11/2008

Unternehmen Praxis

praxis wissen 24

Aktuell

Das erste Halbjahr 2008 war für die meisten Praxen erfolgreich

4,1 Prozent Umsatzwachstum 4

Berufspolitik

Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert mehr Vorab-Praxisbesonderheiten

Heilmittelausgabenvolumen 2009 + 1,9 Prozent 7

Praxismanagement

Physiotherapieverband unterliegt klar vor dem Oberlandesgericht

Mehr Werbung erlaubt, als gedacht 15

Gesundheit 2020 – Wie sieht die Zukunft des Gesundheitswesens aus?

Eines ist sicher: Veränderungen kommen bestimmt!

Wie wird das Gesundheitswesen im Jahr 2020 aussehen? Die fünfte Delphi-Studie des Arzneimittelherstellers Janssen-Cilag lässt erkennen, dass die Bevölkerung grundsätzlich zu Veränderungen bereit ist.

Der Erfolg von Leistungserbringern wird künftig noch stärker als bislang davon abhängen, wie stark sich der einzelne und seine Interessengruppe am Markt engagiert – Passivität wird bestraft.

„Die Rollen aller Beteiligten am System stehen zur Diskussion“, folgert Gesundheitsökonom Jürgen Wasem aus den Studienergebnissen. „Jede Interessengruppe muss sich darüber klar werden, welche Verantwortung sie zukünftig übernehmen will.“ Ob sich die Beteiligten allerdings auf ein staatliches oder ein marktwirtschaftliches System einstellen müssen, lasse sich aus den Ergebnissen bisher nicht ableiten. Wasem fordert, das derzeitige Nebeneinander von Wettbewerb und staatlicher Regulierung abzuschaffen zu Gunsten einer konsistenten Wettbewerbsordnung. Für ihn steht fest, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Prüfstand kommen wird. Dabei wird auch die Frage eine Rolle spielen, wer darüber entscheiden wird, welche Leistungen man künftig noch solidarisch versichert.

Für die Studie waren drei Szenarien für das künftige Gesundheitswesen entwickelt worden, die von 60 Experten und in einer Bevölkerungsbefragung bewertet wurden. Die Modelle stellen wir Ihnen hier und auf der nächsten Seite im Detail vor. *di*

Noch sind die Würfel nicht gefallen, noch kann niemand genau vorhersagen, wie sich das Gesundheitswesen zukünftig entwickelt.

Gesundheit 2020 – Zukunftsmodell A

Primärversorungszentren geben den Takt vor

Hier steuern und koordinieren Primärversorgungszentren die komplette Versorgung der bei ihnen eingeschriebenen Patienten.

Über sie läuft auch die Überweisung zu Fachärzten und in Kliniken. Die Krankenkassen stellen den Versorgungszentren feste Budgets zur Verfügung.

Weniger Behandlung = Mehr Gewinn

Das heißt: Je weniger Behandlungen anfallen, desto größer ist die Chance für die Zentren, mit dem Budget auszukommen. Ihr Interesse liegt damit in so günstigen Behandlungen wie möglich, Leistungseinschränkungen wären die Folge. Rund 39 Prozent der Bevölkerung begrüßen dieses Modell, 29 Prozent lehnen es ab. Fachleute haben Vorbehalte, befürchten einen zu starken Einfluss von Kapitalgesellschaften auf die Versorgung – viele Ärzte warnen schon heute vor dieser Entwicklung.

Einzelverträge mit Zentren

Für Therapeuten bedeutet das: Für die Behandlung der Patienten sind feste Vertragsbeziehungen zu den Versorgungszentren überlebensnotwendig. Wer diese nicht pflegt, wird auf viele Patienten verzichten müssen. Je mehr Patienten in einem Versorgungszentrum eingeschrieben sind, desto höher ist dessen Verhandlungsmacht gegenüber Therapeuten. Krankenkassen wären nicht mehr die Vertragspartner. Therapeuten laufen bei diesem Modell Gefahr, sich in einen Preiswettbewerb im Rennen um Verträge mit Versorgungszentren zu begeben. *di*

Lesen Sie weiter auf Seite 2: Modell B: Eine schlichte Basisversorgung für Alle; Modell C: Gesundheitswesen vollständig privatisiert

Diskutieren Sie mit: Im Internet: www.therapedia.de/forum – Wie sieht die Zukunft des Gesundheitswesens aus?

Gesundheit 2020 – Zukunftsmodell B

Eine schlichte Basisversorgung für alle

Hier besteht eine Basisversorgung für alle Versicherten. Allerdings bestehen für die darin enthaltenen Leistungen hohe Hürden.

Können Auskoppelungen aus dem Basistarif durch Selbstzahlerleistungen kompensiert werden?

Es muss zweifelsfrei wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass die Leistungen anderen Methoden überlegen sind. Und die zusätzlichen Kosten dürfen einen festgelegten Schwellenwert, der die Kosten-Nutzen-Relation abbildet, nicht überschreiten. Wünscht der Patient also eine Therapie, deren Nutzen noch nicht nachgewiesen ist, muss er einen Teil der Kosten selbst tragen. Für Innovationen können die Versicherten Individualtarife abschließen. Rund 60 Prozent der Befragten begrüßen dieses Modell, nur 14 Prozent lehnten es ab. Fachleute befürchten aber, dass sich nur ein Teil der Bevölkerung die Zusatztarife wird leisten können. Das heißt: Der solidarische Gedanke in der gesetzlichen Krankenversicherung wird geschwächt.

Bleibt Heilmitteltherapie als Basisleistung?

Für Therapeuten birgt dieses Modell Risiken: Wenn ihre Leistungen verstärkt aus dem Basistarif ausgekoppelt werden, kommen weniger Patienten. Ob dies durch Zusatztarife oder individuelle Nachfrage der Patienten kompensiert werden kann, ist fraglich. *di*

Diskutieren Sie mit: Im Internet: www.therapedia.de/forum – Gesundheit 2020: Wie sieht die Zukunft des Gesundheitswesens aus?

Gesundheit 2020 – Zukunftsmodell C

Gesundheitswesen ist vollständig privatisiert

Hier wird nicht mehr zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung unterschieden. Es besteht eine gesetzliche Pflicht, alle medizinisch notwendigen Behandlungen zu bezahlen.

Der Staat legt aber nicht mehr im Einzelnen fest, welche Therapien die Versicherungen übernehmen müssen.

Individualverträge werden möglich

Sind Versicherte mit der fast vollständigen Privatisierung des Gesundheitssystems überfordert?

Das bedeutet für die Patienten: Sie können sich je nach Interessenlage zu Gruppen zusammenschliessen und Versicherungspakete nach ihren Bedürfnissen einkaufen. Dies könnte zum Beispiel für die Angestellten einer Firma den monatlichen Anspruch auf eine Massage beinhalten oder den Zugang zur Krankengymnastik ohne Arztkonsultation. Andere Möglichkeiten wären Anspruch auf Originalpräparate oder Zugang zu Spezialkliniken.

Konkurrenzkampf nimmt zu

Für Therapeuten und andere Anbieter ergibt sich damit ein scharfer Konkurrenzkampf, der zugleich aber unternehmerisches Engagement belohnt. Wer es versteht, sein Angebot marktgerecht zu entwickeln, hat die Chance auf Abschlüsse mit größeren Gruppen. Weiten Teilen der Bevölkerung ist dieses Modell noch fremd. In der Befragung sprachen sich 40 Prozent dafür und rund 28 Prozent dagegen aus. Fachleute bemängeln, dass die Versicherten mit dieser weit reichenden Liberalisierung überfordert sein könnten. *di*

Einführung der Gesundheitskarte wird zur unendlichen Geschichte

Elektronische Gesundheitskarte kommt später

Die eigentlich noch in diesem Herbst geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verschiebt sich nach Angaben der Kassen erneut. „Frühestens Anfang 2009 wird die Karte eingeführt", sagte die Projektverantwortliche des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Ann Marini, Anfang der Woche gegenüber der „Berliner Zeitung".

Als Begründung nannte sie unter anderem, dass die Zahl der bisher zugelassenen Lesegeräte noch nicht genüge, um eine Vergütungspauschale für die Ärzte festzulegen, die die neuen Terminals erwerben. So zeigten sich auf Anfrage der Zeitungen das Bundesgesundheitsministerium und die Betreibergesellschaft Gematik noch nicht informiert. Ursprünglich hätte die Karte bereits 2006 eingeführt werden sollen. Technische Probleme hatten in der Vergangenheit schon mehrfach zu Verzögerungen geführt. *bu/pm*

Kommentar: Für 2011 ist der Heilberufausweis für Heilmittelerbringer angekündigt worden. Vor dem Hintergrund der immer wieder verzögerten Auslieferung der Gesundheitskarte wird es wohl noch 2013 werden, bis auch Heilmittelerbringer sich mit Online-Verordnungen beschäftigen müssen.

Patienten sollen nicht den Anschluss an medizinischen Fortschritt verlieren

Gesundheitsfonds mit Innovationsversicherung

Der einheitliche Beitragssatz des Gesundheitsfonds wird in Zukunft vielleicht auch dafür verantwortlich sein, dass Patienten weniger rasch am medizinischen Fortschritt teilhaben. Wie medizinische Innovationen möglichst allen zugute kommen könnten, haben in Berlin Experten aus dem Gesundheitswesen auf dem Kongress „Innovation und Gerechtigkeit" diskutiert.

Wenn Krankenkassen ihre Kostensteigerungen über Zusatzbeiträge abfangen müssen, werden neue Behandlungsmethoden es schwerer haben, in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen zu werden, prognostizierten die Redner auf der gemeinsamen Veranstaltung des Berliner Forschungsinstituts IGES, der Krankenkassen und Pharmaunternehmen.

Neues Modell: Innovationsversicherung

Das Modell einer Innovationsversicherung stellte IGES-Chef Bertram Häussler auf dem Kongress vor. Sie solle absichern, dass möglichst viele Versicherte am medizinischen Fortschritt teilhaben können. „Diese Versicherung tritt im Krankheitsfalle für eine moderne Behandlung ein, die von den Kassen noch nicht bezahlt wird. Sie könnte in der Art eines Sparvertrages ausgestaltet werden", erläuterte Häussler bei der Auftakt-Pressekonferenz. „Versicherte sichern sich damit den Innovationsvorsprung solange", so Häussler weiter, „bis die gesetzlichen Krankenkassen die neue Behandlungsmethode in den allgemeinen Leistungskatalog aufnehmen."

Auch der Chef der Techniker Krankenkasse, Prof. Norbert Klusen, erwartet, dass aufgrund der härteren Bedingungen künftig nicht alle Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben werden: „Unter den neuen Finanzierungsbedingungen des Fonds wird dies in Zukunft nicht leichter, aber auch nicht weniger wichtig", sagte er. „Die Menschen sind heute besser informiert als früher und möchten aktiv in die Entscheidung über die Behandlung einbezogen werden. Die Kassen brauchen ein gutes Innovationsmanagement."

Bleibt abzuwarten, ob es sich die Bundesregierung gefallen lassen wird, die Grundversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Schaffung einer Innovationsversicherung als nicht innovativ abzustempeln.

di

Kassenärzte im Norden fordern Änderung der Bedarfsplanung

Heilmittel-VO aus immer weniger Praxen

Immer weniger Ärzte werden therapeutische Behandlungen verordnen. Besonders in ländlichen Regionen droht eine Ausdünnung, wenn die Bedarfsplanung der Ärzte nicht umgestellt wird, fürchten einige Kassenärztliche Vereinigungen und streben eine Änderung an – eine bundesweite Entscheidung ist aber nicht in Sicht.

Die Folge für Therapeuten: Die Zahl ihrer Patienten wird aus immer weniger Praxen kommen. Wenn aber weniger Ärzte für eine Bevölkerung mit steigendem Behandlungsbedarf zuständig seien, sei eine Anpassung der Praxisrichtgrößen erforderlich. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wäre es sinnvoll, die Bedarfsplanung zu ändern, um eine bessere Verteilung der Praxisstandorte zu erreichen. Dies hätte für die Patientenströme zwischen Arzt- und Therapeutenpraxen Auswirkungen. Ob es dazu kommen wird, ist noch offen – eine bundesweite Entscheidung ist nicht in Sicht.

Doch einzelne Körperschaften, wie etwa die KV im Norden, machen sich für eine Änderung stark, da die derzeitige Bedarfsplanung für Ärzte nicht geeignet sei, die tatsächliche Situation vor Ort abzubilden. Grund sei die reine Gegenüberstellung von Arzt- und Bevölkerungszahl in der Bedarfsplanung. Die KV fordert eine Ergänzung in zwei Punkten. Erstens eine kleinräumigere Einteilung: Innerhalb des Planungsbezirkes können Ärzte ihren Standort frei wählen, sodass es zu einer Ballung an den attraktiven Standorten kommt. Selbst bei einer rechnerischen Überversorgung sind deshalb derzeit weite Teile eines Planungsbezirkes ohne Arzt. Zweitens die Berücksichtigung des Alters der Bevölkerung: Aktuell sind rund 750.000 Schleswig-Holsteiner älter als 60 Jahre. 2015 werden schon 833.000 Menschen dieser Altersgruppe angehören. Damit steigt der Behandlungsbedarf, der in der aktuellen Berechnung aber nicht berücksichtigt wird.

