08.2009

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Leistungsbegrenzung beim Arzt führt zu IGeL-Angeboten

Sind Selbstzahlerangebote unanständig?

Mehr als 20% der gesetzlich krankenversicherten Patienten haben eine erwünschte Leistung von Ärzten nicht erhalten. Mehr als die Hälfte dieser verweigerten Leistungen waren Heilmittelverordnungen. Stattdessen erhielten mehr als 43 Prozent der Patienten vom Arzt Selbstzahlerangebot. Das sind die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Lübecker und Freiburger Bürgern, die von Sozialmediziner der Universität Lübeck durchgeführt wurde.

Selbstzahlerleistungen, im ärztlichen Bereich auch als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bekannt, müssen die Patienten selber bezahlen. Aus Sicht der Ärzte stellen die Einnahmen aus diesem Bereich einen immer wichtigeren Anteil an den Praxiserlösen dar. Dementsprechend bestätigt die Studie bereits vorangegangene Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, wonach Selbstzahlerleistungen im deutschen Gesundheitswesen weit verbreitet sind. Mehr als die Hälfte der befragten Patienten (53,2%) haben in den letzten 12 Monaten bereits Erfahrungen mit IGeL beim Arztbesuch gemacht.

Verkaufstaktiken von Ärzten unseriös

Die jetzt vorgelegte Studie der Universität Lübeck macht deutlich, dass Selbstzahlerleistungen gerade dann gut in Arztpraxen „verkauft“ werden, wenn der Arzt vorher dem Patienten eine gewünschte Leistung verweigert hat. „Unter den GKV-Versicherten mit Arztbesuchen in den vergangenen zwölf Monaten berichteten 20,5 %, im Rahmen dieser Arztbesuche eine Leistungsbegrenzung erfahren zu haben, “ so die Autoren der Studie. „Von den GKV-Versicherten, die eine Leistungsbegrenzung in den vergangenen zwölf Monaten berichteten, wurden insgesamt 43,3 % die

Ärzte verweigern Patienten gewünschte Leistungen, um ihnen IGeL besser verkaufen zu können.

versagten Leistungen überwiegend direkt im Anschluss als IGeL angeboten. Von den 94 GKV-Versicherten, denen eine versagte Leistung als IGeL angeboten wurde, ließen etwa zwei Drittel die IGeL anschließend tatsächlich durchführen.“

„Das Ausmaß, in dem ein Teil der Ärzte Patienten diese Angebote aufdrängt, ist unanständig“, so wird die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD- Fraktion, Carola Reimann im Berliner Tagesspiegel als Reaktion auf die Ergebnisse der Studie zitiert. Nötig sei, so Reimann „eine ordentliche Trennung zwischen gesetzlichen und zusätzlichen Leistungen“. Zwar ist diese Trennung grundsätzlich z.B. durch den Heilmittelkatalog gegeben, trotzdem berichten Patienten immer wieder von Verordnungsverweigerung der Ärzte. Die Gründe für das Nichtverordnen liegen nach den Erkenntnissen mehrerer unabhängiger Studien vor allem im wirtschaftlichen Bereich.

>>>

Aktuell

Aktuelles aus den Bundesländern
Heilmittelausgaben, Richtgrößen und Besonderheiten 10

Verhandlungsmarathon beendet
Neue Preise und Verträge für Logopäden 12

Bundestag
Änderung der Berufsgesetze beschlossene Sache 13

Konzepte

Froh zu sein, bedarf es wenig
Thema: Zufriedenheit 3

Bündener Ärztenetz
Physiotherapeuten am Betriebsgewinn beteiligt 18

The Work
Andersrum Denken; 20
Eine Anleitung in sechs Schritten 21

Tipps

Kunden-Zufriedenheit
Zufriedene Kunden – Wachstum für die Praxis; 8
Patientenbefragung ganz praktisch 9

Nachgefragt:
Was erwarten Ärzte von Therapeuten? 5

Was ist eigentlich ...
der gemeinsame Bundesausschuss? 23

Kommentar

Für Entscheidungsfreiheit ...

Man mag zu Selbstzahlerleistungen stehen wie man will: Es gibt flächendeckende Angebote und Patienten nehmen solche Leistungen in Anspruch! Das unterstreichen die Ergebnisse der Studie der Sozialmediziner der Univiersität Lübeck deutlich.

Praxisinhaber sollten sich also nicht fragen, ob Selbstzahlerleistungen „gut“ oder „schlecht“ sind, sondern wie sich die eigene Praxis im Hinblick auf diese positioniert.

Ob eine Leistung von der Krankenkasse oder vom Patient gezahlt wird, ist für die Therapie und ihren Erfolg fast egal. Therapie darf Patienten und Kunden doch nicht vorenthalten werden, weil man sich als Praxis nur auf einen Zahlungsweg (über die Kassen) eingelassen hat. Das Märchen von evidenzbasierten Methoden wird zunehmend auch von Patienten nicht mehr geglaubt. Wer heilt, hat recht und das beweisen immer wieder Therapeuten mit ihrem Therapieerfolg – auch wenn der Patient diesen selbst bezahlt hat. Kein Therapeut sollte sich also in die unseriösen Ecke der Scharlatanerie ziehen lassen.

Der Kunde kann und soll selbst entscheiden, ob er eine Leistung kaufen will oder nicht. Wichtig ist, dass er vorher seriös über die Leistung informiert wird und nicht unter Druck gesetzt wird. Das können Therapeuten offenbar besser als Ärzte, die erst eine Leistung verweigern, um dann ihr Verkaufstalent in Sachen IGeL voll zu entfalten.

Patienten keine Selbstzahlerleistungen anzubieten, kommt einer Entmündigung gleich. Hier geht es um die Entscheidungsfreit – und die möchte jeder Mensch haben, egal ob Patient, Arzt oder Therapeut.

Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

Leistungsbegrenzungen wurden besonders von Patienten berichtet, die einen Orthopäden, Allgemeinarzt/Praktischen Arzt oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufgesucht hatten, so die Studie. Die versagten Leistungen betrafen vor allem Heilmittel (N=113; 52,1 %), beziehungsweise Medikamente (N=102; 47,0 %), seltener Rehabilitationsmaßnahmen (N=18; 8,3 %) und Hilfsmittel (N=13; 6,0 %). Die Ärzte begründeten die Leistungsbegrenzungen besonders häufig mit dem Leistungskatalog der Krankenkassen, die Patienten hingegen vermuteten häufiger ein erschöpftes Verordnungsbudget des Arztes.

Der Unterschied zwischen IGeL Angeboten von Ärzten und Selbstzahlerangeboten in Heilmittelpraxen ist groß. Denn während ein Großteil der IGeL Angebote auch in ärztlichen Fachkreisen durchaus umstritten sind, handelt es sich bei Selbstzahlerangeboten in Heilmittelpraxen meistens um genau die gleichen Leistungen, die auch von der Krankenkasse finanziert werden könnten! Damit ist der Unterschied einer Selbstzahlerleistung in der Heilmittelpraxis zu einem IGeL Angebot klar: Heilmittel sind unumstritten wirksam und verursachen keine Nebenwirkungen – und sind für die Patienten oft noch viel kostengünstiger zu bekommen!

Checkliste als Qualitätshilfe für Patienten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fördert Selbstzahlerleistungen in Arztpraxen, indem sie einen Ratgeber für Patienten veröffentlicht hat. In diesem ist unter anderem eine Checkliste zu finden ist, damit die Qualität der Selbstzahlerleistung bewertet werden kann. Damit können Patienten die richtigen Fragen stellen, um das Angebot zu prüfen. Allerdings merkten die Autoren des Internetportals Forum Gesundheitspolitik an, dass bei wahrheitsgemäßer Beantwortung der Fragen durch den Arzt nicht viele Leistungen aus dem IGeL – Angebot als lohnend erscheinen dürften. Das gilt selbstverständlich nicht für die meisten Leistungen der Heilmittelerbringer. Insofern kann die Broschüre gerade auch für Heilmittelerbringer eine nützliche Information zum Thema Selbstzahlerleistung sein. *bu*

Service: Die Studie und die Broschüre der KBV können im Internet gelesen bzw. heruntergeladen werden.

Richter S, Rehder H, Raspe H.: Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt, 26.6.2009

SELBST ZAHLEN? Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten. März 2009. Herausgegeben von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (Hrsg.)

Froh zu sein, bedarf es wenig!

Das Geheimnis der Zufriedenheit

„Der höchste Genuss besteht in der Zufriedenheit mit sich selbst." Diese Weisheit stammt aus der Feder des großen Pädagogen Jean-Jacques Rousseau. Stellt man sich die Frage: „Bin ich eigentlich zufrieden?" antworten die meisten Menschen mit einem klaren „Jein". Grund genug, Zufriedenheit einmal genauer unter die Lupe zu nehmen. Was ist eigentlich Zufriedenheit? Wann stellt sich dieses Gefühl ein? Was können gestresste Praxisinhaber für ihre eigene Zufriedenheit tun? Wie stellt man Patienten zufrieden und wie die Mitarbeiter? Und – was passiert, wenn man dann endlich zufrieden ist?

Zufriedenheit wird in Wörterbüchern als Zustand bezeichnet, in dem man innerlich ausgeglichen ist und nichts anderes möchte, als das was man hat. Man ist also mit den gegebenen Verhältnissen einverstanden und hat nichts daran auszusetzen. Hört sich erst mal gut an, aber wie passt das zu „kontinuierlicher Verbesserung" beim Qualitätsmanagement und zur ständigen Fortbildungspflicht für alle Therapeuten? Was tun mit den steigenden Anforderungen der Patienten, den Wünschen der Ärzte hinsichtlich besserer Therapieergebnisse? Da draußen tobt gerade eine Wirtschaftskrise und die Strukturen im Gesundheitswesen ändern sich im atemberaubenden Tempo – wo bleibt da Platz für individuelle Zufriedenheit?

Eigene Ziele schriftlich klären

Persönliche Zufriedenheit stellt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit immer dann ein, wenn man für sich selbst geklärt hat, welche Ziele man erreichen will. Menschen mit schriftlich fixierten Zielen sind überdurchschnittlich zufrieden mit sich und der Welt. Sie lassen sich nicht von anderen beeinflussen und verfolgen konsequent ihre Ziele. Eine Umfrage unter einigen hundert buchner Seminarteilnehmer hat ergeben, dass nicht einmal 10 Prozent der Praxisinhaber so etwas wie eine persönliche oder unternehmerisch/therapeutische Zielplanung haben. Das ist umso erstaunlicher, als dass der Aufwand für eine individuelle Zielplanung selten länger als einen Tag dauert. Manche Praxischefs lassen sich dabei auch von einem Coach helfen und erreichen mit weniger Aufwand noch bessere Ergebnisse.

Wichtigste Grundlage für die eigene Zufriedenheit ist also die Identifikation der eigenen Ziele. Unter Umständen kann man die Ziele auf verschiedene Bereiche aufteilen, beispielsweise die Ziele als Praxisinhaberin, Therapeutin, Mutter und Ehefrau. Und natürlich schriftlich! Dann kann man immer wieder nachprüfen, ob die Zielsetzung noch stimmt oder ob diese vielleicht verändert oder gar gestrichen werden muss.
So gerüstet kann sich der Praxisinhaber dann um die Zufriedenheit der Patienten, der Ärzte, der Mitarbeiter und vielleicht sogar der Krankenkassen kümmern. Wichtig ist dabei die Abwägung der Prioritäten: Das Erreichen der eigenen Ziele darf nicht deswegen in Frage gestellt werden, weil Patienten zufriedengestellt werden müssen. Zufriedene Ärzte nur auf Kosten der Selbstverleugnung der eigenen Ziele zu haben, macht defintiv keinen Spaß und erst recht nicht zufrieden. Deswegen kann derjenige am besten seine Kunden, Patienten, Zuweiser und Mitarbeiter zufrieden stellen, der selbst weiß, was ihn zufrieden macht.

Wie Patienten und Mitarbeiter zufrieden stellen?

Ganz einfach: Man erfüllt systematisch die Erwartungen von Patienten und Mitarbeitern. Die Erwartungen der Patienten und Mitarbeiter sind oft nur diffuse Anforderungen, die im Gespräch oder durch Flyer und Poster beeinflusst werden können. „Erwartungsmanagement" nennt das die amerikanische Fachbuchautorin Naomi Karten und ermuntert alle Menschen, Anforderungen und Erwartungen anderer Menschen nicht einfach hinzunehmen, sondern zu steuern, zu beeinflussen und damit so zu verändern, dass diese Anforderungen und Erwartungen im Rahmen der eigenen Ziele gut zu erfüllen sind.

Was passiert nun aber, wenn man plötzlich zufrieden ist? Zunächst ist das natürlich klasse: Deutlich weniger Stress, entspanntere Therapie, besseres Arbeitsklima und die Patienten fühlen sich in der Praxis wohl. Alle Ziele erreicht. Doch Vorsicht! Zuviel Zufriedenheit macht irgendwann satt und träge und kann in eine starre Selbstzufriedenheit ausarten. Damit man als Praxisunternehmer langfristig am Markt bestehen kann, sollte man sich also ein Quäntchen Unzufriedenheit als Antrieb für Weiterentwicklungen lassen. *bu/ko*

Service: Einen Planungsbogen/Checkliste für eine einfache Zielplanung können Sie bei der Hotline abrufen.

i Inhalt

Thema: Zufriedenheit

- Das Geheimnis der Zufriedenheit S. 3
- Wie gestresst sind Patienten? S. 4
- Was erwarten Ärzte von Therapeuten? S. 5
- up im Gespräch mit Achtsamkeitstrainer Jan Eßwein S. 6/7
- Kundenzufriedenheit S 8/9
- Konzepte: „The Work" S. 20/21

Zum Thema: Artikel, die zu diesem Thema passen finden Sie in:
- Newsletter vom 15.1.2009 „Planung für Praxisziele durch Vergleiche klarer machen"
- Newsletter vom 9.10.2008 „Fallbeispiel: Leistungen reduzieren ohne Patientenfrust!"

Wissen Sie eigentlich, wie gestresst Ihre Patienten sind?

Stress lass nach – das seufzen mehr als 80 Prozent der Deutschen fast täglich. Bei jedem Dritten ist Stress schon zu einem unliebsamen Dauerzustand geworden, der gesundheitliche Folgen mit sich zieht. Das ist das Ergebnis der bevölkerungsrepräsentativen Umfrage „Kundenkompass Stress“, die die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem F.A.Z.-Institut und Forsa jetzt veröffentlicht hat. Für stressgeplagte Praxisinhaber zeigt die Umfrage Lösungsmöglichkeiten zur Selbsthilfe und gibt Aufschluss darüber, wie gestresst eigentlich ihre Patienten sind. Kluge Köpfe entwickeln daraus neue Selbstzahlerangebote gegen das Stressphänomen.

