wurde (mangelnde Qualifikation und Motivation des Leistungserbringers und/oder Patienten?) und
- die Richtlinien nicht immer die gebotene Beachtung fanden.

Nachfolgend wird zur Verdeutlichung der Problematik abgebildet, wie sich das reale Verordnungsverhalten einiger Vertragsarztpraxen in den vergangenen 12 Monaten für AOK-versicherte Patienten darstellte<sup>1</sup>:

Praxis	Jährliches Netto-Verordnungsvolumen wegen Wirbelsäulenerkrankungen für Versicherte der AOK (in Euro)	davon entfallen auf WS1 (in Euro)	davon entfallen auf WS2 (in Euro)
1	96.647,13	292,04	96.355,09
2	85.253,80	1.176,07	84.077,73
3	77.642,83	262,94	77.379,89
4	74.645,35	462,90	74.182,45
5	74.507,14	65,06	74.442,08

<sup>1</sup> Quelle: Abrechnungsdaten der AOK Schleswig Holstein

Bei diesen exemplarisch aufgeführten, real angefallenen Verordnungskosten mag es sich im Einzelnen durchaus um medizinisch begründbare Sachverhalte, auch z. B. im Sinne einer Schwerpunktbehandlung besonders gravierender Erkrankungsfälle, handeln. Gleichwohl wirft das in diesen wie zudem in vielen anderen Praxen vorhandene deutliche Missverhältnis von WS2 zu WS1 Fragen auf.

Nicht richtlinienkonforme oder unvollständig ausgefüllte Verordnungen führen auch zu Rückfragen der Therapeuten und damit Verunsicherung Ihrer Patienten. Die Folge ist nicht nur ein unnötiger und zusätzlicher bürokratischer Mehraufwand in der Arztpraxis. Fehlerhafte oder unvollständige Verordnungen können auch Ihre Heilmittelausgaben in die Höhe treiben, zu Überschreitungen der Richtgrößen führen und Prüfanträge der Krankenkassen mit gegebenenfalls Regressbedrohung nach sich ziehen. Wir verweisen hierzu eindringlich nochmals auf die Veröffentlichung im Nordlicht 10/2009 – **Genau sein genügt.**

ARBEITSGRUPPE HEILMITTEL DER KVSH UND DER KRANKENKASSEN/-VERBÄNDE