Nach einer Prognose der KV werden von den heute niedergelassenen 1.907 Hausärzten im Norden im Jahr 2015 nur noch 1.036 aktiv sein – 871 Hausärzte müssten sich in den kommenden sieben Jahren also zu einer Praxisübernahme entschließen, damit die hausärztliche Versorgung nicht auf noch weniger Schultern verteilt wird. In einigen Regionen wie etwa Schleswig-Flensburg oder Neumünster droht ein extremer Aderlass: In diesen Bezirken muss im genannten Zeitraum jede zweite Hausarztstelle neu besetzt werden. Derzeit finden abgabewillige Hausärzte in Schleswig-Holstein aber nur schwer einen Nachfolger. Und wo verordnende Praxen nicht neu besetzt werden, drohen auch Auswirkungen auf die Therapeutenpraxen.

Die Gefahr besteht, dass nahezu die Hälfte aller Hausarztpraxen schließen wird.

di

Nur die Hälfte der funktionseingeschränkten Patienten erhält Therapie

Rheumatiker müssen besser versorgt werden

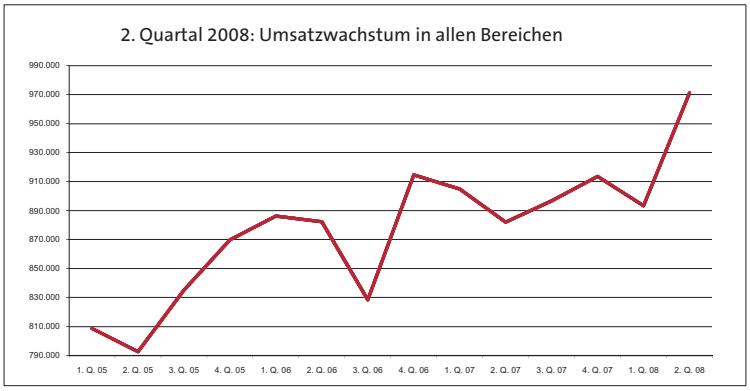
Etwa ein Viertel aller Rheuma-Patienten ist durch die Krankheit körperlich behindert und im Alltag stark beeinträchtigt. Wie sich dies bundesweit wirtschaftlich auswirkt und wie eine bessere Versorgung der Patienten dies ändern könne, haben jetzt Experten auf dem 36. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Berlin diskutiert.

Bei einem Großteil der betroffenen Rheumatiker führen Schmerzen und Funktionsstörungen zu Behinderungen im Alltag. Sie können dadurch vielfach nicht mehr wie gewohnt ihrer Arbeit nachgehen. Neben der medikamentösen Therapie sei deshalb zum Beispiel regelmäßige Krankengymnastik wichtig. „Noch können allerdings viel zu wenige Rheumakranke Angebote zur Rehabilitation in Anspruch nehmen", sagte Professor Dr. med. Wilfried Mau, Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh, beim Rheumatologenkongress in Berlin. Nur rund die Hälfte der funktionseingeschränkten Patienten mit rheumatoider Arthritis erhalte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Eine konsequente und intensive Therapie aber – inklusive ambulanter Physio- und Ergotherapie, Patientenschulungen und psychologischer Hilfe – könne langfristig etwas verändern. *pm*

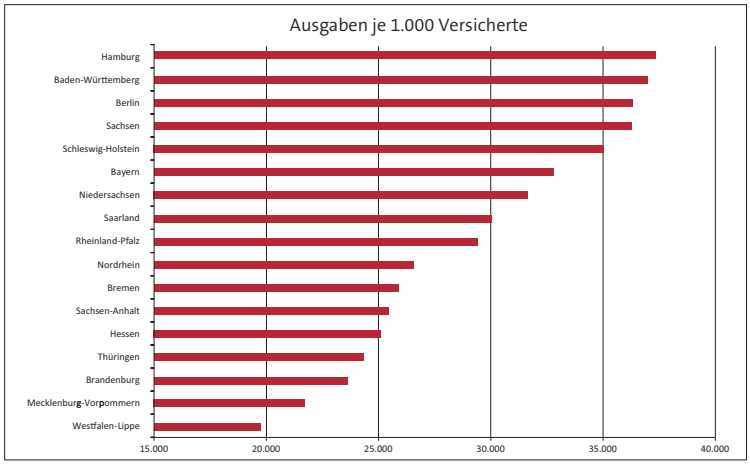
Das erste Halbjahr 2008 war für die meisten Praxen erfolgreich

4,1 Prozent Umsatzwachstum

Das GKV-HIS meldet für das erste Halbjahr 2008 mit nur 4,1 Prozent Umsatzwachstum im Vergleich zum Vorjahr rund 2 Prozent weniger, als von der Bundesregierung im September gemeldet. Ergotherapeuten wachsen um 6 Prozent, Logopäden erreichen mit 4,6 Prozent Wachstum zum ersten Mal die 100 Millionen Euro Grenze in einem Quartal, und Physiotherapeuten vermelden ein Umsatzplus von 3,5 Prozent.



Die Ausgaben wachsen ziemlich deutlich und markieren mit dem 2. Quartal 2008 eine Spitzenwert. Dargestellt sind Nettoumsätze der GKV mit ambulanten Heilmittelerbringern.



Das Umsatzwachstum im ersten Halbjahr verteilt sich auf fast alle Bundesländer. Leichte Einbußen mussten lediglich Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen hinnehmen. Große Gewinner sind die Therapeuten in Hamburg, die mit mehr als 21 Prozent Wachstum eine wirkliche Rekordmarke gesetzt haben. Ebenfalls rekordverdächtig sind die Physiotherapie-Umsätze: Zum ersten Mal wird die 700 Millionen Euro Umsatzgrenze in einem Quartal überschritten!

Beim Vergleich der Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte behauptet sich die KV Westfalen-Lippe weiterhin als Schlusslicht. 19.642 Euro werden dort je 1.000 Versicherte für Heilmittel ausgegeben – im Vergleich dazu haben die Ärzte der KV Baden-Württemberg im ersten Halbjahr 2008 Heilmittel im Wert von 36.898 Euro verordnet. *bu*

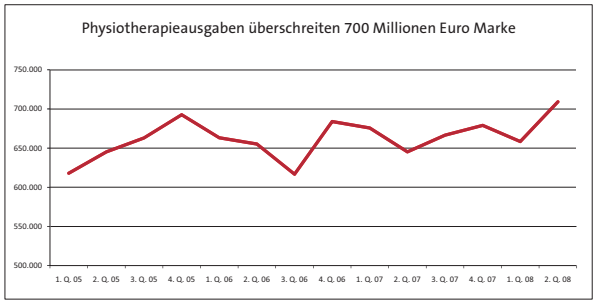
KV	Veränderung I 08 / II 08 in T€	Veränderung in %
Baden-Württemberg	19.305	13,4%
Bayern	19.604	13,4%
Berlin	4.435	10,2%
Brandenburg	84	0,4%
Bremen	739	11,0%
Hamburg	2.341	11,3%
Hessen	4.370	7,6%
Mecklenburg-Vorpommern	1.255	8,3%
Niedersachsen	3.697	3,8%
Nordrhein	6.295	6,6%
Rheinland-Pfalz	3.539	7,7%
Saarland	524	4,4%
Sachsen	2.477	4,2%
Sachsen-Anhalt	1.168	4,6%
Schleswig-Holstein	2.997	8,2%
Thüringen	1.319	6,0%
Westfalen-Lippe	3.615	5,6%
Summe	77.764	8,5%

Die Veränderungen vom 1. zum 2. Quartal 2008 je KV-Gebiet

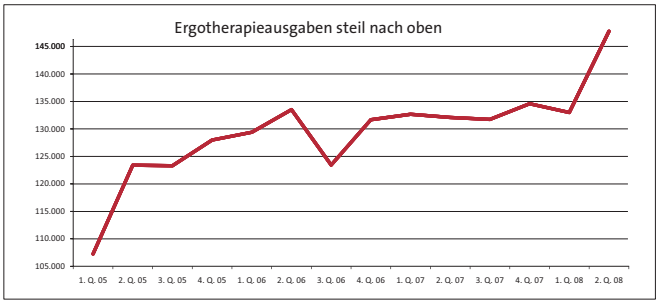
Links: Die Ausgaben je 1.000 Versicherte variieren auch im 1. Halbjahr 2008 ganz erheblich. Immer gleich bleibt nur die Situation in Westfalen-Lippe, dem Schlusslicht in der Heilmittelversorgung.

Das erste Halbjahr 2008 war für die meisten Praxen erfolgreich

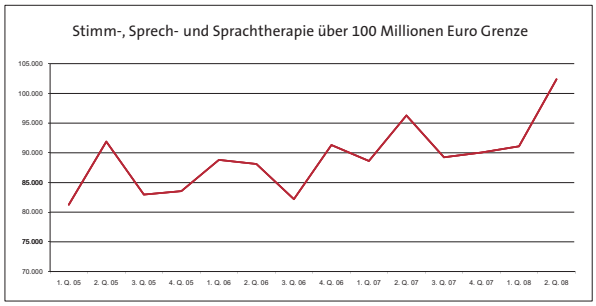
4,1 Prozent Umsatzwachstum (Fortsetzung)



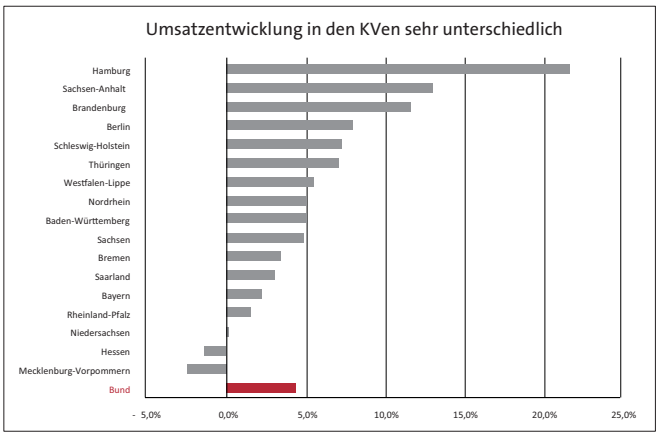
Die Nettoausgaben der GKV für Physiotherapie überschreiten erstmals die Marke von 700 Millionen Euro in einem Quartal.



Die Ausgaben für Ergotherapie sind seit 2005 am deutlichsten gestiegen.



Die Ausgaben für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zu Lasten der GKV haben ebenfalls zugelegt.



Innerhalb der einzelnen KVen haben sich die Ausgaben für Heilmittel zu Lasten der GKV sehr unterschiedlich entwickelt.

Hessen und Westfalen-Lippe zeigen Weg für niedersächische Therapeuten

Wirtschaftlichkeitsprüfungen abschaffen

Im September ist in Hannover der Verein „Aktionskreis Heilmittel Niedersachsen“ gegründet worden – mit dem gleichen Ziel wie in Hessen und Westfalen-Lippe: Abschaffung der Heilmittel-Richtgrößenprüfungen in Niedersachsen!

Nachdem in einer Vereinbarung zwischen KV und Kassen in Niedersachsen eine Reduzierung der Heilmittelausgaben von 3 Prozent beschlossen wurde, sind die Heilmittelverordnungen in einigen Regionen drastisch eingebrochen. Aus diesem Grund haben sich mehrere Heilmittelerbringer aus Niedersachsen zum „Aktionskreis Heilmittel Niedersachsen“ formiert.

„Die Abschaffung der Richtgrößenprüfung bei den Heilmitteln ist überfällig“, formulierte schon 2007 der stellvertretende Vorsitzende der KV Hessen, Dr. med. Gerd W. Zimmermann, unmissverständlich. „Es ist überhaupt nicht einzusehen, warum Ärzte für die Verschreibung von Heilmitteln haften sollten. Sie haben keinerlei Einfluss auf den Preis der Heilmittel und sowohl Indikation als auch Menge sind in Richtlinien vorgegeben. Wenn die Krankenkassen nun endlich über Sonderregelungen nachdenken, sollten sie diese anachronistische Prüfung gleich ganz streichen.“

Der „Aktionskreis Heilmittel Niedersachsen“ will eine Möglichkeit bieten, den ganz persönlichen Protest an die verantwortlichen Stellen zu schicken. Auf der Internetseite www.akh-niedersachsen.de werden betroffene Patienten, Ärzte und Therapeuten aufgefordert, aktiv zu werden: „Schauen Sie sich um, und fragen Sie bei uns nach. Jede Stimme zählt, und niemand ist überflüssig! Zeigen wir uns solidarisch mit allen den Menschen, die auf die Hilfe durch Heilmittel angewiesen sind und tragen wir dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Aufgaben weiter mit medizinischer Qualität umsetzten können.“

Im Vorstand sind Frau Elke Lippa-Jobmann (Ergotherapeutin), als 1. Vertreterin Frau Ruth Könnecke (akadem. Sprachtherapeutin), als Kassenwartin Frau Silke Nettelmann (Heilpädagogin) und als Schriftführerin Frau Karin Flamming (Ergotherapeutin). Der Mitgliedsbeitrag für den Verein beträgt halbjährlich 30,00 Euro. Ein Anmeldeformular findet man auf der Internetseite (s.o.) *bu*

Neuer Vertrag und Preisvereinbarung zwischen Ersatzkassen und Verband

1,41 Prozent mehr Honorar für Ergotherapeuten

Seit dem 1. Oktober 2008 gelten der neue Rahmenvertrag und die neue Preisvereinbarung zwischen dem Deutschen Verband für Ergotherapie (DVE) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).