Service: Der „Kundenkompass Stress“ ist im Internet abrufbar unter www.tk-online.de

Stress macht weder vor bestimmten Altersklassen noch vor besonderen Bevölkerungsschichten halt. Ob Schüler, Hausfrau oder Manager – Stress hat heute jeder. Die Altersgruppe der 30 bis 39jährigen ist dabei laut Umfrageergebnis am stärksten betroffen. Diese gaben an, dass Privatleben, Familie und Freunde durch berufliche Verpflichtungen oft zu kurz kommen. Auch alle anderen Erwerbstätigen leiden immer mehr unter Stress. Mehr als jeder zweite Erwerbstätige bezeichnet Hetze und Termindruck am Arbeitsplatz als Hauptgründe für Stress. Eine eher unterschätze Bevölkerungsgruppe hat besonders viel Stress: Hausfrauen und Hausmänner. 95 Prozent fühlen sich stressbelastet, 38 Prozent leiden unter häufigem Druck. Dabei sind Kindererziehung und die Sorge um die Finanzen der Familie für ein Drittel der Betroffenen die größte Stressquelle. Stress zieht sich also durch alle Bevölkerungsgruppen. Das sollten Praxisinhaber berücksichtigen, wenn Patienten in die Praxis kommen.

Therapeuten können die Ergebnisse der Umfrage für neue Selbstzahlerangebote nutzen.

Ein schön gestalteter Empfangsraum kann zum Beispiel dafür sorgen, dass der Stresspegel beim Patienten schon vor der Therapie sinkt. Ein freundliches „Hallo“ und ein frisch gebrühter Kaffee tun ihr übriges.

Körperliche Beschwerden

Die Umfrage hinterfragt auch die körperlichen Beschwerden, die durch Stress entstehen können. Denn wer oft gestresst ist, ist anfälliger für körperliche und seelische Erkrankungen. Jeder fünfte Befragte fühlt bereits gesundheitliche Folgen durch Stress. Die Symptome sind vielfältig: So leiden zwei Drittel unter Muskelverspannungen und Rückenschmerzen. 57 Prozent von ihnen sind ständig erschöpft, zum Teil sogar ausgebrannt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die in Deutschland nach wie vor die meisten Todesfälle verursachen, treten bei den Menschen unter Dauerdruck doppelt so häufig auf wie bei den wenig bis gar nicht Gestressten. Auch Kopfschmerzen, Nervosität, Angstzustände, eine niedergedrückte Stimmung und Schlafstörungen stellen sich häufig ein.

Stresstypen

Wichtig für den Stresspegel ist auch der individuelle Umgang mit Ärger oder Problemen. In der Befragung haben sich vier unterschiedliche Stressbewältigungstypen herausgestellt.

1. Die „Problemlöser“ – lassen sich in Belastungssituationen nicht aus der Ruhe bringen und suchen nach konstruktiven Lösungen. Die Problemlöser fühlen sich weniger gestresst und sind deutlich gesünder als der Bevölkerungsdurchschnitt.
2. Die „Polterer“ – haben die Neigung, alles persönlich zu nehmen. Man erkennt die Polterer daran, dass sie ihrem Ärger lautstark Luft machen. Der Stresslevel dieser Personen ist erhöht.
3. Die „Konfliktvermeider“ – stellen ihre eigenen Interessen vor anderen oft zurück und wollen so Konflikte vermeiden. Auch hier: erhöhter Stresslevel.
4. Die „In-sich-Hineinfresser“ – schlucken alle Probleme herunter. Der Ärger kann nicht raus, der Stress auch nicht. Folge: höchster Stresspegel von allen Gruppen.

72 Prozent der Deutschen bevorzugen als Antistressmittel eine sportliche Betätigung oder Bewegung an der frischen Luft. Sieben von zehn Befragten bauen Druck ab, indem sie Probleme mit dem Lebenspartner, der Familie oder Freunden besprechen. Insbesondere ein Großteil der jüngeren Befragten sowie jeder zweite Abiturient oder Hochschulabgänger entspannt sich gerne vor dem Fernseher oder dem Computer. Rund ein Viertel der Menschen greift bei Stress zu Alkohol, Zigaretten, Chips und Süßigkeiten. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während vor allem Männer bei Stress gerne zu einem Glas Wein oder Bier greifen, bevorzugen Frauen Chips oder Schokolade. Entspannungstechniken wie Yoga, Meditation oder autogenes Training praktiziert derzeit mit 15 Prozent nur eine Minderheit. Diese speziellen Entspannungsformen sprechen tendenziell eher Frauen, Menschen ab 50 sowie die Bewohner von Großstädten an.

Praxisinhaber können die Umfrageergebnissen nutzen und daraus neue Selbstzahlerkonzepte für ihre Patienten entwickeln. An genügend stressgeplagten Kunden dürfte es jedenfalls nicht mangeln. *ko*

Was erwarten Ärzte von Therapeuten?

„Ein guter Therapeut gibt Rückmeldung über Behandlungserfolg!“

Wie beurteilen Ärzte die Arbeit von Therapeuten? Wie zufrieden sind sie mit ihnen? Wo liegen die Stärken und wo die Schwächen in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut? up wollte es wissen und hat zwei Ärzte aus Neumünster nach ihren Erfahrungen befragt: den Internisten Dr. Hartwig Schulz und den Unfallchirurgen Dr. Martin Glaubitz.

Es gibt viel zu tun in der Kooperation zwischen Ärzten und Therapeuten. Das ist das Fazit der beiden Mediziner. An erster Stelle nennen sie die mangelnde Rückmeldung über den Fortgang der Therapie. „In meiner langjährigen Praxis“, meint Dr. Hartwig Schulz, „ist es die Ausnahme, dass sich ein Therapeut bei mir meldet und mich über den Behandlungserfolg unterrichtet.“ Er erlebe es vielmehr, dass der Patient mit dem Wunsch nach einem Folgerezept zu ihm in die Praxis komme.

Das Gros der Therapeuten, so die traurige Bilanz des Internisten, sei nur auf Folgerezepte aus. „Ich kann das verstehen: Alle Gesundheitsberufe stehen unter starken wirtschaftlichen Zwängen, aber zum Wohle des Patienten müsste vieles anders laufen. Die Nachfrage nach therapeutischen Maßnahmen werde, so Schulz, durch die steigende Anzahl der Therapeuten erzeugt. Seiner Ansicht nach sollten aber vorrangig Schlaganfall-Patienten oder frisch Operierte therapeutisch behandelt werden.

Kollegialer Kontakt erwünscht

Dr. Martin Glaubitz, der sich vor vier Jahren in Neumünster niederließ, würde es begrüßen, wenn „es einen kollegialen Kontakt gäbe und ich mich mit dem Therapeuten über den Fortgang der Therapie direkt per Telefon austauschen könnte“. Als Arzt habe er zwar die Behandlungsvollmacht, doch „ich habe Hochachtung vor dem, was die Therapeuten machen, besonders vor den Osteopathen“. Glaubitz, der acht Jahre lang in einer Klinik tätig war, vermisst den regen Gedankenaustausch mit den dort niedergelassenen Therapeuten, vor allem in der Sportmedizin.

Als Kriterien für einen guten Therapeuten nennen beide Ärzte die „perfekte Arbeit“. „Es gibt einige Praxen, von denen ich über meine Patienten positive Rückmeldungen erhalte“, sagt Dr. Schulz. Und er erkläre seinen Patienten schon vor dem ersten Termin, worauf sie achten sollen. Ein weiteres Kriterium sei der Behandlungsbericht, der viel zu selten bei den Ärzten ankommt. Einmal, so erinnert sich Dr. Glaubitz, habe er unaufgefordert einen Bericht erhalten. „Ich habe mir anschließend die Praxis angeschaut. Ich wollte sehen, ob wir medizinisch auf einer Wellenlänge liegen.“ Er erinnert sich auch an einen Krankengymnasten, der ihm eine Zusammenarbeit angeboten habe, aber „die meisten warten die Überweisung ab“.

Internist Dr. Hartwig Schulz und Unfallchirurg Dr. Martin Glaubitz sind davon überzeugt: Therapeuten und Ärzte müssen besser kooperieren.

Initiative sei aber heute mehr denn je gefragt. Dr. Glaubitz empfiehlt Therapeuten, die eine neue Praxis eröffnen, einen Tag der offenen Tür zu veranstalten und Flyer in den Arztpraxen auszulegen. „Ich würde aus Interesse gerne hingehen, würde mich mit dem Therapeuten unterhalten und mich nach seinen Vorstellungen erkundigen, ob diese zu meinen passen.“ Als Beispiel nannte er eine gynäkologische Praxis, die mit dem bestehenden Angebot der Beckenbodengymnastik nicht zufrieden war und auf diesem Wege eine Alternativen fand.

Es sei schwer, die Qualität der therapeutischen Arbeit zu beurteilen, meinen beide Mediziner. Lediglich bei Schlaganfall-Patienten sei ein Behandlungserfolg relativ leicht sichtbar. „Aber wenn ich sehe“, empört sich Dr. Schulz, „dass ein Patient nach einem halben Jahr beim Logopäden immer noch nicht sprechen kann, muss ich mir doch als Therapeut darüber Gedanken machen, ob eine weitere Behandlung noch sinnvoll ist.“

Ohne Eigenleistung geht es nicht

Angesichts der demographischen Entwicklung müsse das Gesundheitswesen radikal verändert werden, da sind sich beide Ärzte einig. Auch wenn das Gesundheitsbewusstsein gewachsen sei, hätten die meisten Menschen nach wie vor die Erwartung, dass die medizinische Versorgung durch den Kassenbeitrag gedeckt sei. „Ohne Eigenleistung geht es nicht“, meint Dr. Schulz. „Wir müssen unser Gesundheitssystem auf Kostenerstattung umstellen“.

„Gesundheit ist in zunehmenden Maße keine Frage der Ethik mehr“, meint Dr. Glaubitz, „sondern eine Frage der Finanzen.“ *ks*

Interview mit dem Achtsamkeitstrainer Jan Eßwein

„Oft ignorieren wir unsere Grundbedürfnisse!“

Stress kann schwere gesundheitliche Folgen haben. Dass man dagegen etwas tun kann, hat Jan Eßwein am eigenen Leib erfahren: Seinen Tinnitus konnte der Physiotherapeut vor zehn Jahren durch Meditation vollständig loswerden. Wie Jan Eßwein in seiner Münchener Privat-Praxis seither tagtäglich achtsam für seine Balance sorgt, erfuhr Anke Zillessen im Gespräch mit ihm.

? Wir stehen heute ständig unter Stress – alles muss immer schneller gehen und immer effizienter werden. Wie können wir als Therapeuten vermeiden, dass wir in die Burnout-Falle tappen? Wie können wir selbst für eine gesunde Ausgeglichenheit im Alltag sorgen?
Schon von Berufs wegen kümmern wir uns viel um die Bedürfnisse unserer Patienten, dann vielleicht noch um die unserer Partner oder Familien. Wenn unsere eigenen Bedürfnisse gewohnheitsmäßig in den Hintergrund treten und wir sie mit der Zeit gar nicht mehr wahrnehmen, schaffen wir die Grundlage für ein Burnout.
Ich halte es für wichtig, Dinge nur für mich, für mein eigenes Wohlsein zu tun. Seit vielen Jahren besteht mein morgendliches Ritual darin, eine halbe Stunde Hatha Yoga, Meditation oder freien Tanz zu praktizieren. Außerdem begebe ich mich einmal pro Woche selbst auf die Behandlungsbank und gönne mir eine Stunde Fußreflexzonentherapie.
Und es scheint mir wichtig, auf die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu achten. Ganz konkret: Wenn ich spüre, dass ich Durst habe: Trinken. Wenn ich auf die Toilette muss: Pinkeln. Wenn ich müde bin, nehme ich mir fünf Minuten, lege mich kurz hin, achte auf meinen Atem ...

»Ich halte es für wichtig, Dinge nur für mich, für mein eigenes Wohlsein zu tun.«

? Das klingt so einfach, fast ein bisschen banal ...
Ja, wie oft ignorieren wir unsere Grund-Bedürfnisse! Wenn wir müde sind, trinken wir einen Kaffee und machen weiter. Wenn wir auf die Toilette müssen, unterdrücken wir das, bis es gar nicht mehr geht ... Wenn wir diese existenziellen Bedürfnisse auf Dauer ignorieren, entgeht uns die Weisheit des Körpers. Er weiß besser als jeder Arzt, was wir brauchen um uns wohl zu fühlen und gesund zu bleiben.

? Kennen Sie selbst keinen Stress mehr, seit Sie regelmäßig Yoga üben und meditieren?
Doch, natürlich bin ich auch mal gestresst, aber viel weniger als früher! Stress empfinde ich hauptsächlich bei Termindruck. Seit meiner Selbstständigkeit plane ich fast ausschließlich 60-Minuten-Termine - und zwischen den Patienten eine Viertelstunde Pause.
Auch während der Behandlung spielen Rhythmus und Tempo für mich eine große Rolle. Bei Mobilisationstechniken achte ich darauf, dass ich sie atemsynchron mache. Im Kontakt zum Atemrhythmus entsteht dann eine Geschwindigkeit, die uns beiden gut tut, dem Patienten und mir.

? Ist Verlangsamen also das Zauberwort gegen Stress?
Wenn ich Prozesse entschleunige, dann tue ich sie genauer, sorgfältiger. Und dann fällt es mir leichter, wahrzunehmen, was geschieht. Zum Beispiel wenn während der Behandlung bei einer Yoga-Übung der Atem stockt – dann spreche ich den Patienten darauf an. Gut ist zunächst, dass wir dies bemerken. Nun geht es zum einen darum, die Grenze, die unsere Körperlichkeit uns zeigt, zu respektieren. Und zum anderen geht es darum, sich diesem Grenzbereich während der Übung mit freundlicher Gelassenheit zu nähern. Diese Haltung ist sehr stark beeinflusst von der Achtsamkeitsmeditation, die ja auch eher eine langsame, sorgfältige, beobachtende Qualität hat.

? Was bedeutet Achtsamkeit?
Achtsamkeit ist die Fähigkeit, wach und vollkommen bei dem zu sein, was im Moment geschieht – in mir und auch im Außen.

Jan Eßwein führt eine manualtherapeutische Privat-Praxis, berät Unternehmen und gibt Kurse in Yoga und Meditation.

? Ist es nicht manchmal nötig, Dinge auch schnell und automatisiert zu tun?
Wir können natürlich nicht ständig in Zeitlupe durch die Welt schleichen. In manchen Situationen kann es auch nötig sein, den Körper und unsere Bedürfnisse mal auszublenden - aber das sollte nicht zur Gewohnheit werden.
Wenn wir stets auf die Zukunft bezogen leben, kann es sein, dass wir im gegenwärtigen Augenblick gar nicht ankommen. Und dieser Augenblick ist alles, was wir haben.

? Wissenschaftler konnten zeigen, dass Gesprächstherapeuten, die vor der Therapiestunde meditieren, erfolgreicher wurden. Was ist Ihre Erfahrung als Physiotherapeut?
Während der Behandlung versuche ich ganz präsent zu sein. Das heißt, dass ich mit der Wahrnehmung bei mir und in meinem Körper bin – jetzt, hier, in meinen Fingern, beim Spüren. Und dass ich bemerke, wenn ich in Gedanken ganz woanders bin.
Ich achte darauf, dass ich gut geerdet stehe, dass mein Atem fließen kann und dass ich bei mir selbst unnötige Anspannungen vermeide.
Ich rede wenig, sondern konzentriere mich ganz auf die Wahrnehmung, auf das, was mir mein eigener Körper erzählt - und der Körper des Patienten. Etwa fünfzig Prozent der Aufmerksamkeit sind bei mir, fünfzig Prozent beim Gegenüber.