Mit einer Erhöhung der Honorare um 1,41 Prozent ist es dem DVE gelungen, den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen (Steigerung der Grundlohnsumme) vollständig zu nutzen. Eine weitere Änderung in der Preisliste ist die Hausbesuchspauschale, die künftig das Kilometergeld enthält.
Wesentlichste Änderung im Rahmenvertrag ist laut DVE die neue Vereinbarung der Fortbildungsverpflichtung, die die meisten Ergotherapeuten aber schon aus dem Physiotherapiebereich kennen dürften. *bu/pm*

Den neuen Rahmenvertrag können Sie bei der praxiswissen24-Hotline anfordern oder auf der Internetseite des DVE (www.dve.info) herunterladen.

Lesen Sie dazu auch den Artikel auf Seite 12. Physiotherapeuten wehren sich gegen schlechte Preise und planen die Rückgabe von Abrechnungspositionen!

Diskutieren Sie mit: Ist 1,41 Prozent wirklich genug? Auf www.therapedia.de/forum können Sie sich mit Kollegen darüber austauschen, ob die Preiserhöhung reicht.

Honorardeckel durch Anbindung an Grundlohnsumme in Frage gestellt

Reha-Kliniken wollen jetzt auch mehr Geld

Jahrelang haben Leistungsanbieter im Gesundheitswesen unter der Anbindung an die Grundlohnrate gelitten: Die Honorarsteigerungen dürfen die Zuwachsrate der Grundlohnsumme nicht überschreiten. Jetzt ist es einzelnen jedoch gelungen, diese Deckelung der Honorarentwicklung aufzuheben – ein Modell auch für Heilmittelerbringer?

Drei Milliarden Euro mehr für die Krankenhäuser, 2,7 Milliarden Euro für die niedergelassenen Ärzte: Die gesetzlichen Krankenkassen bekommen in diesem Jahr zu spüren, dass die jahrelange Bindung der Entgelte im medizinischen Bereich an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme einen Nachholbedarf ausgelöst hat. Dieser wird zwar mit den ausgehandelten Ergebnissen nicht ausgeglichen, ruft aber weitere Verbände auf den Plan. So haben sich im Oktober die Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation mit einer Resolution an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und an die Bundestagspolitiker gewandt, in der sie eine Abkehr von der Preisbindung fordern.

Preisdiktat der Kassen aktzeptieren

Sie wenden sich an die Politik, weil sie in Verhandlungen mit den Kassen kaum Erfolgsaussichten sehen. „Die Entscheidungshoheit über Preise, Auswahl und Belegung der Reha-Kliniken liegt ausschließlich bei den Krankenkassen“, heißt es in einer Mitteilung der Spitzenverbände, die über 90 Prozent der deutschen Reha-Kliniken repräsentieren. „Die Kliniken haben damit keine andere Wahl, als die Preisdiktate der Kassen zu akzeptieren.“

Die Argumentation der Reha-Branche erinnert stark an die der niedergelassenen Ärzte und Akutkrankenhäuser: Ohne die Abkopplung von der Grundlohnrate, heißt es in der Resolution an die Politik, drohe eine „spürbare Verschlechterung der Versorgung vor allem chronisch kranker älterer Menschen“. Zudem verweisen die Leistungserbringer auf die in den vergangenen Jahren massiv gestiegenen Kosten, die sie nicht beeinflussen können: Tariferhöhungen, Energiepreissteigerungen, höhere Mehrwertsteuer und Inflationsrate.

Heilmittelerbringer haben die gleichen Argumente

Diese Argumentation kann ohne Zweifel auch für niedergelassene Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden gelten. Steigenden Kosten stehen Honorare gegenüber, deren Entwicklung sich seit Jahren unterhalb der Inflationsrate bewegt. Deshalb könnten sich die Heilmittelverbände den Forderungen der anderen Berufsgruppen problemlos anschließen.

Dass solche Forderungen geballt in diesem Jahr auftreten, ist keine Überraschung: Denn mit Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 ist damit zu rechnen, dass die Krankenkassen alle Einsparmöglichkeiten ausschöpfen und jeden Verhandlungswunsch nach höheren Honoraren ablehnen werden. Grund ist die Angst der Kassen, mit dem politisch festgelegten Beitragssatz nicht auszukommen und deshalb einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Viele Gesundheitsexperten erwarten, dass ein Zusatzbeitrag eine verhängnisvolle Spirale für die Kasse auslösen könnte: Versicherte werden der betroffenen Kasse den Rücken kehren, damit wird die ohnehin knappe Liquidität weiter verringert und die Kasse zu einem Übernahmekandidat. *di*

Ganz konkret: Wenn schon die Preise der GKV für Therapieleistungen immer nur im Rahmen der Entwicklung der Grundlohnsumme steigen können, dann sollte man wenigstens den Spielraum nutzen, den man preispolitisch noch hat. Auf www.privatpreise.de finden Sie Hinweise und Tipps zum Thema angemessener Privatpreise.

Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert mehr Vorab-Praxisbesonderheiten

Heilmittelausgabenvolumen 2009 + 1,9 Prozent

Zwei gute Nachrichten verkündet die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einem Atemzug: Vertragsärzte können ab 2009 von der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit werden. Und die Heilmittelausgaben sollen um 1,9 Prozent im Vergleich zu 2008 erhöht werden. Zusätzlich werden alle Kassenärztlichen Vereinigungen aufgefordert, sogenannte Vorab-Praxisbesonderheiten für den Heilmittelbereich zu vereinbaren.

Vertragsärzte können ab 2009 von der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit werden. Diese Ankündigung machte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der Vorstellung der Arznei- und Heilmittel Rahmenvorgaben für 2009 in Berlin. „Wir empfehlen den Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zu treffen, die den Arzt in den von den Zielvereinbarungen erfassten Arzneimittelverordnungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreien." Das hat die KBV zusammen mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart.

Die KBV sieht eine klare Trennung der Zuständigkeiten: Krankenkasse und pharmazeutische Industrie sollten künftig das Kostenmanagement übernehmen. Die Ärzte hingegen bleiben für das Versorgungsmanagement zuständig. „Das ist ein Schritt in die richtige Richtung", betonte Müller. Auch für die Heilmittelbranche ist eine Einigung zustande gekommen. So beschlossen Krankenkassen und KBV, die Ausgaben für 2009 um 1,9 Prozent (im Vergleich zu 2008) anzuheben. Im Zuge einer

Neubewertung für 2008 konnten die Anpassungsfaktoren um 1,0 Prozent erhöht werden.

Außerdem empfahlen die Verhandlungspartner vor Ort (KV und Kassen) im Rahmen der Vereinbarung von regionalen Richtgrößen zu prüfen, ob eine Vereinbarung über Praxisbesonderheiten, wie z. B. Indikationen und/oder Funktionsstörungen gemäß des Indikationskatalogs der Heilmittel-Richtlinien, geschlossen werden kann. *bu*

Service: Den Folienvortrag der KBV können praxiswissen24-Kunden im Internet herunterladen (www.kbv.de) oder bei der Hotline abfordern. Damit kann die Arztkommunikation durchaus verbessert werden.

Schiedsamt hilft Krankenkassen auf die Sprünge und stärkt hessische Ärzte

3,5 Prozent Zuwachs für Richtgrößen in 2008

Gute Nachrichten für Therapeuten und Ärzte kommen aus Hessen. Nach langem Streit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) über die Höhe des Ausgabenvolumens für Heilmittel in Hessen hat das Schiedsamt für 2008 die möglichen Ausgaben für Heilmittel um 3,5 Prozent aufgestockt.

Die KV Hessen muss entsprechend den gesetzlichen Grundlagen jedes Jahr mit den Krankenkassenverbänden Vereinbarungen über die Heilmittelkosten, die Ausgabenobergrenze für Heilmittel und die Richtgrößen für die Verordnung von Heilmitteln treffen. Wird hierbei keine Einigung erzielt, so werden diese Vorgaben durch das Schiedsamt festgelegt, was aufgrund der fehlenden Einigung mit den Krankenkassenverbänden erst Ende August 2008 erfolgt ist.

Die KV Hessen berichtet dazu in „info.pharm – extra" im September: „Ein wesentlicher Punkt ist die Ausgabenobergrenze für Heilmittel. Sie stellt den Betrag dar, der die erforderliche Versorgung der Patienten mit Heilmitteln sicherstellen soll. Aufgrund des nachweisbaren, gegenüber dem Vorjahr gestiegenen Behandlungsbedarfs bei der Heilmitteltherapie hat das Schiedsamt die Ausgabenobergrenze für 2008 gegenüber dem Ausgangswert von 2007 um 3,5 Prozent (7.956.236,90 €) auf 235.277.290,90 € angehoben."

Ein schönes Ergebnis für die Patienten in Hessen sowie die Ärzte und Heilmittelerbringer. Denn gerade bei einigen für die Heilmittelerbringer wichtigen Facharztgruppen haben sich entscheidende Veränderungen ergeben. HNO Ärzte haben eine Richtgrößenerhöhung von 43 (M/F) bzw. 75 (R) Prozent gegenüber 2007 bekommen, Kinderärzte freuen sich über eine Erhöhung von 46 (M/F) bzw. 41 (R) Prozent. Einige wenige Fachgruppen mussten geringe Kürzungen hinnehmen.

Vorab-Praxisbesonderheiten gibt es in Hessen nach wie vor leider nicht, jedoch hat die KV Hessen eine Liste von Indikationen erstellt, die nach Meinung aller Fachleute mit hoher Wahrscheinlichkeit als Praxisbesonderheiten anerkannt werden müssen. *bu*

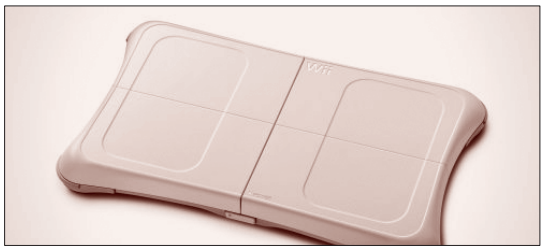
Leider gibt es für Hessen immer noch keine Vorab-Praxisbesonderheiten.

Service: Das auf den neuen Richtwerten basierte Richtgrößen-Controlling-Tool und die Information der KV Hessen können kostenlos bei der Hotline abgerufen werden oder stehen zum Download bereit unter: www.heilmittel-regress.de

Kann man eine Spielekonsole dazu nutzen, Patienten zur motivieren?

Therapie mit Wii

In Amerika wird sie längst praktiziert, in Deutschland kennt sie fast niemand: Die Therapie mit Wii ist eine therapeutische Maßnahme, die noch in den Kinderschuhen steckt. Von Ärzten und Therapeuten misstrauisch beäugt, spielen Patienten längst mit wachsender Begeisterung ihrer Genesung entgegen. Acht Physiotherapeuten untersuchen nun an der Fachhochschule Kiel die Wirksamkeit der Therapie mit Wii.



Das Balance-Board ist eine der Neuerungen, die die Spielekonsole Wii auch für den Einsatz in der Therapie interessant macht.

Darmstadt. Später Nachmittag. Die Studentenbude von Kai Becker ist zum Tennisplatz umfunktioniert. Aufschlag Becker, Vorhand, Rückhand, Becker ist im Rückstand, 4:5. Er kämpft. Gibt alles. Spiel, Satz und Sieg geht an Kai Becker. „Puh, das war ganz schön anstrengend", grinst der 25jährige und wischt sich den Schweiß von der Stirn. Etwas mühsam legt er die kleine, weiße Fernbedienung aus der Hand und stellt die Spielekonsole aus. „Genug trainiert für heute."

Therapie mit Wii – in den USA schon Alltag

Kai Becker spielt fast täglich Tennis auf seiner Nintendo Spielekonsole Wii. Doch der Student ist kein freakiger Spiele-Junkie, für ihn ist das Spielen Therapie. Vor knapp einem Jahr erlitt der 25-jährige eine schwere Hirnblutung auf Grund eines gutartigen Hirntumors. „Daraufhin war ich komplett rechtsseitig gelähmt, Sprache weg – alles weg." Es folgten sechs harte Monate in verschiedenen Reha-Kliniken. Noch heute muss der Student im 8. Semester viermal wöchentlich zur Physiotherapie. „Die Wii habe ich in der Reha-Klinik entdeckt. Ich besuchte dort einen Freund, der vom Hals abwärts gelähmt ist. Wir spielten zusammen mit der Wii. Ich habe dann gemerkt, dass das eigentlich genau das ist, was ich in der Physiotherapie mache."

Erste Krankenkassen zeigen Interesse für den Einsatz von Spielekonsolen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder in Schulen.

Was Kai Becker für sich entdeckt hat, kennt man in den USA schon länger. Nach Angaben von Spiegel online nutzen Ergotherapeuten im Wake-Med-Krankenhaus im US-Bundesstaat North Carolina die Wii-Konsole bereits seit Juni 2007. Das Herrin-Hospital im US-Staat Illinois schaffte eine Wii-Konsole extra für Reha-Patienten an.