? Sie wenden Achtsamkeit nicht nur während der Behandlung an, sondern geben Ihre Erfahrungen auch in Kursen weiter ...
Ja, ich biete Wochenend-Seminare und Vorträge zur Achtsamkeitsmeditation an, außerdem 8-wöchige Meditationskurse und Yogakurse.

? Wie lange müssen Ihre Kursteilnehmer üben, um mit Hilfe der Achtsamkeit Stress reduzieren zu können?
Es gibt zwei Schienen, in denen wir Achtsamkeit in unser Leben bringen können: Zum einen können wir diesen wachen und zugleich ruhig-entspannten Zustand regelmäßig trainieren. Spürbare Effekte können hier schon nach zwei Wochen eintreten.
Und zum anderen können wir in Alltagssituationen üben, unsere Achtsamkeit auf den Körper zu richten. Und das wirkt sich in der Regel sofort stressreduzierend aus.

? Wie sieht das konkret aus?
Zum Beispiel wenn das Telefon klingelt: nicht gleich hinrennen, sondern drei Mal klingeln lassen, mir meines Atems bewusst werden und dann erst abnehmen. Oder: Immer bevor ich den Behandlungsraum betrete, halte ich kurz inne, nehme mich zunächst selbst wahr, spüre meinen Atem, meine Verfassung ... und gehe dann erst rein.

? Ist dieser achtsame Zustand auch physiologisch erklärbar? Was passiert da im Körper?
Der wache und zugleich entspannte Zustand ist durch parasympathische Aktivierung gekennzeichnet: Regeneration, Aufbau, Erholung. Wir haben dann einen niedrigeren Muskeltonus, eine bessere Durchblutung, schütten weniger Stresshormone aus. Das ist ein Zustand, den viele von uns nicht mehr so ohne weiteres erreichen können.
Wenn wir aber die Fähigkeit trainieren, immer wieder wach-entspannt im Körper zu sein, entstehen Regenerationsphasen, die es vorher nicht gab. Und das wirkt stressreduzierend und stärkt unser Immunsystem.

»Bei mir ist die Kundenzufriedenheit gestiegen, seit ich achtsamer arbeite.«

? Also viele kleine zusätzliche Erholungspausen am Tag, ohne dass wir die Arbeit niederlegen müssen ...
Ja, auf diese Weise kann ein feines Netz der Achtsamkeit meinen Tag durchziehen.

? Macht das auch unternehmerisch Sinn?
Ja sicher, das kann sich beispielsweise auf unsere Praxis-Atmosphäre positiv auswirken, denn Konflikte entstehen meist, wenn wir unter Druck stehen. Und das bekommen auch die Patienten mit – ob ich schon an die übernächste Behandlung denke, oder ganz bei der Sache bin. Bei mir ist die Kundenzufriedenheit gestiegen, seit ich achtsamer arbeite.
Die Frage ist, was mir wichtig ist: Gewinnmaximierung oder Lebensqualität? Das ist eine Entscheidung, die ich jeden Tag treffe.
Ich denke, gerade in dieser Zeit, in der materielle Werte ins Wanken kommen, macht es Sinn, sich auf das zu besinnen, was das Leben lebenswert macht.

Service:
Buchtipp: Meditation für Neugierige und Ungeduldige (Sybille Engels, Jan Eßwein), Gräfe und Unzer Verlag München, 2008 – ist ein informatives, unterhaltsames, reich bebildertes Buch mit konkreten Übungen zur Achtsamkeitsmeditation und zum Yoga.
Weitere Infos: www.janesswein.de

Kunden-Zufriedenheit

Zufriedene Kunden – Wachstum für die Praxis

„Eigentlich sehr zufrieden." So lautet in neun von zehn Fällen die Antwort von Praxisinhabern, wenn sie nach der Meinung der Kunden und Patienten über ihre Praxis gefragt werden. Das ist nur leider selten ein Ergebnis objektiver Messungen, sondern viel häufiger ein subjektives Bauchgefühl des Inhabers.

Schade! Denn Kundenzufriedenheit ist einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren der Heilmittelpraxis. Sie ist Ziel der Arbeit in der Therapiepraxis und gleichzeitig die Grundlage dafür, dass der Zweck der Praxis erfüllt wird: Geld verdienen! Zufriedene und begeisterte Kunden erzählen Verwandten, Freunden, Kollegen und Bekannten davon, wie klasse es in der Praxis läuft. So werden Menschen aufmerksam, die bis jetzt noch gar nicht auf die Idee gekommen sind, mit ihren (Alltags-) Problemen in die Behandlung zu kommen.

Zufriedene Kunden als Referenz, die Gutes über das berichten, was sie erlebt haben, sind also ein zusätzliches Marketinginstrument. Und das macht sich in der Gewinn- und Verlustrechnung bemerkbar: keine zusätzliche Kosten für Marketing! Auch die Preisanpassung bei Selbstzahler- und Privatpreisen werden von zufriedenen Kunden meist ohne Diskussionen akzeptiert. Sie wissen ja schließlich, welchen großen Nutzen ihre Investition für sie hat. Erfolgreiche Unternehmer kennen die Erwartungen ihrer Kunden und wirken gezielt auf die Erfüllung der Anforderungen hin.

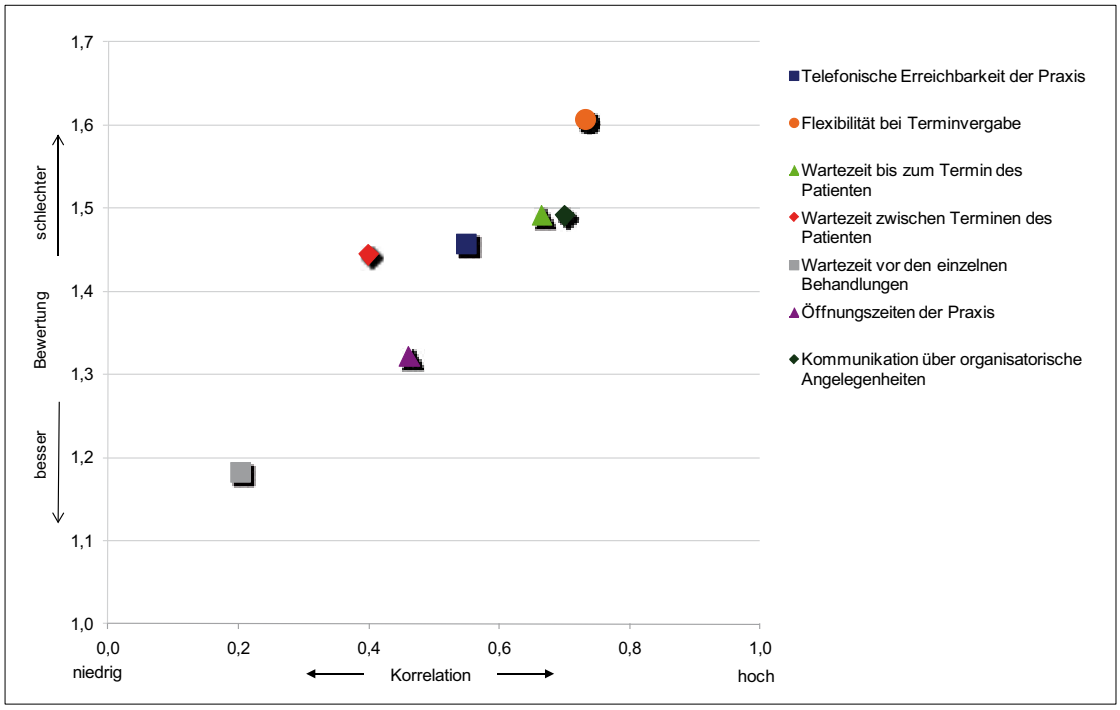
Kunden sind zufrieden, wenn ihre Erwartungen an die Praxis mit ihren alltäglichen Erfahrungen übereinstimmen oder sogar noch übertroffen werden. Allerdings stehen nicht alle Erwartungen ausdrücklich im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Kunden. Wartet ein Patient beispielsweise häufig zehn Minuten auf den Beginn seiner Therapie wird er sehr unzufrieden sein. Beginnt die Therapie dagegen stets pünktlich, nimmt er dies als selbstverständlich wahr und lässt sich in seiner Zufriedenheit dadurch nicht besonders beeinflussen.

Hygienefaktor Pünktlichkeit

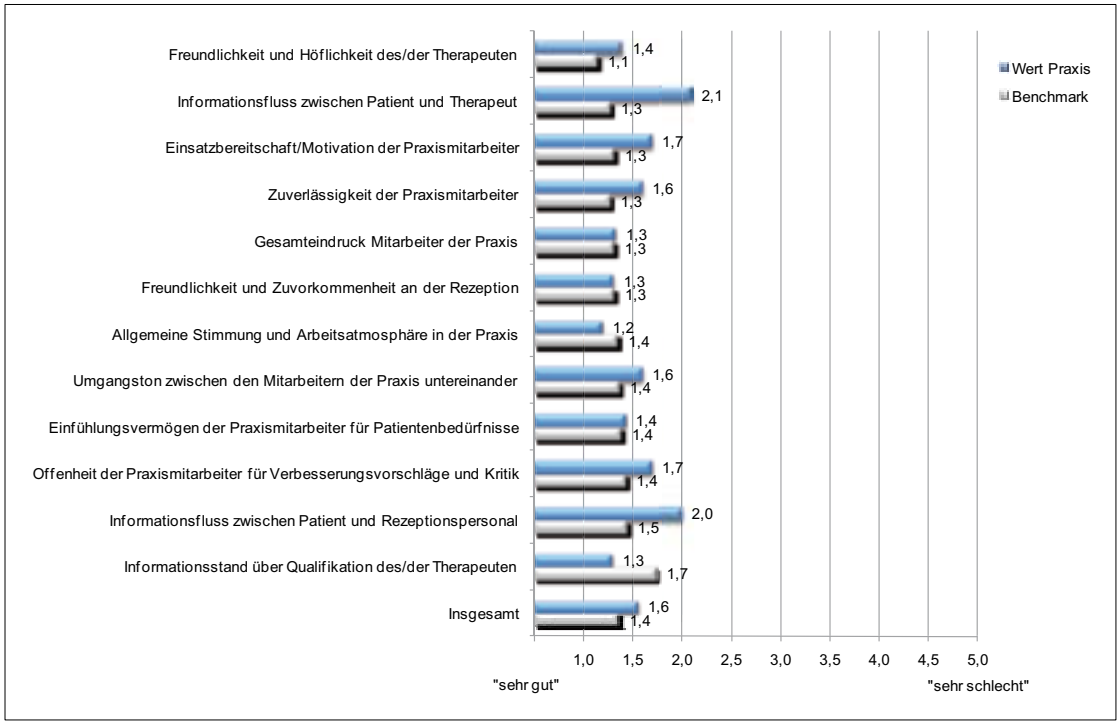
Pünktlicher Behandlungsbeginn ist ein sogenannter Hygienefaktor. Demgegenüber stehen die Komfortfaktoren. Ein Kaffeevollautomat mit leckeren Kaffespezialitäten wird sicherlich besonders honoriert, löst aber keine Unzufriedenheit aus, wenn es ihn nicht gibt. Es gilt also herauszufinden, welche Erwartungen erfüllt werden und wie wichtig diese Erwartungen für den Unternehmenserfolg der Praxis sind.

Um nicht in blinden Aktionismus bei der Verbesserung von unerfüllten Erwartungen zu verfallen, sollte man strukturiert und professionell messen, womit die Kunden zufrieden und unzufrieden sind. Und das bekommt man am einfachsten heraus, indem man die fragt, die es am besten beurteilen können: Ihre Patienten und Kunden.

Eine Patientenbefragung liefert wichtige Hinweise für den Praxisinhaber: an welchen Stellschrauben lohnt es sich zu drehen, um die Zufriedenheit mit der



Hygienefaktor Pünktlichkeit – trotz positiver Bewertung hat er nur geringen Einfluss auf die organisatorische Gesamtzufriedenheit



Vierte Regel: Mit anderen vergleichen! Wie Zufrieden sind Kunden mit den Mitarbeitern auch im Vergleich zu anderen Praxen (Benchmark)?

Praxis tatsächlich zu erhalten oder zu steigern? Beachtet man dabei einige Regeln, bekommt man aus erster Hand eine Fülle von Anregungen für eine zielgerichtete Verbesserung in der Praxis.

Erste Regel: Schriftlich! Praxisinhaber sollten sich keineswegs darauf verlassen, dass alles was sie für eine kontinuierliche Verbesserung wissen müssen, ihnen so ganz nebenbei in der Therapie erzählt wird und sie es dann auch noch in vollem Umfang behalten können.

Zweite Regel: Repräsentativ fragen! Die Bandbreite der unterschiedlichen Patienten ist riesig: Frauen, Männer, über 60, unter 25 – das Klientel ist breit gefächert und die Bedürfnisse sehr unterschiedlich. Für eine strukturierte Patientenbefragung ist es deswegen wichtig, in einem festgelegten Zeitraum möglichst die Meinung von vielen verschieden Patienten zu erfahren. Deswegen alle Patienten in diesem Zeitraum bitten, den Fragebogen auszufüllen.

Dritte Regel: Regelmäßig! Einmal fragen reicht nicht. Verbesserungen können nur festgestellt werden, wenn die Kunden regelmäßig nach ihrer Meinung gefragt werden. Kundenzufriedenheit wird deswegen in regelmäßigen Abständen immer wieder abgefragt.

Vierte Regel: Mit anderen vergleichen! Das Ergebnis einer Logopädiepraxis in Bremen war beispielsweise, dass die Kunden die Wartezeit bis zum ersten Termin durchschnittlich mit der Schulnote 1,9 bewerten. Zunächst gefühlt ein gutes Ergebnis. Wie sieht es aber in anderen Praxen aus? Das läßt sich nur beantworten, wenn die eigenen Ergebnisse mit den Resultaten vergleichbarer Praxen verglichen werden.

Fünfte Regel: Ergebnisse veröffentlichen! Die Kunden investieren ihre Zeit für die Befragung. Oft haben sie aber das Gefühl, dass ihre Meinung leider keine Auswirkungen hat und der Fragebogen schlimmstenfalls ungelesen im Nirvana verschwindet. Unternehmer werten Befragungen deswegen professionell aus. Die Ergebnisse werden für die Werbung genutzt. Den eigenen Kunden, den Ärzten und sogar den Krankenkassen wird auf diesem Weg gezeigt, wie gut in der Praxis schon gearbeitet wird und natürlich auch, was getan wird, um noch besser zu werden.

Ein insgesamt wichtiger Schritt um den Zweck der Logo, Ergo- und Physiotherapiepraxis weiter auszubauen: Geld verdienen! *bj*

i Tipp

Patientenbefragung ganz praktisch

Reduzieren Sie Ihren Aufwand bei der Kundenzufriedenheitsanalyse auf das Notwendigste: Motivieren Sie Ihre Kunden dazu, den Fragebogen auszufüllen. Alles Weitere übernimmt komplett buchner! Wir drucken Fragebögen mit Ihrem Logo, werten die ausgefüllten Bögen statistisch fundiert aus und erstellen eine professionelle 24-seitige farbige Auswertung.

Jetzt die Sommerzeit nutzen! Alle praxiswissen24-Kunden, die bis zum 15. August eine Patientenbefragung beauftragen profitieren vom Sommerpreis von EUR 129,- (netto).

Heilmittelaugaben, Richtgrößen und Praxisbesonderheiten

Aktuelles aus den Bundesländern

Besser spät als nie. Die KVen und Krankenkassen haben sich in drei Bundesländern endlich über Heilmittelaugabenvolumen, Richtgrößen und Praxisbesonderheiten geeinigt. Alle Vereinbarungen gelten rückwirkend zum 1. Januar 2008.

Rheinland-Pfalz: Vorab-Praxisbesonderheiten für Heilmittel

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) hat mit den Krankenkassen eine neue Prüfvereinbarung abgeschlossen. Diese beinhaltet für den Bereich der Heilmittel eine Liste von Praxisbesonderheiten, bei denen die Verordnungen aus den richtgrößenrelevanten Verordnungskosten herausgerechnet werden.

Die aktuellen Richtgrößen, Praxisbesonderheiten und sonstige Materialen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfungen erhalten praxiswissen24-Kunden kostenlos bei der Hotline(0800/9477360) oder im Internet unter www.heilmittel-regress.de

Die Prüfvereinbarung in Rheinland-Pfalz ist zwar erst im Juni verabschiedet worden, gilt aber rückwirkend seit dem 1. Januar 2008. Damit werden die neuen Vorab-Praxisbesonderheiten auch schon bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab diesem Zeitraum berücksichtigt. Die Gefahr einer Überschreitung der Richtgrößen soll dadurch etwas entschärft werden.

Heilmittelerbringer in Rheinland-Pfalz können die Verordnungen auf Praxisbesonderheiten hin durchsehen. Viele Ärzte freuen sich über einen Hinweis darauf, dass ein bestimmter Patient mit seiner Diagnose in die Gruppe der Praxisbesonderheiten fällt. Es gibt auch Grenzfälle, bei denen der Arzt mit einer differenzierteren Diagnose einen Patienten deutlicher der Gruppe der Praxisbesonderheiten zuordnen kann. Eine Kopie der Praxisbesonderheiten und der Hinweis, dass diese bereits seit dem 1. Januar 2008 gelten, sind ein guter ergänzender Service seitens der Heilmittelerbringer für ihre zuweisenden Ärzte.

Schleswig-Holstein: Richtgrößen moderat erhöht

Auch in Schleswig-Holstein gibt es nun aktuelle Richtgrößen für 2009. Kinderärzte freuen sich über leichte Verbesserungen, Praxisbesonderheiten bleiben bestehen und für die Jahre 2007 und 2008 wurden die Richtgrößen sogar nachträglich angehoben: Keine Regressgefahr im Norden!

Leichte Abschläge müssen Allgemeinmediziner in der Stadt (-1%), HNO-Ärzt (-2,3%) und Internisten (-0,5%) hinnehmen. Für die Richtgrößen in 2007, 2008 und das erste Halbjahr 2009 gilt wie immer: Richtgrößen dürfen für die Vergangenheit nur nach oben korrigiert werden, eine Verschlechterung der Richtgrößensituation ist rechtlich nicht korrekt.

Bei den Praxisbesonderheiten ist die Schmerztherapie neu hinzugekommen und gibt den betreffenden Ärzten mehr Verordnungsfreiraum: Schmerztherapie-Patienten, die zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß Paragraf 135 Abs. 2 SGB V behandelt wurden, sind zukünftig als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

Mecklenburg-Vorpommern: Heilmittelausgabenvolumen um 8 Prozent gestiegen

GKV und Kassenärztliche Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern haben sich ebenfalls nach sechs Monaten auf das Ausgabenvolumen für Heilmittel im Jahr 2009 geeinigt. 62 Millionen Euro stehen demnach zur Verfügung. Das sind mehr als 4 Millionen Euro mehr als noch in 2008. Die neuen Richtgrößen wurden ebenfalls veröffentlicht: Kinderärzte erhalten 40 Prozent höhere Richtgrößen!

Mit dem neuen Heilmittelausgabenvolumen sind die niedergelassenen Ärzte für 2009 auf der sicheren Seite. Denn die Heilmittelausgaben betrugen im Vorjahr rund laut 59 Millionen Euro, laut Heilmittelinformationssystem der Krankenkassen (GKV-HIS) für Mecklenburg-Vorpommern. Ändern die Ärzte ihr Verordnungsverhalten also nicht drastisch, dürfte es in 2009 nicht zu wesentlichen Regressen kommen – und Patienten können die Heilmittelverordnungen erhalten, die notwendig sind.

Zwischen den einzelnen Facharztgruppen ist es zu Verschiebungen bei der Höhe der Richtgrößen gekommen. So profitieren viele Fachärzte von deutlichen Zuwächsen, während die Allgemeinmediziner im Bereich der Rentner sogar Abschläge von rund 11 Prozent hinnehmen müssen.

In der Richtgrößenvereinbarung wurden auch die sogenannten Vorab-Praxisbesonderheiten vereinbart. Dazu gehören z.B. Physiotherapieverordnungen, die innerhalb der ersten zwei Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen verschrieben werden. Auch für behinderte Kinder und Erwachsenen wurde eine ganz Reihe von Indikationen benannt, bei denen entsprechende Heilmittelverordnungen für Ergo-, Physiotherapie und Logopädie als Praxisbesonderheiten vereinbart sind. *bu*

Baden-Württemberg

Mehr Rechtssicherheit bei Heilmittelverordnungen

Eine Protokollnotiz zur Prüfungsvereinbarung der KV Baden-Württemberg soll den Kassenärzten jetzt mehr Sicherheit bei Heilmittelverordnungen geben. Damit haben sich Kassen und KV nach sechs Monaten endlich auf Praxisbesonderheiten geeinigt, deren Verordnungskosten nicht Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sein werden.

Die Richtgrößen 2009 bedeuten für einige Ärzte in Baden-Württemberg im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge von teilweise mehr als 30 Prozent (wir berichteten am 8. Januar 2009). Aus diesem Grund war unter anderem auch von Heilmittel- und Ärzteverbänden gefordert worden, eine Liste von Indikationen zu vereinbaren, deren Heilmittelverordnungskosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in die Prüfsumme einfließen.

Die jetzt veröffentlichte Protokollnotiz diene „insbesondere der ex ante [vorab, A.d.R.] Definition von Praxisbesonderheiten für das Jahr 2009“, wie in der Einleitung erklärt wird. Wer sich bis zu der mehrseitigen Anlage durch den Text kämpft, findet eine Reihe von Indikationen, bei denen die Verordnung von Heilmitteltherapie garantiert ohne Regressfolgen ist. Diese Liste entspricht in großen Teilen den aus anderen KV-Gebieten bekannten Listen: Mukoviszidose (AT3), chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen (LY3) sowie Störungen der Sprechmotorik (SP6). Die vollständige Liste der Praxisbesonderheiten umfasst rund 20 Positionen (Indikationsschlüssel nach Heilmittelkatalog), die nun auch rückwirkend für das gesamte Jahr 2009 gelten.

Verordnungszurückhaltung kann vermieden werden

Für Heilmittelerbringer lohnt es sich auf jeden Fall, die Liste mit den Praxisbesonderheiten zu lesen. Denn sobald die Ärzte über mögliche Richtgrößenüberschreitungen im 1. Quartal 2009 aufgeklärt werden (das passiert ca. 15-18 Wochen nach Ende des betreffenden Quartals), könnte es zu einer Verordnungszurückhaltung kommen. Wer dann gewappnet ist und seinem Arzt anhand der Protokollnotiz erklären kann, welche Verordnungen ohnehin nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen, nutzt seine Möglichkeiten. Daher ist es auch erfreulich, dass die Protokollnotiz rückwirkend zum 1. Januar 2009 gilt.

Die Informationspolitik der KV hinsichtlich der Entstehung der Richtgrößen ist teilweise verwirrend. So wird in der Ärztezeitung von einem Heilmittelausgabenvolumen von 546 Millionen Euro gesprochen. In Wirklichkeit weist die Heilmittelvereinbarung für 2009 aber 553 Million Euro aus. Von dieser Summe sind für Praxisbesonderheiten 114 Millionen abgezogen worden. Zusätzlich wurden 15 Millionen Euro für Einsparreserven aus der Richtgrößensumme heraus gerechnet, die man sich durch vermehrte Gruppentherapie, weniger Massagen und weniger Hausbesuchsverordnungen für 2009 erhofft. Der Rest ist die Basis für die Berechnung der von vielen Ärzten als zu niedrig empfundenen Richtgrößen. *bu*

Kommentar

„Prüfkonzept der Prüfungsstelle Baden-Württemberg für die Richtgrößenprüfung der Heilmittelverordnungsweise des Jahres 2009“ lautet die Überschrift der Protokollnotiz zur Prüfvereinbarung. Wer verstehen möchte, was in dieser Protokollnotiz steht, hätte besser ein Jura Studium absolviert! Dem niedergelassenen Arzt ist es jedenfalls keine große Hilfe, sich mit kryptischen Definitionen, Informationen zur Datenzusammenführung und Filterkonzeptionen auseinandersetzen zu müssen. Hätte man mehr Rechtssicherheit geben wollen, hätte man das klarer formulieren können. Wessen Schuld solche unleserlichen und viel zu spät vereinbarten Regeln sind, ist unklar. Klar ist jedoch, dass wieder einmal politische Verteilungskämpfe auf dem Rücken der verordnenden Ärzte und der betroffenen Heilmittelerbringer ausgetragen werden.

Für Heilmittelerbringer und Ärzte lohnt es sich auf jeden Fall, gegen den Prüfirrsinn anzugehen. Denn unabhängig davon, ob die Richtgrößen vor Gerichten Bestand haben werden oder nicht, die Datenlage hinsichtlich der Heilmittelkosten ist desolat und kann jederzeit als erstklassige Grundlage für eine Anfechtung eines beliebigen Prüfungsbescheides genommen werden. Einzelverträge mit Verbänden werden nicht berücksichtigt, die Kosten durch die neuen Betriebsstättennummern vielfach falsch zugeordnet. Falsche Datenerfassung gehören bei den Kassen zur täglichen Routine. Ein Vorstandsmitglied der KV BaWü hat seinen Kollegen als Handlungshinweis mit auf den Weg gegeben: „Warum akzeptiert Ihr Regresse? Immer klagen, klagen, klagen!“ – Heilmittelerbringer könnten eine perfekte Unterstützung liefern und so die weitere Versorgung ihrer Patienten mit Heilmitteln sicherstellen.

bu

Verhandlungsmarathon beendet:

Neue Preise und Verträge für Logopäden

Nach acht Jahren gibt es für Logopäden und Sprachheiltherapeuten zum 1. August 2009 endlich eine neue Preisvereinbarung mit dem Verband der Angestellten-Ersatzkassen (vdek). 7,5 Prozent Preiserhöhung bei den wichtigsten Positionen und ein aktualisierter Rahmenvertrag mit neuen Leistungsbeschreibungen – das ist das Ergebnis eines jahrelangen Verhandlungsmarathons zwischen Berufsverbänden und Ersatzkassen.

Seit 2001 hat es keine Preiserhöhung mehr gegeben. In dieser Zeit hätte es Verhandlungsspielraum von insgesamt 9 Prozent gegeben (Steigerungsrate der Grundlohnsumme). Berücksichtigt man Zinsausfälle, Inflationsrate, etc. ist das Ergebnis betriebswirtschaftlich unbefriedigend.

Die Preise für die 60 Minuten Behandlung sind praktisch gleich geblieben. Bei den 45-minütigen Behandlungen beträgt die Preiserhöhung für 2009 gerade mal 4,15 Prozent und erst ab 2010 7,5 Prozent. Halbstündige Behandlungen werden in Zukunft mit 0,08 Euro höher vergütet als 2001. Berechnet man den Minutenpreis mit der neuen Mindestbehandlungsdauer und vergleicht das Ergebnis mit dem bisherigen Minutenpreis, ergeben sich überall deutlich Abschläge (-4 bis -16 Prozent).

Die Position Befunderhebung mit Test ist der einzige wirkliche Lichtblick: Einer Erhöhung von 10,49 Prozent auf 57 Euro in 2009 folgt dann ab 2010 die nochmalige Erhöhung auf 58 Euro. Ärgerlich nur, dass die beste Preisanpassung nicht für die am meisten abgerechneten Positionen durchgesetzt werden konnte.

Neue Hausbesuchspauschale

Offensichtlich unter den Tisch gefallen ist die Abrechnungsposition für 5-er Gruppen: Der Vergütungsrückgang beträgt satte 28 Prozent! Nach Auskunft des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) habe sich um die Gruppentherapiepositionen „niemand so richtig gekümmert." Und: Handlungsbedarf dort nachzubessern gibt es aus Sicht des dbl nicht.

Ebenfalls weggefallen ist die Hausbesuchsgebühr und das Wegegeld. Stattdessen gibt es die neue Hausbesuchspauschale in Höhe von € 11,30, unabhängig von der Länge des Anfahrtsweges und der Zahl der hintereinander behandelten Patienten in derselben Einrichtung.

Neben den Preisvereinbarungen ist auch endlich der neue Rahmenvertrag beschlossen worden, der den vielfältigen gesetzlichen Änderungen seit 2004 Rechnung trägt. Fortbildungspflicht, Anpassung der Leistungsbeschreibung an den Heilmittelkatalog – jetzt gilt auch für die Logopäden und Sprachtherapeuten, was Physiotherapeuten und Ergotherapeuten schon länger kennen.

Kein Grund zur Euphorie

Der Geschäftsführer des Deutschen Bundesverbands der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) Volker Gerrlich findet, dass der neue Abschluss richtig und notwendig gewesen sei. Letztlich wäre es seiner Ansicht nach überaus fraglich gewesen, ob ein Schiedsverfahren zu einem besseren Ergebnis geführt hätte. Keine Euphorie also beim dbs, aber Zufriedenheit über ein ordentliches Arbeitsergebnis.

Auf der Internetseite des dbl liest sich das schon etwas anders: „Im Team erfolgreich: der dbl und seine aktiven Mitglieder haben großen Anteil an den seit Jahren erstmals wieder erfolgreichen Kassenverhandlungen mit dem vdek. „Join the winnig team! – ist die Botschaft, die wir nun an alle LogopädInnen herantragen sollten, die noch nicht Mitglied im dbl sind", so dbl-Geschäftsführer Lucas Rosenthal.