In Deutschland nur wenig Resonanz

„Das Hauptproblem ist", erklärt Physiotherapeutin Nele Mahnken, „dass die Wii nicht als Trainingsgerät anerkannt ist und deshalb als offizielle Therapiemethode nicht eingesetzt werden darf." Seit April 2008 führt sie an der Fachhochschule Kiel gemeinsam mit sieben Kollegen ein Projekt zur Erforschung der Therapie mit Wii durch – mit dem Ziel, diese als unterstützende Maßnahme in der Physiotherapie nachzuweisen und als betriebliche Gesundheitsförderung anzuerkennen. Die Wirkungen der Konsole seien dabei vielfältig, weiß Nele Mahnken. „Therapiemüde Langzeitpatienten entwickeln neuen Spaß an der Therapie und sind motiviert zu üben. Abstrakte therapeutische Übungen können durch bekannte Bewegungsabläufe, wie zum Beispiel beim Tennis, einfacher ausgeführt werden. Durch das Punktesystem im Spiel werden schnelle Fortschritte sichtbar, was in der Therapie oft nicht so deutlich wird." Ferner erhalten sowohl Therapeut als auch Patient Aufschluss darüber, wo der Patient in der Therapie gerade steht.

Betriebliche Gesundheitsförderung mit der Wii

Mit Bewegungsanalysen, Therapietauglichkeit und Übungsplänen für Krankheitsbilder versucht die Gruppe aus Kiel die Wirksamkeit der Wii zu belegen. Die Ergebnisse werden sorgfältig auf der eigenen Homepage dokumentiert. Doch die Verhandlungen mit der Firma Nintendo, die Wii als Therapiegerät anzusehen, zeigte bislang wenig Erfolg. „Die Firma will das Gerät lieber als Spielekonsole für die ganze Familie behalten", so Mahnken. Auch gebe es bislang nur wenig Resonanz von Seiten der Ärzte und Therapeuten.

Aber es gibt erste Erfolge in Richtung Prävention. „Wir haben die Barmer Ersatzkasse Kiel für unser Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung mit der Wii" gewinnen können", berichtet Mahnken. Dabei geht es um eine aktive Pause für Mitarbeiter in Unternehmen: Für jeden Interessierten wird nach einer Eingangsuntersuchung ein individueller Trainingsplan erstellt. Dann kann er in der Mittagspause zehn bis zwanzig Minuten mit der Wii spielen. Powernapping adé, aktives Spielen ist angesagt. „Das begeistert vor allem die Männer", meint Mahnken, „die ansonsten für Gesundheitsprävention nur schwer zu motivieren sind." Erste Vorstellungstermine seien bereits geplant.

Kai Becker sieht die Zukunft der Wii-Spielekonsole vor allem in der Rehabilitation. „Physiotherapie kann manchmal sehr trocken sein. Mit der Wii macht Therapie wieder Spaß." Deshalb wird das Wohnzimmer von Kai Becker wohl noch häufig zum Tennisplatz. „Ich will schließlich noch oft gewinnen – im Spiel und in der Therapie." *ko*

Service: Im Internet gibt es reichlich Quellen und Material zum Thema Wii. Die Studenten der Fachhochschule Kiel betreiben die Internetseite www.therapie-mit-wii.de und haben dort viele Spiele der Wii auf ihre Therapietauglichkeit hin untersucht. Für Interessierte haben wir unter www.praxiswissen24.de/videos eine Präsentation der Firma Nintendo eingestellt, die schnell und einfach erklärt worum es bei der Wii geht!

Interdisziplinäre Frühförderung läuft bundesweit nur schleppend an

Extrabudgetäre Therapie für Kinder

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) vereinigen die Arbeit von Heilpädagogen, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten unter einem Dach. Als erste in Schleswig-Holstein hat die Eutiner Heilpädagogin Angela Metzler dieses Konzept umgesetzt.

Angela Metzler ist nicht der Typ, der sich leicht entmutigen lässt. Immerhin hat sie nach Jahren als „fliegende Händlerin“ und nach vergeblicher Suche nach einer Festanstellung eine heilpädagogische Praxis in Eutin aufgebaut, die rasant gewachsen ist. Nach nur zwei Monaten stellte sie die erste Kollegin ein, die zweite nach einem Vierteljahr. Heute, sieben Jahre nach ihrer Praxisgründung, beschäftigt Angela Metzler schon 22 Mitarbeiter.

Wahrscheinlich muss man einiges von Angela Metzlers Unternehmergeist haben, um sich als Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) zu bewerben. „Die Hürden sind hoch“, sagt selbst die erfahrene Heilpädagogin. Denn IFF bedeutet, dass die vier beteiligten Berufsgruppen als Angestellte in einer Firma unter einem Dach zusammenarbeiten müssen. Angela Metzler musste also Ergotherapeutin, Logopädin und Physiotherapeutin anstellen, bevor demnächst der erste Patient nach diesem Konzept betreut werden kann. Hinzu kamen Investitionen in Umbaumaßnahmen – so müssen etwa die Räume für jede Therapieform eine bestimmte Größe aufweisen. Metzler investierte hierfür eine fünfstellige Summe. Die 51jährige ist optimistisch, dass sich diese Investitionen auszahlen werden – denn das Angebot hält sie für überzeugend und zielgerichtet: „Ich sehe Bedarf dafür.“

Bedarf für Komplexleistung

Bei IFF werden die eigentlich verschiedenen Kostenträgern zugeordneten medizinisch-therapeutischen Leistungen und Frühförderung zusammengeführt. Ziel ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller benötigten Therapeuten für Kinder mit Entwicklungsdefiziten. Den Bedarf für diese Komplexleistung soll der behandelnde Arzt feststellen. Er sorgt dafür, dass sich die Eltern bei der IFF melden, worauf ein gemeinsamer Termin mit dem zuständigen Amtsarzt, den Eltern und dem Heilpädagogen folgt. Der Amtsarzt verschreibt die IFF-Therapie. Für den behandelnden Kinder- oder Hausarzt hat dies den Vorteil, dass sein Budget nicht zusätzlich belastet wird. Dennoch ist er für den Erfolg der IFF wichtig – ohne seine Hinweise kommen Kinder nicht in die Therapie.

Viele Zulassungsanträge erwarten die Kostenträger nicht

Angela Metzler hat daher schon Ärzte in ihrer Umgebung über das neue Angebot informiert. Für die landesweite Information der Ärzte ist die Kassenärztliche Vereinigung zuständig. Allerdings wird es Ärzten in vielen Bundesländern noch schwer gemacht, ihren Patienten eine Komplexleistung zu empfehlen. In vielen Bundesländern existieren solche Angebote noch nicht. Auch in Schleswig-Holstein läuft es nur schleppend an. Anfang 2009 wird die zweite IFF-Stelle in Flensburg eröffnet. Wie viele es sein werden und wie hoch der Bedarf ist, wissen derzeit weder Kostenträger noch die Aufsicht. Formal müssten die Kostenträger jeden Antragsteller, der die Voraussetzungen erfüllt, zulassen. Viele Anträge sind schon wegen der hohen Hürden nicht zu erwarten. Neben den genannten Berufsgruppen könnten jedoch auch branchenfremde Betreiber eine IFF etablieren.

In der ersten Interdisziplinären Frühförderstelle in Schleswig-Holstein werden Kinder umfassend versorgt.

Ob sich das rechnet, ist auch von den Honorarverhandlungen mit den Kostenträgern abhängig. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Therapien, die Kommunen über ihr Sozialamt die Kosten für die Förderung. Wer Mitarbeiter für IFF anstellt, kann diese auch für Therapien außerhalb von IFF einsetzen – und damit also in Konkurrenz zu bestehenden Praxen treten.

Umfassende Werbung

Angela Metzler hofft, dass sich das IFF-Angebot schnell herumspricht und setzt auf umfassende Werbung. Sie hat keine Scheu, ihr Angebot auf Veranstaltungen und in Anzeigen vorzustellen: „Wer gute Arbeit leistet, kann sich auch präsentieren.“

di

Studie stellt Behandlungsmethoden bei Arthrose grundsätzlich in Frage

Muskelkräftigung besser als Medikamente

Obwohl die Behandlungen von Arthrosen in Deutschland Milliarden von Euro verschlingen, ist ihre Wirksamkeit unter Fachleuten sehr umstritten. Manche Therapien müssten sogar als unwirksam und teilweise als riskant eingeschätzt werden. Die Muskelkräftigung ist demnach deutlich wirksamer als Medikamente – und hat viel weniger Nebenwirkungen!

Diese Ergebnisse einer großangelegten Untersuchung stellten die Düsseldorfer Ärzte Carsten Moser und Peter Wehling auf dem größten deutschen Orthopädenkongress, dem Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, in Berlin vor.

Medikamente haben nur hohe Nebenwirkungen

Physiotherapie und Ergotherapie sind praktisch frei von Nebenwirkungen. Diesen Vorteil kann man Patienten gerade im Vergleich mit medikamentöser Therapie gut erläutern.

Die Wissenschaftler beschäftigten sich zunächst mit der Frage, bei welcher Therapie gegen Knie-Arthrose die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen werden kann. „Die Ergebnisse der systematischen Auswertung der Weltliteratur zu diesen Themen waren leider ernüchternd. Vor allem zeigte sich für die bei Arthrose sehr häufig verabreichten Antirheumatika eine sehr niedrige Wirksamkeit bei überraschend hohen Nebenwirkungen“, sagte Prof. Dr. Peter Wehling von der Stiftung für Molekulare Medizin heute in Berlin. „Die Auswertung macht deutlich, dass es bei Arthrose keine Standardtherapie gibt. Vielmehr ist ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Behandlungskonzept gefragt“, sagte der Co-Autor der Untersuchung, Carsten Moser vom Grönemeyer Institut für Mikrotherapie.

Mehr als 100 Studien gesichtet

In der sogenannten Metaanalyse der weltweit zur Verfügung stehenden Literatur wurden Leitlinien, Übersichtsarbeiten und mehrere hundert klinische Studien systematisch untersucht und bewertet. Dabei schnitten Gewichtsreduktion, Muskelkräftigung und die Behandlung mit Injektionen vergleichsweise gut ab. Andere Therapien, wie die Behandlung mit Medikamenten und die Gelenkspiegelung zeigten überraschend schlechte Ergebnisse. Insbesondere bei der medikamentösen Therapie fiel die hohe Zahl von Nebenwirkungen auf, darunter Magengeschwüre und erhöhtes Herzinfarktrisiko.

In Deutschland leiden rund fünf Millionen Menschen an Knie-Arthrose, die meist mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) behandelt wird. Die Nebenwirkungen, unter anderem Magen-Darmblutungen, verursachen allein in Großbritannien jährlich den Tod von etwa 2.200 Patienten und 12.000 stationären Notfallaufnahmen. *bu*

Jedes zweite Kind zeigt zur Einschulung Verhaltensauffälligkeiten

Schleswig-Holstein will Frühförderung für Kinder

Schon im Vorschulalter zeigen viele Kinder Auffälligkeiten. Verhaltens-, Sprach- und Koordinationsstörungen sind dabei am häufigsten vertreten. In Schleswig-Holstein hat sich nun Sozialministerin Dr. Gitta Trauernicht dafür ausgesprochen, die Frühförderung für die betroffenen Kinder zu stärken – und damit die Arbeit von Therapeuten in den Mittelpunkt gerückt.

Jedes zweite Kind im Norden zeige zur Einschulung Auffälligkeiten. Diese Beobachtung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes Schleswig-Holstein hat nun das Sozialministerium und den Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, Dr. Ulrich Hase, zu einem gemeinsamen Appell veranlasst. Da bei den Kindern am häufigsten Verhaltens-, Sprach- und Koordinationsstörungen beobachtet wurden, hat Trauernicht darauf aufmerksam gemacht, wie Therapeuten die Frühförderung unterstützen können.

Interdisziplinäre Frühförderung soll zunehmen

Dabei hob die Ministerin besonders die stark wachsende Gruppe von Kindern hervor, die unter schwierigen sozialen Bedingungen aufwachsen und Auffälligkeiten im motorischen, sprachlichen und sozialen Verhalten zeigen. Es müsse das Ziel sein, betonte sie weiter, die betroffenen Kinder so zu fördern, dass diese ihre Anlagen und Fähigkeiten entfalten können. Den Kindern müsse ein selbst bestimmtes Leben und die Teilnahme an der Gemeinschaft ermöglicht werden. Dabei setzt Trauernicht auf die insgesamt 60 überwiegend ambulant arbeitenden Frühförderstellen im Land.

Gründungshürden für IFF-Praxen sind hoch

Zugleich verwies die Ministerin auf die neuen interdisziplinären Frühförderstellen, die derzeit in Schleswig-Holstein, aber auch in einigen anderen Bundesländern, entstehen. Die erste dieser Frühförderstellen hat jüngst ihre Arbeit in Eutin aufgenommen, die nächsten folgen voraussichtlich Anfang des Jahres in Flensburg und Bad Schwartau. Wer solche interdisziplinären Frühförderstellen betreiben will, muss hohe Anforderungen erfüllen und entsprechend investieren. Trauernicht gab zu verstehen, dass sie hohe Erwartungen an diese Stellen hat: „Hilfen aus einer Hand entlasten vor allem Kinder, die heilpädagogische und gleichzeitig medizinisch-therapeutische Förderung erhalten.“

Dr. Ulrich Hase appellierte an Kostenträger und Politik, die therapeutischen Hilfen in Abstimmung mit Betroffenen und Anbietern zu entwickeln. „Bestehende Strukturen sollen fortentwickelt, aber nicht gefährdet werden“, sagte Hase. Er setzte sich dafür ein, auch abseits der Städte eine Versorgung zu gewährleisten, etwa durch mobile Hilfen. *di*

Mit einem einfachen Werbegeschenk nachhaltig in Erinnerung bleiben

Anschauliche Rückenbeweglichkeit

Klassische Werbeartikel gehören zu den beliebtesten „Weihnachtsgeschenken“ vieler Praxisinhaber. Statt wie gehabt Kugelschreiber oder Feuerzeuge zu bedrucken, sind wir für Sie bei einer Werbeagentur in Shanghai auf eine ungewöhnliche Werbeidee gestossen: Einen Strohhalm!