Fragt sich, ob die dbl Mitglieder ebensoviel Euphorie entfalten wie Lucas Rosenthal – angesichts des Verhandlungsergebnisses könnte etwas mehr Zurückhaltung wirklich nicht schaden. *bu*

Service: Die neuen Verträge, Preislisten und Leistungsbeschreibungen können praxiswissen24-Kunden kostenlos bei der Hotline (0800/9477360) anfordern.

i Zum Thema

Steigerungsrate der Grundlohnsumme

Im Sozialgesetzbuch V wird das Thema Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfassend geregelt. Im §71 wird festgelegt, dass Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern immer so gestaltet werden müssen, dass die Vergütungen für bestehende Leistungen nicht stärker ansteigen, als die Einnahmen der Krankenkassen. Die Einnahmen der Krankenkassen waren bisher stark mit der Lohnentwicklung der Versicherten verknüpft. Im §71 wurde festgelegt, dass die Vergütung für Leistungserbringer in jedem Jahr nur so stark ansteigen kann, wie sich die Grundlohnsumme verändert. Diese Veränderung der Grundlohnsumme wird durch die Bundesregierung regelmäßig bestimmt und ist dann die Obergrenze für Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Heilmittelverbänden.

Weil durch diese Regelung sichergestellt wird, dass die Honorare nie schneller wachsen können als die Beiträge der Krankenkassen, wird das Verfahren unter dem Begriff Beitragssatzstabilität zusammengefasst. *bu*

Bundestag:

Änderung der Berufsgesetze beschlossene Sache

Der Bundestag hat die Änderung der Berufsgesetze für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen beschlossen. Das teilte das Bundeministerium für Gesundheit am 03. Juli 2009 mit.

Nach mehreren gescheiterten Versuchen hat der Bundestag die Änderung der Berufsgesetze nun für Therapeuten beschlossen. Mit den Änderungen werden zeitlich befristete Modellklauseln eingeführt, die es den Ländern erlauben, für die genannten Ausbildungsberufe eine universitäre Ausbildung probeweise einzuführen. Damit kann eine akademische Weiterentwicklung der Berufe der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erprobt werden. Die praktische Ausbildung soll dabei erhalten bleiben. Der begleitende Unterricht könne in seinen theoretischen und praktischen Teilen neu gestaltet werden, um die Akademisierung zu erproben, so der Wortlaut in der Gesetzesänderung.

„Mit der Einführung der Modellklausel in die Berufsgesetze der nichtärztlichen Heilberufe sollen Erweiterungsmöglichkeiten der Ausbildungsstrukturen der nichtärztlichen Heilberufe aufgrund veränderter Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitsversorgung erprobt werden“ heißt es in der Begründung des Bundestages zur Zielsetzung der Gesetzesänderung. „Ferner soll die Wettbewerbsfähigkeit dieser Ausbildungen im europäischen Vergleich erhöht und die Mobilität deutscher Berufsangehöriger im europäischen Raum gefördert werden“.

Wie genau diese Modellklausel praktisch umsetzt wird und in welchem Zeitraum dies erfolgen soll, ist bislang unklar. *pm/ko*

Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode – 7 – **Drucksache 16/9898**

Anlage 2

Stellungnahme der Bundesregierung

Zu den Artikeln 1 bis 4 des Gesetzentwurfs

Die Artikel 1, 2, 3 und 4 des Gesetzentwurfs dienen der Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapeuten (Artikel 1), Hebammen (Artikel 2), Logopäden (Artikel 3) und Physiotherapeuten (Artikel 4). Die Modellklausel sieht ein zeitlich befristetes Abweichen von der Vorgabe der Gesetze, wonach die Ausbildung jeweils an staatlich anerkannten Schulen stattfindet, sowie den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vor. Insbesondere wird damit eine parallele akademische Ausbildung in den im Gesetzentwurf enthaltenen Berufen ermöglicht.

Die Bundesregierung begrüßt den Gesetzentwurf, weil er die Diskussion über die Weiterentwicklung der grundständigen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen, z. B. durch akademische Ausbildungsangebote, auch von Länderseite anstößt. Allerdings bedarf er aus Sicht der Bundesregierung einer weiteren intensiven Diskussion im Gesetzgebungsverfahren.

So fehlen dem Gesetzentwurf, obwohl er von Modellvorhaben ausgeht, wesentliche Elemente wie Aussagen zur Dauer der zeitlichen Befristung, zur Evaluation sowie dem Umgang mit den Ergebnissen der Modelle: Letzteres erscheint der Bundesregierung insbesondere im Hinblick auf die Frage wichtig, ob die Erprobung auf eine dauerhafte Etablierung von akademischen und nichtakademische Ausbildungen nebeneinander oder eine Akademisierung der grundständigen Ausbildungen abzielt. Diese Aussagen sind aus Sicht der Bundesregierung von Bedeutung, weil Modellvorhaben generell die Einheitlichkeit der Berufsqualifikationen gefährden. Sie sind aber auch für die Patientinnen und Patienten wichtig, die über die Qualifikation ihrer Behandler informiert sein wollen, wie für die Bewerberinnen und Bewerber bei der Frage, welchen Ausbildungsweg sie einschlagen werden und welche Zukunftsperspektiven die Wahl des Ausbildungsgangs bietet.

Der Gesetzentwurf lässt darüber hinaus aus Sicht der Bundesregierung verschiedene Rechtsfragen offen. Sie betreffen die Unterscheidung der Abschlüsse nach außen, wenn sowohl die Regelausbildung wie eine akademische Ausbildung dazu führt, dass das Führen der gleichen Berufsbezeichnung erlaubt wird. Der Gesetzentwurf geht nicht auf mögliche finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheitssystem ein, wenn akademisch qualifizierte Bewerberinnen und Bewerber zur Verfügung stehen. Eine Sonderfrage stellt sich zudem bei der Hebammenausbildung, die den Abschluss eines Ausbildungsvertrages nach dem Vorbild des Berufsbildungsgesetzes inklusive der Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung zwingend vorsieht. Ohne weitere Regelungen wären auch die Hochschulen zur Einhaltung dieser Bestimmungen verpflichtet.

Dem Gesetzentwurf fehlt schließlich eine Begründung zur Auswahl der darin enthaltenen Berufe, weil er nicht alle dreijährig ausgebildeten Gesundheitsfachberufe (es fehlen z. B. Diätassistenten, MTA) umfasst.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die dargestellten Fragen im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens beantwortet werden können. Hierzu soll auch ein Forschungsgutachten beitragen, das sich auf Vorschlag der Amtschefkonferenz und Beschluss der anstehenden Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mit den genannten Fragestellungen befassen soll, um ein umfassendes Konzept zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe zu entwickeln, das auch für die Berufsangehörigen und deren Perspektive Verlässlichkeit schafft.

Die Bundesregierung begrüßt zwar die neue Modellklausel, hat aber trotzdem berechtigte Kritik an dem Gesetzentwurf.

Gruppentherapie vorrangig verordnen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin und die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wandten sich Anfang Juni mit einem Schreiben zur Heilmittelverordnung 2009 an die niedergelassenen Ärzte. Die Ärzte wurden darauf hingewiesen, dass nach den Heilmittel-Richtlinien Gruppentherapie vorrangig zu verordnen sei und die Heilmittelerbringer die Gruppenbehandlung nicht ablehnen dürften, wenn sie über einen „Gruppenbehandlungsraum" verfügten.

Der Deutsche Verband für Ergotherapeuten (DVE) äusserte sich dazu in einer Pressemitteilung vom 23.06.09: „Grundsätzlich begrüßt der DVE Maßnahmen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen – dieser Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung muss von allen Beteiligten beachtet werden, um sorgsam mit den Beiträgen der Versicherten umzugehen. Doch auch das Wirtschaftlichkeitsgebot, so wichtig es ist, darf nicht überstrapaziert werden.

Gerade im Bereich der Verordnung von Gruppentherapie muss sorgfältig abgewogen werden, ob das Therapieziel auch in der Gruppe erreicht werden kann oder ob Einzeltherapie medizinisch notwendig ist. Dazu müssen verschiedenste Kriterien wie Indikation, angestrebte Zielsetzung, aber auch Alter und Entwicklungsstand und anderes mehr als Entscheidungsparameter herangezogen werden.

Die Zulassungsbedingungen der Krankenkassen sehen im Übrigen keine Gruppenräume vor, zumal ist die betriebswirtschaftliche Erbringung von Gruppentherapien bei der derzeitigen Vergütungsstruktur nur schwer zu leisten." *pm*

Neues Gutachten zur Gesundheitsversorgung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dem Bundesgesundheitsministerium sein aktuelles Gutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens" übergeben. Experten sprachen sich darin für neue Kooperationen der Gesundheitsberufe aus.

Auf über 900 Seiten empfehlen sieben Professorinnen und Professoren, was im Bereich Prävention, Krankenversorgung, Ausbildung, Finanzierung und Vertragspolitik getan werden müsste, um den heutigen Herausforderungen gerecht zu werden. Bestehende Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung stünden dabei im Mittelpunkt, hieß es in einer Pressemitteilung des Rates.

Service: Die Kurz- oder Langfassung des Gutachtens können Sie bei der Hotline anfordern.

Der Sachverständigenrat begrüßte die Erprobung neuer Formen der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Eine weitergehende Zusammenarbeit aller Berufsgruppen sei als Voraussetzung für die Bewältigung kommender Anforderungen unverzichtbar. Durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen könnten die Beteiligten voneinander profitieren und an Autonomie und beruflicher Performance gewinnen.

Der Rat schlägt ein Konzept vor, „das auf eine generationenspezifische und regional differenzierte Versorgung abzielt". Grundgedanke sei es, „für alle Leistungserbringer Anreize so zu setzen, dass sie ein eigenes Interesse an einer effizienten und effektiven Versorgung zum Wohle des Patienten besitzen", heißt es weiter. *pm/ks*

Elektronisches Beruferegister für Gesundheitsfachberufe kommt nach Bochum

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich als Standort für die Errichtung des länderübergreifenden elektronischen Beruferegisters für Gesundheitsfachberufe (eGBR) für Bochum (NRW) entschieden. Damit sollen künftig alle Gesundheits-Berufsgruppen Zugriff auf elektronische Verordnungen und Dokumente erhalten.

„Das elektronische Beruferegister für Gesundheitsfachberufe der Länder (eGBR) kommt zum Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen in Bochum", sagte Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zu einem entsprechenden Beschluss der 82. Gesundheitsministerkonferenz vom 24. Juni 2009 in Erfurt.

Das elektronische Berufsregister wird benötigt, damit neben Ärzten und Apothekern auch alle weiteren Angehörigen von Berufen im Gesundheitswesen, wie Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, u.a. in Zukunft auf elektronische Verordnungen (elektronisches Rezept) und Dokumente zugreifen können. Um das Register nutzen zu können, benötigen die rund zwei Millionen Angehörigen dieser Berufsgruppen elektronische Heilberufs- oder Berufsausweise.

„Die elektronischen Heilberufs- und Berufsausweise sollen gemeinsam mit der elektronischen Gesundheitskarte eine sichere und vertrauenswürdige Kommunikation im Gesundheitswesen ermöglichen", sagte Laumann. Vor allem von den Datenschutzbeauftragten werden diese Ausweise gefordert, die eine qualifizierte digitale Signatur gemäß den Vorgaben des Signaturgesetzes erhalten werden. Das eGBR wird seine Arbeit aufnehmen, sobald ein Staatsvertrag unter den Ländern abgeschlossen ist. *pm*

1. Juli 2009:

Das hat sich geändert

Zahlreiche Gesetzesänderungen sind zum 1. Juli 2009 in Kraft getreten und haben mehr oder weniger deutliche Auswirkungen auf Inhaber von Heilmittelpraxen. Wir haben die wesentlichen Änderungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für Sie zusammengestellt.

Krankenkassentarif sinkt

Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung sinkt von 15,5 auf 14,9 Prozentpunkte (ermäßigter Beitragssatz: von 14,3 auf 13,7 Prozent). Zum Ausgleich werden die Steuermittel an die GKV erhöht.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Minimale Einsparung bei den Lohnnebenkosten bringt auch für Mitarbeiter minimale Erhöhung des Nettolohns. (Bruttogehalt 2.500 Euro, ledig, ohne Kinder: Einsparung Arbeitgeber € 7,50 – eine Erhöhung des Nettolohns € 7,50)

Hausarztmodelle werden Pflicht

Krankenkassen müssen Versorgungsverträge zur Hausarztzentrierten Versorgung bevorzugt mit Hausarztverbänden schließen und zwar bundesweit. Ziel ist es, allen Mitgliedern der GKV die Möglichkeit zu bieten, an Hausarztzentrierten Versorgungsmodellen teilzunehmen.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Bei Hausarztmodellen verpflichten sich Patienten, immer zuerst zum Hausarzt zu gehen. Dieser entscheidet dann über Zuweisungen zu Fachärzten. Eine Zunahme solcher Verträge kann dazu führen, dass ein „Ärzte-Hopping" für weitere Heilmittelverordnungen schwieriger wird. Die Hausärzte werden eine wichtigere Rolle für Heilmittelerbringer bei der Verordnungszuweisung spielen.

Qualitäts-Noten für Pflegedienste

Am 1. Juli ist der Startschuss für die neuen Pflegenoten gefallen. Das von der Selbstverwaltung der Pflegekassen und Trägern entwickelte Bewertungssystem soll Angehörigen und Pflegebedürftigen besser bei der Suche nach einem Pflegeheim oder einem ambulanten Pflegedienst helfen. Die Bewertung der Qualität findet unter neuen Kriterien statt.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Kurzfristig keine Auswirkungen – mittelfristig nimmt der Druck auf alle Leistungserbringer zu, Qualität zu belegen. Auch die Ärzte haben gerade ein Qualitätsindikatoren–Set verabschiedet, das die Qualität der ärztlichen Versorgung messen soll.

Neuregelung der Kfz-Steuer

Bei Neufahrzeugen entscheidet mit der neuen Kraftfahrzeug-Steuer vor allem der Ausstoß von Kohlendioxid über die Höhe der Steuer, nicht mehr die Hubraumgröße. Die Umstellung der Kfz-Steuer auf den Ausstoß von Kohlendioxid (CO_2) gilt für alle neu zugelassenen Neufahrzeuge.

Zum 1. Juli 2009 wurden zahlreiche Gesetze geändert. Auch für Praxisinhaber hat das Konsequenzen.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Bei der Kalkulation von Praxisautos für Hausbesuche die Steuer-Umstellung berücksichtigen!

Aufstiegsausbildungsförderungsgesetz auch für Therapeuten

Der Kreis der Anspruchsberechtigten auf das sogenannte „Meister-Bafög" wächst. Künftig können auch Altenpflegekräfte und Erzieherinnen und Erzieher gefördert werden. Außerdem sind höhere Leistungen für eine Aufstiegsfortbildung vorgesehen.

Das „Meister-BAföG" unterstützt die Erweiterung und den Ausbau beruflicher Qualifizierung, stärkt damit die Fortbildungsmotivation des Fachkräftenachwuchses und bietet über den Darlehensteilerlass hinaus für potenzielle Existenzgründer einen Anreiz, nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen und Arbeitsplätze zu schaffen.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Bei Weiterqualifikation – ganz gleich ob für sich selbst oder für Mitarbeiter – immer prüfen, ob eine Förderung möglich ist. Je nach Lebenssituation, Familienstand, Kinderzahl, eigenes Einkommen, Einkommen des Ehegatten, variiert die Höhe der Förderung sehr stark. Auch ist das Verhältnis zwischen Darlehen und Zuschuss von verschiedenen Faktoren abhängig, ebenso wie die Förderung der Lehrgangsgebühren. Und ganz wichtig – auch die Weiterqualifikation, z.B. in Richtung Betriebswirtschaft und Organisation, ist förderfähig!

Rentenerhöhung

Zum 1. Juli 2009 erhöhen sich die gesetzlichen Renten deutlich. In Westdeutschland steigen sie um 2,41 Prozent und im Osten auf 3,38 Prozent. Die diesjährige Höhe der Rentenanpassung ergibt sich daraus, dass die anpassungsrelevanten Löhne im letzten Jahr im Westen um rund 2,1 Prozent und im Osten um rund 3,1 Prozent gestiegen sind.

► **Konsequenz für Praxisinhaber:** Die große Zielgruppe Rentner verfügt ab sofort über etwas mehr Geld. *bu*

Symposium in Kiel:

Politiker kritisieren Hoppes Priorisierungsdebatte

Die Priorisierungsdebatte im deutschen Gesundheitswesen wird von der Politik vor der Bundestagstagswahl nicht mehr geführt. Damit sehen sich Ärzte weiterhin in die Rolle gedrängt, mit ihren Patienten in den Praxen darüber zu diskutieren, weshalb bestimmte Leistungen nicht verordnet werden können.

Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, hatte auf dem jüngsten Deutschen Ärztetag das Thema Rationierung und Priorisierung aufgegriffen. Denn nach Ansicht vieler Ärzte sollte bei knappen Finanzmitteln öffentlich darüber diskutiert werden, wofür die Beitragsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben werden.

Von der Politik musste Hoppe sich dafür Kritik gefallen lassen. Dies zeigte sich auch auf einem Symposium des Kieler Gesundheitsökonomen Professor Fritz Beske. Die dort anwesenden Politiker unterstellten Hoppe taktische Fehler. „Wer solch eine Debatte im Wahljahr beginnt, muss sich über so scharfe Reaktionen in der Öffentlichkeit nicht wundern“, sagte etwa FDP-Gesundheitsexperte Daniel Bahr. Er warf Hoppe vor, dem Thema mit seinem Vorstoß einen „Bärendienst“ erwiesen zu haben. Zugleich räumte Bahr aber ein, dass es Rationierung im deutschen Gesundheitswesen gebe.

Entscheidungskompetenz regionalisieren

SPD-Politiker Dr. Wolfgang Wodarg hält es für erforderlich, die Entscheidungskompetenz über die Mittelverteilung im Gesundheitswesen zu regionalisieren – und damit vor Ort entscheiden zu lassen, ob die zur Verfügung stehenden Mittel etwa in einen neuen Rettungshubschrauber oder in eine neue Therapie investiert werden.

CDU-Politiker Dr. Rolf Koschorrek sprach sich zwar ebenfalls für eine öffentliche Debatte aus, aber: „Nicht so wie auf dem Ärztetag. Das hat eher geschadet als genutzt.“ Koschorrek erwartet Anpassungen im Leistungskatalog. Künftig müsse es ein langsameres Tempo bei der Aufnahme von neuen Leistungen geben. Der Fortgang der Debatte, die nach Einschätzung der Politiker vor der Bundestagswahl nicht mehr aufgegriffen wird, ist auch für Therapeuten bedeutsam. Wenn Entscheidungen über die Mittelverwendung im Gesundheitswesen verlagert werden, kann dies massive Veränderungen im Leistungskatalog nach sich ziehen.

Ärzte wollen stille Rationierung nicht akzeptieren

Fest steht, dass die Ärzte das Thema weiter forcieren wollen. Der NAV-Virchowbund-Vorsitzende Klaus Bittmann kündigte an, dass Ärzte eine stille Rationierung nicht länger akzeptieren werden: „Wir Ärzte machen uns schuldig, wenn wir das stillschweigend hinnehmen.“ Hinter der stillen Rationierung verbirgt sich die von Ärzten beobachtete Entwicklung, dass Leistungen den Patienten zwar auf dem Papier zustehen, mit den zur Verfügung gestellten Geldmitteln aber nicht bezahlbar sind. Verordnende Ärzte geraten damit in die Zwickmühle und müssen entscheiden, welchen Patienten sie welche Leistungen vorenthalten. Bittmann kündigte an, das Thema gemeinsam mit Patienten „auf die Straße zu tragen“.

Schleswig-Holsteins kommissarische KV-Vorsitzende Ingeborg Kreuz warf der Politik beim Umgang mit dem Thema Rationierung Unehrlichkeit vor und forderte sie zu einer öffentlichen Diskussion auf. Während Wolfram Candidus von der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) hofft, das Thema auch ohne politische Unterstützung breit diskutieren zu können, ist Gesundheitsökonom Beske skeptisch: „Erst, wenn die Politik sich dazu bekennt, wird es zu einem öffentlichen Thema.“

Schleswig-Holsteins vdek-Leiter Dietmar Katzer hält es für übertrieben, dass im deutschen Gesundheitswesen von grenzenlosen Leistungen gesprochen wird. „Wir sind in der Lage, Einschnitte vorzunehmen. Es traut sich nur keiner, Prioritäten zu setzen“, sagte Katzer. Er forderte von der Politik Rahmenbedingungen, die die Priorisierungsdebatte überflüssig machen. Bis September ist damit wohl nicht mehr zu rechnen, meint Beske: „Hoffen wir, dass es nach der Bundestagswahl gelingt.“ *di*

kurz & knapp

Urteil: Zusätzlicher Freibetrag für Familien muss anerkannt werden +++ Das Bundessozialgericht in Kassel hat in einem Grundsatzurteil festgelegt, dass die Krankenkassen Familien mit Kindern bei der Berechnung der maximal zulässigen Zuzahlungsbeträge besser stellen müssen als bisher. Praxisinhaber können ihre Patienten als Serviceleistung darauf aufmerksam machen, dass bei den Kassen jetzt für vier Jahre rückwirkend ein Überprüfungsantrag gestellt werden kann. Bisher haben die Kassen bei der Berechnung der Belastungsgrenze zwar einen Grundfreibetrag von jährlich 1.932 Euro für jedes Kind berücksichtigt, ein zusätzlicher Freibetrag für Betreuung, Erziehung und Ausbildung in Höhe von 1.080 Euro wurde jedoch ignoriert. Dieses Verfahren hat das BSG nun in seinem Urteil aufgeboben und die Kassen verpflichtet, auch diesen Freibetrag bei der Berechnung der Belastungsgrenze zu berücksichtigen. Im konkreten Fall bedeutet das eine Ersparnis der Familie von mehr als 40 Euro im Jahr. *bu*

3.000 Demonstranten am 15. Juli in Kiel

Ärzte und Patienten zeigten Gesundheitspolitik die gelbe Karte

Ärzten im Norden ist es gelungen, Patienten für ihre Probleme zu interessieren und zu mobilisieren. Rund 3.000 Mediziner und Patienten demonstrierten am 15. Juli in Kiel gegen die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und zeigten den Politikern die gelbe Karte.

Wo versickert das viele Geld, das von uns in die Krankenkassen eingezahlt wird? Warum hat mein Arzt keine Zeit mehr für mich? Warum bekomme ich nicht die Medikamente, die ich brauche? Wie werden in Zukunft kranke und alte Menschen behandelt, wenn das gesamte Gesundheitssystem nur noch aus multinationalen Konzernen wie der Pharmaindustrie besteht? Solche Fragen stellen sich immer mehr Patienten und gingen deswegen in Kiel auf die Straße. Sie wurden von Ärzteverbänden unterstützt und mahnten die Politik mit der gelben Karte ab.

60.000 der gelben Karten, die Patienten gegen eine nach ihrer Ansicht verfehlte Gesundheitspolitik unterzeichnet hatten, luden die Demonstranten vor dem Kieler Landeshaus ab – den Gesundheitspolitikern der Parteien direkt vor die Füße.

Schulterschluss von Ärzten und Patienten

Die Patienten, die zuvor Seite an Seite mit den Ärzten durch die Kieler Innenstadt marschiert waren, traten damit zugleich für Forderungen wie Erhalt der wohnortnahen Versorgung und der freien Arztwahl

60.000 gelbe Karten bekamen die Gesundheitspolitiker im Kieler Landeshaus.

ein. Gesa Dibbern etwa war dabei, weil sie befürchtet, dass die ärztliche Versorgung auf dem Land noch stärker ausgedünnt wird. Nach ihrer Ansicht sind Kassen und Politik Rechenschaft darüber schuldig, was mit den Beiträgen geschieht: „Wo fließt das viele Geld hin?“
Dass so viele Patienten in Kiel dabei waren, war in erster Linie auf die Zusammenarbeit zwischen dem

Ärzte und Patienten gingen in Kiel gemeinsam auf die Straße und forderten bessere Bedingungen im Gesundheitswesen.

örtlichen Praxisnetz, dem 440 Ärzte angehören, und der bundesweiten Patienteninitiative Schulterschluss zurück zu führen. Sabine Petersen, regionale Initiatorin der Patienteninitiative, heizte den Politikern vor dem Landeshaus ein. „Wir sind nicht von den Ärzten herchauffiert worden, sondern freiwillig gekommen. Wir sind erschrocken, weil die Ärzte so nicht weiter arbeiten können“, sagte sie mit Blick auf die Arbeitsbedingungen der Praxisinhaber. Petersen forderte dazu auf, Ärzte so zu bezahlen, dass diese eine vernünftige Patientenversorgung leisten können.

Bald schon rote Karte?

Schon seit einigen Wochen organisiert die Initiative im Norden Diskussionsrunden, um auf die Probleme im Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Urologe Wolfgang Keil vom Kieler Praxisnetz sieht zahlreiche gemeinsame Interessen von Ärzten und Patienten – und viele Maßnahmen der Gesundheitspolitik, die gegen Ärzte und Patienten gerichtet sind. Als Beispiele nannte er die Praxisgebühr und Rabattverträge für Arzneimittel. Nicht ausgeschlossen ist, dass die Bewegung erst am Anfang steht. Schulterschluss ist auch in anderen Regionen aktiv. Im Norden wollen sich die Beteiligten nach der Demonstration nicht zurücklehnen. Sollten sich die Rahmenbedingungen nicht ändern, so ihre Drohung, könnte es das nächste Mal die rote Karte geben. *di*

Service: Ärzte, Therapeuten und Patienten kämpfen gemeinsam für mehr Transparenz im Gesundheitswesen auf der Internetseite: www.patient-informiert-sich.de.

Bündener Ärztenetz

Physiotherapeuten am Betriebsgewinn beteiligt

Physiotherapeutin Judith Nehl ist von ist von ihrem Arbeitsplatz vollends überzeugt. „Wir verdienen monatlich brutto 500 bis 800 Euro mehr als unsere Kolleginnen und Kollegen, die herkömmlich arbeiten", sagt sie. Der Gesundheitsverbund Medizin und Mehr (MuM) im nordrhein-westfälischen Bünde macht es möglich.

MuM ist ein Ärztenetz, bestehend aus 73 Ärzten und rund 50 Praxen im Gebiet Bünde, Kirchlengern und Rödinghausen in Ostwestfalen. Neben den Arztpraxen hat MuM eine Reihe von weitern Angeboten unter einem Dach in Bünde etabliert: Ernährungsberatung, Prävention oder Fitness. Das Netz hat sich in seinem über zehnjährigen Bestehen damit von einem simplen Ärztenetz hin zu einem komplexen Gesundheitsdienstleister mit eigener Geschäftsführung und TV-Programm entwickelt, der IGeL-Angebote, Selbstzahlerleistungen und Kooperationen mit Krankenhäusern zu einem großen Paket bündelt und aus einer Hand liefert.

MuM leistet sich eigene Physiotherapiepraxis

Judith Nehl ist bei MuM angestellt als Leiterin der Physio-Med GbR Physiotherapiepraxis und der MuM-Vital GbR, einem Zentrum für Krankengymnastik, Gruppentherapie und Rehabilitation. „Im Prinzip sind die beiden Gesellschaften aber nur zwei Standorte der gleichen GbR", erklärt MuM-Geschäftsführerin Claudia Schrewe. Beide Einrichtungen sind Eigenbetriebe von MuM. Rund 40 kooperierende Netzärzte leisteten per Umlage die Anschubfinanzierung unter anderem für MuM-Vital und die Physiotherapiepraxis. Jährlich fließen 100.000 Euro MuM-Beträge der Ärzte in das Haus in Bünde. So ermöglichen sie auch teurere Geräten. Das Zentrum bietet auch indikationsspezifische Kurse an, etwa eine Rheuma-Gruppe in Kooperation mit der Rheuma-Liga speziell für Fibromyalgie- Patienten.

Marke „MuM"

MuM will expandieren. MuM Vital, das erste Angebot an einem externen Standort, war eingerichtet worden, nachdem klar wurde, wie sehr groß die Nachfrage nach medizinischer Trainingstherapie in Bünde ist. Jetzt gibt es auch im Rahmen des Netzes typische Fitness-Angebote wie Indoor-Cycling oder Pilates. Als die MuM-Gesellschaften gegründet wurden, „da haben wir mit neun Mitarbeiterinnen angefangen", berichtet MuM-Geschäftsführerin Claudia Schrewe, „heute sind es 29."

Mit MuM in Bünde ist damit längst eine „Marke" entstanden. Auch für die Ärzte und Therapeuten. „Über diese Markenbildung haben wir es geschafft, eine Corporate Identity aufzubauen", erklärt Claudia Schrewe, der sehr viel an „Markenführung" liegt, wie sie sagt. „Wenn die Leute hierher kommen, dann kommen sie zu MuM. Fertig". Die Markenbildung sei auch für die Ärzte und Therapeuten von großem Nutzen, weil die Marke Kunden anzieht. Vermehrt überweisen inzwischen auch Ärzte, die nicht Mitglieder bei MuM sind, ihre Patienten in die MuM-Physiotherapie, erklärt Schrewe. Umgekehrt sind aber die MuM-Ärzte nicht verpflichtet, ihre Patienten stets in die MuM-Praxen zu überweisen. Es kooperieren also auch externe Physiotherapiepraxen und nicht alle Heilmittelverordnungen gehen automatisch in die MuM-Praxen. „Manche unserer Mitglieder sitzen ganz am Rande des MuM-Gebietes und müssten an mehreren Physiotherapiepraxen vorbei in unser Zentrum überweisen", so Schrewe, „das wäre nicht sinnvoll."