Wer kennt nicht die Trink-/Strohhalme, die sich flexibel in alle Richtungen biegen lassen. Ein Art „Gelenkbereich“ macht es möglich, den Trinkhalm nach Belieben zu verbiegen. Das passt, dachte sich ein Mitarbeiter einer Werbeagentur aus Shanghai und produzierte aus diesen Trinkhalmen einen Werbeartikel für eine Yoga-Schule. Die Abbildung einer Frau, die beide Hände nach oben streckt, wurde so auf den Trinkhalm aufgedruckt, dass der Rücken der Frau genau auf dem flexiblen „Gelenkbereich“ liegt. Das Ergebnis ist faszinierend: Bewegt man den Trinkhalm, dann bewegt sich die Frau – ganz weit in Rückenlage oder nach vorn – Mobilität und Flexibilität der Wirbelsäule extrem anschaulich präsentiert! Natürlich fehlt auf dem Trinkhalt der Name des Yoga-Centers nicht, und so kann man sich sehr gut vorstellen, wie potentielle Kunden bei einem Drink mit dem Trinkhalm spielen und sich so immer wieder vor Augen führen, wie beweglich man sein könnte – wenn man es vom Barhocker in das Yoga-Center bzw. in die Physiotherapiepraxis schafft und sich dort unterstützen lässt!

Für dieses Werbemittel gilt, dass es sich um einen Gegenstand „von geringem Wert“ handelt. Somit sind rechtliche Kollisionen mit dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) von vornherein ausgeschlossen. Auf dem Trinkhalm wird auch keine Mobilität versprochen oder garantiert, sondern nur gezeigt, wie mobil man sein könnte. *bu*

Der Trinkhalm als optimales Medium, um das Ergebnis guter Therapie zu visualisieren!

Kommentar: Über Werbung für eine Heilmittelpraxis kann man unterschiedlicher Meinung sein. Aber eins ist klar: Je besser die Werbung an das Leistungsspektrum der eigenen Praxis angepasst ist, desto mehr Aufmerksamkeit wird man damit bekommen. Insofern ist ein (günstiger) Strohhalm viel bemerkenswerter als ein bedrucktes Feuerzeug!

praxiswissen24-Kunden profitieren von erweitertem Angebot

40 Euro im Monat bei Seminaren sparen

Mit einem Seminarscheck in Höhe von 40,00 Euro erhalten praxiswissen24-Kunden ab dem 1. November 2008 ein verbessertes Leistungsangebot. Damit wird es künftig für Praxisinhaber noch interessanter, Mitarbeiter auf betriebswirtschaftliche Fortbildungen zu schicken.

Auf einem buchner Seminar neue Ideen zu tanken, sich mit Kollegen auszutauschen und sich von den Seminarthemen weiterbringen zu lassen, schätzen viele tausende Praxisinhaber in ganz Deutschland. Und künftig können die Teilnehmer mit dem neuen Seminarscheck von praxiswissen24 monatlich 40,00 Euro sparen. Für jedes Seminar kann ein Scheck pro Person eingelöst werden – wer also über mehrere Monate sammelt, bringt gleich seine Mitarbeiter oder einen Kollegen mit.

Neue Seminarschecks bereits im Preis enthalten

Die Seminarschecks sind im Preis von praxiswissen24 enthalten und bieten damit einen Zusatznutzen von rund 480,00 Euro im Jahr. Um den Service zu nutzen, müssen praxiswissen24-Kunden lediglich am Anfang des Monats in ihr E-Mail Postfach schauen – denn der Seminarscheck kommt jeden Monat per Mail.

Schauen Sie gleich auf unserer Internetseite, für welches Seminar Sie Ihren ersten Seminarscheck einlösen wollen. Selbstverständlich können Sie sich auch über die Hotline beraten lassen, welches Seminar für Sie das Richtige ist.
Auch die aktuelle Leistungsbeschreibung finden Sie im Internet.

bu

Nutzen Sie die neuen Seminarangebote. Im Internet unter www.buchner.de/1546.html

Berliner Therapeuten planen Abrechnungsvertrags-Rückgabe

Keine Lymphdrainage in Berlin?

Mehr als 60 Physiotherapeuten haben sich verbandsübergreifend im Oktober und November getroffen und wollen alle Berliner Kollegen dazu bewegen, ihren Abrechnungsvertrag für Lymphdrainage zurückzugeben. Damit soll Druck auf die Krankenkassen ausgeübt werden, endlich die Honorare auf ein realistisches Niveau anzuheben.

Die Berliner Physiotherapeuten sind sauer. In insgesamt 13 Jahren ist der Preis für Lymphdrainage um 70 Cent erhöht worden. In einer Pressemitteilung beschreiben die Kollegen die Situation so: „Kommt ein AOK (BKK, IKK)-Versicherter mit seiner Heilmittelverordnung über Lymphdrainage zu der Physiopraxis seines Vertrauens und hat diese Praxis die Zulassungserweiterung, dann bekommt die Praxis für 45 Minuten Behandlung 15,70 Euro. Während dieser Zeit kann eine Praxis, die diese Höherqualifizierung nicht vorhält, bis zu zwei Patienten mit Krankengymnastik versorgen. Hierfür bekommt diese Praxis bis zu 26,60 Euro. Das bedeutet, dass die Therapeuten, die sich fort- und weiterbilden dreifach bestraft werden. Zum Einen kosten diese Schulungen viel Geld, es ist Jahresurlaub oder unbezahlter Urlaub zu nehmen und zu schlechter Letzt wird das von den Gesetzlichen Krankenkassen besonders miserabel bezahlt."

Die Idee der Kollegen ist es, den Abrechnungsvertrag für Lymphdrainage zu kündigen. „Fast alle Kolleginnen und Kollegen, die sich am Stammtisch getroffen hatten, konnten sich vorstellen, die Abrechnungserlaubnis für Lymphdrainage temporär zurückzugeben," meldet eine der Initiatorinnen in einer Rundmail an Interessierte.

Was versteht man unter dem Begriff „Korbmodell"?

Unter dem Begriff „Korbmodell" ist der kollektive Zulassungsverzicht einer Vielzahl von Ärzten in die gesundheitspolitische Diskussion eingegangen. In den von Treuhändern verwalteten Körben werden die Bereitschaftserklärungen ausstiegswilliger Vertragsärzte gesammelt, um zunächst die Anzahl der Ärzte, die sich an einem kollektiven Zulassungsverzicht beteiligen würden, zu ermitteln.
Quelle: KV Baden-Württemberg

Vertragsrechlich keine Probleme

Wir haben den Münchner Rechtsanwalt Dr. Boxberg gefragt, ob solche Initiative vertragsrechtlich möglich ist. „Bei der Abrechnungsbefugnis der Lymphdrainage handelt es sich nicht um eine Teilzulassung, da die Zulassung nur zur Physiotherapie oder zur physikalischen Therapie besteht und der Rahmen der Zulassung nicht durch hoheitlichen Verwaltungsakt festgelegt wird, sondern durch Vertrag nach §125 Abs. 2 SGB V," so Dr. Boxberg. „Wenn also jemand die manuelle Lymphdrainage nicht mehr erbringen möchte, dann braucht er nur den entsprechenden Kassen die Mitteilung zu machen, dass er die Abrechnungsbefugnis in der manuellen Lymphdrainage nicht mehr besitzen möchte und auf eine Abrechnung der manuellen Lymphdrainage verzichtet. Die Kasse wird im Zweifel dieses Vertragsangebot annehmen, indem sie bestätigt, dass fortan die manuelle Lymphdrainage nicht mehr erbracht werden kann. Damit besteht die Zulassung in gleichem Maße weiter, nur die Abrechnungsbefugnis ist eingeschränkt auf die sonstigen nicht verzichteten Leistungen." Soweit die rechtliche Bewertung von Dr. Boxberg.

Therapeuten müssen gemeinsamen handeln

Bleibt die Frage offen, ob die Aktion politisch eine Chance hat und damit das eigentliche, wirtschaftliche Ziel eines realistischen Preises erreicht werden kann. Wenn alle niedergelassenen Therapeuten bei der Protestaktion mitmachen würden, hätten die Krankenkassen ein Problem, die notwendige Sachleistung Lymphdrainage für ihre Patienten zu erbringen. Rechtlich gesehen darf der Patient, dem die Krankenkasse die Sachleistung mit angemessener Frist nicht anbieten kann, dann aktiv werden und sich selbst die Leistung einkaufen – auch zu einem höheren Preis, den die Kassen dann vollständig erstatten muss. Aber Vorsicht, erstens müssen alle Therapeuten mitmachen und zweitens muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen nicht alle Patienten in Krankenhausambulanzen schicken können.

ZVK schlägt Korbmodell vor

Der ZVK Berlin schlägt in einer Mitteilung zur aktuellen Situation das sogenannte „Korbmodell" vor: Unter der Überschrift: „Was wäre, wenn wir den Kassen einen Korb geben würden?" wird das geplante Vorgehen erläutert: „Eine Idee wäre es, in Anlehnung an das Korbmodell der Ärzte (siehe Kasten), kollektiv die Abrechnungserlaubnis für Manuelle Lymphdrainage zurückzugeben.

Zu diesem Zweck führt der ZVK Berlin eine Umfrage durch, ob sich Berliner Praxen vorstellen könnten, sich am Korbmodell zu beteiligen. Zunächst sollen die Praxen in einen „Korb" eingesammelt werden, die mit der derzeitigen Situation unzufrieden sind und eine Abgabe der Abrechnungserlaubnis nicht ausschließen. Der ZVK Berlin erläutert: „Dabei gilt das Gebot der Vertraulichkeit: Ein Treuhänder würde über den Korb wachen. Da niemandem sonst bekannt ist, wie viele Kollegen sich bereits im Korb gesammelt haben, steigt der psychische Druck auf die Krankenkassen, denn niemand weiß, ob der Korb bereits gefüllt ist und kurz vor der Öffnung steht. Das primäre Ziel dieses Korbes ist also weniger die Abgabe der Abrechnungserlaubnis als vielmehr die Gewinnung von „Marktmacht". *bu*

Mitmachen und Diskutieren: Teilnahme an der Aktion per E-Mail: info@zvk-berlin.de oder die Fax-Nr.. 030/457 99 150
Möchten Sie über diese Aktion mit den Kollegen diskutieren? Dann gehen Sie einfach in das Internet Forum auf www.TheraPedia.de/forum/ in den Bereich Aktuelles!

Empfehlungen der Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung:

Wer darf welche ärztlichen Leistung erbringen?

Steigender Behandlungsbedarf bei immer weniger werdenden Ärzten und Pflegekräften – unter diesen Rahmenbedingungen hat in Deutschland schon seit langem eine Diskussion eingesetzt, welche Leistungen vom Arzt erbracht und welche delegiert werden dürfen. Jetzt gibt es eine Empfehlung von Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Zwar sind diese gemeinsamen Empfehlungen nicht verbindlich, zeigen aber, dass die Ärzte die Diskussion um die Delegation von Leistungen annehmen.

In der deutschen Ärzteschaft wird diese Debatte jedoch mit Unbehagen verfolgt: Die Mediziner spüren, dass sie den quantitativen Anforderungen nicht gewachsen sein können, da aufgrund der abnehmenden Attraktivität des Arztberufes der Nachwuchs zunehmend fehlt. Gleichzeitig melden die Interessenverbände anderer Gesundheitsberufe ihre Ansprüche an und fordern eine stärkere Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten. Die Politik hat bereits reagiert und fördert Modellversuche.

Ärzte sind verunsichert

In vielen Regionen werden schon seit Jahren Fakten geschaffen: Gemeindeschwestern besuchen Patienten, die nicht mehr mobil genug sind für den Weg in die Arztpraxis. Dass sich nun die beiden Spitzenorganisationen der deutschen Ärzteschaft dieser Frage angenommen haben, zeigt auch die Verunsicherung vieler Ärzte, welche Leistungen sie denn delegieren dürfen. In den Empfehlungen wird die besondere Vertrauensbeziehung des Arztes zum Patienten betont, die vor allem durch die persönliche Leistungserbringung gekennzeichnet ist. „Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren“, heißt es in dem gemeinsamen Papier.

Wirkliche Antworten gibt die Empfehlung nicht

Welche Leistungen aber müssen von den Ärzten erbracht werden? Dazu hat der Gesetzgeber einen Spielraum gelassen und meist keine ausdrückliche Entscheidung getroffen. Klar gilt dies aber für Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung, Aufklärung, Beratung und Therapieentscheidung sowie Durchführung invasiver Maßnahmen einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe. Welche Leistungen der Arzt delegieren will, soll er von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen aber klar, dass Ärzte auch in diesen Fällen für die ordnungsgemäße Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, an die sie Leistungen delegieren, haften.