Dessen ungeachtet sollen nun die Therapeuten durch spezielle Fortbildungen nach und nach tiefer in den zweiten Gesundheitsmarkt hineingeführt werden, um das Angebot ständig zu erweitern, so Schrewe. Schon jetzt können die Patienten aus einem ganzen Strauß von Angeboten im MuM-Netzwerk wählen, zum Beispiel die Ernährungsberatung. Die MuM-Kurse gibt es für Einzelne, Familien oder Gruppen. In Bünde hat man sich auch auf spezielle Wünsche eingestellt: Zum Beispiel „Baby MuM" – eine Ernährungsberatung für Schwangere oder stillende Mütter. Wie bei allen Angeboten der MuM-Gruppe wird ausschließlich zertifizierte Qualität geboten. So dürfen etwa nur ausgebildete Diät-Assistentinnen oder Diplom-Oecotrophologen die Beratungs-Kurse anbieten. Auch Sportkurse, speziell abgestimmt auf die Bedürfnisse muslimischer Frauen, finden derzeit großen Anklang.

Grundlage ist ein IV Vertrag

Bereits im April 2005 hat das Netz einen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) geschlossen, eine Initiative mit der Vereinigten IKK und den ostwestfälischen Betriebskrankenkassen in der Region. Der Name des IV-Projektes: OPTI-MuM. Rund 70 Ärzte, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten und medizinische Trainingscenter sind in enger Zusammenarbeit mit der ansässigen Klinik an dem Vertrag beteiligt.

Judith Nehl und ihre Kolleginnen und Kollegen sind derzeit mit besonderen Rückenschulen in den Vertrag eingebunden. Über das Integrierte Versorgungsmodell der Bündener Ärzte und Therapeuten werden potentiell 20 000 Patienten versorgt. Das entspricht dem Anteil der IKK-BKK Patienten von 35 Prozent der Gesamtzahl in der Region.

Das Leistungsspektrum des Vertrags umfasst 26 Tätigkeitsfelder, wie Wund- und Medikamentenmanagement, Ernährungsberatung, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und vieles mehr. Neben der Regelversorgung stehen den Patienten damit Zusatzleistungen innerhalb der genannten Module zur Verfügung. Dabei versteht OPTI-MuM sich als „lernendes System" mit Prozesscharakter und wird fortlaufend um neue Module erweitert. Die Honorierung der Ärzte erfolgt extrabudgetär – im Gegenzug verpflichten sich die Ärzte zur Einhaltung festgelegter Ziele. Durch diese Initiative schuf MuM neue Behandlungsstrukturen für kostenintensive chronische Erkrankungen, ein funktionierendes Medikamenten- und Wundmanagement, optimale Heil- und Hilfsmittel- sowie Inkontinenzversorgung und ein präventives Maßnahmenpaket. Das System funktioniert. Schrewe: „Im Rahmen von OPTI-MuM behandelten wir zum Beispiel einen übergewichtigen, adipösen 39-jährigen Mann. Nach sechs Monaten in OPTI-MuM hatte er 31 Kilogramm abgenommen und konnte seine Bluthochdruck-Medikamente absetzen. Blutzucker und Fette waren normal. Da freuen sich auch die Kassen."

Im vergangenen Jahr betrug das Budget von OPTI-MuM 1,4 Millionen Euro. Seit diesem Jahr erfolgt die Finanzierung aus Einsparungen bei den Finanzposten Arbeitsunfähigkeit und stationäre Versorgung, erklärt Claudia Schrewe.

Therapeuten sind auch Verkäufer

„Wenn wir einen Rückenpatienten haben, dann versorgen wir ihn nicht nur in der IV-Struktur durch unsere Ärzte und die verschriebenen Anwendungen, sondern er geht oft auch noch an die Sportgeräte oder zur Extra-Physiotherapie", sagt Schrewe. Judith Nehl bringt das Arbeitsprinzip von MuM so auf den Punkt: „Wir lassen unsere Patienten nicht aus den Augen." Früher sei das anders gewesen. Wenn das Rezept zuende war, habe man den Patienten höchstens irgendein Studio empfohlen. Heute sind die MuM-Patienten explizit auch Kunden der Therapeuten. Nehl: „Da geben wir uns natürlich viel mehr Mühe, um die Patienten zu halten. Wir sind unsere eigenen Verkäufer. Ein völlig anderes Arbeiten."

Die besondere Vergütungsstruktur dürfte ein Übriges zum Gelingen des MuM-Prinzipes beitragen. Bei MuM sind die angestellten Therapeuten am Gewinn der Praxen beteiligt. Rezepte und Selbstzahlerleistungen werden per Software personalisiert. Das heißt, am Ende des Monats ist abzulesen, welche Therapeutin welchen Umsatz gemacht hat. Eine festgelegte Menge – über die Höhe schweigt Schrewe sich aus – muss erreicht werden, damit das Grundgehalt in voller Höhe ausgezahlt wird. Von jedem Euro, den die Therapeuten mehr verdienen, fließen 35 Prozent als Gehaltsaufschlag in die Taschen der Therapeuten.

Das System hat einschneidende Folgen, denn der Umsatz steigt. „Deshalb sinkt der Anteil der Personalkosten und die Gehälter der Therapeuten wachsen", freut sich Schrewe, „der Dienst nach Vorschrift ist bei uns vorbei!" In der Tat. Das Praxis-Team fahre gerne zu den Fortbildungen, berichtet Judith Hehl. „Weil wir wissen, dass unsere eigenen Anstrengungen den Verdienst erhöhen können."

„Wir lassen unsere Patienten nicht aus den Augen" ist das Arbeitsprinzip der MuM Therapeuten.

Auch der Umgang mit den Patienten ändert sich, wenn es mal um unangenehme Aspekte geht. „Früher haben wir uns keine weiteren Gedanken gemacht, wenn ein Patient nicht zum vereinbarten Termin erschienen ist", berichtet die Therapeutin, „heute sind wir viel eher bereit, von den Patienten den entstandenen Ausfall zurück zu fordern." Im Übrigen habe sich gezeigt, dass die Patienten in der Regel viel Verständnis dafür haben. Inzwischen arbeitet MuM zusammen mit den Therapeuten an einem „Trostpflaster-System" als Ausgleich für Terminausfälle, die aus nachvollziehbaren Gründen zustande gekommen sind. „Wie das System letztlich aufgebaut sein wird, und ob es funktionieren wird, wissen wir noch nicht genau", sagt Nehl.

Die Zukunft liegt auf dem zweiten Gesundheitsmarkt

In der Physiotherapiepraxis wird immer noch viel auf Kassenkosten gearbeitet, berichtet Geschäftsführerin Schrewe. So verfügen etwa AOK-Kunden aus Westfalen-Lippe über einen Bonus von 500 Euro pro Jahr, den sie für Fitness und Sport ausgeben können. Aber die Zukunft scheint den Selbstzahlerleistungen zu gehören. „Viele Kurse werden schon heute privat bezahlt", sagt Schrewe. In diese Richtung soll es in Bünde weiter gehen. „Wir werden versuchen, mehr Selektiverträge direkt mit den Kassen abzuschließen." So sei die Behandlung von Rückenleiden nicht nur eine Spezialität von MuM, sondern für die Kassen längst ein „kostenrelevantes Thema". Für die Therapeuten bedeutet die MuM-Zukunft, ihr Fachwissen immer weiter zu vergrößern. „Auf dem zweiten Gesundheitsmarkt werden Angebote wie zum Beispiel Yoga-Kurse einen immer größeren Platz einnehmen", ist Schrewe überzeugt. Und auch die Behandlung großer Volksleiden sieht die Geschäftsführerin mit ihren Therapeuten in Bünde gut aufgehoben: „Die Behandlung von Überwicht und Adipositas auf Selbstzahlerbasis ist ein Wahnsinnsmarkt!" *ben*

Kontakt: Medizin und Mehr GbR,
Viktoriastrasse 19, 32257 Bünde,
Tel 05223- 98 56 20, Fax 05223- 98 56 21,
info@mum-buende.de, www.mum-buende.de

The Work

Andersrum Denken

Jeder Therapeut weiß: Der Patient ist nicht nur ein „Rücken" oder eine „TEP". Er ist vor allem ein Mensch mit großen und kleinen Sorgen, Problemen und bestimmten Denkmustern. Und die stehen manchmal dem Therapieerfolg im Weg. Der Bremer Physiotherapeut Hermann Rhiel bietet deshalb seinen Patienten eine Selbstzahlerleistung an, die eingefahrene Gedankenmuster aufbricht und so zum Therapieerfolg beitragen kann.

Das kleine Büchlein liegt etwas versteckt zwischen den Zeitschriften auf dem runden Tisch im Wartebereich der Praxis. „Lieben was ist" steht auf dem Titel, „Vier Fragen, die dein Leben verändern können". Man könnte meinen, es hätte sich thematisch verirrt und gehöre eher in eine Eheberatungsstelle als in eine Physiotherapiepraxis.

Physiotherapeut Hermann Rhiel bietet „The Work" als Selbstzahlerleistung an.

Doch Praxisinhaber Hermann Rhiel hat das Buch von Byron Katie über die Methode The Work absichtlich dort hingelegt. So können sich seine Patienten während des Wartens über sein Selbstzahlerangebot informieren.
Die Methode The Work wurde von der Amerikanerin Byron Katie entwickelt und ist eine Art mentaler Untersuchungsprozess von Gedankenmustern und Denkgewohnheiten. „Mit The Work kann man seine innere Bewertung verändern und sich eine spürbare Erleichterung und Entspannung verschaffen", erklärt der Praxisinhaber. Hört sich erst einmal etwas esoterisch an, aber das ändert sich schnell, wenn man es ausprobiert hat, meint Hermann Rhiel: „Man muss The Work schlicht und einfach machen. Dann wird man feststellen, dass man mental wirklich etwas verändern kann." Die Methode ist für Rhiel eine optimale Ergänzung zur Physiotherapie. „Die meisten Menschen leiden unter ihren körperlichen Beschwerden und hadern oft damit."

Kontakt: Vita Balance
Praxis für ganzheitliche Physiotherapie & Massage
Leher Heerstrasse 217
28357 Bremen
www.praxis-vita-balance.de/impressum.php
Telefon: 0421/ 23 26 29
E-Mail: rhiel@praxis-vita-balance.de

Wodurch entsteht Leid?

Die meisten Patienten leiden unter ihren Schmerzen und wollen diese schnell wieder los werden. Rhiel therapiert nicht nur, er stellt auch Fragen: „Wodurch entsteht denn eigentlich Leid? Leidet man, weil man Schmerzen hat oder weil man sich gegen den Schmerz wehrt?" The Work will genau diese Frage beantworten und die innere Einstellung zum Schmerz verändern. Dabei gehe es allerdings nicht darum, in einer Ablehnung zu verharren, also den Schmerz einfach nur loswerden zu wollen, sondern um eine innere Akzeptanz des Schmerzes, so Rhiel. „Es gibt aber immer wieder ein Missverständnis über Akzeptanz: wenn ich einen Schmerz akzeptiere, heißt das nicht, dass er zwangsläufig für immer bleibt". Bei The Work geht es um eine mentale Entspannung, die dann zu einer körperlichen Entspannung führen soll. In Kombination mit einer physiotherapeutischen Behandlung verändern sich oft die körperlichen Beschwerden. Das hat Hermann Rhiel schon häufig erlebt.

Klar strukturierte Methode

Obwohl man es vielleicht im ersten Moment anders vermuten würde, ist The Work ist eine klar strukturierte Methode. „Es geht sehr konkret darum, einen sogenannten Glaubenssatz zu hinterfragen", erklärt Rhiel. Ein Beispiel: Ein Patient hat Rückenschmerzen. Er nimmt sich den Glaubenssatz: „Mein Rücken sollte mir nicht mehr weh tun!". Dieser Satz wird aufgeschrieben und anhand von vier Fragen überprüft. Erste Frage: „Ist das wahr, dass mein Rücken mir nicht mehr weh tun sollte?". Zweite Frage: „Kann ich mit absoluter Sicherheit wissen, ob das wahr ist, dass mein Rücken mir nicht weh tun sollte?". Dritte Frage: „Wie fühle ich mich, wenn ich das glaube, dass mein Rücken mir nicht mehr weh tun sollte?". Vierte Frage: „Wie würde es mir gehen, wenn ich diesen Satz nicht mehr glaube?". „Wenn man sich auf all diese Fragen wirklich einlässt und sie untersucht, dann wird der Patient feststellen, dass er in einem Konflikt lebt". Denn der Rücken tut ja weh, obwohl er es nicht sollte. Der Patient wehrt sich also innerlich gegen seine Rückenschmerzen.

Im fünften und letzten Arbeitsschritt von The Work geht es um die sogenannte Umkehrung. Das heißt, man dreht den Glaubenssatz um. Im Beispielfall würde man das eigene Denken in den Vordergrund stellen und der Satz würde heißen: Mein Denken sollte mir nicht mehr weh tun. Dieser letzte Schritt ist ein sehr entscheidender Schritt, denn der Patient kommt man zu der Einsicht, dass es der Gedanke ist, der ihm weh tut. „Und der tut im Grunde noch mehr weh als der Rücken selbst". Mit diesen fünf Schritten kann man jedes mentale und körperliche Problem bearbeiten.

Keine Nachfrage ohne Werbung

Hermann Rhiel lernte die Methode vor zehn Jahren kennen und absolvierte die Ausbildung in den USA. Seit er vor drei Jahren seine Praxis in Bremen eröffnet hat, bietet er The Work als Selbtszahlerleistung an. 50 Euro kostet eine Stunde. „In 60 Minuten kann man eine Frage vollständig bearbeiten und hat damit ein effektives Ergebnis", so Rhiel. Obwohl der Physiotherapeut von der Effektivität der Methode vollkommen überzeugt ist, wird das Angebot von seinen Patienten bislang nur wenig angenommen. Das mag aber vor allem daran liegen, dass Rhiel dieses Angebot bislang so gut wie gar nicht beworben hat. Die einzige Information finden die Patienten in dem kleinen Buch im Wartebereich. *ko*

Anleitung

The Work in sechs Schritten

Willst du wirklich die Wahrheit wissen? Untersuche jede einzelne deiner Aussagen, indem du die vier untenstehenden Fragen und die Umkehrung verwendest. Verzichte auf „aber“, „weil“ sowie „und“. Gehe jeweils mit nur einer einzigen negativen Überzeugung durch den Untersuchungsprozess. Oft haben wir mehrere negative Überzeugungen über einen Menschen. Nimm stets nur ein Urteil pro Untersuchung. The Work ist Meditation. Es geht um Bewusstsein, und nicht um den Versuch, deinen Verstand zu verändern. Lass den Verstand die Fragen stellen und werde still. Gib dir Zeit, geh nach innen, und warte auf die Antworten, die tief aus deinem Inneren aufsteigen.

Die vier Fragen

1. Ist es wahr?
2. Kannst du mit absoluter Sicherheit wissen, dass das wahr ist?
3. Wie reagierst du, was passiert, wenn du diesen Gedanken glaubst?
4. Wer wärst du ohne den Gedanken?

Hier ist ein Beispiel für die Anwendung der vier Fragen mit der Aussage: “Paul sollte mich verstehen.”

1. Ist es wahr? Ist es wahr, dass er dich verstehen sollte? Werde still. Warte auf die Antwort deines Herzens.
2. Kannst du mit absoluter Sicherheit wissen, dass das wahr ist? Kannst du letztlich wissen, was er verstehen und was er nicht verstehen sollte? Kannst du wirklich wissen, was das beste Verständnis für ihn ist?
3. Wie reagierst du, was passiert, wenn du diesen Gedanken glaubst? Was geschieht, wenn du glaubst “Paul sollte mich verstehen” und er tut es nicht? Empfindest du Wut, Stress oder Frustration? Wirfst du ihm einen vernichtenden Blick zu? Versuchst du ihn in irgend einer Weise zu ändern? Wie fühlen sich diese Reaktionen in dir an? Bringt dir der Gedanke Stress oder Frieden? Werde still und lausche in dich hinein.
4. Wer wärst du ohne den Gedanken? Schliesse deine Augen. Stell dir vor, in der Gegenwart des Menschen zu sein, von dem du willst, dass er dich versteht. Nun stell dir vor, dass du den Menschen nur für einen Augenblick anschaust ohne den Gedanken: „Ich will, dass er mich versteht.“ Was siehst du? Wie wäre dein Leben ohne diesen Gedanken?

Die Umkehrung

Als Nächstes, kehre deine Aussage um. Die Umkehrungen sind eine Möglichkeit, das Gegenteil von dem in Betracht zu ziehen, was du bisher für wahr gehalten hast. Du kannst verschiedene Umkehrungen finden. Zum Beispiel wird “Paul sollte mich verstehen” umgekehrt zu:

- Paul sollte mich nicht verstehen. (Ist das manchmal nicht genauso wahr?)
- Ich sollte mich verstehen. (Das ist meine Aufgabe, nicht seine.)
- Ich sollte Paul verstehen. (Kann ich verstehen, dass er mich nicht versteht?) Erlaube dir, die Umkehrungen voll und ganz zu erfahren. Frage dich bei jeder Umkehrung: “Ist das genau so wahr oder wahrer?” Kannst du in deinem Leben spezifische Beispiele finden, wo die Umkehrung genauso wahr oder wahrer ist? Es geht hier nicht darum, dich selbst anzuklagen oder Schuldgefühle zu empfinden. Es geht darum, Möglichkeiten zu entdecken, die dir Frieden bringen.

Die Umkehrung der Nummer 6

Bei der Umkehrung der Aussage unter Nummer 6 gehen wir etwas anders vor:
„Ich will nie mehr einen Streit mit Paul erleben“ wird umgekehrt zu: Ich bin bereit, wieder einen Streit mit Paul zu erleben, und Ich freue mich darauf, wieder einen Streit mit Paul zu erleben.

Bei der Nummer 6 geht es darum, alle Gedanken und Erfahrungen mit offenen Armen willkommen zu heissen, denn dabei wird offensichtlich, wo wir weiterhin mit der Wirklichkeit im Krieg sind. Wenn du bei einem Gedanken noch Widerstand spürst, ist deine Arbeit nicht getan. Wenn du dich ehrlich auf Erfahrungen freuen kannst, die unbequem waren, dann hast du im Leben nichts mehr zu fürchten – dann siehst du alles als ein Geschenk, das dir Selbsterkenntnis bringen kann.

©2008 Byron Katie, Inc. All Rights Reserved. www.thework.com/deutsch www.thework.com +1 815-664-4209 / 1-800-98-KATIE

Service: Für die Ausbildung zum „Certified Facilitator for The Work of Byron Katie“ wird fließendes Englisch vorausgesetzt. Teile der Ausbildung werden bisher nur in den USA angeboten. Bereits ausgebildete und von Byron Katie zertifizierte Facilitators bieten in Deutschland Trainings für Coaches an. Weitere Informationen zu The Work: www.thework.com

Finanzminister fordert: Mehr Kulanz für Praxisinhaber

Wenn Praxisinhaber im Laufe des Jahres merken, dass der Gewinn im Vergleich zum Vorjahr zurückgeht, sollten sie beim Finanzamt eine Herabsetzung der Steuervorauszahlung beantragen. Dass solche Anträge zukünftig mehr Erfolg haben, dafür hat sich Bundesfinanzminister Peer Steinbrück jetzt eingesetzt.

In einem Brief an die Finanzminister der Länder hat Steinbrück darum gebeten, dass die Finanzämter in Krisenzeiten kulanter gegenüber Unternehmern und Selbstständigen sein sollen. „Mir ist es wichtig, dass auch die kleineren und mittleren Unternehmen in dieser Wirtschaftskrise nicht alleine gelassen werden. Wir sollten gerade diese Unternehmen bei der Bewältigung der Krise mit allen uns zur Verfügung stehenden Instrumenten unterstützen", so der Finanzminister in seinem Schreiben. Die Finanzämter sollen vor allem bei Anträgen auf Stundung, Erlass, Vollstreckungsaufschub oder Anpassung der Vorauszahlungen ihren Ermessenspielraum möglichst weitgehend ausschöpfen – zugunsten der von der Krise betroffenen Unternehmen.

Anlass für den aktuellen Brief sind Beschwerden von Kleinunternehmern und Selbstständigen, die unter Umsatzeinbrüchen leiden, aber dennoch an die Finanzbehörden Vorauszahlungen leisten müssen, die sich am wesentlich besseren Jahr 2008 orientieren. *bu*

Tipp: Sprechen Sie mit Ihrem Steuerberater und überprüfen Sie, ob das Ergebnis des ersten Halbjahres 2009 wirklich die aktuellen Steuervorauszahlungen rechtfertigt. Tut es das nicht, stellen Sie einen Antrag auf Herabsetzung der Vorauszahlung beim zuständigen Finanzamt. So verbessern Sie die Liquidität (zur Verfügung stehendes Geld), da weniger an das Finanzamt gezahlt werden muss.

Startschuss für neue „Turn Around Beratung"

Bis zu 6.000 EUR für Praxen in finanziellen Schwierigkeiten

Die KfW Bankengruppe und das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) haben das Beratungsangebot für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) erweitert. Seit dem 1. Mai können in Schwierigkeiten geratene KMU Zuschüsse für die neue „Turn Around Beratung" in Anspruch nehmen, um ihre Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit wiederherzustellen.

Ergo-, Physio- und Logopädiepraxen gehören zu der Gruppe der förderfähigen KMUs dazu. Bei der „Turn Around Beratung" steht ein qualifizierter Berater dem Unternehmen zu wirtschaftlichen, finanziellen und organisatorischen Fragen zur Verfügung. Dadurch soll eine Verbesserung und Wiederherstellung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit erreicht werden.

Die Beratungen für Praxen mit positiver Zukunftsprognose werden in Kooperation mit regionalen Partnern (IHKs, HWKs u. a.) durchgeführt. Bis 2013 stehen insgesamt bis zu 30 Mio. EUR aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds zur Verfügung. Praxen können für den Einsatz eines geeigneten Unternehmensberaters im Rahmen einer schnellen und bedarfsorientierten Beratung einen Zuschuss von bis zu 6.000 EUR erhalten. Voraussetzung ist eine Schwachstellenanalyse eines unabhängigen Beraters/einer Beraterin.

„Im Zuge der aktuellen Lage der Weltwirtschaft rechnen wir mit einer erhöhten Nachfrage nach Beratung bei KMU, die aufgrund der Finanzkrise in finanzielle Engpässe geraten sind. In Ergänzung zu unseren Förderkrediten erweitern wir deshalb unsere Produktpalette der Beratungsleistungen für eine schnelle und bedarfsorientierte Beratung. Dies ist umso wichtiger, als kleine und mittlere Unternehmen in erheblichem Umfang zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beitragen", sagte Dr. Axel Nawrath, Mitglied des Vorstands der KfW Bankengruppe.

Im Rahmen der „Turn Around Beratung" beträgt der anteilige Zuschuss zu den Beratungskosten in den neuen Bundesländer und dem Regierungsbezirk Lüneburg 75 % und in den alten Bundesländern und Berlin 50 % der Netto-Beratungskosten. *bu*

Praxisinhaber können Zuschüsse für die „Turn Around Beratung" in Anspruch nehmen.

Service: praxiswissen24-Kunden werden von unseren Mitarbeitern an der Hotline ausführlich über die Fördermöglichkeiten bei einer Turn-Around Beratung informiert. Denken Sie auch an Ihre gesammelten Beratungsgutschriften, die Sie für eine individuelle Beratung bei Ihnen vor Ort einlösen können.

Was ist eigentlich ...

der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt, was die Krankenkasse zahlt und was nicht.

Während der Gesetzgeber den allgemeinen Rahmen für die medizinische Versorgung in Deutschland vorgibt, ist es Aufgabe des G-BA innerhalb dieses Rahmens einheitliche und verbindliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. So darf G-BA über Ausschluss oder Einschränkung von Leistungen entscheiden, oder auch neue Versorgungsformen in den Leistungskatalog der GKV mit aufnehmen.

Der G-BA hat 13 stimmberechtigte Mitglieder. Er besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sowie auf Seiten der Leistungserbringer aus je zwei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Auf Krankenkassenseite finden sich fünf Vertreter, die vom GKV-Spitzenverband benannt werden. Alle Entscheidungen werden in dieser Besetzung getroffen.

Wie man unschwer erkennen kann, ist die Bezeichnung „Gemeinsamer"-Bundesausschuss aus Sicht der Heilmittelerbringer ein Etikettenschwindel, denn die Vertreter der Heilmittelerbringer sucht man im G-BA vergeblich und Patientenvertreter dürfen zwar mit diskutieren, aber nicht mit abstimmen.

Heilmittelerbringer sucht man im G-BA vergeblich

Trotzdem ist der G-BA auch der Verfasser der Heilmittelrichtlinie und des daraus abgeleiteten Heilmittelkatalogs. Aktuell gibt es 23 Richtlinien dieser Art, die die Ausgaben für Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse regeln sollen. *bu*

Service: Die Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) gibt einen erstklassigen Überblick über Institution und Arbeitsschwerpunkte.

Verzugszinsen sinken deutlich zum 1. Juli 2009

Die Deutsche Bundesbank hat den Basiszinssatz zum 1. Juli 2009 auf 0,12 Prozent gesenkt. Dadurch sinken die Verzugszinsen für Patienten und Krankenkassen.

Plagen Sie sich auch mal wieder mit unbezahlten Rechnungen herum? Die Zeit für das Schreiben von Mahnungen können Sie getrost in sinnvollere Dinge investieren, denn Verzugszinsen können auch ohne Mahnung von den Patienten gefordert werden. Die genauen Bedingungen und Maßnahmen der Verzugszinsen werden im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt.

Verzugszinsen müssen nicht unbedingt mittels Mahnung eingefordert werden. Bei bestimmten Leistungen, die nach einem festgesetzten Zeitmuster verlaufen, können zusätzliche Gebühren auch ohne eine Zahlungserinnerung erhoben werden.

Die Höhe der Verzugszinsen, die Praxen säumigen Zahlern berechnen können, wird auf Grundlage des sogenannten Basiszinsatzes im §288 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) festgelegt. Der Verzugszinssatz bei Geschäften mit Verbrauchern (Patienten) liegt gemäß §288 Abs. 1 BGB 5% über dem Basiszinssatz (daraus ergibt sich: Basiszinssatz 0,12% + 5% = 5,12% Verzugszinssatz).Bei Rechtsgeschäften, an denen keine Verbraucher beteiligt sind (Krankenkassen), liegt der Verzugszinssatz gemäß §288 Abs. 2 BGB 8% über dem Basiszinssatz (Basiszinssatz 0,12% + 8% = 8,12% Verzugszinssatz). *bu*

Service: praxiswissen24-Kunden können über das kostenlose online Praxishandbuch „Selbstständig im Gesundheitswesen" im Kapitel 3.2.3.7 alle relevanten Hintergrundinformationen nachlesen. (www.praxiswissen24.de/nc/praxishandbuch)

Für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Alle Videos unter:
www.praxiswissen24.de

Mal skurril, mal witzig, immer unterhaltsam und informativ ... Auf www.praxiswissen24.de/Videos stellen wir Ihnen in loser Folge Videos zum Thema Therapeuten, Gesundheitswesen und Praxismanagement vor.

Raus mit der Kohle

2009 wird das Jahr mit den teuersten Wahlgeschenken aller Zeiten, weil Krise und Bundestagswahl zusammenfallen. Langfristig bedeutet das hohe Staats- und Verschuldungsquoten. Ende 2010 wird jeder Deutsche laut Berechnungen des Freiburger Forschungszentrums Generationenverträge mit 22.709 Euro öffentlichen Schulden belastet sein. Wer ausprobieren möchte, wie einfach es ist, Steuergelder zu verballern, dem sei ein kurzweiliges Internetspiel ans Herz gelegt. Das Onlinespiel

„Fantastic Five - Verballer die Staatsknete“ verdeutlicht diese Botschaft in provokativer Weise. Sieger im Highscore ist, wer das meiste Steuergeld ausgibt! Spielen Sie los. *pm/ko*

Diskutieren Sie mit!

Was können Ärzte von Therapeuten erwarten?

In dieser Ausgabe wollte up wissen, wie beurteilen eigentlich Ärzte die Arbeit von Therapeuten? Wie zufrieden sind sie mit ihnen? Wo liegen die Stärken und wo die Schwächen in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut? Dazu haben wir zwei Ärzte aus Neumünster nach ihren Erfahrungen befragt.

Es gibt viel zu tun in der Kooperation zwischen Ärzten und Therapeuten. Das ist das Fazit der beiden Mediziner. An erster Stelle nennen sie die mangelnde Rückmeldung über den Fortgang der Therapie. „In meiner langjährigen Praxis“, meint Dr. Hartwig Schulz, „ist es die Ausnahme, dass sich ein Therapeut bei mir meldet und mich über den Behandlungserfolg unterrichtet.“ Er erlebe es vielmehr, dass der Patient mit dem Wunsch nach einem Folgerezept zu ihm in die Praxis komme.

Das Gros der Therapeuten, so die traurige Bilanz des Internisten, sei nur auf Folgerezepte aus. „Ich kann das verstehen: Alle Gesundheitsberufe stehen unter starken wirtschaftlichen Zwängen, aber zum Wohle des Patienten müsste vieles anders laufen. Die Nachfrage nach therapeutischen Maßnahmen werde, so Schulz, durch die steigende Anzahl der Therapeuten erzeugt. Seiner Ansicht nach sollten aber vorrangig Schlaganfall-Patienten oder frisch Operierte therapeutisch behandelt werden. Den ganzen Artikel lesen Sie auf Seite 5. *ks/ko*

Was meinen Sie ... zu der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten? Sind Therapeuten tatsächlich so zurückhaltend oder haben Ärzte einfach keine Lust auf Kooperation? Wie kann die Zusammenarbeit in Zukunft verbessert werden? Wir wollen Ihre Meinung wissen! Diskutieren Sie mit auf www.therapedia.de

Impressum

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
kontakt@praxiswissen24.de, www.buchner.de

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

Heftpreis: 15,- Euro • im Abo: 12,- Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Heidi Kohlwes (ko); Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Anke Zillessen (zi), Björn Schwarz (bj), Christian Beneker (ben)

Fotos © fotolia.com: photoCD (S. 1), Junial Enterprises (S. 15), bilderbox (S. 22);