Welche Leistungen müssen von den Ärzten erbracht werden? Dazu hat der Gesetzgeber einen Spielraum gelassen!

Die Empfehlungen der beiden Spitzenorganisationen der deutschen Ärzteschaft bieten jedoch keine Lösung an, wie die Entlastung für die Ärzte und die Übernahme von Verantwortung durch andere Gesundheitsberufe außerhalb der Arztpraxen gestaltet werden soll. Damit bleiben weiterhin viele Fragen für Therapeuten offen, etwa ob der Arzt auch künftig allein über die Verordnung von logapädischen und physiotherapeutischen Leistungen entscheidet. *di*

Studienergebnisse zum Ende des KV-Monopols

Ärzte sind überzeugt: Gute Medizin wird Luxus!

80 Prozent der deutschen Ärzte erwarten, dass sich die medizinische Versorgung durch das Ende des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nicht verbessern wird. Das ist das Ergebnis einer Studie der Stiftung Gesundheit zur Abschaffung des KV-Monopols.

Glaubt man der jetzt veröffentlichten Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2008“, dann sind nur sechs Prozent der Ärzte der Überzeugung, dass sich die Maßnahmen der Bundesregierung zur Steigerung des Wettbewerbs positiv auswirken werden. Mehr als zwei Drittel der Ärzte halten eher eine Forcierung des Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt für wahrscheinlich. Deutlich wird jedoch auch, dass der Berufsstand die negativen Folgen für sich und die Patienten fürchtet – eine Mehrheit von 88 Prozent ist überzeugt: Gute Medizin wird künftig noch mehr eine Frage des Geldes sein!

Das Ende des KV-Monopols wird nur wenigen Ärzten zugutekommen, meinen zwei Drittel der Befragten. In Zukunft werden nämlich die Krankenversicherer die Arzthonorare drücken – so befürchten immerhin vier von fünf Ärzten. Und dass das Gesundheitssystem durch die Reform transparenter werde, bezweifeln 63 Prozent – sie stellen den geplanten Maßnahmen der Gesundheitsreform kein gutes Zeugnis aus.

Durchgeführt wurde die Studie von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (www.ggma.de) im Auftrag der Stiftung Gesundheit. Befragt wurden 45.000 repräsentativ ausgewählte Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Insgesamt haben 2.667 Ärzte an der Studie teilgenommen – dies entspricht einer Antwortquote von 5,9 Prozent. *pm*

Download: Die Kurzfassung der Studie kann unter www.stiftung-gesundheit.de in der Rubrik „Forschung“ heruntergeladen werden.

Versorgungsmodell aus dem Osten soll jetzt weiter ausgebaut werden

Schwester Agnes kommt in den Westen

Die als Schwester Agnes bekannt gewordene Gemeindeschwester soll jetzt auch im Westen aktiv werden. Dies kündigte jüngst der für den Aufbau Ost zuständige Bundesverkehrsminister Wolfgang Tiefensee an. Somit dürften sich auch Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden im Westen unter Umständen mit neuen Ansprechpartnern konfrontiert sehen.

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention – dieses Wortungetüm war den Initiatoren der Universität Greifswald zu lang. Griffiger war die Abkürzung „AGNES" aus den Anfangsbuchstaben, die noch dazu an eine beliebte Figur aus dem DDR-Fernsehen erinnerte.

Pflegekraft wird zum wichtigen Ansprechpartner

Möglich ist der Einsatz von AGNES in ländlichen Regionen, in denen Ärzte entlastet werden müssen. Dies bedeutet für Therapeuten: Für die Verordnung von therapeutischen Leistungen bleibt zwar der Arzt verantwortlich, mit Schwester Agnes kommt aber eine zusätzliche Person ins Spiel, die einen Therapiebedarf feststellen und den verordnenden Arzt darauf aufmerksam machen kann.

„Pflegekräfte werden nicht die Aufgaben des Therapeuten übernehmen."

Ganz anders als die TV-Schwester wurde ihr reales Pendant schnell zu einer Reizfigur. Denn Ärzte und Pflegeverbände witterten Konkurrenz. Dabei geht es den Verantwortlichen nicht darum, Ärzte oder Pflegedienste zu verdrängen, sondern um Entlastung. Wo die medizinische Versorgung ausgedünnt ist, könnte Schwester Agnes tätig werden. In mehreren Modellregionen Ostdeutschlands besuchen schon seit 2005 weitergebildete Krankenschwestern und Arzthelferinnen Patienten. Sie messen Blutdruck, kontrollieren die Medikamentenbestände, betreiben Sturzprophylaxe mit ihren Patienten. Über moderne Technik sind sie mit den steuernden Arztpraxen verbunden.

Mehrere Dutzend Gemeindeschwestern haben in den vergangenen Jahren bereits eine fünfstellige Zahl von Hausbesuchen bei über 1500 Patienten in Sachsen, Vorpommern und in der Uckermark gemacht. Es profitieren die Patienten, die nicht mehr mobil genug sind, um in die Praxen zu kommen. Im Schnitt sind die Patienten rund 79 Jahre alt und multimorbide. Viele von ihnen würden entweder ohne Behandlung bleiben oder ins Krankenhaus kommen.

Auch Therapeuten können eingebunden werden

Über Schwester Agnes gelingt eine ambulante Behandlung, in die auch Therapeuten eingebunden werden können. „Schwester Agnes kann dem Patienten aufzeigen, welche Möglichkeiten bestehen. Sie wird aber nicht die Aufgaben der Therapeuten übernehmen", stellt eine Mitarbeiterin des Greifswalder Projektes klar. Therapeuten müssten die Patienten allerdings zu Hause aufsuchen.

Ob sich Schwester Agnes flächendeckend durchsetzen wird, hängt nicht zuletzt von der Finanzierung ab. Bislang ist unklar, wie die aufsuchende Betreuung durch qualifizierte Kräfte in der Regelversorgung finanziert werden soll. Ärzte befürchten, dass dies zulasten ihrer Vergütung gehen könnte. *di*

Kinder- und Jugendliche im Mittelpunkt des 2. Europäischern Präventionstages

Netzwerke von Präventionsexperten schaffen

„Prävention von Anfang an" – unter diesem Motto steht der 2. Europäische Präventionstag 2008, der sich vom 22. bis 23. November im ehemaligen Bundestag in Bonn mit der Bewegungsförderung und Prävention schon bei den Kleinsten befassen wird.

Den Auftakt bildet der erstmals initiierte Kinder- und Jugendpräventionstag mit Aktionen und Seminaren für die ganze Familie. Starkoch Tim Mälzer und auch der Mediziner und Bestsellerautor Prof. Dr. med. Dietrich H. W. Grönemeyer unterstützen mit ihren Beiträgen das bunte Programmangebot in Sachen Gesundheitstraining und Vorbeugung. Am 23. November richtet sich der 2. Europäische Präventionstag 2008 mit Vorträgen, Diskussionen und Seminaren an Entscheider im Gesundheitswesen sowie an interessierte Bürger und Gruppen.

Die Schirmherrschaft für die Veranstaltung, die von der Gesellschaft für Prävention e.V. (GPeV) sowie der GSAAM (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin) ausgerichtet wird, hat der ehemalige Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Horst Seehofer (CSU) und jetziger Ministerpräsiden von Bayern übernommen.

Ziel der Veranstaltung ist es, die Bevölkerung für das wichtige Thema Prävention zu sensibilisieren. Mit dem 2. Europäischen Präventionstag wird ein Forum für Entscheider aus Politik, Wirtschaft und Medizin geschaffen, um gemeinsam Entwicklungen und Projekte in der Prävention zu diskutieren und voranzubringen. Netzwerke sollen geschaffen werden, um ein auf lange Sicht handlungsfähiges Expertenteam zusammenzustellen, das – als Spiegelbild der Gesellschaft fungierend – Gesundheitsförderung in weite Schichten der Bevölkerung trägt.

Weitere Präventionsthemen werden folgen – in diesem Jahr eingeläutet durch das Lifestyle – Projekt „Alternative Wohnformen 50+", das „in den kommenden zwei Jahren unter der Schirmherrschaft von Hening Scherf den Präventionstag begleiten wird," so Peter Schlink, verantwortlicher Organisator des 2. Europäischen Präventionstages.

Unter www.praeventionstag.com finden Sie Informationen über den Präventionstag, Ablauf und Anmeldung. *bu*

Physiotherapieverband unterliegt klar vor dem Oberlandesgericht

Mehr Werbung erlaubt als gedacht

Mit der Anzeige „Fit und beweglich durch den Winter!“ hat eine Praxis für Geschenkgutscheine und verschiedene Therapien geworben – zum Missfallen eines Landesverbandes der Physiotherapeuten. Dieser mahnte die werbende Praxis erfolglos ab, zog vor Gericht und unterlag endgültig vor dem Oberlandesgericht (OLG) in Celle. Ein Sieg für mehr Werbefreiheit?

Das Angebot für die Leistungen reichte von „Physiotherapie und Gerätetraining für 105,- Euro“ über „Ayurvedische Ganzkörpermassage für 52,- Euro“ bis hin zu einer „Dorn/BreußTherapie“, „Craniosacrale Therapie“ oder „Fußreflexzonentherapie“. Alle Angebote, so hieß es in der Anzeige, seien auch als Gutschein erhältlich.

Diese Werbeaktion fand das Missfallen einiger Physiotherapiepraxen vor Ort, die den Verband um Hilfe anriefen. Doch die Abmahnung der werbenden Praxis führte nicht zum gewünschten Erfolg, sodass das Gericht entscheiden musste. Konkret forderte der Verband, der werbenden Praxis folgendes zu untersagen:

- für physiotherapeutische Leistungen Gutscheine anzubieten ohne darauf hinzuweisen, dass für eine solche Leistung eine ärztliche Verordnung vorliegen muss,
- öffentlich außerhalb der Fachkreise Fußreflexzonentherapie anzubieten ohne darauf hinzuweisen, dass diese Tätigkeit auf Grund der fehlenden Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz bzw. der fehlenden ärztlichen Bestallung nur von einem zur Heilbehandlung Berechtigten ausgeübt werden darf,
- in öffentlicher Werbung außerhalb der Fachkreise mit den Bezeichnungen „Dorn/BreußTherapie“, „Craniosacrale Therapie“ und „Marnitztherapie“ zu werben, ohne diese im direkten Zusammenhang allgemeinverständlich zu erklären.

Vor dem Landgericht bekam der klagende Verband zunächst recht. Doch in der Berufung vor dem Oberlandesgericht konnte sich die werbende Praxis mit ihrer Auffassung durchsetzen.

Das Gericht begründet ausführlich, warum eine Praxis für Therapie werben darf, ohne auf die Erfordernis einer ärztlichen Verordnung aufmerksam zu machen: „ Das vom Kläger (Berufsverband) beanstandete Angebot, für physiotherapeutische Leistungen einen Gutschein zu erwerben, wird vor allem von solchen Verbrauchern in Anspruch genommen werden, denen es um eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens (des mit dem Gutschein Beschenkten) geht“. Ferner verfügten Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung umfangreiche Kenntnisse in ihrem Tätigkeitsbereich – auch was die Diagnose anbetrifft. So könnten sich bei der Behandlung Anhaltspunkte für eine Erkrankung ergeben, die den erkrankten Kunden erst veranlassen würden, einen Arzt aufzusuchen.

Auch an der vom Verband abgemahnten Werbung für Fußreflexzonentherapie kann das Gericht keinen Gesetzesverstoß erkennen: „Das Angebot der Beklagten (Praxis) werden deshalb im wesentlichen solche Kunden in Anspruch nehmen, die sich bei der Behandlung entspannen wollen („Wellness“), oder die davon ausgehen müssen, eine weitere ärztliche Verordnung nicht zu erhalten.“ In diesen Fällen scheide eine mittelbare Gesundheitsgefährdung aus, da die Kunden keine gesundheitlichen Beschwerden hätten oder bereits eine ärztliche Untersuchung stattgefunden habe. Ferner hätten die Beklagten in ihrer zweieinhalbjährigen Ausbildung die staatliche Prüfung als Masseur und medizinischer Bademeister abgelegt.

Zu guter Letzt musste das OLG darüber entscheiden, ob „außerhalb der Fachkreise“ mit Fachbezeichnungen geworben werden darf. Und auch in diesem Fall argumentiert das OLG erfreulich pragmatisch: „Die in der Werbung verwendeten Fachbezeichnungen sind nicht zu beanstanden. Die Beklagten haben vorgetragen, dass es für die Therapien nur diese Bezeichnungen gebe. Dem ist der Kläger (Verband) nicht entgegengetreten.“ Eine Umschreibung der Fachbegriffe sei in einer Webung zu umfangreich – daher führe ein Verbot, die Fachbegriffe zu verwenden, zum generellen Ausschluss der Werbung. Auch der Vorwurf der Kläger, der Verbraucher werde mit „hochtrabenden fremdsprachlichen Bezeichnungen ... der Gefahr der Irreführung ausgesetzt“, sei nicht zu erkennen, aus der sich eine „nennenswerte Gesundheitsgefahr ergeben könnte“.

Das Gericht begründet in seinem Urteil ausführlich, warum eine Praxis für Therapie werben darf, ohne auf die Erfordernis einer ärztlichen Verordnung aufmerksam zu machen.

Für die werbende Praxis ein gutes Urteil, für die Kollegen im Bereich des OLG Celle eine hilfreiche Information. Allen anderen Praxen bietet dieses Urteil zumindest eine Richtschnur für evtl. Argumentation vor Gericht.

Dass die Gerichte nicht immer so entscheiden müssen, darauf wies der klagende Berufsverband hin. Ein anderes OLG hatte vor zwei Jahren festgestellt, dass die Werbung mit dem Begriff Fußreflexzonentherapie gegen einschlägige Gesetze verstoße. Da dieses Urteil gegen ein Mitglied des Verbandes ergangen war, hatte sich der Verband aus „ordnungspolitischen Gründen“ genötigt gesehen, den oben beschrieben Prozess anzustrengen. *bu*

Service: Das vollständige Urteil können Sie bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos als Datei anfordern. OLG Celle, 24.07.2008, AZ: 13 U 14/08

Praxiskonzept mit dem Unternehmerinnenbrief NRW ausgezeichnet

Unternehmen Logopädie

Wie passen Begriffe aus dem betriebswirtschaftlichen Lehrbuch wie Finanzkonzept, Marketing, Risikoanalyse mit Fachbegriffen der Logopädie wie Dyslalie, Dysgrammatismus, Rhinophonie zusammen? Logopädin Kerstin Winterboer weiß, wie es geht und hat es umgesetzt. Ihr Praxiskonzept wurde jetzt mit dem Unternehmerinnenbrief NRW ausgezeichnet.

Man nehme eine engagierte, staatlich anerkannte Logopädin, ein individuelles Konzept, einen Unternehmensberater und viel Mut. Kräftig umrühren. Fertig ist der Mix, aus dem eine gut gehende Logopädiepraxis gemacht wird. Kerstin Winterboer eröffnete im August 2007 ihre „individuelle Praxis“ für Logopädie in Bönen, NRW. Bereits ein Jahr später war das Pensum für die selbständige Unternehmerin allein nicht mehr zu bewältigen. Zwei Angestellte greifen ihr nun unter die Arme.

Ein Jahr kostenloses Unternehmerinnen-Coaching als Preis

Der Weg zum Erfolg war rasant und arbeitsintensiv. Angefangen hat alles mit dem unscheinbaren Schild: „Praxisräume zu vermieten“. „Der Gedanke an Selbständigkeit war bei mir schon immer da“, erinnert sich Kerstin Winterboer, „realistisch wurde die Idee, als hier in meiner Umgebung Räumlichkeiten frei wurden.“ Zugeschlagen, Festanstellung gekündigt, Praxis eröffnet? „So ungefähr“, zwinkert Winterboer, „es ging wirklich alles sehr schnell.“

Vor der Eröffnung musste nicht nur ein Businessplan her. Auch die Planung des persönlichen Zeitmanagements war für die zweifache Mutter entscheidend. So suchte Winterboer von Anfang an die Unterstützung einer Unternehmensberatung. Denn wer sich selbständig macht, muss sich mit Zahlen, Marktanalysen und Marketingkonzepten beschäftigen. Das waren für die Logopädin damals noch böhmische Dörfer. „Gerade am Anfang habe ich mir oft gedacht: puh, ich bin doch Therapeutin und keine Bankerin. Aber mit Hilfe der Unternehmensberatung war das gut zu schaffen“.

Bei der Planung ihres Praxiskonzeptes war der Therapeutin wichtig, dass sich ihre Philosophie bereits im Namen widerspiegelt. Das Ergebnis: „ip. individuelle praxis“. Ein Praxisname, mit dem sich die Logopädin voll identifizieren kann: „Meine Therapie ist immer anders. Wenn ich eine Verordnung habe, ziehe ich keinen Ordner und hake dann die einzelnen Arbeitsschritte ab.“

Durch einen Besuch der Jungunternehmerin des Unternehmerinnentags in Essen wurde sie auf den „Unternehmerinnenbrief NRW“ aufmerksam. Diese Initiative des Landes NRW, soll „das Gründungspotential von Frauen sichtbar zu machen“. Bewerben kann sich jede Gründerin, deren Beratungs- und Planungsphase bereits abgeschlossen ist. Ein Expertenteam aus Vertretern der IHK, Wirtschaftsförderung und Sparkasse prüft zunächst das schriftliche Konzept der Bewerberin auf Herz und Nieren. In einem zehnminütigen Vortrag muss die Unternehmerin ihr Konzept vorstellen und sich dann den Fragen der Jury stellen. Kerstin Winterboers Konzept überzeugte die hochkarätige Jury.

Neben einer offiziellen Urkunde, die als Vorlage bei Banken und Kreditanträgen weiterhilft, erhält jede Gründerin für ein Jahr eine erfahrene Patin an die Seite gestellt. „Ich habe mir eine Ergotherapeutin als Patin gewünscht und schon viele wichtige Tipps und Anregungen bekommen.“ Positiver Nebeneffekt des Unternehmerinnenbriefes: kostenlose Publicity. Lokale und überregionale Zeitungen berichteten vielfach über Winterboers Praxis.

Heute ist Kerstin Winterboers Praxis zum Selbstläufer geworden. *ko*

Der Gesundheitsfonds wirft seine Schatten voraus

BKK: Verträge werden nun gemeinsam geschlossen

Interessen werden gebündelt, sagen die Betriebskrankenkassen (BKK) und haben eine Vertragsarbeitsgemeinschaft für alle BKK Versicherten in Niedersachsen und Bremen gegründet. Macht wird gebündelt, sagen dagegen die Therapeuten und sehen sich immer selbstbewussteren Kassen gegenüber.

70 Betriebskrankenkassen, die zusammen rund 1,5 Millionen Versicherte in Niedersachsen und Bremen betreuen, haben in Hannover unter Moderation des BKK Landesverbandes eine Vertragsarbeitsgemeinschaft gegründet. „Mit dieser Vertragsarbeitsgemeinschaft bündeln die Betriebskrankenkassen, die in Niedersachsen und Bremen Versicherte betreuen, ihre Interessen. Das stärkt unsere Verhandlungsposition, wenn es darum geht, durch neue Verträge mit den Leistungserbringern, wie niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die Versorgung zu verbessern“, sagte Klemens Pawisa, Stellvertreter des Vorstandes des BKK Landesverbandes Niedersachsen-Bremen.

Gemeinsam mit dem Landesverband koordiniert der Vertragsausschuss die künftige Arbeit und entscheidet über die Verträge, die dann verbindlich für alle 70 Betriebskrankenkassen gelten. Die Vertragsverhandlungen werden weiterhin vom BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen geführt.

Und hier könnte eine Chance für die Heilmittelerbringer liegen. Denn statt mit jeder Kasse einzeln über neue Versorgungsformen zu verhandeln, genügt jetzt ein Ansprechpartner. *pm/bu*

Selbstzahlerleistungen verändern das Rollenverständnis von Patienten

„Das Problem ist im Kopf des Therapeuten!“

Selbstzahlerleistungen sind aus keiner therapeutischen Praxis mehr wegzudenken. Die Bereitschaft der Patienten, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun, ist da. Aber sind auch die Therapeuten bereit, sich als Dienstleister zu verstehen? „Das Problem ist im Kopf des Therapeuten“, meint die Hamburger Ergotherapeutin Elke Post. Sie hat die Möglichkeiten von Therapie und Dienstleistung erkannt und umgesetzt und eröffnet im Dezember bereits ihre dritte Praxis in der Hansestadt.

Seit langem beschäftigt sich die Ergotherapeutin mit dem Selbstverständnis des Therapeuten: „Ein Klient, der die Behandlung selber zahlt, übernimmt noch mehr Verantwortung als ein Kassenpatient. Er will aktiv etwas für seine Gesundheit tun. Und – er möchte ernst genommen werden.“ Im Klartext heißt das: Wer selber zahlt, will auch etwas davon haben.

Herausforderung: Eine Leistung – ein Ergebnis

Das fordert den Therapeuten heraus und zwingt ihn zum Umdenken. Er müsse die eng gesteckten Grenzen, wie sie beispielsweise die Heilmittelrichtlinien vorgeben, erweitern und sich die Frage stellen, ob eine therapeutische Leistung nur dann wirkungsvoll sei, wenn sie von der Krankenkasse anerkannt und bezahlt wird? Darf sie allein durch die Vorgaben der Berufsverbände und Krankenkassen legitimiert werden? Und fallen damit ganzheitlich wirkende Heilmethoden, wie Reiki oder Klangschalenmassage unter „Hokuspokus“ und „Therapeutische Halsabschneiderei“? Fragen, die jeder Therapeut für sich selbst beantworten muss. „Man muss bekannte Pfade verlassen und sich als Therapeut jederzeit neu hinterfragen.“

Patienten wollen Gesundheit selbst managen

Dies gelte auch für die Beziehung zum Klienten. Bislang war der Patient in einer „Nehmerposition“, der das Rezept für eine therapeutische Leistung erhält, die die Krankenkasse bezahlt. Inzwischen aber wandle er sich zunehmend vom hilflosen Klienten zum eigenverantwortlichen Selbstzahler. „Der beste Therapeut ist der Klient selbst. Ich als Therapeutin sehe mich mehr als Coach, als Begleiter. Allerdings mit einem großen Fachwissen.“ Fachliche Kompetenz des Therapeuten und aktive Mitarbeit des Patienten – ein gegenseitiges Geben und Nehmen, unabhängig davon, ob die Kasse die Behandlung bezahlt oder der Klient.

Elke Post geht noch einen Schritt weiter. Für sie ist Therapie mehr als das erlernte Handwerkszeug. „Die Techniken sind nur ein Teil des therapeutischen Prozesses. Gerade die Kommunikation und Interaktion zwischen Therapeut und Klient nehmen einen großen Raum in der Therapie ein“. Ein häufig vernachlässigter Faktor in der Therapie.

Eigenes Therapiekonzept entwickelt

Vor zehn Jahren entwickelte sie deshalb ein neues, ganzheitlich präventives, Behandlungsmodell: das

Elke Post ist mit Zusatzleistungen so erfolgreich, dass sie jetzt schon ihre dritte Praxis eröffnet.

„profilax-Modell“. „Profilax ist menschliches Modell. Es geht über die reine physio- und ergotherapeutische Arbeit hinaus, ergänzt sie und rundet sie ab“, so Post. Acht Basisebenen stehen dem Therapeuten zur Verfügung, mit denen er Störungen erkennen und behandeln kann. Dabei wird unterschieden in „internale Ebenen“ wie systemische Zusammenhänge, genetische Gegebenheiten und psychisch-kognitive Programme. Aber auch die „externale Ebene“, also Bedingungen der Umwelt, werden miteinbezogen. Dem Therapeuten steht ein weites Spektrum an Methoden zur Verfügung. Kommunikationstechniken wie NLP und Reiki gehören ebenso dazu wie klassische ergotherapeutischen und physiotherapeutische Techniken. „Profilax behandelt Körper, Geist und Seele. Dafür haben wir mehr oder weniger Werkzeug. Vieles davon ist aber keine Kassenleistung.“

Ist Therapie nur dann erfolgreich, wenn sie von der Krankenkasse bezahlte wird? Nicht wirklich, findet Elke Post.

Wissenschaftliche Studie als Beleg

Elke Post arbeitet derzeit in einer wissenschaftlichen Studie an der Anerkennung von Profilax. Denn alte Gedankenmuster aufzubrechen dauert seine Zeit und ist nicht einfach. Ihr Modell aber macht schon Schule: Mittlerweile gibt es 17 Profilax-Trainer in ganz Deutschland. *ko*

Kontakt: Ergopraxis Elke Post, Elbchaussee 38, 22765 Hamburg. – info@impuls-fortbildungen.de
http://www.profilax-gesundheitsfoerderung.de

Fallbeispiel:

Fahrtkostenerstattung bei Vorstellungsgespräch

Frage an die praxiswissen24-Hotline: „Ein Bewerber, den ich zum Vorstellungsgespräch eingeladen hatte, fordert jetzt von mir die Erstattung seiner Fahrtkosten. Ist das zulässig, bin ich durch das Gesetz verpflichtet, solche Fahrtkostenerstattung zu übernehmen?“

Praxisinhaberin Ulla Breid ist ziemlich genervt: Sie wollte nur eine offene Stelle besetzen und soll nun die Fahrtkosten des inzwischen abgelehnten Bewerbers ersetzen. Sie empfindet diese Forderung als Frechheit.

Kostenerstattung ist gesetzlich geregelt!

Grundlage der Kostenerstattung ist das Bürgerliche Gesetzbuch §670.

Tatsächlich aber hat der Arbeitnehmer nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) §670 Anspruch auf eine Kostenerstattung. Wurde vorab nichts zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezüglich der Kostenerstattung vereinbart, so müsste im Zweifel der Arbeitnehmer beweisen, dass er zum Vorstellungsgespräch eingeladen und dass dem Arbeitgeber die Länge des Anfahrtswegs bekannt war.

Vor der Fahrt zu einem Vorstellungsgespräch sollten Arbeitgeber und Bewerber generell vereinbaren, wer welche Kosten zu ersetzen hat.

Arbeitgeber kann Kostenübernahme ausschließen

Dabei kann der Arbeitgeber eine Kostenübernahme auch vollständig ausschließen oder der Höhe nach begrenzen. Das muss jedoch mit allen Beteiligten im Voraus möglichst schriftlich vereinbart werden. Beruft sich der Arbeitgeber auf eine Kostenbeschränkung oder einen Kostenausschluss, muss er dies im Zweifel beweisen.

Bei einer Kostenerstattung gilt jedoch grundsätzlich eine Kilometerpauschale von 30 Cent oder die Kosten für ein Bahnticket der 2. Klasse. *bu*

Tipp: Bei arbeitlosen und als arbeitssuchend gemeldeten Therapeuten wird in der Regel die Bundesagentur für Arbeit (BA) für die Übernahme der Fahrtkosten einspringen, wenn der Arbeitgeber eine Erstattung ausgeschlossen hat.

Reform des GmbH-Gesetzes könnte eine Alternative für manche Praxen bieten

GmbH-Reform: Vorteile für Heilmittelerbringer?

Der Startschuss für das neue GmbH-Recht ist gefallen. Als „GmbH-Light“, „Mini-GmbH“ oder „Ein-Euro-GmbH“ ist die Unternehmergesellschaft (UG) mit einem Stammkapital von einem Euro bekannt geworden – für Therapeuten eine scheinbar leichte Möglichkeit zur Gründung einer GmbH und Vermeidung von Risiken?

Bislang musste eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) mit einem Mindeststammkapital von 25.000 Euro ausgestattet werden. Der Gesetzgeber hat jetzt die GmbH-Gründung deutlich erleichtert. Schon mit einem Startkapital von einem Euro ist eine Gründung möglich. Das „Gesetz zur Modernisierung des GmbH-Rechts und zur Bekämpfung von Missbräuchen (MoMiG)“ sieht eine zügige und unbürokratische Gründung vor. Für das Basismodell wird es ein leicht auszufüllendes Musterprotokoll geben. Die dafür anfallenden Gebühren für Notar und Registergericht sind gering, besondere Sicherheiten nicht notwendig.

GmbH-Gründung sollte genau überlegt sein

Dennoch sollte sich jeder genau überlegen, ob eine GmbH-Gründung sinnvoll ist. Im Gegensatz zu Freiberuflern ist eine GmbH gewerbesteuerpflichtig. Ein Vorteil scheint auf den ersten Blick die Haftungsbegrenzung zu sein. Doch Medizinrechtsexperten geben zu bedenken, dass geschädigte Patienten den Behandler auch als Person in Anspruch nehmen können – die Haftungsbegrenzung schützt sie also nur bedingt. Zudem gilt als Faustregel: Je beschränkter die GmbH-Haftung ausfällt, desto eher erfolgt der Durchgriff auf das private Vermögen.

Wer dennoch auf eine GmbH setzt, sollte sich über weitere Folgen im Klaren sein. So gelten Bilanzierungsregeln mit entsprechenden steuerlichen Konsequenzen. Ein Beispiel: Freiberufler erstellen eine einfache Einnahme-Überschussrechnung, bei der nur die tatsächlichen Einnahmen berücksichtigt werden. Bei einer GmbH hingegen muss jede geschriebene Rechnung als Einnahme versteuert werden – auch wenn sie noch gar nicht bezahlt wurde.

Rechtsform GmbH verursacht zusätzliche Kosten

Daneben gibt es weitere Folgen, etwa die kostenpflichtige Mitgliedschaft in der jeweiligen Industrie- und Handwerkskammer. Und das geringe Stammkapital bei der neuen GmbH-Form gilt nur zur Gründung. Die Unternehmergesellschaft muss ein Viertel ihres Jahresüberschusses in eine gesetzliche Rücklage einstellen. Wenn 25.000 Euro erreicht sind, kann die UG in eine herkömmliche GmbH umgewandelt werden. *di*

Ganz Konkret: Auch wenn man jetzt ganz einfach eine GmbH gründen kann, sollte man sich immer den Rat von Juristen und Steuerberatern einkaufen! Die Folgen einer schlecht geplanten GmbH-Gründung können erhebliche Kosten verursachen!

Neue einheitliche Grundsätze für die Beitragsmessung bei freiwillig Versicherten

Kassen vereinheitlichen Rahmenbedingungen

Ab Januar 2009 werden freiwillig Versicherte – unabhängig davon, in welcher gesetzlichen Krankenkasse sie versichert sind – nach einheitlichen Maßstäben veranlagt. Das hat der GKV-Spitzenverband mit der Veröffentlichung neuer Grundsätze und Regelungen für die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder beschlossen.

Höhe und Einstufungsgrundsätze wurden bisher von jeder gesetzlichen Krankenkasse selbst in ihrer Satzung formuliert. In der Konsequenz konnte das bedeuten, gleichgelagerte Sachverhalte bei der Beitragsbemessung führten aufgrund der kassenindividuellen Verfahrensweise nicht automatisch zum gleichen Ergebnis. Grund: Je nach Kassensatzung wurden einzelne Einnahmearten unterschiedlich berücksichtigt. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beendete die Unterschiede und wies dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe zu, einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung zu erarbeiten.

Der GKV-Spitzenverband hat jetzt festgelegt, in welcher Weise die unterschiedlichen Einkunftsarten (z. B. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Miet- und Zinseinkünfte oder auch Kapitaleinkünfte) berücksichtigt werden und wann bzw. in welcher Höhe eine Begrenzung erfolgt. Mit diesem Vorgehen soll für den freiwillig Versicherten die Beitragsbemessung transparenter und gerechter gestaltet werden. Gleiche Sachverhalte sollen künftig zum gleichen Ergebnis in der Beitragsbemessung führen, unabhängig davon, ob man zum Beispiel bei einer Ortskrankenkasse, einer Ersatzkasse, einer Betriebskrankenkasse oder einer Innungskrankenkasse versichert ist. Der Spitzenverband ist der Meinung, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV nicht teurer wird. Das Gegenteil sei der Fall: Bei einzelnen Versicherten könnten sich sogar Beitragsreduzierungen ergeben. *bu*

Nach Ansicht der Kassen könnte eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV in Zukunft sogar billiger werden.

Service: Die einheitlichen Grundsätze zur Bemessung freiwillig Versicherter können Sie bei der praxiswissen24-Hotline anfordern oder finden Sie im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de.

Bund der Versicherten (BdV) warnt vor unüberlegten Schnellschüssen

Nicht überstürzt in die „Private“ wechseln

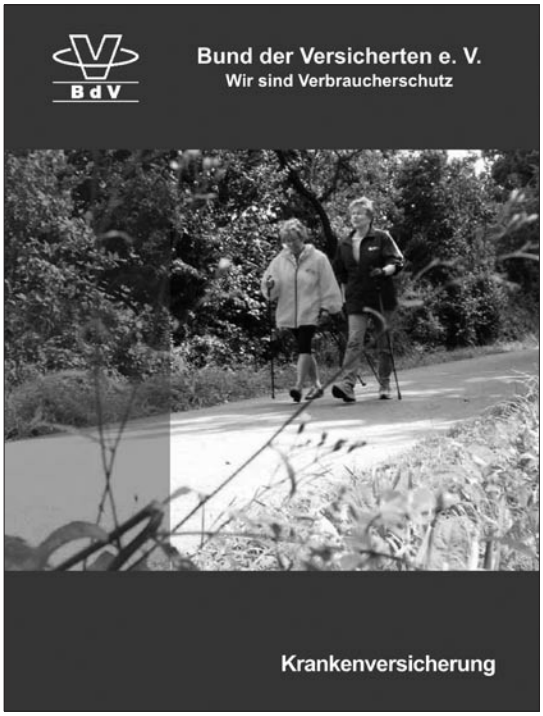
Ab 2009 sollen gesetzlich Krankenversicherte einen einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent bezahlen. Für viele bedeutet das eine Erhöhung. Private Krankenversicherer wollen Wechselwillige mit niedrigeren Prämien noch 2008 zum Umstieg bewegen. Doch vor einem unüberlegten Wechsel hat jetzt der Bund der Versicherten (BdV) gewarnt.

Wer sich ab 2009 erstmals privat krankenversichert, darf bei einem späteren Wechsel zu einer anderen Gesellschaft einen Teil seiner Alterungsrückstellungen mitnehmen. Deshalb sollen die Prämien für Neukunden höher ausfallen. Entscheidet sich ein gesetzlich Versicherter noch 2008 für die Private, zahlt er aber vielleicht nur weniger.

Die BdV-Vorsitzende Lilo Blunck warnt: „Der Prämienvorteil ist nur von kurzer Dauer. Langfristig werden auch die Prämien für alle Privatversicherten steigen.“ Denn Bestandsversicherte können von Januar bis Ende Juni 2009 ebenfalls ihre Alterungsrückstellungen teilweise übertragen.

Zudem sind die privaten Krankenversicherer ab 2009 verpflichtet, einen Basistarif anzubieten. Das Leistungsniveau ist mit dem der Krankenkassen vergleichbar. Die Gesellschaften müssen Interessenten unabhängig vom Gesundheitszustand aufnehmen und das ohne Zuschläge und Ausschlüsse zu einer begrenzten Prämie. Finanziert sich der Basistarif nicht allein, zahlen die Bestandsversicherten zu.

Die BdV-Chefin: „Vor einem Wechsel in die Private sollten Vor- und Nachteile genau abgewogen werden. Denn eine Rückkehr ist nicht ohne weiteres möglich.“



Wer sich umfassend über das Thema Krankenversicherung informieren möchte, kann sich unter www.bundderversicherten.de (einfach auf „Publikationen“ und „Broschüren“ klicken) eine Broschüre dazu herunterladen. *bu*

Neu für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

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

Alle Videos unter:
www.praxiswissen24.de

Leidenschaft für Sie!
Das Werbevideo einer Fluggesellschaft illustriert sehr schön, wie man Service mit Leidenschaft leben kann! Wer würde sich nicht wünschen, seine Mitarbeiter so viel Eigeninitiative entwickeln zu sehen wie hier das Bodenpersonal. Und seine Patienten so zu begeistern! Das Ende des Spots fasst die Botschaft für alle Dienstleister gut zusammen: Passionate for you!

Gesundheitsfonds: Folgen schnell erklärt
Was kommt auf uns zu, wenn ab Januar 2009 der Gesundheitsfonds seine Arbeit aufnimmt? Damit diese Frage nicht unbeantwortet im Raum steht, widmet sich das aktuelle Video der Woche genau diesem Thema. Zahlreiche Experten kommen in unter zwei Minuten zu dem wenig überraschenden Ergebnis.

Auf dem laufenden Band
Der aus Köln stammende Internet-Video-Sender Ehrensenf machte kürzlich auf eine neue Trendsportart aus Amerikka aufmerksam: Auf dem sogenannten Treadmill Desk sitzen Schreibtischarbeiter nicht mehr auf Bürostühlen, sondern stehen bzw. laufen auf einem Fließband, während sie telefonieren, mit der Tastatur arbeiten oder im Internet recherchieren. Dr. James Levine (Mayo Clinic) will herausgefunden haben, dass diese Form der Arbeit gesünder ist und den Mitarbeitern hilft, gesünder zu werden und abzunehmen.

Besuch bei der Logopädin
Mit 22 Video Folgen beglückt uns „Mettymod“, der Regisseur des heutigen Videos der Woche. Sein Thema: Therapie beim Logopäden. In seinem Videotagebuch dokumentiert Mettymod seinen Weg durch die Instanzen der Therapie. Erst Besuch beim HNO-Arzt, dann viele Besuche bei der Logopädin. Ein Bericht über Therapie aus Sicht eines jungen Patienten – natürlich vollkommen anders beschrieben, als das ein Therapeut machen würde. *bu*

Machen Sie mit: Videos als Kommunikationsmittel sind im Internet immer beliebter. Sicherlich sind Sie auch schon einmal auf ein Video gestossen, bei dem Sie gedacht haben: „Ja, das müßten sich meine Kollegen ansehen!“. Teilen Sie uns solche Funde mit: 50 Euro zahlen wir jedem praxiswissen24-Kunden, dessen Videovorschlag zum Video der Woche ausgewählt wird. Schicken Sie also Ihren Vorschlag an: info@praxiswissen24.de!

Vorschau

Die nächste Ausgabe erscheint am 17.12.2008 mit aktuellen News, Meldungen zur Gesundheits- und Berufspolitik und zum Praxismanagement. Unter anderem mit diesen Themen:

Bei Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung wollen Geschäftsführer eine klare Kosten-Nutzen-Bewertung

BGF lohnt sich – und das ist kalkulierbar!

Viele Unternehmen zeigen sich für Präventionsprogramme für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter aufgeschlossen. Allerdings fordern sie einen Nachweis darüber, dass die eingesetzten Mittel auch wirklich Einsparungen z.B. durch die Verringerung von Fehlzeiten bewirken. Ein Studie bietet Übersicht über verschiedenen Kalkulationsprogramme.

Zum Jahreswechsel steht die Planung des neuen Jahres im Fokus

Gut geplant ins neue Jahr

Fallbeispiel: Vortrag im Kindergarten führt zur Abmahnung

Kindergartenangebote rechtssicher bewerben

Impressum

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

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

Dieser Newsletter ist Bestandteil
des praxiswissen24-Abonnements
www.praxiswissen24.de/preise-und-konditionen/

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di), Heidi Kohlwes (ko)

Fotos © complize – photocase.com (S. 1); Video-Screenshots: You Tube (S. 20).